

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

" ΟΓΚΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ "



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ
ΜΠΑΡΑΚΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Κ.ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	326
----------------------	-----



Αφιερώνω την εργασία αυτή στους
γονείς μου, σαν μικρό δείγμα
ευγνωμοσύνης σ' αυτούς που υπήρξαν
συμπαραστάτες σε κάθε βήμα.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
- ΠΡΟΛΟΓΟΣ	I
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
- ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	2
- ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΥΡΑ	3
- ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	9
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
- ΟΓΚΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	11
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	13
- ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	20
- ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	26
- ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	31
- ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΕΣ	33
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
- ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	37
- ΜΕΤΑΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	39
- ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	42
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	46

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΟΓΚΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Πιστεύεται ότι ο καρκίνος εμφανίστηκε από τότε που υπάρχει η ζωή. Τα πρώτα ίχνη του καρκίνου ανέρχονται σε 80 εκατομμύρια χρόνια πριν: στο *British Museum* του Λονδίνου βρίσκεται ένα προϊστορικό ζώο που παρουσιάζει έναν όγκο των οστών στην ουρά. Ίχνη καρκίνου παρατηρήθηκαν και στα οστά των δεινόσαυρων και σε μούμιες που ανέρχονται σε 5.000 χρόνια πριν.

Η ιστορία του αγώνα του ανθρώπου εναντίον του καρκίνου είναι η ιστορία του αγώνα μεταξύ δύο ζώων. Και εκείνη του καρκίνου, όντως, όσο επιθετική, άδικη και βλαβερή κι αν είναι, είναι πάντα μια ζωή, από τη στιγμή που τα κύτταρά του πολλαπλασιάζονται και αναλαμβάνουν μερικές φορές και έργο λειτουργικό: είναι γνωστοί πράγματι όγκοι που παράγουν αρσενικές και θυληκές ορμόνες, που παράγουν την ορμόνη του θυριοειδή, την ινσουλίνη κ.τ.λ. Το μεγάλο εμπόδιο της ζωής του καρκίνου είναι ότι αυτή ευημερεί καταστρέφοντας άλλα όργανα. Επιπλέον, ο καρκίνος μπορεί να διαδοθεί παντού: στον εγκέφαλο, στα νεφρά, στους πνεύμονες, στη στοματική κοιλότητα, στην ουροδόχο κύστη, στο στήθος και στη μήτρα και συχνά σε σύντομο χρονικό διάστημα, μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο.

Θέλοντας λοιπόν να δώσω ένα μήνυμα αισιοδοξίας

και αγάπης για την ζωή στους ανθρώπους αποφάσισα να ασχοληθώ στην πτυχιακή μου εργασία μ' αυτό το θέμα.

Σημαντική υπήρξε η συμβολή των ανθρώπων που με δίδαξαν κατά την φοίτησή μου στα Τ.Ε.Ι., για την αποπεράτωση της εργασίας αυτής.

Και ειδικότερα:

Τον υπεύθυνο εισηγητή για την πτυχιακή μου εργασία κ. Αλεβιζάτο, χειρουργό του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών, που με την βοήθειά του τροποποίησα και τελείωσα αυτή την εργασία.

Της υπεύθυνης καθηγήτριας της Νοσηλευτικής διδας Παπαδημητρίου και της προισταμένης της Νοσηλευτικής διδας Νάννου που με γαλούχησαν αυτά τα χρόνια με αγάπη και εμπιστοσύνη για το επάγγελμά μου, ώστε να προσπαθώ συνέχεια για να κατακτήσω τη θέση που μου ανήκει.

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω θερμά το νοσηλευτικό προσωπικό της Πανεπιστημιακής κλινικής του γενικού Νοσοκομείου Πατρών, το οποίο με βοήθησε αποτελεσματικά με το υλικό που μου παραχώρησε και τις γνώσεις του.

Ευχαριστώ επίσης τον κ. Κωνσταντίνου και τον κ. Τζωτζίδη.

Ευχόμαστε μέσα από αυτή την εργασία περισσότερη συνεργασία ανάμεσα στο Νοσηλευτικό και το Ιατρικό προσωπικό και οι σκοποί αυτών των δύο κόσμων να είναι τέτοιοι ώστε να κατακτήσουν την υγεία υπεράνω κάθε συμφέροντος.

Με σεβασμό

Η σπουδάστρια της Νοσηλευτικής
των Τ.Ε.Ι. Πατρών
Μπαράκου Αλεξάνδρα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκινοπαθής αποτελεί ειδική περίπτωση αρρώστου. Ο καρκίνος αποτελεί σήμερα αποτελεί κοινωνικό πρόβλημα και αντιμετωπίζεται από το κοινό, περίπου όπως παλιότερα η φυματίωση. Ο καρκινοπαθής θεωρείται ότι δεν έχει κανένα μέλλον και ότι παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο για να ταλαιπωρείται και να ταλαιπωρεί.

Η αντίληψη αυτή είναι σφαλερή και επιβάλλεται να καταπολεμηθεί. Η αδελφή και το υπόλοιπο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να δώσουν θάρρος στον ασθενή και τη δυνατότητα να παλαίψει για μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να αποκαλύπτεται η νόσος και κατάστασή του. Και στις περιπτώσεις που η νόσος είναι γνωστή, η αδελφή και το υπόλοιπο βοηθητικό και ιατρικό προσωπικό, πρέπει να συμπεριφέρεται κατά τρόπο ουδέτερο. Πρέπει πάντοτε να προσπαθεί με τις συζητήσεις και τις υποδείξεις να του δημιουργήσει διάθεση για ζωή, για δουλειά και να του ξαναζωντανέψει το ενδιαφέρον για την οικογένεια και τις υποθέσεις του.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Επειδή ο οργανισμός αποτελείται από άπειρες μικρές μονάδες είναι απαραίτητο να υπάρχουν μηχανισμοί που ελέγχουν και συντονίζουν τη λειτουργία τους. Το νευρικό σύστημα εξασφαλίζει ένα είδος γρήγορου μηχανισμού ελέγχου και συντονισμού, ενώ το ορμονικό σύστημα ένα βραδύτερο μηχανισμό ελέγχου και συντονισμού.

Κύτταρα του νευρικού συστήματος.

1. Είδη: Νευρώνες και νευρογλοία.

• Νευρογλοία είναι κύτταρα συνδετικού ιστού που βρίσκονται μόνο στο νευρικό σύστημα και που υποστηρίζουν τους νευρώνες και τους φέρνουν σε επαφή με τα αιμοφόρα αγγεία.

• Νευρώνες είναι τα νευρικά κύτταρα που διακρίνονται σε α) **Αισθητικούς (κεντρομόλους) νευρώνες** που μεταφέρουν ερεθίσματα στο νωτιαίο μυελό ή τον εγκέφαλο. β) **Κινητικούς (φυγόκεντρους) νευρώνες** που μεταφέρουν ισσεις από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό προς τους αδένες και τους μυς. Οι κινητικοί νευρώνες διακρίνονται σε:

1. Σωματικούς
2. Σπλαχνικούς
3. Διάμεσους

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

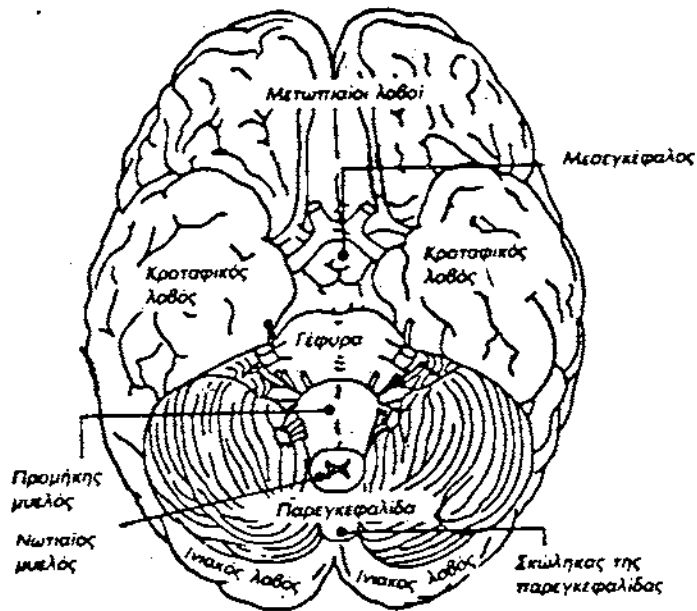
Η κυρία δομική διαφορά των νευρώνων από τα άλλα κύτταρα είναι οι μακριές και λεπτές προβολές του πρωτοπλάσματός τους (δενδρίτες και άξονες ή νευρικές ίνες).

