

Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Εγκεφαλική Αιμορραγία

Νοσηλευτική φροντίδα

Πτυχιακή Εργασία

---

Σπουδάστριάς ή 1) Προβιδόκη Πελαγία

Σπουδαστών: 2)

3)

Υπεύθυνος Καθηγητής

---

(Υπογραφή) .....

ΚΟΥΝΗΣ

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής

Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

1) .....

2) .....

3) .....

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα .....



ΑΡΙΘΜΟΣ	453
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

453

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

1. Γενικά περί αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.
2. Η παθολογοανατομική φύση της αγγειακής βλάβης.
3. Το στάδιο εξέλιξης στο οποίο βρίσκεται η εγκεφαλική βλάβη.
4. Υπέρταση και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
5. Αρτηριοσκλήρωση και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
6. Πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.
7. Αυτόματη (μη τραυματική) ενδοκρανική αιμορραγία.
  - Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία.
  - Υπαραχνοειδή αιμορραγία.
8. Νοσηλευτική φροντίδα εγκεφαλικών επεισοδίων.
9. Περιστατικά 1, 2, 3, ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό.
10. Επίπλοκες, αποκατάσταση και κοινωνικές επιπτώσεις των εγκεφαλικών επεισοδίων.

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή είναι ένα μικρό δείγμα μιας νευρολογικής νόσου, που οφείλεται σε βλάβη (αιμορραγία) στον εγκέφαλο, ενός από τα πιο μυστηριώδη και ανεξερευνήτα όργανα του ανθρώπου.

Παρ' όλη την πρόοδο της ιατρικής σε μεγάλο μέρος της κατηγορίας αυτών των νοσημάτων, δεν έχει εξακριβωθεί η ακριβής αιτιολογία και η θεραπεία ακόμα. Κάθε πρόοδο της ιατρικής προς αυτήν την κατεύθυνση αποτελεί επίτευγμα.

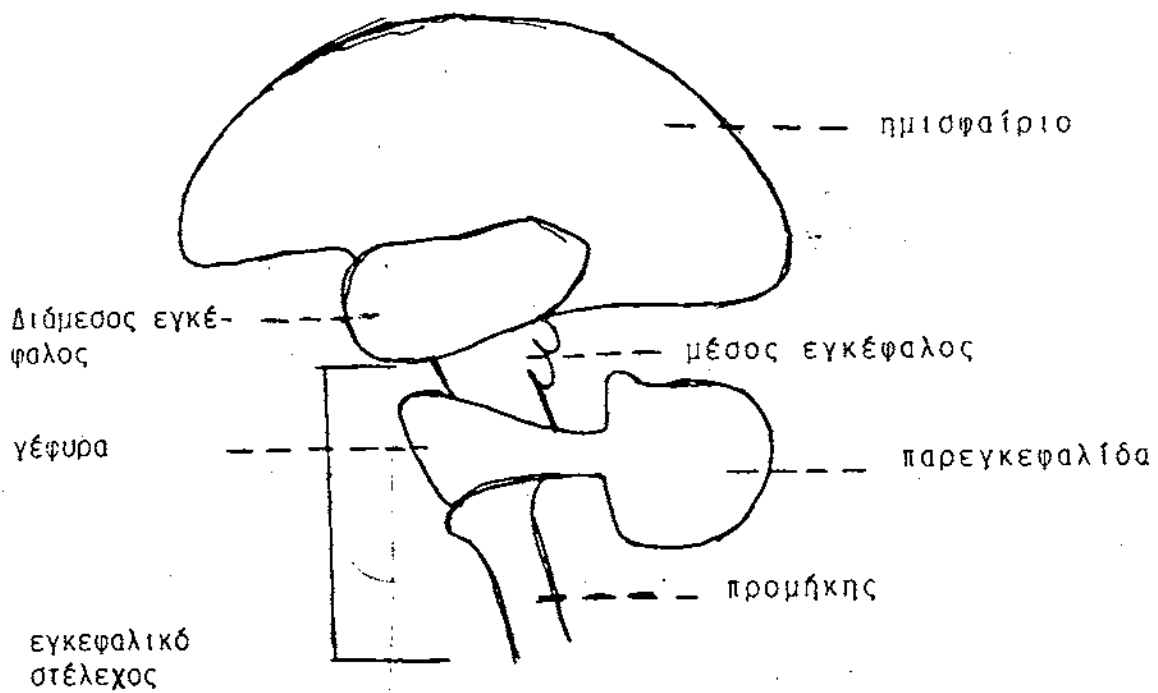
Η θεραπεία στα νοσήματα αυτά συνίσταται κυρίως στην πρόληψη με αποφυγή των παραγόντων που προδιαθέτουν την νόσο.

## Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

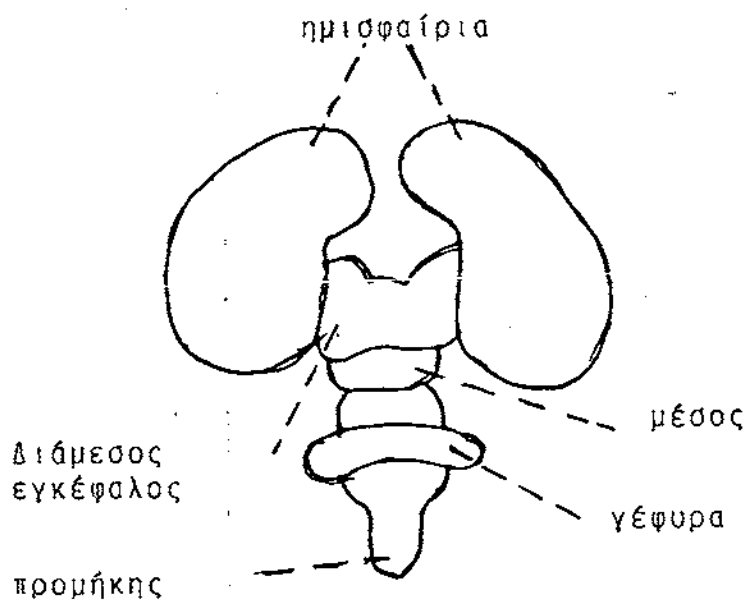
Η εργασία αυτή αναφέρεται σε μία από τις πιο διαδεδομένες ασθένειες του καιρού μας, στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Τα Α.Ε.Ε είναι η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στον δυτικό κόσμο μετά τον καρκίνο, και τις καρδιακές παθήσεις. Αποτελούν επίσης μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα γιατί είναι η συχνότερη αιτία χρόνιας ανικανότητας. Το αντικείμενο λοιπόν που θα εξεταστεί είναι ένα από τα πιο σημαντικά της ιατρικής.

Σκοπός της εργασίας είναι να δώσει έμφαση σ' αυτή την νόσο και των αιτιών που την προκαλούν. Η μέθοδος της μελέτης βασίζεται περισσότερο στην περίληψη κειμένων από βιβλία ιατρικά.

Σπουδαίο ρόλο παίζει η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς - εάν μείνει με κάποια αναπηρία - και μπορεί εύκολα να ξεχαστεί η ιδιόρρυθμη αυτή ψυχολογική κατάσταση τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του. Γι' αυτό στην νοσηλεύτική φροντίδα δίνεται έμφαση στην ψυχολογική στήριξη της νοσηλεύτριας προς τον ασθενή και την οικογένειά του.



Εικ. 1. Οβελιαία τομή του εγκεφάλου σχηματικά



Εικ. 2. Προσθία τομή εγκεφάλου

## ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στον Δυτικό κόσμο. Αποτελούν επίσης μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα γιατί είναι η συχνότερη αιτία χρόνιας ανικανότητας.

Το αντικείμενο λοιπόν που θα εξετασθεί είναι ένα από τα σημαντικά της ιατρικής.

Ο όρος εγκεφαλική "προσβολή" ή εγκεφαλικό επεισόδιο συνήθως σημαίνει την γρήγορη εμφάνιση μερικών νευροπληγικών διαταραχών και πιο συχνά της ημιπληγίας. Η διαταραχή μπορεί να εμφανισθεί μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα και σε άλλες περιπτώσεις αναπτύσσεται σε μια περίοδο ωρών ή ακόμη και ημερών. Όταν η εξέλιξη είναι πολύ παρατεταμένη μπορεί να είναι δύσκολο ή αδύνατο να διακρίνουμε με κλινικά κριτήρια, την ισχαιμική νόσο του εγκεφάλου από ένα όγκο. Περίπου το 5% των ατόμων που εμφανίζονται με εγκεφαλική προσβολή έχουν τελικά κάποιο όγκο.

Δεν υπάρχει ικανοποιητικός τρόπος για την κατάταξη των εγκεφαλικών επεισοδίων. Ιδανικά ο γιατρός θα πρέπει να γνωρίζει:

1. Τη φύση της παθολογοανατομικής βλάβης (αιμορραγία ή έμφρακτο).
2. Το στάδιο της εξέλιξης που έχει φθάσει (εάν το σύμπτωμα είναι ολοκληρωμένο ή βρίσκεται σε εξέλιξη).
3. Τη θέση της βλάβης (π.χ. στο εγκεφ. ημισφαίριο ή στο στέλεχος).

### Η παθολογοανατομική φύση της αγγειακής βλάβης

Τα κύρια αποτελέσματα παθολογοανατομικά της οξείας αγγειακής νόσου του εγκεφάλου είναι η δημιουργία εγκεφαλικού εμφράκτου ή ενδοκρανιακής αιμορραγίας. Και τα δύο συχνά προκαλούν σημαντικό εγκεφαλικό οίδημα με αποτέλεσμα πίεση του εγκεφαλικού στελέχους.

Το έμφρακτο συνήθως προκαλείται από στένωση, ή απόφραξη μιας μεγάλης σκετικής αρτηρίας. Η ενδοκρανιακή αιμορραγία προκαλείται από την ρήξη αγγείων. Οι αθηρωματικές αλλοιώσεις είναι χαρακτηριστικά πιο βαρείες στη βασική και στις σπονδυλικές αρτηρίες και στις αρτηρίες του κύκλου του WILLIS στη βάση του κρανίου.

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναγνωριστεί η αυξημένη συχνότητα με την οποία συμβαίνουν αθηρωματικές αλλοιώσεις στις εξωκρανιακές αρτηρίες.

Η αθηρωματική αλλοίωση μπορεί να προκαλέσει σε μια αρτηρία τρεις κύριες βλάβες: στένωση, εμβολή, ολική απόφραξη της αρτηρίας.

### Το στάδιο εξέλιξης στο οποίο βρίσκεται η εγκεφαλική βλάβη

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε εάν η εγκεφαλική "προσβολή" βρίσκεται ή όχι ακόμα στη γένεσή της, ή έχει εξελιχτεί ή παραμένει στάσιμη. Από αυτήν την άποψη αναγνωρίζονται τρία είδη εγκεφαλικών επεισοδίων.

### Το παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο

Το εξελισσόμενο εγκεφαλικό επεισόδιο: Οι νευρολογικές



διαταραχές μπορεί να εμφανίζουν διακυμάνσεις στην έντασή τους ή να προχωρούν προοδευτικά. Αυτή είναι μία ιδιαίτερα σημαντική κατάσταση γιατί μπορεί να προληφθεί.

Το εγκαταστημένο εγκεφαλικό επεισόδιο: Η νευρολογική διαταραχή είναι στατική, εδώ πολλοί ασθενείς έχουν απώλεια συνήθειας και μπαίνει στη διαφορική διάγνωση η κраниοεγκεφαλική κάκωση.

Η θέση της βλάβης: Τα περισσότερα από τα αγγειακά συμβαίνουν στην περιοχή που αιματώνει η έσω κορωτίδα και έτσι προκύπτει ημιπληγία. Τα εγκεφαλικά επεισόδια που αφορούν το στέλεχος εκδηλώνονται με διάφορους τρόπους - απώλεια συνήθειας, διαταραχές στην κινητικότητα των ματιών, δυσφαγία, και μυϊκή αδυναμία και στα τέσσερα άκρα.

#### Υπέρταση και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

Τα τελευταία χρόνια η υπέρταση έχει αναγνωριστεί σαν μια εξαιρετικά σημαντική γενεσιουργός αιτία των εγκεφαλικών επεισοδίων.

Αυτή και ο σακχαρώδης διαβήτης προκαλούν πρόκληση εκφύλιση των αγγείων. Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η συννεθέστερη αιτία θανάτου στα υπέρτασικά άτομα. Η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία είναι η κλασική νευρολογική εμφάνιση της υπέρτασης, αλλά με αυξημένη συχνότητα παρατηρούνται επίσης ισχαιμικό έμφρακτο και υπαρχνοειδή αιμορραγία.

Η υπέρτασική εγκεφαλοπάθεια είναι μία πολύ σοβαρή κατάσταση που εμφανίζεται σε ασθενείς με κακή υπέρταση

και συνοδεύεται από έντονο πονοκέφαλο, έμετο, σπασμούς.

Η υπέρταση προκαλεί βλάβες και στις μεγάλες και μικρές αρτηρίες του εγκεφάλου. και στις δύο ομάδες προάγει το σχηματισμό αθηρωμάτωσης. Ιδιαίτερα, προσβάλλουν αμέσως τον χιτώνα των μικρών αρτηριών. Συμβαίνει τότε πρόιμη υπερτροφία των μυικών ινών και σε μεταγενέστερο στάδιο υπάρχει εκφύλιση των μυικών και ελαστικών ινών, αύξηση του συνδετικού ιστού και ινιδροειδή νέκρωση.

Δύο παράγοντες έχουν σημασία:

1. Τα μικρο-ανευρίσματα: πρόκειται για μικρά ανευρίσματα με διάμετρο μέχρι 900 μ. που βρίσκονται στους μικρούς παράπλευρους κλάδους των ραβδωτών αρτηριών στην περιοχή των βασικών γαγγλίων και της έσω κόψας. Η ρήξη τους ευθύνεται για τις περισσότερες περιπτώσεις πρωτοπαθούς ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας.

2. Κυστίδια: δηλαδή μικρές κυστικές περιοχές με διάμετρο μέχρι 15 MM (που έχουν κατανομή όμοια μ<sup>2</sup> εκείνη των μικροανευρισμάτων). Οι κυστικές αυτές περιοχές πιστεύεται ότι προκαλούνται από μικρο-έμφρακτα. Κλινικά προκαλούν πολύ εντοπισμένες βλάβες (π.χ. καθορά κινητική ημιπληγία). Επανειληθμένος σχηματισμός τέτοιων κυστιδίων μπορεί να προκαλέσει διάχυτη διαταραχή στην εγκεφαλική λειτουργία (π.χ. άνοια, ψευδοπρομηκική παράλυση).

