

Α.Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕ ΘΕΜΑ**  
**« ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΑ**  
**ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ»**



**ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ:**

**ΒΟΖΙΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΤΟΥ ΚΩΝ/ΝΟΥ**  
**ΚΑΝΤΑΡΤΖΗ ΚΩΝ/ΝΑ ΤΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Κ. ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ Ε.**

**ΕΤΟΣ 2006**

Α.Τ.Ε.Ι. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΕ ΘΕΜΑ**  
**« ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΓΓΕΙΑΚΑ**  
**ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ»**

**ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ:**

**ΒΟΖΙΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΤΟΥ ΚΩΝ/ΝΟΥ**  
**ΚΑΝΤΑΡΤΖΗ ΚΩΝ/ΝΑ ΤΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Κ. ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ Ε.**

**ΕΤΟΣ 2006**

# Περιεχόμενα

	ΣΕΛ
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	<b>2</b>
Πρόλογος	6
<b>Κεφάλαιο Πρώτο</b>	
Επιδημιολογία	7
Ορισμός	7
Κλινική εικόνα	9
Σωματικά συμπτώματα	9
Πνευματικά συμπτώματα	10
Προβλήματα ομιλίας	10
Αιτιολογία	10
Άμεσα αίτια	11
Έμμεσα αίτια	12
Προδιαθεσικοί παράγοντες	12
Είδη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων	14
I Αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία	14
A. Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία	14
B. Υπαραχνοειδής αιμορραγία	15
II Εγκεφαλικό εμφρακτό	18
A. Εμβολικό εμφρακτό	19
B. Μη εμβολικό εμφρακτό	20

III. Παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια	22
Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια της καρωτίδας	23
Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια της σπονδυλικής	24
Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε παιδιά	
και νεαρή ηλικία	25
Σε παιδιά	25
Σε νεαρά άτομα	27
Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια	31
Εγκυμοσύνη και εγκεφαλικό επεισόδιο	32
Θεραπεία	33
<b>Κεφάλαιο Δεύτερο</b>	
Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με ΑΕΕ	40
ΑΕΕ -Οι πρώτες ώρες ΑΕΕ	53
Οι πρώτες ώρες. Έως την πόρτα του	
Νοσοκομείου	53
Το ΑΕΕ στο τμήμα επειγόντων περιστατικών	55
<b>Κεφάλαιο Τρίτο</b>	
Φυσιοθεραπεία	59
Ξεκινώντας την αποκατάσταση	59
Λογοθεραπεία	60
Τύποι προβλημάτων επικοινωνίας	61
Ο σχεδιασμός της θεραπείας	61
Βάδισμα μέσα στο σπίτι	62
Ανάκτηση της ανεξαρτησίας	64
Διατροφή και τρόπος ζωής	64
Ευεργετικές αλλαγές	64
Προσοχή στην τεχνητή οδοντοστοιχία	65
Φίλοι και συγγενείς	65
Ενδιαφέροντα και δραστηριότητες	66
Πιθανά προβλήματα	67
Άγχος, απογοήτευση και θυμός	67
Κατάθλιψη	67

Μετά- εγκεφαλικός πόνος	68
Άκαμπτος ώμος	69
Κεντρικός μετά- εγκεφαλικός πόνος	69
Προβλήματα επικοινωνίας	70
Λογικές προφυλάξεις	70
Λήψη φαρμάκων	71
Τακτικές εξετάσεις	71
Προοδευτικά σήματα	71
Το επόμενο στάδιο	72
Εργασιοθεραπεία	72
Σχεδιασμός της θεραπείας	73
Εγκεφαλικά παιχνίδια	74
Εκπαίδευση οικογένειας	74
Οι απαιτήσεις από εσάς	75
Η τελική απόφαση	75
Χρηματοδοτήσεις και επιδόματα	75
Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας	76
Φροντίδα στο σπίτι	77
Ειδικά προγράμματα	77
Οικογένεια και φίλοι	77
Αποδοχή βοήθειας	78
Βοήθεια με τη λογοθεραπεία Φροντίδα τον ιδίων	78
Ένα υγιές σώμα	79
Υγιές μυαλό	80
Προσοχή στα σημάδια κινδύνου	80
Προσωπικός χρόνος	81
Μεγαλύτερα διαστήματα διαλειμμάτων	82
Νοσηλευτική σαν προετοιμασία για την στροφή του κορμού, κάθισμα, ορθοστάτηση και βάρδιση	82
Συνεργασία ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και στους φυσιοθεραπευτές	83

Ειδικά νοσηλευτικά προβλήματα των Ημιπληγικών	85
Τοποθέτηση και κίνηση των ημιπληγικών ασθενών	88
Άνω άκρο και κεφαλή	88
Λεκάνη και κάτω άκρο	88
Κινήσεις για να γυρίσει ο ασθενείς σε πλάγια θέση	89
Χρήση της πάπιας	92
Ο ασθενής σπρώχνει τον εαυτό του προς τα επάνω στο κρεβάτι αν έχει γλιστρήσει προς τα κάτω	93
Στροφή για κάθισμα στην άκρη του κρεβατιού	93
Ξάπλωμα από τη καθιστή θέση	95
Κάθισμα και ορθοστάτηση	96
Από κάθισμα ορθοστάτηση	96
Σήκωμα από την καρέκλα	98
Φροντίδα του ασθενούς όταν είναι στο αμαξίδιο	98
Ειδικά σημεία προσοχής	99
Φυσιοθεραπεία κατά την πρώτη κυρίως	100
Γύρισμα από την ύπτια στην πλάγια θέση	100
Έλεγχος προσαγωγής και απαγωγής του ισχίου στην ύπτια θέση	102
Έλεγχος του βραχίονα στον ώμο	103
Παράρτημα I	104
Παράρτημα II	107
Παράρτημα III	108
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	110
<b>Βιβλιογραφία</b>	<b>111</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Σε έρευνα που έγινε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΓΠΝΘ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" έδειξε ότι 287 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με ΑΕΕ. Οι 169 (58%) ήταν άνδρες και οι 118 (42%) γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών αυτών ήταν 68,7 έτη.

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η ταχεία εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων από διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας. Μπορεί να εμφανισθεί σε λίγα λεπτά, ώρες έως και ημέρες. Στην κλινική εικόνα έχουμε παράλυση ή αδυναμία των μυών, εντερική ή και κυστική ακράτεια, μπερδεμένη ομιλία, απώλεια ταχύτητας αντανακλαστικών. Τα εγκεφαλικά επεισόδια κατατάσσονται ανάλογα με τα αίτια που τα προκάλεσαν όπως, θρόμβωση, εμβολή, αιμορραγία.

Στο οξύ στάδιο πρωταρχικό μέλημα είναι η διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών που διαταράσσονται, ιδιαίτερα σε αρρώστους που είναι σε κώμα, σε αρρώστους με προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους και, γενικά, σε αρρώστους με εκτεταμένα έμφρακτα ή αιμορραγίες.

# Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια

## Κεφάλαιο Πρώτο

### Επιδημιολογία

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) είναι η Τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στον Δυτικό κόσμο. Αποτελούν επίσης μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα γιατί είναι η συχνότερη αιτία χρόνια ανικανότητας.<sup>1</sup>

Η συχνότητα του, έχει κάπως ελαττωθεί τα τελευταία χρόνια, στις ανεπτυγμένες χώρες μόνο, οι καρδιοπάθειες και ο καρκίνος προηγούνται του εγκεφαλικού επεισοδίου ως αιτίες θανάτου και αναπηρίας.<sup>2</sup>

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία των ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 500.000 έως 600.000 Αμερικανοί παθαίνουν εγκεφαλικό επεισόδιο κάθε χρόνο και από αυτούς περίπου 150.000 πεθαίνουν μέσα στον πρώτο μήνα, κατατάσσοντας έτσι το εγκεφαλικό επεισόδιο στην τρίτη αιτία θανάτου στο γενικό πληθυσμό και στην πρώτη σε άτομα ηλικίας άνω των 75. Το 43% συμβαίνουν σε άτομα άνω των 65 ετών. Οι άντρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα εγκεφαλικών επεισοδίων από ό,τι οι γυναίκες. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, περίπου 2.000.000 ασθενείς που έχουν επιβιώσει από εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν ποικίλα ελλείμματα και ανικανότητες.<sup>3</sup>

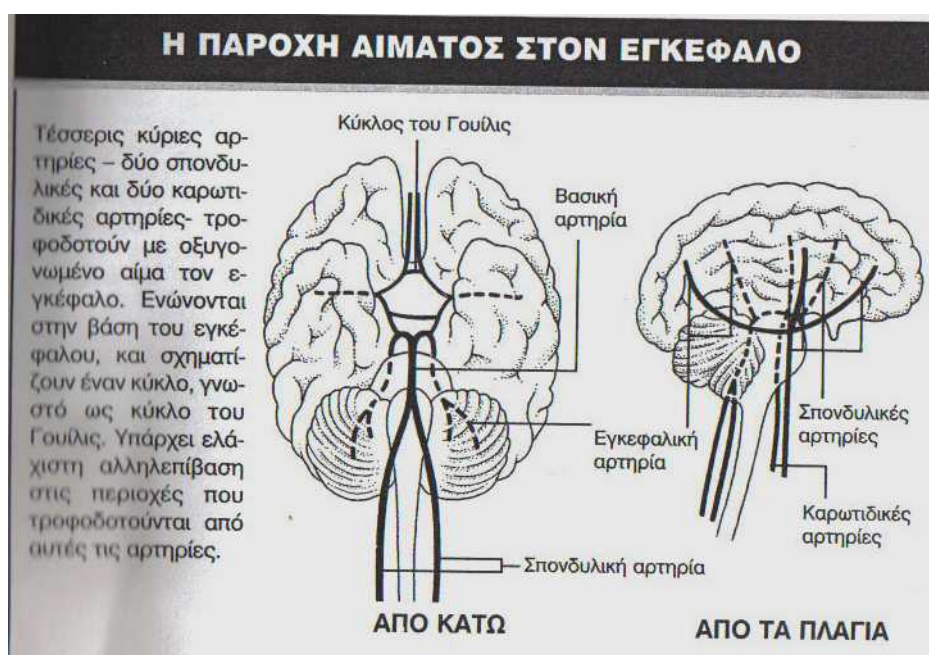
Σε έρευνα που έγινε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του ΓΠΝΘ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" έδειξε ότι 287 ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με ΑΕΕ. Οι 169 (58%) ήταν άνδρες και οι 118 (42%) γυναίκες. Η μέση ηλικία των ασθενών αυτών ήταν 68,7 έτη.<sup>4</sup>

### Ορισμός

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η ταχεία εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων από διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας. Μπορεί να εμφανισθεί σε λίγα λεπτά, ώρες έως και ημέρες.<sup>5</sup>



Ο εγκέφαλος αιματώνεται από δύο καρωτίδες και δυο σπονδυλικές αρτηρίες. Η σταθερή ροή του εγκεφάλου ρυθμίζεται με διάφορους εξισορροπιστικούς μηχανισμούς. Ένας από αυτούς είναι και το αναστομωτικό σύστημα των εγκεφαλικών αγγείων με των οποίο γίνεται η παράπλευρη κυκλοφορία. Σε πλημμελή κυκλοφορία του αίματος κάποιας περιοχής του εγκεφάλου, λόγω τοπικής βλάβης, ο μηχανισμός ενεργοποιείται με σκοπό την αιμάτωση της πάσχουσας περιοχής.<sup>5</sup>



Σε περιπτώσεις όπως αιφνίδιας απόφραξης ή σε μεγάλη αγγειακή στένωση, η παράπλευρος κυκλοφορία δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες της πάσχουσας περιοχής με αποτέλεσμα να προκαλέσει νέκρωση του τμήματος.<sup>5</sup>

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

1. Τη φύση της παθολογοανατομικής βλάβης (αιμορραγία ή έμφρακτο).
2. το στάδιο εξέλιξης που έχει φθάσει (εάν το συμβάν είναι ολοκληρωμένο ή εάν βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη).
3. Τη θέση της βλάβης (π.χ. στο εγκεφαλικό ημισφαίριο ή στο εγκεφαλικό στέλεχος).<sup>1</sup>

## Κλινική εικόνα

### Σωματικά συμπτώματα

- Απώλεια της συνείδησης στη διάρκεια του εγκεφαλικού, το 60% των εγκεφαλικών συμβαίνουν όταν το άτομο είναι ξύπνιο. Η απώλεια της συνείδησης γενικά συνοδεύει ένα εγκεφαλικό όταν έχει προκληθεί από αιμορραγία.<sup>6</sup>

- Εντερική ή και κυστική ακράτεια, το 90% μπορεί να ελέγξει αυτές τις λειτουργίες μετά τις πρώτες εβδομάδες.

- Παράλυση ή αδυναμία των μυών, στο 75% επηρεάζεται το χέρι ή το πόδι στην ίδια πλευρά του σώματος. Μικρότερες, πιο επιδέξιες κινήσεις, όπως αυτές που απαιτούνται για το γράψιμο συχνά παρατηρούνται σε άτομα που δεν έχουν πλήρη παράλυση.<sup>6</sup>

- Σπαστικότητα, ένταση των μυών στα επηρεασμένα άκρα αυξάνει τις πρώτες μέρες ή εβδομάδες μετά το εγκεφαλικό και οι μύες μπορούν να κάνουν αθέλητα τινάγματα. Αυτό ίσως φαίνεται ανησυχητικό εκείνη τη στιγμή, αλλά προάγει την πιθανότητα της τελικής ανάρρωσης.

- Αθέλητες σπαστικές κινήσεις του παραλημέμου μέλους, όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί ένα ανεπηρέαστο μέλος.

- Απώλεια αίσθησης στις περιοχές που έχουν επηρεαστεί, γύρο στο 30% βιώνει ήπια απώλεια της αίσθησης και σπάνια μπορεί να υπάρξει απόλυτη απώλεια της αίσθησης στη μία πλευρά του σώματος ή ενός μέλους.

- Δυσκολίες στην κατάποση, η κατάποση περιλαμβάνει έναν μεγάλο αριθμό νεύρων και μυών και στο 30% δυσκολεύεται να καταπιεί τις πρώτες μέρες.<sup>6</sup>

- Μπερδεμένη ομιλία, αποτέλεσμα της αδυναμίας ή της παράλυσης των μυών.

- Προβλήματα όρασεως, συνήθως παροδικά και κάποιες φορές μόνιμα.

- Απώλεια ταχύτητας αντανακλαστικών, που υποστηρίζουν την ισορροπία και ανεπαρκής συντονισμός, που και τα δύο αυτά επηρεάζουν την στάση και τη κίνηση.

