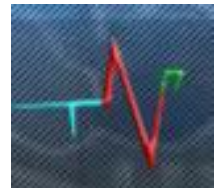




**Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ**  
**ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ»**



**ΓΚΙΟΥΣΗ ΕΛΕΝΗ**  
**ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2016**

## *ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ*

*Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε αρχικά να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον καθηγητή μας κ. Ρόμπολα Περικλή για την υπομονή, την καθοδήγηση αλλά και τις χρήσιμες συμβουλές του σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, για την ψυχολογική υποστήριξη που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	5
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ.....	5
1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	5
1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	11
ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....	11
ΟΡΙΣΜΟΣ.....	11
2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	11
2.2 ΤΥΠΟΙ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ.....	12
2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ.....	15
2.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	18
2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	20
2.7.1 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....	20
2.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	24
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ.....	24
3.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ.....	24
3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	28
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ.....	28
4.1 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....	28
4.2 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	33
4.3 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	40
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....	40
5.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	40
5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	42
5.3 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ.....	45

5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ.....	58
5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ .....	60
5.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ .....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	64
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ .....	64
6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄ .....	64
6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄ .....	73
6.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Γ΄ .....	82
6.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Δ΄.....	89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	95

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ

#### 1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από ένα κεντρικό και ένα περιφερικό τμήμα. Το κεντρικό τμήμα του νευρικού συστήματος ονομάζεται Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και αποτελείται από τον Νωτιαίο Μυελό και τον Εγκέφαλο. Το περιφερικό τμήμα του νευρικού συστήματος ονομάζεται Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ) και αποτελείται από τα νεύρα. Σε αντίθεση με το ΚΝΣ που περιβάλλεται από οστείνες δομές (κρανίο και σπονδυλική στήλη) το ΠΝΣ δεν προστατεύεται από οστά.

Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου έχει 100 δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα. Το νευρικό κύτταρο αποτελεί τη βασική δομική και λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος. Τα νευρικά κύτταρα έχουν βασικές διαφορές στη μορφολογία τους από τα υπόλοιπα κύτταρα του σώματος. Για παράδειγμα, τα ερυθροκύτταρα, τα επιθηλιακά κύτταρα ή τα ηπατικά κύτταρα είναι σχεδόν ισομετρικά (τετράγωνο/κυκλικό) και επιτελούν τοπική λειτουργία στο όργανο στο οποίο βρίσκονται ή μεταφέρονται (για τα ερυθροκύτταρα).

Αντίθετα, τα νευρικά κύτταρα, εκτός από το κυτταρικό σώμα που έχουν, περιλαμβάνουν και πολλές λεπτές αποφυάδες ή ίνες, οι οποίες εκφύονται από το σώμα και έχουν αρκετά μεγάλο μήκος από κάποιες εκατοντάδες μικρόμετρα έως 1 μέτρο. Έτσι, το σώμα ενός νευρικού κυττάρου μπορεί να βρίσκεται σε μια περιοχή του νευρικού συστήματος, αλλά ο άξονάς του να μεταδίδει το σήμα του νευρικού κυττάρου σε μια άλλη περιοχή του νευρικού συστήματος, αρκετά απομακρυσμένη από την πρώτη. Υπάρχουν 2 ειδών αποφυάδες σε ένα νευρικό κύτταρο: 1) Οι δενδρίτες και 2) ο άξονας. Οι βασικές διαφορές μεταξύ των 2 αυτών ειδών είναι:

- Ø Οι δενδρίτες που εκφύονται από το κυτταρικό σώμα μπορεί να είναι από ένας έως κάποιες δεκάδες, ενώ μόνο ένας άξονας εκφύεται από το κυτταρικό σώμα.
- Ø Οι δενδρίτες αποτελούν το/τα σημείο/α εισόδου ερεθισμάτων στο νευρικό κύτταρο, ενώ ο άξονας αποτελεί το σημείο εξόδου.
- Ø Οι δενδρίτες έχουν μεγαλύτερη διάμετρο από τους άξονες.

Ø Οι δενδρίτες είναι ακανθωτοί, δηλαδή έχουν διάφορες προεξοχές στην κυτταρική τους μεμβράνη που ονομάζονται άκανθες, ενώ οι άξονες είναι λείοι.

Ø Βαθμιδωτά δυναμικά στους δενδρίτες, δυναμικά ενεργείας στον άξονα. Οι δενδρίτες και ο άξονας πολλές φορές μπορεί να είναι πολύ απομακρυσμένοι από το κυτταρικό σώμα, κι έτσι να μη μπορούν να βασίζονται στις διαδικασίες της μετάφρασης στο σώμα για την παροχή με τις απαραίτητες πρωτεΐνες. Έτσι, έχει βρεθεί ότι υπάρχουν ριβοσώματα καθώς και όλη η μηχανή της μετάφρασης και μετέπειτα επεξεργασίας πρωτεϊνών στους δενδρίτες.

Ο άξονας περιβάλλεται από τη μυελίνη. Το έλυτρο της μυελίνης είναι η δομή που περιβάλλει τους περισσότερους νευράξονες, του περιφερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος και αποτελεί χαρακτηριστικό εξελικτικό γνώρισμα των σπονδυλωτών. Είναι μια εξειδικευμένη μεμβράνη του γλοιακού κυττάρου που σχηματίζει έναν αριθμό στοιβάδων, οι οποίες διατάσσονται σπειροειδώς γύρω από το νευράξονα. Στις σπειροειδείς περιελίξεις της γλοιακής μεμβράνης το κυτταρόπλασμα εκτοπίζεται, λόγω της συμπίεσης σχηματίζοντας τη συμπαγή μυελίνη, η οποία αποτελεί το 99% της συνολικής μυελίνης.

Τα νευρογλοιακά κύτταρα που συμμετέχουν στο σχηματισμό του ελύτρου της μυελίνης είναι τα κύτταρα Schwann στο περιφερειακό νευρικό σύστημα και τα ολιγοδενδροκύτταρα στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η μυελίνη είναι πολύ σημαντική για τη λειτουργία των νευρικών κυττάρων, καθώς αυξάνει την ταχύτητα μετάδοσης του δυναμικού ενεργείας, και έτσι επιτρέπει την αποτελεσματική μετάδοση του δυναμικού ενεργείας σε άξονες με πολύ μεγάλο μήκος. Εκτός από τα ολιγοδενδροκύτταρα και τα κύτταρα Schwann, τα αστροκύτταρα είναι ένα τρίτο είδος νευρογλοιακών κυττάρων. Τα αστροκύτταρα έχουν κυρίως υποστηρικτικό ρόλο συμμετέχοντας στην παροχή θρεπτικών ουσιών, στην απομάκρυνση τοξικών ουσιών, στην επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών από τη σύναψη, κ.ά.

Τα νευρικά κύτταρα επικοινωνούν μεταξύ τους με συνάψεις ειδικές δομές όπου το τερματικό του άξονα ενός νευρικού κυττάρου έρχεται σε πολύ κοντινή απόσταση με τον δενδρίτη ενός άλλου νευρικού κυττάρου. Το νευρικό κύτταρο το οποίο στέλνει ένα ηλεκτρικό σήμα προς τη σύναψη μέσω του άξονα

ονομάζεται προσυναπτικός νευρώνας. Ο προσυναπτικός νευρώνας εκλύει μια ουσία, το νευροδιαβιβαστή, η οποία δρα στη μεμβράνη του δενδρίτη του άλλου νευρικού κυττάρου, το οποίο ονομάζεται μετασυναπτικός νευρώνας. Οι συνάψεις συνήθως εντοπίζονται στους δενδρίτες του μετασυναπτικού νευρώνα, αλλά μπορούν επίσης να βρεθούν και στο κυτταρικό σώμα και στον άξονα. Έτσι, έχουμε αξο-δενδριτικές συνάψεις, αξο-σωματικές και αξο-αξονικές συνάψεις, αντίστοιχα. Ειδικά στους δενδρίτες υπάρχουν συγκεκριμένες δομές, οι οποίες ονομάζονται άκανθες. Οι αξο-δενδριτικές συνάψεις μπορούν να βρεθούν στην κεφαλή της άκανθας, στο λαιμό της άκανθας, ή στο δενδριτικό κλάδο μεταξύ ακάνθων.

Τα ηλεκτρικά σήματα παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη λειτουργία και επικοινωνία των νευρικών κυττάρων. Τα ηλεκτρικά σήματα σε ένα κύτταρο δημιουργούνται από τη μεταφορά ιόντων μέσω εξειδικευμένων πρωτεϊνών, των διαύλων ιόντων. Οι διάυλοι ιόντων είναι διαμεμβρανικές πρωτεΐνες οι οποίες όταν ανοίγουν, μέσα από αυτές περνάνε κάποια ιόντα. ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ), ανάλογα με την ηλεκτροχημική τους διαβάθμιση. Η μετακίνηση ιόντων προκαλεί αλλαγές στο δυναμικό της μεμβράνης, δημιουργώντας ηλεκτρικά σήματα. Δύο βασικά είδη ηλεκτρικών σημάτων συμμετέχουν σε μια σύναψη:

α) το δυναμικό ενεργείας, το οποίο εκλύεται στους άξονες των νευρικών κυττάρων, και αποτελεί τον κώδικα λειτουργίας/επικοινωνίας των νευρικών κυττάρων, και

β) το μετασυναπτικό δυναμικό που είναι μια αλλαγή στο δυναμικό της μεμβράνης εξαιτίας της δράσης του νευροδιαβιβαστή. Το δυναμικό ενεργείας εκλύεται ως 'όλον ή ουδέν', και κάθε φορά που εκλύεται έχει ακριβώς το ίδιο σχήμα και μέγεθος. Αντίθετα, το μετασυναπτικό δυναμικό μπορεί να αυξομειώσει το μέγεθός του, ανάλογα με την ποσότητα και τη δράση του νευροδιαβιβαστή: Τα είδη των ηλεκτρικών σημάτων. Όταν πολλές συνάψεις ενεργοποιούνται σε ένα νευρικό κύτταρο, τα μετασυναπτικά δυναμικά ολοκληρώνονται και, αν η αλλαγή στο δυναμικό της μεμβράνης του κυτταρικού σώματος ξεπεράσει την οδό (ή κατώφλιο), τότε το νευρικό κύτταρο θα εκλύσει δυναμικό ενεργείας.

Τα νευρικά κύτταρα μπορούν να καταταχθούν σε κατηγορίες ανάλογα με τη μορφολογία τους, το νευροδιαβιβαστή που εκλύουν, τις διάφορες πρωτεΐνες που εκφράζουν ή με τη λειτουργία τους.

- 1) Βάσει της μορφολογίας των αποφυάδων, υπάρχουν μονόπολα, ψευδομονόπολα, δίπολα, και πολύπολλα νευρικά κύτταρα.
- 2) Βάσει του νευροδιαβιβαστή που εκλύουν, υπάρχουν γλουταματεργικοί, GABAεργικοί, ντοπαμινεργικοί, νοραδρενεργικοί, και σεροτονινεργικοί νευρώνες.
- 3) Βάσει του σχήματος του κυτταρικού σώματος, υπάρχουν πυραμιδικοί νευρώνες, κοκκώδη κύτταρα ή αστεροειδή κύτταρα.
- 4) Βάσει της λειτουργίας τους, υπάρχουν οι αισθητικοί νευρώνες, κινητικοί νευρώνες, διεγερτικοί ή ανασταλτικοί νευρώνες.

## **1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ-ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

Ο εγκέφαλος κυριαρχείται από τον όγκο των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Αυτά παρουσιάζουν εξωτερικά έλικες οι οποίες καταδύονται και σχηματίζουν σχισμές και αποτελούνται από τη φαιά ουσία και εσωτερικά από τη λευκή ουσία. Στην επιφάνεια ορισμένων ελίκων εντοπίζονται εξειδικευμένα αισθητικά και κινητικά κέντρα. Τα δύο ημισφαίρια χωρίζονται μεταξύ τους από τη μεγάλη επιμήκη σχισμή. Η σχισμή δέχεται προεκβολή της σκληρής μήνιγγας, το δρέπανο του εγκεφάλου, ενώ στο βάθος της διακρίνεται το μεσολόβιο, το οποίο περιέχει συνδετικές ίνες που συνδέουν αντίστοιχες περιοχές των δύο ημισφαιρίων. Το εγκεφαλικό στέλεχος αποκαλύπτεται πλήρως όταν ο εγκέφαλος επισκοπείται από τη πρόσθια επιφάνεια, αν και οι σχέσεις του μέσου εγκεφάλου φαίνονται καλύτερα σε οβελιαία τομή. Από το εγκεφαλικό στέλεχος εκφύονται τα εγκεφαλικά νεύρα III έως XII. Στην οπίσθια επιφάνεια του εγκεφαλικού στελέχους βρίσκεται η παρεγκεφαλίδα. Το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας βρίσκεται κανονικά μεταξύ της παρεγκεφαλίδας και το οπίσθιο τμήμα των εγκεφαλικών σκελών (ινιακοί λοβοί).

### **Στέλεχος**

Το στέλεχος αποτελεί μόνο ένα μικρό τμήμα του συνόλου του εγκεφάλου, αλλά είναι πολύ σημαντικό. Μέσω αυτού διέρχονται οι νευρικές ίνες των δεματίων που ενώνουν το νωτιαίο μυελό με τον εγκέφαλο, οι οποίες είναι βασικές για τη λήψη αισθητικών πληροφοριών από τα άκρα για τον έλεγχο αυτών. Επίσης περιέχει τους εγκεφαλικούς πυρήνες και τις απολήξεις πολλών



εγκεφαλικών νεύρων διαμέσου των οποίων ο εγκέφαλος νευρώνει την περιοχή της κεφαλής. Επιπλέον, μέσα στο εγκεφαλικό στέλεχος βρίσκονται τα κέντρα που ελέγχουν ζωτικές λειτουργίες, όπως η αναπνοή και το καρδιαγγειακό σύστημα.

### ***Εγκεφαλικά νεύρα***

Ο εγκέφαλος λαμβάνει αισθητικές πληροφορίες από την περιφέρεια και ελέγχει το τράχηλο και τη κεφαλή. Προσαγωγές και απαγωγές ίνες φέρονται στα 12 εγκεφαλικά νεύρα τα οποία προσδιορίζονται με ειδικά ονόματα και με τους λατινικούς αριθμούς I-XII. Ορισμένα εγκεφαλικά νεύρα περιέχουν μόνο αισθητικές ή κινητικές ίνες αλλά τα περισσότερα, όπως τα νωτιαία νεύρα είναι μικτά. Τα πρώτα δύο εγκεφαλικά νεύρα (I οσφρητικό, II οπτικό) εισέρχονται στο πρόσθιο εγκέφαλο, ενώ τα υπόλοιπα στο στέλεχος. Μέσα στο εγκεφαλικό στέλεχος βρίσκονται αθροίσεις νευρικών κυττάρων, που ονομάζονται πυρήνες των εγκεφαλικών νεύρων.

### ***Παρεγκεφαλίδα***

Η παρεγκεφαλίδα συνδέεται με το εγκεφαλικό στέλεχος, με μια μεγάλη μάζα νευρικών ινών που βρίσκονται στα πλάγια της τέταρτης κοιλίας. Οι νευρικές ίνες συνιστούν τρία μεγάλα ζεύγη, τα άνω, τα μεσαία και τα κάτω παρεγκεφαλιδικά σκέλη. Τα σκέλη αυτά συνδέουν την παρεγκεφαλίδα με τον προμήκη μυελό, τη γέφυρα και το μέσο εγκέφαλο αντίστοιχα. Τα μεγαλύτερα παρεγκεφαλιδικά σκέλη είναι τα μέσα και είναι τα μόνα τα οποία διακρίνονται εύκολα χωρίς περαιτέρω ανατομική παρασκευή. Η παρεγκεφαλίδα αποτελείται από μια εξωτερική στιβάδα φαιάς ουσίας, τον παρεγκεφαλιδικό φλοιό, που περιβάλλει τη λευκή ουσία. Ο παρεγκεφαλιδικός φλοιός παρουσιάζει έλικες και σχισμές που σχηματίζουν τα παρεγκεφαλιδικά λόβια. Η λευκή ουσία της παρεγκεφαλίδας αποτελείται από νευρικές ίνες που φέρονται προς και από το φλοιό. Η παρεγκεφαλίδα έχει σχέση με το συντονισμό των κινήσεων και ενεργεί στο σύνολο του ασυνείδητου επιπέδου.

### ***Φλοιός του εγκεφάλου***

Ο εγκεφαλικός φλοιός είναι υπεύθυνος για την ενσυνείδητη αντίληψη, τη σκέψη, τη μνήμη και τη διάνοηση. Είναι η περιοχή στην οποία όλες οι αισθητικές λειτουργίες ανέρχονται, διαμέσου του θαλάμου και όπου αυτές ενσυνείδητα γίνονται αντιληπτές και ερμηνεύονται υπό το φως των

προηγούμενων εμπειριών. Ο εγκεφαλικός φλοιός είναι το κύριο επίπεδο στο οποίο απεικονίζεται το κινητικό σύστημα.

- Ø Ο οπίσθιος εγκέφαλος λαμβάνει αισθητικές πληροφορίες από τον έξω κόσμο στην αρχέγονη αισθητική περιοχή του βρεγματικού λοβού (σωματοαισθητική), του ινιακού λοβού (όραση) και του κροταφικού λοβού (ακοή).
- Ø Σε παρακείμενες φλοιώδης περιοχές, οι πληροφορίες επεξεργάζονται ώστε να επιτραπεί η αναγνώριση των αντικειμένων με την αφή, την όραση και την ακοή σε μία ειδική τροποποιητική λειτουργία αίσθησης. Οι περιοχές του φλοιού στη συνένωση των τριών εγκεφαλικών λοβών, γνωστές ως συνειρμικές περιοχές, είναι κρίσιμες για τις αλλαγές και την αναγνώριση του περιβάλλοντος χώρου.
- Ø Το έσω τμήμα των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (μεταιχμιακό σύστημα) δίνει τη δυνατότητα στην αποθήκευση και ανάκτηση των πληροφοριών, που καταφθάνουν στα οπίσθια ημισφαίρια.
- Ø Ο πρόσθιος εγκέφαλος (μετωπιαίοι λοβοί) έχει σχέση με την οργάνωση της κίνησης (αρχέγονος κινητική περιοχή) και τη διάπλαση της προσωπικότητας του ατόμου (προμετωπιαία περιοχή).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

#### **2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ**

Το ΑΕΕ ορίζεται, σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), ως μια οξεία εστιακή νευρολογική δυσλειτουργία αγγειακής αιτιολογίας, με αιφνίδια ή ταχεία εμφάνιση συμπτωμάτων που παραμένουν - όταν δεν πρόκειται για παροδικό επεισόδιο-, για διάστημα μεγαλύτερο των 24 ωρών. Το ΑΕΕ είναι ένα ετερογενές σύνδρομο κατά το οποίο ποικίλες διαταραχές οδηγούν στην απόφραξη ή στη ρήξη ενός αγγείου που τροφοδοτεί τον εγκέφαλο. (WHO, 2004)

Οι νευρώνες μετά από στέρση οξυγόνου υφίστανται μη αναστρέψιμη βλάβη και νεκρώνονται σε λίγα λεπτά. Έτσι, στο ισχαιμικό ΑΕΕ, όταν ένα αγγείο αποφραχθεί, δημιουργείται στις περιοχές που αιματώνει μια κεντρική ζώνη νέκρωσης, όμως γύρω από αυτήν υπάρχουν περιοχές μειωμένης άρδευσης, όπου τα κύτταρα λαμβάνουν χαμηλή αιματική ροή η οποία μόλις και μετά βίας διατηρεί τους λειτουργικά ανεπαρκείς νευρώνες ζωντανούς. Αυτή η περιοχή ιστικής ισχαιμίας αποκαλείται «ισχαιμική παρασκιά (penumbra)» ή «λυκοφωτική ζώνη». Εάν η επαναιμάτωση της περιοχής αυτής γίνει γρήγορα, οι νευρώνες ανακτούν πλήρη λειτουργικότητα και ο ασθενής βελτιώνεται, όμως χωρίς επαναιμάτωση η λειτουργική ανεπάρκεια των νευρώνων εξελίσσεται σε δομική και μη αναστρέψιμη βλάβη. Έτσι, η βαρύτητα του ισχαιμικού ΑΕΕ εξαρτάται από το βαθμό της μείωσης της εγκεφαλικής αιματικής ροής και από το χρόνο που μεσολαβεί μέχρι την επαναιμάτωση. (Χατζητόλιος και συν, 2007)

#### **2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Τα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια (ΑΕΕ) είναι επείγοντα ιατρικά περιστατικά με θνητότητα υψηλότερη ακόμη και από τις περισσότερες μορφές καρκίνου. Αποτελούν διεθνώς την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου (μετά από τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο) και ταυτόχρονα την πιο συχνή αιτία μόνιμης αναπηρίας. Παγκοσμίως, η ετήσια επίπτωση των ΑΕΕ εκτιμάται ότι

φθάνει τα 300 ανά 100.000 άτομα του γενικού πληθυσμού. (Brainin et al., 2000)

Για την Ελλάδα, επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η ετήσια επίπτωση των ΑΕΕ κυμαίνεται περίπου στους 310/100.000 για ασθενείς 45–85 ετών, με αυξητική μάλιστα τάση, λόγω της αύξησης του επιπολασμού πολλών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, αλκοόλ, καρδιοπάθεια κ.λπ.). Οι άνδρες προσβάλλονται πιο συχνά (362/100.000) από τις γυναίκες (271/100.000).

Παρά το ολοένα και μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας που αποδίδεται σε αυτά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σύμφωνα με τα στοιχεία του WHO (WHO, 2004) ποσοστό άνω του 30% των ασθενών με ΑΕΕ καταλήγουν σε θάνατο κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά την εκδήλωση ενός ΑΕΕ. Η θνησιμότητα στην Ελλάδα φθάνει στις 130 περιπτώσεις/100.000 πληθυσμού. Ένα μήνα μετά από το ΑΕΕ, το 26% των ασθενών έχει ήδη πεθάνει. Ένα χρόνο μετά το ΑΕΕ, η θνητότητα έχει φθάσει στο 37% και, από τους επιζώντες, το ένα τρίτο περίπου είναι ανάπηροι που χρειάζονται συνεχή βοήθεια, υποστήριξη και επίβλεψη από άλλο (συγγενικό ή μη) πρόσωπο. Αυτοί οι αριθμοί τεκμηριώνουν το ότι η επίπτωση του ΑΕΕ στην Ελλάδα είναι στις υψηλότερες θέσεις αυτής των αναπτυγμένων χωρών της δυτικής Ευρώπης και της βόρειας Αμερικής, ιδίως όμως ότι η πρόγνυσή του είναι πιο βαριά. (Vemmos et al., 2000)

Η Ελλάδα επίσης, βρέθηκε να έχει θνητότητα από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, διορθωμένη ως προς την ηλικία, υψηλότερη κατά 50% από την αντίστοιχη μέση θνητότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βρίσκεται κοντά στις θνητότητες που καταγράφονται σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Σ' αυτό συντελούν η ανεπαρκής αντιμετώπιση των ΑΕΕ στην οξεία φάση και η ουσιαστική έλλειψη οργανωμένων εξω- ή ενδονοσοκομειακών προγραμμάτων αποκατάστασης χρονίως πασχόντων. Επιπροσθέτως, τα ΑΕΕ προκαλούν μεγάλο οικονομικό κόστος στους πάσχοντες, στις οικογένειές τους και στη χώρα και λόγω αύξησης της συχνότητάς τους αποτελούν μείζονα πρόκληση για τους σχεδιαστές χάραξης πολιτικής υγείας. (Χατζητόλιος και συν, 2007)

### **2.3 ΤΥΠΟΙ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

Το Α.Ε.Ε. ταξινομείται ανάλογα με την παθογένεια του σε Α.Ε.Ε. αιμορραγικού και ισχαιμικού τύπου. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 20% των Α.Ε.Ε είναι αιμορραγικού τύπου και περίπου το 80% ισχαιμικού τύπου, εκ των οποίων περίπου τα 2/3 των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι αθηροθρομβωτικά. Το 35% των ασθενών που εμφάνισαν ισχαιμικό επεισόδιο μπορεί να επαναπροσβληθούν τα επόμενα πέντε χρόνια.