Στα φυσιολογικά άτομα η αιμάτωση του εγκεφάλου διατηρείται σε σταθερά επίπεδα και δεν εξαρτάται από τις διακυμάνσεις της πίεσης του αίματος. Η σχέση μεταξύ πίεσης κι αιμάτωσης μπορεί να εκφραστεί ως εξής:

πίεση του αίματος

ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ = -----

αντίσταση εγκ. αγγείων

Η σχέση αυτή εξασφαλίζεται στα υγιή άτομα την διατήρηση της αιμάτωσης του εγκεφάλου για ένα ευρύ φάσμα μεταβολών της μέσης αρτηριακής πίεσης. Μετά ένα οξυ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αυτός ο κεντρογενής μηχανισμός διαταράσσεται και είναι συνήθως αδύνατο να θεραπευόμε την υπέρταση στη διάρκεια των 3 πρώτων εβδομάδων μετά από οξεία εγκεφαλική αγγειακή βλάβη. Όσο γενικά σημεία χρειάζεται να τονισθούν σε σχέση με την αντιμετώπιση των υπέρτασικών ατόμων. Πρώτο ότι ο σωστός έλεγχος της υπέρτασης έχει μεγάλη σημασία. Τα δεδομένα δείχνουν ότι ο έλεγχος της πίεσης του αίματος ελαττώνει την πιθανότητα για παραπέρα εγκεφαλικό επεισόδια και στους ασυμπτωματικούς αρρώστους και σ' εκείνους που έχουν κιάλας υπέρτασική αγγειακή νόσο. Δεύτερο τα αντιπηκτικά θα πρέπει να αποφεύγονται στους αρρώστους με εγκεφαλικό επεισόδιο που είναι υπέρταστοί (γιατί υπάρχει κίνδυνος της αιμορραγίας από μικρο-aneυρίσματα).

#### Αρτηριοσκλήρωση και εγκεφαλικά επεισόδια

Η αρτηριοσκλήρωση είναι ένας από τους πρωταρχικούς παράγοντες που οδηγούν σε καρδιακές και εγκεφαλικές προσβολές. Η αρτηριοσκλήρωση προσβάλλει τις στεφανιαίες αρτηρίες που τροφοδοτούν την καρδιά, τις μεγάλες αρτηρίες του τραχήλου που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο, την αορτή και την κεντρική αρτηρία του σώματος.

Μακροχρόνιες έρευνες από γιατρούς στα εργαστήρια και στις κλινικές απέδειξαν ότι η αρτηριοσκλήρωση έχει άμεση σχέση με τις συνήθειες και τα χαρακτηριστικά της ζωής του ατόμου. Τα τρία πιο σημαντικά είναι το κάπνισμα, η υψηλή πίεση του αίματος και υπερχοληστεριναϊμία. Άλλοι λιγότερο σημαντικοί παράγοντες είναι η ψυχική υπερένταση, ένα οικογενειακό ιστορικό καρδιοπάθειας, έλλειψη άσκησης και στο αρσενικό φύλο ο διαβήτης. Άτομα τα οποία καπνίζουν και έχουν υπέρταση και χοληστερίνη κινδυνεύουν 20 - 30 φορές περισσότερο να πάθουν καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι γιατροί όμως τώρα μπορούν να πετύχουν την πρόληψη των εγκεφαλικών επεισοδίων και στεφανιαίων νόσων με τον έλεγχο στον τρόπο ζωής και των παραγόντων κινδύνου για να υπολογίζουν τις πιθανότητες που έχει ένα άτομο να πάθει αυτές τις νόσους.

#### Πρόληψη των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων

Όπως έχει κιόλας αναφερθεί θα πρέπει να αντιμετωπισθεί η υπέρταση. Τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια αποτελούν πάντα ένα προειδοποιητικό σύμπτωμα για επερχόμενο εγκεφαλικό επεισόδιο και πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Υπάρχουν κλινικές ενδείξεις ότι σ' αυτή την ομάδα των αρρώστων, μπορεί να ωφελήσει η προφυλακτική χρήση της ασπιρίνης ή των αντιπηκτικών. Τέλος, τα αντισυλληπτικά συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο για εγκεφαλική ερόμβωση. Έτσι δεν πρέπει να δίνονται σε αρρώστους με ιστορικό πιθανής εγκεφαλικής βλάβης και μόλις εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα το φάρμακο να διακόπτεται.

Οι αγγειακές παθήσεις θα εξετασθούν παρακάτω με την ακόλουθη σειρά:

1. Ενδοκρανιακή αιμορραγία
  - α. Πρωτοπαθής ενδοεγκεφαλική αιμορραγία
  - β. Πρωτοπαθής υπαραχνοειδή αιμορραγία

### ΑΥΤΟΜΑΤΗ (ΜΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ) ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Υπάρχουν δύο τύποι της μη τραυματικής ενδοκρανιακής αιμορραγίας η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και η υπαραχνοειδής αιμορραγία. Πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχει αξιόσημειωτη αλληλοκάλυψη μεταξύ των 2 αυτών καταστάσεων. Έτσι σε μια σημαντική αναλογία των περιπτώσεων πρωτοπαθούς υπαραχνοειδούς αιμορραγίας υπάρχει και καταστροφή του εγκεφαλικού ιστού. Όμοια, το αίμα από ένα πρωτοπαθές ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα μπορεί να διαφύγει στον υπαραχνοειδή χώρο. Πάντως οι δύο καταστάσεις είναι αρκετά διαφορετικές από παθολογοανατομική κλινική, προγνωστική και θεραπευτική άποψη, γι' αυτό θα εξετασθούν χωριστά.

### ΕΝΔΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

#### Γενικά

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα έμφραγμα του εγκεφαλικού ιστού που προέρχεται από διακοπή της ροής του αίματος εξ' αιτίας ερόμβου, εμβόλου ή αιμορραγίας. Εγώ

εδώ θα εξετάσω το εγκεφαλικό επεισόδιο που οφείλεται σε αιμορραγία.

Ένα από τα συνηθισμένα αποτελέσματα της αρτηριακής υπέρτασως είναι η ρήξη ενός εγκεφαλικού αγγείου και η δημιουργία της εγκεφαλικής αιμορραγίας. Σ' αυτό το είδος της αιμορραγίας ή αρτηριακής πίεσης είναι 160-170/190 mmHg αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις είναι πολύ ψηλότερη.

Τα συμπτώματα του εγκεφαλικού επεισοδίου που λέγεται και αποπληξία είναι βασικά ίδια.

Η υπέρτασική αιμορραγία προκαλείται μέσα στον εγκεφαλικό ιστό οι δε αρτηρίες οι οποίες βρίσκονται μέσα στον υπαρχνοειδή χώρο και οι οποίες υφίσταται ρήξη είναι στην ουσία άγνωστες, εξαιρούνται περιπτώσεις ανευρίσματος.

Η εξαγγείωση η οποία οφείλεται σε ρήξη μιας αρτηρίας δημιουργεί κυκλοτερή ή ωσειδή μάζα η οποία εφ' όσον συνεχίζεται η αιμορραγία αυξάνει κατ' όγκο με αποτέλεσμα την διάσπαση του παρακείμενου εγκεφαλικού ιστού καθώς την παρεκτόπιση και συμπίεσή του.

Σε μεγάλη αιμορραγία παρεκτοπίζονται τα μόρια της μέσης γραμμής προς την αντίθετη κατεύθυνση και θίγονται ζωτικά κέντρα του εγκεφάλου με επακόλουθο εμφάνιση κόματος και θανάτου του ασθενούς (εγκεφαλικό στέλεχος, υποθάλμος). Συνήθως επέρχεται ρήξη ή διαρροή προς το κοιλιακό σύστημα και το Ε.Ν.Υ στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι αιμορραγικό (90%). Σ' αυτού του τύπου την αιμορραγία το αίμα σχεδόν ποτέ δεν φθάνει απ' ευθείας στον υπαρχνοειδή χώρο αλλά εισέρχεται από τον εγκεφαλικό φλοιό μέσω του

κοιλιακού συμπλέγματος στον υπαραχνοειδή χώρο.

Όταν η αιμορραγία είναι μικρή και βρίσκεται μακριά από τις κοιλίες, το E.N.Y είναι δυνατό να διατηρηθεί διαυγές ακόμα και σε επανειλημμένες εξετάσεις.

Οι αιμορραγίες μπορεί να διακριθούν σε αερώες, μικρές, οχτιμοειδής και πετεχειώδεις ανάλογα με το μέγεθός τους.

Η αγγειακή βλάβη που οδηγεί σε ρήξη μιας αρτηρίας, υποστηρίζεται ότι ένα παράγοντα αποτελεί η αθηροσκληρώση αλλά η γνώμη αυτή δεν έχει αποδειχθεί αφού υπάρχουν αιμορραγίες χωρίς μακροσκοπικά ορατή αθηροσκληρώση.

Ως πρόδρομοι της αιμορραγίας έχουν επίσης περιγραφεί οι συνέπειες της υπερτάσεως, υαλινώσεως και νεκρωτικές αλλοιώσεις των μικρών αρτηριών.

### Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα εισβάλλει απότομα και παρουσιάζει γρήγορη εξέλιξη, εξελίσσεται βαθμιαία αλλά σταθερά, και φθάνει στο αποκορύφωμα της βαρύτητάς της που είναι ανάλογο με την ταχύτητα της αιμορραγίας μέσα σε μερικά λεπτά, ώρες ή ακόμα και μέρες, οπότε παίρνει την τελική της μορφή αν τελικά ολοκληρωθεί ή μείνει στάσιμη. Η προσβολή επέρχεται ξαφνικά χωρίς πρόδρομα ή προειδοποιητικά συμπτώματα και σε ώρες δραστηριότητας του ασθενή και όχι σε στιγμές ύπνου ή ηρεμίας. Η αποπληξία εισβάλλει μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα, ο ασθενής αισθάνεται έντονο άλγος στο κεφάλι και πέφτει κάτω άναίσθητος.

Η "προσβολή" δεν παρουσιάζει εκλεκτικότητα ως προς το φύλο και την ηλικία, αλλά εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές

ηλικίας άτομα.

Υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της πρωτοπαθούς ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας και της αρτηριακής υπέρτασης. Στην αρχική φάση της αποπληξίας η αρτηριακή υπέρταση διατηρείται ή αυξάνεται, έτσι εύκολα διαπιστώνεται η προϋπαρξή υπέρτασως και πρέπει να εξετασθεί αν είναι ιδιοπαθής τύπου ή οφείλεται σε άλλη αιτία (νεφροπάθεια, τοξιναιμία κύησης, φατοκρωμοκύλωμα, σωματική προσπάθεια ή έντονη συναισθηματική κατάσταση). Συνήθως υπάρχει καρδιομεγαλία (υπερτροφισμός αριστερής κοιλίας). Συνήθως επέρχεται μόνο μια προσβολή της αιμορραγίας και δεν έχουμε επανάληψη αυτής, όπως συμβαίνει στο σακκοειδές ανεύρησμα.

#### Σημεία και συμπτώματα

Η εισβολή είναι αιφνίδια. Τα κλινικά ευρήματα ποικίλουν ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση της αιμορραγίας.

Συμπτώματα: Μυϊκή υποτονία, κεφαλαλγία, προσδέτικη απώλεια συνείδησης, έμετοι.

Σημεία: Απώλεια συνείδησης, ημιπληγία, αυκενική δυσκαμψία (όχι πάντα), υπέρταση, υπερτασικές βλάβες στο βυθό, υπερτροφία αριστερής κοιλίας, κόμα, επιληπτικές κρίσεις (10% περιπτώσεων). Η υπερτασική αιμορραγία εκδηλώνεται σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και η κλινική της εικόνα διαφέρει ανάλογα με τη θέση που έλαβε μέρος η αιμορραγία καθώς και το μέγεθός της.

Κατά σειρά συχνότητας οι συνθεέςστερες θέσεις είναι:

1. Το κέλυφος του φακοειδή πυρήνα ή η παρακείμενη έσο κόψη (50% των περιπτώσεων).



2. Ο θάλαμος

3. Η παρεγκεφαλίδα.

4. Η γέφυρα

Υπόλοιπο 50%

5. Διάφορα τμήματα της λευκής ουσίας

Η αιμορραγία του κελύφους που είναι η συνθεότερη κλινική εικόνα ο ασθενής παραπονείται ότι "κότι πηγαίνει στραβά στο κεφάλι του". Μέσα σε λίγα λεπτά το κεφάλι κλίνει προς τη μία πλευρά, η ομιλία καλείται τρουλιστική ή οφασική και στη συνέχεια αδύνατη. Το άνω και κάτω άκρο παρουσιάζει βαθμιαία μείωση της μυϊκής ισχύος, έως όπου χαλαρώσει τελείως, οι σφραμοί τείνουν να αποκλίνουν αντίθετα προς την πλευρά των περιετικών μελών η νύξη με καρφίτσα δεν γίνεται αντιληπτή, εμφανίζεται σημείο BABINSKI και τη σύγκληση διαδέχεται το κόμα.

Η μετρίου βαθμού εσλαμική αιμορραγία προκαλεί επίσης ημιπληγία ή ημιπάρση. Η αισθητική έλλειψη είναι ίση ή μεγαλύτερη από την κινητική αδυναμία. Το τυχόν εμφανιζόμενο έλλειμα οπτικού πεδίου υποχωρεί μέσα σε λίγες μέρες.

Η εσλαμική αιμορραγία που απεκτείνεται προς τον υποθάλαμο προκαλεί σειρά οφθαλμικών διαταραχών (ανισοκορία, βλεφαρόπτωση έλλειψη αντίδρασης των σφραμών στο φώς, στραβισμό κ.α.) Η δυσκομφία του αυχένα είναι έντονη και η εντός του εσλάμου αιμορραγία προκαλεί αλαλία.

Κατά την γεφυρική αιμορραγία ο άρρωστος μέσα σε λίγα λεπτά πέφτει σε βαθύ κόμα, η κλινική εικόνα συνίσταται σε ολική παράλυση, έντονη δυσκομφία εξ' απεγκεφαλισμού και μικρές κόρες (MM) που αντιδρούν στο φώς. Οι πλάγιες

κινήσεις των οφθαλμών είναι πολύ μειωμένες, τοθ. Ε.Ν.Υ. είναι αιμορραγικά. Συνήθως επέρχεται θάνατος μέσα σε λίγες ώρες.

Στην παρεγκεφαλιδική αιμορραγία η κλινική εικόνα αναπτύσσεται σε περίοδο αρκετών ωρών. Δεν εμφανίζεται απώλεια συνείδησης ενώ χαρακτηριστική εκδήλωση είναι οι επανειλημμένοι εμέτοι που συνοδεύονται από αδυναμία στη βάδιση, ή στην όρθια στάση, ιλίγγους επίσης έχουμε σειρά οφθαλμικών διαταραχών.

Υπάρχει μεγάλος βαθμός δυσκαταποσίας και ανασταξίας. Κατά την εισβολή της νόσου επέρχεται παραπληγία με διατήρηση της συνείδησης. Τα πελματσία αντανακλαστικά στην αρχή είναι κμπτικά και μετα γίνονται εκτατικά. Πρέπει να τονισθεί ότι για τον καθορισμό της εντοπίσεως των ενδοεγκεφαλικών αιμορραγιών μεγάλη σημασία έχουν τα οφθαλμικά σημεία.

