

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

ΘΕΜΑ:

" ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ
ΚΑΙ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ"

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

DR. ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΓΙΑΠΟΥΤΣΗ ΜΑΡΙΑ

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2176

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
- ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄	σελ. 3
- Στοιχεία ανατομίας - φυσιολογίας του αδένα	σελ...3
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β΄	σελ.5
- Στοιχεία λειτουργίας θυρεοειδούς.....	5
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄	7
- Έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδούς.....	7
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄	11
- Υποθυρεοειδισμός.....	11
- Περιγραφή ορισμένων διαταραχών συνδυαζόμενων με υποθυρεοειδισμό.....	12
- Κλινικές μορφές υποθυρεοειδισμού.....	15
- Μυξοιδηματικό κώμα.....	20
- Θεραπευτική αγωγή σε μυξοιδηματικό κώμα.....	21
- Θεραπευτική αγωγή υποθυρεοειδισμού.....	23
- Επιπλοκές.....	25
- Νοσηλευτική φροντίδα υποθυρεοειδισμού.....	27
- Νοσηλευτική παρέμβαση.....	33
- Αξιολόγηση.....	38
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε΄	39
- Υπερθυρεοειδισμός ή νόσος του Graves ή νόσος του Basedow.....	39
- Γενικά θεραπευτικά μέτρα	47

- Ειδικά θεραπευτικά μέτρα.....	48
- Αντιμετώπιση θυρεοτοξικής κρίσης.....	59
- Οφθαλμοπάθεια της νόσου του Graves.....	62
- Νοσηλευτική φροντίδα υπερθυρεοειδισμού.....	65
- Νοσηλευτική Παρέμβαση. Γενικά.....	69
- Θυρεοειδική κρίση.....	72
- Υφολική θυρεοειδεκτομή.....	74
- Μετεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα.....	75
- Αξιολόγηση.....	79
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ΄	80
- Άλλες παθήσεις του θυρεοειδούς που επιδέχονται χειρουργική θεραπεία.....	80
- Νοσηλευτική φροντίδα.....	81
- Επιπλοκές που μπορεί να παρατηρηθούν μετά από επέμβαση.....	87
- ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ΄	89
- Περιγραφή χαρακτηριστικών περιπτώσεων.....	89
- Στατικά στοιχεία.....	97

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς είναι από τις συχνές ενδοκρινικές παθήσεις και κυρίως στις γυναίκες. Δεκάδες χιλιάδες άτομα στην Ελλάδα και πάνω από 300.000.000 σ' όλο τον κόσμο εμφανίζουν βρογχοκήλη, οι συνέπειες της οποίας δεν περιορίζονται μόνο στην εμφάνιση αλλά πολλές φορές είναι τραγικές π.χ. διανοητική καθυστέρηση σε παιδιά μητέρων με βρογχοκήλη από έλλειψη ιωδίου που δεν πήραν την κατάλληλη θεραπεία πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Τόσο η αύξηση όσο και η ελάττωση της λειτουργίας του θυρεοειδούς στα ηλικιωμένα άτομα, στις λεχώνες και στα νεογέννητα αποτελούν αντικείμενο ιδιαίτερων κεφαλαίων.

Η πλήρης ενημέρωση του κοινού πάνω σ' αυτά τα θέματα είναι απαραίτητη γιατί η γνώση απαλλάσσει από τον φόβο και το άγχος και διότι ο καλά ενημερωμένος ασθενής συνεργάζεται καλύτερα με το γιατρό του και θεραπεύεται ευκολότερα.

Θα ήθελα πριν συνεχίσω την ανάλυση του θέματός μου, να ευχαριστήσω τον κ. Κούνη για την πολύτιμη συνεργασία και την βοήθειά του.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Νοσηλεύοντας έναν ασθενή με πάθηση θυρεοειδούς, το ερώτημα που έχουμε αρχικά είναι: α) είναι νόσος υπερ ή υποθυρεοειδισμού και β) είναι μάζα που μπορεί να υπονοεί καρκίνωμα;

Ο ασθενής δε που πάσχει από βρογχοκήλη-όζους-(θερμό ή ψυχρό)-υπερθυρεοειδισμό-νεόπλασμα θυρεοειδούς, θα υποστεί κάποιο είδος χειρουργικής επέμβασης στον θυρεοειδή αδένα στην θεραπεία.

Η νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει την στιγμή της εισόδου του στο νοσοκομείο σαν προεγχειρητική συνεχίζει στο χώρο του χειρουργείου και κατόπιν σαν μετεγχειρητική στην νοσηλευτική πτέρυγα. Σταματά με την αποκατάσταση και ένταξή του στο κοινωνικό σύνολο.

Γι' αυτό όπως γίνεται με όλους τους ασθενείς έτσι κι εδώ το καλύτερο είναι να αρχίζουμε με την λήψη ενός πλήρους νοσηλευτικού ιστορικού και με τη φυσική εξέτασή του.

Στοιχεία που μπορεί να μας βοηθήσουν από το ιστορικό είναι η ηλικία-το φύλλο-το οικογενειακό ιστορικό-η λήψη βρογχοκηλολόγων τροφών-φαρμάκων-η έκθεση σε ακτινοβολία κατά την παιδική ηλικία.

Η ανεύρεση συμπτωμάτων που έχουν σχέση με την πίεση που μπορεί να ασκεί ένας διογκωμένος θυρεοειδής σε γειτονικές δομές στον τράχηλο όπως είναι η δυσφαγία-δυσφωνία-η δύσπνοια, το αίσθημα ξένου σώματος στο λαιμό. Επίσης, η αλλαγή στη χροιά της φωνής σημαίνει πιθανώς δυσλειτουργία του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου λόγω διήθησης από όγκο.

Α΄ Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΔΕΝΑ

Ο θυρεοειδής είναι ενδοκρινής αδένας βάρους 20-30 GR. Βρίσκεται μπροστά από τον 2ο και 3ο κρίκο της τραχείας και περιβάλλεται από την προτραχειακή περιτονία η οποία τον καθηλώνει στην τραχεία και το λάρυγγα με αποτέλεσμα να παρακολουθεί τις καταποτικές κινήσεις.

Αποτελείται από δύο λοβούς σε σχήμα πυραμίδας που ενώνονται στη μέση γραμμή με τον ισθμό. Η αγγείωση του γίνεται από την άνω και κάτω θυρεοειδική αρτηρία, μερικές φορές δε, υπάρχει και μέση που εκφύεται από το αορτικό τόξο.

Η απαγωγή του αίματος γίνεται με τις άνω και μέση θυρεοειδικές φλέβες που εκβάλλουν στην έσω σφραγίδα και την κάτω θυρεοειδική φλέβα που εκβάλλει στην αριστερή ανώνυμο.

Νευρούται δε από κλάδους του συμπαθητικού το μέσο και κάτω αυχενικό γάγγλιο και του παρασυμπαθητικού το άνω και κάτω λαρυγγικό. Το άνω λαρυγγικό νεύρο, έρχεται σε σχέση με την άνω θυρεοειδική αρτηρία και το κάτω λαρυγγικό με την κάτω θυρεοειδική και την κοινή καρωτίδα σχηματίζοντας από κοινού το λεγόμενο χειρουργικό τρίγωνο.

Στην οπίσθια επιφάνεια του θυρεοειδούς, βρίσκονται σε πολύ στενή σχέση οι παραθυρεοειδείς αδένες.

Ο θυρεοειδής αδένας παράγει δύο δραστικές ορμόνες, τη θυροξίνη (T₄) και την Τρι-ιωδιοθυροξίνη (T₃). Επίσης από

τα C κύτταρα ή παραθυλακτώδη, εκκρίνεται η καλσιτονίνη.

Οι ορμόνες αυτές έχουν πολλαπλές και σημαντικές ενέργειες στον οργανισμό. Η κανονική σύνθεση και ο ρυθμός παραγωγής τους εξαρτάται από:

- (α) την πρόσληψη του ιωδίου από τον αδένα,
- (β) την ακεραιότητα των ενδοθυρεοειδικών ενζυμικών συστημάτων, που είναι υπεύθυνα για την ορμονοσύνθεση.
- (γ) την υποφυσιακή TSH, που διεγείρει όλα τα στάδια της ορμονοσύνθεσης, και την TRH, που ρυθμίζει την έκκριση της TSH, και
- (δ) από την στάθμη των θυρεοειδικών ορμονών του αίματος, λόγω της παλίνδρομης δράσης που ασκούν στην έκκριση της TSH.

Βασική πρώτη ύλη για τη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών είναι το ιώδιο. Το ιώδιο προσλαμβάνεται με τις τροφές, η περιεκτικότητά των οποίων σε ιώδιο εξαρτάται από την αφθονία του στο έδαφος. Το ιώδιο αυτό, καθώς και εκείνο που προέρχεται από τον καταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών, κυκλοφορεί στο αίμα σαν ανόργανο ιώδιο. Από την κυκλοφορία το ιώδιο προσλαμβάνεται ενεργητικά από τον θυρεοειδή με ενζυμικό μηχανισμό, που λειτουργεί σαν αντλία, παρά την ύπαρξη μεγάλων ποσοτήτων ιωδίου μέσα στον οργανισμό. Επίσης θυρεοειδής διαθέτει και αυτορρυθμιστικό μηχανισμό, που επηρεάζει την πρόσληψη του ιωδίου όταν υπάρχει περίσσεια στην κυκλοφορία. Η πρόσληψη του ιωδίου από τον θυρεοειδή διεγείρεται από την TSH. Επίσης η

ελάττωση του ιωδίου του πλάσματος αυξάνει την πρόσληψη, ενώ η χορήγησή του την αναστέλλει. Εκτός από το ιώδιο πολλές άλλες ουσίες ή φάρμακα αναστέλλουν την πρόσληψη του ιωδίου από τον αδένα.

Το ιώδιο εισέρχεται στα θυρεοειδικά κύτταρα με τη μορφή ιόντων ιωδίου, στη συνέχεια οξειδώνεται σε μεταλλικό ιώδιο με τη βοήθεια μιας υπεροξειδάσης και συνδέεται αμέσως με την τυροσίνη για να σχηματιστούν οι δύο ιωδοτυροσίνες, η μονοϊωδοτυροσίνη (MIT) και η διϊωδοτυροσίνη (DIT). Ο σχηματισμός των ιωδοτυροσινών γίνεται στη θυρεοσφαιρίνη και από τη σύζευξη αυτών σχηματίζονται οι θυρεοειδικές ορμόνες. Οι θυρεοειδικές ορμόνες μετά τη διέγερση του αδένα από την TSH, απελευθερώνονται από τη θυρεοσφαιρίνη και εισέρχονται στην κυκλοφορία. Η δράση της TSH επηρεάζεται:

- (α) από την υποθαλαμική TRH, που είναι υπεύθυνη για την αυξομείωση της παραγωγής και της έκκρισης της TSH, και
- (β) από τη στάθμη των θυρεοειδικών ορμονών στο αίμα, που ασκεί παλίνδρομη ρύθμιση στην υπόφυση.

Β Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

Η λειτουργία των θυρεοειδικών ορμονών και κατά συνέπεια του θυρεοειδούς αδένα είναι:

- * Αυξάνουν την κατανάλωση του οξυγόνου και, επομένως, το βασικό μεταβολισμό.
- * Προάγουν την ανάπτυξη του σώματος.
- * Είναι απαραίτητοι για τη φυσιολογική αποβολή ύδατος και αλάτων.
- * Ελαττώνουν τα λιπίδια του σώματος και ιδίως τη χοληστερίνη.
- * Αυξάνουν την απορροφητική ικανότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, ειδικότερα στη γλυκόζη.
- * Αυξάνουν το μεταβολισμό των πρωτεϊνών και, επομένως, την αποβολή των αζωτούχων ουσιών από τους νεφρούς με τα ούρα.
- * Αυξάνουν τη διεγερσιμότητα του καρδιακού μυ και, επομένως, τη συχνότητα και ένταση των καρδιακών συστολών.
- * Διεγείρουν το κεντρικό νευρικό σύστημα. Είναι απαραίτητες για τη διάπλαση του νευρικού ιστού, τη λειτουργία των διανοητικών, εγκεφαλικών και αγγειοκινητικών λειτουργιών.
- * Αυξάνουν την ευαισθησία του οργανισμού προς την αδρεναλίνη και προάγουν την γλυκογονόλυση.
- * Αυξάνουν την παραγωγή των γοναδοτρόπων ορμονών.
- * Αναστέλλουν την έκκριση της TSH.
- * Αυξάνουν την παραγωγή και έκκριση του γάλακτος και προκαλούν διόγκωση των μαστών.

Γ Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ

Αρχικά, η μόνη μέθοδος ελέγχου της λειτουργίας του θυρεοειδή ήταν ο προσδιορισμός του βασικού μεταβολισμού. Η μέθοδος αυτή έχει πολλές ατέλειες και γι' αυτό έχει αντικατασταθεί από ακριβέστερες, με τις οποίες ελέγχεται, είτε απευθείας η λειτουργικότητα του θυρεοειδή αδένου, είτε έμμεσα από την επίδραση των ορμονών του αδένου στον οργανισμό.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται είναι οι εξής:

(1) Έλεγχος προσλήψεως ραδιενεργού ιωδίου (I^{131}) από το θυρεοειδή αδένου.

Ο έλεγχος προσλήψεως ραδιενεργού ιωδίου (I^{131}) από το θυρεοειδή αδένου εκτιμά την ταχύτητα με την οποία πραγματοποιούνται οι φάσεις της βιοσυνθέσεως της θυρεοειδικής ορμόνης.

Με τη δοκιμασία αυτή ελέγχεται η ραδιενέργεια πάνω από το θυρεοειδή αδένου 5-25 ώρες μετά τη χορήγηση 20 περίπου μCi (μικρο-Curies) 131 , σε μορφή ιωδιούχου νατρίου, από το στόμα, στο άτομο που θα κάνει την εξέταση.

Σε φυσιολογικές συνθήκες η κατακράτηση του I^{131} από το θυρεοειδή μετά από 24 ώρες, φθάνει το 20-45%. Σε υποθυρεοειδισμό ξεπερνά το 50% και στον υπερθυρεοειδισμό είναι πιο κάτω του 15%.

(2) Προσδιορισμός πρωτεϊνικού ιωδίου.

Ο προσδιορισμός του πρωτεϊνικού ιωδίου αντιστοιχεί στο

ποσό των ορμονών T_3 και T_4 , που κυκλοφορούν στο αίμα. Το πρωτεϊνικό ιώδιο σε φυσιολογικές συνθήκες κυμαίνεται μεταξύ 4-8%. Σε υπερθυρεοειδισμό είναι πάνω των 9% και σε υποθυρεοειδισμό κάτω των 3%.

(3) Σπινθηρογράφημα του θυρεοειδή αδένος.

Σπινθηρογράφηση είναι η απεικόνιση του αδένος με καταγραφή των κρούσεων του ραδιενεργού που προσλήφθηκε από αυτόν.

Με το σπινθηρογράφημα μελετάται η μορφολογία και η λειτουργία του οργάνου (τομογραφική καθήλωση του ραδιενεργού ιωδίου). Το φυσιολογικό σπινθηρογράφημα δίνει συνήθως την εικόνα πεταλούδας (δύο ξεχωριστοί λοβοί και μερικές φορές και ο ισθμός).

(4) Λειτουργικός έλεγχος του θυρεοειδή αδένος μετά χορήγηση θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH).

Η δοκιμασία αυτή χρησιμεύει για διάκριση μεταξύ πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς υποθυρεοειδισμού.

(5) Βασικός μεταβολισμός.

Κατά την εξέταση αυτή ελέγχεται το ποσό του καταναλισκόμενου οξυγόνου σε ορισμένο χρονικό διάστημα και κάτω από ορισμένες συνθήκες (νηστεία, ανάπαυση, ηρεμία). Σε φυσιολογικές συνθήκες οι τιμές του βασικού μεταβολισμού κυμαίνονται μεταξύ -10% έως +10%. Σε υπερθυρεοειδισμό οι τιμές είναι ανώτερες του +30% και σε υποθυρεοειδισμό μικρότερες του -15%.

Σημειώνεται πως η δοκιμασία αυτή είναι επισφαλής για τον έλεγχο της λειτουργίας του θυρεοειδή, επειδή οι

μεταβολές αυτές παρουσιάζονται και σε άλλες καταστάσεις όπως πυρετός, αναιμία, καρδιακή ανεπάρκεια, άγχος κ.α.

(6) Προσδιορισμός θυροξίνης του ορού (T_4).

Η θυροξίνη του ορού μπορεί να προσδιοριστεί άμεσα με μέθοδο που βασίζεται στην ικανότητα της εκχυλιζόμενης από τον ορό θυροξίνης (T_4) να εκτοπίσει τη ραδιενεργό T_4 από πρωτεϊνικό μίγμα που περιέχει TBG (Thyroxine Binding Globulin). Η δοκιμασία αυτή, κατά την οποία δεν απαιτείται χημικός προσδιορισμός του ιωδίου, δεν επηρεάζεται από τις ιωδιούχες προσμίξεις ή τα βαρέα μέταλλα όπως είναι του υδραργύρου. Επιπλέον, η μεγάλη δεσμευτική συγγένεια της TBG έναντι της T_3 δεν επηρεάζει τη δοκιμασία αυτή, εκτός της T_4 , ενδογενείς ιωδιούχες ουσίες.

Οι φυσιολογικές τιμές κυμαίνονται μεταξύ 5-15μg/100ml.

(7) Δοκιμασία προσλήψεως υπό του ορού σεσημασμένης T_3 .

Ο ορός που πρόκειται να εξετασθεί επώάζεται με T_3 η οποία έχει σεσημασμένο ιώδιο. Μετά την επώαση στον ορό προστίθεται ρητίνη, άνθρακας ή sephadex τα οποία απορροφούν την T_3 , που έχει μείνει ελεύθερη, δηλαδή δεν έχει δεσμευθεί από τις πρωτεΐνες του ορού. Στη συνέχεια προσδιορίζεται η ραδιενέργεια της T_3 στην προσροφούσα ουσία. Σε υπερθυρεοειδισμό οι πρωτεΐνες του ορού είναι ήδη κορεσμένες σε μεγάλο ποσοστό από τις θυρεοειδικές ορμόνες, γι'αυτό και η T_3 που έχει προστεθεί βρίσκεται σε μεγαλύτερο ποσοστό από το φυσιολογικό στη προσροφούσα ουσία. Το αντίθετο συμβαίνει στον υποθυρεοειδισμό. Η μέθοδος αυτή συμβολίζεται ως T_3U (T_3 uptake) και R- T_3U

όταν το προσροφητικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ρητίνη.

(8) Δείκτες:

* Δείκτης ελεύθερης θυροξίνης (Free Thyroxine Index, FTI).

Ο δείκτης βγαίνει από τις δυο μεθόδους είναι ο προσδιορισμός του FBT και η πρόσληψη από τον ορό σεσημασμένης T_4 .

Οι φυσιολογικές τιμές του δείκτη FTI που λαμβάνονται με τον πολλαπλασιασμό των τιμών FBTXRTU είναι 2,2-7,08. Τιμές κάτω των 2,2 είναι ενδεικτικές υποθυρεοειδισμού, τιμές όμως πάνω των 7,08 είναι ενδεικτικές υπερθυρεοειδισμού.

* Δείκτης δραστικής θυροξίνης (Effective Thyroxine Ratio, ETR) που βγαίνει από την τιμή της T_4 και την πυκνότητα της TBG.

Και ορισμένες έμμεσες δοκιμασίες εκτιμήσεως της περιφερικής δράσεως των θυρεοειδικών ορμονών είναι:

* Ο προσδιορισμός του χρόνου επαναφοράς του Αχιλλείου αντανακλαστικού. Σε υπερθυρεοειδισμό, ο χρόνος επαναφοράς του Αχιλλείου αντανακλαστικού μικραίνει, ενώ αυξάνεται σε υποθυρεοειδισμό.

* Προσδιορισμός της χοληστερίνης του αίματος.

Το ποσό της χοληστερίνης του αίματος βρίσκεται αυξημένο σε υποθυρεοειδισμό και φυσιολογικό ή μάλλον ελαττωμένο σε υπερθυρεοειδισμό.

Δ' Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ.

Οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδή αδένα μπορούν να πάρουν την μορφή του υποθυρεοειδισμού ή του υπερθυρεοειδισμού.

ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να οφείλεται σε αφαίρεση του θυρεοειδούς (χειρουργική ή φαρμακευτική) ή φλεγμονή του αδένα (πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός), σε ανεπαρκή έκκριση TSH από την υπόφυση λόγω ενδογενούς νοσήματος της (δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός) ή σε ανεπαρκή διέγερση της υπόφυσης από τον υποθάλαμο (τριτοπαθής υποθυρεοειδισμός). Υποθυρεοειδισμός μπορεί επίσης να προκληθεί από τη θεραπευτική ακτινοβολία του τραχήλου (π.χ. ακτινοβολία τύπου μανδύα για τη θεραπεία νόσου του Hodgkin). Η παρουσία βρογχοκήλης σε υποθυρεοειδικό άρρωστο υποδηλώνει στους μεν ενήλικους την ύπαρξη χρόνιας θυρεοειδίτιδας στα δε παιδιά την ύπαρξη διαταραχής στη σύνθεση της ορμόνης του θυρεοειδούς. Οι άρρωστοι που ο υποθυρεοειδισμός τους οφείλεται σε καταστροφή θυρεοειδικού ιστού είναι δυνατό να μην παρουσιάζουν βρογχοκήλη.

Η διάκριση ανάμεσα στην πρωτοπαθή και στη δευτεροπαθή ή στην τριτοπαθή νόσο θα στηριχτεί στην TSH του πλάσματος. Αν η TSH είναι χαμηλή, θα πρέπει να εκτελεστεί η δοκιμασία TRH, για να γίνει διάκριση ανάμεσα στο δευτεροπαθή και τον τριτοπαθή υποθυρεοειδισμό. Όταν υπάρχουν ενδείξεις δευτεροπαθούς ή τριτοπαθούς υποθυρεοειδισμού θα πρέπει να γίνουν εξέταση των οπτικών πεδίων και ακτινολογικός έλεγχος του τουρκικού επιπέου, για να διερευνηθεί το ενδεχόμενο όγκου της υπόφυσης ή του υποθαλάμου.

Δεν θα πρέπει να λησμονείται το γεγονός ότι οι άρρωστοι με μακροχρόνιο υποθυρεοειδισμό είναι δυνατό να παρουσιάζουν σημαντική αύξηση του μεγέθους της υπόφυσης, χωρίς αυτό να σημαίνει αναγκαστικά ότι υπάρχει όγκος.

Ο πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός μπορεί να έχει σχέση με ανοσολογική καταστροφή του φλοιού των επινεφριδίων (σύνδρομο Schmidt), ενώ ο δευτεροπαθής σχετίζεται πολλές φορές με ελάττωση της λειτουργίας των επινεφριδίων που μπορεί και να μην είναι κλινικά εμφανής. Σε τέτοιες περιπτώσεις η θεραπευτική αγωγή μόνο του υποθυρεοειδισμού, χωρίς ταυτόχρονη θεραπεία υποκατάστασης των επινεφριδικών ορμονών, είναι δυνατό να προκαλέσει την έκλυση επινεφριδικής κρίσης.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΟΡΙΣΜΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΣΥΝΔΥΑΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟ

Πριν τη λεπτομερή έκθεση των κλινικών συνδρόμων των συνδυαζομένων με έλλειψη θυροξίνης, θεωρείται σκόπιμη η

περιγραφή ορισμένων διατραχών που είναι δυνατό να προκαλέσουν υποθυρεοειδισμό.

(1) Συγγενής έλλειψις του θυρεοειδούς
(θυρεοειδική αγενεσία, Αθυρεοειδισμός).

Παθολογική ανατομική: Είναι δυνατό να παρατηρηθούν διάφοροι βαθμοί ελλείψεως μέχρι και πλήρους απουσίας θυρεοειδικού ιστού. Η αναστολή της αναπτύξεως του θυρεοειδούς συχνά συνδυάζεται με ατελή κάθοδο αυτού και δεν είναι δυνατό ν' ανευρεθούν θυρεοειδικά υπολείμματα σε οποιοδήποτε σημείο επί της μέσης γραμμής, από της θεωρητικώς φυσιολογικής θέσεως του μέχρι της βάσεως της γλώσσας.

Συμπτώματα και σημεία: Ο βαθμός του υποθυρεοειδισμού θα εξαρτηθεί από το μέγεθος του θυρεοειδικού υπολείμματος.