Το Α.Ε.Ε. αιμορραγικού τύπου, δηλαδή η αποδέσμευση μεγάλης ποσότητας αίματος εντός του κρανίου, οδηγεί σε νέκρωση του εγκεφαλικού ιστού. Η έναρξή του είναι αιφνίδια και παρατηρείται αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης επειδή απωθείται η εγκεφαλική μάζα. Το Α.Ε.Ε. ισχαιμικού τύπου δηλ., η μείωση της ροής του αίματος προς μια περιοχή του εγκεφάλου μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφορετικής αιτιολογίας. Η ισχαιμία προκαλεί προσωρινή ή μόνιμη βλάβη του εγκεφαλικού ιστού και μπορεί να προκληθεί από τρεις διαφορετικούς μηχανισμούς: τη θρόμβωση, την εμβολή και τη συστηματική πτώση της αρτηριακής πίεσης. Παρότι, το ισχαιμικό επεισόδιο αποτελεί το πιο συνηθισμένο τύπο Α.Ε.Ε., εντούτοις η αιτιοπαθολογία του διαφέρει. Όμως, κοινός παράγοντας όλων των διαφορετικών τύπων των ισχαιμικών επεισοδίων είναι, ότι η αιτία της βλάβης και η ανοξία του ιστού, προκαλείται από την διακοπή της εγκεφαλικής συστηματικής ροής. (Δοκουσιδίου και συν., 2009)

Σήμερα με τη χρήση της αξονικής και της μαγνητικής τομογραφίας το Α.Ε.Ε. ισχαιμικού τύπου διακρίνεται σε Θρομβωτικό, Εμβολικό, Κενοτοπιώδες, Αγνώστου Αιτιολογίας, Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο(ΠΙΕ) και Α.Ε.Ε λόγω Συστηματικής Χαμηλής Ροής αίματος.

Στο Α.Ε.Ε, Θρομβωτικού τύπου δημιουργείται βλάβη και στένωση του αγγειακού τοιχώματος λόγω αρτηριοσκλήρωσης, η οποία βλάπτει κυρίως τα μεγάλα ενδοκράνια και εξωκράνια αγγεία εν αντιθέσει με τα μικρά αγγεία τα οποία βλάπτονται κυρίως από την υπέρταση. Η πιο συχνή αιτία πρόκλησης Α.Ε.Ε. είναι η στένωση των καρωτίδων λόγω δημιουργίας πλάκας αθηρώματος. Όταν ο βαθμός στένωσης του αυλού μιας καρωτίδας αρτηρίας ξεπεράσει το 70% της διαμέτρου του αυλού της, η κλινική αντιμετώπιση είναι αναγκαία.

Το Α.Ε.Ε Εμβολικού τύπου οφείλεται κυρίως σε παθολογικό πήγμα (έμβολο), το οποίο μετά τον σχηματισμό του έχει αποσπασθεί μέσα σε ένα αγγείο και έχει την τάση να φράσσει τα στεφανιαία αγγεία και τα αγγεία του εγκεφάλου. Το Α.Ε.Ε εμβολικού τύπου μπορεί να είναι καρδιακής αιτιολογίας ή αγγειακής αιτιολογίας.

Ως Κενοτοπιώδες Α.Ε.Ε ορίζεται το έμφρακτο από νόσο μικρών αγγείων (lacunar) και αφορά βλάβες των αγγείων του δικτύου του κύκλου του Willis. Οφείλονται σε χρόνια υπέρταση και σε μικροαγγειοπάθειες λόγω σακχαρώδη διαβήτη.

Το Α.Ε.Ε, λόγω Συστηματικής Χαμηλής Ροής αίματος, οφείλεται σε μειωμένη παροχή αίματος στον εγκεφαλικό ιστό λόγω συνεχούς χαμηλής αρτηριακής πίεσης. Οι πιο κοινές αιτίες είναι: η καρδιακή ανεπάρκεια, συχνά οφειλόμενη σε έμφραγμα μυοκαρδίου ή αρρυθμία και η συστηματική υπόταση εξ αιτίας απώλειας αίματος ή υποογκαιμίας. (Carlan, 2000)

Ως Ισχαιμικά επεισόδια αγνώστου αιτιολογίας, ορίζονται εκείνα που είναι δύσκολο να καταλήξουμε σε κάποιο γνωστό μηχανισμό πρόκλησης. Ως Παροδικό Ισχαιμικό Επεισόδιο (ΠΙΕ) ορίζεται το επεισόδιο διάρκειας μικρότερης των 24 ωρών, το οποίο δεν προκαλεί έμφρακτο ή υπολειμματικό νευρολογικό έλλειμμα. Το 50% των ΠΙΕ διαρκεί λιγότερο από 15 min και ένα μικρό ποσοστό διαρκεί περισσότερο από 2-3 ώρες, με οξεία νευρολογική συμπτωματολογία από το καρωτιδικό ή σπονδυλοβασικό σύστημα. Παρότι, τα ΠΙΕ, έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται, εντούτοις δεν καταλήγουν σε έμφρακτο. Όταν όμως τα ΠΙΕ διαρκούν πάνω από μία ώρα, πολύ συχνά εγκαταλείπουν μικρά έμφρακτα αλλά η λειτουργική αποκατάσταση του ασθενή είναι πλήρης. Η παρουσία ΠΙΕ αυξάνει τον κίνδυνο για Α.Ε.Ε. και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 30 – 40% εκείνων που εμφάνισαν παροδικό επεισόδιο, θα προσβληθούν σύντομα από ένα ολοκληρωμένο Α.Ε.Ε. (Δοκουτσίδου και συν., 2009)

## **2.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ**

Ο εγκέφαλος είναι ο περισσότερο δραστήριος μεταβολικά ιστός. Ενώ αντιπροσωπεύει μόνο το 2% του βάρους σώματος εν τούτοις καταναλώνει το 15-20% της καρδιακής παροχής για τις μεταβολικές ανάγκες του σε O<sub>2</sub> και

γλυκόζη. Τα ισχαιμικά ΑΕΕ προκύπτουν από γεγονότα που περιορίζουν ή διακόπτουν την αιματική ροή, όπως εμβολή, τοπική θρόμβωση ή σχετική υποάρδευση. Καθώς η αιματική ροή μειώνεται, οι νευρώνες παύουν να λειτουργούν και επέρχεται μη αναστρέψιμη ισχαιμική βλάβη. Η διαδικασία σε κυτταρικό επίπεδο αναφέρεται ως ισχαιμικός καταρράκτης. Πυροδοτείται εντός δευτερολέπτων από την διακοπή της παροχής O<sub>2</sub> ή γλυκόζης προς τους νευρώνες. Είναι μια περίπλοκη ακολουθία αντιδράσεων που ξεκινάει με τη διακοπή της ηλεκτροφυσιολογικής λειτουργίας των κυττάρων. Ο κυτταρικός μεταβολισμός μεταπίπτει από αερόβιο σε αναερόβιο. Η συνεχιζόμενη έλλειψη του ATP οδηγεί σε ανεπάρκεια των κυτταρικών ιοντικών αντλιών με συνέπεια αύξηση της ενδοκυττάριας συγκέντρωσης νατρίου και ασβεστίου. Οι κυτταροτοξικές αντιδράσεις που πυροδοτούνται από την αύξηση του ενδοκυττάριας ασβεστίου οδηγούν στην απελευθέρωση διεγερτικών αμινοξέων (γλουταμάτη), στην ενεργοποίηση πρωτεϊνών, ενδονουκλεασών, φωσφολιπασών, συνθετάσης του νιτρικού οξειδίου (NO) και στον σχηματισμό ελευθέρων ριζών. (Γιαννάκου, 2011)

Το οξύ ΑΕΕ χαρακτηρίζεται από αιφνίδια απώλεια της κυκλοφορίας σε μια περιοχή του εγκεφάλου με συνέπεια τη σύστοιχη απώλεια της νευρολογικής λειτουργίας. Η επακόλουθος νευρωνική και νευρογλοιακή βλάβη προκαλεί, τις επόμενες ώρες έως ημέρες μετά το ΑΕΕ, επεκτεινόμενο οίδημα στην περιοχή, με επίταση των κλινικών συμπτωμάτων. Μία οξεία αγγειακή απόφραξη προκαλεί σύστοιχα ανομοιογενείς περιοχές ισχαιμίας: στις περιοχές χωρίς αιμάτωση τα κύτταρα θα νεκρωθούν εντός λεπτών ενώ στις περιοχές με οριακή αιμάτωση (ischemic penumbra) τα κύτταρα είναι βιώσιμα για αρκετές ώρες. (Γιαννάκου, 2011)

## **2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ**

Το Α.Ε.Ε αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο, για την οποία ευθύνονται αλληλοεπιδρώμενοι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, οι παράγοντες πρόκλησης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ταξινομούνται ανάλογα με τη δυνατότητα τροποποίησής τους, σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους (modifiable, non modifiable). Μερικοί από τους τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου έχουν καλά

επιβεβαιωθεί (well documented) από επιστημονικές μελέτες και έχει βρεθεί, ότι μετά από ανάλογη παρέμβαση μειώθηκε ο κίνδυνος για την εμφάνιση εγκεφαλικού. (Δοκουτσίδου και συν., 2009)

Οι μη-τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:

- Η ηλικία, όπου ο κίνδυνος διπλασιάζεται σε κάθε διαδοχική δεκαετία ζωής μετά τα 55 χρόνια, παράγοντας, που οφείλεται κυρίως στη γήρανση του καρδιαγγειακού συστήματος.
- Το φύλο, όπου παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης Α.Ε.Ε στους άνδρες. Εξαίρεση αποτελούν οι γυναίκες ηλικίας 35-44 χρόνων και άνω των 85 χρόνων, όπου η συχνότητα εμφάνισης είναι υψηλότερη σε σχέση με τους άνδρες. Παρότι, δεν υπάρχει σαφής αιτιολογία για τη σχέση φύλου και Α.Ε.Ε, εντούτοις είναι πιθανόν να είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης παραγόντων. Για παράδειγμα, οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα επειδή παρουσιάζουν περισσότερους ενοχοποιητικούς παράγοντες, όπως είναι το κάπνισμα (είναι πιο βαριόκαπνιστές σε σχέση με τις γυναίκες) και η υπέρταση (είναι πιο συχνή στους άνδρες). Επιπλέον, οι γυναίκες είναι και ορμονικά προστατευμένες.
- Η εθνικότητα-Φυλή. Οι μαύροι και μερικοί Αμερικανοί Ισπανοί έχουν υψηλότερη συχνότητα εγκεφαλικού συγκρινόμενοι με τους λευκούς. Επίσης υψηλή συχνότητα εγκεφαλικού παρατηρείται στους Κινέζους και Γιαπωνέζους.
- Η κληρονομικότητα. Το κληρονομικό ιστορικό και από τους δυο γονείς μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο Α.Ε.Ε. Πιθανόν να υπάρχει γενετική προδιάθεση, η οποία επιβαρύνεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η κουλτούρα και ο τρόπος ζωής, κ.ά. (Allen, 2008)

Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι οι εξής:

- Η αρτηριακή πίεση. Τόσο η αυξημένη συστολική πίεση όσο και η απότομη πτώση της πίεσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση εγκεφαλικού. Ειδικότερα, η υπέρταση αποτελεί μείζον παράγοντα κινδύνου για Α.Ε.Ε., διότι αφενός αυξάνει τις τάσεις που δέχονται τα αγγεία ως αγωγοί αφετέρου καταστρέφει και τα τοιχώματα των αγγείων κάνοντάς τα θρομβογόνα.



- Κάπνισμα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τόσο οι καπνιστές όσο και οι μη-καπνιστές βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου, διότι το κάπνισμα (ενεργητικό-παθητικό) αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα που επιταχύνει την αθηρωμάτωση. Αντιθέτως, η διακοπή του καπνίσματος μειώνει το κίνδυνο για Α.Ε.Ε, κυρίως σε όσους καπνίζουν ελαφρά.
- Διαβήτη. Παρότι, ο κίνδυνος εμφάνισης Α.Ε.Ε σε διαβητικούς ασθενείς ποικίλει στις διάφορες ερευνητικές μελέτες, εντούτοις, οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στο συμπέρασμα, ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιος στους διαβητικούς ασθενείς και ειδικότερα στα ισουλινοεξαρτώμενα άτομα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.
- Καρωτιδική στένωση. Οι στενώσεις των καρωτίδων ευθύνονται για το 20%-30% των Α.Ε.Ε ισχαιμικής αιτιολογίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, μια συμπτωματική στένωση καρωτίδας της τάξης του 70-80%, είναι δυνατό σε διάστημα δυο χρόνων να προκαλέσει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που μπορεί να αφήσει αναπηρία στο 20%-30% των ασθενών. Ασθενείς με στένωση καρωτίδας της τάξης του 80-90% μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να παρουσιάσουν αναπηρία σε ποσοστό 30%. Εκείνοι δε με στένωση μεγαλύτερη από 90% διατρέχουν κίνδυνο που υπερβαίνει το 35%.
- Υπερλιπιδαιμία. Οι διαταραχές των τριγλυκεριδίων, της ολικής χοληστερόλης, της HDL και της LDL ευθύνονται για την αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αγγείων, αλλά και της καρωτίδας. Άτομα με αυξημένη ολική χοληστερόλη >500 mg/dl, η οποία αποτελεί κύριο συστατικό των LDL εμφανίζουν εκτεταμένη αρτηριοσκλήρυνση. (Hadjiev et al., 2003)
- Παθήσεις του αίματος. Οι συνηθέστερες παθήσεις που ευθύνονται για το Α.Ε.Ε ισχαιμικού τύπου είναι η δρεπανοκυτταρική αναιμία, η ιδιοπαθής πολυκυτταραιμία, η θρομβοκύττωση και η θρομβοκυταιμία, η διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, κ.ά.
- Καρδιακά νοσήματα. Αποτελούν τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου πρόκλησης Α.Ε.Ε. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όταν η καρδιά ανεπαρκεί - αδυνατεί για οποιοδήποτε λόγο να λειτουργήσει

φυσιολογικά ως αντλία, προκαλείται στάση του αίματος – λίμναση δημιουργία θρόμβου, ο οποίος φράσσει τις εγκεφαλικές αρτηρίες και είναι δυνατό να προκαλέσει Α.Ε.Ε. Ο σχηματισμός θρόμβου αποτελεί πηγή πρόκλησης εμβόλων, ενώ η συνηθέστερη θέση που δημιουργούνται τα έμβολα είναι κοντά ή μέσα στην καρδιά. Για παράδειγμα, στην κολπική μαρμαρυγή οι θρόμβοι σχηματίζονται στους κόλπους της καρδιάς οι οποίοι ανεπαρκούν να λειτουργήσουν ικανοποιητικά και είναι δυνατόν να δώσουν έμβολα στα στεφανιαία αγγεία ή στα αγγεία του εγκεφάλου. Επίσης, θρόμβος είναι δυνατόν να δημιουργηθεί όταν συνυπάρχει αγγειακή νόσος που προκαλεί βλάβη του ενδοθηλίου των αγγείων. Άλλα καρδιακά νοσήματα που αποτελούν παράγοντα κινδύνου για Α.Ε.Ε, είναι η βαλβιδοπάθεια, η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και κυρίως το έμφραγμα του μυοκαρδίου που σχετίζεται με την ανάπτυξη κολπικής μαρμαρυγής και αποτελεί κοινή αιτία για καρδιογενές έμβολο. (Δοκουσιδου και συν., 2009)

## 2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι νευρολογικές επιπτώσεις ενός εγκεφαλικού επεισοδίου κυμαίνονται από μικρές κινητικές διαταραχές μέχρι το βαθύ κώμα.

Στο Παροδικό Ισχαιμικό επεισόδιο , στο οποίο η παρεμπόδιση της αιματικής ροής στον εγκέφαλο διαρκεί λίγο, συνήθως όχι περισσότερο από 5 λεπτά, τα συμπτώματα υποχωρούν σύντομα. Τα σημεία και τα συμπτώματα εξαρτώνται από τον τύπο του συμβάντος που προκάλεσε το αγγειακό επεισόδιο και από την θέση του θρόμβου ή της αιμορραγίας. Μπορεί να εμφανιστεί:

- Ø Αδυναμία- μουδιάσματα (ημιπάρεση),
- Ø Αδυναμία έκφρασης ή κατανόησης του λόγου (αφασία) ,
- Ø Δυσκολία στην όραση(απώλεια ή μείωση της όρασης στο ένα ή και στα δυο μάτια) Απώλεια της ισορροπίας ή αποσυντονισμός των κινήσεων, δυσκολίες βαδίσματος
- Ø Έντονος πονοκέφαλος που εμφανίζεται ξαφνικά χωρίς να υπάρχει γνωστή αιτία
- Ø Μειωμένο επίπεδο συνείδησης και σύγχυση.

- Ø Ακράτεια και δυσκολία στην αφόδευση
- Ø Αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης λόγω εμφάνισης αιμορραγίας στον εγκέφαλο ή οιδήματος γύρω από τους νεκρωτικούς ιστούς .  
(Κορδιόλης, 1999)

Τα ελλείμματα στην κινητική λειτουργία επηρεάζουν:

την κινητικότητα,

- Ø την αναπνευστική λειτουργία,
- Ø την κατάποση και την ομιλία,
- Ø το αντανακλαστικό του εμέτου και την δυνατότητα αυτοφροντίδας.

Επειδή τα πυραμιδικά δεμάτια χιάζονται στο επίπεδο του προμήκους μυελού, η βλάβη των εγκεφαλικών κυττάρων στο δεξιό ημισφαίριο επηρεάζει την αριστερή πλευρά του σώματος, ενώ η βλάβη σε κύτταρα στο αριστερό ημισφαίριο επηρεάζει το δεξί ημιμόριο του σώματος. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει: ημιπληγία (παράλυση στο ένα ημιμόριο του σώματος) ή ημιπάρεση. Ο μυϊκός τόνος συνήθως είναι μειωμένος (χαλαρή παράλυση) στην αρχή, ενώ αργότερα αναπτύσσεται σπαστικότητα και επίταση των αντανακλαστικών. Είναι πολύ σημαντικό τα διάφορα μέλη του σώματος να διατηρούνται σε σωστή θέση για να προληφθεί η ανάπτυξη συσπάσεων. Οι διαταραχές του λόγου αφορούν στην έκφραση και την κατανόηση τόσο του γραπτού όσο και του προφορικού λόγου. Μπορεί να εμφανιστεί: αφασία ή δυσφασία (ελάχιστη λεκτική δραστηριότητα) ή κάποιος μικτός τύπος αφασίας. Δυσαρθρία (δυσκολία στην ομιλία), λόγω απουσίας μυϊκού ελέγχου της γλώσσας.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις μπορεί να είναι υπερβολικές μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και απρόβλεπτες. Πολλοί ασθενείς με εγκεφαλικό έχουν την τάση να κλαίνε εύκολα, γεγονός που τους κάνει να ντρέπονται. Η απογοήτευση από το να προσπαθεί κανείς να κάνει μια λειτουργία που στο παρελθόν του ήταν πάντα εύκολη, μπορεί να τον κάνει να κλάψει. Εναλλακτικά, ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει άγρια συναισθηματικά ξεσπάσματα και κάποιες φορές απρεπή λεκτική συμπεριφορά. Η μνήμη και η κρίση μπορούν να επηρεαστούν από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ικανότητα εκμάθησης μπορεί να διαταραχθεί, γεγονός που κάνει την εκ νέου εκμάθηση δραστηριοτήτων που θα προάγουν την ανεξαρτησία του ασθενούς, βραδεία.  
(Netter, 2009)

Χωρικά- αντιληπτικά ελλείμματα μπορεί να κάνουν τον ασθενή να αγνοεί πλήρως ερεθίσματα που προέρχονται από την προσβεβλημένη πλευρά του σώματός του. Πρέπει να μάθει να παρακολουθεί τα μέλη του σώματος του στην πάσχουσα πλευρά, έτσι ώστε να τα προστατεύει από τραυματισμούς. Η ομώνυμη ημιανοψία (τύφλωση σε μέρος του οπτικού πεδίου και στους δυο οφθαλμούς) επεκτείνει τα χωρικά-αντιληπτικά προβλήματα κάνοντας δύσκολη την εκτίμηση των αποστάσεων. Ο ασθενής διδάσκεται τρόπους να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του συγκεκριμένου ελλείμματος του οπτικού πεδίου. Η αγνωσία (αδυναμία αναγνώρισης ενός αντικειμένου με την όραση, την αφή ή την ακοή) δυσκολεύει την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Η αταξία (αδυναμία εκτέλεσης διαδοχικών κινήσεων μετά από διαταγή) επιτείνει τη δυσκολία στην επανάκτηση της ανεξαρτησίας.