Δενδρίτες είναι οι ίνες που φέρνουν ιόσεις προς το σώμα του νεύρωνα. Οι πιο πολλοί νεύρωνες έχουν πολλούς δενδρίτες.

Άξονες είναι οι ίνες που άγουν ιόσεις μακριά από τα σώματα των νευρώνων. Κάθε νεύρωνα έχει ένα μόνο άξονα, αυτός όμως μπορεί να δίνει κλάδους.

Όργανα του νευρικού συστήματος είναι:

Ο νωτιαίος μυελός, ο εγκέφαλος, τα νεύρα, τα γάγγλια. Ο νωτιαίος μυελός και ο εγκέφαλος αποτελούν το νευρικό σύστημα. Τα νεύρα και τα γάγγλια, το περιφεριακό νευρικό σύστημα.



ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

ΜΕΡΗ: Κατά σειρά από κάτω προς τα πάνω ο πρωμήκης μυελός, η γέφυρα, ο μεσογέφαλος, η παρεγκεφαλίτιδα, ο διεγκέφαλος και τα ημισφαίρια.

Πρωμήκης: Μέρος τους εγκεφάλου που σχηματίζεται από τη διεύρυνση του νωτιαίου μυελού μετά την εισοδό του στην κρανιακή κοιλότητα. Αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία. Περιέχει ακόμη και δικτυωτό σχηματισμό (μίγμα φαιάς και λευκής ουσίας) ο οποίος περιέχει

μερικά σπουδαία αντανakλαστικά κέντρα: Καρδιακό, αγγειοκινητικό, αναπνευστικό, κέντρο κατάποσης, εμέτου, βήχα κ.λ.π.

Γέφυρα: Μέρος του εγκεφάλου βρίσκεται ακριβώς πάνω από τον προμήκη. Αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία. Ανάμεσα σ'αυτές και φαιά ουσία που είναι αντανakλαστικά κέντρα.

Μεσεγκέφαλος: Βρίσκεται μεταξύ της γέφυρας από κάτω του διεγκέφαλου από πάνω και της παρεγκεφαλίτιδος από πίσω. Αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία, αλλά περιέχει σε μερικά σημεία και φαιά ουσία.

Διεγκέφαλος: Αποτελείται από το θάλαμο και τον υποθάλαμο.

Θάλαμος: Μεγάλη στρογγυλή μάζα φαιάς ουσίας σε κάθε ημισφαίριο, πλάγια από την τρίτη κοιλία. Λειτουργίες είναι η ευσυνείδητη αναγνώριση των ακατέργαστων αισθήσεων πόνου, θερμοκρασίας και αφής. Επαναθέτει όλες σχεδόν τις αισθητικές πληροφορίες στο φλοιό του εγκεφάλου.

Υποθάλαμος: Φαιά ουσία που σχηματίζει το έδαφος και το κατώτερο μέρος των πλάγιων τοιχωμάτων της τρίτης κοιλίας.

Κυρίως εγκέφαλος: Ημισφαίρια: Μια επιμήκης σχισμή διαιρεί τον κύριο εγκέφαλο σε δύο ημισφαίρια που συνδέονται μεταξύ τους μόνο με μεσολόβιο. Κάθε

εγκεφαλικό ημισφαίριο υποδιαιρείται με αύλακες σε 5 λοβούς: Μετωπιαίο, βρεγματικό, κροταφικό, ινιακό και τη νόσο του Reil ή κεντρικό λοβό.

Λειτουργίες του κυρίως εγκεφάλου είναι γενικά όλες οι ευσυνείδητες διεργασίες, όπως ανάλυση, ολοκλήρωση και διερμηνεία των αισθήσεων, έλεγχος των εκούσιων κινήσεων, χρησιμοποίηση και κατανόηση της ομιλίας και όλων των άλλων διανοητικών λειτουργιών.

Παρεγκεφαλίτιδα: Το δεύτερο σε μέγεθος τμήμα του ανθρώπινου εγκέφαλου. Η επιφάνειά της έχει αύλακες και πολύ ελαφρώς επαρμένες έλικες.

Λειτουργίες:

α) Εξασκεί συνεργικό έλεγχο επί των σκελετικών μυών. Δηλαδή οι ιόσεις που άγονται από τους παρεγκεφαλιδικούς νευρώνες συντονίζουν τις συστολές των σκελετικών μυών για να προκαλέσουν ομαλές, σταθερές και ακριβείς κινήσεις.

β) Επειδή συντονίζει τη συστολή των σκελετικών μυών παίζει ρόλο στη i) Φυσιολογική θέση του σώματος.

ii) Διατήρηση της ισορροπίας.

Καλύμματα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

1) **Οστέινα:** Είναι σπόνδυλοι γύρω από το νωτιαίο μυελό και τα οστά του κρανίου γύρω από τον εγκέφαλο.

2) **Μεμβρανώδη** είναι οι μήνιγγες.

- α) Σκληρή μήνιγγα είναι λευκός ινώδης ιστός και αποτελεί τον εξωτερικό χιτώνα.
- β) Αραχνοειδής μήνιγγα είναι ο μέσος χιτώνας.
- γ) Χοριοειδής μήνιγγα είναι ο εσωτερικός χιτώνας. Συμφύεται στην εξωτερική επιφάνεια του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου. Περιέχει αγγεία.

Χώροι του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου που περιέχουν υγρό.

1. Υπαραχνοειδής γύρω από το νωτιαίο μυελό
2. Υπαραχνοειδής γύρω από τον εγκέφαλο.
3. Κεντρικός νωτιαίος σωλήνας.
4. Κοιλίες και εγκεφαλικός υδραγωγός που βρίσκονται μέσα στον εγκέφαλο.

Παραγωγή και κυκλοφορία του εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

1. Παράγεται από τη διήθηση του πλάσματος μέσα από ένα δίκτυο τριχοειδών σε κάθε κοιλία.
2. Κυκλοφορεί από τις πλάγιες κοιλίες στην τρίτη κοιλία στον εγκεφαλικό υδραγωγό στην τέταρτη κοιλία στον κεντρικό νωτιαίο σωλήνα, στον υπαραχνοειδή χώρο του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και επιστρέφει στο αίμα μέσω των φλεβωδών κόλπων του εγκεφάλου.

Κρανιακά νεύρα: Είναι 12 συζυγίες.

1. Οσφρητικό.
2. Οπτικό.
3. Κινητικό του σφθαλμού.
4. Τροχλιακό.
5. Τρίδυμο.
6. Απαγωγό.
7. Προσωπικό.
8. Ακουστικό.
9. Γλωσσοφαρυγγικό.
10. Πνευμονογαστρικό.
11. Παραπληρωματικό.
12. Υπογλώσσιο.

Νωτιαία νεύρα: είναι 31 ζεύγη.

1. 8 αυχενικά
2. 12 θωρακικά
3. 5 οσφυικά
4. 5 ιερά
5. 1 κοκκυγικό

ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΟΡΙΣΜΟΣ: Είναι η υποδιαίρεση του νευρικού συστήματος που άγει ερεθίσματα από το εγκεφαλικό στέλεχος ή το νωτιαίο μυελό στους εκτελεστές των σπλάχνων.