Οι αιμορραγίες των παραπύνω θέσεων συνήθως είναι αερρές γι' αυτό ο ασθενής επιζεί μόνο λίγες μέρες ή ώρες και πεθαίνει από δευτεροπαθή αιμορραγία του εγκεφαλικού στελέχους.

#### Αιμορραγία του εγκεφαλικού στελέχους (επιπλακή)

Βαθύ κόμα, υπερπυρεξία, αδυναμία κατάποσης, τετραπληγία, σημεία από τα μάτια: ένα ή όλα απ' τα ακόλουθα σημεία μπορεί να υπάρχουν:

- α) πολύ μικρές κόρες, β) δεν υπάρχει το οφθαλμοκινητικό αντανακλαστικό (τα μάτια δεν κινούνται με την στράφη του κεφαλιού), γ) δεν υπάρχει το οφθαλμοσπαστικό αντανακλαστικό (τα μάτια δεν κινούνται όταν στο έξω

ακουστικό πόρο εισαχθεί παγωμένο νερό), δ) πλάγια στροφή του βλεπόντος, ε) διαλείπουσα προς τα κάτω απόκλιση των οφθαλμικών βολβών.

Σε αναλογία περίπου 30% των περιπτώσεων η αιμορραγία είναι λιγότερο εκτεταμένη και υπάρχει η πιθανότητα επιβίωσης, κυρίως στην εσθμική αιμορραγία που τείνει να είναι μικρότερη από την κελυφική ή την παρεγκεφαλιδική αιμορραγία.

Τα κυριότερα συμπτώματα της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας είναι:

- Η σφοδρή κεφαλαλγία που είναι χαρακτηριστικό σύμπτωμα και το οποίο σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί σύμπτωμα προέχουσας και διαγνωστικής σημασίας. Στο 50% όμως των περιπτώσεων είναι μικρή ή ασήμαντη.
- Η αυχενική δυσκαμψία βρίσκεται αρκετά συχνά αλλά και αυτή λείπει σε αρκετές περιπτώσεις και τείνει να υποχωρεί παράλληλα με το βάθος του κόματος που επιτείνεται.
- Εμετοι εμφανίζονται μια ή δύο φορές κατά την έναρξη της αιμορραγίας όταν όμως επαναλαμβάνεται αυτό αποτελεί ένδειξη του σημείου που λαμβάνει μέρος η αιμορραγία.
- Το κόμα υποστηρίζεται ότι αποτελεί σημείο εγκεφαλικής αιμορραγίας και παρουσιάζεται συχνότερα στην αιμορραγία απ'ότι στο έμφρακτο. Εξ'ίσου σημαντικό είναι ότι οι ασθενείς με εγκεφαλική αιμορραγία δεν βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, ενώ αντίθετα σε κατάσταση εγρηγόρευσης, και ανταποκρίνονται με ακρίβεια στα ερεθίσματα. Αυτό παρατηρείται ακόμα και σε περιπτώσεις

που το Ε.Ν.Υ είναι μακροσκοπικά αιμορραγικό, άρα μόνο όταν η αιμορραγία είναι αερόα προς τις κοιλίες προκύπτει κόμα.

- Εγκεφαλικές επιληπτικές κρίσεις συνήθως εστιακές επέρχονται σε αναλογία 10% των περιπτώσεων.

#### Εργαστηριακές εξετάσεις

1. Αξονική τομογραφία: μια πρόσφατη αιμορραγία φαίνεται σαν μια λευκή περιοχή μεγάλης πυκνότητας.
2. Ο.Ν.Π: το Ε.Ν.Υ είναι αιμορραγικό στο 80-90% των περιπτώσεων.
3. Η.Ε.Κ: μπορεί να δείξει σημεία αριστερής κοιλιακής υπέρτροφιας.
4. Καρωτιδογραφία ή αγγειογραφία: παρεμένει η πιο σημαντική εργαστηριακή εξέταση όταν δεν υπάρχει διαθέσιμη αξονική τομογραφία.

Το παρατεταμένο βασικό κόμα δεν είναι ένδειξη για αγγειογραφία μετά ένα σπινθίοδο εγκεφαλικό επεισόδιο σε υποαριστεριόδη αιμορραγία η χειρουργική επέμβαση σ' αυτό το στάδιο δεν έχει αποτέλεσμα. Η αγγειογραφία αναμένεται να δείξει το μέγεθος και τη θέση της αιμορραγίας. Επίσης θα δείξει κάθε ανεύρισμα ή αρτηριοφλεβική επικοινωνία που τυχόν υπάρχει.

#### Διαφορική διάγνωση

Η διάγνωση δεν παρουσιάζει πρόβλημα στις κλασικές περιπτώσεις. Πάντως πρέπει να γίνει από το:

Ιστορικό έμφρακτα. Οι παράγοντες που συνηγούνται για αιμορραγία είναι η έντονη κεφαλαλγία, και ο εμετός στην εισβολή, η γρήγορη απόλεια συνείδησης, η αυχενική

δυσκομψία και η προϋπάρχουσα υπέρταση.

Την υπεραστική εγκεφαλοπάθεια: Αυτή είναι πολύ σπάνια. Συμβαίνει μερικές στην τοξιναιμία της κήσης, στο φασκρομοκύττωμα και σε αρρώστατους που τρώνε τροφές που περιέχουν τυραμίνη (π.χ. τυριά) ενώ συγχρόνως παίρνουν θεραπευτικά αναστολείς της MAO. Η κλινική εικόνα συνήθως αναπτύσσεται μέσα σε 24 ώρες και εάν παραμείνει χωρίς θεραπεία προχωρεί σε κόμα και σπασμούς.

Την κρανιοεγκεφαλική κάκωση: Αυτή μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα εάν ο άρρωστος έχει απώλεια συνείδησης και δεν υπάρχει ιστορικό. Για την διάγνωση της κάκωσης συνηγορούν τυχόν εξωτερικά τραύματα και η απουσία εμφανών εστιακών νευρολογικών σημείων.

Από τα άλλα αίτια απώλεια της συνείδησης (ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, υπογλυκαιμικό κόμα, δηλητηρίαση, μηνιγγίτιδα, υπαραχνοειδής αιμορραγία, κ.λ.π.).

Θεραπεία: Ο άρρωστος βρίσκεται συνήθως σε κόμα και θα πρέπει άμεσα να αρχίσουν τα κατάλληλα μέτρα για αυτές τις περιπτώσεις. Θεραπεία της υπέρτασης δεν ενδείκνυται εκτός εάν υπάρχει κακοήγης υπέρταση.

Η χειρουργική θεραπεία βοηθάει μόνο σε ορισμένες εκλεκτικές περιπτώσεις με την αφαίρεση μιας εντοπισμένης βλάβης. Εται ενδείκνυται όταν η αιμορραγία εντοπίζεται σε ένα κρανιακό λοβό ή σε επιφανειακό τμήμα ενός εγκεφαλικού ημισφαιρίου ή στην παρεγκεφαλίδα. Αντενδείκνυται όταν δεν έχουν καταστραφεί κεντρικά μέρη του εγκεφάλου.

Πρόγνωση: Η θνησιμότητα στην εγκεφαλική αιμορραγία είναι περίπου 60%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων που έχουν

Βασύ κόμο θα παθόνουν στις πρώτες 24 ώρες. Πάντως η θνησιμότητα για τα μικρά εντοπισμένα αιματώματα είναι μόνο 20%.

### ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ

Ορισμός: Είναι αιφνίδια αιμορραγία μέσα στον υπαρχνωειδή χώρο, συνήθως με έντονη κεφαλαλγία και μηνιγγισμό.

Υπαρχνωειδή αιμορραγία μπορεί να προκύψει σε κάθε περίπτωση ενδοκρανιακής αιμορραγίας είτε αυτή οφείλεται σε τραυματισμό ή σε αρτηριοσκληρωτικής αιτιολογίας εγκεφαλική αιμορραγία ή σε αιμορραγία εγκεφαλικού νεοπλάσματος ή σε αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία.

Η αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία ή πρωτοπαθής οφείλεται:

- 1) Σε ρήξη ανευρίσματος που αποτελεί το 70% των περιπτώσεων. Τα ανευρίσματα οφείλονται σε συγγενείς αγγειακές δυσπλασίες που έχουν μορφή λεπτοστοιχωματικών φυμαλίδων και εντοπίζονται στους διχασμούς των αρτηριών και η ρήξη γίνεται στο θόλο του ανευρίσματος. Εντοπίζονται συνήθως στις μεγάλες αρτηρίες του κύκλου του WILLIS.
- 2) Σε ρήξη αγγειώματος. Τα αγγειώματα σχηματίζονται από την παθολογική ανάπτυξη των εγκεφαλικών αγγείων και είναι υπεύθυνα για το 10% περίπου των περιπτώσεων υπαρχνωειδούς αιμορραγίας.

Άλλα συνήθιστα αίτια υπαρχνωειδούς αιμορραγίας:

- α) Ρήξη του ανευρίσματος που οφείλεται σε υποξεία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα ή σε οξεία πολυαρτηρίδια.

β) Αιμορραγία εγκεφαλικού όγκου.

γ) Παθήσεις με αιμορραγική διάθεση π.χ. αιμοφιλία, ερρομβοκυτοπενία.

Η υπαραχνοειδής αιμορραγία του νωτιαίου μυελού οφείλεται είτε σε αγγειακή δυσπλασία ή σε κάποιο νεόπλασμα.

Η υπαραχνοειδής αιμορραγία συμβαίνει σε ηλικίες 40-60 ετών σε νεότερη ηλικία από άλλου είδους αιμορραγίες και αυτό γιατί υπάρχει προδιάθεση λόγω της ατελής ανάπτυξης των εμβρυικών αγγείων. Ανευρίσματα παρατηρούνται σε άτομα με αρτηριακή υπέρταση αλλά σπανίζουν με μικρότερη συχνότητα σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Η αθηροσκλήρωση υπάρχει σε ποσοστό 50% στα τοιχώματα των ανευρισμάτων.

#### Συμπτώματα

Ο συνηθέστερος τρόπος έναρξης είναι με πολύ έντονη και αιφνίδια ότι κάτι έχει σπάσει μέσα στο κεφάλι του. Στο 50% των περιπτώσεων υπάρχει απώλεια συνείδησης. Στο 10% περίπου παρατηρούνται επιληπτικοί σπασμοί ενώ η κεφαλαλγία συνοδεύεται από εμετό. Ο άρρωστος εμφανίζει έντονη ραχιαλγία, ιδιαίτερα στην οσφυϊκή περιοχή, (κυρίως σε περιπτώσεις υπαραχνοειδούς αιμορραγίας μέσα στον νωτιαίο υπαραχνοειδή χώρο).

Σημεία: Αυχενική δυσκαμψία και θετικό σημείο KERNIG, αίδημα οπτικής θηλής στο 15% των περιπτώσεων, Υ φασκοειδής αιμορραγία (μεγάλη αιμορραγία που συνήθως βρίσκεται κοντά στην οπτική θηλή). Εστιακά σημεία στα άκρα - περίπου το 20% εμφανίζει ημιπληγία, φάσμα κατά την ακρόαση του

κράνιου (ενδεικτικό αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης). Παράλυση

των εγκεφαλικών συζυγιών (ιδιαίτερα της III και IV).

Παροδική γλυκοζουρία.

### Εργαστηριακές εξετάσεις

1) Ο.Ν.Π Εάν γίνει μέσα σε λίγες ώρες δείχνει συνήθως ένα ομοιόμορφο αιμορραγικό Ε.Ν.Υ. Το αίμα εξαφανίζεται από το Ε.Ν.Υ μέσα σε 1-14 ημέρες. Η ξανθοχρωμία του Ε.Ν.Υ οφείλεται σε αιμόλυση εμφανίζεται συνήθως 24 ώρες μετά την αιμορραγία και διαρκεί 2-3 εβδομάδες. Εάν η Ο.Ν.Π γίνει 2-3 εβδομάδες μετά την αιμορραγία μπορεί να βρεθεί μικρός αριθμός λεμφοκυττάρων.

2) Αξονική τομογραφία: Συνήθως στην περιοχή της αιμορραγίας αποκαλύπτεται ένας αιμορραγικός θρόμβος. Έτσι ένα ανεύρισμα της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας μπορεί να προκαλέσει όταν ραγί, αιμορραγικό θρόμβο στην περιοχή της σχισμής του Sylvius.

3) Καρωτιδική αρτηριογραφία: Εάν δεν υπάρχει διαθέσιμος Α.Τ τότε πρέπει να γίνει αγγειογραφία για να εντοπισθεί η εστία της αιμορραγίας. Συνήθως είναι απαραίτητο να γίνει αμφότερος καρωτιδογραφία στην περίπτωση που υπάρχουν περισσότερα από ένα ανευρίσματα. Η καρωτιδογραφία μπορεί να μην δείχνει καμία ανωμαλία στο 20% των περιπτώσεων αυτό μπορεί να σημαίνει είτε ότι το ανεύρισμα έχει ερρομβωθεί ή ότι βρίσκεται στην περιοχή της σπονδυλοβασικής αρτηρίας.

### Διαφορική διάγνωση

1. Από άλλα αίτια έντονης κεφαλαλγίας περιλαμβανομένης και ημικρανίας.



2. Από άλλα αίτια αυξητικής σπονδυλολύσης και των τραυματικών βλαβών του αυχένα.
3. Από άλλα αίτια κόματος. Ο άρρωστος με υπαραχνοειδή αιμορραγία μπορεί να βρίσκεται σε κώμα, όταν θα τον δει ο γιατρός. Εάν υπάρχει η γλυκογουρία τότε μπορεί να υπάρξει σύγχυση με διαβητικό κώμα.
4. Από άλλα αίτια ισχιαλγίας.

Θεραπεία: Ο άρρωστος πρέπει να παραμείνει στο κρεβάτι και έτσι να γίνει η περιποίησή του. Εάν η κεφαλαλγία είναι έντονη πρέπει να δοθούν τα κατάλληλα αναλγητικά. Οι στόχοι της χειρουργικής επέμβασης είναι η πρόληψη της επανάλψης της αιμορραγίας. Η επέμβαση γίνεται καλύτερα 1-3 εβδομάδες μετά την αιμορραγία, και συνήθως εφαρμόζεται εκτομή του αυχένα του σνευρίσματος.

Τα καλύτερα αποτελέσματα προέρχονται από ανευρίσματα της μέσης εγκεφαλικής και της οπίσθιας αναστομωτικής αρτηρίας. Σε μερικές περιπτώσεις γίνεται περίδεση της έσω κερωτίδας αλλά υπάρχει ο κίνδυνος να προκληθεί ημιπληγία.

Η επέμβαση συνήθως γίνεται με τη χρησιμοποίηση ελεγχόμενης υπότασης και υποθερμίας. Μεγαλύτερη επιτυχία έχει σημειωθεί με τη χρησιμοποίηση του χειρουργικού μικροσκοπίου.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μελέτες για την χρησιμότητα φαρμάκων που προλαμβάνουν τη λύση του θρόμβου.