Η ακράτεια ούρων και κοπράνων συχνά είναι παροδική μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η δυσκοιλιότητα εμφανίζεται λόγω της ακινησίας, της εξασθένησης των κοιλιακών μυών, της αφυδάτωσης και της μειωμένης ανταπόκρισης στο αντανακλαστικό της αφόδευσης. Η αδυναμία έκφρασης των αναγκών και η δυσκολία στη διαχείριση της ένδυσης συνεισφέρουν στην ακράτεια ούρων και κοπράνων και στην δυσκοιλιότητα. Με την πάροδο του χρόνου, τα προβλήματα αυτά μπορούν να ξεπεραστούν. (Κορδιόλης, 1999)

## **2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

### **2.7.1 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Η εξέταση πρέπει να περιλάβει όλους τους βασικούς τομείς της λειτουργίας του νευρικού συστήματος. Στην αρχή θα πρέπει να σημειωθεί το επίπεδο της εγρήγορσης. Αν δηλαδή ο ασθενής είναι ξύπνιος και αντιδρά κανονικά, παρουσιάζει υπνηλία ή λήθαργο ή αντιδρά μόνο με εξωτερικά ερεθίσματα (απάθεια, stupor) ή βρίσκεται σε κατάσταση απουσίας αντίδρασης ακόμα και σε έντονα εξωτερικά ερεθίσματα (κώμα). Η ψυχονοητική κατάσταση μπορεί να εξετασθεί στη διάρκεια λήψης του ιστορικού. Το άτομο που δίνει ένα συγκροτημένο και περιεκτικό ιστορικό με προσεκτική παράθεση λεπτομερειών και χρονικών χαρακτηριστικών των ενοχλημάτων έχει σχεδόν πάντα φυσιολογικές γνωστικές λειτουργίες. (Κορδιόλης, 1999)

Ελέγχονται:

- ∅ ο προσανατολισμός του ασθενούς, ιδιαίτερα στο χώρο και στο χρόνο,

- Ø η πρόσφατη μνήμη ζητώντας από τον ασθενή να επαναλάβει τρεις άσχετες μεταξύ τους λέξεις 5 λεπτά μετά την εκφώνησή τους,
- Ø η αφαιρετική ικανότητα, ζητώντας από τον ασθενή να ερμηνεύσει παροιμίες και να αναγνωρίσει ομοιότητες και διαφορές (π.χ μεταξύ αγοριού και νάνου, μήλου και αχλαδιού).

Συνήθως οι ασθενείς δεν έχουν αντίρρηση να υποβληθούν σε γνωστικές δοκιμασίες, αρκεί ο γιατρός να αρχίσει ευγενικά εξηγώντας τους ότι προτίθεται να εξετάσει τη μνήμη τους. Εκείνοι που αρνούνται συνήθως προσπαθούν να αποκρύψουν γνωστικές διαταραχές. Παρατηρείται η στάση και η βάρδια του ασθενούς, ο οποίος, αν είναι εφικτό, θα πρέπει να αφαιρέσει τουλάχιστον μερικά από τα ενδύματά του ώστε να είναι δυνατή η εξέταση της σπονδυλικής στήλης. Ο ασθενής πρέπει να στρέψει το σώμα του ζωηρά, να περπατήσει στις πτέρνες και στα δάχτυλα, να εκτελέσει βαθύ κάθισμα και να περπατήσει πάνω σε ευθεία γραμμή. Αν δεν έχει ουσιώδεις διαταραχές των κινητικών ή συντονιστικών λειτουργιών των κάτω άκρων και αν δεν παρουσιάζει συγκεκριμένα ενοχλήματα, δεν απαιτούνται άλλες εξετάσεις αυτών των λειτουργιών. (Andreoli, 2003)

Πρέπει επίσης, να εξετασθούν με γρήγορο ρυθμό η κινητικότητα των κορών, οι οφθαλμικές κινήσεις, το αντανάκλαστικό του κερατοειδούς, οι κινήσεις της κάτω γνάθου, οι μύες του προσώπου, η ακοή, η κατάποση, η ομιλία και η αναπνοή. Οι ανωμαλίες της μορφολογίας, της μυϊκής ισχύος και της εν τω βάθει αισθητικότητας των άνω άκρων μπορούν εύκολα να εκτιμηθούν όταν ο ασθενής εκτείνει τα χέρια τους προς τα εμπρός σε υπτιασμό με ανοικτά τα δάχτυλα. Αν με τα μάτια κλειστά δεν παρατηρηθούν πτώση κάποιου άνω άκρου, τρόμος ή τυχαίες κινήσεις των δακτύλων, και αν ο ασθενής μπορεί να φέρει, με γρήγορες αλληλοδιάδοχες κινήσεις, τον δείκτη στη μύτη του και στο δάκτυλο του γιατρού, είναι πιθανό ότι εφ' όσον δεν αναφέρει και ενοχλήματα, δεν έχει νευρολογικές διαταραχές των άνω άκρων. Πάντως, αν αναφέρει αδυναμία ή απώλεια της αισθητικότητας, πρέπει να εξετασθούν ιδιαίτερα οι μύες. Η αισθητικότητα μπορεί ακόμη να εκτιμηθεί από την ικανότητα του ασθενούς να αναγνωρίζει, με κλειστά τα μάτια, αντικείμενα που τοποθετούνται στο χέρι του, να αντιλαμβάνεται την θέση των άκρων του και τις δονήσεις (για τις οποίες ο γιατρός μπορεί να πάρει ως μέτρο του φυσιολογικού την δική του αντίληψη των δονήσεων, έχοντας υπόψη ότι στην μεγάλη ηλικία η αντίληψη

των δονήσεων ελαττώνεται ελαφρά) και να αναγνωρίζει την μύτη και το κεφάλι της καρφίτσας με όλα τα άκρα του. (Κορδιόλης, 1999)

Τέλος, δεν πρέπει να παραλείπονται η ψηλάφηση ή ακρόαση των καρωτίδων, της αορτής και των περιφερικών σφυγμών, που μπορεί να αποκαλύψουν την ύπαρξη παθήσεων των αγγείων. Η γενική νευρολογική εξέταση διαρκεί μόνο λίγα λεπτά. Η νευρολογική εξέταση στο ιατρείο έχει πιθανότητες να παραπλανήσει ή να βοηθήσει τον γιατρό, ιδιαίτερα όταν διαπιστώνονται μικρές ασυμμετρίες αισθητικότητας ή αντανακλαστικών. (Andreoli, 2003)

### **2.7.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

**Αξονική τομογραφία:** Η αξονική τομογραφία είναι ακτινογραφική μέθοδος η οποία με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή λαμβάνει τομογραφικές εικόνες του εγκεφάλου και άλλων περιοχών του σώματος πάχους λίγων χιλιοστών του μέτρου. Το ENY, η λευκή και η φαιά ουσία παράγουν διαφορετικής πυκνότητας σκιάσεις με τις οποίες και απεικονίζονται. Με την αξονική τομογραφία μπορούν να αναγνωρισθούν, ανάλογα με την πυκνότητα τους, αλλοιώσεις μεγέθους ακόμα και 5 mm, καθώς και η παθολογική διαπερατότητα του αιματοεγκεφαλικού φραγμού με τη τεχνική της ενισχυμένης αντίθεσης (μετά από ενδοφλέβια έγχυση ιωδιούχου ακτινοσκοπικής ουσίας). Η αξονική τομογραφία αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για τον προσδιορισμό της ύπαρξης ανατομικών διαταραχών του εγκεφάλου, διότι με τη βοήθεια της μπορεί να διαπιστωθεί η παρουσία ενδεγκεφαλικών μαζών, να υπολογισθεί το μέγεθος των κοιλιών του εγκεφάλου, να διακριθεί η αιμορραγία από το έμφρακτο και να εκτιμηθεί ο βαθμός της εγκεφαλικής ατροφίας. (Netter, 2009)

**Μαγνητική τομογραφία:** Μπορεί να εφαρμοσθεί σε όλα τα επίπεδα, έχει καλύτερη διακριτική ικανότητα από την αξονική τομογραφία και πολλές φορές αποκαλύπτει αλλοιώσεις, όπως νεοπλάσματα, αρτηριοφλεβικές ανωμαλίες και περιοχές απομυελίνωσης οι οποίες με την αξονική τομογραφία δεν ανιχνεύονται. Οι αλλοιώσεις του νωτιαίου σωλήνα και του παρασπονδυλικού πλέγματος μπορούν να ανιχνευθούν με αξονική τομογραφία και με μαγνητική τομογραφία. Η πρώτη αποτελεί εξαίρετη μέθοδο διαπίστωσης των οστικών αλλοιώσεων του νωτιαίου σωλήνα και μπορεί να βοηθήσει στην εξακρίβωση

των περιοχών πίεσης του νωτιαίου μυελού. Σ' αντίθεση, όμως, με τη δεύτερη, η αξονική τομογραφία δεν μπορεί να απεικονίσει τον ίδιο το νωτιαίο μυελό και η διακριτική ικανότητα της στην περίπτωση ενδογενών αλλοιώσεων του είναι σχετικά μικρή.

Μυελογραφία: Όταν υπάρχουν υποψίες διαταραχής του νωτιαίου μυελού, πρέπει πρώτα να εκτελείται απλή ακτινογραφία με την οποία μπορούν να αναγνωρισθούν σημαντικές βλάβες των οστών. Προκειμένου όμως να διαπιστωθεί η παρουσία ή όχι πίεσης του νωτιαίου μυελού, των νευρικών ριζών ή της ιππούριδας εκτελείται μυελογραφία, δηλαδή ακτινολογική εξέταση μετά από ενδορραχιαία έγχυση ελαιώδους ή υδατικού διαλύματος ιωδιούχου σκιαγραφικής ουσίας. Η σκιαγραφική ουσία μετατοπίζεται προς τις ανώτερες και τις κατώτερες περιοχές του νωτιαίου σωλήνα, υπό ακτινοσκοπική παρακολούθηση και μετά εκτελούνται ακτινογραφίες. Η μέθοδος αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη διαπίστωση της κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου, της πίεσης του νωτιαίου μυελού, της ιππούριδας ή των νευρικών ριζών και των ενδογενών ή εξωγενών όγκων και αγγειακών δυσπλασιών του νωτιαίου μυελού. Η μυελογραφία έχει πλέον εκτοπισθεί από τη μαγνητική τομογραφία και αποτελούσε κυρίως στο παρελθόν σημαντική διαγνωστική μέθοδο. (Andreoli, 2003)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

#### 3.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

Μόλις τεθεί η υποψία ότι κάποιος πιθανόν να πάσχει από εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί η βατότητα του αεραγωγού. Εάν υπάρχει δυσκολία στην αναπνοή, πρέπει να απομακρύνονται όλα τα ενδύματα γύρω από τον τράχηλο και ο ασθενής να τοποθετείται σε πλάγια θέση για να προληφθεί η εισρόφηση, αλλά και η απόφραξη των αεραγωγών. Όταν ο ασθενής βρίσκεται εκτός νοσοκομείου, δε θα πρέπει να γίνεται καμιά προσπάθεια μετακίνησης του μέχρι να φτάσει το ασθενοφόρο. Ο ασθενής πρέπει να καθισυχάζεται ανεξάρτητα αν είναι σε θέση να ανταποκριθεί ή όχι. Αν έχει τις αισθήσεις του, πρέπει να υψώνεται ελαφρά η κεφαλή του κρεβατιού για την μείωση της ενδοκράνιας πίεσης. Όταν ο ασθενής είναι υπό ιατρική φροντίδα, εάν υπάρχουν προβλήματα στην αναπνοή ή αν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα, εισάγεται τεχνητός αεραγωγός για να διασφαλιστεί η βατότητα του συστήματος και ο ασθενής μπορεί να αερίζεται μηχανικά. Η υποογκαιμία αντιμετωπίζεται με υγρά. Εισάγονται 2 φλεβικές γραμμές για την χορήγηση φαρμάκων και υγρών και χορηγείται φυσιολογικός ορός. Επίσης αντιμετωπίζεται η υπέρταση άνω των 220/130 mmHg. Τα ζωτικά σημεία μπορεί να είναι ασταθή. Οι ηλεκτρολύτες αξιολογούνται συχνά για να προληφθεί η εμφάνιση διαταραχών. Εάν η θερμοκρασία είναι υψηλή και ανεβαίνει συνεχώς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια κουβέρτα υποθερμίας για να κρατηθεί η θερμοκρασία χαμηλά. (Hacke et al. 2004)

Όταν καθοριστεί το συγκεκριμένο αίτιο του εγκεφαλικού επεισοδίου, ο ιατρός είναι σε θέση να οργανώσει ένα πιο αποτελεσματικό θεραπευτικό σχήμα. Ο ανασυνδυσασμένος ανθρώπινος ενεργοποιητής ιστικού πλασμινογόνου (αλτεπλάση- r-tPA) χρησιμοποιείται για την διάλυση των θρόμβων και των εμβόλων στο οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Θα πρέπει να χορηγηθεί μέσα σε 3 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων και η μεγαλύτερη του αποτελεσματικότητα εκδηλώνεται εάν χορηγηθεί μέσα στα πρώτα 90 λεπτά. (Hacke et al. 2004)



Το φάρμακο ήταν αποτελεσματικό σε περίπου 1 στους 8 ασθενείς που το έλαβαν. Μια μέθοδος που υποβάλλεται σε κλινικές μελέτες είναι η χορήγηση r-tPA άμεσα στο θρόμβο, μέσω ενός καθετήρα που τοποθετείται με αγγειογραφία. Αναστολείς των αιμοπεταλίων και αντιπηκτικά μπορεί να χορηγηθούν για να προλάβουν τον περαιτέρω σχηματισμό θρόμβων. Εάν χορηγηθεί r-tPA, τότε δεν χορηγούνται αντιπηκτικά, Ηπαρινικά (ηπαρίνη- μικρού μοριακού βάρους ηπαρίνες – ηπαρινοειδή- πεντασακχαρίτες), αντιβιταμίνες- K, αντιθρομβινικά, νέα αντιθρομβωτικά ή αντιαιμοπεταλιακά (Ασπιρίνη, Διπυριδαμόλη, Τικλοπιδίνη, Κλοπιδογρέλη, Ηπαρίνη, Βαρφαρίνη) για 24 ώρες. Το φάρμακο δεν χορηγείται σε όσους έχουν γνωστό κίνδυνο αιμορραγίας ή είχαν στο παρελθόν εμφανίσει ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Πρέπει να αποκλεισθεί κάθε περίπτωση ενδοκράνιας αιμορραγίας με αξονική τομογραφία ή με κάποια άλλη απεικονιστική μέθοδο. Κατά την χορήγηση ο ασθενής τοποθετείται σε κρεβάτι με μόνιτορ, ώστε να παρακολουθούνται τα ζωτικά του σημεία. Ιδίως η αρτηριακή πίεση το πρώτο 24ωρο θα πρέπει να παρακολουθείται στενά. Σε σοβαρή αιμορραγία επιβάλλεται άμεση διακοπή του r-tPA.

Η ηπαρίνη δε χρησιμοποιείται πλέον στα θρομβωτικά εγκεφαλικά επεισόδια, καθώς δεν έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική και μπορεί να προκαλέσει επικίνδυνη αιμορραγία. Αντιυπερτασικά (Διουρητικά, αναστολείς β-αδρενεργικών υποδοχέων, αναστολείς διαυλών ασβεστίου, αναστολείς μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης, περιφερειακά αρτηριακά αγγειοδιασταλτικά) χορηγούνται όταν υπάρχει ανάγκη. Η νιμοδιπίνη και η νιφεδιπίνη μπορεί να χορηγηθούν για να μειωθεί ο σπασμός των αρτηριών, εάν το εγκεφαλικό επεισόδιο οφείλεται σε υπαραχνοειδή αιμορραγία. Η έρευνα για νέα φάρμακα συνεχίζεται, σε μια προσπάθεια ανεύρεσης του τρόπου μείωσης της βλάβης που προκύπτει από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Άλλο νευροπροστατευτικό φάρμακο που ελέγχεται, η σιτιχολίνη φαίνεται να περιορίζει το μέγεθος του εγκεφαλικού επεισοδίου. (Castillo, 2007)

Περίπου το 1/3 του συνόλου των εγκεφαλικών επεισοδίων οφείλεται σε απόφραξη μιας από τις 4 αρτηρίες του λαιμού που αιματώνουν τον εγκέφαλο. Οι αρτηρίες αυτές είναι εύκολα προσπελάσιμες, οπότε ο χειρουργός μπορεί να ανοίξει την αρτηρία και να απομακρύνει την απόφραξη, η οποία συνήθως οφείλεται στο σχηματισμό πλάκας. Κατόπιν, ράβει το τοίχωμα του αγγείου ή

στο σημείο της τομής ράβει ένα εμβάλωμα από Ντακρόν, αφήνοντας το αγγείο φαρδύτερο από πριν. Μια επέμβαση όπου χρησιμοποιείται μηχανική συσκευή για να απομακρύνει το έμβολο ή τον θρόμβο πήρε την έγκριση του Αμερικάνικου Οργανισμού Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) το 2004. Η συσκευή αυτή που ονομάζεται MERCI (Mechanical Embolus Removal in Cerebral Ischaemia-Μηχανική απομάκρυνση εμβόλου σε Εγκεφαλική Ισχαιμία), μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέχρι και 8 ώρες μετά την έναρξη ενός εγκεφαλικού επεισοδίου. Ένας καθετήρας εισάγεται μέσω της μηριαίας αρτηρίας και φθάνει μέχρι τον εγκέφαλο, ενώ από τον καθετήρα διέρχεται ένα σύρμα οδηγός που φθάνει επίσης στον εγκέφαλο. Το τέλος του σύρματος μοιάζει με ανοιχτήρι για κρασιά, εισέρχεται στο θρόμβο και ενσφηνώνεται σε αυτόν, αφαιρώντας τον από το αγγείο διαμέσου του καθετήρα, με τρόπο ανάλογο που ο φελλός αφαιρείται από το μπουκάλι. (Hacke et al. 2004)

### **3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ**

Η πρόληψη του οξέος ΑΕΕ διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Η πρωτογενής πρόληψη απευθύνεται σε άτομα που δεν έχουν προσβληθεί από ΑΕΕ. Συνίσταται α) στην τήρηση γενικών μέτρων υγιεινής, όπως έλεγχος σωματικού βάρους, άθληση, αποφυγή καπνίσματος και β) στην αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου, όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, διαταραχές γλοιότητας και πηκτικότητας του αίματος, καρδιολογικές διαταραχές, στενώσεις αγγείων τραχήλου.

Η δευτερογενής πρόληψη έχει σκοπό την αποφυγή νέου ΑΕΕ σε άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί. Η αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου στοχεύει όμως και σε άτομα που δεν έχουν ακόμη προσβληθεί από ΑΕΕ. Στόχος της είναι ο περιορισμός της επέκτασης των αθηρωματικών πλακών και η αποφυγή σχηματισμού θρόμβων. Για το σκοπό αυτό χορηγούνται φάρμακα με αντιαμοπεταλιακή δράση. Κύριος εκπρόσωπος της ομάδας αυτής των φαρμάκων είναι η ασπιρίνη. Σε ό,τι αφορά τη δόση έχουν προταθεί διάφορα σχήματα, φαίνεται όμως ότι μικρές δόσεις (έως 325 mg ημερησίως) έχουν επαρκή αντιαμοπεταλιακή δράση. Η ασπιρίνη χορηγείται μόνη ή σε συνδυασμό με διπυριδαμόλη. Άλλο αντιαμοπεταλικό φάρμακο είναι π.χ. η κλοπιδογρέλη. Αντιπηκτική αγωγή ενδείκνυται σε άτομα με υψηλό κίνδυνο

δημιουργίας εμβόλων, όπως ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή ή στένωση μιτροειδούς. (Feigin, 2007)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ

#### 4.1 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η αποκατάσταση είναι ένα σημαντικό κομμάτι της ανάρρωσης από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ). Ο στόχος ενός προγράμματος αποκατάστασης είναι να επανεκπαιδευτεί ο ασθενής σε δεξιότητες, τις οποίες απώλεσε λόγω της επίδρασης του ΑΕΕ σε κομμάτι του εγκεφάλου του. Η αποκατάσταση μπορεί να βοηθήσει στο να γίνει πιο ανεξάρτητος ο ασθενής και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του.

Οι Στόχοι του προγράμματος Αποκατάστασης και ο σχεδιασμός περιλαμβάνουν τα εξής:

- ∅ κάθε ασθενής ύστερα από σωστή αξιολόγηση των λειτουργικών και νευρολογικών ελλειμμάτων πρέπει να ακολουθεί εξατομικευμένο πρόγραμμα που σχεδιάζεται με βάση τη σοβαρότητα των ελλειμμάτων του
- ∅ στόχος της θεραπείας να είναι η αναβάθμιση του λειτουργικού επιπέδου του ασθενούς
- ∅ εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας του σχετικά με την πάθηση και τις επιπλοκές
- ∅ αξιολόγηση του ασθενούς για χορήγηση κατάλληλων βοηθημάτων για τις μετακινήσεις και τις δραστηριότητες της καθημερινότητας
- ∅ πρόληψη νέου ΑΕΕ
- ∅ βελτίωση της φυσικής του κατάστασης
- ∅ πρόληψη και θεραπεία των συνοδών παθήσεων
- ∅ ψυχολογική υποστήριξη
- ∅ κοινωνική επανένταξη
- ∅ εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτησία του ασθενούς

Η Αποκατάσταση πρέπει να ξεκινά αμέσως με την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο και περιλαμβάνει :

- 1) αναπνευστική κινησιοθεραπεία στον ασθενή, με σκοπό την απομάκρυνση των βρογχικών εγκρίσεων για αποφυγή επιπλοκών
- 2) σωστή θέση και στάση στο κρεβάτι για την πρόληψη εισρόφησης αλλά και κατακλίσεων (σε συνεργασία με τους νοσηλευτές),
- 3) εφαρμογή ναρθίκων και ειδικών μαξιλαριών που συμβάλλει στην πρόληψη ρικνώσεων,
- 4) πραγματοποίηση ασκήσεων εύρους κίνησης στα άνω και κάτω άκρα του ασθενούς επί κλίνης, με σκοπό την διατήρηση της τροχιάς των αρθρώσεων.

Έμφαση δίνεται σε θέσεις του άνω (περιοχή ημίπληκτου ώμου) και κάτω άκρου (ποδοκνημική ημίπληκτης πλευράς) με σκοπό την πρόληψη επιπλοκών που είναι συχνές μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Σε ασθενείς που αγνοούν το πάσχον μισό του σώματός τους, όλα τα ερεθίσματα πρέπει να δίνονται από την πάσχουσα πλευρά (η παραμονή συγγενών, η σίτιση, το κομοδίνο , κτλ)

<http://www.iatronet.gr/ygeia/fysiki-iatriki-apokatastasi/article/22521/apokatastasi-meta-apo-aggeiako-egkefaliko-epeisodio.html>

Στάδιο κυρίως Αποκατάστασης (υποξεία και χρόνια φάση)

*Κέντρο Αποκατάστασης / Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης / Σπίτι*

Στα κέντρα Αποκατάστασης ή στην μονάδα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ο Φυσίατρος-Ιατρός Αποκατάστασης συνεργάζεται με τους θεραπευτές (φυσικοθεραπευτές, κινησιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές), τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους τεχνίτες ορθοπαιδικών μηχανημάτων, ψυχολόγους κ.α. με στόχο την επανένταξη του ασθενούς στη ζωή. Η Αποκατάσταση είναι μια επανορθωτική μαθησιακή διαδικασία η οποία επιταχύνει και μεγιστοποιεί την ανάρρωση.

*Κινησιοθεραπεία*

Δίνεται σημασία αρχικά στις αναπνευστικές ασκήσεις και στην επανεκπαίδευση της καθιστής θέσης και κατόπιν στην ενδυνάμωση του

υγιούς μέρους του σώματος και του κορμού, ενώ συγχρόνως γίνονται οι ασκήσεις στο ημίπληκτο μέρος με σκοπό να σηκωθεί ο ασθενής στην καθιστή θέση και να καθίσει μόνος του χωρίς βοήθεια.