Οι σπλαχνικοί εκτελεστές είναι ο καρδιακός, οι λείοι μύες και ο αδενικός ιστός. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα επομένως είναι η υποδιαίρεση του νευρικού συστήματος που ελέγχει τα αυτόματα μέρη του οργανισμού, δηλαδή τα μέρη που δεν ρυθμίζονται από τη θέληση του ατόμου.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα υποδιαιρείται:

Συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό

Αιματική προμήθεια του εγκεφάλου

• Το αίμα φέρνεται στον εγκέφαλο από τις έσω καρωτίδες από μπροστά και από τις δύο σπονδυλικές αρτηρίες από πίσω. Κάθε έσω καρωτιδική αρτηρία μέσα στην κρανιακή κοιλότητα διαιρείται σε πρόσθια εγκεφαλική και μέση εγκεφαλική αρτηρία. Η πρόσθια εγκεφαλική αρτηρία αιματώνει το μεγαλύτερο μέρος του μετωπιαίου και βρεγματικού και μέρος του κροταφικού λοβού.

• Οι δύο σπονδυλικές αρτηρίες ανεβαίνουν μέσα από κανάλια της αυχενικής σπονδυλικής στήλης, μπαίνουν στο κρανίο στο μείζον τμήμα και κατόπιν ενώνονται για να σχηματίσουν τη βασική αρτηρία. Η αρτηρία αυτή βρίσκεται επί της κάτω επιφάνειας του εγκεφαλικού στελέχους. Με τους κλάδους της αιματώνει τόσο το στέλεχος όσο και την παρεγκεφαλίτιδα. Τελικά διαιρείται στις οπίσθιες εγκεφαλικές αρτηρίες που αιματώνουν την ινιακή περιοχή των εγκεφαλικών ημισφαιρίων.

• Το πρόσθιο και το οπίσθιο μέρος της εγκεφαλικής κυκλοφορίας δεν είναι τελείως χωρισμένα. Κάθε καρωτίδα συνδέεται με την αντίστοιχη οπίσθια εγκεφαλική αρτηρία μέσω της οπίσθιας επικοινωνούσας αρτηρίας και οι δύο πρόσθιες εγκεφαλικές αρτηρίες ενώνονται με ένα πολύ μικρό αγγείο την πρόσθια επικοινωνούσα αρτηρία. Με τον τρόπο αυτό υπάρχει ένας συνεχόμενος κύκλος αγγείων στη βάση του κρανίου - ο κύκλος του Willis. Έτσι αν για κάποια αιτία η ροή του αίματος μέσα π.χ. από μια καρωτιδική αρτηρία σταματήσει, η περιοχή που αιματώνεται από αυτή δεν αποστερείται τελείως από αίμα γιατί παίρνει από την άλλη καρωτίδα ή ακόμη και από τις σπονδυλικές αρτηρίες, μέσω αυτού του συνεχόμενου κύκλου.

• Οι σπονδυλικές αρτηρίες δίνουν επίσης κλάδους που κατευθύνονται προς τα κάτω και αιματώνουν το νωτιαίο μυελό.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΟΓΚΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

ΓΕΝΙΚΑ

Οι όγκοι του εγκεφάλου ποικίλουν ανάλογα με τον τύπο των κυττάρων που περιέχουν την προτιμησή τους στη χώρα που εντοπίζονται και το ρυθμό ανάπτυξής τους. Ο εγκέφαλος μπορεί να είναι περιοχή εγκατάστασης τόσο πρωτοπαθών όσο και δευτεροπαθών όγκων.

Σαν όγκο του εγκεφάλου θεωρούμε κάθε καλοήγη ή κακοήγη αυξητική εξεργασία η οποία αναπτύσσεται και καταλαμβάνει χώρο μέσα στην κοιλότητα του κρανίου. Με την ευρεία έννοια, ό,τι δεν υπάρχει φυσιολογικά μέσα στην κρανιακή κοιλότητα αποτελεί χωροκατακτιτική εξεργασία. Γι' αυτό περιλαμβάνουμε σ' αυτές τα αιματώματα, τα αποστήματα, τις παρασιτικές και άλλες κύστεις κ.λ.π.

Οι όγκοι του εγκεφάλου προκαλούν συμπτώματα ανάλογα με την εντόπισή τους τα οποία είναι περίπου τα ίδια για καλοήθεις και κακοήθεις. Οι καλοήθεις όγκοι έχουν ίσως διαφορετικό τρόπο έναρξης και οι ενοχλήσεις τους χρονολογούνται από πολύ καιρό.

Συνοπτικά οι όγκοι εγκεφάλου χωρίζονται :

<u>Καλοήθειες</u>	<u>Κακοήθειες</u>	
	<u>Πρωτοπαθείς</u>	<u>Δευτεροπαθείς</u>
μηνιγγιώματα αιματώματα φυματώματα	διαφόρου τύπου γλοιώματα	μεταστατικοί από γνωστή ή άγνωστη πρωτοπαθή αιτία

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Όλοι οι όγκοι του εγκεφάλου εκδηλώνονται κλινικά:

- α. Με σημεία αυξημένης ενδοκρανιακής.
- β. Με συμπτώματα τοπικής βλάβης, τα οποία εξαρτώνται από τη θέση του όγκου και τη σχέση του με τον νευρικό ιστό.

Κλινική εικόνα των ενδοκρανιακών όγκων.

α) Συμπτώματα αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης.

1. Η κεφαλαλγία: Αυτή μπορεί να είναι εντοπισμένη ή διάχυτη. Γίνεται εντονότερη με την πάροδο του χρόνου και δεν επηρεάζεται από τα κοινά παυσίπονα.
2. Οι έμετοι: Συνοδεύουν συνήθως την κεφαλαλγία. Πολλές φορές και για αρκετό καιρό αποτελούν το μοναδικό σύμπτωμα.
3. Διαταραχές της όρασης, η διπλωπία και το οίδημα του βυθού: Αυτό μπορεί να είναι είτε γενικά συμπτώματα, από την αυξημένη πίεση, είτε εστακά, δηλαδή από την πίεση των αντίστοιχων εγκεφαλικών νεύρων στη βάση του

κρανίου ή κατά στο οπτικό χάσμα, ή το κέντρο της όρασης στον ινιακό λοβό.

β) Συμπτώματα τοπικής βλάβης ή ερεθισμού του εγκεφάλου από τον όγκο.

1. **Ψυχικές διαταραχές:** εκδηλώνονται με την μορφή απώλειας της μνήμης, έκπτωσης των διανοητικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς. Παρόμοια συμπτώματα εμφανίζονται πρώιμα και προκαλούνται από όγκους των μετωπιαίων λοβών ή άλλων περιοχών του εγκεφάλου.
2. **Οι επιληπτικές κρίσεις:** έχουν την μορφή γενικευμένης ή εντοπισμένης επιληψίας, με πρόδρομες αισθητικές ή κινητικές διαταραχές των άκρων, από πίεση των αντίστοιχων περιοχών του εγκεφάλου.
3. **Οι αισθητικές ή οι κινητικές διαταραχές** δηλαδή προοδευτική αδυναμία των άκρων της μιας πλευράς του σώματος ή αισθητικές διαταραχές με ενοχλήματα, όπως το μούδιασμα, την αίσθηση ξένου σώματος και βάρος, εντεινόμενα με τον χρόνο αποτελούν εκδηλώσεις τοπικής βλάβης της κινητικής ή της αισθητικής περιοχής του εγκεφάλου.
4. **Διαταραχές της λειτουργίας του λόγου:** εμφανίζονται με την μορφή δυσαρθρίας, δυσχέρειας στην ομιλία, στην γραφή ή την ανάγνωση και με αδυναμία στην επικοινωνία. Παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις αποτελούν

καθαρά εστιακό σύμπτωμα, από βλάβη στον αριστερό κροταφικό λοβό στους δεξιόχειρες, ή του δεξιού αντίστροφα.