Εργαστηριακά ευρήματα: Πλήρης απουσία του θυρεοειδούς θα συνοδεύεται από απουσία προσλήψεως I^{131} . Υπολείμματα του θυρεοειδούς δυνατό να συνδυάζονται με υψηλές τιμές προσλήψεως και υψηλών ΡΒΙ¹³¹.

(2) Συγγενής θυρεοειδική δυσαρμογένεσις
(Συγγενής υποθυρεοειδισμός μετά βρογχοκήλης)

Αιτιολογία: Κληρονομικές, ενζυμικές ή παρεμφερείς διαταραχές της συνθέσεως της θυροξίνης.

Γαξινόμεση: Έχουν περιγραφεί διαταραχές διαφόρων σταδίων της συνθέσεως της θυροξίνης:

- (1) Ανεπαρκής πρόσληψη ιωδίου από το θυρεοειδή.
- (2) Ανεπαρκής οργανική σύνδεση του ιωδίου μετά των τυροσινών
 - (α) Σύνδρομο Pendred: Κληρονομείται και συνοδεύεται από κώφωση (βλάβη του ακουστικού νεύρου).
- (3) Ανεπαρκή σύζευξη των ιωδοτυροσινών προς σχηματισμό ιωδοθυρονινών.
- (4) Ανεπάρκεια δειώδοτυροσινάσης.
- (5) Παραγωγή και έκκριση παθολογικών και βιολογικώς αδρανών ιωδοπρωτεϊνών.

Παθογένεια της βρογχοκήλης: Η βρογχοκήλη είναι αντισταθμιστική. Η ελαττωμένη παραγωγή θυροξίνης οδηγεί σε αυξημένη έκκριση TSH, η οποία προκαλεί διόγκωση του θυρεοειδούς, στην προσπάθεια αποκαταστάσεως της παραγωγής θυροξίνης στο φυσιολογικό, πράγμα το οποίο όμως δεν επιτυγχάνεται πάντοτε.

Κλινικά σημεία: Τα χαρακτηριστικά κλινικά σημεία είναι:

- (α) η εγκατάσταση κατά την παιδική ηλικία,
- (β) βρογχοκήλη και
- (γ) Υποθυρεοειδισμός.

Η διεισδυτικότητα της νόσου ποικίλλει, γι' αυτό και παρατηρείται μεγάλη διαβάθμιση των εκδηλώσεων. Στο ένα άκρο της κλίμακας υπάρχει, βαρύς κρετινισμός και ογκώδης βρογχοκήλη με έντονο φύσημα, ενώ στο άλλο η κατάσταση

είναι δυνατό να αναγνωρισθεί μόνο κατόπιν εξειδικευμένων βιοχημικών εξετάσεων (συνήθως των συγγενών του ασθενούς).

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Η εικόνα του υποθυρεοειδισμού ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία ενάρξεως και την αιτιολογία του. Τρεις, σαφώς διακρινόμενες, κλινικές μορφές έχουν γίνει παραδεκτές: Ο βρεφικός υποθυρεοειδισμός, ο νεανικός και του ενηλίκου. Διαφέρουν ως προς τις κλινικές εκδηλώσεις τους, τα αίτια και τις βιοχημικές διαταραχές.

1. Βρεφικός υποθυρεοειδισμός

(Κρετινισμός)

Κρετινισμός καλείται η καθυστέρηση της σωματικής και πνευματικής αναπτύξεως του ατόμου, επακόλουθο υποθυρεοειδισμού κατά την εμβρυική ή βρεφική ηλικία.

Είναι δύσκολη η έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας. Αν μείνει αδιάγνωστη για μεγάλο χρονικό διάστημα εγκαθίσταται ο κρετινισμός (μόνιμη σωματική και πνευματική καθυστέρηση).

Συνήθη αίτια: Έλλειψη θυρεοειδούς (θυρεοειδική αγενεσία), θυρεοειδική δυσορμογένεσις, υπερβολική χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων στη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά τη γέννηση το νεογνό μπορεί να είναι φυσιολογικό.

Αργότερα το νήπιο είναι πολύ ήσυχο, κοιμάται πολύ, είναι δυσκοίλιο, η γλώσσα του είναι μεγάλη και προβάλλει έξω από το στόμα. Το δέρμα είναι παχύ και ψυχρό. Οι κινήσεις είναι βραδείες, το κλάμα του είναι τραχύ και βραχνό. Σε ηλικία 8 μηνών δε χαμογελάει και παραμένει ακίνητο στο κρεβατάκι του. Όσο πιο αργά διαγνωστεί και υποβληθεί σε θεραπεία ο άρρωστος, τόσο η βλάβη του εγκεφάλου είναι μεγαλύτερη.

Η σωματική διάπλαση του κρετίνου παρουσιάζει ιδιόζοντα χαρακτηριστικά σημεία. Παρατηρείται σωματική ασυμμετρία (άκρα κοντά και κορμός μακρύς). Το κεφάλι είναι μεγάλο, το πρόσωπο στρογγυλό με υποκίτρινη χροιά του δέρματος και έκφραση ηλίθια. Το μέτωπο είναι στενό και ρυτιδωμένο, η μύτη παχιά και πλατιά. Τα χείλη είναι παχιά, το στόμα ανοικτό με προέχουσα τη γλώσσα, η οποία είναι παχιά. Ο τράχηλος είναι κοντός και παχύς. Η κοιλιά είναι μεγάλη, τα γεννητικά όργανα τελείως υποπλαστικά. Η φωνή γίνεται βαθιά και βραχνή. Οι κρετίνοι έχουν όψη και έκφραση απαθή.

2. Νεανικός Υποθυρεοειδισμός

Ηλικία ενάρξεως-παιδική. Η διαχωριστική γραμμή μεταξύ βρεφικού και νεανικού υποθυρεοειδισμού είναι ασαφής. Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι προφανές, ότι το νοσογόνο αίτιο εμφανίσθη μετά την πάροδο λίγων ετών από τη γέννηση, ενώ σε άλλες υπήρχε μεν από την γέννηση, αλλά στο διάστημα αυτό η παραγωγή της θυροξίνης επαρκούσε για την κάλυψη των αναγκών. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις κατά τις οποίες ο

υποθυρεοειδισμός είναι δυνατό να υφίσταται από την βρεφική ηλικία, αλλά λόγω της ήπιας σημειολογίας του διαγνώσθηκε πολύ αργά.

Συνήθη αίτια: Μερική έλλειψη του θυρεοειδούς- συχνά συνδυαζόμενη με ατελή κάθοδο-μερική ενζυμική ανεπάρκεια, λήψη βρογχοκηλογόνων ή αντιθυρεοειδικών φαρμάκων, αυτοανοσολογική θυρεοειδίτις, ανεπάρκεια της υποφύσεως.

Συμπτώματα και Σημεία:

(1) Κατάσταση λιγότερο βαριά του βρεφικού υποθυρεοειδισμού.

(2) Σχετική καθυστέρηση της αυξήσεως και της διανοητικής αναπτύξεως.

(3) Σωματικές εκδηλώσεις λιγότερο εμφανείς και ευκόλως διαλανθάνουσες της προσοχής του εξεταστού.

Εργαστηριακά Ευρήματα:

(1) Καθυστέρηση της οστικής ηλικίας και δυσγενεσία των επιφύσεων.

(2) Αυξημένη χοληστερίνη του ορού.

**3. Υποθυρεοεισμός του Ενηλίκου
(Μυξοίδημα).**

Ηλικία ενάρξεως - Ώριμος.

Το μυξοίδημα οφείλεται άλλοτε σε παθήσεις αυτού του ίδιου του θυρεοειδή αδένος και τότε αναφερόμαστε στον πρωτοπαθή υποθυρεοειδισμό και άλλοτε σε παθήσεις της

υποφύσεως (δεν εκκρίνει ο πρόσθιος λοβός της υποφύσεως την TSH) και τότε μιλούμε για δευτεροπαθή ή υποφυσιογενή υποθυρεοειδισμό ή υποφυσιογενές μυξοίδημα.

Τα αίτια του πρωτοπαθούς μυξοιδήματος είναι "ιατρογενή" και "ιδιοπαθή", δηλαδή, οφείλονται σε βλάβες του ίδιου του αδένου. Τα πιο συνηθισμένα αίτια του δευτεροπαθούς μυξοιδήματος είναι θρομβώσεις των αγγείων ή όγκοι της υποφύσεως.

Η συμπτωματολογία του δευτεροπαθούς μυξοιδήματος διαφέρει από το πρωτοπαθές στα εξής: το δέρμα είναι λιγότερο ξηρό, οι τρίχες είναι λεπτές και μαλακές. Εμφανίζεται πτώση των τριχών του εφηβαίου και των μασχάλων. Η καρδιά είναι μικρή. Το άτομο έχει υπόταση και αμηνόρροια.

Κλινική εικόνα: Οι άρρωστοι παραπονούνται για εύκολη σωματική και πνευματική κόπωση. Όσοι εργάζονται διανοητικά παραπονούνται για εξασθένηση της μνήμης και των πνευματικών ικανοτήτων. Ψυχικά παρουσιάζουν απάθεια και βραδεία αντίδραση.

Το δέρμα γίνεται ξηρό, οιδηματώδες, παρουσιάζει συνεχώς απολέπιση της κερατίνης στοιβάδας της επιδερμίδας η οποία κερτινοποιείται, κυρίως στα σημεία που πιέζονται, όπως είναι η εξωτερική επιφάνεια των αγκώνων και γονάτων.

Το δέρμα, κυρίως των άκρων χειρών και του προσώπου, παίρνει ωχροκίτρινη χροιά. Οι τρίχες γίνονται αδρές και λευκαίνονται. Οι πάσχοντες είναι ευαίσθητοι στο κρύο, και δεν έχουν εφιδρώσεις. Το οίδημα εντοπίζεται περισσότερο

στο πρόσωπο και κυρίως στα βλέφαρα. Τα χείλη παχύνονται, η γλώσσα γίνεται μεγάλη και παχειά, η φωνή τραχειά, βαριά και βραχνή λόγω οιδήματος των φωνητικών χορδών.

Από το κυκλοφορικό οι εκδηλώσεις αναφέρονται κυρίως σε βραδυκαρδία και καρδιακή ανεπάρκεια, σε προχωρημένη μορφή μυξοιδήματος.

Η φυλογεννητική παρόρμηση είναι πολύ ελαττωμένη ή λείπει τελείως. Σε νέες γυναίκες μπορεί να παρουσιαστεί μηνορραγία ενώ στις μεγαλύτερες συνήθως αμηνόρροια.

Σε άτομα με βαριά μορφή μυξοιδήματος είναι δυνατό η υποθερμία (π.χ. έκθεση σε κρύο) να τα οδηγήσει σε κωματώδη κατάσταση. Αυτή αναπτύσσεται ως εξής: ο άρρωστος έχει έκδηλο βραδυψυχισμό, διανοητική σύγχυση, βραδύπνοια, υπόταση, λήθαργο και καταλήγει σε απώλεια συνειδήσεως. Τα συμπτώματα αυτά προκαλεί η υποξία των ιστών που οφείλεται στην επιβράδυνση της κυκλοφορίας και την πλημμελή οξυγόνωση του αίματος. Ως συνέπεια της υποξίας των ιστών επέρχεται βλάβη των τριχοειδών και έξοδος πλάσματος στον εξωκυττάριο χώρο.

Εργαστηριακά: Στο πρωτοπαθές μυξοίδημα βρίσκεται ο βασικός μεταβολισμός ελαττωμένος, ο χρόνος επανόδου του Αχίλλειου αντανακλαστικού αυξημένος, η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου από το θυρεοειδή ελαττωμένη, το πρωτεϊνικό ιώδιο ελαττωμένο, η χοληστερίνη και τα λιπίδια του αίματος αυξημένα. Ακόμη ο άρρωστος παρουσιάζει αναιμία.

Στο δευτεροπαθές μυξοίδημα η εργαστηριακή εικόνα είναι

η ίδια, βελτιώνεται όμως και μπορεί να φθάσει τα φυσιολογικά επίπεδα, μετά τη χορήγηση TSH. Ακόμη λόγω του υπούποφυσισμού οι γοναδοτροπίνες των ούρων απουσιάζουν, ενώ τα ποστά των 17-υδροξυκορτικοειδών και 17-κετοστεροειδών στα ούρα είναι πολύ ελαττωμένα.

ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ

Μυξοιδηματικό κώμα ονομάζεται η πολύ προχωρημένη κατάσταση του υποθυρεοειδισμού, κατά την οποία οι σωματικές και οι πνευματικές λειτουργίες μειώνονται, σε βαθμό που ο άρρωστος πέφτει σε κώμα. Η παθογένεια της διαταραχής αυτής είναι άγνωστη. Οι κυριότεροι εκλυτικοί παράγοντες είναι η έκθεση στο κρύο, οι λοιμώξεις (κυρίως πνευμονία), το φυσικό και συγκινησιακό τραύμα και τα κατασταλτικά του Κ. Ν. Σ. Το κώμα επέρχεται απότομα ή ύστερα από ένα στάδιο ληθάργου και συνοδεύεται από μεγάλη θνησιμότητα.

Κλινικά σημεία: Διανοητική καθυστέρηση, σύγχυση, λήθαργος ή κώμα. Δέρμα ψυχρό, ωχρό, ξηρό και πτωματοειδές. Γενικευμένο ελαφρό οίδημα. Η υποθερμία είναι σταθερό σημείο. Παρατηρείται βραδυκαρδία και, ενίοτε, αρυθμία. Η αναπνοή είναι βραδεία. Υπόταση, φωνή κρωγμώδης, μυϊκή δυσκαμψία. Εκτατικά πελματιαία αντανακλαστικά.

Οι παρατηρούμενες ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλοιώσεις συνίστανται στη παράταση του GRS, ανεστραμμένα κώματα T και χαρακτηριστικό κώμα J στο σημείο συνενώσεως του

συμπλέγματος GRS και των τμημάτων ST στις αριστερές προκαρδιακές απαγωγές.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ

Είναι η βαρύτερη επιπλοκή του υποθυρεοειδισμού. Συνήθως χαρακτηρίζεται από βαριά σημεία μυξοιδήματος, έλλειψη ανταπόκρισης στα ερεθίσματα, υποαερισμό, υπονατριαιμία, και μερικές φορές, σπασμούς. Η θεραπευτική αγωγή πρέπει ν' αρχίζει αμέσως μόλις τεθεί η κλινική διάγνωση και ληφθούν κατάλληλα δείγματα αίματος για μέτρηση των θυρεοειδικών ορμονών. Η θνητότητα είναι δυνατό να πλησιάσει στο 50%. Η θεραπευτική αγωγή πρέπει να εφαρμόζεται ενδοφλέβια, γιατί η απορρόφηση των φαρμάκων από το γαστρεντερικό σωλήνα ή αποθέσεις ενδομυϊκών ενέσεων μπορεί να μην είναι αξιόπιστη. Η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να στοχεύει στα παρακάτω:

(1) Διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών.

(α) Ο υποαερισμός είναι δυνατό να οδηγήσει σε εκπληκτικά σοβαρή κατακράτηση CO₂, που συμβάλλει στη νάρκωση του αρρώστου. Απαιτούνται, συνεπώς, μετρήσεις των αερίων του αρτηριακού αίματος και, αν ενδείκνυται, υποβοήθηση της αναπνοής.

(β) Η υπόταση συνήθως δεν απαντά καλά στα αγγειοσυσπαστικά, ενώ ανταποκρίνεται γρήγορα στη θεραπεία

υποκατάστασης με θυροξίνη. Θα πρέπει επίσης να συμπληρωθεί ο όγκος του πλάσματος με ισότονα υγρά.

(γ) Η υποθερμία δεν πρέπει ν'αντιμετωπίζεται με εξωτερική θέρμανση του αρρώστου, γιατί αυτό μπορεί να προκαλέσει αύξηση των απαιτήσεων σε οξυγόνο και ελάττωση του τόνου των περιφερικών αγγείων, με συνέπεια και των δύο, την επιδείνωση της κυκλοφορικής ανεπάρκειας.

(δ) Η υπονατριαιμία οφείλεται σε διαταραχή της κάθαρσης (clearance) του νερού και συνήθως διορθώνεται με τη βελτίωση της μεταβολικής διαταραχής του αρρώστου. Η χορήγηση υπότονων υγρών πρέπει ν'αποφεύγεται.

(ε) Για να διορθωθεί η υπογλυκαιμία είναι δυνατό ν'απαιτηθεί ενδοφλέβια χορήγηση γλυκόζης.

(στ) Η γρήγορη χορήγηση θυροξίνης μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση συμπτωμάτων υπολειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων, που είναι δυνατό να προληφθούν με την ενδοφλέβια χορήγηση 300-400mg νατριοσουξινικής υδραιορτιζόνης σε διάστημα 24 ωρών. Η χορήγηση της υδροκορτιζόνης μειώνεται γρήγορα καθώς βελτιώνεται η κατάσταση του αρρώστου.

(1) Όλα τα κατασταλτικά του Κ. Ν. Σ. πρέπει ν'αποφεύγονται.

(2) Υποκατάσταση της ορμόνης του θυρεοειδούς:

Η εφάπαξ ενδοφλέβια χορήγηση 200-500mg (0,2-0,5 μg) νατριοχου λεβοθυροξίνης συνήθως επαναφέρει τα περιφερικά αποθέματα θυροξίνης στα φυσιολογικά επίπεδα και εξασφαλίζει θυροξίνη για τις ανάγκες του μεταβολισμού.

Μετά από αυτή τη δόση μπορούν να δοθούν 50-200 µg την ημέρα ενδοφλέβια, ώπου ο άρρωστος να είναι σε θέση ν' ανεχθεί σκευάσματα PO λήψης. Εναλλακτικό είναι δυνατό να χορηγηθεί λειοθυρονίνη από ρινογαστρικό καθετήρα, στην αρχή 50-100 µg και μετά 50 µg τη μέρα ή 25µg/12ωρο. Η δοσολογία είναι δυνατό να τροποποιείται σε περιπτώσεις αρρώστων ασυνήθιστα μεγαλόσωμων ή μικρόσωμων, ενώ πρέπει οπωσδήποτε να είναι μικρότερη, όταν ο άρρωστος είναι υπερήλικος ή όταν πάσχει από στεφανιαία νόσο, οπότε δεν πρέπει να παίρνει περισσότερα από 100 µg λεβοθυροξίνης την ημέρα.

(3) Αντιμετώπιση των εκλυτικών παραγόντων.

Θα πρέπει ν' αναζητείται, και να θεραπεύεται, οποιαδήποτε λοίμωξη. Θα πρέπει επίσης να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε ευθυρεοειδικούς "αρρώστους" και σε ασθενείς με μυξοιδηματικό κόμα, γιατί οι πρώτοι δεν πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης με θυρεοειδικές ορμόνες.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Αντικειμενικός σκοπός της αγωγής είναι η αποκατάσταση του φυσιολογικού μεταβολισμού. Τα σκευάσματα της T₄ χορηγούνται συνήθως μια φορά την ημέρα. Από τους πρώτους στόχους της θεραπευτικής αγωγής είναι η αύξηση της διούρησης και η μείωση του πάχους, που ακολουθούνται από καρδιοτόνωση, αύξηση της όρεξης και ελάττωση της

δυσκοιλιότητας. Για την παρακολούθηση της αγωγής μπορεί να χρησιμοποιηθεί η μέτρηση της T_4 και της TSH του πλάσματος.

Τελικά θα πρέπει να χορηγείται μια πλήρης δόση υποκατάστασης της ορμόνης του θυρεοειδούς, όταν γίνεται καλά ανεκτή. Ο σκοπός αυτός συνήθως πραγματοποιείται με ημερήσια χορήγηση 100-200 μg L-θυροξίνης.

A. Σε υποθυρεοειδικούς με σταθερή κλινική κατάσταση.

Δεν υπάρχει ανάγκη πολύ γρήγορης αποκατάστασης του φυσιολογικού μεταβολισμού σ'έναν άρρωστο που πιθανώς είναι από πολύ καιρό υποθυρεοειδικός. Η θεραπευτική αγωγή είναι δυνατό να προκαλέσει επιπλοκές, με σοβαρότερες τη στηθάγχη και τις καρδιακές αρρυθμίες, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ή καρδιοπαθείς αρρώστους. Σε τέτοιους αρρώστους η βαθμιαία υποκατάσταση της θυροξίνης θα πρέπει ν'αρχίζει με 25-50 μg L-θυροξίνης την ημέρα ή με το ισοδύναμό της. Η δόση αυξάνεται κατά 25-50 μg σε διαστήματα 2-3 εβδομάδων, ώσπου να πραγματοποιηθεί η πλήρης δοσολογία υποκατάστασης (100-200 μg την ημέρα).

Επειδή η ημιπερίοδος ζωής της T_3 είναι μικρότερη από της T_4 όταν υπάρχει υπόνοια καρδιοπάθειας, στην αρχή της θεραπευτικής αγωγής του υποθυρεοειδισμού, χρησιμοποιείται T_3 , με το αιτιολογικό ότι οι παρενέργειές της εξαφανίζονται πιο γρήγορα από της T_4 , όταν διακοπεί η χορήγηση. Δε θα πρέπει να λησμονείται, ωστόσο, ότι η έναρξη της επίδρασης της T_3 είναι πιο απότομη από κείνη της T_4 και γι'αυτό το λόγο είναι ίσως πιο πιθανό να προκαλέσει στηθάγχη.

Β' Σε καταστάσεις που απαιτούν γρήγορη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ο υποθυρεοειδικός αρρώστος δεν ανέχεται καλά τους τραυματισμούς, τις χειρουργικές επεμβάσεις και τις λοιμώξεις και οι καταστάσεις αυτές είναι δυνατό να του προκαλέσουν μυξοιδηματικό κώμα. Σε περιπτώσεις τραυματισμού ή λοίμωξης ή απαραίτητης επείγουσας χειρουργικής επέμβασης ο υποθυρεοειδισμός θα πρέπει να διορθώνεται τόσο γρήγορα, όσο η ταχύτητα της διόρθωσης του συμβιβάζεται με την αποδοχή κάποιου λογικού κινδύνου.

Η θεραπευτική αγωγή θα πρέπει ν' αρχίζει αμέσως με 50-100 μg λειοθυρονίνης την ημέρα σε διαιρεμένες δόσεις. Αν δεν είναι αξιόπιστη η PO χορήγηση, μπορούν να χορηγηθούν ενδοφλέβια 100-200μg λεβοθυροξίνης την ημέρα. Είναι φανερό ότι σε λιγότερο σοβαρές καταστάσεις ή όταν η χειρουργική επέμβαση μπορεί να καθυστερήσει χωρίς κίνδυνο για τη ζωή του αρρώστου, είναι προτιμότερη η πιο βαθμιαία υποκατάσταση της θυροξίνης. Αν η γρήγορη υποκατάσταση δε γίνεται καλά ανεκτή, θα πρέπει να σταθμιστούν οι κίνδυνοι της συνέχισης της σε σχέση με τους κινδύνους του υποθυρεοειδισμού.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι επιπλοκές κατά βάση αναφέρονται στην καρδιά. Άρρωστοι που έχουν μυξοίδημα για πολλά χρόνια, συνήθως εμφανίζουν σκλήρυνση των στεφανιαίων αγγείων, που οδηγεί

σε νόσο των στεφανιαίων η οποία καταλήγει σε έμφραγμα του μυοκαρδίου ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και περικαρδίτιδα.

Οξεία οργανική ψύχωση είναι άλλη επιπλοκή της σοβαρής μορφής υποθυρεοειδισμού. Οι άρρωστοι αυτοί είναι παρανοϊκοί. Τέλος, λίγοι άρρωστοι μπορεί να οδηγηθούν σε κώμα. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από υποαερισμό, υποθερμία, υπόταση, βραδυκαρδία και αναπνευστική οξέωση. Αν ο άρρωστος δεν αντιμετωπισθεί αμέσως με χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών, το κώμα θα καταλήξει σε θάνατο.

Οι επιδιώξεις της φροντίδας του αρρώστου είναι:

- * Η διόρθωση της ανεπάρκειας των θυρεοειδικών ορμονών.
- * Η αντιστροφή των συμπτωμάτων.
- * Η πρόληψη της συνεχίσεως της βλάβης της καρδιάς και των αγγείων.

Η μόνιμη και σταθερή αντιμετώπιση του υποθυρεοειδισμού απαιτεί ο άρρωστος να παίρνει θυρεοειδικές ορμόνες για το υπόλοιπο της ζωής του. Αν υπάρχει καρδιοπάθεια, κρίνεται σκόπιμη η χορήγηση αρχικά μικρών δόσεων θυροξίνης και η βαθμιαία αύξησή της, για την αποφυγή κρίσεως ανεπάρκειας των στεφανιαίων ή ακόμη και καρδιακής ανεπάρκειας.