Στο πρόγραμμα δίνεται έμφαση στις ασκήσεις του κάτω άκρου με σκοπό την προετοιμασία του ημίπληκτου κάτω άκρου, ώστε να δεχθεί βάρος για την επανεκπαίδευση της βάδισης. Στο άνω άκρο η επανεκπαίδευση αποσκοπεί στην ανύψωση του βραχίονα χωρίς πόνο.

Ακολουθούν ασκήσεις ισορροπίας σε όρθια θέση. Στη συνέχεια ο ασθενής επανεκπαιδεύεται στη βάδιση (με τη βοήθεια του θεραπευτή και βοηθημάτων) και σταδιακά στο ανέβασμα και κατέβασμα σκάλας. Το ανέβασμα στη σκάλα γίνεται με το καλό πόδι και το κατέβασμα με το ημίπληκτο.

Σημαντική είναι και η βελτίωση της αεροβικής ικανότητας, μέσω της χρήσης του ειδικού ποδηλάτου παθητικής κινητοποίησης. Ο γιατρός και ο θεραπευτής πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους το στοιχείο της κόπωσης και να μην εξαντλούν τον ασθενή με πολύ εντατικά προγράμματα κινησιοθεραπείας. (Feigin, 2007)

#### *Γνωσιακές διαταραχές*

Η αντιμετώπιση των γνωσιακών διαταραχών (ελλείμματα μνήμης, προσανατολισμού, γλώσσας, αντίληψης, σκέψης, προσοχής και εκμάθησης) είναι μείζονος σημασίας και πρέπει να αποτελεί στόχο του προγράμματος Αποκατάστασης.

#### *Διαταραχή αισθητικότητας και η ιδιοδεκτικότητα*

Συνήθως υποβαθμίζεται η σημασία τους σε ΑΕΕ, επειδή περισσότερο απασχολεί γιατρούς, ασθενή και συγγενείς η επάνοδος της λειτουργικότητας, που σχετίζεται με τις κινητικές ικανότητες. Η ιδιοδεκτικότητα μας δίνει πληροφορίες για τη θέση μελών του σώματος μας κατά την κίνηση.

Η σημασία τους είναι σημαντική στην Αποκατάσταση.

### *Εργοθεραπεία*

Επικεντρώνεται στη λειτουργική αποκατάστασή των προβλημάτων στο άνω άκρο. Η διαδικασία αφορά στη κινητική εκπαίδευση και δίνει έμφαση και στις λοιπές λειτουργίες (νοητικές, γνωστικές, αντιληπτικές, συναισθηματικές) και σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής (αυτοεξυπηρέτηση, εργασία, σπίτι και οικογένεια, κοινωνικές επαφές και ελεύθερος χρόνος).

### *Λογοθεραπεία*

Βοηθά στις διαταραχές επικοινωνίας και κατάποσης μετά από εγκεφαλικό. Η διάγνωση και η εφαρμογή προγράμματος αποκατάστασης των διαταραχών αυτών είναι βασικό συστατικό της θεραπείας και επιπλέον ελαχιστοποιεί την πιθανότητα πνευμονιών από εισρόφηση. (Feigin, 2007)

### *Η εφαρμογή νάρθηκων*

Συμβάλλει στην πρόληψη ρικνώσεων (πχ εκτατικού τύπου νάρθηκες δακτύλων και πηχεοκαρπικής, νάρθηκες ρυθμιζόμενης γωνίας γονάτων και ποδοκνημικής) και η εφαρμογή ορθωτικών μηχανημάτων είναι απαραίτητη για την ορθοστάτηση και τη βάρδιση σε μερικούς ασθενείς.

Σημαντικό στοιχείο της Αποκατάστασης αποτελεί η πρόληψη και αντιμετώπιση των ελκών κατάκλισης, διότι καθυστερούν το πρόγραμμα, αποτελούν πύλη εισόδου μικροβίων και αυξάνουν τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού.

### *Σπαστικότητα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο*

Η σπαστικότητα είναι μια κινητική διαταραχή. Προκαλεί συσπάσεις μυών (καμπτήρες των άνω άκρων, εκτείνοντες των κάτω άκρων), ανωμαλίες του ελέγχου της στάσης και εμποδίζει την αρμονία των κινήσεων δυσκολεύοντας τη λειτουργικότητα των μελών του σώματος. Η σπαστικότητα μπορεί να εμφανισθεί από το αρχικό στάδιο και μπορεί να είναι μικρού ή μεγάλου βαθμού. Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας δεν είναι μονόπλευρη και επεκτείνεται σε διάφορα επίπεδα: Η φυσικοθεραπεία, η εφαρμογή φυσικών μέσων και ειδικών νάρθηκων και η κρυοθεραπεία, έχουν ρόλο επικουρικής παρέμβασης, αφού η αποτελεσματικότητά τους, όσον αφορά τη σπαστικότητα

έχει πρόσκαιρο χαρακτήρα λίγων ωρών. Βασικά στοιχεία της αντιμετώπισης της σπαστικότητας αποτελούν η φαρμακευτική αγωγή από το στόμα και η χημική νευρόλυση (βουτυλλινική τοξίνη-ενδομυϊκά), ενώ σε μόνιμες παραμορφώσεις έχουν θέση οι ορθοπαιδικές επεμβάσεις. Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας με φάρμακα και βουτυλλινική τοξίνη πρέπει να ακολουθείται από απαραίτητα προγράμματα κινησιοθεραπείας, εργοθεραπείας και επανεκπαίδευσης της κίνησης για να επιτευχθεί το μέγιστο λειτουργικό αποτέλεσμα. Η παρέμβαση στη σπαστικότητα γίνεται πάντα βάσει των αναγκών του ασθενούς και προέχει η λειτουργικότητα και αυτοεξυπηρέτησή του.

<http://www.iatronet.gr/ygeia/fysiki-iatriki-apokatastasi/article/22521/apokatastasi-meta-apo-aggeiako-egkefaliko-episodio.html>

#### *Σύνθετο τοπικό αλγινό σύνδρομο*

Πρόκειται για μια κλινική οντότητα που εμφανίζεται αρκετά συχνά (12-70%) σε άτομα που έχουν υποστεί Α.Ε.Ε. και αφορά συνήθως στο άνω άκρο. Συνήθως εμφανίζεται με καυσαλγίες, περιορισμό του εύρους κίνησης των αρθρώσεων κυρίως ώμου, καρπού και άκρας χείρας, οίδημα, αύξηση μυϊκού τόνου και θερμοκρασίας, υπεριδρωσία κ.λ.π.

#### *Η Βιολογική επανατροφοδότηση (Biofeedback - BFB)*

Αποτελεί ένα αποτελεσματικό κλινικό θεραπευτικό βοήθημα στον τομέα της επανεκπαίδευσης στην αποκατάσταση του ΑΕΕ. Στόχο αποτελεί η επανεκπαίδευση αδύναμων μυών. Η συσκευή μας δίνει σήμα ηχητικό ή και οπτικό. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής εκπαιδεύεται στην αίσθηση της αυξημένης μυϊκής δραστηριότητας, ενώ παρακολουθεί τις ενισχυμένες αντιδράσεις του στο μόνιτορ του biofeedback.

Έτσι μπορεί να επικεντρώσει την προσοχή του στην αναγνώριση αυτής της αίσθησης και κατορθώνει καλύτερη κίνηση. Σημαντικό ρόλο για να υπάρχουν οφέλη από την τεχνική του biofeedback παίζει η ακέραιη ιδιοδεκτική αίσθηση που μας δίνει πληροφορίες για τη θέση μελών του σώματος μας κατά την κίνηση.



### *Ψυχογενείς διαταραχές*

Η εγκεφαλική βλάβη μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μπορεί να βελτιώσει τόσο την ψυχική κατάσταση του ασθενούς, όσο και τη συνεργασία του στην αποκατάσταση.

Θεραπευτικά τον πρώτο λόγο έχει η φαρμακευτική θεραπεία και κυρίως τα νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σπουδαίας σημασίας είναι η ενθάρρυνση και επιβράβευση του ασθενούς για την προσπάθεια που κάνει, γιατί υπάρχει κίνδυνος να απογοητευθεί και να μην θέλει να συμμετέχει στην θεραπεία, καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη και των συγγενικών προσώπων.

### *Διορθωτικές και λειτουργικές επεμβάσεις ημιπληγικού άνω και κάτω άκρου*

Σκοπός των χειρουργικών επεμβάσεων είναι να επιτευχθεί η κινητοποίηση και η εύκολη περιποίηση των ασθενών, καθώς επίσης η βάρδιση, στις περιπτώσεις που υπάρχει αυτή η δυνατότητα. Για παράδειγμα, στα κάτω άκρα οι επεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στην λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών είναι οι διατομές τενόντων ή μυών ή οι επιμηκύνσεις αυτών. <http://www.iatronet.gr/ygeia/fysiki-iatriki-apokatastasi/article/22521/apokatastasi-meta-apo-aggeiako-egkefaliko-epeisodio.html>

## **4.2 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η αφασία αποτελεί μια διαταραχή επικοινωνίας που εντοπίζεται στη χρήση και την κατανόηση του προφορικού και του γραπτού λόγου. Το άτομο που έχει υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή άλλη νευρολογικής φύσεως πάθηση, παρουσιάζει δυσκολίες σε:

- Ø Έκφραση (λεξιλόγιο, συντακτικό, γραμματική)
- Ø Φώνηση
- Ø Κατανόηση του προφορικού ή και του γραπτού λόγου
- Ø Σίτιση-πόση
- Ø Κινητικότητα
- Ø Αισθήσεις (όραση, αφή, γεύση)

- Ø Ψυχολογική κατάσταση
- Ø Δραστηριότητες της καθημερινής ζωής

Ο λογοθεραπευτής είναι αυτός που καλείται:

- Ø Να εκτιμήσει/ αξιολογήσει την κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου του ασθενούς, την εκφορά του λόγου του (το λεξιλόγιο, το συντακτικό, τη γραμματική και την άρθρωση), την γραφή του, τη μη λεκτική επικοινωνία του με το περιβάλλον, καθώς και την σίτιση- πόση του.
- Ø Να ενημερώσει συγγενείς και οικείους για την φύση των δυσκολιών και δυνατοτήτων του ασθενούς
- Ø Να παρέμβει θεραπευτικά
- Ø Να επανεξετάσει τον ασθενή για την παρακολούθηση της θεραπευτικής πορείας.

Για να υποβληθεί ένας αφασικός σε λογοθεραπεία λαμβάνονται υπόψη ορισμένοι παράγοντες:

- Ø Ότι υπάρχουν έστω και ελάχιστες προοπτικές βελτίωσης της ομιλίας του ασθενούς.
- Ø Τα κίνητρα του ασθενούς, καθώς και η ικανότητα που έχει για συγκέντρωση και προσοχή.
- Ø Η σωματική του κατάσταση.

Πριν από κάθε αγωγή λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι γνώμες των ιατρών και ιδιαίτερα του νευρολόγου. Λογοθεραπεία ή αγωγή δεν επιτρέπεται σε αφασικούς ασθενείς αγγειακής αιτιολογίας, όταν εκτός των άλλων παρουσιάζουν σοβαρά καρδιακά και κυκλοφοριακά προβλήματα. Επίσης, η λογοθεραπεία δεν βοηθά, όταν ο αφασικός παρουσιάζει και προοδευτική εγκεφαλική σκλήρυνση, η οποία οδηγεί στην πτώση των ανωτέρων και πνευματικών του λειτουργιών. Σε αφασίες που οφείλονται σε εγκεφαλικούς τραυματισμούς ενδείκνυται η λογοθεραπεία μόνο μετά από νευροχειρουργική επέμβαση. Στις περιπτώσεις αυτές δεν ενδείκνυται η λογοθεραπεία όταν εμφανιστούν μετατραυματικές ψυχώσεις, επιληπτικά φαινόμενα και πτώση των πνευματικών δυνάμεων λόγω ακριβώς του τραυματισμού.

Η λογοθεραπεία είναι ατομική. Ανάλογα με την εντόπιση, την έκταση και τη βαρύτητα της υπεύθυνης εγκεφαλικής βλάβης καθορίζεται η εντατική

λογοθεραπευτική παρέμβαση. Οι μέθοδοι της λογοθεραπείας διακρίνονται σε δύο είδη:

Μέθοδοι ευαισθητοποιήσεως: Ο λογοθεραπευτής προσπαθεί να αναπτύξει κίνητρα ομιλίας με τη μίμηση καταστάσεων από την καθημερινή ζωή και να θέσει σε κίνηση τις διακεκομμένες διαδικασίες της ομιλίας του ασθενούς.

Προγραμματικές μέθοδοι: Ο λογοθεραπευτής σχεδιάζει ένα πρόγραμμα λογοθεραπείας το οποίο ακολουθεί κατά γράμμα.

Το 91% των αφασικών ασθενών μπορούν να βελτιωθούν και μόνο το 9% είναι τελείως καταδικασμένο.

<http://www.arcadiaportal.gr/news/i-logotherapieia-sta-egkefalika-epeisodia>

#### **4.3 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να οδηγήσουν σε αναπηρία η οποία συνήθως επηρεάζει δραματικά την κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ασθενούς. Η ξαφνική αλλαγή στις ικανότητες και δραστηριότητες του ατόμου επηρεάζει άμεσα όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή αλλά και τον ή την σύζυγο, τα παιδιά και τους φίλους του.

Ο βασικός στόχος της φυσικοθεραπείας στην αποκατάσταση των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι η βελτίωση των κινητικών δυσλειτουργιών των ασθενών με σκοπό την ανεξαρτησία τους και την επανένταξη τους στο οικογενειακό και επαγγελματικό τους περιβάλλον. (Bobath, 1990)

Τα προβλήματα που συνήθως παρουσιάζονται μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο είναι τα εξής:

- ∅ Αδυναμία (Ημιπάρεση) ή παράλυση στην μία πλευρά του σώματος η οποία μπορεί να είναι σε όλη την πλευρά ή μόνο στο πόδι ή το χέρι. Η αδυναμία ή παράλυση παρατηρείται στο αντίθετο τμήμα του σώματος από ότι είναι η βλάβη στον εγκέφαλο. Δηλαδή αν η βλάβη είναι στο αριστερό τμήμα του εγκεφάλου η παράλυση ή πάρεση εμφανίζεται στο δεξί τμήμα του σώματος
- ∅ Σπαστικότητα, μυϊκή δυσκαμψία και επώδυνους μυϊκούς σπασμούς
- ∅ Διαταραχές στην ισορροπία και την νευρομυϊκή συναρμογή
- ∅ Προβλήματα έκφρασης και κατανόησης του γραπτού και προφορικού λόγου

- ∅ Άγνοια για την ύπαρξη του άλλου μισού του σώματος του
- ∅ Πόνος
- ∅ Προβλήματα μνήμης , σκέψης, προσοχής και εκμάθησης
- ∅ Διαταραχές ούρησης και αφόδευσης
- ∅ Κόπωση
- ∅ Δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων
- ∅ Κατάθλιψη
- ∅ Δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση (Thomson et al., 1991)

Όπως γίνεται αντιληπτό οι επιπτώσεις μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο είναι πολυδιάστατες και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε σχέση με την σωστή αποκατάσταση. Για παράδειγμα ο φυσιοθεραπευτής μπορεί να έχει πλήρως αποκαταστήσει την κινητικότητα του άνω άκρου ενός ημιπληγικού ασθενούς αλλά ο ασθενής δυσκολεύεται να επανενταχθεί στο κοινωνικό και επαγγελματικό του περιβάλλον λόγω προβλημάτων έκφρασης και κατανόησης του λόγου.

Για αυτό η αποκατάσταση του ημιπληγικού ασθενούς πρέπει να είναι πολύπλευρη, όπου ένα μέρος γίνεται από τον φυσιοθεραπευτή. (Bobath, 1990)

Σε ειδικά κέντρα αποκατάστασης ο φυσιοθεραπευτής κάτω από τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού και του ιατρού αποκατάστασης, συνεργάζεται με τον εργοθεραπευτή, τον ψυχολόγο, τον λογοθεραπευτή και τον κοινωνικό λειτουργό με σκοπό την ολοκληρωμένη αποκατάσταση του ασθενούς.

Ο συντονισμός των παραπάνω ειδικοτήτων και η συνεργασία του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλον προδιαθέτουν μία επιτυχή αποκατάσταση.

Εκτός από τον συντονισμό της ομάδας αποκατάστασης και την συνεργασία του ασθενούς ο βαθμός αποκατάστασης του εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως, το επίπεδο και την έκταση της βλάβης των νευρικών κύτταρων του εγκεφάλου, την ηλικία και τα προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας. (Thomson et al., 1991)

Τέλος, η χρονική στιγμή έναρξης του προγράμματος αποκατάστασης παίζει σημαντικότατο ρόλο για μια επιτυχή παρέμβαση. Όσο πιο γρήγορα ξεκινήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης ένας ασθενής τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να επανέλθει πλήρως τις δραστηριότητες του.

Η αποκατάσταση ενός ημιπληγικού ασθενούς μπορεί να χωριστεί σε δυο στάδια , το αρχικό και το στάδιο της σχετικής ανάρρωσης. Οι στόχοι και οι παρεμβάσεις της φυσικοθεραπείας σε αυτά τα δύο στάδια είναι διαφορετικοί ενώ μερικές φυσιοθεραπευτικές παρεμβάσεις του αρχικού σταδίου να μπορεί συνεχισθούν και στο επόμενο στάδιο αν τις έχει ανάγκη ο ασθενής.

Πρέπει να τονισθεί ότι η φυσικοθεραπεία δεν στοχεύει στην θεραπεία των νεκρών νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου αλλά στην διόρθωση όσο είναι δυνατόν των νευρομυικών λειτουργιών του ασθενούς εκπαιδεύοντας άλλα τμήματα του εγκεφάλου και δραστηριοποίηση ικανοτήτων οι οποίες βρίσκονταν σε αχρηστία. Η πορεία της αποκατάστασης ενός ασθενούς με εγκεφαλικό επεισόδιο δεν είναι ίδια για όλους τους ασθενείς.

Η φυσιοθεραπευτική παρέμβαση ξεκινά με την είσοδο του ασθενούς στην εντατική μονάδα. Πρωτεύοντα ρόλο αποτελεί η αναπνευστική φυσικοθεραπεία , με σκοπό

- ∅ Τον βρογχικό καθαρισμό: απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων
- ∅ Πλήρη έκπτυξη όλων των πνευμονικών πεδίων για αποφυγή αναπνευστικών επιπλοκών
- ∅ Σωστή θέση και στάση στο κρεβάτι για την πρόληψη εισρόφησης

Σε συνεργασία ο φυσιοθεραπευτής με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό τοποθετεί τον ασθενή σε διάφορες θέσεις για την πρόληψη των κατακλίσεων και παθολογικών αντανακλαστικών. Επίσης ο φυσιοθεραπευτής κατά την παραμονή του ασθενούς στη μονάδα εντατικής θεραπείας εφαρμόζει παθητικές κινήσεις στα άνω και κάτω άκρα με σκοπό την διατήρηση της τροχιάς των αρθρώσεων. (Bobath, 1990)

Όταν ο ασθενής βγει από την εντατική μονάδα έχει συνήθως επίγνωση της κατάστασης του για αυτό καλό είναι ο φυσιοθεραπευτής να του εξηγήσει τους σκοπούς και τα μέσα της φυσικοθεραπείας. Το πρόγραμμα της φυσικοθεραπείας εξαρτάται από την ικανότητα επικοινωνίας του ασθενή και την αντίδραση του ως προς το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Συνεχίζονται οι παθητικές κινήσεις και οι συνεχείς αλλαγές θέσεων με σκοπό την διατήρηση της τροχιάς των αρθρώσεων για την πρόληψη παραμορφώσεων και κατακλίσεων. Έμφαση δίνεται σε ορισμένες θέσεις του άνω και κάτω άκρου με σκοπό την πρόληψη επιπλοκών που είναι συχνές

μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο όπως το σύνδρομο του επώδυνου ώμου και την παραμόρφωση κάμψης του κάτω άκρου. (Thomson et al., 1991)

Επίσης σε ορισμένους ασθενείς μπορεί να χρειάζεται να συνεχισθεί η αναπνευστική φυσικοθεραπεία και εκτός μονάδος. Επειδή ο ασθενής αγνοεί ότι υπάρχει το άλλο μισό του σώματος του, οι συγγενείς, το κομοδίνο, τηλεόραση κτλ πρέπει να βρίσκονται προς την πάσχουσα πλευρά. Επιπροσθέτως για να μπορεί ο ασθενής να επικοινωνεί καλύτερα τα οικεία πρόσωπα του πρέπει να του μιλούν αργά, δυνατά και καθαρά. Το ιδανικότερο είναι ο ασθενής να συνεχίσει το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας στο τμήμα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης του νοσοκομείου όπου έχει εισαχθεί ο ασθενής ή σε ειδικά κέντρα αποκατάστασης, παρά στο σπίτι.

Στα κέντρα αποκατάστασης ή στην μονάδα φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης η φυσικοθεραπεία συμπληρώνεται με εργοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη και κοινωνικές υπηρεσίες με στόχο την ολική επανένταξη του ασθενούς στη ζωή. Ο φυσιοθεραπευτής εκπαιδεύει τον ασθενή στο να γυρίζει δεξιά και αριστερά με σκοπό να σηκωθεί ο ασθενής στην καθιστή θέση και να σταθεί μόνος του αφού πρώτα έχει εξασκήσει τον ασθενή σε αντιδράσεις ισορροπίας στην καθιστή θέση.

Στο φυσιοθεραπευτικό πρόγραμμα συμπεριλαμβάνονται και ασκήσεις του κάτω άκρου με σκοπό την προετοιμασία του κάτω άκρου ώστε να δεχθεί βάρος για την θεραπεία της βάδισης. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται το άνω άκρο για να προληφθεί ο πόνος στον ώμο και να αποκτηθούν οι κινήσεις του βραχίονα. (Downie, 1992)

Η επανεκπαίδευση του άνω άκρου αποσκοπεί στην ανύψωση του βραχίονα χωρίς πόνο. Τονίζεται στους συγγενείς πόσο σημαντικό είναι να αλλάζουν συνεχώς θέση του βραχίονα και της ωμοπλάτης του ασθενούς. Επειδή ο ασθενής ίσως δεν μπορεί ακόμη να σταθεί όρθιος, η εφαρμογή υδροθεραπείας σε ειδική θεραπευτική πισίνα διευκολύνει την πιο γρήγορη ορθοστάτηση βελτιώνοντας την αυτοπεποίθηση και το ηθικό του προσφέροντας του κίνητρα για να συνεχίσει την προσπάθειά του.