5. **Ορμονικές διαταραχές:** όπως πολυδιψία, υπογεννητισμός, αμηνόρροια - γαλακτόρροια, μεγαλακρία μόνα ή με οφθαλμολογικές εκδηλώσεις αποτελούν συμπτώματα βλάβης από όγκους της περιοχής της βάσης του κρανίου, του οπτικού λιάσματος, της υπόφυσης και του υποθαλάμου.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

I. Πηγές πληροφορίας.

- | | |
|---------------|----------------------------------|
| α. Ο άρρωστος | γ. Σημαντικά |
| β. Οικογένεια | δ. Προηγούμενα
ιατρικά δελτία |

II. Ιστορικό υγείας

1. Παρόντα προβλήματα.

- α. Εμφάνιση και διάρκεια
- β. Ποιότητα πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- γ. Ενταση πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- δ. Παράγοντες που τον μειώνουν
- ε. Παράγοντες που τον επιδεινώνουν.
- στ. Αποτελέσματα τελευταίων διαγνωστικών
εξετάσεων.
- ζ. Προβλήματα και παράπονα που έχουν σχέση
μ'αυτά.

2. Παρελθούσες νόσοι.

- α. Ιστορικό ανάπτυξης (τραύμα κατά τον
τακετό).
- β. Προηγούμενα νευρολογικά προβλήματα
(πονοκέφαλος, ζάλη, σπασμοί, απώλεια συνείδησης).

γ. Αξιοσημείωτο τραύμα ή νόσος.

3. Οικογενειακό ιστορικό. (κληρονομικότητα)

4. Κοινωνικό ιστορικό.

α. Προσοχή σε κάθε μεταβολή συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις του αρρώστου.

β. Πως επηρεάζει το πρόβλημα του αρρώστου την καθημερινή του ζωή.

III. Διανοητική - ψυχική κατάσταση.

1. Επίπεδο συνείδησης - βαθμός αντίδρασης στα ερεθίσματα.

α. Πλήρης αντίληψη του περιβάλλοντος

β. Συγχυτικός

γ. Παραληρηματικός

δ. Αθηθαργικός

ε. Κωματώδης

2. Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά.

α. Τεταμένος

β. Θλιμμένος

γ. Με ευεξία

δ. Συνεργάσιμος

ε. Απρεπής συμπεριφορά

3. Διανοητική λειτουργία.

α. Προσανατολισμός στο χώρο και πρόσωπα

β. Δυνατότητα υπολογισμών

γ. Μνήμη προσφάτων γεγονότων

- δ. Μνήμη μακρινών γεγονότων
- ε. Κρίση και ικανότητα επίλυσης προβλήματος

4. Χρήση χεριού.

- α. Αριστερού
- β. Δεξιού

IV. Κρανιακά νεύρα.

1. **Οσφρητικό:** Δοκιμασία κάθε ρώθωνα ξεχωριστά χρησιμοποιώντας γνωστές μυρωδιές.

2. **Οπτικό.**

- α. Οπτική οξύτητα
- β. οπτικά πεδία
- γ. Βυθοσκόπηση
 - 1. Κατάσταση οπτικής θηλής
 - 2. Αγγειακή κατάσταση

3. **Κοινό κινητό.**

- α. Συστολή κόρης και προσαρμογή
- β. Συμμετρία και κινήσεις βολβών
- γ. Νυσταγμός
- δ. Βλεφαρόπτωση

4. **Τρίδυμο**

- α. **Αισθητική απόκριση:**
 - 1. Αντανακλαστικά κερατοειδούς
 - 2. Δέρματος προσώπου, πρώτων 2/3 της γλώσσας και των δοντιών σε απτικά

ερεθίσματα.

3. Κινητική δύναμη των μαστηρών μυών.

5. Απαγωγή

6. Προσωπικό

α. Αισθητικό

β. Κινητικό

7. Ακουστικό

α. Ακοή

β. Λειτουργία λαβυρινθικής ισορροπίας

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πολυάριθμες διαγνωστικές εξετάσεις και δοκιμασίες γίνονται, μετά τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του αρρώστου, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να μελετηθεί περισσότερο ένας όγκος εγκεφάλου.

Οι ρόλοι του νοσηλευτικού προσωπικού είναι διάφοροι.

1. Να ετοιμάσει τον άρρωστο και την οικογένειά του με διδασκαλία και ενθάρρυνση πριν από τις εξετάσεις.
2. Να συνοδέψει και ενθαρρύνει τον άρρωστο κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας.
3. Να βοηθήσει το γιατρό κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
4. Να κάνει συχνές και προσεκτικές παρατηρήσεις της κατάστασης του αρρώστου μετά την εξέταση.

Παρακάτω γίνεται μια σύντομη αναφορά στις πιο συχνές διαγνωστικές εξετάσεις.

Αίμα και ούρα: Γίνεται μέτρηση ερυθρών, λευκών αιμοσφαιρίων, λευκοκυτταρικός τύπος, μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων και

Wasserman.

Τα ούρα πρέπει να εξετάζονται για λεύκωμα, σάκχαρο, κύτταρα και κυλίνδρους.

Κόπρανα. Τα κόπρανα εξετάζονται για τυφλές αιμορραγίες ενώ γίνεται έρευνα για πρωτοπαθή εντερικό όγκο αν υπάρχει υποψία μεταστάσεων. Σε περιπτώσεις ασαφούς πολυνευροπάθειας εξετάζονται τα κόπρανα για περίσσεια λίπους γιατί σε περίπτωση στεατόρροιας μπορεί να προκληθεί βαρια ένδεια βιταμινών. Σε νόσους από ιούς όπως η πολιομυελίτιδα ο ιός μπορεί να απομονωθεί από τα κόπρανα.

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ:

Απλές ακτινογραφίες. Αλλοιώσεις που καταλαμβάνουν όγκο φαίνονται στην ακτινογραφία αν έχουν διαβρώσει το οστόν αν υπάρχει μεγένθυση των τμημάτων των νευρών (νευροινώματα), διάβρωση του τουρκικού επιπίου (όγκος υπόφυσης) και παρεκτόπιση της επίφυσης που συχνά ασβεστοποιείται και επομένως γίνεται ορατή και η οποία πρέπει να βρίσκεται στη μέση γραμμή.

Κοιλογραφία: Στην κοιλογραφία εισάγεται αέρας απευθείας μέσα από μια από τις πλάγιες κοιλίες που προσεγγίζονται με κρανιοανάτρηση. Μπορεί να φανεί η θέση όγκου από την παραμόρφωση ή παρεκτόπιση των πλάγιων κοιλιών. Κατόπιν ο αέρας μπορεί να υποχρεωθεί να περάσει μέσα από τον υδραγωγό στην τέταρτη κοιλία για να δείξει οποιαδήποτε απόφραξη ή παρεκτόπιση από όγκους του εγκεφαλικού στελέχους ή του οπίσθιου βόθρου. Στην τελευταία περίπτωση για να είναι καθαρότερα οι εικόνες μπορεί αντί αέρα να χρησιμοποιηθεί **Mijelodit**.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας περιλαμβάνει προσεκτική ετοιμασία του αρρώστου και διδασκαλία. Μετά την εξέταση παρακολούθηση των ζωτικών σημείων.

Αρτηριογραφία. Τα αιμοφόρα αγγεία σκιαγράφονται μόνο όταν εισαχθεί μέσα σε αυτά σκιερή ουσία. Με τον άρρωστο ξαπλωμένο στο ακτινολογικό τραπέζι, εισάγεται σκιερό φάρμακο από την καρωτίδα ή τη σπονδυλική αρτηρία. Κατόπιν μέσα σε δευτερόλεπτα παίρνονται διάφορες ακτινογραφίες, πρώτα οι εγκεφαλικές αρτηρίες κατόπιν τα τριχοειδή και τέλος οι φλέβες. Η αγγειογραφία μπορεί να δείξει:

1. Παρεκτόπιση των αγγείων από όγκο κύστη ή αιμάτωμα.
2. Σάκο ανευρύσματος ή μάζα αγγείων σε αγγείωμα.
3. Ανώμαλα αγγεία σε ένα όγκο που μπορεί να δώσουν χαρακτηριστική εικόνα ειδικού τύπου (μηνιγγιώματα και γλοιοβλαστώματα).
4. Απουσία αγγείων εξαιτίας θρόμβωσης ή στένωσης.