- Γενική κόπωση και έλλειψη αντοχής.<sup>6</sup>

### **Πνευματικά συμπτώματα**

- Σύγχυση, αυτό συνήθως βελτιώνεται μετά τις λίγες πρώτες μέρες
- Απώλεια οπτικής ή λεκτικής μνήμης.
- Δυσκολίες στη μάθηση και την λογική.
- Απώλεια συγκέντρωσης και οργανωτικών ικανοτήτων.
- Ψυχολογικά προβλήματα, αρχικά άγχος και απογοήτευση, που ακολουθούνται συνήθως από κατάθλιψη και οργή.<sup>6</sup>

### **Προβλήματα ομιλίας**

- Ίσως υπάρχουν κάποια προβλήματα με την ομιλία αν το κέντρο του εγκεφάλου που ελέγχει την ομιλία έχει επηρεαστεί από τον εγκεφαλικό, στα περισσότερα άτομα το κέντρο αυτό βρίσκεται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο.
- Κινητική δυσφράδεια, οι ασθενείς καταλαβαίνουν απόλυτα όσα τους λένε αλλά δεν μπορούν να εκφραστούν με την ομιλία ή την γραφή.
- Δεκτική δυσφράδεια, ασθενείς μπορούν να μιλήσουν και να γράψουν αλλά δυσκολεύονται να καταλάβουν τι τους λένε η τις τους γράφουν.<sup>6</sup>

## **ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΕΕ**

Οι άμεσες αιτίες ενός εγκεφαλικού είναι είτε μια φραγμένη αρτηρία, είτε μια αιμορραγία, που προέρχεται από ρήξη ενός αρτηριακού τοιχώματος. Και οι δυο αυτές περιπτώσεις έχουν τους παράγοντες πυροδότησής τους και αυτές οι πυροδοτήσεις είναι οι έμμεσες αιτίες ενός εγκεφαλικού.<sup>6</sup>

## **Άμεσα αίτια**

### **Τι προκαλεί μια απόφραξη:**

Μια αρτηρία μπορεί να φράξει εντελώς ή εν μέρει, εξαιτίας ενός θρόμβου (θρόμβωση) ή μιας εμβολής (εμβολισμός). Ο θρόμβος είναι μια αρτηρία που ήδη έχει στένωση εξαιτίας συγκέντρωσης περιττού λίπους (αρτηριοσκλήρωση), η οποία έχει μειωμένη παροχή αίματος.<sup>6</sup>

Η εμβολή είναι απόφραξη του κυκλοφορικού συστήματος – συνήθως ένας μικρός θρόμβος αίματος που έχει αποκολληθεί από έναν μεγάλο θρόμβο, αλλά μπορεί να είναι κι ένα σφαιρίδιο λίπους ή μια φυσαλίδα αέρα. Η εμβολή συνήθως σχηματίζεται στην καρδιά και στις αρτηρίες που στέλνουν αίμα στον εγκέφαλο.<sup>6</sup>

Αν το μυϊκό τοίχωμα της καρδιάς έχει ήδη πάθει βλάβη από κάποια καρδιακή προσβολή, οι θρόμβοι του αίματος μπορούν να σχηματιστούν μέσα και να εμφανιστούν σαν εμβολή. Αν ο χτύπος της καρδιάς είναι άτακτος ή αδύναμος, τότε ίσως και το αίμα να ρέει σε ορισμένα μέρη της καρδιάς τόσο αργά ώστε να σχηματίζει πολύ εύκολα θρόμβους και αυτό μπορεί να προκαλέσει εμβολή. Υπάρχει 50% περίπτωση, μια εμβολή που σχηματίζεται στην περιοχή της καρδιάς, να μεταφερθεί μετά, από το κυκλοφορικό σύστημα στον εγκέφαλο.<sup>6</sup>

Μερικές εμβολές είναι πολύ μικρές για να φράξουν μια αρτηρία και έτσι μεταφέρονται βαθύτερα στην κυκλοφορία του εγκεφάλου, μέχρι να φράξουν ένα από τα μικρότερα αιμοφόρα αγγεία που διακλαδώνονται με τις αρτηρίες (αρτηρίδια). Όταν συμβεί αυτό, μόνο μια μικρή περιοχή του εγκεφάλου μπορεί να επηρεαστεί και η ζημιά μπορεί είτε να μην γίνει αντιληπτή, είτε να αποδοθεί στην ηλικία ή ακόμη να θεωρηθεί σαν πρώτο δείγμα της νόσου του Αλτςχάιμερ. Αν κάποιος έχει αρτηριοσκλήρωση, είναι πιο πιθανό να αναπτυχθούν εμβολές, που θα οδηγήσουν σε μια σειρά από πολύ μικρά εγκεφαλικά, τα οποία προκαλούν σταδιακά πνευματικές και φυσικές επιδεινώσεις.<sup>6</sup>

## **Τι προκαλεί μια αιμορραγία:**

Στις περισσότερες περιπτώσεις της αιμορραγίας, το τοίχωμα της αρτηρίας παθαίνει ρήξη όταν η αρτηριακή πίεση αυξηθεί απότομα σε μια περιοχή που ήδη είναι σοβαρά αδυνατισμένη. Για παράδειγμα, το τοίχωμα μπορεί να έχει αδυνατίσει από μακροχρόνια, δίχως θεραπεία, υψηλή αρτηριακή πίεση.<sup>6</sup>

## **Έμμεσα αίτια:**

Οι κύριες αιτίες τόσο της αιμορραγίας, όσο και της απόφραξης, είναι μια γενική σκλήρυνση των αρτηριών (αρτηριοσκλήρωση) και της αθηροσκλήρωσης και είναι, οι δυο αυτές παθήσεις, οι κύριες έμμεσες αιτίες των εγκεφαλικών. Διάφοροι παράγοντες κάνουν και τα δυο αυτά προβλήματα πολύ πιθανό να προκύψουν, μαζί με την μεγάλη ηλικία, μια κληρονομική προδιάθεση, την υψηλή αρτηριακή πίεση, τον διαβήτη, το κάπνισμα και την παχυσαρκία.<sup>6</sup>

## **Προδιαθεσικοί παράγοντες:**

Μερικά άτομα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν εγκεφαλικό από άλλα. Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν:

- Ηλικία – η συχνότητα της αρτηριοσκλήρωσης αυξάνει με την ηλικία.
- Αρτηριοσκλήρωση
- Διαβήτης
- Καρδιοπάθεια
- Υψηλή χοληστερίνη
- Υψηλή αρτηριακή πίεση

- Υψηλά επίπεδα οιστρογόνης που υπάρχουν σε ορισμένα αντισυλληπτικά χάπια, στην θεραπεία ορμονικής αποκατάστασης κι στα χάπια για τον καρκίνο του προστάτη.<sup>6</sup>
- Φύλλο – μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, σε ηλικία κάτω των 70 ετών, μπορεί να εμφανίσουν εγκεφαλικά<sup>6</sup>
- Πρόσκαιρες ισχαιμικές προσβολές. Το 30% εκείνων που υποφέρουν από πρόσκαιρες ισχαιμικές προσβολές θα υπάρχει πιθανότητα να υποστούν εγκεφαλικό στα επόμενα τρία χρόνια.<sup>6</sup>
- Άτομα με ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου.<sup>7</sup>

<b>Πιν.1 Συχνότεροι παράγοντες κινδύνου εγκεφαλικού επεισοδίου</b>
➤ Υπέρταση
➤ Κάπνισμα
➤ Υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ
➤ Έμφραγμα του μυοκαρδίου
➤ Κολπική μαρμαρυγή
➤ Σακχαρώδης διαβήτης
➤ Παχυσαρκία
➤ Βαριά στένωση καρωτίδας
➤ Εγκεφαλικό επεισόδιο γονέα

Οι αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου θα εξεταστούν πιο κάτω με την ακόλουθη σειρά:

- I. Αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία:
  - A. Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία
  - B. Υπαραχνοειδής αιμορραγία
- II. Εγκεφαλικό έμφρακτο:
  - A. Εμβολικό.

B. Μη εμβολικό

III. Παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια.<sup>1</sup>

## **Είδη αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων**

### **I. Αυτόματη ενδοκρανιακή αιμορραγία**

Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι της μη τραυματικής ενδοκρανιακής αιμορραγίας – η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία και η υπαραχνοειδής αιμορραγία. Πρέπει να τονισθεί ότι υπάρχει αξιοσημείωτη αλληλοκάλυψη μεταξύ των δύο αυτών καταστάσεων. Έτσι, σε μια σημαντική αναλογία των περιπτώσεων πρωτοπαθούς υπαραχνοειδούς αιμορραγίας υπάρχει και καταστροφή του εγκεφαλικού ιστού. Όμοια, το αίμα από ένα πρωτοπαθές ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα μπορεί να διαφύγει στον υπαραχνοειδή χώρο. Πάντως, οι δύο καταστάσεις είναι αρκετά διαφορετικές από παθολογοανατομική, κλινική, προγνωστική και θεραπευτική άποψη, γι'αυτό θα εξετασθούν χωριστά.<sup>8</sup>

### **A. Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία**

Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία είναι η μη τραυματική αιμορραγία μέσα στην εγκεφαλική ουσία.

#### **Συμπτώματα και σημεία**

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

Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι τα ακόλουθα: μυϊκή υποτονία, κεφαλαλγία, προοδευτική απώλεια της συνείδησης, απώλεια συνείδησης, ημιπληγία, αυχενική δυσκαμψία, υπέρταση, υπερτασικές βλάβες στο βυθό, υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.<sup>1</sup>

## **Αιμορραγία στο εγκεφαλικό στέλεχος**

Συμπτώματα σε περίπτωση αιμορραγίας στο εγκεφαλικό στέλεχος παρατηρείται βαθύ κώμα, υπερπυρεξία, αδυναμία κατάποσης, τετραπληγία

Επίσης, είναι δυνατόν να υπάρχουν σημεία από τα μάτια. Ένα ή όλα από τα ακόλουθα σημεία μπορεί να υπάρχουν:

α) Πολύ μικρές κόρες, β) απουσία οφθαλμοκινητικών αντανακλαστικών (τα μάτια δεν κινούνται με τη στροφή του κεφαλιού), γ) δεν υπάρχει το οφθαλμοιθουσιαίο αντανακλαστικό ( τα μάτια δεν κινούνται όταν στον έξω ακουστικό πόρο εισαχθεί παγωμένο νερό), δ) πλάγια στροφή του βλέμματος, ε) διαλείπουσα προς τα κάτω απόκλιση των οφθαλμικών βολβών<sup>1</sup>

## **Θεραπεία**

Ο άρρωστος βρίσκεται συνήθως σε κώμα και θα πρέπει αμέσως να αρχίσουν τα κατάλληλα μέτρα γι'αυτές τις περιπτώσεις, όπως αντιπηκτική αγωγή, αντιαιμοπεταλιακή αγωγή. Θεραπεία της υπέρτασης δεν ενδείκνυται, εκτός εάν υπάρχει κακοήθης υπέρταση.

Η χειρουργική θεραπεία βοηθάει μόνο σε ορισμένες εκλεκτικές περιπτώσεις με την αφαίρεση μιας εντοπισμένης βλάβης.<sup>1</sup>

## **Πρόγνωση**

Η θνησιμότητα στην εγκεφαλική αιμορραγία είναι περίπου 60%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των αρρώστων που έχουν βαθύ κώμα μπορεί να πεθάνουν τις πρώτες 24 ώρες. Πάντως, η θνησιμότητα για τα μικρά εντοπισμένα αιματώματα είναι μόνο 20%.<sup>1</sup>

## **B. Υπαραχνοειδής αιμορραγία**

Η υπαραχνοειδής αιμορραγία είναι η αιφνίδια αιμορραγία μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο, συνήθως με έντονη κεφαλαλγία και μηνιγγισμό.



### **Τα κύρια αίτια:**

- 1. Ρήξη ενός σακοειδούς ανευρύσματος.** Το 70% των περιπτώσεων οφείλονται σε ρήξη τέτοιων ανευρυσμάτων, τα ανευρύσματα αυτά οφείλονται πιθανός σε συγγενή ελλείμματα του μέσου χιτώνα των αρτηριών. Το ανεύρυσμα συνήθως εντοπίζεται στο διχασμό της αρτηρίας και η ρήξη γίνεται στο θόλο του ανευρύσματος. τα ανευρύσματα συνήθως εντοπίζονται σε μια από τις μεγάλες αρτηρίες του κύκλου του Willis, και συνηθέστερα στο πρόσθιο τμήμα του κύκλου. Στο 15% των περιπτώσεων είναι πολλαπλά.<sup>1</sup>
- 2. Ρήξη ενός αγγειώματος.** Τα αγγειώματα σχηματίζονται από τη παθολογική ανάπτυξη των εγκεφαλικών αγγείων και είναι υπεύθυνα για το 10% περίπου των περιπτώσεων υπαραχνοειδούς αιμορραγίας. Άλλα συνηθέστερα αίτια υπαραχνοειδούς αιμορραγίας είναι:
  - α.** Η ρήξη ενός ανευρύσματος που οφείλεται σε υποξεία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα ή σε οζώδη πολυαρτηρίτιδα.
  - β.** Η αιμορραγία ενός εγκεφαλικού όγκου.
  - γ.** Παθήσεις με αιμορραγική διάθεση, π.χ. αιμοφιλία και θρομβοκυττοπενία. Η υπαραχνοειδής αιμορραγία του νωτιαίου μυελού οφείλεται συνήθως είτε σε αγγειακή δυσπλασία ή σε κάποιο νεόπλασμα.<sup>1</sup>

Ένα ανεύρυσμα που έχει υποστεί ρήξη μπορεί να προκαλέσει διάφορες κλινικές εικόνες :

- 1.** Μπορεί να υποστεί ρήξη μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο και να προκληθεί έτσι υπαραχνοειδής αιμορραγία.
- 2.** Μπορεί να υποστεί ρήξη μέσα στην εγκεφαλική ουσία με αποτέλεσμα εγκεφαλική αιμορραγία.
- 3.** Μπορεί να υποστεί ρήξη μέσα στην εγκεφαλική ουσία και μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο.
- 4.** Μπορεί να σχηματιστεί ένα αιμάτωμα. Αυτό συνήθως είναι ενδοεγκεφαλικό αλλά μερικές φορές και υποσκληρίδιο. Μια αιμορραγία μέσα στις κοιλίες επηρεάζει την ελεύθερη ροή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και προκύπτει υδροκέφαλος.

5. Σπασμός των αρτηριών. Αυτή είναι μια πολύ σημαντική και εξαιρετικά σοβαρή κατάσταση. Εμφρακτό του εγκεφάλου μπορεί να προκύψει σαν αποτέλεσμα του σπασμού.
6. Μπορεί να συμβεί εκσεσημασμένη αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης με αποτέλεσμα πίεση του εγκεφαλικού στελέχους.<sup>1</sup>

## **Συμπτώματα**

Ο συνηθισμένος τρόπος έναρξης είναι με πολύ έντονη και αιφνίδια κεφαλαλγία, που μερικές φορές συνοδεύεται από αίσθημα ότι κάτι έχει σπάσει μέσα στο κεφάλι. Στο 50% των περιπτώσεων υπάρχει απώλεια της συνείδησης. Σε ένα 10% παρατηρούνται επιληπτικοί σπασμοί, ενώ η κεφαλαλγία συνοδεύεται από εμετό. Ο άρρωστος εμφανίζει έντονο άλγος στη ράχη, ιδιαίτερα στην οσφουιερή περιοχή (κυρίως σε περιπτώσεις υπαραχνοειδούς αιμορραγίας μέσα στο νωτιαίο υπαραχνοειδή χώρο).<sup>1</sup>

Αυχενική δυσκαμψία και θετικό σημείο Kernig, οίδημα της οπτικής θηλής στο 15% των περιπτώσεων. Υφυαλοειδής αιμορραγία (μεγάλη αιμορραγία συνήθως βρίσκεται κοντά στην οπτική θηλή). Εστιακά σημεία στα άκρα, περίπου το 20% εμφανίζουν ημιπληγία. Φύσημα κατά την ακρόαση του κρανίου (είναι ενδεικτικό αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης). Παράλυση των εγκεφαλικών συζυγιών (ιδιαίτερα τις III και VI). Παροδική γλυκοζουρία.<sup>1</sup>

## **Θεραπεία**

Ο άρρωστος πρέπει να παραμένει στο κρεβάτι και έτσι να γίνεται η περιποίηση του. Εάν η κεφαλαλγία είναι έντονη πρέπει να δοθούν τα κατάλληλα αναλγητικά. Ο στόχος της χειρουργικής επέμβασης είναι η πρόληψη της επανάληψης της αιμορραγίας. Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μελέτες για τη χρησιμότητα φαρμάκων που προλαμβάνουν τη λύση του θρόμβου. Πιστεύεται ότι ο μηχανισμός αυτός είναι υπεύθυνος για τη νέα αιμορραγία των ανευρυσμάτων. Ο κίνδυνος για νέα αιμορραγία είναι μεγαλύτερος στο τέλος της πρώτης εβδομάδας μετά την πρώτη αιμορραγία.<sup>1</sup>

## Πρόγνωση

Περίπου το 1/3 των περιπτώσεων υπάρχει πιθανότητα να πεθάνουν στην πρώτη αιμορραγία, συχνά μέσα σε λίγες ώρες μετά το επεισόδιο. Το ¼ - 1/3 θα πεθάνουν στις επόμενες 8 εβδομάδες και οι περισσότεροι από αυτούς πεθαίνουν μέσα σε τρεις εβδομάδες μετά την πρώτη αιμορραγία. Περίπου το 1/3 των περιπτώσεων θα επιβιώσουν και μετά τις 8 εβδομάδες και μόνο μια μικρή αναλογία από αυτούς περίπου το 20% θα έχει και άλλη αιμορραγία. Μια αναλογία από αυτούς που επιβιώνουν υποφέρει από επιληψία, από υπολειμματικά νευρολογικά σημεία περιλαμβανόμενης της ημιπληγίας και από αγχώδη συμπτωματολογία. Περίπου μισοί από αυτούς που επιβιώνουν πέρα από ένα χρόνο θα επιστρέψουν στις δουλειές τους. Χειρότερη πρόγνωση έχουν τα ηλικιωμένα άτομα, εάν υπάρχει επίμονη αύξηση της πίεσης και αν υπάρχει παρατεταμένη απώλεια της συνείδησης.<sup>1</sup>

## II. Εγκεφαλικό εμφρακτό

Ισχαιμικό εγκεφαλικό έμφρακτο δημιουργείται όταν διακόπτεται ή μειώνεται η αιμάτωση μιας περιοχής του εγκεφάλου. Εάν θα συμβεί ή όχι έμφρακτο εξαρτάται τουλάχιστον μερικά από την επάρκεια της παράπλευρης κυκλοφορίας. Η εμφραχθείσα περιοχή συχνά διογκώνεται και μπορεί να προκληθεί πίεση του εγκεφαλικού στελέχους. Τα κύρια αγγειακά αίτια του εμφράκτου είναι η εμβολική ή η θρομβωτική απόφραξη μιας μεγάλης αρτηρίας και η μεγάλη αρτηριακή υπόταση.<sup>8</sup>

## A. Εμβολικό εμφρακτό

Εμβολικό εμφρακτό είναι η απόφραξη μιας μεγάλης εγκεφαλικής αρτηρίας από ένα έμβολο, με αποτέλεσμα την έμφραξη μιας περιοχής του εγκεφάλου.<sup>1</sup>

Τα έμβολα συνήθως προέρχονται είτε από την έσω καρωτίδα η από την καρδιά.