Πιστεύεται ότι αυτός ο μηχανισμός είναι υπεύθυνος για την νέα αιμορραγία των ανευρισμάτων. Ο κίνδυνος για νέα αιμορραγία είναι μεγαλύτερος στο τέλος της 1ης εβδομάδας, μετά την πρώτη αιμορραγία. Υπάρχει κάποια μαρτυρία ότι το

ΕΑΘΑ είναι αποτελεσματικό σε δόση 4 GR κάθε 4 ώρες. Δεν φαίνεται ότι τα υποτασικά φάρμακα έχουν κάποιο αποτέλεσμα.

Πρόγνωση: Το χαρακτηριστικό στην υπαραχνοειδή αιμορραγία είναι η τάση για υποτροπή της αιμορραγίας και ο κίνδυνος αυτός επισκιάζει κάθε πρόγνωση. Μια 2η εσθιατηφόρα αιμορραγία επέρχεται σε ποσοστό 40% των ασθενών μέσα στις επόμενες 8 εβδομάδες από την αρχική. Εάν ο άρρωστος επιζήσει μετά την 11η μέρα χωρίς να επέλθει άλλη αιμορραγία τότε ο κίνδυνος μοιραίας απολήξεως μειώνεται στο ελάχιστο. Συνηθέστερα μετά την 5-10 ημέρα η όλη κατάσταση αρχίζει να βελτιώνεται, η συνείδηση να διαυγάζεται και τελικά να υποχωρεί το μηνιγγικό σύνδρομο και ενδεχομένως τα εστιακά νευρολογικά συμπτώματα.

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΔΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Τα εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια συχνά προκαλούνται από την υπέρταση και είναι συχνή αιτία θανάτου και μόνιμων αναπηριών στους ηλικιωμένους. Είναι νοσήματα που καταρακώνουν το άτομο, γιατί απειλούν την προσωπικότητα του, την αξιοπρέπεια του και την αυτοπεποίθηση του.

Ενώ η σωματική αναπηρία έχει σχέση άμεση με το εγκεφαλικό επεισόδιο, η επιβίωση όμως του πάσχοντος επηρεάζεται από την ύπαρξη άλλων προβλημάτων κυρίως καρδιολογικών.

Πρωταρχικός σκοπός είναι η διατήρηση στη ζωή του κωματώδους ασθενή με την επαρκή στήριξη της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων. Λόγω της αυξημένης προδιάθεσης για επιπλοκές, λόγω ακινησίας, κυρίως πνευμονικές λοιμώξεις, χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα ο ασθενής με διατήρηση, ανοικτής της αεροφόρου οδού με τοποθέτηση του ασθενούς σε πλάγια θέση εάν κάνει εμετό ή θέλει να αποβάλλει πύελο, ώστε να μην πάθει εισρόφηση. Εάν χρειαστεί εφαρμόζουμε αναρρόφηση για να απελευθερώσουμε την αναπνευστική οδό ή ακόμη και ενδοτραχειακό σωλήνα εάν ο άρρωστος είναι πολύ βαρύνος.

Εφαρμόζουμε μέτρα για την διατήρηση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα με χορήγηση αντιπυρετικών και για την ανακούφιση του ασθενή κρύες κομπρέσες.

Ο έλεγχος της κύστεως είναι επιβεβλημένος παράλο που ο ασθενής έχει ακράτεια η κύστη (λόγω βλάβης στη νευρώση της) είναι σε υπερπλήρωση. Λόγω λανθάνουσας κατακρατήσεως

των ούρων έχουμε διάταση της κύστεως. Επαπειλούνται έτσι κίνδυνοι μόλυνσεων του ουροποιητικού συστήματος (ρήξη - αντιούσα μόλυνση) γι' αυτό διενεργείται καθετηριασμός υπό άσηπτες συνθήκες.

Θα πρέπει να ελέγχονται τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά σε κάθε βάρδια και να παρατηρείται το ποσό και το χρώμα των ούρων για τυχόν ύπερξη αίματος.

Λόγω της ακινησίας υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων γι' αυτό ο ασθενής θα πρέπει ανά 2ωρο να μετατοπίζετε από το ένα στο άλλο πλευρό και με την ράχη.

Για καλύτερη αιμάτωση των περιοχών που τρίβονται περισσότερο με τα λευκίματα όπως στις προεξοχές των αστών, πτέρνες, αγκώνες, πρέπει να γίνεται μασάζ με χρήση φαρμακευτικής λωσιών. Επιτακτική είναι η ανάγκη καθαριότητας του ασθενούς, καθημερινά.

Επειδή ο ασθενής είναι ανίκανος να πληθεί, η αδελφή πρέπει να τον βοηθά να κάνει μπάνιο ή να φροντίζει το δέρμα του. Ότι ο ασθενής μπορεί να το κάνει μόνος του η αδελφή πρέπει να τον ενθαρρύνει, έτσι τονώνεται η αυτοπεποίθηση του ασθενούς και συγχρόνως σκεύεται. Η ατομική καθαριότητα του ασθενούς όταν εφαρμόζεται καθημερινά, τον προφυλάσσει από τις μολύνσεις και κατακλίσεις καθώς τον τονώνει και τον ξεκουράζει.

Εάν ο ασθενής δεν μπορεί να καταπιεί ή δεν έχει όραση να φάει από το στόμα σιτίζεται με ρινογαστρικό καθετήρα εάν αυτό δεν είναι εφικτό καταφεύγουμε στην παρεντερική διατροφή. Παρεντερικά ο ασθενής παίρνει τις απαραίτητες για τον οργανισμό ουσίες πρωτεΐνες, βιταμίνες καθώς και

ηλεκτρολύτες (Κ, Να, κ.λ.π) και υγρά. Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να καταβάλεται για την ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα όχι μόνο της υπερτάσεως με χορήγηση υποτασικών φαρμάκων και γαγγλιοπληγικών αλλά και της υποτάσεως που είναι συχνά ένας παράγοντας δυσμενής στον αγώνα για την καταπολέμηση των εγκεφαλικών κυκλοφοριακών διαταραχών.

Συχνή δευτεροπαθής μόλυνση της πύελου έχει σαν αποτέλεσμα την δυσκοιλιότητα γι' αυτό ο όρρωστος πρέπει να υποβοηθείται στην κένωση του εντέρου με κλίσμα κάθε 2η μέρα.

Επειδή ο ασθενής για μεγάλο χρονικό διάστημα μένει ακίνητος στο κρεβάτι του λόγω της βαρείας του καταστάσεως και των παραλύσεων που έχει υπάρχει κίνδυνος λόγω της ακινησίας η δημιουργία μόνιμων μυϊκών συσπάσεων στους μυς του ασθενούς τόσο στην υγιή όσο και στην προσβεβλημένη μεριά του σώματος.

Η χρόνια ελαττωμένη κυκλοφορία σ' ένα μύ που διατηρείται σε σύσπαση για μεγάλο χρονικό διάστημα συντελεί στην μόνιμη βράχυνση των μυϊκών ινών.

Στην πλευρά που έχει προσβληθεί από την τριπληγία οι υπερτονικοί μύς έλκουν τα άκρα σε μη φυσιολογική θέση και εάν αυτή η θέση διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα βραχύνονται οι ίνες των υπερτονικών μυών με αποτέλεσμα συσπαστικές δυσμορφίες.

Για την πρόληψη των μόνιμων αυτών μυϊκών συσπάσεων η αδελφή πρέπει να έχει υπόψη της τα ακόλουθα:

Η άσκηση προλαμβάνει την μυϊκή ατροφία και τις μόνιμες

μυϊκές συσπάσεις οι οποίες θα κλειστούσαν τα άκρα άχρηστα και θα παρεμποδίζουν την ατομική περιποίηση και την μετακίνηση του ασθενούς ακόμα και εάν επανέλθει μέρος της λειτουργικότητάς τους.

Οι παθητικές ασκήσεις διεγείρουν την κυκλοφορία και είναι δυνατόν να βοηθήσουν στην αποκατάσταση της νευρομυϊκής λειτουργίας.

Η πρόληψη λοιπόν των μόνιμων μυϊκών συσπάσεων επιτυγχάνεται με ασκήσεις παθητικές - ενεργητικές που θα διδάχθούν στον ασθενή από τον φυσιοθεραπευτή που αφού εκτιμήσει τις ικανότητές του για κίνηση θα βγάλει ένα πρόγραμμα ασκήσεων. Οι ασκήσεις αυτές θα πρέπει να εκτελούνται καθημερινά από τον ασθενή και να τις

~~επανάλαμβάνει κατά το διάστημα της ημέρας.~~ Η αδελφή πρέπει να είναι παρούσα όταν ο ασθενής εκτελεί τις ασκήσεις για να τον προστατεύει και να τον βοηθά στην εκτέλεση αυτών των ασκήσεων.

Εάν επιτρεθούν ενεργητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς στην υγιή πλευρά και παθητικές στην προσβλημένη μεριά η αδελφή προγραμματίζει την επανάληψή τους κατά το διάστημα της ημέρας. Διδάσκει στον ασθενή πώς να ασκεί τα προσβλημένα άκρα του με παθητικές ασκήσεις, εάν παρατηρηθεί έστω και μικρή ενεργητική κίνηση στην προσβλημένη μεριά η αδελφή χαίρεται και ενθουσιάζεται με τον ασθενή. Αυτή η μικρή αλλαγή είναι ίσως η επιστροφή της λειτουργικότητας του μέλους.

Συνιστάται η διακοπή της ασκήσεως πριν εμφανιστεί αίσθημα κόπωσης το οποίο προκαλεί μυϊκό κούραση που κατά

την ανάπλαση του μυ επιβραδύνει την ίαση του.

Η έγκαιρη έναρξη των ασκήσεων προλαβαίνει την μυική ατροφία και τις μόνιμες μυικές συσπάσεις που θα έκαναν τα άκρα άχρηστα ακόμα και εάν επέστρεφε μέρος της λειτουργικότητάς τους, παρεμποδίζοντας έτσι τον ασθενή να έχει την ευκαρίστηση να φροντίζει για την ατομική του περιποίηση και μετακίνησή του χωρίς να αισθάνεται βάρος για τους άλλους. Διατηρεί την αισιοδοξία του ότι μπορεί να επιστρέψει στην κανονική ζωή, όχι ως αβοήθητος παράλυτος αλλά σαν αυτόρκης αυτοεξυπηρετούμενος και δημιουργικός.

Καθήκον της αδελφής είναι να ενημερώνει αυτόν και την οικογένειά του για τον σκοπό αυτών των εξετάσεων, να προετοιμάζει τον άρρωστο για τις διαγνωστικές εξετάσεις, να τον βοηθά φυσικά και να τον υποστηρίζει ψυχολογικά κατά την εκτέλεση τους.

Σε ορισμένες περιπτώσεις όπως στα "αυτόματα ενδοεγκεφαλικά αιματώματα" η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι χειρουργική. Ο ασθενής θα πρέπει να ετοιμάζεται φυσικά και ψυχολογικά αυτός και η οικογένειά του για την εγχείρηση.

Προεγχειρητικά να σταθεροποιηθεί η αρτηριακή πίεση και η ενδοκρανική, να προκληθεί υποθερμία εάν μας έχει δώσει εντολή ο γιατρός και να γίνεται Η.Κ.Γ συνεχώς.

Η μεταεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς εξετάζεται πιο κάτω σε ξεχωριστό κεφάλαιο.

Τα φάρμακα που χορηγούνται εάν παρουσιαστεί εγκεφαλικό οίδημα είναι υπέρτονα διαλύματα, έγχυση μαγνητόλης και για την εξουδετέρωση των φυτικών διαταραχών γαγγλιοπληγικά και

νευροληπτικά φάρμακα. Ο ασθενής με ημιπαγία παρουσιάζει συχνά συναισθηματική αστάθεια (απότομες εναλλαγές ευφορίας και μελαγχολίας) και υπερβολική εξόρτηση από την αδελφή. Η αδελφή θα πρέπει να ξέρει ότι αυτό σφείλονται στην αρρώστια του και να μην τον αποπαίρνει, ούτε να τον κατακρίνει αλλά να εκδηλώνει ειλικρινή ενδιαφέρον και να τον περιβάλλει με αγάπη και κατανόηση. Να προλαβαίνει τις επιθυμίες του ασθενούς για να του αποδείξει ότι πραγματικά ενδιαφέρεται γι' αυτόν.

Η υπομονή, η κατανόηση, η συμπάθεια και η λεπτότητα ~~είναι απαραίτητα προκόντα που πρέπει να καλλιεργήσει η αδελφή~~ όταν νοσηλεύει αυτούς τους ασθενείς.

Η αδελφή πρέπει να βοηθά τον ασθενή όταν αυτός παρουσιάζει διαταραχή του λόγου (αφασία) πρέπει να γνωρίζει ποιά ακριβώς δυσκολία ή ποιά τύπο αφασίας (κινητικού ή αισθητικού τύπου) παρουσιάζει ο ασθενής της ώστε να τον βοηθήσει. Εάν ο ασθενής δεν θυμάται λέξεις, η αδελφή του δείχνει και συγχρόνως του ονομάζει τα αντικείμενα. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει κινητική αφασία η αδελφή προφέρει τις λέξεις και τον παρακινεί να τις επαναλάβει. Οι ασκήσεις αυτές πρέπει να γίνονται συχνά κατά το διάστημα της ημέρας και να διαρκούν λίγο ώστε να προλαβαίνεται η κόπωση, η απορρόμηση, η αποτυχία του ασθενούς. Η αδελφή επαινεί κάθε προοδο του ασθενούς και εκφράζει την χαρά της για να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του. Για πλήρη αποκατάσταση της ομιλίας υπάρχουν ειδικοί θεραπευτές λόγου.

Η αδελφή βοηθά τον ασθενή να αποδεχθεί την αναπηρία του



εξασφαλίζοντας του ψυχική άνεση και ασφάλεια έτσι ώστε ευκολότερα κατανοεί και αποδέχεται τις ανικανότητες του.

Κάθε ασθενής έχει ανάγκη μιας πιστώσεως χρόνου για να εξοικιωθεί με την απώλεια μιας ή περισσότερων λειτουργιών του, π.χ. παράλυση ενός μέλους.