Η αρτηριογραφία θεωρείται χειρουργική τεχνική και γίνεται στο χειρουργείο. Μετά την εξέταση παρακολουθούνται στενά τα ζωτικά σημεία. Ακόμα παρακολουθείται το σημείο ή σημεία ένεσης του φαρμάκου για σχηματισμού αιματώματος και η κυκλοφορία περιφερικά προς το σημείο εισαγωγής με λήψη του σφυγμού του άκρου, εξέταση του χρώματος της θερμοκρασίας, της κινητικότητας και αισθητικότητάς του για τις πρώτες 8 ως 12 ώρες.

Σπινθηρογράφημα εγκεφάλου: Το τυπικό σπινθηρογράφημα του εγκεφάλου περιλαμβάνει την ενδοφλέβια εισαγωγή ενός ραδιενεργού ισότοπου (Tc^{99m}) αφού προηγουμένως χορηγηθεί χλωρικό κάλι στον άρρωστο για να

παρεμποδιστεί η καθήλωση του Tc^{99m} στον υπαραχνοειδή χώρο. Η εξέταση μπορεί να ανιχνεύσει όγκους έμφρακτα και άλλες αλλοιώσεις με ακρίβεια 40-90 % πράγμα που εξαρτάται από την εντόπιση και τη φύση της αλλοίωσης.

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα: Ο ζωντάνος εγκέφαλος παράγει συνεχώς δυναμικά ενέργειας που μπορούν να συλλεγούν από την επιφάνεια της κεφαλής να ενισχυθούν και να καταγραφούν πάνω σε χαρτί ως ηλεκτρικά κύμματα το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στο τριχωτό της κεφαλής. Από την ινιακή χώρα όταν τα μάτια είναι κλειστά παίρνονται κύμματα που ονομάζονται άλφα ρυθμός. Σε άλλες περιοχές παίρνεται ένας βραδύτερος ρυθμός ο θήτα. Σε παθολογικά ΗΕΓ η θήτα δραστηριότητα υπερισχύει και υπάρχει και ένας ακόμα βραδύτερος ρυθμός ο δέλτα. Επειδή τα αραιού ρυθμού κύμματα προέρχονται μόνο από την πάσχουσα περιοχή η ηλεκτρική εκκένωση ονομάζεται εστιακή. Αυτό βοηθά στην εντόπιση της αλλοίωσης. Όμως επειδή πολλές αλλοιώσεις δημιουργούν τον ίδιο τύπο ρυθμών δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί η αλλοίωση.

Στους επιληπτικούς αρρώστους το ΗΕΓ δείχνει ανωμαλίες μεταξύ των κρίσεων.

Αξονική Τομογραφία: Πρόκειται για μια επαναστατική ακτινολογική εξέταση που εφαρμόζεται από 1971-72 και στην Ελλάδα από το 1977. Στα κέντρα που υπάρχει έχει καταργήσει σχεδόν όλες τις άλλες μεθόδους του

εγκεφάλου, εκτός από την αρτηριογραφία. Η μόνη ειδική προετοιμασία είναι να βρίσκεται ο άρρωστος νηστικός και να συνεργάζεται. Στις περιπτώσεις όπου η συνεργασία είναι δυσχερής ή στα μικρά παιδιά απαιτείται γενική νάρκωση.

Όσον αφορά την νοσηλευτική φροντίδα σε αρρώστους που έκαναν αξονική τομογραφία, αυτή περιορίζεται μόνο στην παρακολούθησή τους για τυχόν εμφάνιση αναφλακτικών αντιδράσεων ή συμπτωμάτων σοκ από το σκιαγραφικό.

Επίβλεψη χρειάζεται ο άρρωστος που ήταν ανήσυχος και του έγινε γενική νάρκωση και εκείνοι που βρίσκονται στο κρεβάτι και δεν μπορούν από την βαρύτητα της πάθησης να συνεργαστούν ή να αυτοεξυπηρετηθούν.

Με την υπολογιστική τομογραφία επιτυγχάνεται λήψη ακτινογραφιών σε πολύ μικρά τμήματα του εγκεφάλου. Ακολούθως τα αποτελέσματα επεξεργάζονται μέσω ηλεκτρονικού υπολογισμού και μετατρέπονται ταχύτατα σε εικόνες, οι οποίες μας επιτρέπουν να διακρίνουμε σχεδόν όλες τις αιτίες που προκαλούν αλλοιώσεις στην εγκεφαλική ουσία.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

I. Συμπτωματική και Διαγνωστική

α. Εξασφάλιση ακριβών δεδομένων με βάση τα οποία θα αξιολογούνται όλες οι αλλαγές.

1. Εκτίμηση

Λήψη λεπτομερούς ιστορικού με πλήρη κλινική πληροφόρηση από μια ολοκληρωμένη νευρολογική εξέταση.

2. Παρέμβαση

Προετοιμασία φυσική και ψυχολογική του αρρώστου για τις διαγνωστικές εξετάσεις.

β. Εγκαθίδρυση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ αρρώστου και αυτών που του παρέχουν φροντίδα. Ένα άτομο με υποψία όγκου βρίσκεται στην αρχή μιας μακράς και συχνά γεμάτης stress σχέσης με τις υπηρεσίες υγείας.

1. Εκτίμηση

Διαπίστωση επίδρασης στον άρρωστο και στην οικογένειά του των συμπτωμάτων, των διαγνωστικών εξετάσεων και των διαφόρων τεχνικών.

2. Παρέμβαση

i) Εξασφάλιση ευκαιριών για έκφραση των αισθημάτων φόβου και αγωνίας.

ii) Εξασφάλιση ακριβούς πληροφόρησης χωρίς λαθεμένες επιβεβαιώσεις ότι "όλα θα πάνε καλά".

iii) Ελάττωση του χρόνου αναμονής μεταξύ των εξετάσεων.

γ. Βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει τα αισθήματα αγωνίας.

δ. Πρόληψη παροξυσμών

Παροξυσμοί τόσο τοπικοί όσο και γενικευμένοι εκδηλώνονται συχνά διότι ο όγκος διακόπτει τη φυσιολογική νευρική λειτουργία .

1. Εκτίμηση

i) Παρακολούθηση για παράπονα εντοπισμένων παροξυσμών όπως μυρμηκίαση, οπτικές διαταραχές, φαινόμενα κροταφικού λοβού, ή οσφρητικές παραισθήσεις.

ii) Αναφορά τέτοιων σημείων στην ιατρική ομάδα.

iii) Χορήγηση φαρμάκων για προφυλακτικό έλεγχο των παροξυσμών και θεραπευτικά σε περίπτωση γενικευμένων παροξυσμών.

iv) Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειας για το αιτιολογικό της φαρμακευτικής θεραπείας.

ε. Παρακολούθηση μεταβολών διανοητικής λειτουργίας και συμπεριφοράς. Την αύξηση του όγκου μπορούν να συνοδέψουν μεταβολές στη διανοητική λειτουργία ή γενική συμπεριφορά.

2. Παρέμβαση

Η συχνή και σε κανονικά διαστήματα εκτίμηση περιλαμβάνει πληροφόρηση που προέρχεται από

τον άρρωστο και συχνά από την οικογένεια. Ο άρρωστος πρέπει να προστατεύεται από ατυχήματα και να του εξασφαλίζεται επαρκώς φροντίδα στο σπίτι ή σε ίδρυμα.

στ. Παρακολούθηση μεταβολών στην αισθητική και κινητική λειτουργία.

Η ανάπτυξη του όγκου μπορεί να εμποδίσει τη λειτουργία των κρανιακών νεύρων, πράγμα που εξαρτάται από την εντόπιση. Έτσι μπορεί να επηρεάσει την όραση, την ακοή, τη λειτουργία του λαβύρινθου, την αισθητικότητα και τον πόνο του προσώπου, τις κινήσεις των βολβών και την κατάποση.