Όταν χορηγείται θυροξίνη σε άρρωστο με μυξοίδημα και ταυτόχρονα έχει καρδιοπάθεια, παρακολούθησε προσεκτικά τον άρρωστο για στηθαγχικό πόνο, δύσπνοια, ορθόπνοια κ. λ. π. Αν παρουσιάσει κάποιο από τα πιο πάνω συμπτώματα η νοσηλεύτρια ενημερώνει το γιατρό. Όταν ο άρρωστος

ανταποκρίνεται καλά στη θεραπεία, η συνήθης δόση της θυροξίνης είναι 0,1-0,3 mg την ημέρα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ

(α) Δυσκολία στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων της ημέρας, κουράζεται εύκολα.

(β) Δυσκοιλιότητα

(γ) Παράπονα για πτώση των μαλλιών, εύθραυστα νύχια και στεγνό δέρμα (ειδικά οι γυναίκες).

(δ) Μέτρια αύξηση του βάρους του σώματος παρά την μειωμένη όρεξη.

(ε) Προτιμά ζεστό καιρό, χρησιμοποιεί περισσότερες κουβέρτες, ντύνεται περισσότερο και αναζητεί θερμό περιβάλλον.

(στ) Οίδημα στα βλέφαρα και τα άκρα.

(ζ) Μεγάλη γλώσσα, παχιά και βραχνή φωνή.

(η) Βραδεία ομιλία και δυσκολία στο να θυμάται διάφορα γεγονότα.

(θ) Διαταραχές της έμμηνης ρύσης (μηνορραγία) στις γυναίκες και ελάττωση της γενετήσιας ικανότητας στους άνδρες.

(ι) Προβλήματα με την ακοή (έχει βαρυκοΐα).

(ια) Ιστορικό ψυχωτικής συμπεριφοράς.

(ιβ) Ιστορικό διαταραχής άλλων ενδοκρινών αδένων ή θεραπείας (εγχείρηση, λήψη ραδιενεργού ιωδίου).

(ιγ) Συνέντευξη με μέλη της οικογένειας ή άλλα σημαίνοντα πρόσωπα σε περίπτωση που ο άρρωστος βρίσκεται σε μυξοιδηματικό κώμα.

* Τρόπος εμφάνισης του κώματος (απότομα ή προηγήθηκε λήθαργος).

* Ιστορικό υποθυρεοειδισμού.

* Εκλυτικοί παράγοντες (μετά από έκθεση στο κρύο, λοίμωξη, φυσικό και συγκινησιακό τραύμα ή μετά από χρήση κατασταλτικών του Κ. Ν. Σ.).

2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.

(α) Μυϊκή αδυναμία, δυσκαμψία των μυών (έκδηλη στις κινήσεις των δακτύλων τις πρώινές ώρες μετά το ξύπνημα), εύκολη κόπωση.

(β) Μειωμένα τενόντια αντανακλαστικά.

(γ) Βραδύτητα στο βάδισμα και γενικά νωθρότητα στην εκτέλεση των φυσικών δραστηριοτήτων.

(δ) Μη ανοχή στο κρύο, υποθερμία.

(ε) Βαρυκοφα που οφείλεται σε διήθηση της ευσταχιανής σάλπιγγας αλλά και σε βλάβη του ακουστικού νεύρου.

(στ) Χαρακτηριστικό μυξοιδηματικό προσωπείο (διηθημένα βλέφαρα, παχιά χείλη και αυτιά, παχιά και πλατιά μύτη, μεγάλη γλώσσα, βαθιές ρυτίδες, κέρινη ωχρότητα, απαθής έκφραση).

(ζ) Δέρμα ξηρό, τραχύ, κέρινη χροιά, με εμφάνιση υπερκεράτωσης στα σημεία τριβής.

(η) Βλεννογόνοι διηθημένοι με αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου της γλώσσας, των φωνητικών χορδών και της ευσταχιανής σάλπιγγας.

(θ) Τρίχες εύθραστες, ξηρές που πέφτουν εύκολα.

(ι) Νύχια εύθραυστα, παχιά και εμφανίζουν ραβδώσεις.

(ια) Οίδημα που δεν αφήνει εντύπωμα. Μειωμένη εφίδρωση.

(ιβ) Βραδυκαρδία, αρτηριακή πίεση χαμηλή, πόδια κρύα.

(ιγ) έντονη δυσκοιλιότητα, ανορεξία, δυσπεψία, τυμπανισμός κοιλιάς .

(ιδ) Αύξηση του βάρους. Ομιλία αργή και κολλώδης λόγω της μυϊκής δυσκαμψίας.

(ιε) Παχιά και βραχνή φωνή.

(ιστ) Άμβλυνοση των διανοητικών λειτουργιών, εξασθενημένη μνήμη, έλλειψη ενδιαφέροντος, υπνηλία, λήθαργος.

(ιζ) Καρδιακή ανεπάρκεια σε προχωρημένες καταστάσεις (λόγω ταχείας ανάπτυξης αρτηριοσκλήρωσης).

(ιη) Το μυξοιδηματικό κώμα κλινικά μοιάζει με έμφραγμα του εγκεφαλικού στελέχους: θερμοκρασία κάτω από 30° C, βαριά υπόταση, βραδυκαρδία, υποαέρωση, υπονατριαιμία, κατάργηση τενοντίων αντανακλαστικών.

3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

(α) Προσδιορισμός T_4 . Οι τιμές της T_4 είναι σε χαμηλά επίπεδα.

(β) Προσδιορισμός TSH ορού. Οι τιμές της TSH είναι πολύ αυξημένες στον πρωτοπαθή και χαμηλές στον δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό.

(γ) Δοκιμασία διέγερσης με θυρεοειδότροπο ορμόνη (TSH). Η δοκιμασία αυτή αποβαίνει θετική στον δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό.

(δ) Πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου, από τον θυρεοειδή. Η κατακράτηση του ραδιενεργού ιωδίου από τον θυρεοειδή σπάνια υπερβαίνει το 10% της δόσης και δεν αυξάνεται περισσότερο ύστερα από διεγέρση με TSH.

(ε) Προσδιορισμός του χρόνου χάλασης του Αχιλλείου αντανακλαστικού (τενοντόγραμμα). Ο χρόνος του Αχιλλείου αντανακλαστικού είναι αυξημένος.

(στ) Δοκιμασία πρόσληψης της ραδιενεργού τριϊώδοθυρονίνης (T_3 RU) από ρητίνη. Οι τιμές είναι χαμηλές.

(ζ) Ο βασικός μεταβολισμός είναι μέχρι 15%.

(η) Σε ανοσολογική βλάβη του αδένα βρίσκονται στο αίμα του υποθυρεοειδικού ψηλοί τίτλοι αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων.

(θ) Η χοληστερίνη του αίματος είναι αυξημένη (φθάνει μέχρι 450-600 mg/100 ml) και σε μεγάλο ποσοστό αρρώστων υπάρχει αναιμία.

(ι) Το Η.Κ.Γ δείχνει επιβράδυνση του ρυθμού και χαμηλά επάρματα.

(ια) Ακτινογραφία θώρακα. Αποκαλύπτει μεγάλη καρδιακή σκιά, που οφείλεται στο εξίδρωμα του περικαρδίου.

(ιβ) Ακτινολογικός έλεγχος του τουρκικού επιπέδου (απλή ακτινογραφία, τομογραφία ή υπολογιστική τομογραφία) για διαπίστωση της ανατομικής κατάστασης της υπόφυσης (σε δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό).

(ιγ) Οφθαλμολογικός έλεγχος σε δευτεροπαθή υποθυρεοειδισμό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

A. ΓΕΝΙΚΑ

1. Μείωση άνεσης (οίδημα, δυσπεψία, τυμπανισμός κοιλιάς, μη ανοχή στο κρύο).
2. Μείωση δραστηριοτήτων (αδυναμία, εύκολη κόπωση).
3. Θρεπτικό και ενεργειακό ανισοζύγιο (ανορεξία, δυσπεψία και υποθερμία).
4. Ελλιπής επικοινωνία με το περιβάλλον (βαρυκοφία, δυσκολία στην ομιλία).
5. Μεταβολή του σωματικού ειδώλου.
6. Απάθεια. Επιπλοκές από τη θεραπεία.

B. ΜΥΣΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ

1. Κακή κυκλοφορία του οξυγόνου (βραδυκαρδία, υποαέρωση).
2. Ενεργειακό ανισοζύγιο (θερμοκρασία σώματος κάτω από 30° C, υποξία).
3. Υδατοηλεκτρικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο.

4. Αναπνευστική δυσλειτουργία (βραδύπνοια).

Θρεπτικό ανισοζύγιο.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

A. ΓΕΝΙΚΑ

1. Άμεσοι

(α) Πρόσληψη και / ή έλεγχος των επιπλοκών

(β) Διόρθωση θρεπτικού και ενεργειακού ανισοζυγίου

(γ) Εξασφάλιση μέσων άνεσης. Παροχή φυσικής υποστήριξης.

(δ) Προαγωγή της λειτουργίας του εντέρου.

(ε) Αποκατάσταση της μεταβολικής διαταραχής.

(στ) Παροχή βοήθειας στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου.

(ζ) Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στην οικογένεια του αρρώστου.

2. Μακροπρόθεσμοι

Επαναφορά του αρρώστου στην πριν την αρρώστια κατάσταση, φυσική, συγκινησιακή και ψυχολογική, εάν είναι δυνατόν.

B. ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ

1. Άμεσοι

(α) Παροχή φυσικής υποστήριξης

(β) Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης στην οικογένεια

του αρρώστου.

(γ) Βοήθεια στην πρόληψη και τον έλεγχο των επιπλοκών.

(δ) Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων.

(ε) Υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας.

2. Μακροπρόθεσμοι (Ίδιοι όπως παραπάνω).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

A. ΓΕΝΙΚΑ

1. Χορήγηση θυρεοειδικών ορμονών για την επαναφορά του αρρώστου σε ευθύρεο ειδική κατάσταση.

Η θεραπεία αναπλήρωσης γίνεται σήμερα με τη χορήγηση από το στόμα συνθετικής κρυσταλλικής L-θυροξίνης. Αρχικά χορηγούνται μικρές δόσεις και ακολουθεί μια προοδευτική αύξησή τους μέχρις ότου φθάσουν στη δόση συντήρησης.

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στους αρρώστους με ισχαιμική καρδιοπάθεια και στους ηλικιωμένους, γιατί η χορήγηση της θυροξίνης αυξάνει τον μεταβολισμό και κατά συνέπεια οι ανάγκες σε οξυγόνο των ιστών και του μυοκαρδίου δεν μπορούν να καλυφθούν, με αποτέλεσμα οι άρρωστοι να εμφανίζουν στηθαγχικές κρίσεις. Στους αρρώστους αυτούς η θεραπεία αναπλήρωσης αρχίζει με μικρότερες δόσεις.

2. Παρακολούθηση των αποκρίσεων στη θεραπεία.

Το βάρος σώματος μειώνεται, ζύγισμα του αρρώστου καθημερινά. Αυξημένη διούρηση είναι η πρώτη κλινική

απόκριση. Ελάττωση του οιδήματος. Ελάττωση του οιδήματος των βλεφάρων.

Βελτίωση της όρεξης. Η βραχνάδα σιγά-σιγά υποχωρεί.

Βελτίωση της διανοητικής κατάστασης του αρρώστου (βγαίνει από την απάθεια):

- Περισσότερο ενεργητικός και ξύπνιος.
- Γνωρίζει τι συμβαίνει γύρω του.
- Βελτίωση του αισθήματος ευεξίας..

Ο σφυγμός και οι αναπνοές αυξάνονται. Η θερμοκρασία αυξάνεται μέσα σε 24 ώρες. Η δυσκοιλιότητα μπορεί να υποχωρήσει. Η κατάσταση του δέρματος και των μαλλιών βελτιώνεται μετά από μήνες. Τα αντανακλαστικά και ο μυϊκός τόνος βελτιώνονται.

3. Παρακολούθηση για εμφάνιση παρενεργειών των φαρμάκων, ειδικά στους καρδιοπαθείς. Αύξηση της δόσης μπορεί να προκαλέσει:

- Ταχυκαρδία. Έκτακτες συστολές.
- Σηθασγχικές κρίσεις.
- Κεφαλαλγία. Δύσπνοια, ανησυχία.

4. Αναγνώριση των εκλυτικών παραγόντων και αποφυγή τους, ώστε να προληφθεί παραπέρα καρδιαγγειακή βλάβη καθώς και εμφάνιση μυξοιδηματικού κώματος.

Θεραπεία των εκλυτικών παραγόντων όπως λοίμωξη, stresses από τραύμα κ. λ. π. Πρόληψη του ρίγους για να αποφευχθεί αύξηση του μεταβολικού ρυθμού, που θα έχει σαν αποτέλεσμα επιβάρυνση της καρδιακής λειτουργίας. Εξασφαλίζεται στον άρρωστο θερμό περιβάλλον, κάλτσες και ζακέτα για το

κρεβάτι.

5. Χορήγηση υπνωτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων σε δόσεις πολύ μικρότερες από εκείνες που χορηγούνται σε υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας και του ίδιου βάρους.

ΟΙ άρρωστοι αυτοί είναι πολύ ευαίσθητοι στα υπνωτικά και τα ηρεμιστικά τα οποία ακόμα και σε μικρές δόσεις μπορεί να προκαλέσουν υπονάρκωση και καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας που μπορεί να επιφέρει ακόμα και το θάνατο.

Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για συμπτώματα επικείμενης υπονάρκωσης ή αναπνευστικής ανεπάρκειας.

6. Εξασφάλιση ισορροπημένης διαίτας με περιορισμένες θερμίδες και αλάτι, αλλά πάντα στα πλαίσια της προτίμησης του αρρώστου.

7. Προαγωγή της ικανοποιητικής λειτουργίας του εντέρου.

Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει υγρά. Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει τροφή με υπόλειμμα. Χορήγηση καθαρτικού. Αποθάρρυνση της έντασης κατά την αφόδευση. Ενθάρρυνση των δραστηριοτήτων στα πλαίσια της ανοχής του αρρώστου.

8. Ενθάρρυνση του αρρώστου για συμμετοχή στον σχεδιασμό της καθημερινής του φροντίδας.

9. Ρύθμιση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος.

10. Εξασφάλιση άνετου και ήσυχου περιβάλλοντος.

11. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον άρρωστο και την οικογένειά του.

Προαγωγή της επικοινωνίας με την οικογένεια, για να μπορεί να καταλάβει τις φυσικές και συναισθηματικές μεταβολές. Ενθάρρυνση για εξωτερίκευση των αισθημάτων τους. Διαβεβαίωση ότι οι περισσότερες φυσικές αλλαγές καθώς και οι μεταβολές στη συμπεριφορά είναι αποκριτικές στη θεραπεία. Παροχή χρόνου στον άρρωστο να εκφραστεί (βραδεία ομιλία, δυσκολία στην επικοινωνία).

12. Λήψη μέτρων για αποφυγή κατακλίσεων όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης.

Έναρξη ασκήσεων πλήρους τροχιάς. Συχνή αλλαγή θέσης στο κρεβάτι. Χρησιμοποίηση στρωμάτων αέρα. Χρησιμοποίηση ήπιων σαπουνιών και λουσιών για τη φροντίδα του δέρματος, γιατί το δέρμα είναι συνήθως ξηρό. Συχνός έλεγχος για εμφάνιση κατακλίσεων και χρησιμοποίηση μέτρων, που διεγείρουν την κυκλοφορία στις πιεζόμενες περιοχές.

13. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Ενημέρωση για τη φύση της νόσου. Σημεία και συμπτώματα υποθυρεοειδισμού. Δίαιτα, δραστηριότητα, ανάπαυση. Σπουδαιότητα της ιατρικής παρακολούθησης για την πορεία της κατάστασής του. Φάρμακα:

(1) Είδος φαρμάκου: Εκχύλισμα θυρεοειδούς: η βιολογική ισχύς του ποικίλλει. Συνθετική ορμόνη θυρεοειδούς: περισσότερο αποτελεσματική.

(2) Δράση, δόση, παρενέργειες.

B. ΜΥΞΟΙΔΗΜΑΤΙΚΟ ΚΩΜΑ

1. Σύνδεση του αρρώστου με καρδιακό monitor.

2. Διατήρηση ανοικτής ενδοφλέβιας οδού.

Ο βαθμός απορρόφησης των φαρμάκων από το στομάχι ή ακόμα και όταν χορηγούνται υποδόρια ή ενδομυϊκά δεν μπορεί να καθοριστεί λόγω της βραδείας κυκλοφορίας του αίματος και του σοβαρού υπομεταβολισμού.

3. Χορήγηση υγρών με προσοχή, επειδή υπάρχει υπονατριαιμία.

4. Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με την ιατρική εντολή.

- Τριΐωδοθυρονίνη με στομαχικό καθετήρα (η T_3 είναι δραστικότερη της L-θυροξίνης).
- Υδροκορτιζόνη
- Διουρητικά.

5. Αποφυγή εξωτερικής θέρμανσης του αρρώστου παρά την υποθερμία, γιατί η αύξηση των αναγκών των ιστών και του μυοκαρδίου σε οξυγόνο και η μείωση του τόνου των περιφερικών αγγείων θα επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια. Εξασφάλιση ικανοποιητικών μέτρων που θα μειώσουν:

- την παραπέρα απώλεια θερμότητας,
- τη μη απαραίτητη έκθεση του σώματος. Τα ρεύματα.

6. Μέτρηση αερίων αίματος για τον προσδιορισμό της κατακράτησης του CO_2 .

7. Υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας (σύνδεση με αναπνευστήρα) για την καταπολέμηση του υποαερισμού.

8. Χορήγηση υπέρτονων διαλυμάτων γλυκόζης, εάν υπάρχει υπογλυκαιμία.

Προσοχή για αποφυγή κυκλοφορικής υπερφόρτωσης.

9. Έλεγχος για λοίμωξη, εάν η θερμοκρασία είναι φυσιολογική.

10. Παρακολούθηση και καταγραφή των αποκρίσεων στη θεραπεία. Η θερμοκρασία αυξάνεται μέσα σε 24 ώρες. Ο σφυγμός, οι αναπνοές και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται. Τα αντανακλαστικά βελτιώνονται. Η διανοητική κατάσταση βελτιώνεται. Το οίδημα υποχωρεί. Διούρηση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Εκτίμηση εάν τα συμπτώματα υποχωρούν με τη θεραπεία και εάν εγκαθίσταται η φυσιολογική μεταβολική δραστηριότητα.

2. Εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου στη φαρμακευτική αγωγή. Εάν εμφανισθούν παρενέργειες, ενημερώνεται ο γιατρός αμέως για διακοπή της θεραπείας για αρκετές μέρες και επανάληψή της με μικρότερες δόσεις κάτω από αυστηρή παρακολούθηση.

Ε Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ Ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ GRAVES Ή ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ BASEDOW

Υπερθυρεοειδισμός ονομάζεται η παθολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από υπερέκκριση θυρεοειδικών ορμονών.

Τις περισσότερες φορές ο υπερθυρεοειδισμός οφείλεται στη νόσο του Graves. Λιγότερο συχνά αίτια υπερθυρεοειδισμού αποτελούν οι οζώδεις τοξικές βρογχοκήλες, η οξεία θυρεοειδίτιδα και η λήψη μεγάλης ποσότητας θυροξίνης. Πολύ λιγότερο συχνά αίτια είναι η θυρεοτοξίκωση από ιώδιο, το καρκίνωμα του θυρεοειδούς, τα αδενώματα της υπόφυσης που εκκρίνουν TSH, η υδατοειδής μήλη ή το χοριοκαρκίνωμα και τα τερατώματα της ωοθήκης που περιέχουν θυρεοειδικό ιστό (ωοθηκική βρογχοκήλη). Η ύπαρξη οφθαλμοπάθειας ή προκνημιαίου μυξοιδήματος περιορίζεται μόνο στους αρρώστους με νόσο του Graves.

Η θεραπευτική αγωγή του υπερθυρεοειδισμού θα εξαρτηθεί, τουλάχιστον κατά ένα μέρος, από την αιτία της, που θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να προσδιορίζεται.

Δηλαδή, διακρίνουμε κυρίως δύο μορφές υπερθυρεοειδισμού:

(α) Τη διάχυτη τοξική βρογχοκήλη κατά την οποία παρατηρείται υπερλειτουργία και συγχρόνως υπερπλασία ολόκληρου του αδένου με αποτέλεσμα την υπερέκκριση θυρεοειδικών ορμονών. Είναι η συχνότερη μορφή

υπερθυρεοειδισμού.

(β) Το τοξικό αδένωμα κατά το οποίο η υπερβολική έκκριση θυρεοειδικής ορμόνης οφείλεται σε μονήρες υπερπλαστικό αδένωμα.

Μια τρίτη μορφή υπερθυρεοειδισμού είναι η οζώδης τοξική βρογχοκήλη.

Σπάνιες μορφές υπερθυρεοειδισμού.

(α) Κακοήθεις όγκοι διαφόρων οργάνων παράγοντες TSH.

(β) Struma ovarii: Πρόκειται περί σπανιότατων περιπτώσεων δερματοειδών κύστεων ωοθήκης που περιέχουν θυρεοειδικό ιστό.

(γ) "Jod-Basedow".

Κλινική εικόνα

Τα παθοφυσιολογικά επακόλουθα, όπως είναι ευνόητο, προέρχονται από την επίδραση των ορμονών του θυρεοειδή στο μεταβολισμό των κυττάρων των διαφόρων ιστών του σώματος, επομένως είναι μεταβολικές εκδηλώσεις και είναι οι εξής:

* Ο άρρωστος είναι νευρικός, ευερέθιστος, ευσυγκίνητος, έχει υπερκινητικότητα, παραπονείται για άπνια και εξάψεις. Παρουσιάζει λεπτό τρόμο, ιδίως κατά την έκταση των δακτύλων και της γλώσσας.

Ο τρόμος των χεριών γίνεται πιο έντονος μετά από συγκίνηση και ο άρρωστος δυσκολεύεται να γράψει και να κάνει άλλες λεπτές κινήσεις.

* Το δέρμα είναι υγρό και θερμό και το πρόσωπο

εξέρυθρο. Οι επιδρώσεις είναι έντονες και πολλές φορές βασανιστικές. Οι τρίχες γίνονται πιο λεπτές, αραιώνουν και λευκαίνουν πιο εύκολα.

* Σπάνια ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει οστικούς πόνους από οστεοπόρωση.

* Ο άρρωστος έχει αυξημένες καύσεις με αποτέλεσμα να παρουσιάζει απίσχναση, η οποία συνήθως γίνεται πιο μεγάλη λόγω της συνυπάρχουσας διάρροιας. Η όρεξη είναι αυξημένη. Μπορεί να συνυπάρχει μικρή πυρετική κίνηση και το άτομο έχει δυσανεξία στη θερμότητα. Οι άρρωστοι παραπονούνται για γενική κόπωση, μυϊκή εξασθένιση, ενώ το βάρος του σώματος προοδευτικά ελαττώνεται.

* Οι εκδηλώσεις από το κυκλοφορικό σύστημα είναι ταχυκαρδία και υποκειμενικό αίσθημα προκάρδιων παλμών, το οποίο συχνά συνοδεύεται από συχνές επιπόλαιες αναπνοές. Ο όγκος παλμού είναι αυξημένος καθώς και η ταχύτητα κυκλοφορίας του αίματος. Η συστολική αρτηριακή πίεση αυξάνεται ελάχιστα, ελαττώνεται όμως η διαστολική, λόγω αστάθειας του τόνου των αγγείων, με αποτέλεσμα να αυξάνει η διαφορική πίεση. Μερικές φορές παρατηρείται έκδηλη καρδιακή ανεπάρκεια.

* Στις γυναίκες παρατηρείται ολιγομηνόρροια ή αμηνόρροια και διόγκωση των μαστών, ενώ στους άντρες γυναικομαστία.

* Στα μάτια και κυρίως σε νέα άτομα παρατηρούνται οι πιο κάτω εκδηλώσεις: (1) Σύσπαση του πάνω βλεφάρου που δίνει την εντύπωση του εξόφθαλμου. Οφείλεται στην αυξημένη

ευαισθησία προς αδρενεργικά ερεθίσματα. Ελεφρός τρόμος των βλεφάρων. Η εκδήλωση αυτή εμφανίζεται σε κάθε μορφή θυρεοτοξικώσεως, υποχωρεί όμως με την υποχώρηση της υπερλειτουργίας, (2) Διηθητική οφθαλμοπάθεια με τις εξής εκδηλώσεις: (α) εξόφθαλμος, συνήθως αμφοτερόπλευρος, (β) οίδημα βλεφάρων, (γ) οφθαλμοπληγία. Όταν ο βαθμός του εξόφθαλμου είναι μεγάλος, η σύγκλειση των βλεφάρων είναι αδύνατη με αποτέλεσμα ο άρρωστος να διατρέχει τον κίνδυνο εξελκώσεων του κερατοειδή και ενδεχομένως τυφλώσεως.