Η αδελφή έχει υπομονή, περιμένει την αποδρομή του πένθους για την ειδική απώλεια την οποία υπέστη ο ασθενής, ταυτόχρονα τον ενθαρρύνει να μιλά για τα συναισθήματά του. Βασισαία τον βοηθά να διευρύνει τον ορίζοντα των ενδιαφερόντων του, ελκύνοντας την προσοχή του στην απόκτηση ικανότητας προς αυτοεξυπηρέτηση. Επαινεί τα προτερήματά του. Η αδελφή βοηθά τον ασθενή να αυτοεξυπηρετείται παρά την αναπηρία του, ώστε να γίνει αυτόρκης και ανεξάρτητος. Όταν υποχωρήσει η οξεία περίοδος και η κατάσταση έχει βελτιωθεί επιβάλλεται η έγερση του ασθενούς από την κλίνη του. Το καλύτερο είναι ο ασθενής να εγερθεί από την κλίνη του όσο γίνεται γρηγορότερα. Μέσα σε 15 μέρες καλό είναι να κάθεται σε πολυθρόνα και να παραμένει σ' αυτή κάθε μέρα και περισσότερο. Αυτή η θέση βοηθά την κένωση του εντέρου, διευκολύνει την εκούσια κινητικότητα και καθιστά ευκολότερη την εκτέλεση των νοσηλευτικών φροντίδων. Να ντύνεται εν μέρη ή και ολόκληρο το σώμα. Να αφαιρεί τα ρούχα του με βοήθεια και βασισαία μόνος του. Να σηκώνεται στην πολυθρόνα με βοήθεια και συν το χρόνο χωρίς βοήθεια. Να κάθεται και να σηκώνεται απ' την τουαλέτα με ή χωρίς βοήθεια. Η περίοδος αυτή της εκπαίδευσης του ασθενούς παρατείνεται για μήνες η πρόοδος είναι αρχή. Σ' αυτά προστίθεται και η φαρμακευτική αγωγή με σύμπλεγμα των

Βιταμίνων Β, γλουταμινικό οξύ παράλληλα και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση της αρτηριοσκλήρωσης. Η αδελφή βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει και να διατηρήσει καλές διαπροσωπικές σχέσεις με το περιβάλλον του. Η επικοινωνία με τους άλλους είναι βασική ανάγκη του ανθρώπου η οποία γίνεται εντονότερη κατά την αιθένηση.

Η αδελφή φροντίζει ώστε ο ασθενής να έχει ευκαιρία επικοινωνίας με τα αγαπημένα του πρόσωπα και να ξεκουράζεται με την ψυχική αυτή επαφή. Κατ' αυτόν τον τρόπο διατηρείται σε συνεχή επαφή με την πραγματικότητα και τον έξω κόσμο και παρεμποδίζεται η κοινωνική του απομόνωση, προς την οποία τείνει λόγω της αρρώστιας του. Η αδελφή συνεργάζεται με την οικογένεια του για την ανάρρωση και αποκατάσταση του ασθενούς. Αν και ο γιατρός έχει την ευθύνη για να εξηγήσει στην οικογένεια του τη φύση της νόσου του ασθενούς, την κατάστασή του, την πρόγνωση και το πρόγραμμα της θεραπείας του, η αδελφή είναι αυτή που θα επαναλάβει και θα διευκρινήσει τις εξηγήσεις του γιατρού. Αυτή είναι που θα συμπαρασταθεί στην οικογένεια του ασθενούς, και θα καθυποχώσει ενημερώνοντας τη πλήρως για την κατάσταση του ασθενούς, ώστε η οικογένεια να καταστεί ικανή να προσφέρει ότι είναι δυνατόν στον ασθενή για να τον βοηθήσει να συνεχίσει την ζωή του και να προσαρμοστεί στην καινούργια κατάσταση.

Όταν ο ασθενής συνέλθει και είναι έτοιμος να επιστρέψει σπίτι του, τόσο αυτός όσο και η οικογένειά του πρέπει να διδαχθούν τι πρέπει να κάνουν και τι να μην κάνουν για την

πρόληψη μιας νέας προσβολής και την τελειότερη αποκατάστασή του.

Το 90% των ασθενών οι οποίοι επιζούν μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι δυνατόν να διδαχθούν πώς να βαδίζουν και να αυτοεξυπηρετούνται. Ορισμένοι όμως εκδηλώνουν αλλαγές στην προσωπικότητα και συμπεριφορά τους και έχουν δυσκολία στην προσαρμογή στα οικογενειακά τους περιβάλλον.

Εξ' άλλου η οικογένεια είναι δυνατόν να χρειάζεται βοήθεια, για να συμπεριλάβει και πάλι τον ασθενή στον κύκλο της. Λόγω στην σημερινή πρόοδο της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης, το 30-60% των ασθενών οι οποίοι αναρρώνουν, επιστρέφουν στην κανονική τους εργασία.

### Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα νευροχειρουργικής επέμβασης

Όταν ο ασθενής επιστρέφει από μία ενδοκρανιακή επέμβαση στην Μ.Ε.Θ, πρέπει να είναι σε συνεχή παρακολούθηση, έτσι ώστε οι μεταχειρητικές επιπλοκές (οίδημα) να διαγνωσθούν ταχύτερα. Σε επεμβάσεις εγκεφάλου είναι δυνατόν οι ασθενείς να ανιήσουν αμέσως ή παραμείνουν σε αφασία για πολλές ώρες ή μέρες. Η αδελφή πρέπει να γνωρίζει ότι οι ασθενείς οι οποίοι δεν μιλούν μπορεί να αντιλαμβάνονται τι γίνεται γύρω τους και ότι η ανικανότητά τους να επικοινωνούν αυξάνει τον φόβο και την στενοχώρια τους. Η

αδελφή θα πρέπει να μιλά με τον ασθενή και να του εξηγήσει τι συμβαίνει και τι πρόκειται να συμβεί. Βέβαια χρειάζεται λίγο χρόνος, αλλά αυτό τον ανακουφίζει και τον εναρμόνει. Επίσης γνωρίζει η αδελφή ότι συχνά οι συγγενείς είναι περισσότερο φοβισμένοι, παρά ο ίδιος ο ασθενής, γι' αυτό προσπαθεί με κάθε τρόπο να τους καθησυχάσει.

Σε εγχειρήσεις κρανίου μετεγχειρητικά: Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση με μαλακό μαξιλάρι για να αποφεύγεται η πίεση στο κεφάλι. Η αδελφή παρακολουθεί ιδιαίτερα αυτούς τους ασθενείς, επειδή δε η κατάσταση τους είναι δυνατόν να μεταβληθεί απότομα, κυρίως κατά τις 2-3 πρώτες μέρες. Πρέπει να παρακολουθεί τις μεταβολές σαν αποκλειστική. Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία κάθε 15 λεπτά και αργότερα κάθε 30 λεπτά. Η αναπνοή μπορεί να μεταβληθεί σε SHNYNE-STONES που συμβαίνει σε αύξηση της ενδοκρνιακής πίεσεως. Άλλο σύμπτωμα που είναι δυνατόν να εμφανιστεί είναι το ροχαλιτό ανησυχητικό για την κατάσταση του ασθενούς και το οποίο φανερώνει πιθανή περίσφιξη του προμήκη. Στις δύο περιπτώσεις τοποθετεί τον ασθενή σε θέση TRENDLENBURG και ειδοποιεί τον γιατρό.

Η θερμοκρασία πολλές φορές ανέρχεται ψηλά. Η αδελφή θερμομετρεί συχνά τον ασθενή. Πιθανόν αυτός να παρουσιάσει παραλήρημα ή αφασία, ιδρώτα και ακόμα απώλεια σφρών. Κατά την νοσηλεία του ασθενούς η αδελφή θα αποφύγει τους απότομους χειρισμούς στο κεφάλι ή τις αδέξιες κινήσεις. Η φροντίδα του ασθενούς μετά την εγχείρηση αποτελεί σοβαρή απασχόληση της αδελφής. Αυτή περιλαμβάνει τα εξής:

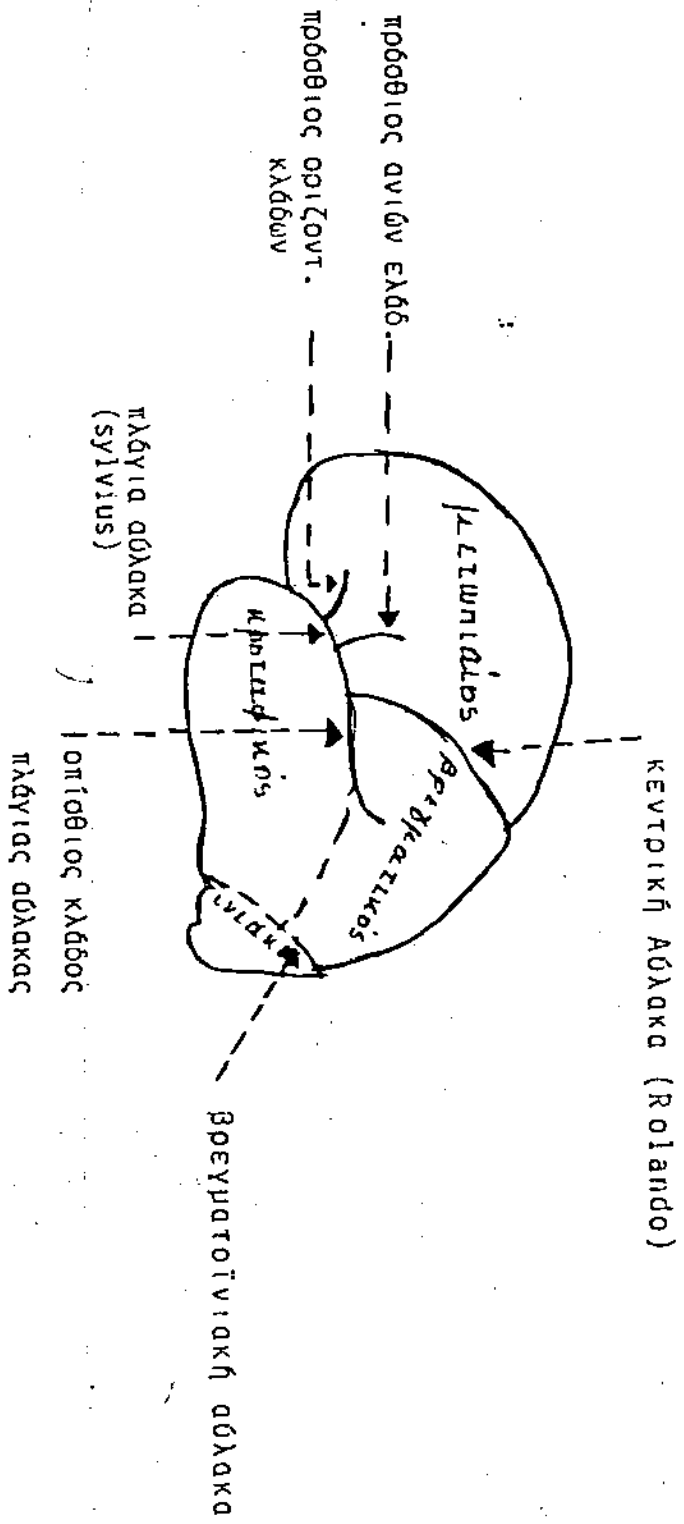
- a) Να τοποθετήσει τον ασθενή στο κρεβάτι του.

- β) Να παρακολουθήσει τον ασθενή μέχρι να ξυπνήσει τελείως.
- γ) Να παρακολουθήσει τον ασθενή για τυχόν επιπλοκές νωρκώσεως και μετεγχειρητικές δυσχέρειες.
- δ) Να φροντίσει την διατροφή και το τραύμα του.

Θέση του ασθενούς μετά την επέμβαση:

1) Υπτια χωρίς μαξιλόρι, 2) πλάγια, 3) FOWLER, 4) κατόρροπος θέση ή TRENDELENBURG - τοποθέτηση σε ύπτια και ανύψωση των κάτω άκρων, 5) πρηνής, 6) ανάρροπος θέση κάτω άκρων με την προσθήκη 2-3 μαξιλαριών, 7) ημικαθιστική θέση. Τοποθέτηση ερπυσίνωτου ή σε πολλά μαξιλόρια ή ανύψωση του πάνω τμήματος του κρεβατιού, προς αποφυγή αιμορραγίας. Η αδελφή πρέπει να αναφέρει συχνά στον γιατρό την εξέλιξη της κατάστασώς του ασθενή και να τον ενημερώνει σε περίπτωση που εμφανίζεται μεταβολή στην κατάσταση του.

Επειδή ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση καταπληξίας ή αφασίας και δεν αντιδρά στο περιβάλλον, η αδελφή πρέπει να προλαμβάνει τις ανάγκες του και να τον νοσηλεύει με ευσυνειδησία, αγάπη και στοργή.



ΕΙΚ. 3 ΕΞΩ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑ ΟΡΙΣΤΕΡΟΥ ΗΜΙΣΦΑΙΡΙΟΥ ΕΥΚΕΦΔΑΛΟΥ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ \*

Ο ασθενής Φ.Σ. ετών 18 εισήχθη στην κλινική των Ιωαννίνων στις 1.2.1990 με παρετικά φαινόμενα στο αριστερό άνω άκρο και απόδόθηκαν σε τραυματική (;) βλάβη του βραχιόνιου πλέγματος, από 10 ημέρου.

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του παρατηρήθηκε και σπαστικότητα του σύστοιχου κάτω άκρου.

Εγινε σαν συμπληρωματικός εργαστηριακός έλεγχος CT-εγκεφάλου στο οποίο παρατηρήθηκε αιμάτωμα στο μετωπιοβρεγματικό λοβό. Εξετάστηκε από νευρολόγο και ετέθη σε αποιδηματική αγωγή και μονυπόλη (150 CC x 4).

Αποφασίστηκε η διακομιδή του αρρώστου σε Ν.Χ. κλινική για περαιτέρω έλεγχο και θεραπεία.

Κλινική κατάσταση αρρώστου κατά την είσοδο:

Α.Π. = 120 MMHG Σφ: 82

ημερομ. και ώρα εξέτασης : 3.2.1990

ημερομ. και ώρα επεισοδίου : 20.1.1990 ώρα 8 μ.μ.

Κατάστ. καρδιαγγειακού συστήματος : Κ.Φ.

Αίτια εισαγωγής: προδευτική αδυναμία αρ. άνω και κάτω άκρου.

Παρούσα νόσος: από 15νεημέρου παρουσίασε αδυναμία αριστερού άνω άκρου, αρχικά στα δάκτυλα, που προδευτικά επιδεινώθηκε και επεκτάθηκε σε όλο το άνω άκρο. Από 5ημέρου εμφανίζει αιμωδία, άλγος και αδυναμία και στο αριστερό κάτω άκρο.

Εγινε CT - Εγκεφάλου και διαπιστώθηκε ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα μετωποκροταφοβρεγματικής δεξιάς χωρίς μετατόπιση

της μέσης γραμμής σε συνοδό οίδημα.

Διορθώνεται από το Νασσοκορετο Ιωαννίνων.

Ατομικό αναμνηστικό : ιστορικό ρινορραγιών, Λήψη  
ανοβολικών.

Γενική κατάσταση : ΑΠ: 120, ΣΦ:82, Σπαστική τετραπάρεση.

Νευρολογική εξέταση:

Επίπεδο συνείδησης } εφ  
" εγρήγορης }

Κρανιακά νεύρα : ελαφρά κεντρική πάρεση VII αριστερ. XI αρ.

Μυϊκή ισχύ : 23 αρ. κάτω άκρου 1 άνω άκρου.

Τόνοι : υπερτονία αρ. άνω, κάτω άκρου

Αισθητικότητα επί πολίς } εφ  
" εν τω βάθει }

Αντανεκλαστικά : +++ ίδια αριστερ. με επέκταση

BABINSKI : (+) αμφ

BARRE : +

MINJARRINI : + } Αριστερ.