Στο στάδιο της σχετικής ανάρρωσης ο φυσιοθεραπευτής στοχεύει στη επανεκπαίδευση της βάδισης καθώς και στην λειτουργική αποκατάσταση του άνω άκρου με έμφαση στις λεπτές κινήσεις του χεριού. Για να μπορέσει να

βαδίζει ο ασθενής πρώτα πρέπει να έχει αποκτήσει ισορροπία στη όρθια θέση. (Downie,1992)

Στη συνέχεια ο ασθενής εκπαιδεύεται στα διάφορα στάδια της βάδισης με πρόοδο του θεραπευτικού προγράμματος στο ανέβασμα και κατέβασμα σκάλας. Πολύ καλά θεραπευτικά αποτελέσματα έχει η επανεκπαίδευση της βάδισης σε ειδικές πισίνες με σύστημα αντίθετης ροής του νερού με ταυτόχρονη χρήση ρυθμιζόμενου ύψους βυθιζόμενης πλατφόρμας.

Ο ασθενής συνεχώς πρέπει να ενθαρρύνετε και να επιβραβεύετε για την προσπάθεια που κάνει γιατί υπάρχει κίνδυνος να απογοητευθεί και να μην θέλει να συμμετέχει στην θεραπεία. Ο φυσιοθεραπευτής πρέπει να υποδείξει στους συγγενείς του πάσχοντος ότι όσο λιγότερο τον βοηθάνε στην αυτοεξυπηρέτηση του τόσο καλύτερα για αυτόν είναι. Η στενή και σωστή συνεργασία του φυσιοθεραπευτή και των συγγενών του πάσχοντος από εγκεφαλικό επεισόδιο μεγιστοποιεί τους ορίζοντες της αποκατάστασης.

<http://www.iatronet.gr/ygeia/nevrologia/article/564/fysiotherapeftiki-proseggisi-sta-egkefalika-epeisodia.html>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

#### **5.1 ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Η νοσηλευτική έχει ηγετικό ρόλο στα συστήματα φροντίδας υγείας και κυρίως στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ο νοσηλευτής συμμετέχει ως μέλος της ομάδας υγείας με υπεύθυνους ρόλους στην ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας (προαγωγή υγείας, αλλά και πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) του ατόμου, της οικογενείας, του πληθυσμού ευθύνης, της κοινότητας στην οποία εργάζεται. Γενικότερα ο ρόλος και οι δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή ως μέλος της γενικότερης ομάδας του τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και επιβεβλημένος. Η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει κοινωνική βάση και ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ανθρώπου με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές καλούνται να προάγουν την υγεία των πληθυσμών. Πρωταρχικό τους μέλημα είναι η βελτίωση της κοινότητας. Για να πετύχουν αυτό το στόχο οι κοινοτικοί νοσηλευτές βασίζονται στις αρχές και τις δεξιότητες της νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας. Αυτό συνεπάγεται τη χρήση δημογραφικών και επιδημιολογικών μεθόδων, με σκοπό την εκτίμηση της υγείας της κοινότητας και τη διάγνωση των αναγκών υγείας της. (Κυριακίδου, 1997)

Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων, κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον του όπως το σπίτι, το σχολείο ή και χώρο εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου. (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου, 2009).

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον πιο κάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. "Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της Νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες,



τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου". Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (CAN) στον ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως συνοπτικά το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς σκοπούς. (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου, 2009).

"Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδας της τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύνηθες καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινοτική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές, όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας".

Η Κοινοτική Νοσηλευτική σύμφωνα πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους πιο κάτω σκοπούς:

- Ø Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξής της.
- Ø Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
- Ø Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο εκτός του νοσοκομείου.
- Ø Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
- Ø Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

Η βασική εκπαίδευση στην Κοινοτική Νοσηλευτική πρέπει να έχει δυο βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς:

- Να εξοπλίσει τον κοινοτικό νοσηλευτή με μια ευρεία βάση γνώσεων.
- Να αναπτύξει στο νοσηλευτή δυνατότητα και δεξιότητες για αναλυτική προσέγγιση προβλημάτων και κριτική σκέψη. Απαραίτητες θεωρούνται οι γνώσεις και δεξιότητες τόσο από νοσηλευτικές όσο και γενικότερες μη νοσηλευτικές επιστήμες. Αυτό γίνεται περισσότερο αντιληπτό εάν ερευνήσει κανείς τα προσόντα που πρέπει να - 25 - διαθέτει ο νοσηλευτής προκειμένου να εργαστεί αποτελεσματική στην κοινότητα. (Κυριακίδου, 1997)

Ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

1. Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
2. Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
3. Καθαρή αντίληψη του αντικείμενου της Κοινοτικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
4. Ικανότητα:
  - Ø Εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας (Αξιολόγηση, προγραμματισμό, εφαρμογή και εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας σε άτομα και ομάδες).
  - Ø Εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στη διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.
  - Ø Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
  - Ø Να διδάσκει και καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
  - Ø Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές, όπου χρειάζεται.
5. Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.
6. Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.
7. Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους. (Κυριακίδου, 1997)

## **5.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Στόχος είναι εδώ η απόπειρα διαμόρφωσης ενός νέου πρότυπου νοσηλευτή, όπου αντιμετωπίζει άτομα με ειδικές ανάγκες. Η πρόληψη, η εξάλειψη και η ελάττωση της αναπηρίας είναι κοινοί στόχοι, που ενώνουν τις επιδιώξεις όλων των νοσηλευτών αποκατάστασης, όπου κι αν προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Για να πετύχει τους παραπάνω στόχους ο νοσηλευτής μπορεί να εργαστεί στο Κέντρο Αποκατάστασης, σε διάφορες βαθμίδες ευθύνης. Ως ειδικός σύμβουλος σε θέματα αποκατάστασης ή ως συντονιστής σε οργανωμένη μονάδα χρόνιων νοσημάτων.

Κατ' αρχήν ο νοσηλευτής πρέπει να θέσει θετικούς στόχους, ώστε να υπερνικηθούν οι ελλείψεις της φυσικής αναπηρίας.

Να βοηθήσει τον άρρωστο να αναπτύξει περισσότερο την επιθυμία: «θα δοκιμάσω, μπορώ», παρά τη στάση «δε μπορώ».

Να μάθει τον άρρωστο να φροντίζει τον εαυτό του, μόνος του. Αυτή είναι άλλωστε η θετικότερη και η μεγαλύτερη ανταμοιβή που μπορεί να απολαύσει τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλευτής. Κάθε βήμα προόδου γιορτάζετε ξεχωριστά και κάθε δεξιότητα που αποκτά ο άρρωστος αποτελεί πηγή υπερηφάνειας και αισιοδοξίας και για τους δύο. (Κυριακίδου, 1997)

Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής θα πρέπει:

1. Να γνωρίζει καλά τη βασική νοσηλευτική των διάφορων ασθενειών και τη θεραπεία τους. Επιπλέον, πρέπει να γνωρίζει τεχνικές, που απαιτούνται στην αποκατάσταση, πολλές από τις οποίες δεν είναι γνωστές στην παραδοσιακή νοσηλευτική.

2. Να έχει υπομονή, διότι αν χάνει την ψυχραιμία του κάθε φορά που ο ασθενής καθυστερεί πολύ να κάνει κάτι, αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίπτωση στην πρόοδο του. Πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει όχι μόνο τι πρέπει να κάνει ο ασθενής, αλλά και γιατί πρέπει να το κάνει.

3. Να μη φοβάται όταν προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια. Στην αποκατάσταση, η κινητοποίηση του ασθενούς αποτελεί τον πρώτο στόχο και γι' αυτόν εργάζονται όλοι με αγάπη και δύναμη, εφαρμόζοντας διάφορες τεχνικές, που έχουν σκοπό να σηκώσουν τον ασθενή από το κρεβάτι. Ίσως χρειαστεί να επαναληφθεί πολλές φορές το ίδιο πράγμα, η τελική όμως επιτυχία φέρνει σε όλους χαρά και συγκίνηση.

4. Να σκέφτεται θετικά και να είναι πάντοτε αισιόδοξος. Όταν ο ασθενής κουραστεί από την προσπάθεια και πολλοί από το προσωπικό σηκώσουν τα χέρια απελπισμένοι, ο σωστός νοσηλευτής επιμένει για περαιτέρω προσπάθεια και αισιοδοξεί. (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου, 2009).

5. Να προγραμματίζει με προσοχή και αισιοδοξία τόσο την άμεση όσο και την μελλοντική φροντίδα του ασθενούς. Στην αποκατάσταση, περισσότερο απ' ότι σε οποιονδήποτε άλλο τομέα, ο νοσηλευτής μπορεί να θέτει στόχους, από τις πρώτες κιόλας ημέρες της εισαγωγής του ασθενούς. Έχοντας από την αρχή ένα πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό προγραμματίζει τις ανάγκες του ασθενούς π.χ. Πόσο βαριά είναι; Μπορεί να χτυπήσει το κουδούνι; Έχει ακράτεια ούρων; Ανάλογα λοιπόν με τις υπάρχουσες ανάγκες, προγραμματίζεται η

άμεση αντιμετώπισή τους ή τίθεται στόχος εκπαίδευσης της ουροδόχου κύστης σ' όλες τις βάρδιες του προσωπικού.

6. Να είναι συντονιστής. Επειδή η αποκατάσταση είναι μια ομαδική προσέγγιση στις ανάγκες του ασθενούς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνεργάζεται με όλα τα θεραπευτικά τμήματα, ώστε το πρόγραμμα να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και την αντοχή του ασθενούς. Η σπουδαιότερη βάση για συνεργασία στην ομάδα αποκατάστασης, είναι ο γνήσιος σεβασμός για τις γνώσεις και τις ικανότητες των άλλων μελών της ομάδας. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναπτύξει μια στάση κατανόησης και ευελιξίας όσον αφορά στη σχέση του με τα άλλα μέλη της ομάδας.

7. Να είναι αποτελεσματικός δάσκαλος και εκπαιδευτής προς το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό, τον ασθενή και τους συγγενείς του. Μερικές αρχές και δεξιότητες, πρέπει να τις επαναλαμβάνει στο προσωπικό αρκετά συχνά, π.χ. τις σωστές μεταφορές των ασθενών, την αυτοφροντίδα στο φαγητό κ.λ.π. (Κυριακίδου, 1997)

8. Να είναι σύμμαχος του ασθενούς και της οικογένειάς του. Ο νοσηλευτής επειδή τον γνωρίζει καλύτερα απ' όλους, τον βοηθάει να εκφραστεί με συνομιλία ή ακόμα και μ' ένα απαλό άγγιγμα. Επίσης ως σύμμαχος του ασθενούς πολλές φορές θα χρειαστεί να διαβεβαιώσει την οικογένεια του ότι έχει την καλύτερη φροντίδα και ότι πρέπει να εμπιστεύεται την ομάδα αποκατάστασης. Επειδή οι ασθενείς με ειδικές ανάγκες νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα δίνεται έμφαση στη βασική ιδέα της νοσηλευτικής ότι πρέπει να αντιμετωπίζονται ως άτομα και όχι ως περιπτώσεις. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα του αρρώστου πρέπει να είναι ολιστική, ανάλογη με τις προσωπικές φυσικές, πνευματικές και ψυχικές του ανάγκες.

Στην αποκατάσταση θεωρείται η νοσηλευτική επιτυχημένη, όταν ο ασθενής έχει φτάσει στο σημείο να χρειάζεται μικρή ή καμιά βοήθεια για τις καθημερινές του ανάγκες. Για να ανταποκριθεί στα πολλαπλά του καθήκοντα ο νοσηλευτής, πρέπει να συνεργάζεται αρμονικά όπως προαναφέρθηκε, με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αποκατάστασης. Λόγω της θέσης του είναι το πρώτο πρόσωπο που έρχεται σ' επαφή με τον ασθενή. Είναι το πρόσωπο που θα τον πλησιάσει και θα του εξηγήσει πως να προσαρμοστεί στο καινούργιο περιβάλλον, στην αναπηρία του και στο πρόγραμμα της θεραπείας του. Είναι το μόνο πρόσωπο που μπορεί να δώσει υπεύθυνα πληροφορίες

στην ομάδα, λόγω του κυκλικού ωραρίου του σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς στο δωμάτιο του, τη διατροφή του και τη γενική φυσική και ψυχική του κατάσταση. (Σαχίνη – Καρδάση, Πάνου, 2009).

### **5.3 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ**

Ο σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να προλάβει τυχόν επιπλοκές, οι οποίες θα καθυστερήσουν την αποκατάσταση. Ο στόχος αυτός καθορίζεται από την εισαγωγή στο νοσοκομείο και είναι διαρκής. Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με εγκεφαλικό επεισόδιο πρέπει να έχει τους εξής αντικειμενικούς σκοπούς:

#### **§ Να προλάβει τυχόν αναπηρίες.**

Συνήθως ο ημιπληγικός άρρωστος έχει το χέρι σε εσωτερική στροφή με τα δάχτυλα συνεσπασμένα τα όποια τείνουν να συγκλείσουν. Το κάτω άκρο σε έντονη έκταση και εξωτερική στροφή. Το γόνατο σε ελαφρά κάμψη και εξωτερική κλίση, το πέλμα πέφτει προς τα κάτω.

Εάν αφήσουμε τον άρρωστο σ' αυτή τη θέση για αρκετό διάστημα οι μυς των μελών που είναι έντονα συνεσπασμένοι θα παρουσιάσουν μία μόνιμη βράχυνση και θα δυσκολέψουν πολύ την αποκατάσταση και φυσιοθεραπεία. Έτσι θα δημιουργήσουν μία μόνιμη αναπηρία. Για να προλάβει τις δυσμορφίες αυτές ο νοσηλευτής θα φροντίσει τα εξής αμέσως μετά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Ένα υποστήριγμα πρέπει να τοποθετηθεί για να στήριξη στο πέλμα του ημιπληγικού κάτω άκρου και να εμποδίζει την πτώση και την μόνιμη δυσμορφία του. Καλό είναι να τοποθετείται και κάτι μαλακό, μία πετσέτα ή λίγο βαμβάκι κάτω από το πόδι το όποιο θα ακουμπά άνετα στο στήριγμα για να αποφεύγεται η πίεση στην φτέρνα με κίνδυνο να δημιουργηθεί κατάκλιση.

Ένα μαξιλάρι ή καλύτερα μία σακούλα με άμμο καλό είναι να τοποθετείται στην έξω πλευρά κοντά στο γόνατο για να εμποδίζει το πόδι, να κάνει την κλίση αυτή και να πέφτει προς τα έξω. Η σπαστική σύγκλιση των δακτύλων του άνω άκρου μπορεί να προληφθεί τοποθετώντας ένα μαλακό πλαστικό μπαλάκι ανάμεσα στα δάχτυλα του.

§ Η διόρθωση των αναπηριών που ήδη υπάρχουν.

Αυτό θα γίνει με μια σειρά ασκήσεων τις οποίες βέβαια θα ρυθμίσει ο φυσιοθεραπευτής με τον οποίο ο νοσηλευτής θα συνεργάζεται πολύ στενά. Απλές ασκήσεις πρέπει να γίνονται και από τον νοσηλευτή ο οποίος βρίσκεται τις πιο πολλές ώρες κοντά στον άρρωστο ενώ του δίνει την νοσηλευτική φροντίδα. Πρέπει να έχει υπ' όψιν του ότι χρειάζονται και τα υγιή μέλη άσκηση τα οποία μπορούν να ατροφήσουν λόγω της ακινησίας. Πρέπει να εκπαιδεύσει τον άρρωστο ώστε να χρησιμοποιεί το υγιές μέλος περισσότερο για την καθημερινή του φροντίδα και έπειτα βέβαια και το ημιπληγικό. Ακόμη πρέπει να μάθει ο άρρωστος πως να σηκώνεται και να κινείται στο κρεβάτι. Και τέλος να βοηθήσει στην διόρθωση της ομιλίας, σε συνεργασία με τον λογοθεραπευτή, να βοηθήσει δηλαδή τον ημιπληγικό που έχει και πρόβλημα επικοινωνίας δηλαδή τον αφασικό ασθενή(Thomson et al., 1991)

## Σκοποί:

### 1. Διατήρηση ζωής στον κωματώδη άρρωστο

#### α. Εκτιμάται:

- Η ικανότητα να αντιδρά όταν καλείται με το όνομα του.
- Η ικανότητα να απομακρύνεται από επώδυνο ερέθισμα.
- Η συχνότητα, ο ρυθμός και το βάθος της αναπνοής.
- Η αντίδραση της κόρης.
- Ο βαθμός κίνησης των βολβών.
- Η θέση του σώματος:
  - Ανεγκεφαλική δυσκαμψία,
  - Αποφλοιωτική δυσκαμψία,
  - Διαγώνια τοποθέτηση,
  - Απουσία ειδικής τοποθέτησης και κίνησης.

#### β. Παρέμβαση:

- Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού.  
Διατήρηση αρρώστου σε πλάγια θέση,
- Χρησιμοποίηση ενδοτραχειακού σωλήνα
- Μπορεί να χρειαστεί μηχανικός αναπνευστήρας,
- Αναρρόφηση όταν είναι ανάγκη.
- Βοήθεια για ρύθμιση θερμοκρασίας σώματος.
- Πρόληψη διάτασης κύστης με καθετηριασμό.
- Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών.
- Προσεκτική χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων,
- Σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα.
- Πρόληψη πνευμονίας από εισρόφηση.
- Τοποθέτηση αρρώστου σε πλάγια θέση,
- Αναρρόφηση,
- Δόνηση θώρακα,
- Παρακολούθηση αναπνοής.
- Πρόληψη επιπλοκών ακινησίας.
- Παρακολούθηση άκρων καθημερινά για σημεία θρομβοφλεβίτιδας,
- Παροχή άριστης φροντίδας δέρματος

2. Αναγνώριση παραγόντων που μπορεί να συνέβαλαν στην εκδήλωση του επεισοδίου. Αυτό είναι βασικής σημασίας στη λήψη απαραίτητων μέτρων για να σταματήσουν προοδευτικές απώλειες και να αποκατασταθεί η κυκλοφορία.

α. Εκτίμηση.

- Ιστορικό υγείας.
- Φυσική εκτίμηση: Αναγνώριση των κοινών συνδρομών του επεισοδίου
- Εργαστηριακές εξετάσεις.
- Αρτηριογραφία,
- Υπολογιστική αξονική τομογραφία,
- Εξέταση ΕΝΥ.

β. Παρέμβαση.

- Παροχή φροντίδας κατά την προετοιμασία και εκτέλεση εξετάσεων.
- Παροχή ακριβούς και επαρκούς πληροφόρησης, για την εξέταση, σε άρρωστο και οικογένεια.
- Εκτίμηση για δυσχέρειες και ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την αρτηριογραφία και παρακέντηση και χορήγηση επαρκών αναλγητικών.

3. Αποκατάσταση κυκλοφορίας σε άρρωστο με ΑΕΕ που οφείλεται σε αποκλεισμό. Η διατήρηση επαρκούς ροής αίματος στον εγκέφαλο εξαρτάται από τη συστολική πίεση του αίματος. Η θέση του αρρώστου επηρεάζει την πίεση.

α. Παρακολούθηση και αναγραφή συστολικής πίεσης τακτικά.

β. Οριζόντια θέση στο κρεβάτι για 7-10 ημέρες.

γ. Ανύψωση κάτω μέρους του κρεβατιού κατά 35 cm.

δ. Έγερση πρέπει να γίνεται αργά και για σύντομα μόνο χρονικά διαστήματα αρχικά. Ο άρρωστος δεν πρέπει να μείνει μόνος.

4. Πρόληψη περαιτέρω απόφραξης. Η αντιπηκτική θεραπεία είναι χρήσιμη στην πρόληψη περαιτέρω απόφραξης.

α. Χορήγηση ηπαρίνης ή κουμαρίνης ή ασπιρίνης, ανάλογα με την οδηγία.

β. Παρακολούθηση για σημεία αιμορραγίας

γ. Καθημερινός έλεγχος χρόνου προθρομβίνης.



5. *Μείωση ανάγκης για οξυγόνο.*

*Γενική υποθερμία:*

- α. Προστασία αρρώστου από κρυοπαγήματα.
- β. Παρακολούθηση κατάστασης καρδιάς για αρρυθμίες.
- γ. Έλεγχος ρίγους. (Thomson et al., 1991)

6. *Πρόληψη εξέλιξης υπέρτασης. Η υπέρταση είναι ο κύριος παράγοντας επιδείνωσης του ΕΑΕ που οφείλεται σε θρόμβο.*

- α. Συχνή παρακολούθηση αρτηριακής πίεσης.
- β. Χορήγηση κατάλληλων υποτασικών θεραπευτικών μέσων.
- γ. Διδασκαλία αρρώστου για τη σπουδαιότητα ελέγχου της αρτηριακής πίεσης.
- δ. Διερεύνηση, με άρρωστο και οικογένεια, των εφικτών αλλαγών στον τρόπο ζωής, για αύξηση των αποτελεσμάτων της φαρμακευτικής θεραπείας.

7. *Εκτίμηση για υποκειμενική καρδιακή νόσο. Υποκειμενική καρδιακή πάθηση είναι ο κύριος παράγοντας για πρόκληση ΑΕΕ που οφείλεται σε εμβολή.*

- α. Αναγνώριση και θεραπεία καρδιαγγειακής αθηροσκλήρωσης.
- β. Επαρκής αντιπηκτική θεραπεία μετά από καρδιακή χειρουργική. Παρακολούθηση για αιμορραγία.
- γ. Θεραπεία υποξείας και χρόνιας βακτηριακής ενδοκαρδίτιδας.
- δ. Αναγνώριση και διόρθωση βαλβιδοπαθειών.
- ε. Διδασκαλία αρρώστου για αντιπηκτική θεραπεία και δυνητική αιμορραγία.
- στ. Τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.
- ζ. Τακτική αξιολόγηση της καρδιακής λειτουργίας.
- η. Επειδή η διευθέτηση αυτών των προβλημάτων απαιτεί πολλή κατανόηση και συνεργασία από μέρους του αρρώστου, ο νοσηλευτής πρέπει να παίζει ρόλο δασκάλου και συμβούλου.

8. *Παροχή φυσικής και συγκινησιακής υποστήριξης για τον άρρωστο που είναι υποψήφιος για ενδοαρτηριακτομή ή παρακαπτήριο μόσχευμα. Τα ΠΙΕ αποτελούν ένδειξη αθηροσκλήρωσης και συχνά προηγούνται πλήρους*

αρτηριακής απόφραξης. Όταν έχει εντοπιστεί το σημείο απόφραξης, μπορεί να γίνει χειρουργική παρέμβαση για πρόληψη εγκεφαλικού επεισοδίου.

α. Βοήθεια αρρώστου κατά τη διάρκεια διαγνωστικών εξετάσεων.

β. Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης. Οι άρρωστοι που παρουσιάζουν ΠΙΕ και ΑΕΕ μπορεί να εκδηλώνουν συγκινησιακή αστάθεια.

γ. Διατήρηση φύλλου ακριβούς καταγραφής παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται όλα τα συμπτώματα που βιώνει ο άρρωστος και τα σημεία που μπορεί να βρεθούν με νευρολογική εξέταση.