* Στο δέρμα παρουσιάζεται: (1) Το προκνημιαίο μυξοίδημα, σε αναλογία 10% των περιπτώσεων νόσου Graves, εκδηλώνεται με διήθηση του δέρματος στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης. Το δέρμα είναι πεπαχυσμένο και σκοτεινό ερυθρού χρώματος. Η διήθηση είναι κατά περιοχές και συνήθως αμφοτερόπλευρη. (2) Η θυρεοειδική ακροπάθεια, δηλαδή παραγωγή περιεστικού οστού, ανάλογα με το παραγόμενο στην πνευμονική υπερτροφική οστεοαρθροπάθεια. Χαρακτηρίζεται από πληκτροδακτυλία και οστικούς πόνους.

Γενικά σε νεώτερης ηλικίας αρρώστους προεξάρχουν τα νευρικά συμπτώματα, ενώ στους μεγαλύτερους στην ηλικία κυριαρχούν τα καρδιαγγειακά και νευρομυϊκά συμπτώματα.

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή για τη διάκριση της νόσου των Graves-Basepaw από αγχώδεις καταστάσεις ή τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια στην οποία η κατακράτηση του CO₂ προκαλεί υπερκινητική κυκλοφορία, θερμό δέρμα και τρόμο. Ακόμη η διάγνωση είναι δύσκολη στα ηλικιωμένα άτομα στα οποία προέχει το αίσθημα της αδυναμίας και η μυϊκή

ατροφία.

1) Γενικά θεραπευτικά σχόλια.

Η συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή επηρεάζεται από το αίτιο, και τη βαρύτητα του υπερθυρεοειδισμού, την ηλικία του αρρώστου την παρουσία επιπλοκών και τις προτιμήσεις του αρρώστου και του γιατρού.

A. Αιτιολογία του υπερθυρεοειδισμού.

1). Η νόσος του Graves. Χαρακτηρίζεται από αυτόματες υφέσεις και εξάρσεις. Δεν υπάρχουν ενδείξεις, ότι οποιαδήποτε μορφή θεραπευτικής αγωγής επιταχύνει την εμφάνιση της ύφεσης ή επηρεάζει κατά οποιοδήποτε τρόπο την πορεία της νόσου. Η φαρμακευτική αγωγή σχεδιάζεται με στόχο τον έλεγχο της έκκρισης της θυροξίνης ή την εξουδετέρωση των περιφερικών της επιδράσεων μέχρι την εμφάνιση της αυτόματης ύφεσης. Με την καταστροφή ή την εκτομή του αδενικού ιστού, με ραδιενεργό ιώδιο ή χειρουργική επέμβαση, περιορίζεται η ικανότητα του θυρεοειδούς να εκκρίνει ορμόνη. Και οι τρεις μορφές αγωγής είναι κατάλληλες για την αντιμετώπιση του υπερθυρεοειδισμού της νόσου του Graves.

2). Τα μονήρη και πολλαπλά τοξικά αδενώματα προκαλούν υπερθυρεοειδισμό που συνήθως δεν χαρακτηρίζεται από υφέσεις. Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση τους προτιμούνται

το ραδιενεργό ιώδιο ή η χειρουργική επέμβαση.

3) Το λειτουργικό καρκίνωμα του θυρεοειδούς μπορεί να αντιμετωπισθεί με χειρουργική επέμβαση ή ραδιενεργό ιώδιο, αν δεν είναι δυνατή η επέμβαση.

4) Θυρεοτοξίκωση από ιώδιο. Είναι δυνατό να παρατηρηθεί μετά από χορήγηση ιωδιούχου καλίου ή οργανικών ιωδιούχων ενώσεων (π. χ. χρωστικής ενδοφλέβιας πυελογραφίας) σε αρρώστους με πολυοζώδη βρογχοκήλη, ασυμπτωματική νόσο του Graves ή τοξικό αδένωμα. Η θυρεοτοξίκωση που προκαλεί το ιώδιο είναι συνήθως ελαφρά και υποχωρεί αυτόματα απαιτώντας μόνο συμπτωματική θεραπευτική αγωγή, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις βαριάς θυρεοτοξίκωσης που χρειάστηκαν αγωγή με αντιθυρεοειδικά φάρμακα.

5) Ο υπερθυρεοειδισμός του χοριοκαρκινώματος ή της υδατοειδούς μήλης οφείλεται σε έκκριση θυρεοτρόπων ουσιών από τον όγκο ή τη μήλη. Η θυρεοτοξίκωση που προκαλείται είναι συνήθως ελαφρά και μπορεί ν' αντιμετωπισθεί, πριν από τη χειρουργική επέμβαση, με αντιθυρεοειδικά φάρμακα ή με προπρανολόλη.

B) Ηλικία του αρρώστου.

Μετά από δύο δεκαετίες παρακολούθησής της, η θεραπευτική αγωγή της θυρεοτοξίκωσης με ραδιενεργό ιώδιο δεν έχει βρεθεί να συνοδεύεται από αυξημένη συχνότητα λευχαιμίας ή καρκίνου του θυρεοειδούς. Είναι, ωστόσο,

πιθανό ότι το ραδιενεργό ιώδιο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε γυναίκες παραγωγικής ηλικίας, εκτός αν η χρήση του απαιτείται για ιατρικούς ή κοινωνικούς λόγους, επειδή υπάρχει το ενδεχόμενο πρόκλησης γενετικών ανωμαλιών στο παιδί που θ' απαιτήσουν. Η χρησιμοποίηση ραδιενεργού ιωδίου αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για ηλικιωμένους αρρώστους, ιδιαίτερα για εκείνους που θα διακινδύνευαν σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης.

Γ) Βαρύτητα του υπερθυρεοειδισμού

Ο ελαφρός υπερθυρεοειδισμός μπορεί να θεραπευτεί με ραδιενεργό ιώδιο χωρίς άλλη πρόσθετη αγωγή. Ο βαρύτερος υπερθυρεοειδισμός πρέπει να τίθεται υπό έλεγχο με φάρμακα, πριν από την εφαρμογή τυχόν σχεδιαζόμενης αγωγής με ραδιενεργό ιώδιο ή με χειρουργική επέμβαση.

Δ) Επιπλοκές

1) Κύηση: Η θυρεοτοξίκωση που μένει χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση στη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνοδεύεται από αύξηση της συχνότητας πρόωρου τοκετού. Η χρησιμοποίηση ραδιενεργού ιωδίου αντενδείκνυται στη διάρκεια της κύησης. Χειρουργική επέμβαση μπορεί να γίνει κατά το δεύτερο τρίμηνο, όχι όμως και κατά το πρώτο ή το τρίτο, λόγω του κινδύνου πρόκλησης αποβολής ή πρόωρου τοκετού.

Επειδή τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα προπυλοθειουρακίλη (PTU) και μεθιμαζόλη περνούν εύκολα από τον πλακούντα,

στόχος της φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να είναι η χορήγηση της ελάχιστης δυνατής δόσης που είναι συμβατή με μια σχεδόν φυσιολογική μεταβολική κατάσταση. Μ' αυτό τον τρόπο το έμβρυο θα εκτεθεί στο λιγότερο δυνατό κίνδυνο τόσο του μητρικού υπερθυρεοειδισμού, όσο και του φαρμακευτικού κρετινισμού ή βρογχοκήλης.

Η T_4 πρέπει να διατηρείται σε επίπεδα λίγο ανώτερα από τα φυσιολογικά και, επειδή η μέτρηση της ολικής T_4 στη διάρκεια της κύησης είναι δυνατό να επιπλακεί από αυξήσεις της ικανότητας της μητέρας να συνδέει τη θυρεοειδική ορμόνη, τον πιθανώς ικανοποιητικότερο δείκτη παρακολούθησης αποτελεί η ελεύθερη T_4 . Ο έλεγχος της θεραπείας περιπλέκεται από την τάση του υπερθυρεοειδισμού να γίνεται λιγότερο βαρύς κατά τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης. Επειδή η διάβαση του πλακούντα από τις ορμόνες του θυρεοειδούς είναι πολύ περιορισμένη, η χρησιμοποίηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων μαζί με θυρεοειδική ορμόνη δεν συνιστάται.

Οι έγκυες υπερθυρεοειδικές γυναίκες μπορούν να υποβληθούν σε θεραπευτική αγωγή με PTU χωρίς να παρεμποδιστεί η ανάπτυξη του εμβρύου τους. Η προπρανολόλη και τα ιωδιούχα δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για μακροχρόνια αγωγή στη διάρκεια της κύησης. Μπορούν όμως να χορηγηθούν σε βραχυχρόνια βάση (1-7 ημέρες), αν υπάρξει ανάγκη γρήγορου ελέγχου του υπερθυρεοειδισμού.

2) Η χειρουργική επέμβαση ενδείκνυται, όταν η βρογχοκήλη είναι τόσο μεγάλη, ώστε να προκαλεί πιεστικά φαινόμενα ή δυσμορφία.

Ε). Προσωπικότητα και προτιμήσεις του αρρώστου.

Οι άρρωστοι που δεν είναι σίγουρο ότι θα παίρνουν τα φάρμακα τακτικά, είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν με ραδιενεργό ιώδιο ή χειρουργική επέμβαση. Η σοβαρή όμως συχνότητα εμφάνισης υποθυρεοειδισμού μετά κι από τις δύο μορφές θεραπείας και η ανάγκη που θα προκύψει για μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή εναντίον του υποθυρεοειδισμού, δεν πρέπει να παραβλέπεται.

II. ΓΕΝΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

A. Η Εισαγωγή σε νοσοκομείο δεν είναι αναγκαία εκτός από τα βαριά περιστατικά κατά την επαπειλούμενη "θυρεοτοξική κρίση" ή όταν ο υπερθυρεοειδισμός επιπλέκεται από συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, περιοδική παράλυση ή άλλες απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις.

B. Καταστολή. Ο άρρωστος είναι δυνατό να ενοχλείται από τη νευρικότητα, την υπερικινητικότητα και την ευερεθιστότητα. Τα φαινόμενα αυτά μπορούν να ελεγχθούν με ηρεμιστικά, όπως φαινοβαρβιτάλη (30-60mg/8ωρο ή 6ωρο), χλωροδιαζεποξείδη (10-20mg/6ωρο) ή διαζεπάμη (5mg/6ωρο),

αλλά υποχωρούν ικανοποιητικά και με την προπρανολόλη (10-40mg/6ωρο).

Γ. Διατροφή. Είναι σκόπιμο να χορηγούνται συμπληρωματικά βιταμίνες, επειδή οι απαιτήσεις γι' αυτές είναι αυξημένες. Η συνέχιση της αυξημένης πρόσληψης θερμίδων και μετά τον έλεγχο του υπερθυρεοειδισμού, μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους και αυτό θα πρέπει ν' αποφεύγεται.

Δ. Αρρυθμίες και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Ο υπερθυρεοειδισμός μπορεί να προκαλέσει κολπική μαρμαρυγή, φλεβοκομβική ταχυκαρδία ή συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Συνήθως για τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή τις αρρυθμίες αρκεί η τυπική θεραπευτική αγωγή με δακτυλίτιδα ή διουρητικά. Είναι όμως δυνατό να μην παρατηρηθεί η αναμενόμενη ανταπόκριση ως τη διόρθωση του υπερθυρεοειδισμού. Η φλεβοκομβική ταχυκαρδία και άλλες υπερκοιλιακές αρρυθμίες ανταποκρίνονται γενικά καλά στην προπρανολόλη.

III. ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Οι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης του υπερθυρεοειδισμού είναι τρεις: τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα, το ραδιενεργό ιώδιο και η χειρουργική επέμβαση.

A. Φαρμακευτική αγωγή.

1. Φάρμακα που αναστέλλουν το σχηματισμό ή την απελευθέρωση της ορμόνης:

(α) Παράγωγα της θειουρίας. Δρουν κυρίως παρεμβαίνοντας στη μετατροπή των ιωδιούχων αλάτων σε οργανικά, για να σχηματισθούν ιωδοτυροσίνες, και στη σύζευξη των ιωδοτυροσινών, για να σχηματισθούν T_4 και T_3 . Η προπυλθειουρακίλη αναστέλλει επίσης ισχυρά την απιωδίωση της T_4 προς T_3 στην περιφέρεια και, έτσι, η κλινική της ωφέλεια μπορεί να είναι γρηγορότερη απορρόφηση, επειδή όμως εκκρίνονται στο γάλα, δεν πρέπει να δίνονται σε μητέρες που θηλάζουν.

(1) Σκευάσματα και δόσεις. Για τη θεραπευτική αγωγή του υπερθυρεοειδισμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποιο από τα δύο παράγωγα της θειουρίας. Η συνηθισμένη αρχική δόση της προπυλθειουρακίλης (κυκλοφορεί σε δισκία των 50mg) είναι 150mg κάθε 6-8 ώρες. Η μεθιμαζόλη κυκλοφορεί σε δισκία των 5 και 10mg. Η ημιπερίοδος ζωής της είναι κάπως μεγαλύτερη από την ημιπερίοδο ζωής της θειουρακίλης και πολλοί αρρώστοι μπορούν να την πάρουν δυο ή τρεις φορές την ημέρα' η συνηθισμένη δόση έναρξης είναι 30-60mg την ημέρα. Οι δόσεις που αναφέρθηκαν αποτελούν τα γενικά πλαίσια δοσολογίας, η οποία πρέπει να ρυθμίζεται σύμφωνα με τη βαρύτητα της νόσου, με τον επείγοντα χαρακτήρα του ελέγχου της και με την ανταπόκριση του αρρώστου. Επειδή τα φάρμακα αυτά ενεργούν εμποδίζοντας το σχηματισμό θυρεοειδικής ορμόνης, δεν θα παρατηρηθεί αποτέλεσμα μέχρι

να εκλείψουν τα αποθέματα ορμόνης, του αδένου, πράγμα που συχνά απαιτεί 2-3 βδομάδες. Η φυσιολογική μεταβολική κατάσταση συνήθως μπορεί να επιτευχθεί σε 6 βδομάδες, οπότε και η δόση μπορεί να ελαττωθεί περίπου κατά 1/3. Μερικές φορές είναι δυνατό να απαιτηθούν ημερήσιες δόσεις μέχρι και 1500mg προπυλθειουρακίλης ή 150mg μεθιμαζόλης.

(2) Εκτίμηση και διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Οι καλύτεροι δείκτες της αποτελεσματικότητας της δοσολογίας είναι η κλινική πορεία και οι τιμές της T_4 . Συνήθως, αν υπάρξει ύφεση της νόσου, το μέγεθος του θυρεοειδούς γίνεται μικρότερο. Η αύξηση του μεγέθους είναι δυνατό να οφείλεται είτε σε επίταση του υπερθυρεοειδισμού (χαμηλή TSH) ή σε ιατρογενή υποθυρεοειδισμό, με συνέπεια την υψηλή τιμή TSH η διάκριση μεταξύ των δύο καταστάσεων έχει μεγάλη σημασία.

Μια από τις κυριότερες δυσκολίες της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της νόσου του Graves είναι ο προσδιορισμός του κατάλληλου χρόνου για τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Η πρακτική που εφαρμόζεται στο Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου της Washington συνίσταται στη συνέχιση της αγωγής για 1-2 χρόνια ή μέχρι τότε που θα είναι δυνατή η διατήρηση του ευθυρεοειδισμού χωρίς χορήγηση φαρμάκων. Υποστηρίζεται ότι τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα πρέπει να διακόπτονται 3-6 μήνες μετά την επίτευξη του ευθυρεοειδισμού ή, ακόμα, μόλις προκληθεί ευθυρεοειδισμός. Δεν πρέπει να λησμονείται ότι η

πρόωρη διακοπή του φαρμάκου μπορεί ν' ακολουθηθεί από έξαρση του υπερθυρεοειδισμού που δύσκολα τίθεται υπό έλεγχο. Σαν λύση γι' αυτό το ενδεχόμενο πρόβλημα προτείνεται η βαθμιαία, μέσα σε αρκετές βδομάδες, διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου.

(3) Η τοξικότητα της προπυλθειουρακίλης είναι περίπου ίση με την τοξικότητα της μεθιμαζόλης. Οι τοξικές αντιδράσεις είναι δυνατό να έχουν σχέση με τη δοσολογία. Σε 3-5% των αρρώστων παρατηρούνται αντιδράσεις του τύπου δερματικών εξανθημάτων, πυρετού, αρθραλγιών, διάρροιας, ηπατίτιδας και διόγκωσης των σιαλογόνων αδένων. Η πιο βαριά επιπλοκή της αγωγής με προπυλθειουρακίλη, είναι η αποκκιοκυτταραιμία, που παρατηρείται σε 0,2-0,5% των αρρώστων, μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή και συνήθως υποχωρεί. Αν δεν διαπιστωθεί έγκαιρα, είναι δυνατό να οδηγήσει σε θανατηφόρο λοίμωξη. Η εγκατάστασή της είναι συνήθως ξαφνική κι έτσι οι περιοδικές μετρήσεις των λευκοκυττάρων δεν έχουν μεγάλη αξία για την παρακολούθηση της εμφάνισής της.

Η ουδετεροπενία που μπορεί να παρατηρηθεί στον υπερθυρεοειδισμό ή στη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής του, δεν πρέπει να συγχέεται με την αποκκιοκυτταραιμία. Ο άρρωστος πρέπει να καθοδηγηθεί ν' αναφέρει στο γιατρό κάθε ένδειξη λοίμωξης (π.χ. πυρετό, φαρυγγίτιδα, δοθιήνωση) και, σε τέτοια περίπτωση, να διακόπτεται το φάρμακο, ώστε να μετρηθούν τα λευκά του αρρώστου.

Τα ελαφρά δερματικά εξανθήματα ανταποκρίνονται γενικά

στα αντιισταμινικά, χωρίς να διακοπεί το φάρμακο, ή στην αλλαγή θειουρίας. Σε αρρώστους, όμως, που έχουν παρουσιάσει σοβαρή τοξική αντίδραση σε μια θειουρία θα πρέπει ν' αποφεύγονται όλα τα φάρμακα με συγγενή χημική δομή.

(β) Το ιώδιο αναστέλλει τη σύνθεση θυροξίνης, όταν αυξάνει η ενδοθυρεοειδική του συγκέντρωση, αλλά ο θυρεοειδής που υπερλειτουργεί μπορεί να απαλλαγεί από την επίδραση αυτή μετά από 3 ή περισσότερες εβδομάδες. Η κυριότερη θεραπευτική επίδραση του ιωδίου συνίσταται στη γρήγορη αναστολή της απελευθέρωσης θυροξίνης από τον αδένα που υπερλειτουργεί. Μόνο του το ιώδιο δεν ελέγχει αρκετά τον υπερθυρεοειδισμό για μεγάλες χρονικές περιόδους και η χρήση του πρέπει να περιορίζεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση της θυρεοειδικής κρίσης ή στην προετοιμασία του αδένα για εγχείρηση. Η χορήγηση 1-2 σταγόνες Lugol 3 φορές την ημέρα εξασφαλίζει αρκετό ιώδιο' μεγαλύτερες δόσεις είναι δυνατό ν' αυξήσουν τις πιθανότητες τοξικών παρενεργειών (ακμοειδές εξάνθημα, διόγκωση των σιαλογόνων αδένων, γυναικομαστία).

(γ) Το λίθιο αναστέλλει την απελευθέρωση ορμόνης από το θυρεοειδή αδένα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του υπερθυρεοειδισμού αλλά η συχνότητα τοξικών παρενεργειών, όπως είναι ο τρόμος, η ναυτία, η υπονατριαιμία και οι αρρυθμίες, περιορίζει τη

δυνατότητα χρησιμοποίησής του γι' αυτό το σκοπό. Οι ευθυρεοειδικοί άρρωστοι που παίρνουν λίθιο για μανιακή ψύχωση παρουσιάζουν φυσιολογική ή ελαττωμένη T_4 και πολλοί απ' αυτούς αυξημένη ανταπόκριση TSH στη χορήγηση TRH. Αν οι άρρωστοι αυτοί έχουν χημικό υποθυρεοειδισμό, θα πρέπει να υποβληθούν σε θεραπεία υποκατάστασης της θυροξίνης σύμφωνα με την κλινική τους κατάσταση.

2. Φάρμακα που ελέγχουν τις περιφερικές εκδηλώσεις του υπερθυρεοειδισμού.

Η προπρανόλη είναι αναστολέας των β -αδρενεργικών υποδοχέων. Όταν δίνεται μόνη της βελτιώνει πολλές φορές ή και εξαφανίζει την ταχυκαρδία, τον τρόμο, τη νευρική και την υπερβολική εφίδρωση. Δεν επηρεάζει την έκκριση της θυροξίνης, αλλά μειώνει τη μετατροπή της T_4 σε T_3 στους περιφερικούς ιστούς. Η προπρανολόλη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του υπερθυρεοειδισμού, μέχρι να δράσουν τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα ή το ραδιενεργό ιώδιο. Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί για την προετοιμασία αρρώστων για χειρουργική επέμβαση. Ενώ συνήθως η προπρανολόλη αντενδείκνυται στη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με μικρή καρδιακή παροχή, μπορεί να βελτιώσει την ανεπάρκεια του υπερθυρεοειδισμού με μεγάλη καρδιακή παροχή. Η θεραπευτική αγωγή αρχίζει με 10mg/6ωρο και η δόση αυξάνεται μέχρι να επιτευχθεί ο έλεγχος των συμπτωμάτων (συνήθως 40-60mg/6ωρο). Έχουν χρησιμοποιηθεί δόσεις μέχρι

και 120mg/6ωρο.

B. Ραδιενεργό ιώδιο

1. Δοσολογία. Το ραδιενεργό ιώδιο (I^{131}) περιορίζει την έκκριση της θυροξίνης, καταστρέφοντας το θυρεοειδικό ιστό. Η κυριότερη μακροπρόθεσμη παρενέργειά του είναι ο υποθυρεοειδισμός που παρατηρείται σε ποσοστό 5-25% των αρρώστων μέσα στον πρώτο χρόνο και σε ποσοστό 3% περίπου κάθε χρόνο στη συνέχεια. Οι δοσολογίες του ραδιενεργού ιωδίου για τη θεραπευτική αγωγή της νόσου του Graves κυμαίνονται από 40 ως 200 μCi ανά γραμμάριο βάρους του αδένου. Πολλά κέντρα χρησιμοποιούν σταθερά δόση 80-160 $\mu\text{Ci/g}$. Οι υψηλότερες δόσεις συνοδεύονται από περισσότερες πιθανότητες ίασης αλλά και ενωρίτερη και συχνότερη εγκατάσταση υποθυρεοειδισμού. Οι μικρότερες δόσεις προκαλούν σπανιότερα υποθυρεοειδισμό, αλλά συνοδεύονται από μεγαλύτερη συχνότητα αποτυχίας της θεραπευτικής αγωγής, οπότε απαιτείται επανάληψη της με χρησιμοποίηση ραδιενεργού ιωδίου ή φαρμάκων ή και των δύο. Η εμφάνιση υποθυρεοειδισμού δύο ή περισσότερα χρόνια μετά τη θεραπευτική αγωγή με ραδιενεργό ιώδιο είναι δυνατό να μην εξαρτάται από τη δόση.

Οι πολυοζώδεις τοξικές βρογχοκήλες και οι τοξικοί όζοι απαιτούν συνήθως μεγαλύτερες συνολικές δόσεις ραδιενεργού ιωδίου, συχνά μέχρι και 20-50 mCi .

2. Θεραπευτικά προβλήματα κατά τη χρησιμοποίηση του ραδιενεργού ιωδίου.