Πιθανή διάγνωση : ενδοεγκεφαλικό αιμότωμα εντός:

1. Αγγειακή δυσπλασία
2. Όγκου
3. Αυτόματης αιμορραγίας (αμφ)

Ιστορικό ασθενούς

Φ.Σ. ηλικία : 18

Οικογενειακό αναμνηστικό

- Πατέρα
  - Μητέρα
  - Αδέρφια
- } Όχι

Ατομικό αναμνηστικό



Προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο

Καρδιοπάθεια

Νεφροπάθεια

Περιφ. Αγγειοπάθεια

Αιματολογικές παθήσεις

Υπέρταση

Χοληστερίνη

Διαβήτης

Αδυναμία αριστερ. άνω άκρου στην συνέχεια εντός  
15ημέρου πλήρης αδυναμία. Από 5ημέρου αδυναμία αριστ.  
κάτω άκρου, ιστορικό ρινορραγιών - λήψη αναβολικών.

- Σάκχαρο : ΟΧΙ
- Άγχος : -
- Κάπνισμα : ΟΧΙ
- Άθληση : ΝΑΙ (ΚΑΡΑΤΕ)
- Αντιπηκτική αγωγή : -

Παρακλινικές εξετάσεις

- Σάκχαρο : 86
- Ουρία : 41
- Αιματολογικός έλεγχος : 50% Ht
- χρόνος Προθρομβίνης : 33,1%
- TPT : 74,1
- Ηπατική Βιοχημεία : Αλκαλική φωσφατάση : 92  
Λοιπά : Κ.Φ.
- Η.Κ.Γ : Κ.Φ.

CT - SCAN

- θέση αιματώματος : μετωποκροταφικοβρεγματικό
- Όγκος (ml) : δεξιά

- Παρεκτόπιση μέσης γραμμής : μικρή
- Κοιλιακό σύστημα : Κ.Φ.
- Αγγειογραφία : ΝΑΙ (πίθανη αγγειακή δυσπλασία  
μιας εγκεφαλικής)

Θεραπευτική αντιμετώπιση

- Συντηρητική
  - Υγρά 24ώρου : 1 κιλό
  - Mannitol
  - Decardon
  - Αντιυπερτασικά
  - Άλλα
  - Διασωλήνωση
  - Τραχειοτομία
  - Χειρουργείο : Χειρουργική αφαίρεση αιματώματος.
- } ΟΧΙ
- } Καρavit amp 1x3
- } ΟΧΙ

Μετά την εκχείρηση έχουμε βελτίωση της μυϊκής ισχύος. Ο ασθενής εξέρχεται.

- Εκβραση : ικανοποιητική αποκατάσταση.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**  
(περιστατικού Α)

<p>Συμπτώματα ή Ανόγκες ή προβλήματα.</p> <p>Δυναμικό πρόβλημα απόλειξη δυνάμεων και του τόνου των ακρωτηρίων λόγω σκλήρυνσης του ασθενούς.</p>	<p>Αντικειμενικοί Σκοποί.</p> <p>Πρόληψη</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών.</p> <p>Συζήτηση με τον γιατρό των μακροπρόθεσμων σχεδίων για τον ασθενή.</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών.</p> <p>Εφαρμογή ασκήσεων ποθητικών ενεργητικών στην προσβεβλημένη &amp; την υγιή πλευρά.</p>	<p>Αποτελέσματα-Επιστημονική εκτίμηση.</p> <p>Προλαμβάνονται μ' αυτό τον τρόπο οι μόνιμες μυϊκές συσπάσεις που θα δημιουργούνταν από την σκλήρυνση &amp; θα σφραγίστηκαν τα μέλη ακόμα και αν επανέληθε μέρος της λειτουργικότητας τους.</p>
<p>Δυναμικό πρόβλημα ακρωτηριασμού κατακλίσεων.</p>	<p>Πρόληψη</p>	<p>Καθημερινή καθαριότητα.</p> <p>Συχνή αλλαγή θέσεως του ασθενούς.</p> <p>Εφαρμογή στηριγμάτων.</p>	<p>Καθημερινά η Νοσηλεύτρια κάνει μπάνιο στον ασθενή.</p> <p>Μασάζ στην πλάτη &amp; στις περιοχές που πιέζονται με ειδική αλοιφή. Ο ασθενής πρέπει κάθε δύο ώρες να αλλάζει θέση τοποθετώντας μαξιλάρια ώστε να γυρίζει στο πλάι.</p>	<p>Με τα προηγούμενα διατηρείται το δέρμα σε καλή κατάσταση και αποφεύγεται η ερυθρότητα και η εκδορά. Προλαμβάνονται έτσι οι κατακλίσεις από μολύνσεις που θα επιδείνωναν την κατάσταση του ασθενούς.</p>
<p>Πιθανή διατάση της κύστεως.</p>	<p>Πρόληψη</p>	<p>Εφαρμογή καθετήρα κύστεως.</p>	<p>Εφαρμόστηκε καθετήρας κύστεως.</p>	<p>Προφυλάσσει ο ασθενής από κατακλίσεις λόγω απόλειξης ούρων. Μέτρηση προσλαμβανόμενων-αποβαλλόμενων υγρών. Αποφυγή μόλυνσης της πύελου.</p>
<p>Ανικανότητα να φροντίζει την ατομική του υγιεινή.</p>	<p>Διατήρηση καλής υγιεινής πάντα.</p>	<p>Καθημερινό μπάνιο του ασθενούς.</p> <p>Μασάζ με ειδική λουσιόν-χτένισμα και καθαρισμός στοματικής κοιλότητας.</p>	<p>Καθημερινά μπανιάρουμε τον ασθ. τον λούζουμε τον χτενίζουμε. Στη συνέχεια κάνουμε μασάζ σ' όλο του το σώμα κυρίως στα παρειακά μέλη &amp; αλλάζουμε τα λευκίματα.</p>	<p>Μ' αυτό επιτυγχάνουμε την διατήρηση της καλής υγιεινής του ασθενούς, την αποφυγή μολύνσεων την πετική τόνωση του &amp; πρόληψη των κατακλίσεων.</p>

<p>Συμπτώματα ή Προβλήματα ή ανάγκες</p> <p>Ο ασθενής πρέπει να κάνει αγγειογραφία.</p>	<p>Αντικειμενικοί Σκοποί</p> <p>Η εξέταση να διεξαχθεί χωρίς προβλήματα και επιπλοκές για τον άρρωστο.</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς &amp; της οικογένειας του για το είδος &amp; το σκοπό της εξέτασης.</p> <p>Προετοιμασία σωματική &amp; ψυχική του ασθενούς &amp; παρακολούθηση για επιπλοκές.</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών</p> <p>Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι πρέπει να παραμείνει νηστικός το πρωί. Ξυρίζετε πριν την εξέταση το κεφάλι του. Μία ώρα πριν την εξέταση λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία. Γίνεται ένεση αναισθητική πριν μεταβεί στο ακτινολογικό. Μετά την εξέταση παρακολουθείται μέχρι πλήρους αλήψεως &amp; λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία.</p>	<p>Αποτελέσματα-Επιστημονική εκτίμηση</p> <p>Όγω του ότι αυτή η εξέταση δεν είναι εντελώς ακίνδυνη για τον ασθενή πρέπει η νοσηλεύτρια να τον προετοιμάσει &amp; θα τον υποστηρίξει ψυχολογικά. Μετά την εξέταση πρέπει να παρακολουθείται στενά για τυχόν επιπλοκή (οίδημα στον τράχηλο, δυσκολία στην αναπνοή &amp; στην κατάποση).</p>
<p>Ο ασθενής θα χειρουργηθεί για αφαίρεση του αιματώματος.</p>	<p>Προετοιμασία προεγχειρητική του ασθενούς.</p>	<p>Να προετοιμαστεί ο ασθενής για χειρουργείο. Να ενημερωθεί ο ασθενής και η οικογένειά του. Να υποστηριχθεί ψυχολογικά.</p>	<p>Να ενεργήσει. Ήουσιμα κεφαλής &amp; ξύρισμα. Να γίνει Η,Κ,Γ. Να φάει ελαφρό το πρωί. Λήψη ζωτικών σημείων. Χρήση Ο. Χρήση αντι-υπερτασικών, μυοχαλαρωτικών &amp; κτευναστικών κατόπιν εντολής ιατρού. Παίρνει αίμα και βγήκε ο αερός.</p>	<p>Ο ασθενής είναι έτοιμος να πάει στο χειρουργείο. Παρακολούθηση για ξαφνική αλλαγή της κατάστασης του ασθενούς.</p>
<p>Επιστροφή του ασθενή από το χειρουργείο.</p>	<p>Μετεγχειρητική φροντίδα ασθενούς.</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι. Ο ασθενής παρακολουθείται έως ότου ξυπνήσει τελείως. Παρακολουθείται για τυχόν επιπλοκές.</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ύπτια θέση χωρίς μαξιλάρι. Παρακολουθούμε το χρώμα του ασθενούς.</p>	<p>Στενή παρακολούθηση για την έγκαιρη αντιμετώπιση σε κάθε απότομη μεταβολή της κατάστασης κυρίως στις πρώτες μέρες που η κατάσταση είναι ευμετάβλητη.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

Ο ασθενής Ο.Θ. ετών 54 στις 8.3.1990 προσήχθει στα Ε.Ι. Αιγίου σε κατάσταση αφασίας και δεξιό ημιπάρεση.

Η οσφρονωτιαία παρακέντηση απέδωσε αιμορραγικό Ε.Ν.Υ.

Από εργαστηριακές εξετάσεις αίματος : 270 ΜΒ%.

Α.Π. : 140/90 ΜΜΗΓ, Η.Κ.Γ : Κ4

Διακομίστηκε στην ΝΧ κλινική του πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου απ' όπου έχουμε την ακόλουθη περίληψη ιστορικού του αρρώστου.

Διάγνωση : Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία.

Γενική κατάσταση : Διακομίστηκε από το Νοσοκομείο Αιγίου σε συγχυτικοδιεγερτική κατάσταση με ημιπάρεση αριστερά.

Από την CT - Εγκεφάλου αποκαλύφθηκε μεγάλη ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Δισωλήνωση έγινε στην Μ.Ε.Θ. και μπήκε σε φαρμακευτική αγωγή.

Παρούσα νόσος:

Ημερομ. επεισοδίου : 8.3.90 ώρα : 9 π.μ.

Ημερομ. και ώρα εξέτασης : 8.3.90 ώρα 3 μ.μ.

Κλινική κατάσταση κατά την είσοδο

Α.Π. 200 ΜΜΗΓ, Σφύξεις : 85/MIN.

Νευρολογική κατάσταση

Επιπέδo συνείδησως (GCS) : συγχυτικοδιεγερτικό.

Εστιακά νευρολογικά ελλείματα : Δ. ημιπάρεση, αφασία.

Παρακλινικές εξετάσεις

Σάκχαρο : 245

Χοληστερίνη : 208

Ηπατική βιοχημεία : ΡΤ 16,9'' . ΡΤΤ : 42,7'' . ΧΜ : 13,5''.

H.K.G.: χωρίς αλλοιώσεις

Ουρία : 5,7 - Κρεατινίνη : 1,9

CT - SCAN εγκεφάλου

Θέση αιματώματος : Βασικά γάγλια αριστερ. 60 ML

Όγκος (ML) : αρισ. πλάγια κοιλιακό σύστημα

Παρεκτόπιση Μ. Γραμμής : 3η, 4η κοιλία.

Κοιλιακό σύστημα : 5. ινιακό κεφαλ.

Αγγειογραφία : υδροκέφαλοι (++)

Θεραπευτική αντιμετώπιση

- Συντηρητικό
- Υγρά 24ώρου : 3 kg
- MANNITOL
- Δισωλήνωση : +
- DEGARDON
- Αντι - υπέρτασικά
- Άλλα

Επιπλοκές

Διαταραχή αναπνοής - Δισωλήνωση στην ΜΕΘ στις 4 μ.μ.  
20.3.1990. Επανάφορά CBS 3.

Ιστορικό ασθενούς

Οικογενειακό αναμνηστικό

- Πατέρας
  - Μητέρα
  - Αδέλφια
- } ΟΧΙ

Ατομικό αναμνηστικό

Προηγούμενα εγκεφαλικά επεισόδια

- Καρδιοπάθειες
- Νεφροπάθειες
- Περιφ. Αγγειοπάθειες
- Αιματολογικές παθήσεις

} ΟΧΙ

Παράγοντες κινδύνου

- Υπέρταση
- Διάρκεια : από 5 ετών
- Ύψος : 200
- Βαθμός ρύθμισης : εν μέρει
- Είδος θεραπευτικής αγωγής : HYGROTON 1/2 x 1
- Χοληστερίνη
- Διάρκεια
- Ύψος
- Βαθμός ρύθμισης
- Είδος αγωγής
- Σάκχαρο
- Διάρκεια από ετών
- Ύψος :
- Βαθμός ρύθμισης : DAONIL περιστασιακά
- Κάπνισμα
- Διάρκεια
- Ποσότητα / 24ωρο : 1 πακέτο
- Είδος

#### Εργαστηριακή Διερεύνηση

Γενική Αίματος: Ηt 27,3%, Λευκά 14500, Η:84, Λ:10, Μ:3, Η:2, Αιμοπετάλια: 195000, Na<sup>1</sup>:146, Κ<sup>1</sup>:3,95, Σάκχαρο: 225, Ουρία: 64, Κρεατινίνη: 1,2, SGOT/SEPT: 66/46, JGT: 54, CPK/LDH: 295/398, Ολική χοληστερίνη: 0,5, Αιμ. χοληστερίνη: 0,15.

#### Θεραπευτική αγωγή

Flazidime 1 gr x 4  
Dalacin 600 mgr x 3  
Oriklin 500 mgr x 2

Zantac 1 amp x 3

Lasix 1/2 amp x 2

Επίσης εμβόλιμα insulin Υποδόρια ανάλογα με τις τιμές του σακχάρου του αίματος (μέτρηση σακχάρου ανά 2 ώρο).

Παραντερικά λαμβανόμενα υγρά:

1) Sodium Chloride 0,9% 500+500 ml water for injection.

2) Dextrose 5% 1000 ml + 4 kcl + 1 evaton + 15 μονάδες insulin.

Οι τελευταίες καλλιέργειες βρογχικών εκκρίσεων ανέδειξαν PS aeruginosa ευαίσθητο σε: Ceftriaxone/Amikacin/Imipenem/Aztreonam/Ticarcillin/Deftoxime.

Ανεκτικό σε Ofloxacin & Carbapenem.

Ευρήματα εξόδου: Μικρή βελτίωση.