δ. Σταθεροποίηση αρτηριακής πίεσης.

ε. Προετοιμασία αρρώστου και οικογένειας για τη χειρουργική επέμβαση.

στ. Η μετεγχειρητική φροντίδα περιλαμβάνει :

• Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού,

• Διατήρηση επαρκούς κυκλοφορίας και πρόληψη αιμορραγίας,

• Ισορροπία υγρών και ηλεκτρολυτών,

• Φροντίδα χειρουργικής τομής,

• Εξασφάλιση άνεσης και υποστήριξης,

• Εκτίμηση συμπτωμάτων και παραπόνων του αρρώστου.

9. *Εκπαίδευση αρρώστου για ανάγκη συχνής παρακολούθησης αρτηριακής πίεσης. Η πρόληψη νέων αποφράξεων εξαρτάται επίσης από την ικανότητα του άρρωστου να ρυθμίζει την αρτηριακή του πίεση.*

α. Πιστοποίηση κατανόησης του ρόλου της υπέρτασης, της δίαιτας και δραστηριότητας από άρρωστο και οικογένεια.

β. Ανάπτυξη με τον άρρωστο σχεδίου φαρμακευτικής θεραπείας, δίαιτας και δραστηριότητας.

γ. Τακτικές και συχνές συναντήσεις με τον άρρωστο, για εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης και της νευρολογικής και συγκινησιακής του κατάστασης.

δ. Να είστε διαθέσιμος κάθε φορά που ο άρρωστος έχει κάποια ερώτηση ή κάποιο πρόβλημα για επίλυση.

10. *Αποκατάσταση κυκλοφορίας σε άρρωστο με ΑΕΕ που οφείλεται σε αιμορραγία. Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης είναι βασικής σημασίας για την κατάπαυση της αιμορραγίας.*

- α. Χορήγηση αντιυπερτασικών μέσων με προσοχή, ώστε να μην προκληθεί υπόταση.
- β. Παραμονή στο κρεβάτι 4-8 εβδομάδες μετά την αρχική αιμορραγία
- γ. Μείωση καταστάσεων που αυξάνουν συγκινησιακό stress. .
- δ. Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης για άρρωστο και οικογένεια .
- ε. Χορήγηση μυοχαλαρωτικών και κατευναστικών.

#### *11. Μείωση ενδοκρανιακής πίεσης.*

- α. Παρακολούθηση και έλεγχος ενδοκρανιακής πίεσης
- β. Περιορισμός δραστηριοτήτων που μπορεί να αυξήσουν την ενδοκρανιακή πίεση.
  - Χορήγηση μαλακτικών των κοπράνων
  - Αντιμετώπιση ναυτίας και εμέτων
  - Βοήθεια για καλύτερη δυνατή αναπνευστική λειτουργία
- γ. Προαγωγή φλεβικής παροχέτευσης με ανύψωση του επάνω μέρους του κρεβατιού κατά 15-20°.

#### *12. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και θρεπτικού ισοζυγίου.*

- α. Χορήγηση και στενή παρακολούθηση ενδοφλέβειων χορηγήσεων.
- β. Παρακολούθηση ποσού ούρων και καθετηριασμός του αρρώστου, αν είναι ανάγκη.
- γ. Συνεργασία με διαιτολόγο για σχεδιασμό γευμάτων, που πρέπει να είναι θρεπτικά και να διεγείρουν την όρεξη.
- δ. Επειδή ο άρρωστος σιτίζεται από κάποιον, προσπάθεια να εξασφαλίζεται ευχάριστη ατμόσφαιρα, στην οποία θα προλαβαίνονται οι ανάγκες του αρρώστου αλλά και θα μειώνεται στο ελάχιστο η εξάρτηση του από τους άλλους.

#### *13. Αναγνώριση και θεραπεία ραγέντος αγγειώματος ή ανευρύσματος ως αιτίας επιληπτικού παροξυσμού.*

- α. Επιληπτικοί παροξυσμοί μπορεί να αποτελούν μέρος των συμπτωμάτων αγγειώματος ή μπορεί να αναπτυχθούν μετά τη ρήξη αγγειώματος ή ανευρύσματος.
- β. Η κατάσταση του αρρώστου εκτιμάται για χειρουργική θεραπεία του ανευρύσματος κατά το αρχικό αιμορραγικό επεισόδιο και κατόπιν αξιολογείται ο βαθμός σταθεροποίησης που κατορθώθηκε

✓ Οι παράγοντες που αξιολογούνται είναι :

- Επίπεδο συνείδησης
- Μέγεθος και αντίδρασης κόρης
- Αρτηριακή πίεση
- Συχνότητα και ρυθμούς σφυγμού
- Αναπνοή : βάθος, εύκολη ή δύσκολη
- Θερμοκρασία

γ. Χειρουργική Θεραπεία

✓ Ανευρύσματα

- Εξωκρανιακά: Απολίνωση κοινής καρωτίδας στο ύψος του τραχήλου
- Ενδοκρανιακά : Αφαίρεση ανευρύσματος, απολίνωση αυχένος ανευρύσματος ή απολίνωση και των δύο άκρων ανευρύσματος

✓ Αγγειώματα : Αποκλεισμός της κύριας αρτηρίας που το τροφοδοτεί και αφαίρεση, αν και η εντόπιση του το επιτρέπει.

Παρέμβαση:

α. Άμεση:

- Χορήγηση αντισπασμωδικών και αξιολόγηση αποτελεσματικότητας
- Διδασκαλία αρρώστου πώς να ελέγχει τις κρίσεις των σπασμών
- Προστασία αρρώστου κατά τη διάρκεια κρίσης σπασμών

β. Προεγχειρητική:

- Σταθεροποίηση αρτηριακής και ενδοκρανιακής πίεσης.
- Πρόκληση υποθερμίας, αν υπάρχει οδηγία, προστασία αρρώστου από κρυοπάγημα και ρίγος, συνεχής λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος.
- Προετοιμασία αρρώστου και οικογένειας για τη χειρουργική επέμβαση.

γ. Μετεγχειρητική:

- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών.
- Επαρκής αερισμός.
- Ρύθμιση θερμοκρασίας.
- Φυσιολογική αρτηριακή πίεση.
- Παρακολούθηση και έλεγχος ενδοκρανιακής πίεσης..
- Χρησιμοποίηση άσηπτης τεχνικής στη φροντίδα του τραύματος και παρακολούθηση για διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού.
- Προστασία αρρώστου με μειωμένο επίπεδο συνείδησης.

- Χορήγηση φαρμάκων και διδασκαλία για έλεγχο κρίσεων.
- Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών και παρακολούθηση για άποιο διαβήτη.
- Εκτίμηση νευρολογικής κατάστασης αρρώστου και επικοινωνία με γιατρό σε κάθε μεταβολή.
- Παροχή συμβουλών και υποστήριξης σε άρρωστο και οικογένεια.
- Βοήθεια στο σχεδιασμό ανάληψης κανονικών καθημερινών δραστηριοτήτων.
  - Συζήτηση ειδικών σχεδίων φροντίδας με υπεύθυνους για τη συνέχιση της φροντίδας. (Thomson et al., 1991)

*14. Αντιμετώπιση δυσλειτουργίας κρανιακών νεύρων. Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν ημιανοψία και παράλυση προσωπικού και απαγωγικού νεύρου.*

α. Ημιανοψία.

- Τοποθέτηση αντικειμένων μέσα στο οπτικό πεδίο του αρρώστου, ειδικά φαγητού και σκευών.
- Προσέγγιση αρρώστου από την υγιή πλευρά.
- Θέση αρρώστου τέτοια, ώστε τα παράθυρα, η δραστηριότητα, η τηλεόραση κ.λπ. να βρίσκονται μέσα στο οπτικό του πεδίο.

β. Δυσκολίες σίτισης.

- Τοποθέτηση φαγητού που πρέπει να μασηθεί, στην υγιή πλευρά του στόματος.
- Μετά το τέλος σίτισης, έλεγχος μήπως η τροφή συγκεντρώθηκε στο πάσχον μέρος της στοματικής κοιλότητας.
- Εξασφάλιση άριστης υγιεινής στόματος.
- Εκτίμηση δυνατότητας να χρησιμοποιήσει ο άρρωστος οδοντοστοιχίες.

γ. Βλεφαρόπτωση.

- Ανύψωση του πεσμένου βλεφάρου με μη αλλεργιογόνο ταινία
- Ενστάλαξη τεχνητών δακρύων για προστασία κερατοειδούς

15. Αγωγή αρρώστου με ημιαναισθησία, ώστε να προστατεύεται από βλάβη. Η ανικανότητα του αρρώστου να αναγνωρίζει ερεθίσματα πόνου, αφής, θερμοκρασίας, αλλαγής θέσης και δονήσεων και να αντιδρά προς αυτά, τον κάνει επιρρεπή σε τραύματα, εγκαύματα και δευτεροπαθείς λοιμώξεις.

- α. Παροχή άριστης φροντίδας δέρματος. Χρήση μασάζ και προστατευτικών λοσιόν.
- β. Στεγνά και καθαρά λευχίματα.
- γ. Επισκόπηση ολόκληρης της επιφάνειας του σώματος για λύσεις συνέχειας του δέρματος.
- δ. Προστασία από πίεση.
- ε. Έγκαιρη και σωστή θεραπεία ελκών πίεσης, εγκαυμάτων, λύσεων και ερεθισμών του δέρματος.
- στ. Επανεκτίμηση αισθητικής λειτουργίας σε τακτικά διαστήματα.

16. Αγωγή αρρώστου με ημιπάρεση για να κατορθωθεί η μέγιστη λειτουργία και να προληφθούν δευτεροπαθείς ανικανότητες και παραμορφώσεις. Εκτίμηση μυϊκής ισχύος, τόνου μάζας, όπως περιγράφονται στη Γενική εκτίμηση. Ο άρρωστος με ημιπάρεση πρέπει να προστατεύεται από τραύμα των παράλυτων άκρων, μόνιμες συσπάσεις, κατακλίσεις και πνευμονία, που είναι δευτεροπαθή από την ακινησία.

- α. Αλλαγή θέσης σε κανονικά και συχνά διαστήματα.
- β. Σωστή θέση στο κρεβάτι.
- γ. Προστασία παραλυμένων σκελών :
  - Υποστήριξη βραχίονα και ώμου
  - Μαξιλάρια άμμου για σταθεροποίηση του κάτω άκρου σε σωστή θέση
  - Ρολό χεριού, για να κρατά τα δάχτυλα ανοικτά
  - Χρήση υποποδίου
  - Υποστήριγμα ποδοκνημικής άρθρωσης, όταν σηκώνεται ο άρρωστος
  - Επίβλεψη χρησιμοποίησης περιπατητή, μπαστουιού ή άλλου βοηθήματος
- δ. Συνεργασία με φυσικοθεραπευτή για καθορισμό συνεδριών θεραπείας και εκμάθηση ασκήσεων.

- Παθητικές ασκήσεις.
- Σχεδιασμός προγράμματος με άρρωστο και φυσικοθεραπευτή, για βαθμιαία και αποτελεσματική έγερση.

*17. Προετοιμασία αρρώστου να εκτελεί εργασίες της καθημερινής ζωής με τη μεγαλύτερη δυνατή ανεξαρτησία.* Ο βαθμός στον οποίο ο άρρωστος μπορεί να αρχίσει να αναλαμβάνει ευθύνη για τις καθημερινές δραστηριότητες εξαρτάται από :

- α. Τη λειτουργική του ικανότητα.
- β. Τη διανοητική του εγρήγορση και μνήμη.
- γ. Την επιθυμία του να αποκτήσει ανεξαρτησία.
- δ. Το, μέχρι στιγμής, βαθμό εξάρτησης του.

#### Παρέμβαση

- α. Ανάπτυξη προγράμματος εκπαίδευσης μαζί με άρρωστο και φυσικοθεραπευτή.
- β. Άμεσοι και εύκολα κατορθωτοί σκοποί, για να δοθεί στον άρρωστο ευκαιρία να αισθανθεί επιτυχημένος.
- γ. Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο να εξασκήσει δεξιότητες που έμαθε στις συνεδρίες θεραπείας.
- δ. Παροχή υποστήριξης, όταν η μη επιτυχία των σκοπών δημιουργεί στον άρρωστο αισθήματα ματαίωσης.
- ε. Βοήθεια αρρώστου να προμηθευτεί τα απαραίτητα εργαλεία και εφόδια.
- στ. Συνέχιση υποστήριξης ακόμα και όταν ο άρρωστος γίνεται πιο ανεξάρτητος. Συχνά, καθώς αποκτάται μια καινούρια δεξιότητα, γίνεται φανερό η αδυναμία του αρρώστου να εκτελεί μια πιο σύνθετη εργασία.
- ζ. Εκτίμηση ικανότητας των μελών της οικογένειας να δεχτούν βραδύτερη και ίσως πιο αδέξια εκτέλεση αυτών των εργασιών και εξήγηση της σημασίας για τον άρρωστο αυτής της παραδοχής.

#### *18. Αγωγή αρρώστου με αφασία.*

Αφασία είναι μια διαταραχή της λειτουργίας του λόγου, που οφείλεται σε κάκωση ή νόσο των εγκεφαλικών κέντρων. Μπορεί να περιλαμβάνει

διαταραχή της ικανότητας του ατόμου να διαβάζει και να γράφει, καθώς επίσης να μιλά, να κατανοεί τον γραπτό και προφορικό λόγο, να κάνει υπολογισμούς και να κατανοεί χειρονομίες. Το κύριο κέντρο λόγου, που ονομάζεται περιοχή του Broca, βρίσκεται σε εγκεφαλική έλικα που εφάπτεται με τη μέση εγκεφαλική αρτηρία. Στην περιοχή του Broca, διατηρούνται οι συνδυασμοί των μυϊκών κινήσεων που είναι απαραίτητοι για να εκφωνείται η κάθε λέξη. Κάθε λέξη απαιτεί, για την έκφραση της, ένα συνδυασμό ή ακολουθία συνδυασμών μυϊκών συσπάσεων. Δεν είναι μόνο οι μύες των φωνητικών χορδών που πρέπει να συσπαστούν, αλλά επίσης και οι μύες του τραχήλου, της γλώσσας, της μαλακής υπερώας, των χειλιών και του θωρακικού τοιχώματος. Αυτοί οι συνδυασμοί εναποθηκεύονται στα κύτταρα της έλικας του Broca και κατευθύνουν τα κύτταρα της κινητικής περιοχής, που κάνουν τους μυς να συσταλούν στο σωστό χρόνο και με τη σωστή δύναμη.

Η περιοχή του Broca είναι τόσο κοντά στην αριστερή κινητική περιοχή, που μια διαταραχή σ' αυτή συχνά επηρεάζει την περιοχή του λόγου. Γι' αυτό και πολλοί άρρωστοι με δεξιά ημιπληγία δεν μπορούν να μιλήσουν. Εξαιρέση αποτελούν αριστερόχειρες άρρωστοι, των οποίων το κέντρο του λόγου (μαζί με αυτό της γραφής) βρίσκεται στο δεξιό ημισφαίριο.

α. Ολική αφασία είναι η απώλεια όλης σχεδόν της λειτουργίας. Διατηρείται ικανότητα χρησιμοποίησης και κατανόησης μερικών λέξεων.

β. Κινητική αφασία του Broca είναι λεκτική εκτελεστική απραξία, που αφήνει μερικές στερεότυπες φράσεις και διατηρεί την ικανότητα του αρρώστου να απαντά ναι ή όχι και να βγάζει κραυγές.

γ. Κεντρική ή αφασία του Wernicke είναι μια διαταραχή όλης της συμπεριφοράς που στηρίζεται στο λόγο. Ο άρρωστος δεν μπορεί να κατανοήσει το λόγο ή γραπτή λέξη και δεν μπορεί να γράψει ή να επικοινωνήσει με λόγια. Η ακοή μειώνεται, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να μην έχει συνείδηση του ελλείμματος, να μην μπορεί να ακολουθήσει οδηγίες και να μικρά ελεύθερα. (Thomson et al., 1991)

δ. Διαταραχές διχασμένου λόγου: περιλαμβάνει συνδυασμό διαταραχών συμπεριφοράς εξαρτώμενης από γλώσσα, λεκτική κώφωση, όπως αλαλία, ή λεκτική τυφλότητα.



Για να διαπιστωθεί η λειτουργία της ομιλίας γίνονται ορισμένες δοκιμασίες. Ο χαρακτήρας και η έκταση της αφασίας μπορεί να βοηθήσουν στη διαπίστωση του μεγέθους και της περιοχής της βλάβης.

Παρέμβαση:

α. Ανάπτυξη μέσω επικοινωνίας με τον άρρωστο, χρησιμοποίηση χειρονομιών και γλώσσας σημείων.

β. Εξέταση με την οικογένεια άλλων μέσω επικοινωνίας, όπως ζωγραφίες ή σχέδια.

γ. Συνέχιση παροχής οπτικοακουστικής διέγερσης. Συχνά, υπάρχει μια βαθμιαία υποχώρηση της διαταραχής. Με τη χρησιμοποίηση δοκιμασιών που εφαρμόζονται ξεχωριστά στον κάθε άρρωστο, είναι δυνατό να τηρηθεί ακριβές φύλλο που περιγράφει τις ικανότητες του αρρώστου. Από αυτό μπορεί να τεθούν νέοι σκοποί ή να δοκιμαστούν νέες παρεμβάσεις.

*19. Εγκαθίδρυση υγιών διεργασιών αντιμετώπισης για άρρωστο παιδί και οικογένεια. Ως καταστροφικό γεγονός, το ΑΕΕ δημιουργεί μια κρίση τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο, ως άτομο, όσο και για την οικογένεια του ως μονάδα. Έγκαιρη και θετική παρέμβαση διευκολύνει τη διεργασία απόκρισης στο ΑΕΕ και βοηθά στην αλλαγή τρόπου ζωής.*

α. Διαπίστωση κατά πόσο ο άρρωστος που δεν είναι σε κώμα αντιλαμβάνεται την κατάσταση του, μέσω επικοινωνίας με λόγια, εκφράσεων προσώπου και αντιδράσεων προς το περιβάλλον.

β. Διαπίστωση του πως βλέπει την κατάσταση η οικογένεια του αρρώστου.

- Ποια είναι η έκταση και η πρόγνωση του ΑΕΕ
- Ποιος είναι ο ρόλος της οικογένειας
- Ποιες είναι οι εμπειρίες του αρρώστου και της οικογένειας, που αφορούν χρόνια νοσήματα
- Ποιοι είναι οι οικονομικοί, συγκινησιακοί και πνευματικοί πόροι του αρρώστου και της οικογένειας

Παρέμβαση:

α. Ενώ είναι απαραίτητο μερικές φορές να προστατεύεται ο άρρωστος από μια πρώιμη πληροφόρηση της έκτασης του ΑΕΕ, η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται για την απειλή της ζωής του.

- β. Παροχή χρόνου σε άρρωστο και οικογένεια, ώστε να αποδεχτούν την απώλεια λειτουργίας στον άρρωστο και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους.
- γ. Παροχή ενίσχυσης για τις θετικές αντιδράσεις του αρρώστου και ρεαλιστικής ενθάρρυνσης.
- δ. Χρησιμοποίηση συμβουλευτικών πόρων από τον άρρωστο και την οικογένεια του. Πολλές φορές και το προσωπικό μπορεί να χρειαστεί σύμβουλο ψυχικής υγείας, για να αντιμετωπίσει τα συναισθήματά και τα προβλήματα του.
- ε. Ανάπτυξη κάποιου τρόπου επικοινωνίας με τον άρρωστο. Ο τρόπος με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του ο άρρωστος επηρεάζεται από το πώς δίνεται σ' αυτόν η φυσική φροντίδα.
- στ. Όταν επιτυγχάνονται οι σκοποί, άμεσος έπαινος και ενθάρρυνση του αρρώστου.
- ζ. Μη εγκατάλειψη του αρρώστου όταν επανέλθει η ανεξάρτητη λειτουργία.
- η. Ευκαιρία στον άρρωστο και την οικογένεια να εκφράσουν τους φόβους τους για νέο ΑΕΕ.

Μερικοί πολύ συνηθισμένοι φόβοι είναι :

- Να πάθει το ΑΕΕ όταν είναι μόνος
  - Μικρές φυσικές δυσχέρειες μπορεί να θεωρηθούν ως σημεία επικείμενου ΑΕΕ
  - Θάνατος χωρίς προειδοποίηση
  - Μόνιμη ανικανότητα και επιβάρυνση των άλλων.
- θ. Σχεδιασμός για συνεχή εξασφάλιση φροντίδας, καθώς ο άρρωστος πηγαίνει από το νοσοκομείο στο κέντρο αποκατάστασης ή στο σπίτι.

#### **5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ.**

- § Τοποθέτηση του ασθενή με τον κατάλληλο τρόπο στη μια πλευρά.
- § Ανύψωση στο κρεβάτι σε θέση ημι-Fowler.
- § Να έχει πάντα σηκωμένους τους προφυλακτήρες του κρεβατιού για ασφάλεια.

- § Να αλλάξει θέση τον ασθενή κάθε δύο ώρες, πάντοτε υποστηρίζοντας το σώμα του, ώστε να διατηρείται ευθειασμένο.
- § Να τοποθετηθούν ελαστικές κάλτσες αν χρειάζεται.
- § Να ελεγχθεί η παροχέτευση αν υπάρχει καθετήρας.
- § Να παρακολουθείται και να καταγράφονται τακτικά τα ζωτικά σημεία.
- § Να κρατούνται οι αεροφόροι οδοί ανοιχτές.
- § Να καθαρίζεται το στόμα συχνά και να ενημερώνονται οι υπεύθυνοι ιατροί αν χρειάζεται αναρρόφηση.
- § Να πραγματοποιούνται τακτικές κινητικές ασκήσεις, όπως πρέπει.

Παρακολούθηση και καταγραφή :

Αναπνευστική δυσχέρεια, όπως δύσπνοια ή κυάνωση.

Επίπεδο συνείδησης.

Οποιαδήποτε ανεξέλεγκτη μυϊκή κατάσταση, όπως σπασμούς.

Ανάγκη για αναρρόφηση των ανωτέρων οδών.

Ερυθρότητα του δέρματος πάνω από οστά που εξέχουν.

Κατά τη διάρκεια της ανάνηψης. Η ανάνηψη από το εγκεφαλικό επεισόδιο συχνά είναι μια πολύ άσχημη εμπειρία για τον ασθενή. Στην προσέγγιση του ασθενή αυτού δύο πράγματα είναι σημαντικά:

- 1.Ο ασθενής έχει ανάγκη από εμπύχωση και δύναμη για να μπορέσει να ξεπεράσει το πρόβλημά του.
- 2.Είναι πολύ γνωστό ότι η ταχύτητα της ανάνηψης στις περισσότερες περιπτώσεις εξαρτάται από το κουράγιο και την υπομονή των νοσηλευτών.
- 3.Εάν ο ασθενής είναι ικανός να φάει, αφήστε τον να το κάνει, στο βαθμό που μπορεί. Μέχρι αυτό να συμβεί, να σερβίρονται τα γεύματα στους ασθενείς με εγκεφαλικό για όσο καιρό χρειάζεται. Να τοποθετείται η τροφή στην πλευρά του στόματος που δεν έχει προσβληθεί, με προσοχή. Να συνεχίζεται η ίδια βασική νοσηλευτική φροντίδα.