(α) Ακτινική θυρεοειδίτιδα. 1-2 βδομάδες μετά τη χορήγηση του ραδιενεργού ιωδίου παρατηρείται παροδική έξαρση του υπερθυρεοειδισμού που οφείλεται σε απελευθέρωση ορμόνης στην κυκλοφορία από τα θυλάκια που καταστρέφονται. Η έξαρση αυτή σπάνια δημιουργεί σημαντικό κλινικό πρόβλημα, αλλά μπορεί να είναι επικίνδυνη σε αρρώστους με καρδιακά ή άλλα σοβαρά νοσήματα. Όσο μεγαλύτερη είναι η μάζα του θυρεοειδικού ιστού που υπερλειτουργεί τόσο μεγαλύτερη είναι και η ποσότητα του αποθέματος ορμόνης που είναι ενδεχόμενο ν' απελευθερωθεί στην κυκλοφορία. Για να προληφθεί ο υπερθυρεοειδισμός της ακτινικής θυρεοειδίτιδας πρέπει να εξαντληθούν τα αποθέματα ορμόνης πριν από τη θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο. Για το σκοπό αυτό προηγείται η χορήγηση προπυλοθειουρακίλης (PTU) ή μεθιμαζόλης, ώπου ο άρρωστος να γίνει ευθυρεοειδικός. Τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα διακόπτονται 3 ημέρες πριν από τη χορήγηση I^{131} και μπορούν να ξαναχορηγηθούν 2-3 ημέρες μετά απ' αυτήν. Όταν έχει ήδη προκληθεί η ακτινική θυρεοειδίτιδα, τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα δεν ωφελούν και οι περιφερικές εκδηλώσεις που οφείλονται στην περίσσεια ορμόνη θα πρέπει να αντιμετωπιστούν με προπρανολόλη.

(β) Καθυστέρηση ανταπόκρισης. Τα αποτελέσματα της δράσης του ραδιενεργού ιωδίου αργούν να εμφανιστούν και

για να φτάσουν στη μεγαλύτερη έντασή τους, πολλές φορές απαιτούν 2-3 μήνες και μερικές φορές μέχρι και 6 μήνες. Ο βαρύς υπερθυρεοειδισμός ή οι επιπλοκές, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, πρέπει να τίθενται γρήγορα υπό έλεγχο με αντιθυρεοειδικά φάρμακα και προπρανολόλη ως την επίτευξη ευθυρεοειδισμού. Αν δεν παρατηρηθεί ανταπόκριση μετά από διάστημα 6 μηνών, θα πρέπει να επανεκτιμηθεί η περίπτωση και να επαναληφθεί η θεραπευτική αγωγή με ραδιενεργό ιώδιο.

(γ) Ιωδιούχα δεν πρέπει να δίνονται πριν από τη χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου, γιατί θα αυξήσουν τη συγκέντρωση των ανόργανων ιωδιούχων αλάτων στο πλάσμα και έτσι θα προκληθεί ελάττωση του ποσού του ραδιενεργού ιωδίου που θα προσληφθεί από θυρεοειδή.

(δ) Σε αρρώστους που παίρνουν αντιπηκτικά είναι δυνατό, σπάνια, να παρατηρηθεί ενδοθυρεοειδική αιμορραγία. Το επίπεδο της προθρομβίνης πρέπει να είναι πάνω από 20% πριν από τη θεραπευτική αγωγή.

(ε) Για να αποφεύγεται η χορήγηση ραδιενεργού ιωδίου κατά τη διάρκεια της κώσης, μερικοί συγγραφείς συνιστούν την εκτέλεση της αγωγής μόνο κατά το χρονικό διάστημα της εμμηνορρυσίας.

3. Επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής.

Η παρακολούθηση των αρρώστων που έχουν υποβληθεί σε αγωγή με ραδιενεργό ιώδιο, σ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, έχει μεγάλη σημασία. Ο υποθυρεοειδισμός πρέπει να διαπιστώνεται και να αντιμετωπίζεται. Οι επισκέψεις του αρρώστου στο γιατρό πρέπει να είναι συχνές στη διάρκεια του πρώτου χρόνου μετά τη θεραπευτική αγωγή.

Μετά από χορήγηση θεραπευτικής δόσης ραδιενεργού ιωδίου είναι δυνατό να παρατηρηθεί αύξηση της TSH με φυσιολογική ή ελαφρά ελαττωμένη T_4 σε αρρώστους που κλινικά είναι ευθυρεοειδικοί. Δεν είναι σαφές, αν και κατά πόσο αυτοί οι άρρωστοι έχουν ανάγκη από συμπληρωματική αγωγή με θυροξίνη. Δεν είναι, ωστόσο, σκόπιμη η προφυλακτική χορήγηση θυροξίνης μετά από αντιμετώπιση της θυρεοτοξίκωσης, με ραδιενεργό ιώδιο ή με χειρουργική επέμβαση, γιατί μπορεί να έχει βλαπτικές παρενέργειες σε περιπτώσεις εμμονής ή υποτροπής του υπερθυρεοειδισμού. Τέλος, μετά από χορήγηση μεγάλων δόσεων ραδιενεργού ιωδίου, έχουν αναφερθεί σπάνιες περιπτώσεις υποπαραθυρεοειδισμού.

Γ. Χειρουργική Επέμβαση.

Η υφολική θυρεοειδεκτομή είναι αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας του υπερθυρεοειδισμού και η συχνότητα υποτροπής είναι γενικά μικρότερη από 10%. Όταν ο υπερθυρεοειδισμός υποτροπιάσει, πρέπει να χρησιμοποιηθεί άλλος τρόπος

θεραπευτικής αντιμετώπισης, γιατί η νέα χειρουργική επέμβαση είναι τεχνικά δύσκολη και συνοδεύεται από μεγαλύτερη συχνότητα επιπλοκών.

1. Προπαρασκευή για επέμβαση. Κατά το χρόνο της επέμβασης ο άρρωστος πρέπει να είναι ευθυροειδικός. Για τον έλεγχο του υπερθυρεοειδισμού χορηγείται ένα παράγωγο της θειουρίας, στη συνηθισμένη δοσολογία, που συνεχίζεται μέχρι το χρόνο της επέμβασης. Ταυτόχρονα, 1-2 βδομάδες πριν από την επέμβαση χορηγείται και ιώδιο (Lugol, 1-2 σταγόνες/θωρο), για να εξασφαλισθεί συμπαγές θυρεοειδικό παρέγχυμα και για να ελαττωθεί η αγγείωσή του.

2. Οι επιπλοκές της θυρεοειδεκτομής είναι οι κίνδυνοι της αναισθησίας, καθώς και οι κίνδυνοι της αιμορραγίας στο εγχειρητικό πεδίο, με απόφραξη της τραχείας, και η μετεγχειρητική θυρεοειδική κρίση, που σπάνια παρατηρείται όταν έχει γίνει η κατάλληλη προεγχειρητική προετοιμασία του αρρώστου. Σε 1-4% των αρρώστων παρατηρείται βλάβη του καλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου συνήθως μονόπλευρη και με ελάχιστη μόνο αλλοίωση της φωνής. Άλλοτε όμως η βλάβη είναι αμφοτερόπλευρη, οπότε μπορεί να παρουσιαστεί μετεγχειρητική απόφραξη του λάρυγγα. Η συχνότητα του υποθυρεοειδισμού είναι 10-30% τον πρώτο χρόνο μετά την εγχείρηση και 1-2% κάθε χρόνο στη συνέχεια.

Γι' αυτό και έχει βασική σημασία η προσεκτική παρακολούθηση του αρρώστου σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Στη διάρκεια των λίγων πρώτων μηνών μετά την εγχείρηση παρατηρείται συχνά προσωρινός υποθυρεοειδισμός αλλά για τους πρώτους 6 μήνες θα πρέπει, αν είναι δυνατό, να μην υποβάλλεται σε θεραπευτική αγωγή. Σε αναλογία μέχρι 4% των αρρώστων αναπτύσσεται υποπαραθυρεοειδισμός, συνήθως παροδικός και ελαφρός, μερικές φορές όμως μόνιμος. Στη διάρκεια της πρώτης μετεγχειρητικής εβδομάδας είναι δυνατό να παρατηρηθεί τετανία. Σ' όλους τους αρρώστους πρέπει να επαναλέγχεται το ασβέστιο του ορού 3-6 μήνες μετά την εγχείρηση.

IV. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΘΥΡΕΟΤΟΞΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

A. Γενικά σχόλια.

Η θυρεοτοξική κρίση είναι επείγουσα κατάσταση κατά την οποία επέρχεται απορρύθμιση των ζωτικών λειτουργιών και οφείλεται σε βαρύ υπερθυρεοειδισμό. Είναι δυνατό να αναπτυχθεί αυτόματα, συχνότερα όμως προκαλείται από λοίμωξη ή άλλο Stress, όπως είναι η ανεπαρκής προετοιμασία για επέμβαση. Συνήθως υπάρχουν υπερπυρεξία, διάρροια, αφυδάτωση, ταχυκαρδία, αρρυθμίες και διαταραχές από το Κ.Ν.Σ. Το σύνδρομο είναι δυνατό να εξελιχθεί γρήγορα σε κώμα, shock και θάνατο. Ακόμα και με την καλύτερη αγωγή η θνησιμότητα είναι περίπου 20%. Η θεραπευτική αγωγή δεν μπορεί να καθυστερήσει περιμένοντας την εργαστηριακή επιβεβαίωση του υπερθυρεοειδισμού.

B. Θεραπευτική αγωγή. Οι αντικειμενικοί στόχοι της είναι τέσσερις:

1. Έλεγχος της σύνθεσης και της απελευθέρωσης της θυροξίνης.

(α) Ιωδιούχο νάτριο, σε δόση 1-2g/24ωρο, πρέπει να δοθεί με Ε.Φ. έγχυση, αρχίζοντας 1-3 ώρες μετά τη χορήγηση θειουρίας, για να ανασταλεί η απελευθέρωση ορμόνης από το θυρεοειδή. Όταν ο άρρωστος μπορεί να πάρει υγρά από το στόμα, μπορεί να αντικατασταθεί από το Lugol 5-10 σταγόνες/8ωρο. Μετά την ανάνηψη από την κρίση, τα ιωδιούχα πρέπει να διακόπτονται βαθμιαία σε περίοδο 2-3 βδομάδων.

(β) Μεθιμαζόλη, 30-40mg, ή προπυλθειουρακίλη 300-400mg, πρέπει να χορηγούνται PO ή με ρινογαστρικό καθετήρα, αμέσως και κάθε 8 ώρες, για να παρεμποδιστεί η σύνθεση και συγκέντρωση αποθεμάτων ορμόνης. Φάρμακο εκλογής είναι η προπυλοθειουρακίλη (PTU), που μειώνει τη μετατροπή της T_4 σε T_3 στους περιφερικούς ιστούς. Η αρχική δόση της θειουρίας θα πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 8 ώρες και να μειώνεται, όσο χρειάζεται, μετά την υποχώρηση της κρίσης.

2. Ανάταξη των περιφερικών επιδράσεων του υπερθυρεοειδισμού.

Πρέπει να χορηγείται προπρανολόλη ενδοφλέβια (1mg/min και μέχρι 10mg, με προσεκτική παρακολούθηση του ΗΚΓ και

των ζωτικών σημείων του αρρώστου), από το στόμα ή από ρινογαστρικό καθετήρα (40-80mg/6ωρο).

3. Αποκατάσταση και διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών.

(α) Πρέπει να χορηγείται ενδοφλέβια νατριοσουξινική υδροκορτιζόνη (100mg/6ωρο) ή ισοδύναμο μ' αυτή φάρμακο, για να αντιμετωπισθεί η σχετική επινεφριδική ανεπάρκεια που μπορεί να παρατηρηθεί στη βαριά θυρεοτοξίκωση. Η υδροκορτιζόνη είναι επίσης δυνατό να δρα μειώνοντας τη μετατροπή της T_4 σε T_3 στους περιφερικούς ιστούς. Η θεραπευτική αγωγή με κορτικοστεροειδή θα πρέπει να διακόπτεται βαθμιαία, καθώς ο υπερθυρεοειδισμός θα αρχίζει να ελέγχεται.

(β) Πρέπει να χορηγηθούν, ανάλογα με τις ανάγκες, υγρά, ηλεκτρολύτες και αγγειοσυσπαστικά φάρμακα, για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης, της διαταραχής της ισορροπίας, των ηλεκτρολυτών και της υπότασης.

(γ) Είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν ακεταμινοφαίνη και κουβέρτα υποθερμίας, για να ελαττωθεί η θερμοκρασία, που μερικές φορές ξεπερνά τους 42° C.

(δ) Οι διαιτητικές απαιτήσεις πρέπει να καλύπτονται με Ε.Φ. χορήγηση γλυκόζης, αν είναι ανάγκη. Επίσης πρέπει να δίνονται και βιταμίνες.

(ε) Είναι δυνατό να χρειασθεί χορήγηση οξυγόνου.

(στ) Η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να θεραπεύεται με δακτυλίτιδα και διουρητικά, ανάλογα με τις ανάγκες.

4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΚΛΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ.

Συχνότερος εκλυτικός παράγοντας είναι η λοίμωξη, η οποία πρέπει, ανάλογα, να επιβεβαιώνεται και να θεραπεύεται.

ΟΦΘΑΛΜΟΠΑΘΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ GRAVES

Η οφθαλμοπάθεια της νόσου του Graves είναι δυνατό να προηγηθεί, να συνοδεύει ή να ακολουθήσει τον υπερθυρεοειδισμό ή να παρατηρηθεί χωρίς να μπορεί να διαπιστωθεί η ύπαρξη πάθησης του θυρεοειδούς. Η οφθαλμοπάθεια (γνήσιος εξόφθαλμος) πρέπει να διακρίνεται από το ακίνητο βλέμμα και το λάμπον όμμα που συνοδεύουν τον υπερθυρεοειδισμό.

Στην οφθαλμοπάθεια της νόσου του Graves αυξάνεται ο όγκος των οπισθοβολβικών ιστών του κόγχου και διηθούνται οι εξωβολβικοί μύες. Η διαταραχή μπορεί να είναι αρχικά ετερόπλευρη. Οι άρρωστοι μπορεί να παρουσιάζουν πόνο, δακρύρροια, φωτοφοβία, θόλωση της όρασης ή διπλωπία. Καθώς αυξάνεται η μάζα των οπισθοβολβικών ιστών ο βολβός απωθείται προς τα εμπρός. Οι ιστοί είναι δυνατό να συμπιέσουν το οπτικό νεύρο και τα αγγεία που αιματώνουν τον αμφιβληστροειδή με συνέπεια απώλεια της όρασης. Οι συμφύσεις του βολβού ή η βράχυνση του κάτω ορθού μυός, που προσβάλλεται πρώτος, οδηγούν σε απώλεια της όρασης του άνω κροταφικού πεδίου. Τελικά όμως εμποδίζεται η όραση προς τα

πλάγια και προς τα άνω, ενώ συνήθως διατηρείται, η κίνηση του βολβού προς τα κάτω. Ακόμη είναι δυνατό να προκληθούν χύμωση και περικογχικό οίδημα λόγω απόφραξης της παροχέτευσης του κόγχου.

Η εκτίμηση του εξόφθαλμου πρέπει να περιλαμβάνει και τον έλεγχο των οπτικών πεδίων, καθώς και την εκτίμηση της λειτουργίας των εξωβολβικών μυών. Ο βαθμός της πρόπτωσης του βολβού μπορεί να μετρηθεί με εξοφθαλμόμετρο και προσδιορίζεται από την απόσταση μεταξύ του έξω χείλους του κόγχου και της πρόσθιας επιφάνειας του κερτοειδούς. Φυσιολογικά η απόσταση αυτή σπάνια ξεπερνά τα 20mm και η διαφορά ανάμεσα στα δύο μάτια δεν είναι μεγαλύτερη από 1mm.

I. Πορεία. Η οφθαλμοπάθεια της νόσου του Graves συνήθως εξελίσσεται από την ελαφρά ή μέτρια πρόπτωση του βολβού στη σταθεροποίηση και, στη συνέχεια, στην αργή υποχώρηση του εξόφθαλμου. Λίγες μόνο περιπτώσεις οφθαλμοπάθειας εξελίσσονται ως το σημείο να απειλήσουν την όραση. Η κατάταξη των αλλοιώσεων του ματιού στη νόσο του Graves περιλαμβάνει τις εξής 6 κατηγορίες:

(1) ελαφρά πρόπτωση χωρίς άλλες αλλοιώσεις, (2) αρχική προσβολή των μαλακών μοριών, (3) πρόπτωση του βολβού, (4) προσβολή των εξωβολβικών μυών, (5) προσβολή του κερατοειδούς και (6) προσβολή του οπτικού νεύρου.

II. Θεραπευτική αγωγή. Η αγωγή της οφθαλμοπάθειας του Graves πρέπει να είναι ευέλικτη. Για να τεθεί άριστα υπό

έλεγχο η οφθαλμοπάθεια πρέπει να διορθωθεί ο υπερθυρεοειδισμός. Η ανάγκη για άμεση επιθετική θεραπευτική αγωγή ή για αναμονή πρώτα της αυτόματης βελτίωσης, θα πρέπει να καθορίζεται από την εξέλιξη της οφθαλμοπάθειας.

A. Ελαφρός εξόφθαλμος. Τα μάτια πρέπει να προστατεύονται από ερεθισμούς σ' αυτό μπορούν να βοηθήσουν τα γυαλιά ηλίου και οι σταγόνες μεθυλοκυτταρίνης 0,5-1%. Ο ύπνος με το κεφάλι σε υψηλότερο επίπεδο βελτιώνει την αποχέτευση του υγρού από τον κόγχο. Ωφέλιμα είναι μερικές φορές και τα διουρητικά. Στην ανακούφιση από τα συμπτώματα που οφείλονται στην έλξη του βλεφάρου και στην αποκάλυψη του βολβού μπορεί να βοηθήσουν οι σταγόνες διαλύματος γουανεθιδίνης 5% (1 σταγόνα/ώρα).

B. Βαρύς εξόφθαλμος ή εξόφθαλμος με ταχεία εξέλιξη. Η ταχεία εξέλιξη του εξόφθαλμου, με εμφάνιση εκχυμώσεων, επιπεφυκίτιδας ή διαταραχής της όρασης, είναι σημείο βαριάς πρόγνωσης και απαιτεί επιθετική θεραπευτική αντιμετώπιση.

1. Ταρσορραφή. Εφαρμόζεται μερικές φορές, για να επεκταθεί το βλέφαρο, όταν η πρόπτωση του βολβού είναι πολύ έντονη και το μάτι μένει ανοικτό κατά τον ύπνο.

2. Κορτικοστεροειδή. Μερικές φορές σε μεγάλες δόσεις (120-200mg πρεδνιζόνης την ημέρα) ωφελών. Αν παρατηρηθεί βελτίωση, η δόση πρέπει να ελαττωθεί βαθμιαία στο μικρότερο αποτελεσματικό επίπεδο συντήρησης. Αν δεν υπάρξει βελτίωση μέσα σε 4 βδομάδες, τα κορτικοστεροειδή πρέπει να διακοπούν.

3. Αποσυμπίεση του κόγχου. Είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος ανακούφισης του κακοήθους εξόφθαλμου. Ενδείξεις για αποσυμπίεση αποτελούν η αποκάλυψη και εξέλκωση του κερτοειδούς, η προοδευτική απώλεια της όρασης ή μέρους των οπτικών πεδίων, η βαριά χύμωση ή το οίδημα του κόγχου και η αισθητική αποκατάσταση του σταθεροποιημένου εξόφθαλμου.

4. Επέμβαση στους μυς. Έχει σκοπό τη διόρθωση της ισορροπίας των εξωτερικών μυών του οφθαλμού και τη λύση των συμφύσεων και πρέπει να εκτελείται όταν ο εξόφθαλμος έχει σταθεροποιηθεί. Η επέμβαση αυτή απαιτεί ειδικές γνώσεις και δεξιότητες και γι' αυτό πρέπει να επιχειρείται από έμπειρους ειδικούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

1. Ιστορικό υγείας.

(α) Συνήθως υπάρχει ιστορικό υπερδραστηριότητας (δεν μπορεί να καθήσει ήσυχος), νευρικότητας, αδυναμίας να συγκεντρωθεί, ευερεθιστότητας (κλαίει εύκολα), δυσανεξίας στο θερμό περιβάλλον (προτιμά τον χειμώνα από το καλοκαίρι).

(β) Εκφράζει παράπονα ότι κουράζεται εύκολα και με τις πιο απλές καθημερινές δραστηριότητες, ότι, ενώ έχει όρεξη, χάνει βάρος συνέχεια, και ιδρώνει πάρα πολύ.

(γ) Ιστορικό εμφάνισης της νόσου (αυτόματα ή μετά από λήψη μεγάλων ποσοτήτων ιωδίου, συγκινησιακό stress ή λοίμωξη).

(δ) Ιστορικό κληρονομικότητας. Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρονται, όχι σπάνια, και άλλες περιπτώσεις υπερθυρεοειδισμού. Η παρουσία του LATS σε συγγενείς ασθενών με υπερθυρεοειδισμό είναι συχνή.

(ε) Ιστορικό διαταραχής της λειτουργίας της υπόφυσης.

(στ) Συνέντευξη με άλλα μέλη της οικογένειας.

2. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και της συμπεριφοράς.

(α) Μυϊκή αδυναμία και κόπωση.

(β) Αυξημένος εντερικός περισταλτισμός, διάρροια ή δυσκοιλιότητα.

(γ) Προκνημιαίο μυξοίδημα (παρατηρείται σε ποσοστό μικρότερο του 5% στους υπερθυρεοειδικούς αρρώστους).

- (δ) Αμηνόρροια. Αυξημένη όρεξη και προοδευτική απώλεια βάρους.
- (ε) Ελαφρός τρόμος των χεριών. Υπερικινητικότητα (δυσκολία στο να καθίσει ήσυχος). Νευρικότητα, ευρεθιστότητα, ευσυγκινησία.
- (στ) Μη ανοχή στη θερμότητα, άφθονη εφίδρωση.
- (ζ) Δέρμα θερμό, μαλακό και υγρό ταχυκαρδία και όχι μόνο κατά την προσπάθεια αλλά και κατά την ηρεμία (100-160 σφύξεις στο λεπτό).
- (η) Εξόφθαλμος, τρομαγμένη έκφραση. Μετρίου μεγέθους βρογχοκήλη και κατά την ψηλάφηση η σύσταση του αδένου είναι υπόσκληρη ή ελαστική.
- (θ) Διαπιστώνεται ροίζος στο άνω τμήμα των λοβών κατά την ψηλάφηση ή χαρακτηριστικό φύσημα κατά την ακρόαση (οφείλεται στην αύξηση της ροής του αίματος δια μέσου του αδένου).
- (ι) Αυξημένη συστολική πίεση όχι όμως και διαστολική-μεγάλο εύρος πίεσης.
- (ια) Έκτακτες συστολές ή κρίσεις παροξυσμικής ταχυκαρδίας (συχνές).
- (ιβ) Κολπική μαρμαρυγή και απόλυτη αρρυθμία σε ηλικιωμένους αρρώστους.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις.

(α) Ο βασικός μεταβολισμός είναι αυξημένος. Η πρόσληψη ραδιενεργού ιωδίου από τον θυρεοειδή (καθήλωση) είναι υψηλή από τις πρώτες 2-4 ώρες.

(β) Η TSH ύστερα από διέγερση με υποθαλαμική TRH δεν αυξάνει. Η ολική θυροξίνη αίματος είναι αυξημένη.

(γ) Η δοκιμασία αναστολής με τριϊωδοθυρίνη αποβαίνει αρνητική. Η δοκιμασία πρόσληψης ραδιενεργού τριϊωδοθυρονίνης (T_3RU) με τη μέθοδο της ρητίνης είναι πάνω από 35%.

(δ) Η χοληστερίνη του αίματος κυμαίνεται μεταξύ 150-180 mg/100ml. Ο χρόνος του Αχιλλείου αντανακλαστικού είναι μειωμένος.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Μείωση άνεσης (υπερκινητικότητα, δυσανεξία στο θερμό περιβάλλον, εφίδρωση, ευερεθιστότητα). Ενεργειακό ανισοζύγιο (αυξημένος μεταβολισμός).

2. Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο-δυνητικό (διάρροια).

3. Μείωση δραστηριοτήτων (μυϊκή αδυναμία, εύκολη κόπωση). Μεταβολή του σωματικού ειδώλου.

4. Δυνητικές επιπλοκές (πίεση της τραχείας από τη διόγκωση του αδένα, οφθαλμοπάθεια εξαιτίας του εξόφθαλμου, καρδιακή ανεπάρκεια, θυρεοειδική κρίση).

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Άμεσοι.

(α) Άμεσος έλεγχος της καρδιακής κάμψης. Διόρθωση

τυχόν ανισοζυγίων.

(β) Έλεγχος της έκκρισης της θυροξίνης και επαναφορά στην ευθυρεοειδική κατάσταση. Τροποποίηση δραστηριοτήτων.