**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**  
(περιστατικού Β)

Συμπτώματα ή Προβλήματα ή Ανάγκες	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα-Επιστημονική εκτίμηση
Ο αρρώστος είναι σε κατάσταση αφασίας.	Προστασία του αφασικού αρρώστου από βλάβη ή ατύχημα.	Λήψη μέτρων για την προφύλαξη του ασθενούς από την Νοσηλεύτρια.	Τοποθέτηση στο κρεβάτι προστατευτικού καγκέλου. Παρατήρηση του αρρώστου και της συμπεριφοράς του που δηλώνει ότι αισθάνεται ζέστη, κρύο ή ότι πιέζονται μέλη του. Επανεκτίμηση της ικανότητάς του να διακρίνει τα ερεθίσματα πόνου, πίεση, κ.λ.π.	Επιτυγχάνεται με τα προηγούμενα η μέγιστη προστασία του ασθενούς από ατυχήματα όταν είναι σε κατάσταση αφασίας.
Δυναμικό πρόβλημα παραμονής μόνιμων αυτικών σπασμάτων λόγω ακινησίας.	Πρόληψη.	Με έγκαιρη έναρξη εφαρμογής ασκήσεων παθητικών & ενεργητικών στο υγιές & πληγμένο μέρος.	Η Νοσηλεύτρια βοηθά τον ασθενή για την εκτέλεση των ασκήσεων επαναλαμβάνοντας τις αρκετές φορές τη μέρα αλλά σταματά πριν επέλθει κόπωση.	Προλαμβάνονται μ' αυτό τον τρόπο η παραμόρφωση των μελών που θα είχε ως αποτέλεσμα την εμπόδιση της επαναφοράς της λειτουργικότητας των μελών.
Εμφάνιση πυρετού.	Να πέσει ο πυρετός.	Με ψυχρά επιθέματα για ανακούφιση του ασθενούς. Με χορήγηση αντιπυρετικών.	Κατόπιν εντολής γιατρού χορηγήθηκε αντιπυρετικό.	Επεσε ο πυρετός. Εφαρμογή επιθεμάτων χωρίς αποτέλεσμα.
Αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου που έχει ο αρρώστος. (υπέταση, διασπαστικότητα).	Απομάκρυνση παραγόντων κινδύνου και έμμεσα πρόληψη νέου επεισοδίου.	Χορήγηση φαρμάκων για την υπέρταση και για τον διαβήτη.	Χορήγηση αντιυπερτασικών & συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.	Η αρτηριακή πίεση έχει σταθεροποιηθεί & το σάκχαρο ελέγχεται. Η απομάκρυνση των παραγόντων κινδύνου παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη νέου εγκεφαλικού επεισοδίου.

<p>Συμπτώματα ή Προβλήματα ή Ανάγκες</p> <p>Ανικανότητα να φροντίζει την ατομική του υγιεινή.</p>	<p>Αντικειμενικοί Σκοποί</p> <p>Διατήρηση καλής υγιεινής πάντα.</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών ενεργειών</p> <p>Καθημερινό μπάνιο του ασθενούς.</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικών ενεργειών</p> <p>Κάνομε μπάνιο στον ασθενή, του χτενίζομε τα μαλλιά. Του κάνομε μασσάζ για καλύτερη αιμάτωση των περιοχών που πιέζονται και συχνή αλλαγή λευχειμάτων.</p>	<p>Αποτελέσματα-Επιστημονική εκτίμηση</p> <p>Διατήρηση καλής υγιεινής πάντα. Ανακούφιση &amp; ξεκούραση του ασθενούς καθώς &amp; πεική τόνωση του και προστασία από κατακλίσεις &amp; μόλυνση.</p>
<p>Δυναμικό πρόβλημα δημιουργίας κατακλίσεων.</p>	<p>Πρόληψη</p>	<p>Καθημερινή καθαριότητα. Συχνή αλλαγή θέσεως. Εφαρμογή στηριγμάτων (μαξιλαριών κλπ) για ανακούφιση του ασθενούς.</p>	<p>Καθημερινά η νοσηλεύτρια κάνει μπάνιο στον ασθενή. Μασσάζ στην πλάτη με ειδική αλοιφή. Ο ασθενής κάθε 2 ώρες πρέπει να αλλάζει θέση.</p>	<p>Με την καθημερινή εφαρμογή καθαριότητας &amp; αλλαγή θέσεως του ασθενή. Προλαμβάνεται η ερυθρότητα του δέρματος, οι εκδορές, διατηρείται σε καλή κατάσταση το δέρμα &amp; αυξάνεται η αιμάτωση των περιοχών αυτών.</p>
<p>Δυσκολία στην αποβολή των εκκρίσεων.</p>	<p>Να απομακρυνθούν οι εκκρίσεις.</p>	<p>Να γίνονται συχνές βρογχοσυναροφήσεις.</p>	<p>Εγινον επανηλειμένες αναροφήσεις.</p>	<p>Απομάκρυνση των εκκρίσεων, απελευθέρωση της αναπνευστικής οδού με αποτέλεσμα καλύτερη αναπνευστική λειτουργία &amp; αποφυγή μολύνσεων βροχικού δέντρου.</p>
<p>Εφαρμογή αναπνευστικής γυμναστικής.</p>	<p>Για υποβοήθηση της αναπνοής του αρρώστου.</p>	<p>Από το φυσιοθεραπευτή διδάσκονται οι κατάλληλες ασκήσεις στη Νοσηλεύτρια.</p>	<p>Με τη σειρά της η Νοσηλεύτρια ή ο γιατρός δίνει οδηγίες στον ασθενή να εκτελεί τις ασκήσεις πολλές φορές τη μέρα.</p>	<p>Με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η αναπνοή του αρρώστου &amp; προλαμβάνονται τυχόν επιπλοκές.</p>

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Γ

Παρούσα νόσος:

Η ασθενής Μ.Μ. ετών 63 προσκομίστηκε στις 2.3.1990 στην ΝΧ κλινική σε κοματώδη κατάσταση. Στα επόδυνα ερεθίσματα όμως άνοιξε τα μάτια.

Από τον βιοχημικό έλεγχο έχε ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Na 129). Αναπνευστικό ψιθύρισμα Κ.Φ.

Τα αέρια του αίματος ήταν φυσιολογικά και εστίαση καλλιέργεια ουρών.

Ατομικό αναμνηστικό: ελεύθερο

Οικογενειακό αναμνηστικό: ελεύθερο

Νευρολογική εξέταση: Άυκενική δυσκαμψία, υπηγλία, έντονη κεφαλαλγία, στα επόδυνα ερεθίσματα ανοίγει τα μάτια. Σημείο BABINSKI αμφοτερόπλευρα.

Πιθανή διάγνωση: Υπερακνωσηιδής αιμορραγία.

Πορεία νόσου:

4.3.1990: είχε επαφή με το περιβάλλον, διαρρώθηκαν οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Επίσης τοποθετήθηκε σινογαστρικός καθετήρας για διατροφή. Βελτίωσε του ηλεκτρολύτες μόνη της.

7.3.1990: είχε χαμηλό Κ. Λόγω χαμηλού ΗΒ εκ πάρει δύο φιάλες αίμα.

9.3.1990: η κατάσταση της βελτιώθηκε καθώς και οι ηλεκτρολύτες. Εγινε καλλιέργεια ουρών.

**ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**  
(περιστατικού Γ)

Συμπτώματα ή προβλήματα ή Ανόγκες	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών	Αποτελέσματα-Επιστημονική εκτίμηση
Η ασθενής βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση.	Προστασία του αρρώστου από βλάβη ή ατύχημα.	Λήψη μέτρων από την Νοσηλεύτρια για την προφύλαξη του ασθενούς.	Τοποθέτηση στο κρεβάτι προστατευτικού κίγκλιδώματος.	Επιτυγχάνεται μ' αυτό η μέγιστη προστασία του αρρώστου από τυχόν ατυχήματα.
			Παρατήρηση του αρρώστου & της συμπεριφοράς του που δηλώνει ότι αισθάνεται ζέστη, κρύο ή ότι πιέζονται μέλη του σώματος του.	
			Επανεκτίμηση της ικανότητας του να διακρίνει ερεθίσματα πόνου, πίεσης, κ.λ.π.	
Η ασθενής έχει μεγάλο βαθμό δυσκαταποσίας & δεν τρώει.	Να αιτίζεται & να παίρνει υγρό.	Με τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα.	Τοποθετήθηκε ρινογαστρικός καθετήρας όπου λαμβάνει τροφή & υγρό.	Η ασθενής αιτίζεται, πρέπει να παίρνει τις απαραίτητες θερμίδες γύρω στις 2000 ημερησίως.
Δεν μπορεί να αποβάλλει τις εκρίσεις.	Να απομακρυνθούν οι εκρίσεις από την αναπνευστική οδό.	Να γίνονται συχνές αναρροφήσεις.	Καθημερινά γίνονται επανειλημμένες αναρροφήσεις με αναρροφητήρα.	Απομάκρυνση εκκρίσεων που έχει ως αποτέλεσμα καλύτερη αναπνευστική λειτουργία και αποφυγή μολύνσεων βρογχικού δένδρου.
Δυναμικό πρόβλημα απόκλειας ούρων.	Να μην υπάρχει απώλεια ούρων για την μέτρηση του ισοζυγίου υγρών.	Εφαρμογή καθετήρα κύστεως.	Τοποθετήθηκε ο καθετήρας υπό άσηπτες συνθήκες.	Δεν έχουμε απώλεια ούρων.
	Προφύλαξη από κατακλίσεις.			Γίν. καταμέτρ. ούρων 24ώρου Παρατήρηση ούρων, χρώμα, ποσότητα κ.λ.π

<p>Συμπτώματα Πρόβλήματα ή Ανάγκες</p> <p>Δυναμικά πρόβλημα πα- ραμονής μόνι- μων μυϊκών συσπάσεων.</p>	<p>Αντικειμενικοί Σκοποί</p> <p>Πρόληψη</p>	<p>Προγραμματισμός Νοσηλευτικών Ενεργειών</p> <p>Με έγκαιρη έναρ- ξη εφαρμογής α- σκήσεων ενεργη- τικών-πασητικών στο υγιές &amp; πλη- γμένο μέρος.</p>	<p>Εφαρμογή Νοσηλευτικών Ενεργειών</p> <p>Η Νοσηλεύτρια διδάσκει &amp; βο- ηθά τον άρρω- στο στην εκτέ- λεση των παση- τικών ή ενεργ- ητικών ασκήσε- ων γίνονται λίγες φορές στην αρχή ώστε να αποφευχθεί ο κόπτος των μυών που φέρ- νει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυ- μητά.</p>	<p>Αποτελέσματα - Επιστημονική Εκτίμηση</p> <p>Προλαμβάνονται μ' αυτές τις ασκήσεις η εγ- κατάσταση μόνι- μων μυϊκών συσπάσεων που είχε ως α- ποτέλεσμα την τέλεια ακρήστε- υση &amp; παραμόρ- φωση των μελών ακόμα κι αν ε- πανερχόνταν μέρος της λει- τουργικότητας τους.</p>
<p>Εμφάνιση πυ- ρετού.</p>	<p>Να πέσει ο πυ- ρετός.</p>	<p>Με εφαρμογή ψυχ- ρών επιθεμάτων. Χορήγηση αντιπυ- ρετικών.</p>	<p>Εάν ο ασθενής δεν ανακουφι- στεί με τα ψυ- χρά επιθέματα δίνομε αντιπυ- ρετικό μετά α- πό συνενόηση με το γιατρό.</p>	<p>Ο πυρετός υπο- χώρησε.</p>
<p>Η ασθενής κάνει εμε- τούς.</p>	<p>Να σταματή- σουν οι έμετοι.</p>	<p>Χορήγηση αντι- εμετικών.</p>	<p>Έγινε 1 amp rtipergan IM κατόπιν εντο- λής γιατρού.</p>	<p>Σταμάτησαν οι έμετοι. Διατήρηση του ισοζυγίου υ- γρών.</p>
<p>Δυναμικά πρόβλημα δυ- σκολιότητας λόγω ελλείψε- ως τροφής α- πό το στόμα και παραμονής στο κρεβάτι.</p>	<p>Ομαλές κενώ- σεις στομάχου κάθε 2-3 ημέ- ρες.</p>	<p>Να χορηγηθεί φάρμακο για να ενεργηθεί. Να αναφέρονται κενώσεις σε κά- θε βάρδια.</p>	<p>Δόθηκε Florisan sup.</p>	<p>Η ασθενής ε- νεργήθηκε.</p>
<p>Ανικανότητα να φροντίσει την ατομική της υγιεινή.</p>	<p>Διατήρηση κα- λής υγιεινής πάντα.</p>	<p>Ο ασθενής κάνει μπάνιο στο κρε- βάτι καθημερινά. Τον χτενίζουμε και κόβουμε τα νύχια.</p>	<p>Βοηθάμε τον ασθενή να κά- νει μπάνιο. Συχνή αλλαγή λευχειμάτων.</p>	<p>Ο ασθενής οι σθάνεται ξε- κούραστος, α- νανεώνεται το ηθικό του. Προλαμβάνονται οι κατακλίσεις και οι μολύν- σεις.</p>

## ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ, ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΕΕ

---

Σημαντικές επιπλοκές θα εμφανιστούν κατά την διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου στο νοσοκομείο και θα δημιουργήσουν προβλήματα τόσο όταν ο ασθενής βρίσκεται στο θεραπευτικό στάδιο της νόσου όσο και για την αποκατάστασή του όταν φύγει από το νοσοκομείο.

Μια απ' αυτές τις επιπλοκές είναι οι κατακλίσεις που οφείλονται στην ακινησία και στην συνεχή άσκηση πίεσης σε ορισμένα σημεία του σώματος όπως στις προεξοχές των οστών.

Σ' αυτές τις περιοχές θα πρέπει καθημερινά να γίνεται μασάζ με φαρμακευτική λωσιόν για την καλύτερη αιμάτωση και να γίνεται μπάνιο στον ασθενή για να αποφευχθούν οι μολύνσεις.

Άλλη επιπλοκή είναι η παραμονή μόνιμων μυϊκών συσπάσεων που οφείλονται στην ελαττωμένη κυκλοφορία σε ένα μύη ή στην προσβλημένη πλευρά. Οι υπερτονικοί μύς τείνουν να έλκουν τα άκρα σε μη φυσιολογική θέση αν η θέση αυτή διατηρηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα το αποτέλεσμα θα είναι συσπαστικές διαμορφώσεις που οφείλονται στην μόνιμη βράχυνση των μυών των υπερτονικών μυών.

Η επιπλοκή αυτή προλαμβάνεται με έγκαιρη έναρξη φυσιοθεραπείας, που φυσιοθεραπευτής θα βγάλει πρόγραμμα ασκήσεων ανάλογο με την κατάσταση του αρρώστου, και το οποίο θα εφαρμόζεται καθημερινά με την βοήθεια της Νοσηλεύτριας στον ασθενή.

Πολλοί ασθενείς θα επιβιώσουν με την παραμονή κάποιας αναπηρίας. Σ' αυτό το διάστημα η κατάληψη είναι

εξαιρετικά συχνή. Σ' αυτούς τους ασθενείς πρέπει να προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη, να ενθαρρυνθούν και να βγει ένα πρόγραμμα που θα υποδεικνύει με τι μπορεί να ασχοληθεί ο ασθενής ανάλογα με τις δυνατότητές του.