### Τα καρδιακά αίτια περιλαμβάνουν:

- 1. Τις αρρυθμίες.** Η στένωση της μιτροειδούς με κολπική μαρμαρυγή συνοδεύεται από μεγάλο κίνδυνο για την εμφάνιση αρτηριακής εμβολής. Πρόσφατες εργασίες με παρατεταμένο έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας περιπατητικών αρρώστων έχουν δείξει ότι τα επεισόδια αρρυθμίας είναι πολύ συχνότερα από ότι προηγούμενα έχει υποτεθεί. Φαίνεται πιθανό ότι τέτοια επεισόδια προκαλούν εμβολές.<sup>1</sup>
- 2. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου.** Επιπλέκεται από αρτηριακή εμβολή στο 20% των περιπτώσεων.
- 3. Μια ομάδα καρδιακών παθήσεων.** Όπως π.χ. την υποξία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα, το μύξωμα του κόλπου, καρδιομυοπάθεια και τις καρδιακές επεμβάσεις.<sup>1</sup>

## Συμπτώματα

Τα πιο σημαντικά συμπτώματα είναι η αιφνίδια έναρξη μιας νευρολογικής διαταραχής – συνήθως με διατήρηση της συνείδησης.

Τα νευρολογικά σημεία καθορίζονται από τη θέση του εμβόλου.

Συνηθισμένη είναι η ημιπληγία.

Η κολπική μαρμαρυγή, η στένωση της μιτροειδούς, ή ένα φύσημα στις καρωτίδες στον τράχηλο (συνήθως σημαίνει στένωση της έσω καρωτίδας) είναι κάποιες ενδείξεις για την προέλευση του εμβόλου. Αρτηριακές σφύξεις δεν ψηλαφώνται. Η απουσία των σφύξεων της καρωτίδας και των κροταφικών

αρτηριών δείχνει απόφραξη της καρωτίδας. Η απουσία των σφύξεων στα κάτω άκρα μπορεί να σημαίνει πολλαπλά αρτηριακά έμβολα.<sup>1</sup>

## **Θεραπεία**

Εάν υπάρχει η βεβαιότητα ότι η βλάβη είναι εμβολική, τότε πρέπει να μελετηθεί η θεραπεία με αντιπηκτικά. Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικά με τη χορήγηση τους. Η μια θεωρεί αναγκαία την άμεση χορήγηση αντιπηκτικών για την πρόληψη παραπέρα εμβόλων. Η άλλη άποψη είναι ότι τα αντιπηκτικά θα πρέπει να καθυστερήσουν για τρεις περίπου εβδομάδες, για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αιμορραγίας μέσα στο έμφρακτο.

Χειρουργικά είναι δυνατό να αφαιρεθούν τα έμβολα από μεγάλες και μέσου μεγέθους αρτηρίες, αλλά η επέμβαση αυτή είναι επικίνδυνη.<sup>1</sup>

## **Πρόγνωση**

Η άμεση θνησιμότητα είναι περίπου 10%. Υπάρχει πάντως, αξιοσημείωτος κίνδυνος για νέες εμβολές, που μπορεί να ελαττωθεί με τη χρήση των αντιπηκτικών. Πολλοί άρρωστοι έχουν καλή λειτουργική αποκατάσταση, αλλά άλλοι εμφανίζουν μόνιμες παραλύσεις.<sup>1</sup>

## **B. Μη εμβολικό εμφρακτό**

Μη εμβολικό εμφρακτό είναι ισχαιμικό εμφρακτό του εγκεφάλου από αίτια άλλα εκτός από εμβολή.

## **Συμπτώματα και σημεία**

Αυτά εξαρτώνται από τη θέση και το μέγεθος του μη εμβολικού εμφρακτού. Ένα μεγάλο εμφρακτό μπορεί να προκαλέσει βαθιά απώλεια της

συνείδησης και ημιπληγία. Ένα μικρό εμφρακτό μπορεί να προκαλέσει μόνο αδυναμία σε ένα άκρο.

Τυπικά υπάρχει προοδευτική ανάπτυξη αδυναμίας στο άνω και κάτω άκρο. Εναλλακτικά ο άρρωστος μπορεί να ξυπνήσει το πρωί με ημιπληγία. Η κεφαλαλγία είναι συχνή.

Υπνηλία και απώλεια της συνείδησης, δυσφασία, ημιπληγία.

## **Θεραπεία**

Στα αρχικά στάδια πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στα θεραπευτικά μέτρα για τη διάσωση του αρρώστου. Αυτά είναι :

1. Η διατήρηση ανοιχτών αεροφόρων οδών.
2. Η ενυδάτωση και η διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών.
3. Η πρόληψη της πνευμονίας από εισρόφηση (στους αρρώστους που εμφανίζουν δυσφαγία δεν πρέπει να δίνεται τροφή από το στόμα).
4. Το τακτικό γύρισμα του αρρώστου για την πρόληψη των κατακλίσεων.
5. Εάν είναι απαραίτητο, η κύστη θα πρέπει να καθετηριάζεται.

Σε μία προσπάθεια για ελάττωση του βαθμού του εγκεφαλικού οιδήματος έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα φάρμακα, όπως τα στεροειδή, η γλυκερόλη και οι μακρομοριακές δεξτράνες, χωρίς αξιόλογο αποτέλεσμα. Τα αντιπηκτικά δεν έχουν θέση στην συνηθισμένη αντιμετώπιση των μη εμβολικών εγκεφαλικών εμφρακτών, ούτε και η χειρουργική θεραπεία.<sup>1</sup>

## **Πρόγνωση**

Περίπου το 20% των αρρώστων πεθαίνουν στην οξεία φάση. Η βαριά υπνηλία και η απώλεια της συνείδησης είναι κακά προγνωστικά σημεία. Το 8% των αρρώστων που έχουν απώλεια συνείδησης πεθαίνουν μέσα στις πρώτες 24 ώρες. Η ανάρρωση μετά από εμφρακτό του εγκεφαλικού στελέχους μπορεί να είναι εκπληκτικά καλή. Ο ετήσιος κίνδυνος για να έχει ο άρρωστος ένα νέο εγκεφαλικό επεισόδιο είναι περίπου 10%, αλλά πολλοί άρρωστοι πεθαίνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου.<sup>1</sup>

### III. Παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια

Το παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΠΙΕΕ) είναι μια τοπική διαταραχή της εγκεφαλικής κυκλοφορίας, συχνά επαναλαμβανόμενη, που έχει σαν αποτέλεσμα τη λειτουργική ελάττωση της εγκεφαλικής δραστηριότητας για μια μικρή χρονική περίοδο (από λίγα λεπτά μέχρι 24 ώρες). Οι προσβολές μπορεί να συμβούν στις περιοχές αιμάτωσης της καρωτίδας και της σπονδυλικής αρτηρίας.<sup>8</sup>

#### Αίτια

1. Η εμβολή. Γνωστό παράδειγμα είναι αυτό των αιμοπεταλιακών εμβολών που προέρχονται από ένα εύθρυπτο θρόμβο, συχνά από μια αθηρωματική πλάκα στην αρχή της έσω καρωτίδας στον τράχηλο. Μικροσκοπικά κομμάτια του θρόμβου που αποτελούνται από ινική και αιμοπετάλια αποσπώνται και εμβολλούνται στον εγκέφαλο.<sup>8</sup>
2. Πίεση των εξωκρανιακών αρτηριών. Η σπονδυλική αρτηρία μπορεί να πιεσθεί από πλάγια πρόπτωση του μεσοσπολδύλιου δίσκου και από οστεόφυτα.
3. Αρτηριακή στένωση. Η μη επιπλεγμένη αρτηριακή στένωση πιστεύεται ότι είναι μια ασυνήθιστη αιτία εγκεφαλικής ισχαιμίας. Η στένωση πρέπει να γίνει σχεδόν πλήρης πριν υπάρξει σημαντική ελάττωση στην αιματική ροή.
4. Υποκλοπή και ανακατανομή της αιμάτωσης. Αναστροφή της αιματικής ροής στην σπονδυλική αρτηρία μπορεί να συμβεί όταν υπάρχει κεντρικότερη απόφραξη η μεγάλου βαθμού στένωση της υποκλειδίας αρτηρίας. Κάτω από αυτές τις συνθήκες το αίμα μπορεί να κατανέμεται στο άνω άκρο μέσω της σπονδυλικής αρτηρίας, με αποτέλεσμα συμπτώματα ισχαιμίας του εγκεφαλικού στελέχους. Όμοια υποκλοπή μπορεί να συμβεί όταν υπάρχει αρτηριοφλεβική αναστόμωση μέσα στο κρανίο.<sup>8</sup>

5. Διαταραχές των έμμορφών στοιχείων του αίματος. Παροδικές ισχαιμικές προσβολές μπορεί να συμβούν στην πολυερυθραιμία, στη λευχαιμία και στις δυσπρωτειναιμίες, στις οποίες μεταβάλλεται η γλοιότητα του αίματος.

6. Συστηματική υπόταση. Μεγάλου βαθμού συστηματική υπόταση συνήθως έχει σαν αποτέλεσμα απώλεια της συνείδησης, που οφείλεται σε εγκεφαλική ισχαιμία. Μερικές φορές πάντως, μια ξαφνική αλλαγή του όγκου παλμού της καρδιάς ( που οφείλεται π.χ. σε παροδική καρδιακή αρρυθμία ) μπορεί να οδηγήσει σε τοπική διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας. Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό να συμβεί εάν συνυπάρχει στένωση των εγκεφαλικών αρτηριών.<sup>8</sup>

### **Συμπτώματα και σημεία**

Οι παροδικές διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας είναι συνήθως αιφνίδιες και διαρκούν λίγα λεπτά. Μερικά άτομα έχουν μια μόνο προσβολή, ενώ άλλα έχουν πολλές την ίδια ημέρα. Οι περισσότερες προσβολές δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν ούτε να προκληθούν. Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με την αρτηριακή περιοχή που κυρίως προσβάλλεται.<sup>8</sup>

## **Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια της καρωτίδας**

### **Συμπτώματα**

Τα κύρια συμπτώματα είναι η δυσφασία (εάν προσβληθεί το αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο). Μυϊκή αδυναμία στο αντίθετο άνω και/ή κάτω άκρο.

Παραισθησία ή αιμωδία στα αντίθετα άκρα.

Παροδική απώλεια της όρασης στη ομόπλευρη με τη βλάβη μάτι (αντίθετα με την ημιπάρεση).

Συνήθως δεν υπάρχουν εστιακά σημεία εάν ο άρρωστος εξετασθεί μεταξύ των προσβολών. Εάν ο άρρωστος εξετασθεί στη διάρκεια μιας προσβολής τα σημεία ταιριάζουν με τα συμπτώματα – π.χ. δυσφαγία, χαλαρή μυϊκή αδυναμία των άκρων στη μια πλευρά του σώματος κλπ.



Έμβολα στις αμφιβληστροειδικές αρτηρίες μπορεί μερικές φορές να παρατηρηθούν με την οφθαλμοσκόπηση.

Φύσημα πάνω από μια καρωτίδα.<sup>1</sup>

## Παροδικά ισχαιμικά επεισόδια της σπονδυλικής

### Συμπτώματα

Τα κύρια συμπτώματα είναι ίλιγγος (στο 60% των περιπτώσεων), οπτικές διαταραχές (στο 50%), αιφνίδια έναρξη θόλωσης και αμαύρωσης – μερικές φορές είναι γενικευμένη και άλλες αφορά μόνο το μισό οπτικό πεδίο, αταξία στο περπάτημα, διπλωπία, κολλώδης ομιλία, κεφαλαλγία, συχνά, βραχείες περίοδοι διανοητικής σύγχυσης.

Συνήθως δεν υπάρχουν σημεία μεταξύ των προσβολών. Εάν ο άρρωστος εξετασθεί στη διάρκεια μιας προσβολής, τα σημεία θα συμβαδίζουν με τα συμπτώματα.<sup>8</sup>

### Θεραπεία

Το κύριο αντικείμενο της θεραπείας είναι πρόληψη της εγκατάστασης ενός πλήρους εγκεφαλικού επεισοδίου. Ένα άλλο σημαντικό βήμα, αλλά δευτερεύον, είναι να σταματήσουμε τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια. Η θνησιμότητα φαίνεται ότι επηρεάζεται λίγο είτε από τη συντηρητική είτε από τη χειρουργική θεραπεία.<sup>8</sup>

**1. Χειρουργική αντιμετώπιση.** Αυτή συνήθως σημαίνει την εκτέλεση ενδαρτηρεκτομής, δηλαδή την αφαίρεση ενός εύθρυπτου θρόμβου από την έσω καρωτίδα στον τράχηλο.

**2. Αντιπηκτικά.** Υπάρχει αξιοσημείωτη μαρτυρία ότι τα αντιπηκτικά ελαττώνουν τη συχνότητα εμφάνισης ενός πλήρους εγκεφαλικού επεισοδίου στη διάρκεια των πρώτων χρόνων μετά την έναρξη των παροδικών ισχαιμικών προσβολών.

**3. Ασπιρίνη.** Το αρχικό βήμα στην αρτηριακή θρόμβωση είναι η προσκόλληση των αιμοπεταλίων στην περιοχή της βλάβης του αρτηριακού τοιχώματος. Σήμερα υπάρχει αξιολογη μαρτυρία ότι η ασπιρίνη είναι

αποτελεσματική στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης των παροδικών ισχαιμικών προσβολών και της πιθανότητας εξέλιξης τους σε πλήρη εγκεφαλικά επεισόδια.<sup>8</sup>

## **Πρόγνωση**

Ο όλος ετήσιος κίνδυνος να συμβεί ισχαιμικό έμφρακτο σε αρρώστους με παροδικά ισχαιμικά επεισόδια είναι περίπου 7% για τα πρώτα 5 χρόνια. Οι περισσότεροι από το 50 % των θανάτων που συμβαίνουν μέσα στα επόμενα λίγα χρόνια οφείλονται σε καρδιακή πάθηση.<sup>8</sup>

## **Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια σε παιδιά και νεαρή ηλικία**

### **Σε παιδιά**

Το εγκεφαλικό επεισόδιο στα βρέφη είναι σπάνιο. Οι πιο συχνές αιτίες εγκεφαλικού επεισοδίου σε παιδιά είναι:

1. Η εγκεφαλική αγγειακή απόφραξη (αρτηριακή η φλεβική ) η οποία μπορεί να οφείλεται σε φαρυγγίτιδα, αμυγδαλίτιδα, οπισθοφαρυγγικό απόστημα, τραχηλική αδενίτιδα, αυχενικό τραύμα και συστηματικές λοιμώξεις. Η πιο συχνή καρδιοπάθεια που σχετίζεται με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η κυανοτική καρδιακή νόσος η οποία συνοδεύεται από πολυκυτταραιμία και συμφοριντική καρδιακή ανεπάρκεια. Άλλες καρδιακές αιτίες είναι η ρευματική βαλβιδοπάθεια και η υποξία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην υποξία βακτηριδιακή ενδοκαρδίτιδα είναι βαρύ προγνωστικό σημείο και πολλές φορές αποτελεί το πρώτο κλινικό σημείο της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται ταχεία κάλυψη με μεγάλες δόσεις αντιβιοτικών ενδοφλεβίως και στενή παρακολούθηση του αρρώστου για το ενδεχόμενο επείγουσας χειρουργικής επέμβασης και αντικατάσταση της πάσχουσας καρδιακής βαλβίδας. Άλλες αιτίες αγγειακού εγκεφαλικού σε παιδιά είναι οζώδης πλυαρτηρίτις, ερυθματώδης λύκος και ομοκυστινουρία η οποία συνοδεύεται από αρτηριακή υπέρπλασία και