(γ) Εξασφάλιση άνεσης (δροσερό ήσυχο περιβάλλον). Πρόληψη και η αντιμετώπιση των επιπλοκών.

2. Μακροπρόθεσμοι.

Διατήρηση της ευθυρεοειδικής κατάστασης με αυτόματη ύφεση, φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

A. ΓΕΝΙΚΑ

1. Εξασφάλιση άνετου και θεραπευτικού περιβάλλοντος.

Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο μακριά από ενοχλητικούς θορύβους (ασανσέρ, κουζίνα), βαριά αρρώστους ή ενοχλητικό φωτισμό. Εξασφάλιση ευχάριστης θέας από το παράθυρο. Σύσταση να ακούει ευχάριστα ραδιοφωνικά μουσικά προγράμματα και να αποφεύγει να βλέπει τηλεόραση με διεγερτικά προγράμματα. Περιορισμός των επισκεπτών εκείνων, που αναστατώνουν τον άρρωστο με τις συζητήσεις τους. Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο που βρίσκονται άρρωστοι σε ανάρρωση και προστασία του από ενοχλητικά βλέμματα. Απόκτηση της εμπιστοσύνης του αρρώστου και απομάκρυνση κάθε πράγματος που τον ερεθίζει.

2. Ενθάρρυνση συμμετοχής στον σχεδιασμό της καθημερινής φροντίδας δίνοντας έμφαση στην επαρκή ανάπαυση

στα μεσοδιαστήματα των δραστηριοτήτων.

3. Παροχή βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες. Ο τρόμος των χεριών και η μυϊκή αδυναμία του δημιουργούν προβλήματα.

4. Ρύθμιση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος για εξασφάλιση άνεσης. Χρησιμοποίηση ανεμιστήρων.

5. Εξασφάλιση θρεπτικής δίαιτας. Δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες, λευκώματα και θερμίδες (4.000-5.000 θερμίδες καθημερινά), εξαιτίας του αυξημένου μεταβολισμού. Χορήγηση, συμπληρωματικά, βιταμινών ειδικά θειαμίνης και ασκορβικού οξέος. Αποφυγή χορήγησης τσαγιού και καφέ, εξαιτίας της διεγερτικής τους δράσης.

6. Απαλλαγή του αρρώστου από την ψυχική ένταση. Ορισμένα είδη απασχολησιοθεραπείας ηρεμούν τον άρρωστο (πλέξιμο, ράψιμο, κέντημα).

7. Υποστήριξη του αρρώστου κατά την εκτέλεση των διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων. Επεξήγηση του σκοπού και της διαδικασίας της κάθε εξέτασης. Πληροφόρηση του αρρώστου και της οικογένειας του για τη λήψη προφυλακτικών μέτρων κατά τη διάρκεια των ραδιοϊσοτοπικών εξετάσεων. Υπενθύμιση του αρρώστου ότι θα πρέπει να παραμείνει στο δωμάτιό του μέχρις ότου τελειώσουν οι εξετάσεις.

8. Χορήγηση υπνωτικών κατευναστικών (βρωμιούχα και φαινοβαρβιτάλη για μείωση της νευρικής τάσης και εξασφάλιση ύπνου.

9. Πρόληψη τραύματος των οφθαλμών εξαιτίας του εξόφθαλμου. Παρότρυνση του αρρώστου να φοράει γυαλιά

ηλίου. Ενστάλαξη methylcellulose 0,5-1% για προστασία του κερατοειδής. Κάλυψη των ματιών κατά την ώρα του ύπνου για αποφυγή ξήρανσης του κερατοειδής. Παρότρυνση του αρρώστου να σηκώνει το επάνω μέρος του κρεβατιού την ώρα του ύπνου για βελτίωση της παροχέτευσης. Προετοιμασία του αρρώστου, εάν πρόκειται να κάνει βλεφαρορραφή για προστασία του κερατοειδής ή ανακουφιστική κογχοτομή (γίνονται σε βαριές μορφές εξόφθαλμου). Χορήγηση κορτικοστεροειδών σε μεγάλες δόσεις για αρκετό χρονικό διάστημα (σε κακήθη εξόφθαλμο).

10. Παρακολούθηση και αναγραφή των αποκρίσεων του αρρώστου στη θεραπεία. Βάρος σώματος, διανοητική κατάσταση, όρεξη. Νευρομυϊκά αντανακλαστικά, αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοές, θερμοκρασία.

11. Στενή παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση παρενεργειών από την χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και άμεση αναφορά. Εξάνθημα, κνησμός, πυρετός, δερματίτιδα, πονόλαιμος, αρθραλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές διαταραχές, ακοκκιοκυτταραιμία (η σοβαρότερη παρενέργεια).

12. Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση συμπτωμάτων τοξικότητας του ιωδίου (ιωδισμός), η εμφάνιση των οποίων αποτελεί ένδειξη για άμεση διακοπή. Εξοίδηση του βλεννογόνου της στοματικής κοιλότητας. Άφθονη έκκριση σιέλου, φλεγμονή σιελογόνων αδένων, εξάνθημα δέρματος, κόρυζα.

13. Κατανόηση της κατάστασης του αρρώστου και υποστήριξη αυτού και της οικογένειάς του.

14. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του.

Επεξήγηση της φύσης της νόσου. Φάρμακα (είδος, δόση, δράση και παρενέργειες). Αναμενόμενες αποκρίσεις από τη φαρμακευτική θεραπεία. Έγκαιρη αναγνώριση εμφάνισης ακοκκιοκυτταραιμίας και άμεση αναφορά στον γιατρό. Προειδοποιητικά συμπτώματα είναι: πυρετός, κυνάγχη, φλεγμονές, κακουχία. Σημεία και συμπτώματα υπερθυρεοειδισμού-υποεθυρεοειδισμού. Σπουδαιότητα ιατρικής παρακολούθησης. Δραστηριότητα και ανάπαυση, δίαιτα.

Β. ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

1. Εξασφάλιση τέλειας θεραπευτικής ανάπαυσης. Διατήρηση ανοικτής ενδοφλέβιου οδού. Σύνδεση του αρρώστου με καρδιακό monitor.

2. Έλεγχος της σύνθεσης και απέκκρισης των θυρεοειδικών ορμονών. Χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων σε μεγάλες δόσεις από το στόμα ή μέσω ρινογαστρικού σωλήνα για μείωση της παραγωγής των θυρεοειδικών ορμονών. Χορήγηση ιωδίου με τη μορφή Lugol, για αναστολή της έκκρισης των θυρεοειδικών ορμονών. Χορηγείται πάντα μετά τα αντιθυρεοειδικά φάρμακα για να μη χρησιμεύσει σαν πρώτη ύλη για τη θυρεοειδική ορμονοσύνθεση.

3. Χορήγηση β-αναστολέων (προπρανολόλη) για καταστολή των αδρενεργικών εκδηλώσεων. Χορήγηση καρδιοτονωτικών (δακτυλίτιδα) σε περίπτωση καρδιακής ανεπάρκειας. Χορήγηση βαρβιτουρικών και ρεζερπίνης για καταστολή του κεντρικού

νευρικού συστήματος.

4. Χορήγηση υγρών, ηλεκτρολυτών και αγγειοσυσπαστικών για την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης, των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και της υπότασης. Οι ανάγκες σε υγρά κυμαίνονται μεταξύ 2.500-4.000 ml ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου.

5. Αντιμετώπιση της υπερπυρεξίας με: κουβέρτες και στρώματα υποθερμίας. Ψυχρά επιθέματα, ψυχρές πλύσεις, επαλλείψεις με οινόπνευμα. Αποφυγή ρίζους και εγκαυμάτων δέρματος, φάρμακα (σαλικυλικά).

6. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα για τη ναυτία, τους εμέτους και τη χορήγηση φαρμάκων.

7. Χορήγηση φαρμάκων για ανακούφιση από τον κοιλιακό πόνο, τη ναυτία και τους εμέτους.

8. Παρακολούθηση της απόκρισης του αρρώστου στα θεραπευτικά μέτρα. Αρτηριακή πίεση, σφυγμός, αναπνοές και θερμοκρασία κάθε 30 λεπτά ή ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου. Διανοητική κατάσταση. Προσλαμβανόμενα, αποβαλλόμενα: εκτίμηση της απώλειας υγρών με την εφίδρωση. Νευρομυϊκά αντανακλαστικά, αναπνευστικοί ήχοι.

9. Χορήγηση στεροειδών, γιατί υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης επινεφριδικής ανεπάρκειας.

10. Κάλυψη θρεπτικών αναγκών με ορούς γλυκοζέ και χορήγηση βιταμινών Β. Επαγρύπνιση για εμφάνιση λοίμωξης' άμεση θεραπεία σε εμφάνισή της.

Γ. ΥΦΟΛΙΚΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΕΚΤΟΜΗ

I. Προεγχειρητική φροντίδα.

1. Ψυχολογική και φυσική προετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση.

(α) Ξόρισμα του άνω μέρους του θώρακα και του τραχήλου μέχρι την κάτω γνάθο. Χορήγηση υπνωτικού το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης για εξασφάλιση ύπνου και ανάπαυσης. Δεν χορηγείται τίποτε από το στόμα μετά τα μεσάνυχτα.

(β) Λαρυγγοσκόπηση για έλεγχο των φωνητικών χορδών. Επεξήγηση του αρρώστου ότι η λαρυγγοσκόπηση είναι μια εξέταση ρουτίνας για τους αρρώστους που κάνουν θυρεοειδεκτομή, εξαιτίας της ανατομικής σχέσης του κάτω λαρυγγικού νεύρου είναι ανώδυνη.

(γ) Ενημέρωση του αρρώστου ότι η ομιλία του θα πρέπει να περιοριστεί αμέσως μετά την εγχείρηση και ότι θα του χορηγηθεί οξυγόνο για διευκόλυνση της αναπνοής.

(δ) Ενημέρωση του αρρώστου ότι μετεγχειρητικά θα του χορηγηθούν υγρά ενδοφλέβια για διατήρηση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και κάλυψη των θρεπτικών του αναγκών. Ενδέχεται να του χορηγηθεί ορός γλυκοζέ πριν από τη νάρκωση.

(ε) Να βοηθηθεί ο άρρωστος να έλθει σε επαφή με άλλο άρρωστο, που έκανε θυροειδεκτομή και βρίσκεται σε πλήρη ανάρρωση για να εξωτερικεύσει τις ανησυχίες του σχετικά με την επέμβαση (ουλή του τραύματος, κυρίως στις γυναίκες,

ανακούφιση της νευρικότητας και του άγχους). Εξασφάλιση αίματος για αντιμετώπιση τυχόν αιμορραφίας μετεγχειρητικά.

II. Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Οι άμεσοι στόχοι της μετεγχειρητικής φροντίδας του αρρώστου με θυρεοειδεκτομή είναι:

1. Μείωση της τάσεως (τέντωμα) της τομής.
2. Η μείωση της δυσφορίας από τον ερεθισμό του ρινοφάρυγγα και της τραχείας και
3. Η πρόληψη της εμφάνισης των επιπλοκών από τη θυρεοειδεκτομή.

* Πριν ο άρρωστος επιστρέψει από το Χειρουργείο, το δωμάτιό του εξοπλίζεται με ορισμένα όργανα π.χ. μανόμετρο και στηθοσκόπιο για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως του αίματος, αναρρόφηση, set τραχειοτομής, ό,τι χρειάζεται για χορήγηση οξυγόνου, αμπούλες ασβεστίου.

* Ο άρρωστος μεταφέρεται προσεκτικά από το φορείο στο κρεβάτι, με ιδιαίτερη προσοχή στο κεφάλι, ώστε καμιά πίεση να μην ασκηθεί πάνω στα ράμματα. Η πιο αναπαυτική θέση είναι η ημι-Fowler, έτσι ώστε το κεφάλι να είναι ψηλά και να προστατεύεται με μαξιλάρια.

* Ανακουφίζουμε τον άρρωστο από τον πόνο της εγχειρήσεως με παυσίπονες ενέσεις και όχι σπάνια και με ενέσεις μορφίνης. Αν υπάρχει ανάγκη, τις πρώτες ώρες, τοποθετείται σε τέντα οξυγόνου για διευκόλυνση της

αναπνοής.

* Δίδονται υγρά παρεντερικά χωρίς να αποκλείεται η λήψη τους από το στόμα, όταν ο άρρωστος δεν έχει εμέτους ή ναυτία.

* Πρέπει να γίνεται συχνή παρακολούθηση του τραύματος για αιμορραγία, που γίνεται αντιληπτή με τοποθέτηση του χεριού της νοσηλεύτριας κάτω από τον αυχένα.

* Την αιμορραγία επίσης παρακολουθεί η νοσηλεύτρια με τη λήψη σφυγμών και αρτηριακής πίεσεως.

* Συνήθως ο άρρωστος εμφανίζει μικρή δυσκολία στην κατάποση. Υδαρείς και πολτώδεις τροφές πρέπει να αποτελούν το διαιτολόγιό του.

* Ο άρρωστος παρακολουθείται για δυσκολία στην αναπνοή, κυάνωση και θορυβώδη αναπνοή. Αυτά συνήθως οφείλονται σε οίδημα της γλωττίδας ή τραυματισμό του κάτω λαρυγγικού νεύρου.

* Επειδή η επιπλοκή αυτή απαιτεί τραχειοτομή, η νοσηλεύτρια καλείται να έχει έτοιμο δίσκο τραχειοτομής και στα πρώτα δυσπνοιικά συμπτώματα να καλέσει το γιατρό.

* Επιτρέπεται στον άρρωστο να μιλάει λίγο. Κατά την ομιλία η νοσηλεύτρια τον παρακολουθεί για τυχόν παραλλαγή της, που μπορεί να είναι ενδεικτική τραυματισμού του κάτω λαρυγγικού νεύρου.

* Όταν η νοσηλεύτρια απομακρύνεται από τον άρρωστο, τοποθετεί στο τραπέζι του κρεβατιού αντικείμενα που χρησιμοποιεί, όπως το ποτήρι με το νερό, τεμάχια χαρτοβάμβακα, νεφροειδές κ. τ. λ. Με τον τρόπο αυτό ο

άρρωστος αποφεύγει κινήσεις της κεφαλής.

* Συνιστούμε εισπνοές με ευκάλυπτο για διευκόλυνση αποβολής των εκκρίσεων.

* Ο άρρωστος μπορεί να σηκωθεί από το κρεβάτι του την πρώτη μέρα της εγχειρήσεως.

* Ο άρρωστος δεν εμποδίζεται στο να διαλέξει το είδος της τροφής. Ενθαρρύνεται να παίρνει τροφές πλούσιες σε θερμίδες για να επανακτήσει το χαμένο βάρος.

Ευθύς μόλις οι κίνδυνοι της άμεσης μετεγχειρητικής περιόδου περάσουν η νοσηλεύτρια συγκεντρώνει την προσοχή της στην εκπαίδευση του αρρώστου στα εξής θέματα:

1. Του διδάσκει να υποβαστάζει το κεφάλι και το λαιμό του με τα χέρια του όταν μετακινείται ή σηκώνεται από το κρεβάτι. Αυτό μπορεί να το κάνει από τη δεύτερη μέρα.

2. Με την αφαίρεση των ραμμάτων διδάσκει τον άρρωστο να κάνει ασκήσεις λαιμού προς, δεξιά, αριστερά και εκτάσεως κεφαλής πίσω για την πρόληψη ρικνώσεων στην περιοχή της τομής.

3. Για την καλύτερη αισθητική έκβαση της ουλής του τραύματος τον ενημερώνει να βάζει κρέμα στην περιοχή του τραύματος καθημερινά μετά την αφαίρεση των ραμμάτων.

4. Σε ολική θυρεοειδεκτομή τον πληροφορεί και του εξηγεί την ανάγκη να λαμβάνει θυρεοειδικές ορμόνες.

5. Κανονίζει επίσκεψη του αρρώστου στο γιατρό, μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο.

Δίνει έμφαση στην ανάγκη να επισκέπτεται το γιατρό δύο φορές το χρόνο για το υπόλοιπο της ζωής του για την

πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση κάποιας επιπλοκής, όπως υποθυρεοειδισμός, υποπαραθυρεοεισμός ή επανεμφάσιμη υπερθυρεοειδισμός.

Επιπλοκές: Αιμορραγία, οίδημα γλωττίδας, τραυματισμός του κάτω λαρυγγικού νεύρου, τετανία και θυρεοειδική κρίση, είναι οι πιο συνηθισμένες επιπλοκές και της εγχειρήσεως αυτής.

Ο τραυματισμός του κάτω λαρυγγικού νεύρου δημιουργεί βράγχος και αδυνάτισμα της φωνής. Η κατάσταση αυτή που δημιουργείται είναι παροδική. Για την αξιολόγηση της φωνής του αρρώστου η νοσηλεύτρια ζητάει από τον άρρωστο, αμέσως μόλις έλθει στο θάλαμο και περιοδικά κάθε 30 ή 60 λεπτά, να πει το όνομά του ή να μιλήσει. Αν παρουσιάσει βράγχος και αδυνάτισμα φωνής η νοσηλεύτρια τον καθησυχάζει πως είναι παροδική αυτή η αλλαγή, και τον ενισχύει να περιορίζει την ομιλία του.

Σπάνια, κατά την αφαίρεση του θυρεοειδή αδένα, αφαιρούνται οι παραθυρεοειδείς αδένες. Η αφαίρεση αυτή προκαλεί ανωμαλία στο μεταβολισμό του ασβεστίου. Καθώς το ασβέστιο του αίματος ελαττώνεται, εμφανίζεται ευερεθιστότητα των νεύρων, με σπασμούς των άκρων και ήπιους σπασμούς των μυών. Τα παραπάνω συμπτώματα, που εμφανίζονται από την 1η ως την 7η μέρα μετά την εγχείρηση, προδίδουν κατάσταση που ονομάζεται τετανία. Η κατάσταση αυτή αντιμετωπίζεται με χορήγηση ασβεστίου, εκχύλισμα παραθυρεοειδή αδένα κ.α.

Ο άρρωστος που βρίσκεται σε ανάρρωση, με αφαίρεση θυρεοειδή αδένα (ολική ή υφολική), δεν ενισχύεται για επιστροφή στις προηγούμενες δραστηριότητές του, παρά μόνο, όταν η θυρεοτοξίκωση περιορισθεί.

Εξηγείται, τόσο στον άρρωστο, όσο και στην οικογένειά του η ανάγκη να αναπαύεται και να τρέφεται ικανοποιητικά και να αποφεύγει ο,τιδήποτε τον εκνευρίζει ή τον επηρεάζει ψυχικά.

Αξιολόγηση

1. Αξιολόγηση της επιτυχίας της θεραπείας με την επαναφορά του αρρώστου στην ευθυρεοειδική κατάσταση.

2. Αξιολόγηση των μετεγχειρητικών προβλημάτων και πρόκληση ευθυρεοειδικής κατάστασης.

Σ Τ' Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΕΧΟΝΤΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι παθήσεις που επιδέχονται χειρουργική θεραπεία είναι:

(α) Βρογχοκήλες (Η ονομασία τους οφείλεται στον Γαλήνο 2ος μ.Χ. αιώνας που τις θεωρούσε σαν κήλη του βρογχικού δένδρου).

(β) Όζοι (θερμοί-ψυχροί).

(γ) Τοξική διάχυτη βρογχοκήλη ή νόσος (GRAVES) συχνότερη στις γυναίκες σε αναλογία 8:1 σε σχέση με τους άνδρες.

(δ) Νεοπλάσματα (καλοήθη και κακοήθη).

Κυρίως δε ένδειξη χειρουργικής θεραπείας υπάρχει:

1. Σε περίπτωση αποτυχίας της συντηρητικής αγωγής.
2. Για λόγους αισθητικούς σε νεαρές γυναίκες.
3. Όταν υπάρχουν συμπτώματα πίεσης από τα παρακείμενα όργανα.
4. Σε καταδυσόμενες βρογχοκήλες
5. Όταν υπάρχει υποψία κακοήθειας και για θεμελίωση της διάγνωσης.
6. Σε πολυοζώδεις βρογχοκήλες.
7. Σε περιπτώσεις ύπαρξης έκτοπου θυρεοειδικού ιστού (αυτομεταμόσχευση).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η αγωνία του ασθενούς με πάθηση θυρεοειδούς που απαιτεί χειρουργική επέμβαση, είναι μεγάλη και τα ερωτήματα πολλά. Ο ρόλος της κλινικής νοσηλεύτριας είναι σημαντικός ως προς την ανίχνευσή τους, χωρίς όμως να υπερκαλύπτει ή να καθιστά μη αναγκαία την παρουσία της νοσηλεύτριας χειρουργείου κοντά στον άρρωστο προ της συμβάσεως.

Γνώμονας για την φροντίδα είναι το τρίπτυχο:

- Θεώρηση του ασθενούς σαν μοναδική αδιαίρετη και ανεπανάληπτη βιο-ψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα.
- Πίστη στην αξιοπρέπεια του και την ατίμητη αξία του.
- Θερμό ενδιαφέρον για την εξατομικευμένη φροντίδα του.

Η νοσηλεύτρια χειρουργείου και κατά προτίμηση η ίδια που θα παραλάβει τον ασθενή την ημέρα του χειρουργείου επισκέπτεται τον ασθενή προ της επεμβάσεως στη νοσηλευτική πτέρυγα. Συγκεντρώνει πληροφορίες από το νοσηλευτικό ιστορικό που έχουν ήδη πάρει οι συνάδελφοί της, απ'ευθείας από τον ίδιο ασθενή και ανιχνεύει την ύπαρξη των προβλημάτων-αναγκών του.

Προγραμματίζει την προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα έχοντας υπ' όψιν της τα τέσσερα βασικά στάδια της προεγχειρητικής αγωγής.

- (α) Την διαγνωστική διαδικασία.

(β) Την διόρθωση τυχόν ελλειμμάτων και την πρόληψη επιπλοκών όσο το δυνατόν.

(γ) Την ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς και

(δ) Την εξειδικευμένη προετοιμασία για το χειρουργείο.

Τα σημεία που επικεντρώνει το ενδιαφέρον της και που πιθανώς αποτελούν προβλήματα για τον ασθενή είναι:

(α) Υπάρχει ή όχι ενεργειακό ανισοζύγιο (λόγω αυξημένου μεταβολισμού σε κατάσταση υπερθυρεοειδισμού).

(β) Ανάγκη να βρίσκεται ο ασθενής σε ευθυρεοειδική κατάσταση (φυσιολογικές οι τιμές των $T_3 - T_4$).

(γ) Πιθανό ηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο (λόγω διαρροιών-υπερυδρωσίας που παρατηρείται σε καταστάσεις υπερθυρεοειδισμού).

(δ) Συνήθειες του ασθενούς π.χ. κάπνισμα, χρήση οινοπνευματωδών που απαιτούν διακοπή εκ μέρους του ασθενούς, αναπνευστικές ασκήσεις και περαιτέρω αιματολογικό έλεγχο.

(ε) Έλεγχος αν έχουν γίνει και αν υπάρχουν συγκεντρωμένες στον φάκελό του όλες οι απαραίτητες εξετάσεις που απαιτούνται σαν προεγχειρητικός έλεγχος (αιματολογικές κ. λ. π.).

(στ) Ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς.

(ζ) Λήψη Ζ. Σ.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την επίλυση των προβλημάτων-αναγκών του ασθενούς είναι:

(α) Έλεγχος του βάρους του ασθενούς και σύγκριση με το Β. Σ. που είχε πριν ένα μήνα. Αν ο ασθενής δεν έχει

χάσει βάρος ή έχασε λιγότερο από 10% το τελευταίο τρίμηνο, σημαίνει πως έχει ικανοποιητική θερμιδική κάλυψη.

(β) Ελέγχει τις τιμές των θυρεοειδικών ορμονών. Όταν οι τιμές είναι πολύ αυξημένες, απαιτείται προετοιμασία του ασθενούς προ του χειρουργείου με φάρμακα.

Τα κυριότερα αντιθυρεοειδικά φάρμακα είναι:

(α) Ιώδιο.

(β) Υπερχλωρικό κάλιο και

(γ) τα παράγωγα της θειουρίας που είναι και αυτά που συνήθως χρησιμοποιούνται σήμερα.

Δρουν εμποδίζοντας την παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών σε διάφορα στάδια της ορμονοσύνθεσης μέσα στον θυρεοειδή. Είναι δε τα εξής:

(1) Μεθυλική θειουρακίλη (χορηγείται σε δόση 300-600 MGR ημερησίως).

(2) Μεθιμαζόλη (30-50 MGR ημερησίως).