Η γενικότερη αποκατάσταση του αρρώστου μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα πρόβλημα που μόνο τα τελευταία 15 χρόνια αντιμετωπίζεται με την ολοκληρωμένη προσπάθεια που είναι απαραίτητη. Η κοινωνική επανένταξη του ημιπληγικού δεν πρέπει να στηρίζεται μόνο στην αποκατάσταση κάποιας κινητικότητας του μέλους που έχει προσβληθεί, πράγμα που ο άρρωστος κάνει μόνος του, αλλά στην διερεύνηση από ομάδα ειδικών του τι είναι δυνατόν να πετύχει γενικότερα ο ασθενής, με ποιούς τρόπους και τέλος ποια είναι η βοήθεια που πρέπει να έχει από το περιβάλλον του για να μπει στην κοινωνία ξανά.

Ποιές είναι οι πιθανότητες για αποκατάσταση μετά ένα εγκεφαλικό επεισόδιο;

Το 60 - 70% αυτών που επιβιώνουν τις 4 πρώτες εβδομάδες θα μάθουν τελικά να περπατούν ξανά με ή χωρίς υποστήριξη από ένα μπαστούνι ή τρίποδα. Πάντως μόνο το 10 - 15% ανακτή την φυσιολογική λειτουργικότητα του κεφαλιού. Περίπου το 75% θα ανακτήσουν ανεξαρτησία στην φροντίδα του εαυτού τους.

Κακοί προγνωστικοί παράγοντες για μια πετυχημένη αποκατάσταση είναι η επίμονη νοητική σύγχυση, η μειωμένη ικανότητα αντίληψης, η απάθεια, η κατάθλιψη και η απουσία κινητικότητας. Είναι συζητήσιμο εάν οι βλάβες του αριστερού ή δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου έχουν καλύτερη

πρόγνωση.

Οι βλάβες του αριστερού ημισφαιρίου συνοδεύονται συχνά από διαταραχές σοβαρές του λόγου. Οι βλάβες του δεξιού ημισφαιρίου συνοδεύονται συχνά από σοβαρές διαταραχές της αυτογνωσίας. Οι αγγειακές βλάβες του εγκεφαλικού στελέχους έχουν καλύτερη έκβαση για την λειτουργικότητα από τις βλάβες του υπολοίπου εγκεφάλου.

Πολλοί γενικοί κανόνες ρυθμίζουν την αντιμετώπιση των αρρώστων με εγκεφαλικό επεισόδιο που εμφανίζουν αναπηρία. Η εκτίμηση της κατάστασης κάθε αρρώστου είναι αναγκαία και περιλαμβάνει την ανεύρεση όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων για τον άρρωστο, ώστε να είναι πραγματικά αντικειμενική. Παρακάτω ταξινομούνται 6 μείζονες παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη σε κάθε περίπτωση:

1) Οι πραγματικές επιτυχίες για κάθε άρρωστο:

Είναι σημαντικό να εξετάσουμε πως ήταν ο άρρωστος πριν το εγκεφαλικό επεισόδιο. Ο άρρωστος είναι απίθανο να είναι καλύτερα μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο από πριν. Για νεαρό άτομο επιτυχία θα είναι η επιστροφή στην δουλειά του (περίπου 10% που εργάζονταν πριν το επεισόδιο θα ξαναεργαστούν). Σε πιο ηλικιωμένα άτομα πρόδος είναι να επιτύχουν ανεξαρτησία στην αυτοεξυπηρέτησή τους.

2) Ο σχεδιασμός και η εκτέλεση ενός κατάλληλα οργανωμένου προγράμματος θεραπείας:

Αυτό σημαίνει περισσότερο από το να διαθέσουμε απλά για τον άρρωστο μερικά λεπτά για φυσιοθεραπεία και εργασιοθεραπεία κάθε μέρα. Η κοινωνική επανένταξη του



άρρώστου με αναπηρία πρέπει να στηρίζεται όπως είπαμε και παραπάνω στην διερεύνηση από ομάδα ειδικών του τι είναι δυνατόν να πετύχει γενικότερα ο ασθενής από το περιβάλλον για να ξαναμπαί στην κοινωνία. Αυτή η ομάδα ειδικών είναι δύσκολο να επιτευχθεί. Μόνο στο νοσοκομείο υπάρχουν μέχρι 10 - 15 διαφορετικές εξειδικευμένες ομάδες.

Για να επιτευχθεί συνεργασία μεταξύ των ειδικών πρέπει να σχεδιαστεί η ομάδα αποκατάστασης του ασθενούς που θα περιλαμβάνει πρόσωπα απ' αυτές τις εξειδικευμένες ομάδες ώστε να έχουμε καλά αποτελέσματα υπέρ του ασθενούς.

### 3) Επαρκή φροντίδα για μακροχρόνια παρακολούθηση

Πολλοί άρρωστοι έχουν σημαντικές υπολειμματικές αναπηρίες και πρέπει να βοηθηθούν για να ζήσουν μια υποφερτή ζωή.

Αυτό πρέπει να επιτευχθεί με τα λεγόμενα νοσοκομεία για χρόνιους πάσχοντες, που όμως δεν υπάρχουν ακόμα στην χώρα μας, αλλά έχουν εισαχθεί σε άλλες χώρες όπως η Αγγλία με μεγάλη επιτυχία. Τα νοσοκομεία για χρόνιους πάσχοντες είναι απαραίτητα για την αναγκαστικό μακροχρόνια θεραπεία ημιπληγικών στο δεύτερο ήμισυ της νοσηλείας τους, όταν τα μεγάλα προβλήματα τους έχουν υπερπηδηθεί και κύρια απασχόληση του άρρώστου είναι η εκμάθηση της αυτοεξυπηρέτησης του και σε δεύτερη μοίρα η συμπλήρωση ορισμένων θεραπευτικών σχημάτων.

### 4) Αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων που δημιουργεί το εγκεφαλικό επεισόδιο στον άρρωστο και στην οικογένειά του

Είναι πολύ εύκολο να ξεχάσουμε τα δυσάρεστα

αποτελέσματα που μπορεί να έχει ένα εγκεφαλικό επεισόδιο στον άρρωστο και στην οικογένεια του. Δημιουργείται μια ποικιλία ψυχολογικών αντιδράσεων όπως δυσαρμονία, θυμός, καχυποψία, κατάθλιψη.

#### 5) Αποφυγή επιπλοκών

Σημαντικές επιπλοκές είναι η βαριά κατάθλιψη, το σύνδρομο του επώδυνου και δύσκαμπτου ώμου, οι μυϊκές συσπάσεις, οι παραλύσεις των περιφερικών νεύρων, και τα κατάγματα των μακρών οστών (μηριαία). Πολλές από αυτές τις επιπλοκές είναι δυνατόν να αποφευχθούν. Η πρώτη απόφαση του γιατρού είναι αν θα μεταφέρει ή όχι τον άρρωστο στο νοσοκομείο. Μερικοί άρρωστοι βρίσκονται ήδη πολύ κοντά στο θάνατο και είναι καλύτερα ν' αφήνονται στο σπίτι. Άλλοι έχουν περιοδικά ισχαιμικά επεισόδια και βρίσκονται στο στάδιο της αποκατάστασης, και η διακομιδή τους στο νοσοκομείο δεν είναι επείγουσα. Για τους υπόλοιπους η απόφαση για διακομιδή στο νοσοκομείο θα αποφασιστεί με βάση τις διαγνωστικές, θεραπευτικές, νοσηλευτικές και κοινωνικές συνθήκες. Προς το παρόν φαίνεται ότι το 40% περίπου των αρρώστων με εγκεφαλικό επεισόδιο διακομίζονται στο νοσοκομείο μέσα στην 1η εβδομάδα. Τα πρακτικά προβλήματα που εμπλέκονται σ' αυτό το πρώτο στάδιο περιλαμβάνουν την δυσκολία στην μεταφορά του αρρώστου, την ακράτεια, την δυσφαγία και τις κατακλίσεις. Υπάρχει επίσης το πρόβλημα πως θα αντιμετωπίσουν τα άτομα του περιβάλλοντος τους τις διάφορες αντιδράσεις του αρρώστου, ιδιαίτερα όταν ο άρρωστος είναι δυσφασικός ή έχει σύγχυση.

Γενικά, η αρχική βελτίωση μετά το επεισόδιο αποδίδεται

στην ελάττωση του σιδήματος και την επαναγγείωση της περιφέρειας του νεκρωμένου κώνου της εγκεφαλικής ουσίας.

Στην διάρκεια των πρώτων εβδομάδων που ακολουθούν το εγκεφαλικό επεισόδιο η κατάσταση του αρρώστου αλλάζει σχετικά γρήγορα. Σ' αυτό το διάστημα δυνατόν να παρουσιαστούν επιπλοκές όπως η πνευμονία από εισρόφηση ή πνευμονική εμβολή.

Μετά τρεις εβδομάδες η κατάσταση είναι συνήθως αρκετά στατική και γίνεται φανερό εάν ο άρρωστος θα επιβιώσει ή όχι.

Η φάση αυτή της αποκατάστασης μπορεί αυθαίρετα να θεωρηθεί ότι αρχίζει απ' αυτό το σημείο. Στο τέλος της 3ης εβδομάδας μπορεί συνήθως να γίνει εκτίμηση της κατάστασης. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να καθοριστούν ορισμένοι στόχοι. Ο πρώτος στόχος είναι συνήθως οι δραστηριότητες του αρρώστου που του επιτρέπουν ανεξαρτησία στην φροντίδα του εαυτού του. Οι περισσότεροι ημιπληγικοί άρρωστοι μπορούν να μεταφερθούν από το κρεβάτι στην καρέκλα και αντίστροφα, με την βοήθεια ενός προσώπου την έκτη περίπου εβδομάδα, μετά το επεισόδιο. Στο τέλος των 4 μηνών συνήθως θεωρείται ότι έχει γίνει η αποκατάσταση στο 50-70% των αρρώστων και η ενεργητική θεραπεία σταματάει. Για τους αρρώστους που επιβιώνουν με κάποια αναπηρία αυτή είναι η στιγμή της αλήθειας. Κατάθλιψη είναι εξαιρετικά συχνή σ' αυτό το διάστημα.

Πρόσφατες μελέτες αρρώστων που επιβίωσαν από εγκεφαλικό επεισόδιο δείχνουν μεγάλο βαθμό δυστυχίας γιατί υπάρχει ανικονότητα για ολοκληρωμένη ζωή και κίνηση καθώς και

απόλεια της σεξουαλικότητας στους νεότερους.

Αυτοί οι άρρωστοι χρειάζονται βοήθεια για την ανάπτυξη των κοινωνικών και δημιουργικών τους δραστηριοτήτων.

Σήμερα τα νοσοκομεία προσφέρουν ορισμένες φροντίδες που πριν μερικά χρόνια δεν υπήρχαν και που είναι απολύτως απαραίτητες για την αποκατάσταση των ημιπληγικών αρρώστων. Όπως τα κέντρα φυσιοθεραπείας που λειτουργούν σήμερα στα μεγάλα νοσοκομειακά κέντρα της Ελλάδος έχουν εξοπλιστεί με μέσα και δυνατότητες που είναι ισάξια των μεγάλων κέντρων του εξωτερικού.

Επί πλέον η λογοθεραπεία είναι σήμερα υποειδικότητα που εξασκείται με υπευθυνότητα και αποτελεσματικότητα. Τέλος η υποβοηθητική ψυχιατρική θεραπεία του αρρώστου αποτελεί σημαντικό βήμα προς την αποκατάστασή του και άρση των αισθημάτων του άγχους και καταθλίψεως που εμφανίζονται στα ημιπληγικά άτομα ανώτερου πνευματικού επιπέδου.

Η ύπαρξη κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία και στο σπίτι είναι επίσης σημαντική ποδόδος ως προς τις συνθήκες που επικρατούσαν 10-15 χρόνια πριν.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ALAN READ, D.W. BARRIT, R. HEWWE " Σύγχρονη Παθολογία " Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1984.
- Δόντα Αναστασίου " Η τρίτη ηλικία (προβλήματα και δυνατότητες) " Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- Μούσουρα - Οικονόμου Αδαμαντία " Σημειώσεις Νευρολογικής Νοσηλευτικής " Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρας 1986.
- Πατρικίου Ιωάννης " Νευρολογία Τόμος 3<sup>ος</sup> " Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1965.
- Σταυρίδου Μαίρη " Στοιχεία Γενικής Νοσηλευτικής " Εκδόσεις " UNIVERSITY STUDIO PRESS " Θεσσαλονίκη 1975.
- Σάσα Σκαρπέλου - Σ. Μαλιαρά " Μαθήματα Νευρολογίας " επισ. εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
- HARRISON T. " Εσωτερική Παθολογία " έκδοση Παρισιάνος, Αθήνα 1986-1987-1988.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δόντα Αναστασίου "Η τρίτη ηλικία (προβλήματα και δυνατότητες)" Αθήνα 1981.
- Πατρικίου "Νευρολογία 3" επιστημον. εκδόσεις Γρηγ. Παριστιανός Αθήνα 1965.
- Σταυρίδου Μαίρη "Στοιχεία Γενικής Νοσηλευτικής" Θεσσαλονίκη 1975.
- Σκορπέλου - Μαλιάρη "Μαθήματα νευρολογίας" επισ. εκδόσεις Γρηγ. Παριστιανός Αθήνα 1975.

## ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ

- Μούσουρα - Οικονόμου "Σημειώσεις Νευρολογικής Νοσηλευτικής" ΤΕΙ Πάτρας ΣΕΥΠ τμήμα νοσηλευτικής.

## ΜΕΤΑΦΡΑΣΕΙΣ

- ALAN READ, D.W. BARRIT, R. HEWME "Σύγχρονη Παιδιατρική", ιατρικές εκδόσεις Ωίτσα.
- HARRISON TR3 "Εσωτερική Παιδιατρική" έκδοση Παριστιανός.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ALAN READ, D.W. BARRIT, R. HEWWR " Σύγχρονη Παθολογία " Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1984.
- Δόντα Αναστασίου " Η τρίτη ηλικία (προβλήματα και δυνατότητες) " Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981.
- Μούσουρα - Οικονόμου Αδαμαντία " Σημειώσεις Νευρολογικής Νοσηλευτικής " Σ.Ε.Υ.Π. Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρας 1986.
- Πατρικίου Ιωάννης " Νευρολογία Τόμος 3<sup>ος</sup> " Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1965.
- Σταυρίδου Μαίρη " Στοιχεία Γενικής Νοσηλευτικής " Εκδόσεις " UNIVERSITY STUDIO PRESS " Θεσσαλονίκη 1975.
- Σάσα Σκαρπέλου - Σ. Μαλιαρά " Μαθήματα Νευρολογίας " επισ. εκδόσεις Γρηγ. Παρισιάνος, Αθήνα 1975.
- HARISSON T. " Εσωτερική Παθολογία " έκδοση Παρισιάνος, Αθήνα 1986-1987-1988.