ίνωση. Η δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι επίσης συχνή αιτία εγκεφαλικής αγγειακής απόφραξης και συχνότερη σε παιδιά σε ηλικία άνω των 6 ετών. Οφείλεται σε υπερπλασία του ενδοθηλίου και πολλαπλές αρτηριακές στενώσεις και αποφράξεις που προέρχονται από τα παραμορφωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια. Η εγκεφαλική αρτηριακή απόφραξη στα παιδιά συχνά αφορά το καρωτιδικό σύστημα και σπάνια το σπονδυλικό. Η πρόγνωση εξαρτάται από την ηλικία και από το αν συνυπάρχουν επιληπτικές κρίσεις κατά την εισβολή. Σε παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών που εμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις η πρόγνωση είναι βαριά και συχνά η νόσος οδηγεί σε διανοητική καθυστέρηση. Επίσης η πρόγνωση είναι βαριά σε περίπτωση που οφείλεται σε οζώδη πολυαρθρίτιδα ή ερυθματώδης λύκο. Όταν η εγκεφαλική αρτηριακή απόφραξη οφείλεται σε δρεπανοκυτταρική αναιμία τα συμπτώματα συνήθως είναι διάχυτα και αφορούν τη διανοητική λειτουργία και τη συμπεριφορά. Τα εγκεφαλικά επεισόδια στη περίπτωση της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας κατά τις εξάρσεις της νόσου συνοδεύονται με πυρετό, ίκτερο, αρθραλγίες, κοιλιακά άλγη, πόνο στο στήθος και δυσκαμψία του αυχένα. Μερικές φορές μπορεί να παρουσιασθεί ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδής αιμορραγία. Η εγκεφαλική απόφραξη πριν από την ανακάλυψη των αντιβιοτικών ήταν πολύ συχνότερη. Συνήθως οφείλετε σε συγγενείς καρδιοπάθειες, συστηματικές λοιμώξεις και περιπτώσεις αναιμίας. Πολλές φορές κλινικά περνούν απαρατήρητες λόγω της παράπλευρης φλεβικής αποχέτευσης. Στα βρέφη εκδηλώνεται με ημιπάρεση, επιληπτικές κρίσεις, βυθιότητα του επιπέδου συνειδήσεις, προπτεία των πηγών, διόγκωση των φλεβών του τριχωτού της κεφαλής, αύξηση του μεγέθους της κεφαλής και οίδημα των οπτικών θηλών.<sup>9</sup>

2. Η εγκεφαλική αιμορραγία. Ο περισσότερο συχνός τύπος είναι η αιμορραγία των νεογέννητων από τραύμα κατά τον τοκετό. Όταν η αιμορραγία συμβεί αργότερα κατά πάσα πιθανότητα, οφείλεται σε ρίξει αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας, αιμοφιλία, θρομβοκυττοπενική πορφύρα, λευκαϊμία ή κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Συνήθως η αιμορραγία προέρχεται από τα τριχοειδή πλέγματα των κοιλιών και τα αγγεία κοντά στη κεφαλή του κερκοφόρου πυρήνα με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά

ενδοκοιλιακή αιμορραγία. Η ενδοκοιλιακή αιμορραγία είναι συχνή επιπλοκή στα πρόωρα και εκδηλώνεται με χαμηλότερο σωματικό βάρος, πλημμελή θρέψη, δυσκολίες στη νοσηλεία, αναπνευστική δυσχέρεια, κυάνωση και μειωμένη αντιδραστικότητα στα ερεθίσματα. Η αξονική τομογραφία εγκεφάλου επιβεβαιώνει τη διάγνωση. Στα βρέφη και στα μεγαλύτερα παιδιά δεν είναι συχνό εύρημα. Σε σειρά 8.413 αιμορραγιών μόνο το 3.8% αφορούσε άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών και συνήθως οφείλετε σε ρήξη ανευρύσματος η αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας, ενώ στο 33% η αιτία ήταν άγνωστη. Η θνησιμότητα της ενδοκρανιακής αιμορραγίας στα παιδιά είναι 21%. Στη περίπτωση της αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η ρήξη ανευρύσματος είναι συχνότερη σε μεγαλύτερα παιδιά. Η θνησιμότητα σε περίπτωση ρήξης ανευρύσματος στα παιδιά είναι μικρότερη σε σύγκριση με εκείνη των ενηλίκων.<sup>9</sup>

### **Σε νεαρά άτομα**

Στις Ινδίες παρατηρείται αυξημένη συχνότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων σε νεαρά άτομα. Αυτό ίσως οφείλεται στη σύνθεση του πληθυσμού όπου το 50% είναι κάτω των 20 ετών. Στις προηγμένες χώρες το ποσοστό των εγκεφαλικών εμφρακτών σε άτομα ηλικίας κάτω των 40 ανέρχεται περίπου στο 3%. Οι συνήθεις αιτίες είναι οι ακόλουθες:<sup>9</sup>

**(α). Καρδιακά αίτια.** Η συχνότερη αιτία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρά άτομα είναι το έμβολο καρδιακής προέλευσης. Τη πρώτη θέση έχει η στένωση της μιτροειδούς με η χωρίς κολπική μαρμαρυγή. Άλλη συχνή καρδιακή αιτία είναι η πρόπτωση της βαλβίδας της μιτροειδούς η οποία παρατηρείτε περίπου στο 6% του γενικού πληθυσμού. Από τους 60 ασθενείς ηλικίας κάτω των 45 ετών που παρουσίασαν παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ή εγκεφαλικό εμφρακτό άγνωστης αιτιολογίας το 40% έχει πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας. Η διάγνωση της πρόπτωσης της μιτροειδούς βαλβίδας επιβεβαιώνεται με το υπερηχοκαρδιογράφημα δύο-διαστάσεων. Άλλες καρδιακές παθήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στα νεαρά άτομα

είναι μυοκαρδιοπάθειες, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και το μύξωμα του κόλπου.<sup>9</sup>

**(β). Αθηρωμάτωση.** Η αθηρωμάτωση είναι αρκετά συχνή αιτία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρά άτομα και ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει αρτηριακή υπέρταση, διαβήτης, υπερλιπιδαιμία. Η αθηρωμάτωση των νεαρών ατόμων δεν διαφέρει από εκείνη των ηλικιωμένων. Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο των νεαρών αθηρωματικών ατόμων είναι καλύτερης πρόγνωσης από εκείνο των ανηλίκων. Η διάγνωση της πρώιμης αθηρωμάτωσης επιβεβαιώνεται με την αγγειογραφία.<sup>9</sup>

**(γ). Λοιμώξεις.** Οι λοιμώξεις που μπορούν να οδηγήσουν σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η νευροσύφιλη και η φυματίωση μέσω της ενδαρτηρίτιδας που συχνά προκαλούν.<sup>9</sup>

**(δ). Αρτηρίδες.** Τα νοσήματα του κολλαγόνου (ερυθηματώδης λύκος, οζώδης πολυαρτηρίτις και κοκκιωμάτωση του Wagener) προκαλούν αρτηρίτιδα των αγγειακών αγγείων. Οι ασθενείς αυτοί παράγουν ένα αντίσωμα λύκου το οποίο In Vitro είναι αντιπηκτικό ενώ In Vivo προάγει την πήξη και την θρόμβωση. Ο ερυθηματώδης λύκος προσβάλλει συνήθως τα μικρά αγγεία. Αγγειίτιδας των εγκεφαλικών αγγείων μπορεί επίσης να προκληθούν από τοξικές ουσίες (από το στόμα ή ενδοφλέβια) όπως π.χ. η αμφεταμίνη η οποία προκαλεί νεκρωτική ίνωση του μέσου και έσω χιτώνα των μικρών και μεσαίου μεγέθους αρτηριών. Η ενδοφλέβια χορήγηση ηρωίνης μπορεί να προκαλέσει στένωση του σιφωνίου της έσω καρωτίδας και κομβολογιοειδείς αλλοιώσεις των μικρότερων αγγείων. Η ταλβίνη και η πυριβενζαμίνη μπορεί να προκαλέσουν εμφρακτό η αιμορραγία των εν τω βάθει εγκεφαλικών αγγείων. Η ινωμώδης δυσπλασία προσβάλλει του μικρού και μεσαίου μεγέθους κλάδους της νεφρικής, σπληνικής, ηπατικής αρτηρίας και αρτηρίες του αυχένα και του εγκεφάλου. Οι αλλοιώσεις είναι τμηματικές και πολυεστιακές. Συνήθως αφορούν το μέσο χιτώνα των αρτηριών και σπανιότερα των έσω και έξω

χιτώννα. Η νόσος είναι οικογενής, άγνωστης αιτίας και συχνότερη στις γυναίκες. Η αγγειογραφία του εγκεφάλου δείχνει αλλοιώσεις στο έσω τριτημόριο του εξωκρανιακού τμήματος της έσω καρωτίδας. Είναι νόσος συμπτωματική και παρατηρείται στο 0.6% των αγγειογραφιών. Μπορεί να δημιουργήσει θρόμβους, διαχωριστικά και σακοειδή ανευρύσματα και να οδηγήσει σε αιμορραγίες ή ισχαιμικά επεισόδια. Απόφραξη καρωτίδας παρατηρείται στη νόσο Moya-Moya η οποία είναι άγνωστης αιτιολογίας και προκαλεί εγκεφαλικό εμφρακτό στα παιδιά και αιμορραγίες σε ενήλικους.<sup>9</sup>

**(ε) Ημικρανία.** Αν και η συχνότητα της ημικρανίας ανέρχεται στο 15-19% του ανδρικού πληθυσμού και στο 25-29% του γυναικείου και συχνά συνοδεύεται από παροδικές οπτικές και αισθητικές διαταραχές, εν τούτοις τα μόνιμα νευρολογικά επακόλουθα είναι σπάνια. Το ότι η ημικρανία μπορεί να οδηγήσει σε ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια στηρίζεται σε κλινικές, αξονοτομογραφικές και αγγειογραφικές μελέτες. Σε αρκετούς ασθενείς με βαριά ημικρανία η αξονική τομογραφία είναι παθολογική και στο 13% δείχνει εγκεφαλικό εμφρακτό. Στους πέντε από τους έξι ημικρανικούς ασθενείς με εγκεφαλικό εμφρακτό η αγγειογραφία επιβεβαίωσε την αρτηριακή απόφραξη. Για να γίνει διάγνωση εγκεφαλικού εμφράκτου σαν επακόλουθο ημικρανιακού επεισοδίου θα πρέπει να μην υπάρχει αμφιβολία για τη διάγνωση της ημικρανίας, να υπάρχει χρονική σύμπτωση του εγκεφαλικού εμφράκτου με το επεισόδιο της ημικρανίας και να έχουν αποκλεισθεί άλλες αιτίες όπως π.χ. τα αθηρωματικά έμβολα κ.λ.π. Ο παθογενετικός μηχανισμός με τον οποίο η ημικρανία οδηγεί σε εγκεφαλικό δεν είναι γνωστός. Έχει βρεθεί ότι στη κλασική ημικρανία η εγκεφαλική αιματική ροή μπορεί να πέσει σε επίπεδο ώστε να προκληθεί εγκεφαλικό εμφρακτό. Η μεταβολή της εγκεφαλικής ροής μπορεί να είναι διάχυτη ή εστιακή, και να αφορά το πάσχον ή το υγιές ημισφαίριο. Η ελάττωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής συνήθως αρχίζει από τον ινιακό λοβό και επεκτείνεται προς τα προσώ με ταχύτητα περίπου 3 mm/min. Η άλλη υπόθεση της παθογένεσης του αγγειακού επεισοδίου σε ημικρανιακή κρίση είναι ότι η συγκόλληση των αιμοπεταλίων ελαττώνει την εγκεφαλική δυάχηση.<sup>9</sup>

**(στ). Εγκυμοσύνη και λόχεια.** Είναι δυνατόν τα ανευρύσματα και η αρτηριοφλεβώδεις επικοινωνίες να αιμορραγήσουν κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό. Η εκλαμψία σπάνια προκαλεί ενδοεγκεφαλική αιμορραγία. Η αυξημένη πηκτικότητα στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και στη λοχεία μπορεί να ευοδώσει την ανάπτυξη αρτηριακού ή φλεβικού επεισοδίου. Η συχνότητα της αγγειακής εγκεφαλικής απόφραξης στην εγκυμοσύνη ανέρχεται σε 1/20000 ζώσες γεννήσεις.<sup>9</sup>

**(ζ). Αντισυλληπτικά χάπια.** Τα αντισυλληπτικά χάπια μεταβάλουν τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων, ευδόνουν την δράση αντιθρομβίνης III, μειώνουν το επίπεδο της αντιθρομβίνης στον ορό και αυξάνουν το επίπεδο ορισμένων παραγόντων της πήξης και κυρίως του παράγοντος VII. Οι μεταβολές αυτές ίσως παίζουν ρόλο στην εκδήλωση του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι αγγειακής αιτιολογίας οφθαλμολογικές και νευρολογικές επιπλοκές σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτικά χάπια ανέρχονται στο 0,62% ενώ για αυτές που δεν χρησιμοποιούν αντισυλληπτικά στο 0,2%. Έξι χρόνια μετά τη παύση των αντισυλληπτικών παραμένει αυξημένος κίνδυνος για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.<sup>9</sup>

**(η). Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, χειρουργικές επεμβάσεις, εκλαμψία, και διαβητική οξέωση.** Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να προκαλέσουν διάσπαρτη ενδοαγγειακή αυξημένη πηκτικότητα λόγω βλάβης του ενδοθηλίου και έκλυσης θρομβοπλαστίνης στο αίμα. Τα φωσφολιπίδια που εκλύονται από τη βλάβη των ερυθροκυττάρων επιταχύνουν την πήξη ενώ το ινώδες δρα αντιπηκτικά και έτσι μπορεί να προκληθεί είτε ισχαιμικό είτε αιμορραγικό επεισόδιο.<sup>9</sup>

**(θ). Αλκοόλη.** Φαίνεται πως η αλκοόλη αυξάνει το κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο λόγω της αύξησης της αρτηριακής πίεσης και της αφυδάτωσης που προκαλεί με επακόλουθο την αύξηση της γλοιότητας και της πηκτικότητας του αίματος. Η αλκοόλη προκαλεί πιθανώς και σπασμό των εγκεφαλικών αγγείων. Το 40% των ενηλίκων που παθαίνει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο έχει χρησιμοποίηση στο προηγούμενο 24ώρο

αλκοόλη. Η εγκεφαλική αιμορραγία στα νεαρά άτομα όπως και στα μεγαλύτερα οφείλεται σε ρήξη αρτηριοφλεβώδους επικοινωνίας η σακοειδούς ανευρύσματος καθώς και σε διαταραχές της πήξης, χορήγησης φαρμάκων κ.λ.π.<sup>9</sup>

## **Υπερτασική εγκεφαλοπάθεια**

Η υπερτασική εγκεφαλοπάθεια είναι ένα οξύ εγκεφαλικό σύνδρομο που εκδηλώνεται εξ αιτίας αιφνίδιας μεγάλης αρτηριακής υπέρτασης. Είναι επείγουσα θεραπευτική κατάσταση και χρειάζεται άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση. Η αυξημένη αρτηριακή υπέρταση καταργεί την εγκεφαλική αυτορρύθμιση, αυξάνει την διαπερατότητα των αγγείων στα λευκώματα με επακόλουθο το εγκεφαλικό οίδημα. Μπορεί να παρουσιασθεί σε οποιαδήποτε ηλικία πλην όμως είναι συχνότερη σε άτομα ηλικίας μεταξύ 30 και 50 ετών. Παρατηρείται σε οξείες και χρόνιες νεφρικές καταστάσεις, αγγειίτιδες (οζώδης πολυαρτηρίτης) και φαιοχρωμοκύττωμα. Επίσης μπορεί να παρουσιασθεί σε άτομα που παίρνουν αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης όταν λάβουν τροφή με μεγάλη ποσότητα τυραμίνης. Η κλινική εικόνα συνίσταται σε έντονη κεφαλαλγία και εμετό που αναπτύσσεται σε διάστημα λίγων ωρών και οφείλεται στην ενδοκρανιακή υπέρταση. Άλλο συχνό σύμπτωμα είναι οι οπτικές διαταραχές ( θόλωση της όρασης, σπινθηροβόλο σκότωμα ή απώλεια της όρασης) και το οίδημα τα οπτικής θάλασης ( είτε λόγω της αυξημένης ενδοκράνιας υπέρτασης είτε λόγω της τοπικής ισχαιμίας του οπτικού νεύρου ). Επίσης έχει περιγραφεί φλοιώδης τύφλωση, αχρωματοψία και αφασικές διαταραχές. Στην αρχική φάση οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν υπνηλία και διανοητική σύχηση. Οι εστιακές ή οι γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις είναι συχνά πρώιμη εκδήλωση όπως και η αύξηση των τενόντιων αντανάκλασεων και μερικές φορές άλλα εστιακά νευρολογικά σημεία. Αν η κατάσταση δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, σε διάστημα ωρών μπορεί να καταλήξει σε κώμα και θάνατο. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση πρέπει να αποφεύγεται και η αξονική τομογραφία συχνά δείχνει διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα. Η διάγνωση είναι κυρίως κλινική και βασίζεται στη συσχέτιση της νευρολογικής εικόνας