Ακόμα από τον όγκο μπορεί να επηρεαστούν και όλες οι άλλες απόψεις της νευρικής λειτουργίας .

Παρέμβαση

- i) Εκτίμηση του βαθμού διαταραχής που συνδέεται με το κάθε σύμπτωμα.
- ii) Προστασία του αρρώστου από ατυχήματα.
- iii) Επαρκής αντιμετώπιση του πόνου του προσώπου.
- iv) Εξασφάλιση φυσικής και ψυχολογικής υποστήριξης.
- v) Αναφορά κάθε νέου συμπτώματος και των σημείων που το συνοδεύουν έγκαιρα και με ακρίβεια.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Εγκαιρη διαπίστωση και παρέμβαση αύξησης της ενδοκρανιακής πίεσης. Μπορεί να προφυλάξει τον άρρωστο από μη ανατάξιμες εγκεφαλικές βλάβες.

Η ανάπτυξη του όγκου αυξάνει την ενδοκρανιακή πίεση παρεκτοπίζοντας το φυσιολογικό ιστό και τα αγγεία και εμποδίζοντας τη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Τα συμπτώματα του εγκεφαλικού όγκου είναι το τελικό προϊόν της συνισταμένης εγκεφαλικής υποψίας, ενώ η συχνότητα εμφάνισης αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλει, η ανάπτυξη των σημείων της ψηλής ενδοκρανιακής πίεσης θα πρέπει να κάνει άγρυπνη την νοσοκόμα για στενή και ακριβή μέτρηση της ενδοκρανιακής και της αρτηριακής πίεσης. **ΣΗΜΕΙΑ:** Μείωση επιπέδου συνείδησης, διαστολή της κόρης και απουσία αντανακλαστικού του φωτός, πάρεση, αύξηση συστολικής διεύρυνση πίεσης σφυγμού, αραιός σφυγμός.

Παρέμβαση

i) Διατήρηση ανοικτών των αεραγωγών για την αποφυγή υποψίας από αναπνευστικές πηγές.

Μπορεί να χρειαστεί να γίνει αναρρόφηση. Αυτή αυξάνει την Ε.Π. όμως από την άλλη μεριά διατηρεί ανοικτούς τους αεραγωγούς. Για την αποφυγή έστω και παροδικής υποψία: Χορήγηση οξυγόνου πριν και κατά τη διάρκεια αναρρόφησης.

ii) Προσεκτική τοποθέτηση του άρρωστου στο κρεβάτι

και συχνή αλλαγή θέσης. Ανύψωση κεφαλής 15° - 45° . Προσπάθεια αποφυγής κάμψης του λαιμού, ειδικά αν αυτή θα προκαλούσε φλεβική απόφραξη, που αυξάνει την ενδοκρανιακή πίεση.

- iii) Προσπάθεια αποφυγής της δοκιμασίας **Valsalva** : Η χορήγηση μαλακτικών των κοπρανωδών μαζών (με ιατρική συμβουλή) και η ρύθμιση της διαίτας μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση προσπάθειας κατά την αποπάτηση. Διδασκαλία του αρρώστου να εκπνέει κατά τη διάρκεια της αποπάτησης και αλλαγής της θέσης του στο κρεβάτι για να προληφθεί η δοκιμασία **Valsalva**.
- iv) Αντεδεικνυνται οι ισομετρικές ασκήσεις ενώ οι παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς για διατήρηση της λειτουργίας των αρθρώσεων είναι απαραίτητες.
- v) Φαρμακευτική παρέμβαση. Χορήγηση : **Decadron** που είναι γλυκοκορτικοειδές, μαννιτόλης και ουρίας που δίνονται ενδοφλέβια και έχουν παροδικό σύντομο αποτέλεσμα.
- vi) Μέτρηση προλαμβανομένων- αποβαλλομένων .
- vii) Ελαφρός υπεραερισμός (PaCO_2 25-30 mm Hg), προκαλεί αγγειοσύσπαση και μειώνει την Ε.Π. Ο συχνός προσδιορισμός των αερίων του αρτηριακού αίματος είναι μεγάλης σημασίας.

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Όπως και στις άλλες χειρουργικές επεμβάσεις έτσι και στην νευροχειρουργική, οι άρρωστοι ωφείλουν να προετοιμαστούν για να χειρουργηθούν σύμφωνα με την ιατρική δεοντολογία και τους υγειονομικούς κανονισμούς. Ολόκληρη η ιατρική προετοιμασία στην οποία είναι νοσηλευτικό πρόβλημα γιατί η εκτέλεση και η επίβλεψη γίνεται πάντα από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Από την προηγούμενη μέρα η νοσηλεύτρια φροντίζει με την πείρα της να γίνουν από τον γιατρό με τη βοήθειά της οι εξετάσεις ρουτίνας. Δηλαδή εξετάσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακος, μέτρηση ζωτικών σημείων, η καρδιολογική εξέταση και ό,τι ακτινογραφίες ή αξονική τομογραφία θα χρειαστούν για το χειρουργείο.

Ο καθαρισμός του σώματος, ο υποκλιισμός γίνονται από την προηγούμενη μέρα επίσης. Ενώ το ξύρισμα της κεφαλής γίνεται από τον γιατρό στο χειρουργείο για ψυχολογικούς λόγους. Προσθέτονται ή αφαιρούνται φάρμακα σύμφωνα με τις ενδείξεις την προηγούμενη μέρα ή το πρωί πριν το χειρουργείο.

Προεγχειρητική προετοιμασία αποτελεί όμως και η επικοινωνία του υπεύθυνου γιατρού με τον ασθενή ή τους συγγενείς του. Μετά την ολοκλήρωση της κλινικής και παρακλινικής μελέτης και την

επισφράγιση της τελικής διάγνωσης, ο γιατρός θα δώσει εξηγήσεις με απλά λόγια όσα ιατρικά, ηθικά και νομικά επιτρέπονται για την πάθησή του και τις πιθανές επιπλοκές από την εγχείρηση μαζί και τις επιπτώσεις από την νάρκωση ή τις παρενέργειες των φαρμάκων, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν.

Οι απαντήσεις στα ερωτήματα των συγγενών να γίνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια, προκειμένου να αποτραπούν προστριβές τις οποίες όλοι γνωρίζουν ότι γίνονται στη χώρα μας.

επισφράγιση της τελικής διάγνωσης, ο γιατρός θα δώσει εξηγήσεις με απλά λόγια όσα ιατρικά, ηθικά και νομικά επιτρέπονται για την πάθησή του και τις πιθανές επιπλοκές από την εγχείρηση μαζί και τις επιπτώσεις από την νάρκωση ή τις παρενέργειες των φαρμάκων, τα οποία θα χρησιμοποιηθούν.

Οι απαντήσεις στα ερωτήματα των συγγενών να γίνονται με μεγαλύτερη σαφήνεια, προκειμένου να αποτραπούν προστριβές τις οποίες όλοι γνωρίζουν ότι γίνονται στη χώρα μας.

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μετά την εγχείρηση ο άρρωστος χρειάζεται και πάλι ειδική αντιμετώπιση και παρακολούθηση. Στις νευροχειρουργικές κλινικές μια υπεύθυνη νοσηλεύτρια οφείλει να παραλαμβάνει τον άρρωστο μετά την ανάνηψη. Μετά τη μεταφορά του ασθενή στην κλινική, ζητούνται οι οδηγίες από τον γιατρό του τμήματος που είναι υπεύθυνος γι αυτόν. Ετσι εκτός από την καταγραφή των ζωτικών λειτουργιών που γίνεται μετεγχειρητικά υπάρχουν και ειδικές συμβουλές.

1. Εγκαιρη ανίχνευση αύξησης ενδοκρανιακής πίεσης (εξαιτίας αιμορραγίας ή εγκεφαλικού σιδήματος).