(3) Καρβιμαζόλη (30-50 MGR ημερησίως για 6 περίπου εβδομάδες πριν την εγχείρηση σε συνδυασμό με LUGOL (ιώδιο) 15 σταγόνες ημερησίως για 10-15 ημέρες προ της επέμβασης.

Για γρήγορη προετοιμασία, χρησιμοποιούμε προπρανολόλη (β-αδρενεργικός αναστολέας) σε δόση 40 MGR X 3 ημερησίως για 3-4 μέρες πριν την επέμβαση.

Σκοπός της προετοιμασίας είναι η απαλλαγή του ασθενούς από τα συμπτώματα του υπερθυρεοειδισμού, η ελάττωση της αιμάτωσης και του μεγέθους του αδένα.

(γ) Ελέγχει τις τιμές των ηλεκτρολυτών στις βιοχημικές εξετάσεις του ασθενούς.

(δ) Αν ο ασθενής καπνίζει, συστήνεται αναπνευστική φυσιοθεραπεία και γίνεται διδασκαλία να αναπνέει σωστά και να βήχει για να γίνει σωστή παροχέτευση τυχόν υπάρχόντων εκκρίσεων.

(ε) Συγκεντρώνει και ελέγχει τις εξετάσεις του προεγχειρητικού ελέγχου (βιοχημικές-αίματος-ούρων, R0 θώρακος-ΗΚΓ-καρδιολογική-πνευμονολογική-αναισθησιολογική-μικροολαρυγγοσκόπηση-ειδικές διαγνωστικές του θυρεοειδούς).

(στ) Όσον αφορά την ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς-που είναι το πιο σημαντικό σημείο της νοσηλευτικής φροντίδας-ακούει προσεκτικά τον ασθενή και απαντά με σαφήνεια και ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του, γεγονός που ελαττώνει το άγχος και το STRESS που δημιουργεί ο φόβος γι'αυτή καθ'αυτή την επέμβαση και ο άγνωστος χώρος του χειρουργείου.

Τα συνήθη ερωτήματα των ασθενών είναι:

- * Πόση ώρα θα μείνω στο χειρουργείο;
- * Θα πονέσω;
- * Είναι επικίνδυνη η γενική αναισθησία;
- * Θα φαίνεται πολύ η ουλή;
- * Θα μπορώ να μιλάω;
- * Θα μου αφαιρέσουν όλο τον θυρεοειδή;
- * Τα έξοδα της εγχείρησης είναι πολλά, μου τα καλύπτει το ταμείο;
- * Αν η βιοψία βγει θετική, θα με ενημερώσουν;
- Βέβαια, όπως γίνεται αντιληπτό πριν απαντήσει σε

πολλά από τα ερωτήματα του ασθενούς, έχει την ευθύνη να συζητήσει με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα (τον χειρουργό-τον αναισθησιολόγο-την νοσηλεύτρια της νοσηλευτικής πτέρυγας-την κοινωνική λειτουργό-τον ψυχολόγο).

- Η πιο δύσκολη απ'όλες τις ερωτήσεις του ασθενούς είναι αν θα ενημερωθεί για τυχόν ύπαρξη κακοήθειας. Τα δεδομένα στον Ελληνικό χώρο σχετικά με την ενημέρωση ασθενών που πάσχουν από καρκίνο είναι σχεδόν απογοητευτικά. Από μια έρευνα που έγινε από τους "MANOS & GRISTAKIS" σε 110 Έλληνες γιατρούς, οι 73% δήλωσαν ότι ουδέποτε ή σπάνια ενημερώνουν τον ασθενή.

Βέβαια, υπάρχουν τρεις τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος που ο κάθε ένας έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του.

(α) Να μην ενημερώνεται ο ασθενής.

(β) Να ενημερώνονται όλοι ανεξαρτήτως και

(γ) Η ενημέρωση να γίνεται βάση αυτών που θέλει να μάθει ο ίδιος ο ασθενής και ανάλογα με την ψυχοσύνθεσή του- τη φιλοσοφία του και τα πιστεύω του δηλ. εξατομικευμένα.

- Αυτό βέβαια είναι έργο όλης της θεραπευτικής ομάδας, ώστε όλοι να έχουν την ίδια τακτική αντιμετώπισης και να μη δημιουργούν σύγχυση και άγχος στον ασθενή με διαφορετικές απαντήσεις-απόψεις-ακόμη και όταν δε συμφωνούν με την απόφαση της ομάδας σε ατομικό επίπεδο.

Η νοσηλεύτρια είναι αυτή που παραλαμβάνει τον ασθενή

στο χειρουργείο, και θα ήταν καλύτερο να είναι η ίδια που τον είχε επισκεφτεί, χωρίς μάσκα να την αναγνωρίσει και να κάνει ένα επαναληπτικό έλεγχο της προετοιμασίας που έχει ήδη γίνει στην νοσηλευτική πτέρυγα ο οποίος αναγράφεται στο ειδικό έντυπο που συνοδεύει τον ασθενή: Δηλ. επιβεβαίωση στοιχείων-έλεγχος αναγραφομένων στοιχείων στο βραχιολάκι του ασθενούς.

- Έλεγχος ετοιμασίας εγχειρητικού πεδίου.
- Αφαίρεση τεχνητής οδοντοστοιχίας-τιμαλφών κ. λ. π.
- Αν είναι νηστικός.
- Παίρνει τα Ζ. Σ. και ξαναρωτά μήπως είναι αλλεργικός σε κάποιο φάρμακο-τροφή.
- Προετοιμάζεται ο ασθενής στον προθάλαμο της χειρουργικής αίθουσας.
- Τίθενται οι φλεβικές-αρτηριακή γραμμή και μεταφέρεται στην αίθουσα.
- Η επέμβαση γίνεται συνήθως με χορήγηση γενικής αναισθησίας.
- Ο ασθενής δεν μένει ποτέ μόνος του έως ότου λάβει γενική αναισθησία και αναλάβει την παρακολούθησή του η νοσηλεύτρια του αναισθησιολογικού.

Μετά την επέμβαση μεταφέρεται στην αίθουσα ανάνηψης και βρίσκεται κάτω από συνεχή παρακολούθηση της νοσηλεύτριας.

-Λαμβάνει τα Ζ. Σ. κάθε 15΄ την 1η ώρα και επαγρυπνεί για εμφάνιση δυσχέρειας στην αναπνοή ή για ναυτία και τάση

προς εμετό, οπότε βοηθά τον ασθενή να μην κάνει κινήσεις της κεφαλής μόνος του και ενημερώνει τον θεραπεύοντα ιατρό ώστε να χορηγηθεί η κατάλληλη αγωγή για την ανακούφιση του ασθενούς.

- Ελέγχει αν ο ασθενής μπορεί να μιλήσει.

- Συμπληρώνει στο έντυπο που θα συνοδεύσει τον ασθενή, όλες τις λεπτομέρειες που είναι αρμοδιότητά της.

Όλο το χρονικό διάστημα που ο ασθενής βρίσκεται στο χειρουργείο και στην αίθουσα ανάνηψης, μέριμνα και ευθύνη της νοσηλεύτριας κυκλοφορίας είναι και η ενημέρωση των συγγενών οι οποίοι αγωνιούν στον προθάλαμο του χειρουργείου και όταν βλέπουν να ανοίγει η πόρτα του χειρουργείου ρωτούν οποιονδήποτε δουν. Δυστυχώς, βέβαια πολλές φορές παίρνουν πληροφορίες από τραυματιοφορέα που μεταφέρει τους ασθενείς και όπως είναι φυσικό αυτές οι πληροφορίες μπορεί να είναι ανακριβείς.

- Ο ασθενής μετά μιας ώρας, περίπου παραμονή στην αίθουσα ανάνηψης και εφ' όσον έχει πλήρως ανανήψει και έχουν σταθεροποιηθεί τα Ζ.Σ. του, μεταφέρεται με συνοδεία νοσηλεύτριας στο κρεβάτι του στη νοσηλευτική πτέρυγα και από κει και πέρα η παρακολούθηση και η φροντίδα του γίνεται από την νοσηλεύτρια της πτέρυγας.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΟΥΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

* Αιματώματα-αιμορραγίες φλεβικές στις οποίες το αίμα συγκεντρώνεται μεταξύ τραχηλικής περιτονίας και μυώδους

πλατύσματος ή στον υποδόριο ιστό. Αρτηριακίες που οφείλονται σε μη καλή απολίπωση των θυρεοειδικών αρτηριών- απαιτούν άμεση αντιμετώπιση.

* Ταρυματισμός του άνω λαρυγγικού νεύρου. Προκαλεί βράγχος ή αστάθεια της φωνής.

* Τετανία. Εμφανίζεται όταν αφαιρεθούν ή υποστούν κάκωση (οίδημα-ελλιπής αγγείωση) οι παραθυρεοειδείς αδένες. Εμφανίζεται συνήθως όταν οι τιμές του Ca είναι κάτω από 5 MGR και μετά 4-5 ώρες μετά την επέμβαση.

* Θυρεοειδική κρίση. Πολύ σπάνια όταν γίνει σωστή προετοιμασία. Εμφανίζεται απότομα με μεγάλη ταχυσφυγμία-υπερπυρεξία, εμέτους, διανοητική σύγχυση. Αντιμετωπίζεται με χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων-σακχαρούχων ορών-αντιπυρετικών και ηρεμιστικών-φυσικά με την εξασφάλιση κατάλληλου ήρεμου περιβάλλοντος.

* Οι φλεγμονές * Τραχειΐτιδα * Λαρυγγίτιδα * Πνευμοθώραξ (σε καταδυσόμενες βρογχοκήλες) * Τρώση τραχείας * Υποθυρεοειδισμός.

- Όσον αφορά δε τη θερμιδική κάλυψη μετεγχειρητικά, οι περισσότεροι ασθενείς που σιτίζονται καλά έως την ημέρα της επέμβασης, μπορούν χωρίς κίνδυνο να ανταπεξέλθουν στο STRESS της επέμβασης και περνούν το καταβολικό στάδιο χωρίς σοβαρές συνέπειες.

Εκείνο που απαιτείται είναι η χορήγηση μικρής ποσότητας γλυκόζης έως 100 GR/24ωρο ώστε να μειωθούν οι απώλειες αζώτου (1GR αζώτου ... 7, 2GR λευκάματος).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

1ου ΜΤΧ 8ώρου

ΕΡΩΜ.	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ. ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
1996	9:30	Πόνος στην περιοχή του τραχήλου	Να απαλλαγεί η ασθενής από τον πόνο	1. Να τοποθετηθεί η ασθενής σε σωστή θέση ημι-FOWELER 2. Να γίνει τώρα ½ amp PETHIDINE 100 MGR 1M (9:30μ) 3. Να γίνεται 6ωρο PETHIDINE 100mg ½ amp 1M (ιατρ. εντολή).	*Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση ημι-FOWELER. * Εξασφαλίστηκε άνετο περιβάλλον *Έγινε ½ amp PETHIDINE 100 1M. *Έγινε έναρξη (9:30 π.μ. PETHIDINE 100 ½ amp 1M ;view 15:30 μ.μ- 21:30μ.μ - 3;30 π.μ.- 9:30 π.μ.	Η ασθενής μετά 5 MIN ανακουφίστηκε από τον πόνο και ένοιωσε καλύτερα.
	9:45	Ναυτία	Να απαλλαγεί η ασθενής από το αίσθημα της ναυτίας	1. Να γίνει 1amp PRIMERAN 1M. 2. Να μη χορηγηθεί τίποτα από το στόμα. 3. Να παροτρύνεται η ασθενής να αναπνέει σωστά. 4. Να ενημερωθεί ότι η ναυτία είναι από τη γενική αναισθησία. 5. Να γίνει φροντίδα στοματικής κοιλότητας.	*Έγινε τώρα (9:15) 1M (ιατρ.εντολή). *Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα. *Έγινε διδασκαλία και προτροπή της ασθενούς να αναπνέει καλύτερα ώστε να συνέλθει από την γεν.αναισθησία. *Ενημερώθηκε ότι η ναυτία είναι από τις παρενέργειες των φαρμάκων της γεν.αναισθησίας. *Έγινε πλύση στοματικής κοιλότητας.	Η ασθενής μετά 5 MIN ένοιωσε καλύτερα και έπαψε να έχει το αίσθημα της ναυτίας.

ΕΡΩΜ.	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ. ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
	9: 50	Ανάγκη διατήρησης υδροηλεκτρολυτικής ισορροπίας και κάλυψης των θερμιδικών αναγκών της ασθενούς.	Να διατηρηθεί υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία. Να καλυφθούν οι θερμιδικές ανάγκες της ασθενούς.	1. Να χορηγηθούν οροί D/W 5% 1000 CC KCl+ 2 amp NaCl, μέχρι νεώτερη οδηγία. 2. Να ληφθούν εργαστηριακές εξετάσεις το απόγευμα	* Παίρνει ορό D/W 5% 1000 CC+1amp KCl+1amp NaCl (ετέθη 9:50) με ροή 28 σταγ/ΜΙΝ, ρυθμίστηκε με συσκευή DIALFLOW. * Προγραμματίστηκε για εργαστηριακές εξετάσεις το απόγευμα (6μ.μ.) (εξετηλεκτρ.-α).	Η ασθενής παίρνει τον ορό I.V. χωρίς πρόβλημα.
	12 μ.μ.	Ανάγκη λήψεως Ζ.Σ. ανά 3ωρο.	Να προληφθεί τυχόν μεταβολή τους από το φυσιολογικό.	* Να ληφθούν τώρα τα Ζ.Σ. ώστε να υπάρχει σημείο αναφοράς. * Να λαμβάνονται τα Ζ.Σ. ανά 3ωρο μέχρι νεώτερη εντολή.	* Ελήφθησαν τώρα (9:50) τα Ζ.Σ. Α.Π. 130/70 mm Hg ΣΦ 70/MIN. Α.Ν.18/MIN. ΘΕΡ. 36,9 οC. * Προγραμματίστηκε η λήψη Ζ.Σ. στις 12:30-15:30-18:30-21:30.	Η ασθενής έχει φυσιολογικά Ζ.Σ.
96	9:55	Ανάγκη παρακολούθησης τραύματος για αιμορραγία-λειτουργίας RED-ΟΡΑΚΚ.	Να γίνει έγκαιρα αντιληπτή τυχόν αιμορραγία από το τραύμα.	* Έλεγχος γαζών τραύματος ανά ώρα τις πρώτες πέντε ώρες. * Μέτρηση υγρών παροχέτευσης - έλεγχος αν λειτουργεί.	* Ελέγχθηκαν οι γάζες του τραύματος αν ήταν καθαρές. Προγραμματίστηκε να ελεγχθούν πάλι στις 10:00 - 11 - 12-13:00 - 14:00. * Η παροχέτευση του τραύματος λειτουργεί έχει αυτή την ώρα (9:55) 10 cc αιματηρό υγρό. Θα μετρηθούν τα υγρά πάλι στις 2 μ.μ.	Το τραύμα της ασθενούς παρακολουθείται - δεν αιμορραγεί, η παροχέτευση λειτουργεί σωστά.

ΙΕΡΟΜ.	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ. ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
	12:00	Ανάγκη ελέγχου ούρησης ασθενής - αίσθημα πίεσης στην περιοχή της κύστεως.	Να προληφθεί υπερπλήρωση της κύστεως. Να μην αισθάνεται άσχημα η ασθενής.	* Να τοποθετηθεί σκοραμίδα στην ασθενή. * Να δημιουργεί άνετο και απομονωμένο περιβάλλον. * Να ανοίξουμε τη βρύση ή να γίνει πλύση των γεννητικών οργάνων με χλιαρό νερό. * Να γίνει μέτρηση των ούρων 24 ώρου.	* Τοποθετήθηκε σκοραμίδα στην ασθενή. * Εξασφαλίστηκε περιβάλλον άνετο-κλείστηκε το παραβάν. * Το άνοιγμα της βρύσης έγινε για να διευκολύνει την ασθενή. * Προγραμματίστηκε μέτρηση των ούρων 24ώρου.	Η ασθενής μετά 5 λεπτά ούρησε - ανακουφίστηκε από το αίσθημα της πίεσης. Μετρήθηκαν τα ούρα και προστέθηκαν για το σύνολο των ούρων 24 ώρου. Ούρηση 350 cc.

Ζ' Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Τα δύο περιστατικά τα οποία θα περιγραφούν παρακάτω νοσηλεύτηκαν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης στο Ενδοκρινολογικό τμήμα το 1996.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω για την συνεργασία και την πολύτιμη βοήθειά τους, την προϊσταμένη του τμήματος την κ.Καραγιάννη και τον ενδοκρινολόγο α. επ. Καθηγητή Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης κ. Α. Αβραμίδη FACP.

1η Περίπτωση Υπερθυροειδισμού.

Η ασθενής.....από την Κατερίνη Πιερίας ετών 42 νοσηλεύτηκε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο στο διάστημα από 18-5-96 ως στις 29-5-96 με κύριο σύμπτωμα "υπερθυροειδισμός".

Νοσηλεύτηκε για πρώτη φορά στις 9-1-81. Το 1983 χειρουργείται για πρώτη φορά για κύστη ωοθήκης (καλοήθη). Το 1987 υποτροπιάζει μετά δίδυμη κύηση και χειρουργείται το '92 στην ίδια ωοθήκη. Μετά έξι μήνες υποτροπή της κύστης οπότε τελικά αφαιρούνται και οι δύο ωοθήκες. Παραπονιέτι για τριχόπτωση. Το '92 υπερθυροειδισμός που υποτροπίασε μετά την αρχική αγωγή με *itugrostzt* δύο φορές. Τελευταία αγωγή προς ενάμισυ μήνα διακόπηκε αφού

συμπλήρωσε έξι μήνες. Λαμβάνει ανάλογα με τις εξάρσεις ή υφέσεις της νόσου αυξομειούμενες δόσεις κορτικοστεροειδών και κυτταροστατικών κατά διαστήματα. Κατά την διάρκεια της θεραπείας της παρουσίασε:

1. Υπέρταση (+ Aldaut 1X1) 15/11/82.

2. Οστεοπόρωση. Στις 29/1/84=οσφυαλγία.

Η ορθοπεδική εξέταση=κατάγματα, αυτόματα σπονδύλων.

Η ασθενής αυτή νοσηλεύτηκε κατ'επανάληψη για θεραπεία και έλεγχο.

Φάρμακα:

Medrol 4mg 1 1/2 παραημέρα.

Tabb Fenorexil 1X2

tabb Livial 1X1

Spray Calsynon 1X3

Calcium-palma 1X1

Στις 9/1/81 εξάνθημα στοματικής κοιλότητας, εργαστηριακός έλεγχος => πέμφιγα, tabb Adelcort 20 ημερησίως. Στις 19/3/81 βελτίωση κλινικής εικόνας, μείωση tabb Adelcort 5mg X 6 ημερ. X 1 μήνα. Στις 11/5/81 κατάσταση άριστη, tabb Adelcort μείωση 1 ανα βδομάδα μέχρι να φτάσει 1X2 ημερησίως. Στις 15/11/82 εισαγωγή, tabb Aedomet 1X1 παρουσίασε υπέρταση :ΑΠ: 170/110, παρουσιάζει οίδημα τραχηλικής χώρας και ελαφρά αύξηση σωματικού βάρους. Στις 22/11/82 βελτίωση, μείωση κορτιζόνης 5mg ανά 2μερο.

Εργαστηριακές εξετάσεις και τιμές:

Αιμοπετάλια: 193.000/MM³.

Λευκά: 7.090, Λεμφοκύτταρα: 34%, Πολυμορφοπύρρηνα: 63%
Ht: 43,8%, Hb: 14,4gr%, T. K. E. : 7MM 1h, SGOT: 23, SGPT: 22
GPK: 72, LDH: 377, TGL: 62, HDL: 35, γET: 11, Na: 148
Σάκχαρο: 84, Ουρία: 43, Χοληστερόλη: 220, Λευκώματα: 7,7
Ουρικό οξύ: 1,8, Ασβέστιο ορού: 8,8, PH ούρων: 6,
Λευκωματίνες: 50. Τα συμπτώματα τα οποία έκριναν απαραίτητη
την εισαγωγή της, τώρα στο νοσοκομείο ήταν: Απώλεια
βάρους, εύκολη κόπωση, δυσανεξία στη ζέστη, ταχυκαρδία-
δύσπνοια, άγχος - ανησυχία - υπερκινητικότητα, διάρροια,
σύσπαση άνω βλεφάρων.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την παραμονή της στο
νοσοκομείο περιελάμβανε τα εξής:

Απώλεια βάρους: Μέτρηση σωματικού βάρους καθημερινά.
Εμπλουτισμός διαιτολογίου με τροφές πλούσιες σε λευκώματα.
Η θερμιδική αξία φθάνει στις 5.000-6.000 περίπου θερμίδες.

Εύκολη κόπωση: Περιορισμός στις δραστηριότητες της και
πλουτίζεται το διαιτολόγιο σε λευκώματα.

Δυσανεξία στη ζέστη: Μείωση θερμοκρασίας
περιβάλλοντος. Χρησιμοποίηση ιματισμού βαμβακερού και
λεπτού (νυκτικό, σενδόνια κ. τ. λ.).

Ταχυκαρδία - δύσπνοια: Ακριβής και συχνή μέτρηση
σφυγμών και αρτηριακής πίεσεως αίματος. Ανίχνευση
οιδημάτων, μέτρηση ούρων, περιορισμός NaCl. Παρακολούθηση
της ασθενούς για εκδήλωση συμφορητικής καρδιακής
ανεπάρκειας.

Για την ανακούφιση της ασθενούς από την δύσπνοια, τοποθετήθηκε σε ανάρροπη θέση. Χορηγείται οξυγόνο με οδηγία του γιατρού. Φροντίδα για δροσερό περιβάλλον και καθαρό αέρα. Περιορισμός όσο το δυνατόν γίνεται στις καύσεις του οργανισμού.

Άγχος - ανησυχία - υπερκινητικότητα: Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων με ιατρική εντολή. Αποφεύγονται οι συγκινήσεις και προλαμβάνονται τα ερεθίσματα που αυξάνουν το άγχος και την ευερεθιστότητα. Περιορισμός στο επισκεπτήριο και ελέγχεται η φύση τους (αν είναι κουραστικοί στον άρρωστο και τον στενοχωρούν). Αποφεύγεται η λήψη διεγερτικών του Κ.Ν.Σ. τροφών όπως καφές, τσάι. Μείωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος: έντονο φως, θόρυβος κ. α.

Διάρροια: Οφείλεται σε υπερκινητικότητα παχέος εντέρου γι' αυτό περιορίζονται οι τροφές που περιέχουν κυτταρίνη.