με την πολύ υψηλή πίεση. Η πρόγνωση της νόσου εφόσον αντιμετωπισθεί έγκαιρα είναι καλή. Η θεραπεία είναι η ταχεία μείωση της αρτηριακής πίεσης με την ενδοφλέβια χορήγηση ουσιών όπως η νατριούχος νιτροπρουσίδα και η υδραλαζίνη. Ο ασθενής πρέπει να εισάγεται στο νοσοκομείο όπου θα αντιμετωπισθούν και οι επιπλοκές της νόσου (επιληπτικές κρίσεις, αναπνευστική δυσχέρεια, κώμα κ.λ.π.).<sup>9</sup>

Εδώ και πολλά χρόνια, επιδημιολογικές παρατηρήσεις έχουν κάνει γνωστό ότι, όταν η πίεση είναι αυξημένη (ακόμα και όταν η αύξηση αυτή είναι μικρή), η πιθανότητα να προκληθεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο γίνεται μεγαλύτερη. Συγκεκριμένα, έχει υπολογιστεί ότι κάθε αύξηση της διαστολικής (μικρής) πίεσης σε συνθήκες ηρεμίας, κατά 5 έως 6 χιλιοστά στήλης υδραργύρου (π.χ., από 90 σε 95 χιλιοστά στήλης υδραργύρου -ή, αυτό που ο κόσμος λέει, από 9 σε 9,5) αντιστοιχεί σε αύξηση του κινδύνου να υποστεί κανείς αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια κατά 35 έως 40%. Αντίστοιχη αύξηση του κινδύνου συνεπάγεται και η αυξημένη συστολική (μεγάλη) πίεση. Η σχέση είναι στατιστική και όχι αιτιολογική. Δεν εξηγεί, δηλαδή, με ποιο τρόπο η υπέρταση προκαλεί το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Απλώς επισημαίνει ότι όποιος έχει αυξημένη πίεση διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στο μέλλον, σε σύγκριση με ένα συνομήλικό του που έχει χαμηλότερη πίεση. Η διαπίστωση αυτή είναι εξίσου σημαντική με το γεγονός ότι ένας άνδρας 70 ετών έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθει αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο από όσο ένας άνδρας 30 ετών.<sup>10</sup>

## **Εγκυμοσύνη και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο**

Ο συχνότερος τύπος αγγειακού επεισοδίου στην εγκυμοσύνη είναι η θρόμβωση φλεβώδους κόλπου. Μερικές φορές συνοδεύονται και από εκλαμψία. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι μετά το τοκετό όπου παρατηρούνται διαταραχές της πήκτικότητας του αίματος (αυξημένη δραστηριότητα της θρομβίνης χωρίς αύξηση του αριθμού του παράγοντα III, αύξηση του πλασμινογόνου και της αντιπλασμίνης και αύξηση του αριθμού των αιμοπεταλίων και της συγκολλητικότητάς των). Κατά το τέλος

της εγκυμοσύνης ή αμέσως μετά των τοκετό όταν παρουσιάζεται κεφαλαλγία, πυρετός, επιληπτικές κρίσεις, κινητικές και αισθητικές διαταραχές και διαταραχές του λόγου θα πρέπει να μπαίνει η υποψία θρόμβωσης εγκεφαλικού φλεβώδους κόλπου. Η φλεβική εγκεφαλική θρόμβωση συχνά αναπτύσσεται στον οβελιαίο κόλπο, στο πλάγιο κόλπο και στις φλοιώδεις φλέβες. Παθολογοανατομικώς παρατηρείται εγκεφαλικό οίδημα και περιοχές εμφρακτών και αιμορραγίες. Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) παρατηρείται αύξηση του λευκώματος και της πίεσης. Η διάγνωση μπορεί να γίνει με την αξονική τομογραφία εγκεφάλου και επιβεβαιώνεται με την αγγειογραφία. Η θεραπεία συνίσταται σε χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής πλην των περιπτώσεων όπου η αξονική τομογραφία δείχνει αιμορραγία. Άλλοι τύποι εγκεφαλικού επεισοδίου στην εγκυμοσύνη ή στη λόχεια είναι το αρτηριακό εμφρακτό, η υπαραχνοειδής αιμορραγία και οι νευρολογικές επιπλοκές της εκλαμψίας.<sup>9</sup>

## Θεραπεία

Στο οξύ στάδιο πρωταρχικό μέλημα είναι η διατήρηση των ζωτικών λειτουργιών που διαταράσσονται, ιδιαίτερα σε αρρώστους που είναι σε κώμα, σε αρρώστους με προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους και, γενικά, σε αρρώστους με εκτεταμένα έμφρακτα ή αιμορραγίες. Σε τέτοιους αρρώστους θα χρειασθεί συχνά βαθιά αναρρόφηση εκκρίσεων (στην ανάγκη με διασωλήνωση), στενή παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης και ανάλογη αντιμετώπιση τυχόν καρδιακών προβλημάτων. Άλλα γενικά μέτρα είναι: αποφυγή κατακλίσεων και ατελεκτασιών με συχνή μεταβολή της θέσης των αρρώστων, προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών κατά περίπτωση, καθετηριασμός κύστης και μόνιμος καθετήρας, προσδιορισμός της ποσότητας των ούρων, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών, παθητικές κινήσεις στα παράλυτα άκρα και κατάλληλη τοποθέτηση τους για την αποφυγή συσπάσεων και αγκυλώσεων. Η χρήση κυλινδρικών σάκων με άμμο για την αποφυγή έξω στροφής του σκέλους, η διατήρηση του άκρου ποδιού σε ορθή γωνία, του γόνατου σε ελαφριά κάμψη και του άνω άκρου σε μέτρια απαγωγή στον ώμο (με ελαφριά κάμψη στον αγκώνα και με ανύψωση λίγο

πάνω από το ύψος του στήθους) είναι μέτρα προς αποφυγή μόνιμων δυσλειτουργιών των άκρων.<sup>11</sup>

1. **Η αντιπηκτική αγωγή** ενδείκνυται για την πρόληψη μελλοντική εμβολής σε ασθενείς με καρδιακή πηγή εμβολών (εκτός αν πρόκειται για μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα). Γιαυτό είναι πολύ σημαντικό να αποφανθεί κανείς ότι ένα έμβολο προέρχεται από την καρδιά. Επίσης σημαντικό είναι το να προηγηθεί της έναρξης της αντιπηκτικής αγωγής μια CT ή μια MRI προκειμένου να αποκλεισθεί μια αιμορραγία. Θα μπορούσε να γίνει ΟΝΠ αλλά αφ'ενός το ΕΝΥ είναι λιγότερο ευαίσθητο στην αποκάλυψη μιας ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας και αφ'ετέρου ενέχει τον κίνδυνο αιματώματος του νωτιαίου μυελού (N.M.) σε ασθενείς υπό αντιπηκτική αγωγή. Ο χρόνος έναρξης της αντιπηκτικής αγωγής είναι αμφιλεγόμενος. Μερικοί γιατροί αρχίζουν αντιπηκτική αγωγή αμέσως, άλλοι περιμένουν 48 ώρες ενώ άλλοι περιμένουν 10 με 14 ημέρες εάν η νευρολογική βλάβη είναι μαζική για να αποφύγουν τυχόν μετατροπή ενός κοινού εμφράκτου σε αιμορραγικό έμφρακτο. Πιστεύετε πως ενδείκνυται άμεση έναρξη αντιπηκτικής αγωγής εάν έχει αποκλεισθεί η αιμορραγία και εάν το έμφρακτο είναι μικρό ή μέτρια σε μέγεθος. Ιδιαίτερη προσοχή και καθυστέρηση της έναρξης της αντιπηκτικής αγωγής συνίσταται για τους ηλικιωμένους ασθενείς, για εκείνους με μεγάλα εμφρακτά (μεγαλύτερα των 5 εκ.) και για τους υπερτασικούς των οποίων η υπέρταση δεν ελέγχεται. Ξεκινάει κανείς με ηπαρίνη και ακολουθεί η βαρφαρίνη. Εάν η εμβολή οφείλεται σε τοιχωματικό θρόμβο σε σχέση με έμφραγμα του μυοκαρδίου, η αντιπηκτική αγωγή συνεχίζεται για 6 μήνες. Αν η αιτία είναι κολπική μαρμαρυγή ή και ρευματικής αιτιολογίας βαλβιδική πάθηση, ενδείκνυται μακροχρόνια αντιπηκτική θεραπεία.<sup>12</sup>

2. Σε ορισμένες μελέτες πάνω στα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, έχει βρεθεί στατιστικώς σημαντική μείωση της συχνότητας αυτών καθώς και των συνεπαγόμενων αγγειακών επεισοδίων σε ασθενείς που λαμβάνουν αντιπηκτική αγωγή. Πάντως οι πιο πολλές μελέτες δεν κάνουν διαχωρισμό των ασθενών με βλάβες μικρών ή μεγάλων αγγείων, ή ασθενών με παροδικά επεισόδια του πρόσθιου ή του οπίσθιου συστήματος και η αρτηριογραφία δεν εκτελείται σε όλες τις περιπτώσεις. Υπάρχουν ελάχιστες αιμορραγικές επιπλοκές όταν ο χρόνος προθρομβίνης βρίσκεται υπό έλεγχο καθώς κι όταν

ασθενείς υψηλού κινδύνου έχουν αποκλεισθεί. Φαίνεται πως τα αντιπηκτικά έχουν σημαντική θετική επίπτωση σε ασθενείς με "επεισόδιο εν εξελίξει". Πιστεύετε πως η αντιπηκτική αγωγή ωφελεί τους πάσχοντες με πολύ στενωμένο αλλά μη αποφραγμένο μεγάλο αιμοφόρο αγγείο. Στους ασθενείς με αγγείο εξελκωμένο ή αγγείο στο οποίο έχει σχηματισθεί ενδοαυλική πλάκα (χωρίς όμως σημαντικού βαθμού στένωση του αυλού) που αποτελεί πιθανή πηγή εμβολικού υλικού, ενθαρρύνουμε την χρήση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων (π.χ. ασπιρίνη, τικλοπιδίνη).<sup>12</sup>

Στην προηγούμενη ομάδα, δεν είναι βέβαιο αν η χειρουργική αντιμετώπιση, οι αντιαιμοπεταλιακοί παράγοντες ή η βαρφαρίνη είναι η καλύτερη θεραπευτική αγωγή, όμως τα περισσότερα κέντρα συνιστούν την ενδαρτηρεκτομή, στις περιπτώσεις εκείνες που και η αρτηριογραφία και η ενδαρτηρεκτομή μπορεί να γίνουν με χαμηλό δείκτη νοσηρότητας και θνησιμότητας (μικρότερο του 3%). Πιστεύετε πως η αντιπηκτική αγωγή μάλλον δεν ωφελεί τους ασθενείς με πάθηση των μικρών αγγείων, με εγκατεστημένο επεισόδιο ή με ένα πλήρως αποφραγμένο μεγάλο αγγείο.<sup>12</sup>

**3. Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.** Οι ουσίες που τροποποιούν τη συγκολλητικότητα και τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια. Οι ουσίες που συχνά χρησιμοποιούνται είναι: η ασπιρίνη η οποία παρεμποδίζει τη συγκόλληση και συσσώρευση των αιμοπεταλίων επειδή αναστέλλει τη σύνθεση των προσταγλανδινών και της θρομβοξάνης A<sub>2</sub>. Επίσης η ασπιρίνη αναστέλλει την παραγωγή της προστακυκλίνης η οποία διευκολύνει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και έχει αγγειοδιασταλτικές ιδιότητες. Η καλύτερη θεραπευτική δόση της ασπιρίνης δεν έχει ακόμα καθορισθεί. Πολλοί χρησιμοποιούν 250 – 300 mg ημερησίως, άλλοι συνιστούν μικρότερες δόσεις.<sup>9</sup>

Άλλα φάρμακα της σειράς αυτής είναι η σουλφιπυραζόνη η οποία αναστέλλει τη σύνθεση και έκκλυση παροστεανδινών από τα αιμοπετάλια. Η διπυριδαμόλη η οποία αναστέλλει τη λειτουργία των αιμοπεταλίων και δρα σαν αναστολέας της φωσφοδιεστεράσης. Η διπυραδαμόλη πιστεύεται πως έχει συνεργητική δράση με την ασπιρίνη, όμως αυτό δεν έχει αποδειχθεί

κλινικά στον άνθρωπο. Το Dextran 40 το οποίο έχει επίσης αντιαιμοπεταλιακή δράση. Η τικλοπιδίνη είναι μια άλλη αντιαιμοπεταλιακή ουσία η οποία αναστέλλει την ενεργοποίηση των αιμοπεταλίων χωρίς να επηρεάζει την παραγωγή της προστακυκλίνης στο τοίχωμα των αγγείων. Έχει αποδειχθεί ότι ορισμένες ουσίες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου (τα νιτρώδη, οι β αδρενεργικοί αναστολείς και οι αναστολείς του ασβεστίου) έχουν αντιαιμοπεταλική δράση.<sup>9</sup>

Η δράση των αντιαιμοπεταλικών και αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων δεν έχει μέχρι σήμερα ελεγχθεί και τεκμηριωθεί με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια και χρειάζονται ακόμα συστηματικές κλινικές μελέτες για τη διερεύνηση του προβλήματος.<sup>9</sup>

4. Η ελάττωση μιας σημαντικά αυξημένης αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να είναι επιθυμητή σε ασθενείς με αιμορραγία, αλλά μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες με μια θρόμβωση ή εμβολή ειδικά όταν η πίεση μειώνεται απότομα.<sup>9</sup>

5. Η χειρουργική θεραπεία ωφελεί κυρίως τις εξής κατηγορίες ασθενών:

- Ασθενείς με σημαντική ετερόπλευρη στένωση μιας καρωτίδας οι οποίοι έχουν πάθει ένα ελαφρό ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο της αντίστοιχης περιοχής αιμάτωσης (ενδαρτηρεκτομή).
- Ασθενείς με παρεγκεφαλιδική αιμορραγία ή παρεγκεφαλικό έμφρακτο με πίεση του στελέχους. Η χειρουργική επέμβαση σ'αυτές τις περιπτώσεις σώζει ζωές.
- Ασθενείς με αιμορραγίες στην περιοχή του φακοειδούς πυρήνος του μη επικρατούντος ημισφαιρίου που σχηματίζουν μεγάλο πήγμα ή και προκαλούν εγκλοεασμό. Η αφαίρεση του αίρει την πίεση και εμποδίζει την συμπίεση του στελέχους.
- Παρότι αμφισβητείται, η χειρουργική θεραπεία, μπορεί να ωφελήσει ασθενείς με συμπτωματική μεν αλλά σημαντικού βαθμού στένωση της καρωτίδας.<sup>9</sup>

Η χειρουργική αντιμετώπιση της καρωτιδικής νόσου δεν έχει εφαρμογή σε πλήρη απόφραξη ή σε επεισόδιο εν εξελίξει. Η προσπάθεια να βελτιωθεί χειρουργικά η παράπλευρη κυκλοφορία με ένα εξωκρανιακό – ενδοκρανιακό bypass δεν έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα.<sup>9</sup>

6. Παράγοντες που μειώνουν την αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση πιθανόν να ωφελήσουν ασθενείς με βαριά επεισόδια συνοδευόμενα από μεγάλη μετατόπιση ενδοκρανιακών σχηματισμών κατά την αρχική φάση της πάθησης τους. Ορισμένα κέντρα εφαρμόζουν την συνεχή παρακολούθηση της ενδοκρανιακής πίεσης αυτών των ασθενών.<sup>9</sup>

7. **Αγγειοδιασταλτική αγωγή.** Είναι λογικό να πιστεύει κανείς πως επιτυγχάνοντας αγγειοδιαστολή στον ισχαιμικό εγκέφαλο θα μπορούσε να βοηθήσει θεραπευτικά. Η πιο ισχυρή αγγειοδιασταλτική ουσία είναι το CO<sub>2</sub> το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν αλλά χωρίς σαφή αποτελέσματα. Άλλες αγγειοδιασταλτικές ουσίες είναι η παπαβερίνη, η πεντοξυφιλίνη, η υντερζίνη, το ομπεντίν, νυλιντρίν, η κυκλαντιλάτη, η β κυστίνη και πολλές άλλες. Δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένα στοιχεία που να καθορίζουν τον ακριβή μηχανισμό δράσης των αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων στον ισχαιμικό εγκέφαλο και οι μέχρι σήμερα κλινικές δοκιμασίες δεν έχουν γίνει με ικανοποιητικό προγραμματισμό.<sup>9</sup>