1. Εκτίμηση

- i) Επίπεδο συνείδησης
- ii) Παρακολούθηση αντανακλαστικών κόρης
- iii) Σημείωση κίνησης των άκρων
- iv) Ζωτικά σημεία

2. Παρέμβαση

- i) Αναφορά σημείων αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης στο νευροχειρουργό αμέσως
- ii) Σωστή τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι. Για υπερακηνίδιες βλάβες τοποθέτηση του αρρώστου σε ημι-πρόσθια θέση με το κεφάλι σε θέση τέτοια που να αφήνει ανοικτούς τους αεραγωγούς. Για

υποσκηνίδιες βλάβες, τοποθέτηση του αρρώστου οριζοντιωμένου στο κρεβάτι με το κεφάλι σταθεροποιημένο.

iii) Μπορεί να εφαρμοστεί θεραπεία με στερινοειδή. Πρέπει να συνοδεύεται με αντιόξινη φαρμακευτική θεραπεία για μείωση του γαστρικού ερεθισμού.

iv) Περιορισμός υγρών (1500 ml ή 7 ml την ώρα, τις πρώτες 24 ώρες

v) Δυνατό να χρησιμοποιηθεί μαννιτόλη.

2. Διατήρηση επαρκούς αερισμού

1. Εκτίμηση

Παρακολούθηση της αναπνοής και του επιπέδου των αερίων του αίματος.

2. Παρέμβαση

i) Διατήρηση θέσης που υποβοηθεί στον επαρκή αερισμό

ii) Ενθάρρυνση για συχνές βαθιές αναπνοές

iii) Γύρισμα του αρρώστου κάθε 2 ώρες

iv) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ενδοτραχειακός σωλήνας ή οξυγονοθεραπεία.

3. Διατήρηση ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών.

1. Εκτίμηση

i) Καθημερινός προσδιορισμός ηλεκτρολυτών

ii) Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων

iii) Ειδικό βάρος ούρων

iv) Σε χειρουργική της υπόφυσης, παρακολούθηση για σημεία άποιου διαβήτη.

2. Παρέμβαση

i) Αντικατάσταση ηλεκτρολυτών

ii) Χρήση καθετήρα **Foley**

iii) Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αγγειοσπαστικό

4. Πρόληψη μυοσκελετικών επιπλοκών

1. Εκτίμηση

i) Έλεγχος ικανότητας εκκούσιας κίνησης των αρθρώσεων.

ii) Σημείωση ακεραιότητας δέρματος, ελαστικότητας υγρασίας, χροιάς.

2. Παρέμβαση

i) Εκτέλεση ασκήσεων πλήρους τροχιάς για όλα τα άκρα τουλάχιστο δύο φορές την ημέρα.

ii) Φροντίδα δέρματος

iii) Γύρισμα κάθε δύο ώρες

5. Πρόληψη μολύνσεων

1. Εκτίμηση

i) Παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης στη χώρα χειρουργικής επέμβασης.

ii) Αν χρησιμοποιείται παροχέτευση παρακολούθηση για βατότητα του καθετήρα και φύση του υγρού παροχέτευσης.

iii) Παρακολούθηση για αύξηση θερμοκρασίας

2. Παρέμβαση

i) Διατήρηση άσηπτης τεχνικής κατά τις αλλαγές.

ii) Αντιβίωση για το ειδικό μικρόβιο.

iii) Αύξηση των ωφελειών από θεραπεία με ιονίζουσες ακτινοβολίες με ταυτόχρονη προστασία του περιβάλλοντος.

Στα γλοιώματα αποτελεί την συμπληρωματική θεραπεία της εγχειρήσεως ή εφαρμόζεται σαν αποκλειστική μέθοδος θεραπείας σε ανεγχείρητες

περιπτώσεις.

Θεραπευτική χρήση των ακτίνων **Rainegen** ή των ακτίνων X, βασιζόμενη στη βιολογική δράση που αυτές εξασκούν στον οργανισμό και στην ευαισθησία που παρουσιάζουν απεναντί τους τα διάφορα κύτταρα. Ειδικά στη θεραπεία των όγκων χρησιμοποιούνται τελευταία, παράλληλα με τα πατροπαράδοτα όργανα με ακτίνες X και οι λεγόμενες βόμβες κοβαλτίου.

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΟΤΑΝ ΕΙΝΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

1. Εκτίμηση

Ο άρρωστος με όγκο εγκεφάλου είναι πιθανό να διακατέχεται από δικαιολογημένους φόβους που αφορούν τη διάγνωση και πρόγνωση της πορείας της νόσου του τις μεταβολές στο σωματικό του είδωλο και την πιθανή απώλεια λειτουργιών εξαιτίας ή του καρκίνου ή της χειρουργικής επέμβασης.

2. Παρέμβαση

- α. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει τα δικά της αισθήματα που αφορούν αυτή τη νόσο.
- β. Βοήθεια του αρρώστου να εκφράσει το θυμό φόβο ή λύπη του.
- γ. Εξασφάλιση ακριβούς πληροφόρησης του αρρώστου και της οικογενείας του και η παροχή ρεαλιστικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια του **stress** και της αμφιβολίας.
- δ. Βοήθεια του αρρώστου να χρησιμοποιήσει διάφορες υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες του.
- ε. Σχεδιασμός για συνέχιση της φροντίδας με την οικογένεια χρησιμοποιώντας και επαγγελματικές και κοινοτικές πηγές.

3. Αξιολόγηση

Ενώ αυτή η περιοχή είναι υποκειμενική, το

κλειδί για την αξιολόγηση της συγκινησιακής κατάστασης του αρρώστου βρίσκεται

α. Στη γνωριμία του αρρώστου

β. Στη διατήρηση του αρρώστου σε μια πορεία προόδου μέσα από τα συγκινησιακά του **Stress**.

Μετανοσοκομειακή φροντίδα

Διατήρηση του άριστου δυνατού επιπέδου λειτουργίας για το μακρότερο δυνατό χρονικό διάστημα.

1. Εκτίμηση

Συχνές νευρολογικές εξετάσεις και συζητήσεις με τον άρρωστο και σύγκριση των ευρημάτων με εκείνα της βασικής γραμμής.

2. Παρέμβαση

- α. Αναφορά κάθε αλλαγής από προηγούμενες εκτιμήσεις στην ιατρική ομάδα και άλλους ειδικούς.
- β. Έλεγχος παροξυσμών. Ενίσχυση συγκινησιακής υποστήριξης.
- γ. Επαναξιολόγηση πηγών που θα βοηθήσουν τον άρρωστο για επαγγελματική και φυσική αποκατάσταση.

3. Παρηγορηματική Θεραπεία:

Μείωση των φυσικών δεσχερειών και καλύτερη δυνατή προσαρμογή προς την απώλεια λειτουργίας και το θάνατο.

1. Εκτίμηση

Συνεχείς εκτιμήσεις φυσικής και συγκινησιακής κατάστασης.

2. Παρέμβαση

- α. Εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- β. Εξασφάλιση επαρκούς φαρμακευτικής θεραπείας για αντιμετώπιση του πόνου και των άλλων σωματικών ή συγκινησιακών συμπτωμάτων.
- γ. Διατήρηση θρέψης.
- δ. Βοήθεια της οικογένειας να εκφράσει τα αισθήματά της, να σχεδιάσει τη φροντίδα και να προετοιμαστεί για το θάνατο του αρρώστου.
- ε. Βοήθεια του αρρώστου να εξασφαλίσει πνευματική ή νομική συμβουλή όταν το ζητήσει.
- στ. Το προσωπικό πρέπει επίσης να ενθαρρυνθεί ώστε να εκφράσει τα αισθήματά του μέσα σε μια κατάλληλη ατμόσφαιρα.

Κ Λ Ι Μ Α Κ Α Γ Λ Α Σ Κ Ω Β Η Σ
GLASGOW SCALE SCORE
(ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΟΥ ΚΩΜΑΤΟΣ)

A.