Σύσπαση άνω βλεφάρων: Ανύψωση της κεφαλής τη νύχτα. Προστατεύεται ο κερατοειδής, αν παρουσιάσει κάποιες φορές δυσκολία στο να κλείσει τα μάτια του, με ειδική ταινία. Χρειάζεται μεγάλη προσοχή γιατί αν δεν αντιμετωπισθεί σωστά μπορεί να σχηματισθούν έλκη κερατοειδούς, μόλυνση και τύφλωση ακόμη. Καθημερινή περιποίηση σώματος, λουτρό. Περιποίηση δέρματος, ονύχων, πλύσιμο με μη ερεθιστικό σαπούνι, επάλειψη δέρματος με lotion και άλλα σπρέυ. Σωστή και συχνή φροντίδα στοματικής κοιλότητας για πρόληψη εξανθήματος και προς ανακούφισή της.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Υπερθυρεοειδισμός

ΗΜΕΡΟΜ	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
15-5-1996	9:30	Αγωνία ασθενούς	Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας της ασθενούς.	Ενθάρρυνση της αρρώστου για εγκαθίδρυση θετικής στάσης απέναντι στην αρρώστια της.	Ενημερώθηκε για την πορεία της ασθένειάς της καθώς και για τη μελλοντική αποκατάστασή της. Η νοσηλεύτρια προσπάθησε να απαντήσει σ' όλες τις ερωτήσεις της ασθενούς, λύνοντας έτσι τις απορίες της και μειώνοντας την αγωνία της όσο το δυνατόν περισσότερο.	Η ασθενής έδειξε μεγάλη κατανόηση στον διάλογο, ηρέμησε, ενθαρρύνθηκε και κατανόησε ότι πρέπει να δείξει θετική στάση κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο.
	11:00	Ταχυκαρδία-δύσπνοια	Ανακούφιση της ασθενούς και καταπολέμηση των συμπτωμάτων αυτών.	Να τοποθετηθεί η ασθενής σε ανάρροπη θέση. Χορήγηση O ₂ με μάσκα γιατί μειώνει την αναπνευστική προσπάθεια και τον καρδιακό παλμό και βοηθάει στην ανακούφιση της ασθενούς. Φροντίζουμε για δροσερό περιβάλλον και καθαρό αέρα. Να δοθεί ρυθμοτόρμ 150 mg (ιατρική εντολή).	Τοποθετήθηκε η ασθενής σε ανάρροπη θέση. Χορηγήθηκε 2,5 Lt O ₂ με μάσκα στην ασθενή τις ώρες που παρουσιαζόταν σ' αυτήν δύσπνοια. Κατά την διάρκεια της δύσπνοιας παρακολουθήθηκε για τυχόν αλλαγές στο χρώμα του δέρματός της. Εξασφαλίστηκε άνετο και δροσερό περιβάλλον. Ακριβής μέτρηση σφυγμών. Ακριβής μέτρηση αρτηριακής πίεσως. Έγινε κατόπιν	Την διευκόλυne πάρα πολύ η τοποθέτησή της σε ανάρροπη θέση, μειώθηκε η δύσπνοια όσο βέβαια ήταν δυνατό και ανακουφίσθηκε η ασθενής από το σύμπτωμα αυτό. Δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στο χρώμα δέρματος. Οι τιμές των ζωτικών σημείων επανήρθαν στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΕΡΩΜ	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
					Ιατρικής εντολής ρυθμονόρμ 150 mg 1X3 (6-2-10) για 2 μέρες και μετά διεκόπη.	
	12:00	Άγχος . Ανησυχία. Υπερκινητικότητα. Ευερεθιστότητα..	Σκοπός μας να αποβάλλει το άγχος η ασθενής. Να έχει πλήρη θεραπευτική ανάπαυση. Και να μειώσουμε τις δραστηριότητές της.	Εκτίμηση του βαθμού δυσχέρειας, αναγνώριση των παραγόντων που τα προκαλούν.	Η νοσηλεύτρια φροντίζει να αποφεύγει η ασθενής τις συγκινήσεις. Προλαμβάνονται τα ερεθίσματα που αυξάνουν το άγχος και την ευερεθιστότητα. Περιορίζεται το επισκεπτήριο και ελέγχεται η φύση του (αν είναι κουραστικοί). Μείωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, έντονο φως, θόρυβος. Αποφεύγεται η λήψη διεγερτικών του Κ.Ν.Σ. τροφών όπως καφές, τσάι.	Παρόλο τις μεγάλες προσπάθειες που καταβάλαμε, δεν είχαμε και το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Και γι'αυτό το λόγο βρισκόμαστε σε συνεχή επαγρύπνηση ώστε να πετύχουμε τον στόχο μας.
	1:30	Διατροφή της ασθενούς.	Ρύθμιση και επαρκές διαιτολόγιο της ασθενούς.	Εξασφάλιση θρεπτικής διαίτας, πλούσια σε υδατάνθρακες και θερμίδες εξαιτίας του αυξημένου μεταβολισμού, χορήγηση συμπληρωματικά βιταμινών ειδικά θειαμίνης και ασκορβικού οξέος. Αποφυγή χορήγησης τσαγιού και καφέ, εξαιτίας της διεγερτικής τους δράσης. Καθώς επίσης και εμπλουτισμός του διαιτολογίου με τροφές πλούσιες σε λευκώματα.	Λεπτομερής ενημέρωση της ασθενούς για ότι αφορά το διαιτολόγιό της. Η θερμιδική αξία πρέπει να φτάνει τις 5.000 - 6.000 περίπου θερμίδες. Αποφεύγονται τα λιπαρά γεύματα. Ενθαρρύνεται η ασθενής να παίρνει την τροφή που αισθάνεται πως έχει ανάγκη. Χορήγηση calcium palma 1X1.	Παρά την αυξημένη πρόσληψη θερμίδων που μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους της ασθενούς, καταφέραμε να αποφευχθεί.

ΗΜΕΡΟΜ	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
					Χορήγηση spray calsynon 1X3.	
5-96	10:00	Διάρροια	Αντιμετώπιση της διάρροιας.	Μείωση υπερκινητικότητας του παχέος εντέρου.	Περιορίζονται οι τροφές που περιέχουν κυτταρίνη.	Η διάρροια έχει υποχωρήσει. Η ασθενής δείχνει μάλλον ανακουφισμένη
	12:00	Εξάνθημα στοματικής κοιλότητας.	Να γίνει εργαστηριακός έλεγχος.	Μετά από ιατρική εντολή χορηγείται Medrol 4 mg. 1X1. Tabb Adalcort 20 ημερησίως.	Στενή παρακολούθηση της ασθενούς για εμφάνιση παρενεργειών από τη χορήγηση των φαρμάκων και άμεση αναφορά.	Η ασθενής ανακουφίσθηκε. Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές. Επειδή μετά από μία βδομάδα παρατηρήθηκε βελτίωση της κλινικής εικόνας έγινε μείωση της tabb Adalcort σε 5 mg X 6 ημερησίως για ένα μήνα. Και η Medrol διεκόπη.
5-96	12:00	Ανάγκη λήψεως ζωτικών σημείων.	Για τυχόν μεταβολές από το φυσιολογικό.	Λήψη ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα (ανά 3ωρο). 8:00 π.μ. Α.Π.170/10 mg Hg. Σφυγμοί : 80/min Αναπνοές :20/ 1' Θερμοκρασία : 37,2 C.	Λόγω αυξημένης συστολικής πίεσεως κατόπιν ιατρικής εντολής; δόθηκε Ιντεράλ 1X1 συστηματικά.	Το πρόβλημα της αυξημένης Α.Π. αντιμετωπίσθηκε. Τα ζωτικά σημεία στην συνέχεια ήταν φυσιολογικά.

2η Περίπτωση Υποθυρεοειδισμού.

Η ασθενής.....από τον Κοπανό Ναούσης ετών 53 νοσηλεύτηκε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο στο διάστημα από 25-6-96 ως στις 7-7-96 με κύριο σύμπτωμα "υποθυρεοειδισμός".

από το 1980 ένρξη συμπτωμάτων (ταχυκαρδία, εφίδρωση) πήρε Tugrostar μέχρι σήμερα με διαστήματα διακοπής και υποτροπής. τα τελευταία έξι έτη παρακολουθείται στα ιατρεία μας, στις 1-1-95 πήρε PI στο Θεαγένειο, έκτοτε παραπονιέται για αίσθημα πνιγμονής, αδυναμία, κόπωση.

Ατομικό αναμνηστικό: Από διαιτίας υπέρταση. Από έξι-εφτά έτη καρδιακή ανεπάρκεια. Από δεκαετία βρογχικό άσθμα.

Έχει Α.Π.: 140/80mmHg, ύψος 1.50, βάρος 87Kg.

Εργαστηριακές εξετάσεις και τιμές:

Αιμοπετάλια: 278.000/MM³, Λευκά: 5.200

Λεμφοκύτταρα: 30%, Πολυμορφοπήρυνα: 57%

SCOT: 38, SGPT: 18, Hb: 11,6gr%, Ht: 37%, LDH: 488,

HDL: 38, χοληστερόλη: 413, Σάκχαρο: 119, Ουρία: 45,

Ουρικό οξύ: 6,1.

Θεραπεία:

tabb Z BEC 20 1h/1

Aerolin 2 1X2

tabb Zaditen 1mg 1X2

tabb Monosurdil 20mg 1/2 X 3

ruthmonoum 150mg 1/2 X 2.

Τα συμπτώματα τα οποία έκριναν απαραίτητη τώρα την

εισαγωγή της στο νοσοκομείο ήταν: εύκολη κόπωση, βραδύτητα στις αντιδράσεις, πρησμένο πρόσωπο και σώμα γενικά. Το άτομο κρύωνε και ήθελε συνεχώς να κοιμάται, είχε δυσκοιλιότητα πολύ έντονη και παρόλο που τρώει λίγο βάζει πολλά κιλά, και δύσπνοια.

Η θεραπεία του υποθυρεοειδισμού, γίνεται με την χορήγηση ενός χαπιού θυροξίνη την ημέρα, μόνο που σ' αυτήν την περίπτωση σε άτομα δηλαδή με καρδιοπάθεια στην αρχή η θεραπεία χορηγείται σε μικρή δόση που σιγά-σιγά την αυξάνει ο γιατρός για να μην επιβαρυνθεί η καρδιοπάθεια.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά την παραμονή της στο νοσοκομείο περιελάμβανε τα εξής:

Καταρχήν προσφέρθηκε στην ασθενή το πιο ζεστό και αναπαυτικό δωμάτιο, γιατί ο υποθυρεοειδισμός αυξάνει πολύ την ευαισθησία του ατόμου στο κρύο και δόθηκαν επιπλέον ρουχισμός και κουβέρτες σε περίπτωση που χρειαστούν. Παρατηρείται το ισοζύγιο υγρών, πρέπει να έχει αυξημένη διούρηση. Μετρά καθημερινά το σωματικό της βάρος. Παρατηρείται η οιδηματική εικόνα της ασθενούς καθημερινά. Όσο περισσότερο αυξάνεται η δραστηριότητα του αρρώστου και μειώνεται το οίδημα, τόσο και το βάρος του σώματος αυξάνεται σημαντικά. Παρατηρούνται τα μέρη του σώματος που υπάρχουν οστείνες προεξοχές (κόκκυγας, ωμοπλάτη, αγκώνας κ.α) για ερυθρότητα και ρωγμές στο δέρμα. Γιατί πολύ συχνά οι οιδηματώδεις ιστοί υπόκεινται σε κατακλίσεις. Τοποθετήθηκε σε πρόγραμμα αλλαγής θέσεως στο κρεβάτι και

χρησιμοποιήθηκε στρώμα με εναλλασσόμενη πίεση αέρα. Παρατηρείται η διάθεσή της για φαγητό. Το διαιτολόγιο της θα πρέπει να είναι μικρής θερμιδικής αξίας, μέχρις ότου σταθεροποιηθεί το βάρος του σώματός της. Αντιμετώπιση της εμφάνισης της δυσκοιλιότητας. Ενθαρρύνεται να δραστηριοποιείται, να πίνει 6-8 ποτήρια νερό καθημερινά και να λαμβάνει τροφές που περιέχουν κυτταρίνη όπως χόρτα, φρούτα. Και σε περίπτωση που δεν υπάρξει αποτέλεσμα δίνεται καθαρτικό φάρμακο από το στόμα ή γίνεται καθαρτικός υποκλυσμός. Ακόμα τονίζεται στην ασθενή ότι θα πρέπει να παρουσιάσει μεγαλύτερο ενδιαφέρον στα του περιβάλλοντός της, και η βραδύτητα αυτή της αντιδράσεώς της δεν πρέπει να την οδηγεί σε ολοκληρωτική εξάρτηση και εξυπηρέτησή της από το περιβάλλον. Έχει μεγάλη σπουδαιότητα να αυτοεξυπηρετείται. Ανακούφιση της ασθενούς από την δύσπνοια, χορήγηση οξυγόνο με εντολή γιατρού, τοποθέτηση σε ανάρροπο θέση στο κρεβάτι, διατήρηση του περιβάλλοντος με καθαρό αέρα. Ακριβής και σε συχνά χρονικά διαστήματα μέτρηση αρτηριακής πίεσεως αίματος και σφυγμών. Παρακολούθηση για εκδήλωση συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας (πνευμονικό οίδημα): δύσπνοια, βήχας, αφρώδης απόχρεμψη. Και η νοσηλεύτρια βρίσκεται πάντα έτοιμη να αντιμετωπίσει πιθανό πνευμονικό οίδημα.

Καθημερινή περιποίηση σώματος, λουτρό, περιποίηση δέρματος και πλύσιμο με μη ερεθιστικό σαπούνι. Τοποθετεί lotion ή κρέμα πάνω στο δέρμα και κυρίως στην περιοχή της ράχης, των αγκώνων και των ποδιών. Και στο λουτρό

καθαριότητας χρησιμοποιεί, όσο το δυνατό, λιγότερο σαπούνι για τη διατήρηση του δέρματος κατά το δυνατόν σε καλή κατάσταση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Υποθυρεοειδισμός

ΜΕΡΟΜ	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
1-6-1996	9:00	Περιποίηση ασθενούς.	Ενθάρρυνση της ασθενούς για συμμετοχή στο σχεδιασμό της καθημερινής της φροντίδας.	Καθημερινή περιποίηση. Πρόληψη κατακλίσεων.	Η καθημερινή περιποίηση περιλαμβάνει, λουτρό, περιποίηση δέρματος και πλύσιμο με μη ερεθιστικό σαπούνι. Τοποθετείται lotion κρέμα πάνω στο δέρμα, και κυρίως στην περιοχή της ράχης, των αγκώνων και των ποδιών. Και στο λουτρό χρησιμοποιούμε όσο το δυνατόν λιγότερο σαπούνι για τη διατήρηση του δέρματος σε καλή κατάσταση.	Η ασθενής δείχνει ενδιαφέρον. Κατανόησε την ανάγκη καθημερινής περιποίησης και συμμετέχει ενεργά. Μ' αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται και καλύτερη κυκλοφορία του αίματος.
	12:00	Υπέρταση (170/90 mm Hg).	Αντιμετώπιση υπέρτασης.	Λήψη ζωτικών σημείων και τρίωρη Α.Π..	Χορήγηση φαρμάκων: 2 BEC 20 mg IΧ1. Προγραμματίστηκαν οι εξής ώρες για τη λήψη Α.Π.: 9 π.μ., 12 π.μ., 3 μ.μ., 6 μ.μ., 9 μ.μ., 12 μ.μ.	Η Α.Π. μειώθηκε: 150 / 80 mm Hg. Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται.

ΔΕΡΟΜ	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
6/96	11:00	Κρίση βρογχικού άσθματος (Από δεκαετίας).	Αντιμετώπιση του προβλήματος.	Εξασφάλιση καθαρού περιβάλλοντος. Αντιμετώπιση της δύσπνοιας για πρόληψη των στήθαγχικών κρίσεων. Μείωση της αγωνίας.	Ενθαρρύνουμε την ασθενή. Παραμένουμε κοντά της με σκοπό τη μείωση της αγωνίας και του φόβου της. Διδασκαλία για τη λήψη των φαρμάκων, τα οποία είναι: Aerolin 1X2 από δύο εισπνοές την ημέρα. Zaditen 1 mg. 1X2 Monosordil 20 mg ½ X3.	Εξέφρασε την ικανοποίησή της για το ενδιαφέρον που δείχνουμε. Είναι συνεργάσιμη και αντιμετωπίζεται το πρόβλημά της.
	13:00	Διατροφή της ασθενούς.	Να ρυθμιστεί το κατάλληλο διαιτολόγιο.	Εξασφάλιση ισορροπημένης διαίτας, με περιορισμένες θερμίδες και αλάτι, αλλά πάντα στα πλαίσια της προτίμησης της ασθενούς. Καθημερινό ζύγισμα.	Ενθαρρύνεται να δραστηριοποιείται και να πίνει 6-8 ποτήρια νερό ημερησίως. Και επίσης να λαμβάνει τροφές που να περιέχουν κυτταρίνη όπως χόρτα και φρούτα, για να προληφθεί και το πρόβλημα της δυσκοιλιότητας.	Αρχικά η ασθενής αντέδρασε αρνητικά στο διαιτολογικό πρόγραμμα που της δόθηκε. Με το διαιτολόγιο όμως και τις συστάσεις μας κατανόησε την ανάγκη στο να προσαρμοστεί.
1-6-96	9:00	Θεραπευτική αγωγή	Αντιμετώπιση του προβλήματος.	Να τηρούνται σχολαστικά τα ωράρια της νοσηλείας.	Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγείται το φάρμακο: θυροξίνη ενός χαπιού την ημέρα, αλλά λόγω επιβεβαρημένου ιστορικού του κυκλοφορικού συστήματος η δόση του φαρμάκου αυξάνεται προοδευτικά. Επιτυγχάνεται ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, και	Η θεραπευτική αγωγή συνεχίζεται χωρίς να πάραχει κανένα πρόβλημα.

ΜΕΡΟΜ	ΩΡΑ	ΠΡΟΒΛΗΜ. ΑΝΑΓΚΗΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ.ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤ. ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝ.
					Παρατηρείται κατά την διάρκεια της νοσηλείας για τυχόν επιπλοκές.	
	10:00	Δυσκοιλιότητα	Να διευκολύνουμε την προσπάθεια εκκένωσης του εντερικού σωλήνα.	Να δίδεται συστηματικά 10 cc DUPHALAC κάθε βράδυ, μετά το φαγητό.	Δόθηκε από τη νοσηλεύτρια 10 cc DUPHALAC. Φρόντισε να γίνεται η λήψη του φαρμάκου κάθε βράδυ.	Μετά τη λήψη του DUPHALAC, η ασθενής ενεργήθηκε τις πρωινές ώρες και δείχνει φανερά ανακουφισμένη.
	12:00	Εξασφάλιση ασφαλούς και υγιεινού περιβάλλοντος	Να επιτύχουμε την καλύτερη διαμονή της ασθενούς στο χώρο του νοσοκομείου.	Δίνεται στην ασθενή το πιο ζεστό και ήρεμο δωμάτιο.	Γιατί ο υποθυρεοειδισμός αυξάνει πολύ την ευαισθησία του ατόμου στο κρύο. Της δόθηκαν επιπλέον ρουχισμός και κουβέρτες σε περίπτωση που της χρειαστούν. Τοποθετήθηκε σε πρόγραμμα αλλαγής θέσεως στο κρεβάτι και χρησιμοποιήθηκε στρώμα με εναλασσόμενη πίεση αέρα. Απαγόρευση των επισκέψεων εκείνων που προκαλούν επιπρόσθετο άγχος και ταλαιπωρία.	Επιτύχαμε να εξασφαλίσουμε ευχάριστο και άνετο περιβάλλον στην ασθενή μας. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στην ασθενή και στην οικογένειά της. Ρύθμιση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος. Ενθάρρυνση για αύξηση των δραστηριοτήτων της.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η νόσος του Graves είναι σχετικά συχνή διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, αλλά ιδιαίτερα στην 3η και 4η δεκαετία. Η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες. Σε περιοχές χωρίς βρογχοκήλη η σχέση γυναικών:ανδρών μπορεί να φθάνει τα 7:1. Σε περιοχές με ενδημική βρογχοκήλη η σχέση γυναικών:ανδρών είναι χαμηλότερη. Γενετικοί παράγοντες μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο. Μεταξύ των πασχόντων οι μελέτες αποκάλυψαν μεγαλύτερη συχνότητα των απλοτύπων HLA-B8 και DRw3 στη λευκή φυλή, HLA-Bw36 στους Ιάπωνες και HLA-Bw46 στους Κινέζους.

Υπάρχει σαφής οικογενής προδιάθεση για τη νόσο του Graves, και επιπλέον υπάρχει κλινική και ανοσολογική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ μελών των οικογενειών των ασθενών σε σχέση με τη νόσο του Hashimoto, τον πρωτογενή θυρεοστερητικό υποθυρεοειδισμό και την κακοήγη αναιμία και πιθανώς με άλλες νόσους στις οποίες προεξάρχουν τα αυτοάνοσα χαρακτηριστικά.

Μερικές φορές, η κλινική εικόνα μπορεί να μεταβληθεί από νόσο του Graves σε νόσο του Hashimoto ή αντιστρόφως. Σπάνια, ασθενείς με αποδειγμένο πρωτογενές μυξοίδημα αναπτύσσουν αργότερα υπερθυρεοειδισμό. Έτσι είναι ορθό να περιληφθούν η νόσος του Graves, νόσος του Hashimoto και το πρωτογενές μυξοίδημα σε μια ευρεία ομάδα στενά

συνδεδεμένων μεταξύ τους αυτανόσων θυρεοειδικών νόσων.

Ο υποθυρεοειδισμός προσβάλλει πολλά άτομα που ζουν σε ορισμένες περιοχές, όπως λ.χ. στην πεδιάδα της Λόστης ή στο Τυρόλο στην Ιταλία όπου το έδαφος και το νερό δεν περιέχουν την κανονική ποσότητα ιωδίου.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Οι παθήσεις του θυρεοειδούς είναι πολύ συχνές, και οι διαγνωστικές μέθοδοι και η αντιμετώπισή τους συνεχώς εξελίσσεται.

Για να γίνει λοιπόν πιο ουσιαστικός ο ρόλος της Νοσηλεύτριας-τή είναι απαραίτητο να συμβαδίζει παράλληλα με την ιατρική εξέλιξη και τεχνολογία.

Παρόλη τη μεγάλη πρόοδο της Ιατρικής δεν μπορεί η σύγχρονη νοσηλεύτρια-της να λείπει: ο γιατρός είναι υπεύθυνος να αποφασίζει και εγώ να εκτελώ ανεξέταστα τις αποφάσεις του χωρίς προσωπική ευθύνη.

Βέβαια την πρώτη θέση στους στόχους της Νοσηλεύτριας-τή πρέπει να έχει η βελτίωση και η τελειοποίηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου. Άλλωστε καλείται να αποφασίζει και να ενεργεί για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου ανεξάρτητα από τις ιατρικές οδηγίες για εφαρμογή θεραπείας.

Το αμέριστο ενδιαφέρον της νοσηλεύτριας συνεχίζεται έως την ημέρα της εξόδου του και την αποκατάστασή του έστω και με την ενημέρωση της μόνο για την εξέλιξη της νόσου του.

Έτσι, μπορεί να αισθανθεί τη μέγιστη συμβολή της στην θεραπεία ενός ανθρώπου σαν άτομο μοναδικό και σαν προσωπικότητα και την ένταξη του στο κοινωνικό σύνολο σαν υγιές ενεργό μέλος.

Καθημερινά δε, θέτει ερωτήματα νέα στον εαυτό της για

το πώς μπορεί οτιδήποτε να γίνεται καλύτερα για το καλό του ασθενούς και την δική της δικαίωση και αναγνώριση.

Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα καθαρά ανθρωπιστικό-κοινωνικό. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη κοινωνική ευθύνη από το σεβασμό στη ζωή και στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου που αφήνεται με όλη του την εμπιστοσύνη στα χέρια μας.

Όσο πιο υπεύθυνα παίρνουμε τον επαγγελματικό μας ρόλο τόσο και μεγαλύτερη κοινωνική προέκταση του δίνουμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

BEER - POINTEVIN. Μεγάλη Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια. Τόμος Α΄ Εκδόσεις Χρυσός Τύπος. Αθήνα 1987.

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. «Ειδική Νοσολογία». Έκδοσις Δ΄. Τόμος δεύτερος Επιστημονικές Εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Ναυαρίνου 20 Αθήνα 1984.

ΓΚΟΥΜΑΣ - ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ. «Υγεία, Οδηγός Υγιεινής». Γενική Ιατρική Χειρουργική. Τόμος έκτος, Εκδόσεις «Δομική Ο.Ε.» Αθήνα 1989.

DAVID G. FERRIMAN - IAN C. GILLIALAND. Επίτομος Ενδοκρινολογία μετά στοιχείων μεταβολισμού. Επιστημονικές Εκδόσεις: Γρηγόριος Κ. Παρισιανός, Αθήνα 1973.

HARRISON. Εσωτερική Παθολογία. Τόμος Α΄. Επιστημονικές εκδόσεις «Γρηγορίου Κ. Παρισιανού», 10η Έκδοση. Αθήνα 1986.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Τόμος Β΄ - Μέρος 1ο Έκδοσις «Η ΤΑΒΙΘΑ» Σ.Α. Αθήνα 1992.

ΡΕΓΚΛΗ ΕΛΕΝΗ. Νοσηλευτική φροντίδα χειρουργικών παθήσεων θυρεοειδούς. 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο νοσηλευτριών/νοσηλευτών Χειρουργείου. Πρακτικά 1-3 Οκτωβρίου 1993 Ξενοδοχείο Πόρτο-Ρίο

Πάτρας σελ. 85 - 103.

ΡΟΥΣΟΥ Χ.Ν. Δεοντολογία - Άσκηση Νοσηλευτικού Λειτουργήματος -
Νοσηλευτική τ. Θ΄ Πανελλήνιον Νοσηλευτικό συνέδριο. Πρακτικά '82.
Αθήνα 1983 σελ. 155 - 160.

ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ. Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική. Τόμος 2ος / Μέρος Α΄ Γ΄ επανέκδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ
medical arts, Αθήνα 1993.

WILLIAM CAMPBELL, M.D. - MARK FRISSE, M.D. - Editors. Manual
θεραπευτικής. Νέα 24η έκδοση. Μετάφραση - Επιμέλεια Νικολάου
Μαυρίκου Ιατρού Παθολόγου. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
Αθήνα 1990.