Είναι πιθανό πως κατά την αγγειοδιαστολή των φυσιολογικών αγγείων του εγκεφάλου γίνεται υποκλοπή αίματος από την ισχαιμική περιοχή πράγμα που θα μπορούσε θεωρητικά να επιδεινώσει τη κατάσταση. Επίσης με τις αγγειοδιασταλτικές ουσίες παρακάμπτεται η μικροκυκλοφορία του εγκεφάλου. Τελευταία η αγγειοδιασταλτική δράση της προστακυκλίνης PGI<sub>2</sub> (προσταγλανδίνη που προέρχεται από το μεταβολισμό του αραχιδονικού οξέους) έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον αρκετών ερευνητών χωρίς μέχρι σήμερα να υπάρχουν ενθουσιώδη αποτελέσματα. Επιπρόσθετα η προστακυκλίνη παρεμποδίζει τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και μειώνει το μέγεθος του εμφράγματος του μυοκαρδίου.<sup>9</sup>

8. **Αγγειοσυσταλτικά.** Θεωρητικά φαίνεται πως η πρόκληση αγγειοσύσπασης στα αγγεία του εγκεφάλου αυξάνει την αιμάτωση της

ισχαιμικής περιοχής επειδή μόνο τα φυσιολογικά αγγεία θα συσπαστούν. Οι προσπάθειες για θεραπεία ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων με παρατεταμένη υπέρπνοια όχι μόνο απέτυχαν αλλά δημιούργησαν και σοβαρές πνευμονικές επιπλοκές.<sup>9</sup>

**9. DEXTRAN 40.** Το χαμηλού μοριακού βάρους Dextran ελαττώνει την γλοιότητα του αίματος και τη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων, διευκολύνει τη λύση του ινωδογόνου από την πλασμίνη και βελτιώνει την εγκεφαλική αιματική ροή λόγω της δράσης του επί της εγκεφαλικής μικροκυκλοφορίας. Πιθανώς το Dextran 40 δρα ευνοϊκά στην αρχικά φάση του εγκεφαλικού οιδήματος.<sup>9</sup>

10. Η θεραπεία μιας υπαραχνοειδούς αιμορραγίας οφειλόμενης σε ανεύρυσμα περιλαμβάνει αυστηρή κατάκλιση, έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και προσεκτική νοσηλευτική φροντίδα. Χωρίς την κατάλληλη αγωγή, περίπου 50% των ασθενών με υπαραχνοειδή αιμορραγία που επιβιώνουν το πρώτο 24ωρο, θα καταλήξουν στις επόμενες 2 εβδομάδες. Η κλινική εικόνα του ασθενούς, η παρουσία αρτηριακού σπασμού και η θέση του ανευρύσματος καθορίζουν την χειρουργική παρέμβαση. Αντιινοδωγονολυτικοί παράγοντες έχουν χορηγηθεί για την πρόληψη υποτροπής της αιμορραγίας, αλλά αποφεύγονται εξ αιτίας του αυξημένου κινδύνου επιπλοκών. Η νιμοδιπίνη, ανταγωνιστής του ασβεστίου, μπορεί να βοηθήσει στην αποτροπή του σπασμού των αρτηριών του εγκεφάλου. Ο αγγειοσπασμός (στένωση του αυλού των αγγείων στην αρτηριογραφία συν νευρολογική σημειολογία) συνήθως επέρχεται 3 έως 14 ημέρες μετά την αρχική αιμορραγία. Υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη τάση για άμεση χειρουργική αντιμετώπιση του ανευρύσματος μετά την επέλευση της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας κι ακολούθως αύξηση του ενδοαγγειακού όγκου αίματος σε μια προσπάθεια να εμποδισθεί τυχόν υποτροπή της αιμορραγίας και για να αποτραπεί ο αγγειόσπασμος. Αυτή η αντιμετώπιση σε ορισμένα κέντρα έχει δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα.<sup>12</sup>

11. Ένα πλήρες πρόγραμμα αποκατάστασης που αρχίζει από το νοσοκομείο με φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία και λογοθεραπεία ωφελεί τα μέγιστα και τους πάσχοντες από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και την κοινότητα, όπως έχει αποδεχθεί από οικονομοτεχνικές μελέτες.<sup>12</sup>

12.Ακόμα δεν έχει διευκρινισθεί αν η χορήγηση **αναστολέων Ca<sup>++</sup>** έχει ευνοϊκή δράση στην οξεία εγκεφαλική ισχαιμία. Οι περισσότεροι αναστολείς Ca<sup>++</sup> έχουν αγγειοδιασταλτική δράση στην ισχαιμία, η οποία από την μια πλευρά μπορεί να έχει ευνοϊκή δράση στην ισχαιμία, όμως από την άλλη πλευρά επιδεινώνει το εγκεφαλικό οίδημα της ισχαιμικής περιοχής. Επίσης η χορήγηση αναστολέων του Ca<sup>++</sup> δεν μεταβάλλει το μεταβολισμό του κυττάρου και δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι δρουν ευνοϊκά στη διαταραχή του μεταβολισμού του Ca<sup>++</sup>. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για να καθορισθεί ο ακριβής ρόλος των ουσιών αυτών στην οξεία εγκεφαλική ισχαιμία.<sup>9</sup>



## Κεφάλαιο Δεύτερο

### Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με ΑΕΕ

Σκοποί της φροντίδας – Παρέμβαση

1. Διατήρηση ζωής στον κωματώδη άρρωστο.

α. Εκτιμάται:

- Η ικανότητα να αντιδρά όταν καλείται με το όνομά 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<sup>13</sup>

β. παρέμβαση

- Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού
  - Διατήρηση αρρώστου σε θέση ανάνηψης
  - Χρησιμοποίηση στοματοφαρυγγικού σωλήνα
  - Μπορεί να χρειαστεί μηχανικός αναπνευστήρας
  - Αναρρόφηση όταν είναι ανάγκη
- Βοήθεια για ρύθμιση θερμοκρασίας
- 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 θέση ανάνηψης
  - Αναρρόφηση
  - Δόνηση θώρακα

- Παρακολούθηση αναπνοής
- Πρόληψη επιπλοκών ακινησίας
  - Παρακολούθηση άκρων καθημερινά για σημεία θρομβοφλεβίτιδας
  - Παροχή άριστης φροντίδας δέρματος<sup>13</sup>

2. Αναγνώριση παραγόντων που μπορεί να συνέλαβαν 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 ENY<sup>13</sup>

β. Παρέμβαση

- Παροχή φροντίδας κατά την προετοιμασία και εκτέλεση των εξετάσεων
- Παροχή ακριβούς και επαρκούς πληροφόρησης, για την εξέταση, σε άρρωστο και οικογένεια
- Εκτίμηση για δυσχέρειες και ανεπιθύμητες ενέργειες μετά την αρτηριογραφία και την παρακέντηση και χορήγηση επαρκών αναλγητικών<sup>13</sup>

3. Αποκατάσταση κυκλοφορίας σε άρρωστο με ΑΕΕ που οφείλεται σε αποκλεισμό. Η διατήρηση επαρκούς ροής αίματος στον εγκέφαλο εξαρτάται από την 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 μέρες
- γ. Ανύψωση κάτω μέρους του κρεβατιού κατά 35 εκ

δ. Έγερση πρέπει να γίνεται αργά και για σύντομα μόνο χρονικά διαστήματα αρχικά. Ο άρρωστος δεν πρέπει να μένει μόνος του.<sup>13</sup>

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. Καθημερινώς έλεγχος χρόνου προθρομβίνης<sup>13</sup>

5. Μείωση ανάγκης για οξυγόνο.

Γενική υποθερμία:

α. Προστασία αρρώστου από κρυοπαγήματα

β. Παρακολούθηση κατάστασης καρδιάς για αρρυθμίες

γ. Έλεγχος ρίγους<sup>13</sup>

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.<sup>13</sup>

7. Εκτίμηση για υποκείμενη καρδιακή νόσο. Υποκείμενη 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 αξιολόγησης της καρδιακής λειτουργίας.

η. Επειδή η διευθέτηση αυτών των προβλημάτων απαιτεί πολύ κατανόηση και συνεργασία από μέρους του αρρώστου, ο νοσηλευτής πρέπει να παίζει ρόλο δασκάλου και συμβούλου.<sup>13</sup>

8. Παροχή φυσικής και συγκινησιακής υποστήριξης για τον άρρωστο που είναι υποψήφιος για ενδαρτηριεκτομή ή παρακαμπτήριο μόσχευμα.

Τα ΠΙΕ αποτελούν ένδειξη αθηροσκλήρωσης και συχνά προηγούνται πλήρους αρτηριακής απόφραξης. Όταν έχει εντοπιστεί το σημείο απόφραξης μπορεί να γίνει χειρουργική επέμβαση 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 εκδηλώσουν συγκινησιακή αστάθεια.

γ. Διατήρηση φύλλου ακριβούς καταγραφής παροδικών ισχαιμικού 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<sup>13</sup>

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<sup>13</sup>

9. Εκπαίδευση αρρώστου για ανάγκη συχνής παρακολούθησης αρτηριακής πίεσης. Η πρόληψη νέων αποφράξεων εξαρτάται επίσης από την ικανότητα του αρρώστου να ρυθμίζει την αρτηριακή 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 από άρρωστο και οικογένεια.

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

δ. Να είστε διαθέσιμος κάθε φορά που ο άρρωστος έχει κάποια ερώτηση ή κάποιο πρόβλημα για επίλυση.<sup>13</sup>

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<sup>13</sup>

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 εμετών
- Βοήθεια για καλύτερη δυνατή αναπνευστική λειτουργία

γ. Προαγωγή φλεβικής παροχέτευσης με ανύψωση του επάνω μέρους του κρεβατιού κατά 15-20°<sup>13</sup>

12. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και θρεπτικού ισοζυγίου.

α. Χορήγηση και στενή παρακολούθηση ενδοφλεβίων 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 εξασφαλίσετε ευχάριστη ατμόσφαιρα, στην οποία θα προσλαβούνται οι ανάγκες του αρρώστου αλλά αν θα μειώνεται στο ελάχιστο η εξάρτηση του από τους άλλους<sup>13</sup>

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 ρυθμός σφυγμού
  - Αναπνοή: βάθος, εύκολη ή δύσκολη
  - Θερμοκρασία<sup>13</sup>

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 η εντόπιση του το επιτρέπει.<sup>13</sup>

## Παρέμβαση

### α. Άμεση

- Χορήγηση αντισπασμωτικών και αξιολόγηση αποτελεσματικότητας
- Διδασκαλία αρρώστου πώς να ελέγχει τις κρίσεις σπασμών
- Προστασία αρρώστου κατά τη διάρκεια κρίσεις 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<sup>13</sup>

### γ. Μετεγχειρητική

- Παρακολούθηση ζωτικών σημείων και υποστήριξη ζωτικών λειτουργιών
- Επαρκής αερισμός
- Ρύθμιση της 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 φροντίδας<sup>13</sup>

14. Αντιμετώπιση δυσλειτουργίας κρανιακών νεύρων. Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν ημιανοψία και παράλυση προσωπικού και επαγωγού 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, δραστηριότητα, η τηλεόραση κ.λ.π. 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 πάσχων μέρος της στοματικής κοιλότητας
- Εξασφάλιση άριστης υγιεινής στόματος
- Εκτίμηση δυνατότητας να χρησιμοποιήσει ο άρρωστος οδοντοστοιχίες

γ. Βλεφαρόπτωση

- Ανύψωση του πεσμένου βλεφάρου με μη αλλεργιογόνα ταινία
- Ενστάλαξη τεχνητών δακρύων για προστασία κερατοειδούς<sup>13</sup>

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<sup>13</sup>



Ένας ασθενής που είναι παράλυτος θα δυσκολευτεί να κουνηθεί στο κρεβάτι και έτσι διατρέχει μεγάλο κίνδυνο να πάθει έλκη κατάκλισης. Το συχνό γύρισμα από τις νοσοκόμες βοηθάει στην πρόληψή τους.

16. Αγωγή αρρώστου με ημιπάρεση για να κατορθωθεί

η μέγιστη λειτουργία και να προληφθούν δευτεροπαθείς ανικανότητες και παραμορφώσεις.

Εκτίμηση μυϊκής ισχύος, τόνου, μάζας. 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 δάκτυλα ανοικτά
- Χρήση υποπόδιου
- Υποστήριγμα ποδοκνημικής άρθρωσης, όταν σηκώνεται ο άρρωστος

- Επίβλεψη χρησιμοποίησης περιπατητή, μπαστουιού ή άλλου βοηθήματος
- δ. Συνεργασία με φυσιοθεραπευτή για καθορισμό συνεδριών θεραπείας και εκμάθηση ασκήσεων
  - Παθητικές ασκήσεις
  - Σχεδιασμός προγράμματος με άρρωστο και φυσιοθεραπευτή, για βαθμιαία και αποτελεσματική έγερση<sup>13</sup>

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 εξάρτησής του

Παρέμβαση

- α. Ανάπτυξη προγράμματος εκπαίδευσης μαζί με άρρωστο και φυσιοθεραπευτή
- β. Άμεσοι ευκαιριών 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 καινούργια δεξιότητα, γίνεται φανερή ή αδυναμία του αρρώστου να εκτελέσει μια πιο σύνθετη εργασία

ζ. Εκτίμηση ικανότητας των μελών της οικογένειας να δεχτούν τη βραδύτερη και ίσως που αδέξια αυτών των εργασιών και εξήγηση της σημασίας για τον άρρωστο αυτής της παραδοχής.<sup>13</sup>

#### 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 γραπτό και προφορικό λόγο, να κάνει υπολογισμούς και να κάνει 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 μυϊκών κινήσεων που είναι απαραίτητοι για να εκφωνείται η κάθε λέξη. Κάθε λέξη απαιτεί, για την έκφρασή 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 μύες να συσταθούν στο σωστό χρόνο και με τη σωστή δύναμη.<sup>13</sup>

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.<sup>13</sup>

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 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 μιλά ελεύθερα.

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.<sup>13</sup>

Παρέμβαση

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

β. Εξέταση με την οικογένεια άλλων μέσων επικοινωνίας, όπως ζωγραφιές ή σχέδια

γ. Συνέχιση παροχής οπτικοακουστικής διέγερσης

Συχνά, υπάρχει μια βαθμιαία υποχώρηση της διαταραχής. Με τη χρησιμοποίηση δοκιμασιών που εφαρμόζονται ξεχωριστά στο κάθε άρρωστο, είναι δυνατό να τηρηθεί ακριβές φύλλο που περιγράφει της ικανότητες του αρρώστου. Από αυτό μπορεί να τεθούν νέοι σκοποί ή να δοκιμαστούν νέες παρεμβάσεις.<sup>13</sup>

19. Εγκαθίδρυση υγιών διεργασιών αντιμετώπισης για άρρωστο και οικογένεια. Ως καταστροφικό γεγονός το ΑΕΕ δημιουργεί μια κρίση τόσο για τον ίδιο τον άρρωστο, ως άτομο, όσο και για την οικογένειά 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 κατάστασή του, μέσω επικοινωνίας με λόγια, εκφράσεων προσώπου και αντιδράσεων προς το περιβάλλον

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

- Ποια είναι η έκταση και η πρόγνωση του ΑΕΕ
- Ποιος είναι ο ρόλος του αρρώστου και της οικογένειας

- Ποιες είναι οι εμπειρίες του αρρώστου και της οικογένειάς, που αφορούν χρόνια νοσήματα
- Ποιοι είναι οι οικονομικοί, συγκινησιακοί και πνευματικοί πόροι του αρρώστου και της οικογένειας<sup>13</sup>

#### 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 οικογένειά του. Πολλές φορές και το προσωπικό μπορεί να χρειαστεί σύμβουλο ψυχικής υγείας, για να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα και τα προβλήματά 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.<sup>13</sup>

Μερικοί πολύ συνηθισμένοι φόβοι είναι:

- Να πάθει το ΑΕΕ όταν είναι μόνος
- Μερικές φυσικές δυσχέρειες μπορεί να θεωρηθούν ως σημεία επικείμενου ΑΕΕ
- Θάνατος χωρίς προειδοποίηση
- Μόνιμη ανικανότητα και επιβάρυνση άλλων

θ. Σχεδιασμός για συνεχή εξασφάλιση φροντίδας, καθώς ο άρρωστος πηγαίνει από το νοσοκομείο στο κέντρο αποκατάστασης ή στο σπίτι.<sup>13</sup>

## **ΑΕΕ -Οι πρώτες ώρες**

Οι πρόσφατες λοιπόν θεραπευτικές εξελίξεις -κυρίως όσον αφορά στην εφαρμογή της θρομβόλυσης- αλλά και τα προκλινικά δεδομένα εφαρμογής θεραπειών νευροπροστασίας αναδεικνύουν το μείζον θέμα στην αντιμετώπιση του ΑΕΕ. Την ταχεία και έγκαιρη μεταφορά στο Νοσοκομείο, (detection-to-door time) την ταχεία διαφοροδιαγνωστική διαγνωστική προσπέλαση και την ταχεία εφαρμογή τόσο των γενικών υποστηρικτικών, αλλά ιδίως των ειδικών θεραπευτικών προσεγγίσεων στις πρώτες τρεις ώρες ή τουλάχιστον πριν την πάροδο 6 ωρών από την εγκατάσταση του συμβάματος (door-to needle time).<sup>14</sup>

Ένα τέτοιο σύστημα οφείλει να έχει τα εξής επιμέρους στοιχεία:

1. αναγνώριση συμπτωμάτων
2. ταχεία αντίδραση, επαφή με υπηρεσίες διακομιδής -166-
3. αναγνώριση από το προσωπικό του ΕΚΑΒ -προτεραιότητα, ταχεία διακομιδή
4. επικοινωνία με το Νοσοκομείο υποδοχής
5. ειδική πολιτική από τα Νοσοκομεία για τη δημιουργία υποδομής και ομάδας υποδοχής.<sup>14</sup>

## **ΑΕΕ-Οι πρώτες ώρες. Έως την πόρτα του Νοσοκομείου**

Η πρώτη περίοδος που χαρακτηρίζεται ως εξωνοσοκομειακή είναι εξαιρετικά κρίσιμη αφού εκεί συνήθως χάνεται το πολύτιμο πρώτο 3ωρο.