<u>ΟΦΘΑΛΜΟΙ</u> Ανοιγμα των οφθαλμών :	-Αυτόματα -Στα φωνητικά παραγγέλματα -Στο πόνο -Χωρίς απόκριση	4 3 2 1
---	--	------------------

B.

ΚΛΥΤΕΡΗ Στα λεκτικά παραγγέλματα :	-Υπακοή	6
<u>ΚΙΝΗΤΙΚΗ</u> ΑΠΟΚΡΙΣΗ Στα αλγεινά ερεθίσματα :	-Εντοπίζει τον πόνο -Κόμψη-αποφυγή -Δυσκαμψία αποφλοιώσης -Εκταση (δυσκαμψία σπεγκεφαλίτιδα) -Καμμία απόκριση	5 4 3 2 1

Γ.

ΚΑΛΥΤΕΡΗ Προσανατολισμός και δυνατότητα ομιλίας:		5
<u>ΛΕΚΤΙΚΗ</u> Αποπροσανατολισμός και δυνατότητα ομιλίας:		4
ΑΠΟΚΡΙΣΗ Ακατάλληλες λέξεις :		3
	Ακατανόητοι ήχοι :	2
	Καμμία απόκριση :	1
ΣΥΝΟΛΟ A+B+Γ		3-15

1ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΜΟΥΡΙΚΗ ANNA

ΕΤΩΝ: 48

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: 4-5-1989 ΩΡΑ: 20:00

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Απώλεια αισθήσεων, κώμα.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: Ηρθε στα Εξωτερικά Ιατρεία σε κωματώδη κατάσταση, χωρίς αντιδράσεις, στα επώδυνα ερεθίσματα (GCS = 0).

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Αναπνοές: 20/min

Αρτηριακή πίεση: 10/50mmHg

Σφύξεις: 120/min

Ελατωμένο φωτοκινητικό αντανακλαστικό και με μυδρίαση αριστερά. Στάλθηκε πλήρες εργαστηριακός έλεγχος και έγινε αξονική τομογραφία.

Η αξονική τομογραφία έδειξε μόρφωμα στη δεξιά κροταφική χώρα κατά πόσα πιθανότητα μηνιγγίωμα.

Η ασθενής όπως ανέφεραν οι συγγενείς της παρουσίαζε διάφορα νευρολογικά συμπτώματα όπως αφωνία - παροδική πάρεση άνω και κάτω άκρων, απώλεια ούρων.

Πάρθηκαν αέρια αίματος τα οποία ήταν φυσιολογικά.

Η ασθενής χειρουργήθηκε στις 5/5/89 από τις 8 π.μ. έως τις 14 μ.μ. για μηνιγγίωμα Δ.Ε. κροταφοβρεγματικής χώρας. Μετά την ανάνηψη (αποσωληνώθηκε) είχε επίπεδο συνείδησης 9 > c Clastow και ισοκορία.

Παρέμεινε στην ανάνηψη μέχρι τις 9 μ.μ. Κατά την παραμονή της παρουσίασε προοδευτική επιδείνωση της νευρολογικής εικόνας (πτώση επιπέδου συνείδησης αδυναμία ελέγχου ανωτέρων αεραγωγού

μυδίαση Δ.Ε. στις 8:30 μ.μ. απότομα. Αναπνευστικό κατά την παραμονή της ήταν σταθερό. Είχε πολλές βρογχικές εκκρίσεις ήδη από το χειρουργείο.

Κυκλοφορικό μετά το χειρουργείο είχε αρνητικό ισοζύγιο υγρών που ανατάχθηκε εντός 2 ωρών.

Στις 9 μ.μ. εισήλθε στο χειρουργείο εκτάκτως, λόγω της απόφραξης της παροχέτευσης από το χειρουργικό τραύμα. εκεί αποδόθηκε από τους Νευροχειρουργούς και η επιδείνωση της νευρολογικής εικόνας. Κατά την διάρκεια του χειρουργείου, ήταν σταθερή. Εξήλθε από το χειρουργείο κατά τις 10:30 και παρέμεινε στην ανάληψη διασωληνωμένη με αυτόματη αναπνοή.

Μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ και μπήκε σε μηχανικό αερισμό χωρίς καταστολή. Κατά την παραμονή της η ασθενής δεν παρουσίασε βελτίωση της νευρολογικής εικόνας και αποκατάσταση της αναπνοής της ενώ εμφάνισε την δεύτερη μέρα υψηλούς πυρετούς και σημεία αναπνευστικής λοίμωξης που διατηρήθηκαν μέχρι το τέλος. Την 11ην μετεγχειρητική μέρα η ασθενής υπέκυψε λόγω βαρειάς αναπνευστικής ανεπάρκειας και καρδιακής κάμψης.

Επίσης αναφέρεται ιστορικό υπέρτασως και καρδιακής ανεπάρκειας που αντιμετωπιζόταν με διουρητικά και αναστολής του σοβεστίου (adalot).

2ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΕΤΩΝ: 4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: 12-11-1989 ΩΡΑ: 18:00

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΩΔΟΥ: Σπασμοί -κώμα.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: ηλικίας 4 ετών ήρθε στα Εξωτερικά Ιατρεία με σπασμούς και σε κωματώδη κατάσταση με αντιδράσεις στα επώδυνα ερεθίσματα GCS = 4sc

ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ: Αναπνοές: 27/min

Αρτηριακή πίεση: 120/55mmHg

Σφύξεις: 145/min

Ισομεγέθης κόρες με μυδρίαση.

Στάλθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και έγινε αξονική τομογραφία.

Η αξονική τομογραφία έδειξε μόρφωμα στην περιοχή της παρεγκεφαλίτιδας με σαφή όρια μεγέθους 4cm.

Ο ασθενής όπως ανέφεραν οι γονείς, πριν 4 ώρες παρουσίασε σπασμούς και ρουκετοειδείς εμετούς και σε διάστημα λίγων ωρών έπεσε σε ληθαργική κατάσταση και τον μετέφεραν στο Νοσοκομείο.

Ο ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργείο την επόμενη το πρωί.

Χειρουργήθηκε το πρωί και αφαιρέθηκε όγκος παρεγκεφαλίτιδας χωρίς να ανευρεθούν διηθήσεις σε παρακείμενο εγκεφαλικό ιστό.

Αφού τελείωσε το χειρουργείο παρέμεινε στην ανάνηψη σε μηχανικό

αερισμό για 10 ώρες.

Εγινε αποσωλήνωση και μεταφέρθηκε στην κλινική. Το παιδί αποκατέστησε αυτόματη αναπνοή και είχε σαφείς βελτιώσεις στη νευρολογική εικόνα με εξάλειψη της μυδρίασης, καλή κινητικότητα άνω και κάτω άκρων. Παρέμεινε στην κλινική για τις επόμενες 6 ημέρες. Ολοκληρώθηκε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και καλή φυσική κατάσταση με ευρύματα καλά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία :

1. ΚΟΡΔΡΟΛΗ ΝΙΚ.

"Μαθήματα Νευροχειρουργικής και νοσηλευτικής", Αθήνα 1986

2. ΒΑΣΩΝΗ Δ.

"Επιτομή χειρουργικής και Ορθοπαιδικής", 4η έκδοση αναθεωρημένη, Αθήνα 1985.

3. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Α.Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.

"Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική", έκδοση 9η, Τόμος Α μέρος 1ο, Τόμος Β μέρος 2ο, Αθήνα 1984-1987.

4. ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ

"Βασική Νοσηλευτική", Αθήνα 1987.

5. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΛΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.

"Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 1ος, Αθήνα 1985.

Ξενόγλωσσα Βιβλιογραφία

1. GUTON M.P.

"Φυσιολογία του ανθρώπου" Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

2. JOANNE HICKEY

"THE CLINICAL PRACTICE OF NEUROLOGICAL AND NEUROSURGICAL NURSINES"

Έκδοση 3η

198 JB KIPPINCOTT.

- ΑΡΧΕΙΟ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ "ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"
- ΑΡΧΕΙΟ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Π.Π. Γ.Ν.Π. ΡΙΟ - ΠΑΤΡΩΝ