Οι προσπάθειες αποκατάστασης περιλαμβάνουν:

Βοήθεια στην κένωση του εντέρου και της ουροδόχου κύστης.

Προσοχή και φροντίδα στο δέρμα για να αποφευχθεί η λύση της συνέχειας του.

Ενθάρρυνση του ασθενούς με εγκεφαλικό να επικοινωνεί.

Βοήθεια κατά την κινητοποίηση του ασθενούς, ώστε να αποφεύγονται τυχόν πτώσεις.

Διατήρηση μιας εποικοδομητικής και ενθαρρυντικής στάσης, σ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας. (Thomson et al., 1991)

## **5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΦΑΣΙΑ**

Οι ασθενείς με εγκεφαλικό συχνά παρουσιάζουν αφασία ή διαταραχή του λόγου. Παρουσιάζουν δυσκολία στο να σχηματίζουν σκέψεις ή να εκφράζονται με τρόπους συνειδητά σωστούς. Αυτό είναι πολύ απογοητευτικό και προκαλεί φόβο στους ασθενείς και την οικογένεια τους. Οι δύο τύποι αφασίας είναι οι εξής:

- ✓ Δεκτική αφασία σημαίνει ότι ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται - κατανοεί τα λεκτικά ερεθίσματα.
- ✓ Εκφραστική αφασία σημαίνει ότι ο ασθενής δεν μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις του με σωστό τρόπο. Ο αφασικός ασθενής κάνει λάθη στην επιλογή των λέξεων και των εκφράσεων. Χρησιμοποιεί λέξεις με λάθος έννοια. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει λέξεις βλάσφημες, αυτόματα και χωρίς πρόθεση.

Ο βοηθός νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει με το:

Να μιλά με μικρές προτάσεις.

Να χρησιμοποιεί χειρονομίες για να εξηγή τη σημασία των λέξεων του.

Να μιλά συχνά ως έχει για να τον βοηθά να ασκείται.

Να είναι πολύ υπομονετικός και ενθαρρυντικός στις προσπάθειες του ασθενούς να μιλήσει.

Να χρησιμοποιεί πίνακα με εικόνες, τις οποίες ο ασθενής μπορεί να υποδείξει.

Κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης, συνεχίζεται η νοσηλευτική φροντίδα που άρχισε στην οξεία φάση όπως προαναφερθήκαμε παραπάνω.

## **5.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ**

Το εγκεφαλικό επεισόδιο σε σημαντικό ποσοστό αφήνει μακρόχρονες βαριές αναπηρίες. Είναι, υστέρη από τα σοβαρά ατυχήματα, η πιο αιφνίδια και δραματική αλλαγή στις σωματική υγεία και συνακόλουθα σε όλο το πλέγμα

οικογενειακών, επαγγελματικών, κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Να, λοιπόν, γιατί προκαλεί σημαντικά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα και γιατί σε κοινωνίες με περιορισμένη κοινωνική μέριμνα είναι πηγή εξαθλίωσης.

Τρείς είναι συχνότερες και πιο ενοχλητικές για τον άρρωστο και το περιβάλλον του αναπηρίες, ύστερα από μια εγκεφαλική προσβολή:

οι αφασικές διαταραχές, που μπορούν να φτάσουν μέχρι ολοκληρωτική αδυναμία για ομιλία, κατανόηση προφορικού λόγου, διάβασμα, γραφή.

Η ημιπληγία.

Η εμφάνιση ανοϊκών συμπτωμάτων ή η χειροτέρευση τους, αν προϋπήρχαν, με κύρια χαρακτηριστικά διαταραχές στην μνήμη, την κρίση, τον προσανατολισμό, και συγχυτικοδιεγερτικές κρίσεις.

Η πολύμηνη στασιμότητα παρά την σωστή θεραπευτική αγωγή, σημαίνει ότι οι ελπίδες για μια σημαντική βελτίωση στο μέλλον είναι πολύ πεινχρές. Εξαντλούνται όμως όλες οι δυνατότητες; Στις αφασικές διαταραχές πχ, απαιτούνται ειδική τεχνική επανεκπαίδευσης του αρρώστου και ανάλογο βέβαια ειδικευόμενο προσωπικό, που σπανίζει στην χώρα μας. Η τεχνική στηρίζεται σε λεκτικούς αυτοματισμούς, που και σε βαριές περιπτώσεις αφασίας, μένουν απρόσβλητοι. Ξεκινώντας από αυτούς, με την χρήση παραστατικών μέσων και κυρίως με πολύ υπομονή, γίνεται προσπάθεια να δημιουργηθούν και να ενισχυθούν εξαρτημένα αντανακλαστικά, που θα επιτρέψουν να ξαναλειτουργήσει ο ενδόμυχος λόγος. Οι περισσότεροι από τους βασικούς αρρώστους μένουν χωρίς συστηματική βοήθεια από ειδικούς.

Τα προβλήματα του αρρώστου, που έμεινε ανάπηρος ύστερα από εγκεφαλική προσβολή, είναι και ψυχολογικά. Ο μη ειδικός γιατρός πρέπει να γνωρίζει τις βασικές κατευθύνσεις της υποστηρικτικής θεραπείας που καλείται να εφαρμόσει. Τέτοια μορφή ψυχοθεραπείας συχνά χωρίς να το συνειδητοποιούν, ασκούν τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι του αρρώστου. Προέχει η απόκτηση της καλής επανάκτησης της εμπιστοσύνης συμπάθειας τους. Στην αρχή χρειάζεται η καλλιέργεια μιας αισιόδοξης προοπτικής ως αναφορά την εξέλιξη της αναπηρίας του, την δυνατότητα του να είναι χρήσιμος και όσο μπορεί να χαίρεται της απόλαυσης της ζωής. Χρειάζεται ακόμη να παρακινηθεί να διατηρεί τα ενδιαφέροντα του, τις επαφές του με άλλους ανθρώπους ή στην ανάγκη να αναπτύσσει νέες.

Στις ερωτήσεις του αρρώστου π.χ. «θα γίνει καλά το πόδι μου;», «θα μπορέσω να ξαναπερπατήσω;» θα πρέπει αν αποφεύγουμε τις αισιόδοξες προβλέψεις που θα φθίνουν το κύρος μας. Θα πρέπει να δίνεται περισσότερη έμφαση στην ευνοϊκή εξέλιξη του και στην ενεργό συμμετοχή του στο πρόγραμμα της αποκατάστασης σύμφωνα με τις υποδείξεις μας.

Συχνά αναπτύσσονται καταθλιπτικές αντιδράσεις. Όταν υπάρχει πολύ ένταση και διαφαίνεται κίνδυνος αυτοκτονίας, χρειάζεται επέμβαση του ειδικού. Σε ελαφρότερες μορφές μπορούν να ξεπεραστούν με μια ελαφρά αγχολυτική αντικαταθλιπτική αγωγή και με καταπολέμηση των ιδεών ανικανότητας, όπως «δεν κάνω για τίποτα πια», «είμαι βάρος στην κοινωνία». Εκτός από ενθαρρυντικά λόγια θα πρέπει να του δίνουμε επιχειρήματα όπως την ευχαρίστηση που τους δίνει να τον έχουν ανάμεσά τους.

Σημαντικές είναι ο ρόλος των οικείων του αρρώστου. Πρέπει να τους δίνουμε συμβουλές για την ανάγκη καθαριότητας και περιποίησης του αρρώστου και τους οφείλουμε να τους τονίζουμε ότι δεν πρέπει μπροστά του να εκφράζουν βαρυγκώμια ή να παίρνουν ύφος οσιομάρτυρα και ιδιαίτερα τον πρώτο καιρό οπού είναι πολύ ευαίσθητοι.

Είναι μεγάλο λάθος η παραμέληση του αρρώστου που οδηγεί στην απομόνωση του και η υπερβολική φροντίδα, που πνίγει τις δραστηριότητες και τις πρωτοβουλίες του. Αντίθετα, με συζητήσεις, υποβολή ερωτήσεων, πρέπει να κεντρίζονται τα ενδιαφέροντα του. Στον καθημερινό καταμερισμό της δουλειάς στο σπίτι, να του δίνεται ρόλος, να ευνοείται η επαφή του με φίλους, γνωστούς αλλά και με νέο κόσμο. (Thomson et al., 1991)

Για τους ανοϊκούς πρέπει να εξασφαλίζεται σταθερό περιβάλλον, χωρίς απότομες εναλλαγές και να καλλιεργούνται με τη συζήτηση οι δυνατότητες μνήμης και κρίσης, που υπάρχουν. Χρειάζεται να αποφευχθεί η αναστροφή του «βιολογικού ρολογιού», με ύπνο κατά διαστήματα την ημέρα και αϋπνία την νύχτα. Στις διεγέρσεις χρησιμοποιείται με επιτυχία το φάρμακο αλλοπεριδόλα σε σταγόνες σε εξατομικευμένη δόση.

Σε κάθε περίπτωση δεν πρέπει να κουραζόμαστε να τονίζουμε στους οικείους του αρρώστου ότι πολλά εξαρτιούνται από αυτούς και ότι μπορούν να γλιτώσουν κόπους και ταλαιπωρίες για χρόνια με κάποιες περισσότερες φροντίδες στο παρόν.

Εννοείται ότι η φροντίδα για την αποθεραπεία, την ψυχολογική υγεία, την κοινωνική αποκατάσταση αυτών που ύστερα από ΑΕΕ, έχουν κάποια αναπηρία, μένει λειψή, χωρίς την κατάλληλη κοινωνική υποδομή. Δυο μέτρα είναι ιδιαίτερα αναγκαία: πρώτον, η προώθηση του θεσμού του ψυχολόγου ή του κοινωνικού λειτουργού, που βρίσκεται σε μόνιμη επαφή με τα ανάλογα προβλήματα του πληθυσμού μιας συνοικίας ή ενός χωριού, παρακολουθεί την πορεία τους, μπορεί σωστά να πληροφορήσει, να προτείνει λύσεις και προς την οικογένεια και προς τις κεντρικές υπηρεσίες, κοινωνικής μέριμνας.

Δεύτερον, η λειτουργία κέντρων επαναπροσανατολισμού ανάπηρων ατόμων. Υπάρχουν μονόπληκτοι που δεν μπορούν να σκαρφαλώσουν σε σκαλωσιές να χρησιμοποιούν καλά τα χέρια τους. Υπάρχουν αφασικοί, που δεν κάνουν για ρήτορες, μπορούν όμως να εργάζονται αμείλικτοι. Βέβαια, το να μιλάει κανείς για επαγγελματική αποκατάσταση αναπήρων σε κοινωνίες, που πλήττονται από την ανεργία, μπορεί να είναι εξωπραγματικό. Όμως δεν γίνεται να αγνοήσουμε την πραγματικότητα. Δεκάδες χιλιάδες άτομα στην Ελλάδα, που θέλουν και μπορούν υπό ειδικές συνθήκες να εργαστούν ζουν σε βάρος των οικογενειών τους και της κοινωνίας.

Σε πολλές περιπτώσεις βαριά αρρώστων με ημιπληγία, η ανεπάρκεια των κρατικών επιδομάτων είναι καταφανής. Έτσι συντηρούνται εικόνες αθλιότητας. Σε περιπτώσεις κατάκοιτων αρρώστων, πρέπει να δίνεται στις οικογένειες τους μια πρόσθετη βοήθεια. Επίσης, θα πρέπει αυτές οι οικογένειες να έχουν ειδικές εξυπηρετήσεις.

Σχεδόν ολοκληρωτική είναι στη χώρα μας η ανεπάρκεια των ιδρυμάτων για κατοίκους ανάπηρους ημιπληγικούς, που δεν έχουν την τύχη να έχουν οικογένεια, που να μπορούν να τους περιθάλψουν και πολύ από αυτούς ζουν χάρη στην φιλευσπλαχνία των γειτόνων. Σε άλλες πάλι περιπτώσεις, σε οικογένειες που ζουν κοντά στο όριο της φτώχειας ή κάτω από αυτό, η αιφνίδια αναπηρία ενός μέλους της που απαιτεί ειδικές φροντίδες δημιουργεί αξεπέραστες δυσκολίες, επιτείνει την κοινωνική ανισότητα. Για αρκετά πλούσιους υπάρχουν κάποια ιδιωτικά ιδρύματα που αναλαμβάνουν την περιποίηση τέτοιων αρρώστων. Κάποτε πρέπει στην Ελλάδα να απαιτηθεί ένα δίκτυο τέτοιων ιδρυμάτων, που να καλύπτουν τις στοιχειώδεις έστω ανάγκες τέτοιων ατόμων.

Τελικά, η εγκατάλειψη και εξαθλίωση ανθρώπων δεν είναι θέμα μόνο εξωραϊσμού ή φιλευσπλαχνίας, αλλά είναι θέμα διαμόρφωσης ανθρωπιστικής συνείδησης στο σύνολο των μελών μιας κοινωνίας και έτσι πρέπει να το βλέπουν οι υπεύθυνοι φορείς.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

#### **6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄**

##### Ατομικό Ιστορικό

Άνδρας ασθενής, 70 ετών στις 26/08/2016 και ώρα 17:00, εισέρχεται στην νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου του Ρίου «Παναγιά η βοήθεια» με μούδιασμα στο άνω και κάτω δεξιό άκρο, πτώση της δεξιάς κάτω γνάθου και δυσκολία στην ομιλία.

Ο ασθενής ενώ βρισκόταν στη δουλειά του δεν αισθανόταν καλά, ένιωθε αδυναμία και δυσφορία ενώ στην πορεία δεν μπορούσε να μιλήσει πολύ καλά παρουσιάζοντας βλάβη στο κέντρο του λόγου Broca. Αμέσως μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο όπου εκεί έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις. Με τη λήψη των ζωτικών σημείων ο ασθενής παρουσιάζει υπέρταση ενώ παράλληλα ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία όπου διεγνώσθη με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Λήψη ζωτικών σημείων:

A.Π: 188/99 mmHg,

Θ: 37,4° C,

Αναπνοές: 85 brpm/min

Με την εισαγωγή του ασθενούς στην κλινική οι οδηγίες που έδωσαν οι ιατροί ήταν οι εξής:

1. Να μην ληφθεί τροφή από το στόμα
2. Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων



3. Μέτρηση ούρων και σακχάρου
4. Να χορηγηθεί κλονιδίνη Cataprezan
5. Να χορηγηθεί Nootrop χ2 και μαννιτόλη 150cc χ2

Κατόπιν εφαρμογής των ιατρικών οδηγιών ο ασθενής παρέμεινε σταθερός ενώ παράλληλα λόγω της δυσκολίας στην ομιλία και της αδυναμίας του άνω και κάτω δεξιού άκρου συστήθηκε η παρέμβαση λογοθεραπευτή και φυσιοθεραπευτή.

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<p>Ο ασθενής παρουσιάζει δύσπνοια που οφείλεται στην διαταραγμένη εκπνοή του θωρακικού τοιχώματος λόγω και της κατακεκλιμένης θέσης.</p>	<p>Να ανακουφισθεί ο ασθενής από τη δύσπνοια</p> <p>Να αποκατασταθεί η αναπνευστική λειτουργία του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Να προληφθούν πιθανές επιπλοκές</p> <p>Να επανέλθει η αναπνοή του ασθενούς</p>	<p>Λήψη ζωτικών σημείων</p> <p>Τοποθέτηση του ασθενούς στη σωστή θέση στο κρεβάτι του</p> <p>Χορήγηση O<sub>2</sub> κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε η λήψη των ζωτικών σημείων με τον ασθενή να εμφανίζει τις εξής τιμές: Α.Π.=130/80mmHg, Σφ.=75/min, Θερμ.=37°C, Αν.=19/min</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε θέση fowler.</p> <p>Χορηγήθηκε O<sub>2</sub> κατόπιν ιατρικής οδηγίας με ρινική κάνουλα στα 2lt.</p> <p>Χορηγήθηκε Atrovent 1x3 με τη</p>	<p>Παρουσιάστηκε μείωση του συμπτώματος και ο ασθενής ανακουφίστηκε από τη δύσπνοια.</p> <p>Η αναπνοή του ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές</p>

	<p>σε φυσιολογικούς ρυθμούς.</p>	<p>Εκπαίδευση ασθενούς για τις σωστές τεχνικές αναπνοής</p> <p>Εξασφάλιση του σωστού και κατάλληλου περιβάλλοντος.</p> <p>Προγραμματισμός εξετάσεων για τον έλεγχο του αναπνευστικού συστήματος</p>	<p>χρήση νεφελοποιητή κατόπιν ιατρικής οδηγίας για την αντιμετώπιση της αποφράξεως των αεροφόρων οδών..</p> <p>Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βρίσκεται στη σωστή θέση.</p> <p>Εξασφαλίστηκε για τον ασθενή το σωστό περιβάλλον συστήνοντας στους οικείους του ασθενούς αλλά και στους παρευρισκόμενους στους θαλάμους να μην έχουν ερεθιστικές ουσίες στο θάλαμο όπως π.χ. λουλούδια τα οποία μπορεί να δυσχεραίνουν την αναπνοή του ασθενούς.</p>	
--	----------------------------------	---	---	--

--	--	--	--	--

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<p>Μη κάλυψη των διατροφικών αναγκών του ασθενούς καθώς δεν λαμβάνει τροφή από το στόμα λόγω του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου.</p>	<p>Να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενούς ως προς τη διατροφή του.</p> <p>Να προληφθούν τυχόν επιπλοκές</p>	<p>Να ληφθούν μέτρα προκειμένου ο ασθενής να μπορέσει να λάβει τροφή από το στόμα και να βελτιωθεί η κατάποση του.</p> <p>Να πραγματοποιηθεί σίπιση του αρρώστου μέσω ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p>	<p>Η διατροφή του ασθενούς περιελάμβανε τροφές οι οποίες ήταν εύκολες στην κατάποση όπως σούπα, γάλα, τσάι.</p> <p>Τοποθετήθηκε ρινογαστρικός σωλήνας Levin με οδηγία του ιατρού και δόθηκαν οι απαραίτητες οδηγίες και έγινε εκπαίδευση στους οικείους του ασθενούς για το πώς να ταΐζουν τον ασθενή μέσω επίδειξης.</p> <p>Μετρήθηκαν τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά του ασθενούς.</p>	<p>Καλύφθηκαν οι διατροφικές ανάγκες του ασθενούς μέσω της ρύθμισης του ισοζυγίου υγρών.</p>

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Υπέρταση(188/99mmHg).	Εξάλειψη του συμπτώματος και ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα.	Συνεχής λήψη αρτηριακής πίεσης.  Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Να πραγματοποιηθεί ειδικό διαιτολόγιο.	Πραγματοποιήθηκε λήψη της αρτηριακής πίεσης κάθε τρεις ώρες: 12.00:188/99mmHg, 15:00:170/75mmHg, 18:00:165/75mmHg 21:00:150/75mmHg 00:00 140/70mmHg  -Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής οδηγίας κλονιδίνη (catapresan) 150mg.  Πραγματοποιήθηκε ειδικό διαιτολόγιο στον ασθενή χωρίς προσθήκη άλατος και περιορισμό λιπαρών.	Η αρτηριακή πίεση του ασθενούς μέσω του ειδικού διαιτολογίου και της χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής σταθεροποιήθηκε και επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Μειωμένη κινητικότητα του ασθενούς καθώς υπάρχει αδυναμία και σπαστικότητα στο άνω και κάτω δεξιό άκρο λόγω του ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου .	<p>Να αποκατασταθεί η κινητικότητα του ασθενούς.</p> <p>Να προληφθούν επιπλοκές</p>	<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας προκειμένου να μειωθεί η σπαστικότητα των άκρων που έχουν προσβληθεί.</p> <p>Να πραγματοποιηθούν οι σωστές και κατάλληλες τεχνικές προκειμένου ο ασθενής να δυναμώσει τα προσβεβλημένα άκρα σε συνεργασία με φυσιοθεραπευτή.</p> <p>Ενημέρωση του ιατρού για</p>	<p>Χορηγήθηκε μυοχαλαρωτικό miorel 50mg κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Σε συνεργασία με το φυσιοθεραπευτή πραγματοποιήθηκαν παθητικές ασκήσεις η οποίες διήρκησαν 20 λεπτά ενώ παράλληλα έγινε προσπάθεια εφαρμογής ενεργητικών ασκήσεων.</p> <p>Ο ιατρός ενημερώθηκε για την πορεία του ασθενούς και συζητήθηκαν οι συνεδρίες με τον φυσιοθεραπευτή και τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής.</p>	<p>Η κινητικότητα του ασθενούς βελτιώθηκε σε μεγάλο βαθμό ιδιαίτερα κατόπιν των ασκήσεων που πραγματοποιήθηκαν με τη συμβολή του φυσιοθεραπευτή και κατόπιν της φαρμακευτικής αγωγής.</p>

		<p>την πορεία του ασθενούς.</p> <p>Συχνή παρακολούθηση του ασθενούς για την πρόληψη επιπλοκών</p> <p>Εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων για την αποφυγή τραυματισμού του ασθενούς.</p>	<p>Ο ασθενής βρισκόταν σε συνεχή παρακολούθηση προκειμένου να μην υπάρξουν επιπλοκές όπως τραυματισμοί.</p> <p>Τοποθετήθηκαν στο κρεβάτι του ασθενούς προστατευτικά κάγκελα και ο ασθενής βοηθήθηκε και υποστηρίχθηκε κατά την κινητοποίηση του.</p>	
--	--	--	--	--



## 6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

Ο ασθενής Κ.Μ. ηλικίας 65 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ρίου στις 15/09/2016 στις 10:00 κατόπιν αδυναμίας, αστάθειας, ζάλης, δυσαρθρίας και αδυναμίας των άνω και κάτω άκρων.

Ο ασθενής υπεβλήθη στις απαραίτητες εξετάσεις. Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία (CT) εγκεφάλου η οποία κατέδειξε μικρή αιμορραγία στα βασικά γάγγλια (AP) (αιμορραγική περιοχή διαμέτρου 2.7 εκ. χωρίς να προκαλεί μετατόπιση της μέσης γραμμής). Παράλληλα φαίνεται να παρουσιάζεται εγκεφαλική ατροφία. Ο ασθενής διεγνώσθη με αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

### Ατομικό ιστορικό

Στο ατομικό ιστορικό του ασθενούς παρουσιάζεται αρτηριακή υπέρταση για την οποία ο ασθενής λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή perovasc 5mg peros 1x1.