Λιγότερο από το 25% των ασθενών που έρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με ΑΕΕ υποψιάζονται ότι τα συμπτώματά τους οφείλονται σε ΑΕΕ. Το

Όνομα και Υπογραφή Νοσηλεύτου		Όνομα Νοσοκομείου																			
Κ Λ Ι Μ Α Κ Α  Τ Ο Υ  Κ Ω Μ Α Τ Ο Σ	Ημερομηνία																				
		ΩΡΑ																			
	ΑΝΟΙΓΜΑ ΟΦΘΑΛΜΩΝ	Αυτομάτως																			
		Με εντολή																			
		Με Αίγλος																			
		Μη απόκτηση																			
	ΚΑΛΗ ΚΙΝΗΤΙΚΗ	Υπακούα στις εντολές																			
		Εντετατισμένο Αίγλος																			
		Κάμψη - Απόσυρση																			
		Κάμψη																			
		Έκταση																			
		Μη απόκτηση																			
	ΚΑΛΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ	Προσανατολισμός																			
		Σύγχυση																			
		Απρόσφορες Λέξεις																			
Μη Απόκτηση																					
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ																					
Κ Ο Ρ Ε Σ	Μέγεθος																				
	Αντίδραση																				
	Μέγεθος																				
	Αντίδραση																				
Κ Ι Τ Ο Υ Σ Η	Κλίμακα Κινησιών του Μέλους 0 - Μη απόκτηση 1 - Περύγισμα ή Ήχος Συσταλής 2 - Ενεργητική Κίνηση με βαρύτητα 3 - Ενεργητική Κίνηση Εναντίον Βαρύτητας 4 - Ενεργητική Κίνηση Εναντίον Βαρύτητας																				
Ζ Ω Τ Ι Κ Α	Αρτηριακή Πίεση																				
	Σφύξεις																				
	Αναπνευστική Συχνότητα																				
	Θερμοκρασία																				
Ι Η Μ Ε Ι Α																					



Έλεγχος των ασθενών με νευρολογικό τραύμα. Αναφέρεται ως οδηγός για το μέγεθος της κόρης του οφθαλμού

40% δεν γνωρίζει τα βασικά συμπτώματά ενός ΑΕΕ. Έχει προταθεί η εκπαίδευση του κοινού ή έστω των ασθενών υψηλού κινδύνου, ώστε να αναγνωρίζουν τα πρώτα προειδοποιητικά συμπτώματα ενός ΑΕΕ. Αυτή η εκπαίδευση μειώνει σημαντικά το μέσο χρόνο προσέλευσης.<sup>14</sup>

Η υπερβολική επιβάρυνση του τμήματος υποδοχής των Νοσοκομείων μπορεί να μειωθεί με την εκπαίδευση των πληρωμάτων των ασθενοφόρων και την εκπαίδευση των ιατρών του τμήματος επειγόντων περιστατικών και διακίνησης των ασθενών. Κατεδείχθη σε μελέτη ότι 72% των ΑΕΕ διαγνώστηκαν σωστά από το προσωπικό των ομάδων μεταφοράς στα Νοσοκομεία (ΕΚΑΒ).<sup>14</sup>

### **Το ΑΕΕ στο τμήμα επειγόντων περιστατικών(ΤΕΠ)**

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με ΑΕΕ χρειάζεται εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Απαιτείται ένα ικανό και επαρκές τμήμα επειγόντων, έτσι ώστε να περατωθεί ο διαγνωστικός εργαστηριακός έλεγχος, να γίνει η αξονική τομογραφία, να εκτιμηθεί το περιστατικό από ειδικούς. Το νοσοκομείο υποδοχής θα πρέπει να διαθέτει επί 24ώρου βάσεως τη δυνατότητα για μια σειρά άμεσες διαγνωστικές δοκιμασίες.<sup>14</sup>

Αυτές είναι: Γενική αίματος και ΤΚΕ, σάκχαρο και βιοχημικός έλεγχος, Α/α θώρακος, ΗΚΓ, χρόνος προθρομβίνης και ΑΡΡΤ, Αξονική τομογραφία εγκεφάλου, ένζυμα, αέρια αίματος, ΗΕΓ.

Τα ισχαιμικά ΑΕΕ αποτελούν το 80-85% όλων των ΑΕΕ. Είναι πολύ σημαντικό ο διαχωρισμός τους από τα αιμορραγικά ΑΕΕ. Έχουν αναπτυχθεί μια σειρά από κλινικά κριτήρια και αλγόριθμοι βαθμολόγησης (Allen score, Siriraj stroke score, Besson score). Δυστυχώς καμιά κλινική μέθοδος δεν είναι επαρκής για τον διαχωρισμό ισχαιμικού από αιμορραγικό ΑΕΕ, έτσι ώστε να αποφευχθεί η αξονική τομογραφία. Η ακριβής διάγνωση είναι σημαντική για τη θεραπεία και την πρόγνωση του ΑΕΕ.<sup>14</sup>

Η πρώτη φροντίδα του νοσηλευτή για τον ασθενή που φθάνει στο ΤΕΠ με πιθανή διάγνωση οξέως ΑΕΕ είναι:



*Έλεγχος του αεραγωγού:* γίνεται έλεγχος της διαβατότητας των αεροφόρων οδών και αναρρόφηση. Χρησιμοποιείται στοματοφαρυγγικός σωλήνας και η αναπνοή υποστηρίζεται μηχανικά εφόσον βέβαια αυτό κριθεί αναγκαίο.

*Έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας:* ο ασθενής συνδέεται με μόνιτορ γιατί η συχνότητα καρδιακών αρρυθμιών στην οξεία φάση του ισχαιμικού ΑΕΕ είναι περίπου 5-10%. Η πιθανότητα απειλητικής για τη ζωή καρδιακής αρρυθμίας στο πρώτο 24ωρο είναι χαμηλή. Υπολογίζεται πάντως ότι περίπου 5% της θνητότητας των ισχαιμικών ΑΕΕ σχετίζονται με αιφνίδιους θανάτους. Οι καρδιακές αρρυθμίες αφορούν συχνότερα κολπικές αρρυθμίες και η κολπική μαρμαρυγή σαν επιπλοκή της οξείας φάσης, αν και ασυνήθης, δεν είναι σπάνια. Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε, πως το 20% των ισχαιμικών ΑΕΕ είναι καρδιοεμβολικής αιτιολογίας και ότι η συνύπαρξη στεφανιαίας νόσου σε ασθενείς με ισχαιμική αγγειακή νόσο είναι συχνή.<sup>14</sup>

*Έλεγχος της Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ):* κατά την οξεία φάση του ισχαιμικού ΑΕΕ και κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι συνηθισμένο η ΑΠ να ανευρίσκεται αυξημένη άσχετα με την ύπαρξη ιστορικού υπέρτασης. Πρέπει να αποφεύγεται η δραματική ελάττωση της αυξημένης ΑΠ (συστολική < 210 και διαστολική < 120) διότι η δραστική μείωση της ΑΠ θα επιφέρει ελάττωση της τοπικής Εγκεφαλικής Αιματικής Αρτηριακής Ροής (ΕΑΡ) με καταστροφικές συνέπειες στην περιοχή της ισχαιμικής penumbra όπου τα πράγματα είναι οριακά από πλευράς αιμάτωσης και ελάχιστες μεταβολές της ΕΑΡ μπορούν να οδηγήσουν μια δυνητικά βιώσιμη σε μη αναστρέψιμη βλάβη.<sup>14</sup>

*Έλεγχος της Οξυγόνωσης:* Ο ασθενής συνδέεται με παλμικό οξύμετρο για την παρακολούθηση του κορεσμού οξυγόνου μια και η διατήρηση επαρκούς ιστικής οξυγόνωσης είναι μια σημαντικότερη παράμετρος της επείγουσας αντιμετώπισης, διότι η υποξία έχει ως αποτέλεσμα αναερόβιο μεταβολισμό, ενεργειακή εξάντληση του νευρικού κυττάρου και αύξηση της παραγωγής γαλακτικού οξέος με αποτέλεσμα την επέκταση της ισχαιμικής περιοχής και επίταση της νευρολογικής βλάβης.<sup>14</sup>

*Έλεγχος της υπεργλυκαιμίας:* Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί συχνό παράγοντα κινδύνου για ΑΕΕ. Το 35-40% των ασθενών με οξύ

ισχαιμικό ΑΕΕ παρουσιάζουν υψηλές τιμές σακχάρου αίματος κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, με το 5-11% συνεπεία πρωτοεμφανιζόμενου ΣΔ, ενώ σε 5-8% πρόκειται για υπεργλυκαιμία από stress. Η υπεργλυκαιμία σχετίζεται με βαρύτερη πρόγνωση πιθανώς λόγω επίτασης του αναερόβιου μεταβολισμού της γλυκόζης με αποτέλεσμα αυξημένη παραγωγή γαλακτικού οξέος και δημιουργία οξέωσης. Σε κάθε περίπτωση λοιπόν ενδείκνυται η μείωση του σακχάρου του αίματος και η αποφυγή των διαλυμάτων δεξτρόζης η οποία επιτείνει το εγκεφαλικό οίδημα.<sup>4</sup>

*Πυρετός:* Πειραματικά έχει καταδειχθεί ότι η υποθερμία κατά την ισχαιμία επιβραδύνει σημαντικά την επέλευση του νευρωνικού θανάτου. Η υπερθερμία αυξάνει το εγκεφαλικό οίδημα, και την παραγωγή νευροτοξικών ουσιών. Καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες έχουν καταδείξει τη συσχέτιση αύξησης θερμοκρασίας με την αύξηση του κινδύνου από το ΑΕΕ. Θα πρέπει λοιπόν η αύξηση της θερμοκρασίας να αντιμετωπίζεται επιθετικά.<sup>14</sup>

Παράλληλα, τοποθετείται φλεβικός καθετήρας για την λήψη αίματος για εργαστηριακό έλεγχο, ( γενική αίματος, χρόνος προθρομβίνης, χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης, ουρία και ηλεκτρολύτες ορού, κρεατινίνη, κρεατινοφωσφοκινάση και σάκχαρο) και στη συνέχεια για χορήγηση υγρών. Ο ασθενής παραπέμπεται για αξονική τομογραφία το αποτέλεσμα της οποίας θα αποτελέσει τον οδηγό για όλες τις μετέπειτα ενέργειες.<sup>4</sup>

Η αντιμετώπιση του ασθενή με κώμα, δεν διαφέρει αρχικά τουλάχιστον από την αντιμετώπιση ρουτίνας για κάθε κωματώδη ασθενή. Γρήγορα όμως πρέπει να δοθεί μια διάγνωση και να δρομολογηθούν οι ενδεδειγμένες διαδικασίες αντιμετώπισης του ΑΕΕ. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει: επιληπτική κρίση, υπογλυκαιμία, λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα) και όγκο εγκεφάλου. Έτσι λοιπόν, στον κωματώδη άρρωστο εκτιμάται η ικανότητά του να αντιδράσει στο όνομά του, σε απλές εντολές αλλά και σε επώδυνο ερεθισμό. Ο άρρωστος τοποθετείται σε θέση ανάνηψης. Γίνεται έλεγχος της κόρης των οφθαλμών και της κίνησης των βολβών. Λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία με ιδιαίτερη έμφαση στην εκτίμηση της αναπνευστικής λειτουργίας σχετικά με τη συχνότητα, το ρυθμό και το βάθος.<sup>4</sup>

Σε γενικές γραμμές τα ΑΕΕ αντιμετωπίζονται στα Ελληνικά νοσοκομεία από Νευρολόγο ή Παθολόγο, με βάση κάποια "αυθαίρετα" κριτήρια, όπως η ηλικία ή το προηγούμενο βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό. Αντίθετα στις περισσότερες ειδική εκπαίδευση, και στην συνέχεια νοσηλεύονται σε ειδικά τμήματα (Μονάδες ΑΕΕ) τα οποία έχουν αποδείξει ότι μειώνουν την θνητότητα, ελαττώνουν τον χρόνο νοσηλείας και βελτιώνουν την αποκατάσταση. Οι μονάδες ΑΕΕ του εξωτερικού έχουν επιφέρει μια τεράστια αλλαγή στην φροντίδα των ασθενών αυτών, οι οποίοι είναι το κέντρο της θεραπευτικής προσπάθειας μιας διεπιστημονικής ομάδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ο παράγοντας κλειδί για την επιτυχία του τμήματος με τους νοσηλευτές να δεσμεύονται για την ανάπτυξη της προσφερόμενης φροντίδας μέσω της εξειδίκευσης και της εφαρμογής επιστημονικά τεκμηριωμένων πρωτοκόλλων.<sup>4</sup>

## Κεφάλαιο Τρίτο

### Φυσιοθεραπεία

Η φυσιοθεραπεία μπορεί να ξεκινήσει σχεδόν αμέσως μετά από ένα εγκεφαλικό, εκτός και αν είναι ιδιαίτερα σοβαρό. ακόμα και ένας αναισθητος η σοβαρά ανίκανος, κατάκοιτος ασθενής, ίσως χρειαστεί φυσιοθεραπεία για να

#### ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ



Η φυσιοθεραπεία δεν σταματάει όταν ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο, αλλά συνεχίζεται σε εξωτερική βάση ή στο σπίτι. Ο ασθενής κάνει καθημερινές ασκήσεις, που επίσης μαθαίνει προσεχτικά και αυτός που τον φροντίζει.