### Πορεία ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του

Ο ασθενής ενώ τις πρώτες δυο μέρες ήταν σταθερός, την τρίτη ημέρα λόγω της τοποθέτησης ουροκαθετήρα εμφάνισε μικρόβιο το οποίο του προκάλεσε υψηλό πυρετό. Μέσα από τις απαραίτητες ενέργειες που πραγματοποιήθηκαν ο ασθενής παρουσίασε βελτίωση. Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή προκειμένου να ρυθμιστεί η αρτηριακή του πίεση και να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα ενώ παράλληλα σε συνεργασία με το λογοθεραπευτή πραγματοποιήθηκαν συνεδρίες προκειμένου να βελτιωθεί η ομιλία του. Επίσης λόγω των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφάνισε ο ασθενής καθώς αγχώθηκε για την κατάσταση του συστήθηκε η συνεδρία με κάποιον ψυχολόγο.

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Ο ασθενής παρουσιάζει πυρετό 38,5° C	Εξάλειψη του συμπτώματος  Επαναφορά της θερμοκρασίας του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα  Να προληφθούν τυχόν επιπλοκές	Καταγραφή της θερμοκρασίας του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα  Διατήρηση του σωστού περιβάλλοντος του ασθενούς  Εφαρμογή τεχνικών για την ανακούφιση του ασθενούς από το σύμπτωμα  Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας.  Ενθάρρυνση του ασθενούς να	Η θερμοκρασία του ασθενούς μετρήθηκε ανά 3 ώρες. Οι τιμές που εμφάνισε ήταν οι εξής: 12:00 : 38,5° C, 15:00 : 38,0° C , 18:00: 37,5° C, 21:00: 37,0° C, 00:00 : 36,8° C, 03:00: 36,5° C  Διατηρήθηκε το σωστό περιβάλλον για τον ασθενή καθώς προστατεύθηκε από ρεύματα τοποθετώντας τον στο κατάλληλο μέρος του δωματίου.	Η θερμοκρασία του ασθενούς επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα, ο ασθενής ανακουφίστηκε από το σύμπτωμα και προλήφθηκαν οι επιπλοκές.

		καταναλώνει πολλά υγρά.	<p>Τοποθετήθηκαν στον ασθενή χλιαρά – ψυχρά επιθέματα στον ασθενή</p> <p>Χορηγήθηκε στον ασθενή αντιπυρετικό, παρακεταμόλη arotel 1,5 gr κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να καταναλώνει πολλά υγρά ώστε να αποφευχθεί η αφυδάτωση.</p>	
--	--	-------------------------	---	--

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Ο ασθενής παρουσιάζει δυσαρθρία λόγω του αιμορραγικού εγκεφαλικού επεισοδίου	Βελτίωση της ομιλίας του ασθενούς	Να υπάρξει συνεργασία με λογοθεραπευτή ώστε να πραγματοποιηθούν συνεδρίες λογοθεραπείας για τη βελτίωση της ομιλίας  Ενθάρρυνση του ασθενούς να εφαρμόζει ορισμένες ασκήσεις προκειμένου να βελτιώσει το λόγο του .	Πραγματοποιήθηκε συνεργασία με λογοθεραπευτή ο οποίος ξεκίνησε να εφαρμόζει πρόγραμμα λογοθεραπείας.  Ο ασθενής ενθαρρύνθηκε να χρησιμοποιεί απλό λεξιλόγιο και να λέει αργά τις λέξεις.  Παράλληλα εκπαιδεύτηκε να πραγματοποιεί ορισμένες ασκήσεις ώστε να δυναμώσει τους μύες του προσώπου του.	Μέσα από το πρόγραμμα λογοθεραπείας που εφαρμόστηκε καθώς επίσης και μέσα από τις ασκήσεις που πραγματοποιήθηκαν ο ασθενής παρουσίασε σημαντική βελτίωση της ομιλίας του.

--	--	--	--	--

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<p>Παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων λόγω της δυσαρθρίας που έχει παρουσιαστεί και της μειωμένης κινητικότητας του ασθενούς.</p>	<p>Εξάλειψη των συμπτωμάτων κατάθλιψης.</p>	<p>Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτή</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή και ενθάρρυνση να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις σκέψεις του</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή για την ασθένεια του και για τους τρόπους προσαρμογής του στην καθημερινή ζωή του</p>	<p>Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης με τον ασθενή.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε πολύωρη συζήτηση με τον ασθενή και ενθαρρύνθηκε να εκφράσει τους προβληματισμούς του.</p> <p>Χορηγήθηκε το αντικαταθλιπτικό φάρμακο Zoloft 50mg 1/2x3 κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p>	<p>Μέσα από τη συζήτηση και την υποστήριξη του ασθενούς από τον νοσηλευτή καθώς επίσης και μέσα από τις συνεδρίες που πραγματοποιήθηκαν με τον ψυχολόγο και τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθήθηκε ο ασθενής παρουσίασε σημάδια βελτίωσης και μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.</p>

		<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας.</p> <p>Συνεργασία με ψυχολόγο και ενημέρωση για την κατάσταση του ασθενούς.</p> <p>Συζήτηση με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να ενισχύσουν τον ασθενή και να τον ενθαρρύνουν.</p> <p>.</p>	<p>Ενημερώθηκε ψυχολόγος και πραγματοποιήθηκε συνεδρία προκειμένου να ηρεμήσει ο ασθενής και να αισθανθεί καλύτερα.</p> <p>Ο ασθενής υποστηρίχθηκε από το οικογενειακό του περιβάλλον αφού πρώτα έγινε συζήτηση με το νοσηλευτή ο οποίος πρότεινε τη συμμετοχή σε προγράμματα θεραπείας.</p>	
--	--	--	--	--

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Υπέρταση(188/99mmHg).	Επαναφορά της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα.	<p>Συνεχής λήψη αρτηριακής πίεσης.</p> <p>Έλεγχος και εφαρμογή της διατροφής του ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή για το πόσο σημαντική είναι η επαναφορά της</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε λήψη της αρτηριακής πίεσης κάθε τρεις ώρες</p> <p>Η διατροφή του ασθενούς ελέγχθηκε με επιτυχία και εφαρμόστηκε ειδικό διαιτολόγιο στο οποίο ήταν περιορισμένο το αλάτι, η καφεΐνη, τα λιπαρά.</p> <p>Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής οδηγίας nitrolinqual 5 amp σε 500cc στις 20 μικροσταγόνες.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή όπου ενημερώθηκε για τη</p>	<p>Η αρτηριακή πίεση του ασθενούς σταθεροποιήθηκε και επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>



		αρτηριακής πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα για την υγεία του οργανισμού.	σημαντικότητα της αρτηριακής πίεσης και την απαραίτητη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.	
--	--	--	---	--

### 6.3 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Γ΄

Ο ασθενής Κ.Λ ηλικίας 75 ετών εισήχθη στη Νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου «Παναγία η βοήθεια» στις 15/09/16 παρουσιάζοντας τα εξής συμπτώματα:

- ζάλη
- εμετούς
- έντονη εφίδρωση
- αλλοιωμένη όραση

Με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν στον ασθενή οι απαραίτητες εξετάσεις προκειμένου να υπάρξει η σωστή διάγνωση. Ο ασθενής υπεβλήθη σε αιματολογικές εξετάσεις, σε Ηλεκτροκαρδιογράφημα και σε αξονική τομογραφία CT εγκεφάλου. Με τα αποτελέσματα των εξετάσεων ο ιατρός πραγματοποίησε τη διάγνωση η οποία ήταν αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στο δεξιό τμήμα παρεγκεφαλίτιδας.

#### Ατομικό ιστορικό

Στο ατομικό ιστορικό του ασθενούς παρουσιάζονται καρδιολογικά προβλήματα και υπέρταση.

#### Πορεία του ασθενούς

Με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και μετά τη διάγνωση που πραγματοποιήθηκε από τον ιατρό τοποθετήθηκε στον ασθενή φλεβική γραμμή, τοποθετήθηκε ορός, τοποθετήθηκε ουροκαθετήρας, τέθηκε σε οξυγόνο και χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του συμπτώματος των εμετών και της υπέρτασης. Μετά από τρεις μέρες ο ασθενής συνέχιζε να παρουσιάζει υψηλή αρτηριακή πίεση όπου και συνεχίστηκε η φαρμακευτική αγωγή ενώ παράλληλα παρακολούθηθηκε ο ασθενής ως προς την κινητικότητα του και το λόγο του και για τυχόν κατακλίσεις λόγω της ακινησίας του κατόπιν ιατρικής οδηγίας.

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Ο ασθενής παρουσιάζει πολλαπλούς εμετούς	Εξάλειψη του συμπτώματος  Ανακούφιση του ασθενούς από τη δυσάρεστη αίσθηση του συμπτώματος  Πρόληψη επιπλοκών	Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Παρακολούθηση του ασθενούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα  Σωστή τοποθέτηση του ασθενούς προκειμένου να αποφευχθούν επιπλοκές  Χορήγηση των	Χορηγήθηκε αντιεμετικό priperan 1x3 κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Παρακολουθήθηκε η κατάσταση του ασθενούς ανά 3 ώρες καταγράφοντας τη συχνότητα των εμετών  Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε	Ο ασθενής λόγω της φαρμακευτικής αγωγής που έλαβε παρουσίασε σημαντική βελτίωση και οι εμετοί μειώθηκαν σταδιακά ενώ παράλληλα προλήφθηκαν οι επιπλοκές και ο ασθενής δεν παρουσίασε αφυδάτωση.

		<p>απαραίτητων υγρών προκειμένου να αποφευχθούν επιπλοκές.</p>	<p>πλαϊνή θέση για τις περισσότερες ώρες της ημέρας ώστε να αποφευχθεί η εισρόφηση.</p> <p>Χορηγήθηκε ορός κατόπιν ιατρικής οδηγίας προκειμένου να αποφευχθεί η αφυδάτωση.</p>	
--	--	--	--	--

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Ο ασθενής παρουσιάζει αυξημένη αρτηριακή πίεση	Να μειωθεί το σύμπτωμα και να ισοροπήσει η αρτηριακή πίεση του ασθενούς	Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς  Να χορηγηθεί η απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή προκειμένου να επανέλθει η αρτηριακή πίεση σε φυσιολογικά επίπεδα κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Να μετρηθεί το ισοζύγιο υγρών  Να λάβει ο ασθενής	Ο ασθενής παρακολουθήθηκε ανά 3 ώρες και καταγράφηκε η πίεση του.  Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής οδηγίας κλονιδίνη (catapresan) 150mg.  Μετρήθηκαν τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα	Ο ασθενής παρουσιάζει σταδιακή μείωση της αρτηριακής του πίεσης λόγω της φαρμακευτικής αγωγής που έλαβε, της κατάλληλης σίτισης καθώς επίσης και της διατήρησης μηδενικού ισοζυγίου.

		<p>την κατάλληλη σίτιση για τη μείωση της αρτηριακής πίεσης.</p>	<p>υγρά και ενημερώθηκε ο ιατρός για την παρουσία θετικού ισοζυγίου υγρών και προσπάθεια διατήρησης του σε μηδενικά επίπεδα</p> <p>Ο ασθενής λαμβάνει τροφή πτωχή σε νάτριο και λίπος.</p>	
--	--	--	--	--

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Κατάκλιση λόγω ακινησίας	Να προληφθούν οι κατακλίσεις	Συνεχής παρακολούθηση του ασθενούς.  Συχνή αλλαγή θέσης του ασθενούς  Έλεγχος του δέρματος  Τοποθέτηση ειδικού στρώματος  Διατήρηση σωστού και καθαρού δέρματος	Ο ασθενής παρακολουθήθηκε ανά 3 ώρες και καταγραφόταν η πορεία του ενημερώνοντας τον ιατρό  Πραγματοποιήθηκαν συχνές αλλαγές θέσεων κάθε 2 ώρες.  Πραγματοποιήθηκε	Με την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που πραγματοποιήθηκε στον ασθενή δηλαδή τις συχνές αλλαγές θέσεων, τον έλεγχο του δέρματος, τον καθαρισμό με σαπούνι, την τοποθέτηση αεροστρώματος ο ασθενής δεν

			<p>τακτικός έλεγχος του  δέρματος  Τοποθετήθηκε  στρώμα αέρος</p> <p>Ο ασθενής  καθαρίστηκε με  ειδικό σαπούνι και  τοποθετήθηκαν  ειδικές  προστατευτικές  αλοιφές κατόπιν  ιατρικής οδηγίας  προκειμένου να  προληφθούν οι  κατακλίσεις.</p>	<p>παρουσίασε  κατακλίσεις.</p>
--	--	--	--	-------------------------------------



## 6.4 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Δ'

Η ασθενής Π.Α ηλικίας 65 ετών εισήχθη εσπευσμένα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ρίου στις 28/08/16 παρουσιάζοντας ζάλη, αριστερή ημιπάρεση και πυραμιδική συνδρομή άμφω. Με την εισαγωγή της στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις ενώ η ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, ηλεκτροκαρδιογράφημα. Ο ασθενής διεγνώσθη με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

### Ιστορικό του ασθενούς

Η ασθενής σύμφωνα με το ιατρικό της ιστορικό παρουσιάζει σακχαρώδη διαβήτη ο οποίος ρυθμίζεται με ινσουλίνη και αρτηριακή υπέρταση για την οποία λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή.

### Πορεία της ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της

Η ασθενής μετά από λίγες ώρες από την εισαγωγή της παρουσιάζει πρόβλημα στο λόγο της (ήπια δυσαρθρία) το οποίο σύμπτωμα μετά από κάποιες ώρες αποκαταστάθηκε. Την επόμενη ημέρα της νοσηλείας της και ενώ λάμβανε την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή σταθεροποιήθηκε. Την τρίτη ημέρα της νοσηλείας της υποτροπίασε και παρουσίασε πάλι ήπια δυσαρθρία καθώς επίσης και πρόβλημα στη βάδιση. Τα συμπτώματα αντιμετωπίστηκαν και σταδιακά υποχώρησαν.

<u>ΑΝΑΓΝΩΣΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΥΠΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Η ασθενής παρουσιάζει ημιπάρεση	Εξάλειψη του συμπτώματος και προστασία της ασθενούς από μυϊκές συσπάσεις	Να προστατευτούν τα παραλυμένα άκρα  Εξασφάλιση προστατευτικών μέτρων προκειμένου να προληφθούν τραυματισμοί  Συνεχής παρακολούθηση της ασθενούς	Χρησιμοποιήθηκε υποπόδιο στο κάτω αριστερό άκρο  Τοποθετήθηκε νάρθηκας προκειμένου να στηριχθεί ο βραχίονας και ο ώμος  Τοποθετήθηκε υποστήριγμα αριστερής ποδοκνημικής όταν η ασθενής ήταν όρθιος	Αποφεύχθηκαν οι μόνιμες συσπάσεις των μυών και οι παραλυμένοι μύς ακινητοποιήθηκαν

			<p>Χρησιμοποιήθηκε μπαστούνι για τη διευκόλυνση της ασθενούς όταν ήταν σε κινητικότητα.</p> <p>Η ασθενής παρακολουθήθηκε ανά 3 ώρες και ενημερώθηκε ο γιατρός για την πορεία του</p> <p>Τοποθετήθηκαν προστατευτικά κιγκλιδώματα στο κρεβάτι της ασθενούς για την αποφυγή</p>	
--	--	--	---	--

			ΠΤΩΣΕΩΝ.	
--	--	--	----------	--

<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</u> <u>ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ</u> <u>ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</u> <u>ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ</u> <u>ΤΙΣ</u> <u>ΟΙ</u> <u>ΓΑΡΜΜΑΤΟΣ</u> <u>ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u> <u>ΤΟΥ</u> <u>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
Ο ασθενής παρουσιάζει σακχαρώδη διαβήτη	Να διατηρηθεί η τιμή του σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα	<p>Να ελεγχθεί η διακύμανση της τιμής του σακχάρου.</p> <p>Να εφαρμοστεί συντηρητική αγωγή</p> <p>Να εφαρμοστεί ειδικό διαιτολόγιο</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε συχνός έλεγχος επιπέδου σακχάρου της ασθενούς με τεστ.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε συντηρητική αγωγή και η ασθενής λάμβανε συχνά γεύματα προκειμένου να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία.</p> <p>Χορηγήθηκε daobal σε μορφή ταμπλέτας 1x1 κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p>	Το επίπεδο σακχάρου αίματος της ασθενούς διατηρήθηκε σε φυσιολογικά επίπεδα λόγω της σωστής φαρμακευτικής αγωγής, του ειδικού διαιτολογίου, του συχνού ελέγχου και της συντηρητικής αγωγής.

<u>ΑΝΑΓΚΕΣ- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</u>	<u>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</u>	<u>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</u>	<u>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</u>
<p>Η ασθενής παρουσιάζει υπέρταση με τιμές 180/80mmHg</p>	<p>Να μειωθεί σταδιακά η αρτηριακή πίεση και επαναφορά σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>	<p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατόπιν ιατρικής οδηγίας</p> <p>Έλεγχος της ασθενούς καταγράφοντας τις τιμές της αρτηριακής πίεσης.</p> <p>Να εφαρμοστεί ειδικό διαιτολόγιο στην ασθενή.</p>	<p>Χορηγήθηκε για την αντιμετώπιση της υπέρτασης κατόπιν ιατρικής οδηγίας norvasc 5mg.</p> <p>Η ασθενής ελέγχθηκε ανά 2 ώρες και οι τιμές της αρτηριακής πίεσης καταγράφηκαν ενώ παράλληλα έγινε ενημέρωση του ιατρού σχετικά με την πορεία της ασθενούς.</p> <p>Εφαρμόστηκε στην ασθενή ειδικό διαιτολόγιο με τη συνεργασία διατροφολόγου στο οποίο ήταν περιορισμένο το αλάτι, η καφεΐνη, τα λιπαρά.</p>	<p>Η αρτηριακή πίεση ασθενούς μειώθηκε σταδιακά, σταθεροποιήθηκε επανήλθε φυσιολογικά επίπεδα τιμή 130/80 mmHg</p>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Netter Frank H. (2009). Παθολογία Νευρικό σύστημα. Ιατρικές Εκδόσεις: Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Crossman R. A. (2003). Νευροανατομία. Εκδόσεις: Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα

Κωνσταντίνος Ι. Νάτσης, Παναγιώτης Ι. Γιγής, Προκόπιος Δ. Τσικάρης. (2003). Το περιφερικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ.: Πασχαλίδης, Αθήνα

Χατζητόλιος Α.Ι., Ρούντολφ, Γ., Ζαφειρόπουλος Α., Σαββόπουλος Χ.Γ. (2007). Διαχείριση των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Ένα μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας. Ιατρικό Βήμα.

Διαθέσιμο στο

[http://www.iatrikionline.gr/IB\\_109/3.pdf](http://www.iatrikionline.gr/IB_109/3.pdf)

Brainin M, Bornstein N, Boysen G, Demarin V. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke Care Inventory. Eur J Neurol 2000 Jan; 7(1):5-10.

World Health Organization. The World Health Report 2004. The World Health Report, Geneva: the World Health Organization, 2004.

Vemmos KN, Bots ML, Tsibouris PK, Zis VP, Takis CE, Grobbee DE, Stamatelopoulos S. Prognosis of stroke in the south of Greece: 1 year mortality, functional outcome and its determinants: the Arcadia Stroke Registry. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 69:595–600.

Δοκουτσίδου Ε., Αντωνίου Κ. (2009). Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο ισχαιμικής αιτιολογίας. Το βήμα του Ασκληπιού.

Διαθέσιμο στο

[http://www.vima-asklapiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2002\\_09/VA\\_REV\\_1\\_08\\_02\\_09.pdf](http://www.vima-asklapiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2002_09/VA_REV_1_08_02_09.pdf)

Caplan L. (2000). Caplan's Stroke: A clinical Approach. Ed. Butterworth-Heinemann.

Allen CL., Bayraktutan U. (2008). Risk factors for ischaemic stroke. Int J Stroke.

Hadjiev DI., Mineva PP., Vukov MI. (2003). Multiple modifiable risk factors for first ischemic stroke: a population-based epidemiological study. Eur J Neurol.

Γιαννάκου Μ. (2011). Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο: Οι πρώτες ώρες. Θέματα αναισθησιολογίας και εντατικής ιατρικής.

Διαθέσιμο στο

[http://anesthesia.gr/download/TOMOS\\_11/tefhos\\_23/11.pdf](http://anesthesia.gr/download/TOMOS_11/tefhos_23/11.pdf)

Κορδιόλης Ν. (1999). Παθήσεις του Νευρικού Συστήματος. Εκδ. Ζήτα. Αθήνα

Andreoli E. T. (2003). Cecil Βασική παθολογία. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Hacke, W., Donnan, G., Fieschi, C., et al: (2004). ATLANTIS Trials Investigators: ECASS Trials Investigators: NINDS rt-PA Study Group Investigators. Association of outcome with early stroke Treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet, 363, 768-774



Castillo, D.A., Alvarez-Sabin, J., Secades, J.J., et al. (2007). Oral citicoline in acute ischemic stroke: An individual patient data pooling analysis of clinical trials.

Feigin V. (2007). Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Έγχρωμος οδηγός για πρόληψη και αποκατάσταση, Εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ

Bobath, B. (1990) Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment. Oxford, Heinemann Medical Books.

Downie, A.P. (1992) Cash's Textbook of Neurology for Physiotherapists. 4th ed. London Mosby.

Thomson, A., Skinner, A. and Piercy, J. (1991) Tidy's Physiotherapy. 12th ed. Oxford Butterworh-Heinemann

<http://www.iatronet.gr/ygeia/nevrologia/article/564/fysiotherapeftiki-proseggisi-sta-egkefalika-epeisodia.html>

<http://www.iatronet.gr/ygeia/fysiki-iatriki-apokatastasi/article/22521/apokatastasi-meta-apo-aggeiako-egkefaliko-epeisodio.html>

<http://www.arcadiaportal.gr/news/i-logotherapeia-sta-egkefalika-epeisodia>

Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ.. (2009). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Κυριακίδου Θ.Ε (1997).Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδ. Ε.Θ. Κυριακίδου, Αθήνα.

Singh S., Handy S. (2006). Dysphagia in stroke patients, Postgrad Medical Journal 82

Burneo JG., Fang J., Saposnik G. (2010). Investigators of the Registry of the Canadian Stroke Network, Impact of seizures on morbidity and mortality after stroke: a Canadian multi- center cohort study, *The European Journal of Neurology* 17.

Morgenstern LB., Hemphill JC III, Anderson C. (2010). American heart Association Stroke Council and Council on Cardiovascular Nursing, Guidelines for Management of spontaneous intracerebral hemorrhage: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association, *Stroke* 41, Dallas.

Collins C. (2007). Pathophysiology and classification of stroke, *Nursing Standard* 21(28), Great Britain.

Seshadri S., Beiser A., Kelly-Hayles M., Kase CS. (2006). The lifetime risk of stroke: estimates from the Framingham Study, *Stroke* 37, Boston.

Bamford J., Warlow C., Van Gijin J., Dennis M., Wardlaw J., Hankey G. (2008). *Stroke practical management*, 3<sup>rd</sup> edition, Εκδόσεις Blackwel, Oxford .