διατηρηθούν καθαροί οι πνεύμονές του και έτσι να μειωθεί ο κίνδυνος να πάθει θωρακική φλεγμονή. Αμέσως μετά το εγκεφαλικό, κάθε παραλυμένος μυς είναι χαλαρός, αλλά η κατάστασή του αλλάζει σταδιακά τις επόμενες ημέρες και γίνονται σφιχτοί (υπερτονικοί ή σπαστικοί). Όσο ο ασθενής είναι ακίνητος, υπάρχει κίνδυνος να

πάθει θρομβωτική εμβολή στους μύες της γάμπας. Αν φορέσει ελαστικές κάλτσες και μερικές φορές με την παροχή αντιθρομβωτικών φαρμάκων θα βοηθήσει στη πρόληψη αυτής της κατάστασης. Κατά τη διάρκεια του σταδίου του σφιξίματος των μυών, ο φυσιοθεραπευτής κουνάει μεθοδικά τα μέλη με τον κανονικό ρυθμό τους προκειμένου να μειώσει την σπαστικότητα και να προλάβει προβλήματα στους συνδέσμους.<sup>6</sup>

### Ξεκινώντας την αποκατάσταση

Επειδή συνήθως η φυσιοθεραπεία έχει καλά αποτελέσματα, το κύριο μέλημα του φυσιοθεραπευτή είναι να δρομολογήσει την αποκατάσταση του ασθενή όσο το δυνατό συχνότερα. Ο ακριβής στόχος της θεραπείας εξαρτάται από την σοβαρότητα του εγκεφαλικού ποια μέρη του σώματος έχουν επηρεαστεί, την αρχική ταχύτητα της ανάρρωσης, τον τρόπο ζωής του ασθενή και τους στόχους της αποκατάστασης. Κάθε στόχος, όπως η μάθηση να περπατάει πάλι, κατατάσσεται στις συνθετικές κινήσεις, έτσι ώστε κάθε κίνηση

μπορεί να εκτελεστεί και τελειοποιηθεί πιο εύκολα. Η θεραπεία αποκατάστασης συνήθως ξεκινάει στο θάλαμο του νοσοκομείου ή στο τμήμα των εγκεφαλικών. Ο ασθενής εκτελεί ασκήσεις ειδικά σχεδιασμένες να πυροδοτήσουν την αμυδρότερη ανταπόκριση ή σύσπαση των παραλυτών μυών και να βοηθήσει στην μείωση της συσπαστικότητας. Στην αρχή μερικοί ασθενείς ίσως βρουν αυτήν την διαδικασία δύσκολη, μάταια και κουραστική, αλλά είναι βασική για την μακροχρόνια αποκατάσταση. Ο φυσιοθεραπευτής επίσης διδάσκει τον ασθενή πώς να ισορροπεί όταν κάθεται και πώς να μετακινηθεί από το κρεβάτι στη καρέκλα και αντίστροφα.<sup>6</sup>

## Λογοθεραπεία

Τις πρώτες μέρες και εβδομάδες μετά από ένα εγκεφαλικό περίπου το 50% των ασθενών με εγκεφαλικό έχουν πρόβλημα με την ομιλία, την ανάγνωση και την γραφή. Κάποιοι δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν λέξεις ή να καταλάβουν τις έννοιες τους. Προβλήματα επικοινωνίας εμφανίζονται συχνότερα συνήθως όταν έχει επηρεαστεί η δεξιά πλευρά του σώματος, επειδή τα κύρια κέντρα του ελέγχου της ομιλίας βρίσκονται στο αριστερό εγκεφαλικό ημισφαίριο του εγκεφάλου.<sup>6</sup>



## **Τύποι προβλημάτων επικοινωνίας**

Οι λογοθεραπευτές κατατάσσουν τις δυσκολίες επικοινωνίας με διάφορους τρόπους. Στην εκφραστική ή κινητική δυσφράδεια, οι ασθενείς καταλαβαίνουν τον προφορικό και γραπτό λόγο όμως δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις κατάλληλες λέξεις για να εκφραστούν με την ομιλία και την γραφή. Αυτό εξαρτάται από τη σοβαρότητα, κάποιιοι ασθενείς δεν μπορούν να σχηματίσουν λέξεις, παρόλα αυτά μιλούν με άνεση, όμως οι λέξεις ακούγονται χωρίς νόημα. Μερικές φορές η λέξη που χρησιμοποιείται μπορεί να είναι κοντά στην επιθυμητή, αλλά άλλες φορές δεν υπάρχει η παραμικρή ομοιότητα μεταξύ τους. Στην δεκτική ή αισθητηριακή δυσφορία οι ασθενείς δυσκολεύονται να καταλάβουν προφορικές ή γραπτές λέξεις, ενώ στην δυσαρθρία, η ομιλία μπορεί να είναι μπερδεμένη ή αδύναμη εξαιτίας της παράλυσης ή της αδυναμίας των μυών του προσώπου, της γλώσσας και του λαιμού που ελέγχουν την ομιλία. Τα προβλήματα της ομιλίας επηρεάζουν άτομα που έχουν πάθει εγκεφαλικό στη δεξιά πλευρά του εγκεφάλου και προκαλούν βλάβη στην αριστερή πλευρά του σώματος. Αυτός ο τύπος εγκεφαλικού δεν προκαλεί πρόβλημα ομιλίας (εκτός και αν ο ασθενείς είναι αριστερόχειρας και στα άτομα αυτά το κέντρο της ομιλίας στη δεξιά πλευρά του εγκεφάλου) αλλά βλάβη στα κέντρα της δεξιάς πλευράς μπορεί να επηρεάσουν το τρόπο με τον οποίο ο ασθενείς ερμηνεύει και χρησιμοποιεί την ομιλία. Για παράδειγμα μπορεί να χάσει την αίσθηση του χιούμορ, μαζί με την αντίληψη της κοινωνικής ευπρέπειας, όπως το να μιλάει με τη σειρά του και να ακούει των συνομιλητή του προσεχτικά και μπορεί να μιλάει ανέκφραστα, χωρίς να κάνει μορφασμούς και συσπάσεις του προσώπου.<sup>6</sup>

## **Ο σχεδιασμός της θεραπείας**

Ο λογοθεραπευτής εκτιμά την κατάσταση του ασθενή και καταστρώνει ένα σχέδιο θεραπείας, αυτό συνήθως περιλαμβάνει την διδασκαλία στον ασθενή των δεξιοτήτων της γλώσσας που έχει χάσει, χρησιμοποιώντας ίδιες τεχνικές με εκείνες που χρησιμοποιούνται για να διδάξουν στα παιδιά να μιλούν, να διαβάζουν και να γράφουν. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει σλάιτς για να προσδιορίσει την ταυτότητα κοινών

αντικειμένων και ίσως χρησιμοποιήσει επαναλαμβανόμενους φωνητικούς ήχους και άλλα στοιχεία ομιλίας για να ξανά εκπαιδεύσει τους μύες του ασθενή και να τον βοηθήσει να θυμηθεί παλιές συνήθειες.<sup>6</sup>

## **ΒΑΔΙΣΜΑ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

### **Στην κρεβατοκάμαρα**

- Ένα μονό κρεβάτι είναι καλύτερο από ένα διπλό, γιατί ευκολύνει αυτόν που φροντίζει τον ασθενή να πλησιάζει με άνεση τόσο την δεξιά όσο και την αριστερή πλευρά.

- Διαλέξτε ένα σταθερό αλλά όχι πολύ σκληρό στρώμα γιατί με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται τον ασθενή να κινείται πάνω στο κρεβάτι, να σηκώνεται και να ξαπλώνει σε αυτό.<sup>15</sup>

- Δέστε μία ανεμόσκαλα από σχοινί στο κεφαλάρι του κρεβατιού. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής μπορεί να πιάνεται από εκεί και να μετακινείται ή επίσης μπορείτε να προσαρμόσετε μια τριγωνική χειρολαβή στο κεφαλάρι του κρεβατιού.

Βεβαιωθείτε ότι έχετε ρούχα που βγαίνουν εύκολα το κούμπωμα των κουμπιών με το ένα χέρι είναι δύσκολο. Γίνεται να αντικαταστήσετε τα κουμπιά με κόπιτσες.<sup>15</sup>

- Ο ασθενής δεν πρέπει να φοράει παντόφλες γιατί δεν τον στηρίζουν αρκετά όταν έχει παράλυτο ή αδύναμο πόδι.

- Αφήστε στον ασθενή αρκετό χρόνο να ντυθεί και κοιτάξτε μετά το αποτέλεσμα, κάποιοι ασθενείς ξεχνούν πως να ντυθούν και φορούν τα ρούχα τους ανάποδα, τα παπούτσια στο αντίθετο πόδι.<sup>15</sup>

### **Στο λουτρό και στην τουαλέτα**

- Ρωτήστε των εργασιοθεραπευτή σας σχετικά με τα βοηθήματα, για παράδειγμα αντιολισθητικά χαλιά και μεταφορικές σανίδες.

- Αν δεν είστε αρκετά δυνατοί ώστε να βοηθήσετε τον ασθενή στο μπάνιο, καλέστε μια νοσηλεύτρια να σας βοηθήσει. Αν βάλλεται μια καρέκλα πλαστική κάτω από το ντους ίσως είναι ποιο εύκολο.<sup>15</sup>
- Στην αρχή κάποιοι ασθενής ίσως χρειαστούν βοήθεια με την ατομική περιποίηση όπως ξύρισμα. Διαθέστε τον κατάλληλο χρόνο ώστε να τα κάνετε σωστά, γιατί η εξωτερική εμφάνιση έχει θετική επίδραση στο ηθικό.
- Η ανεξαρτησία και η ατομικότητα στη τουαλέτα είναι πολύ σημαντικό πράγμα για τους περισσότερους ανθρώπους. Συμβουλευθείτε τον κοινωνικό λειτουργό ή τον εργασιοθεραπευτή για βοηθήματα όπως για παράδειγμα μπάρες στήριξης.
- Έχετε πάντα πρόχειρη μια πάπια αν ο ασθενής έχει δυσκολία να ανεβαίνει και να κατεβαίνει σκάλες για να πάει στη τουαλέτα.<sup>15</sup>

### **Στην κουζίνα**

- Αν ο ασθενής χρησιμοποιεί αναπηρική πολυθρόνα τοποθετήστε μερικά καθημερινά σκεύη όπως μία κατσαρόλα, φλιτζάνια καφέ και τσαγιού, πάνω σε ένα τραπέζι στο σωστό ύψος.
- Ρωτήστε τον εργασιοθεραπευτή για κάποια βοηθήματα όπως αντιολισθητικά πατάκια και χαλάκια, ειδικά μαχαιροπήρουνα και μια βάση, για να χρησιμοποιεί με ασφάλεια τη χύτρα.
- Βεβαιωθείτε ότι το πάτωμα της κουζίνας είναι στεγνό (για να αποφύγετε τα γλυστρίματα).<sup>15</sup>

### **Στο σαλόνι**

- Φροντίστε να είναι άνετο το κάθισμα του ασθενή. Πρέπει να έχει παραγεμισμένα πλάτη και αρκετά ψηλή για να στηρίζει ο ασθενής τον λαιμό και τους ώμους.
- Βεβαιωθείτε ότι το τηλέφωνο βρίσκεται κοντά στο κάθισμα του ασθενούς για να μπορεί να τηλεφωνεί όταν είναι μόνος. . Ίσως χρειασθεί να αγοράσετε ασύρματο ή κινητό τηλέφωνο.<sup>15</sup>



## **Ανάκτηση της ανεξαρτησίας**

Η αποκατάσταση μπορεί να είναι μια αργή, επίπονη, προσπάθεια και φροντίδα. Είναι φυσικό για εκείνο που φροντίζει τον ασθενή να προσπαθεί να μείωση την απογοήτευση και να ευκολύνει τις δυσκολίες του, βοηθώντας πάρα πολύ, αλλά αυτό είναι αντιπαραγωγικό. Πραγματικά είναι ζωτικής φύσεως να ενθαρρύνετε τον ασθενή να κάνει όσο το δυνατό περισσότερα αν και θα χρειάζεται βοήθεια σε πολλά πράγματα τις περισσότερες ημέρες. Υπάρχουν δύο λόγοι που πρέπει να γίνεται αυτό : πρώτον η ανάκτηση της ανεξαρτησίας ενισχύει το ηθικό και αυξάνει την αυτοεκτίμηση και δεύτερον μόνο με τη συνεχή προσπάθεια ο ασθενής θα καταλάβει πόσο πολύ μπορεί να προοδεύσει.<sup>6</sup>

## **Διατροφή και τρόπος ζωής**

Δεν υπάρχει λόγος ένας ασθενής με εγκεφαλικό να μην απολαμβάνει το ίδιο φαγητό με κάθε άλλον. Οι ασθενείς με εγκεφαλικό όμως έχουν ειδικά προβλήματα, πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν σχεδιάζεται η διατροφή τους και οι αλλαγές στην διατροφή και στον τρόπο ζωής μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στη μείωση του κινδύνου ενός δεύτερου εγκεφαλικού.<sup>6</sup>

## **Ευεργετικές αλλαγές**

Οι κύριες έμμεσες αιτίες του εγκεφαλικού περιλαμβάνουν υψηλή αρτηριακή πίεση, διαβήτη, υψηλή χοληστερίνη και κάπνισμα. Οι ασθενής με διαβήτη έχουν τις δικές τους διαιτητικές απαιτήσεις, οι οποίες είναι συμβατές με μια υγιεινή διατροφή για ασθενείς με εγκεφαλικό, όσο για την αρτηριακή πίεση θα θεραπευτή πιθανόν με φάρμακα. Ωστόσο υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει ένας ασθενής με εγκεφαλικό για να βοηθήσει στη μείωση της πίεσης του αίματος του και να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης ενός καινούργιου εγκεφαλικού επεισοδίου. Υπάρχει διαφωνία για το αν το πολύ αλατισμένο φαγητό στην διατροφή αυξάνει την πίεση σε επικίνδυνα επίπεδα. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μια διατροφή με λίγο αλάτι βοηθάει στη μείωση της

υψηλής αρτηριακής πίεσης. Έχει επίσης βρεθεί ότι μια διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά (πέντε μερίδες την ημέρα) προστατεύει από το εγκεφαλικό. Το κάπνισμα διπλασιάζει τον κίνδυνο του εγκεφαλικού. Ένας ασθενής ο οποίος καπνίζει θα πρέπει να σταματήσει το κάπνισμα όπως επίσης και το αλκοόλ. Δύο ποτηράκια κρασί καθημερινά λέγεται ότι ελαττώνουν το κίνδυνο του εγκεφαλικού. Αν όμως η κατανάλωση είναι μεγαλύτερη αυξάνει το κίνδυνο του εγκεφαλικού. Αν ο ασθενής είναι υπέρβαρος η αρτηριακή πίεση είναι αυξημένη, αλλά η απώλεια βάρους την μειώνει. Επιπλέον όταν είναι υπέρβαρος δυσκολεύεται να κινηθεί και γίνεται πιο αργή και περισσότερο κουραστική η αποκατάσταση. Σε αυτή τη περίπτωση πρέπει να συμβουλευτείτε το γιατρό σας για μια δίαιτα και τον φυσιοθεραπευτή του ασθενή για το πώς θα γίνει πιο δραστήριος αν είναι αναγκαίο.<sup>6</sup>

## **Προσοχή στην τεχνητή οδοντοστοιχία**

Η τεχνητή οδοντοστοιχία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα, αφού οι αδυνατισμένοι μύες του προσώπου μπορεί να μην είναι σε θέση να την συγκρατήσουν. Συνήθως το πρόβλημα λύνεται από μόνο του καθώς ο ασθενής αναρρώνει, αλλιώς θα χρειαστεί να τον δει οδοντίατρος και να του τοποθέτηση καινούριες οδοντοστοιχίες.<sup>6</sup>

## **Φίλοι και συγγενείς**

Πολλοί ασθενείς με εγκεφαλικό δυσκολεύονται να συμβιβαστούν με τις αλλαγές στις ικανότητές τους και την προσωπική εμφάνιση, ίσως έχουν μια αίσθηση ντροπής και να μην θέλουν να τους δουν άλλοι. Η επαφή όμως με άλλα άτομα είναι σημαντική για την ψυχολογική υγεία. Όπως σημαντικά είναι επίσης οι δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα για το ηθικό. Όσο πιο γρήγορα αρχίσει την κοινωνική του ζωή ένας ασθενής τόσο πιο γρήγορα θα συμβιβασθεί με τις επιπτώσεις του εγκεφαλικού. Θα πρέπει φίλοι και συγγενείς να ενθαρρύνονται για να επισκέπτονται το συντομότερο δυνατό και βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής δεν αποκτά μονήρεις στάσεις. Καλλωπίστε τον για

να ενεργοποιηθεί αν και ίσως χρειασθεί να ξεπεράσετε τα αισθήματά του, της απογοήτευσης, ή του θυμού, για όσα πλέον δεν μπορεί να κάνει. Ίσως να δυσκολευτείτε να πείσετε συγγενείς και φίλους να επισκεφτούν έναν ασθενή με εγκεφαλικό. Πολλοί άνθρωποι αναστατώνονται από τις σωματικές και πνευματικές επιπτώσεις ενός εγκεφαλικού και δεν ξέρουν πώς να συμπεριφερθούν, καλό θα είναι να εξηγήσετε τι ακριβώς συμβαίνει εκθέτοντας τις πιθανότητες ανάρρωσης. Κάποιοι μπορεί να σταματήσουν τις επισκέψεις γιατί ποια δεν μπορούν να ανταλλάξουν απόψεις και να συζητήσουν μαζί του.<sup>16</sup>

## Ενδιαφέροντα και δραστηριότητες

Μαζί με τη βελτίωση του ηθικού, τα ενδιαφέροντα και οι δραστηριότητες εξασφαλίζουν πνευματική και φυσική σταθερότητα, που και οι δύο είναι ζωτικής σημασίας για την αποκατάσταση. Μερικές αγαπημένες ασχολίες μπορεί να μην είναι εφικτές, αλλά μπορούν να αντικατασταθούν από άλλες. Σε κάποιες περιπτώσεις η αποφασιστικότητα του ασθενή να γίνει καλά για να απολαύσει μια αγαπημένη δραστηριότητα μπορεί να είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας της αποκατάστασης.<sup>15</sup>

Επίσης μπορούν να εφαρμοσθούν οι παρακάτω ιδέες:

- Όταν ο ασθενής είναι αρκετά καλά τόσο σωματικά όσο και πνευματικά, παροτρύνεται τον να βγει έξω χωρίς συνοδεία στα καταστήματα, ή να συνάντηση κάποιον φίλο.
- Βρείτε του χόμπι, όπως για παράδειγμα το διάβασμα και το σκάκι.
- Αν του αρέσει ο αθλητισμός αλλά δεν μπορεί να παρακολουθήσει ζωντανά αγώνες καλέστε φίλους για να το δουν μαζί στη τηλεόραση.
- Προσπαθήστε να βρείτε δραστηριότητες που θα χαρή να τις κάνετε μαζί, όπως να παίξετε χαρτιά, να λύσετε σταυρόλεξα, να διαβάσετε ο ένας στον άλλο ή να κάνετε κατασκευές.
- Ενθαρρύνετε τον στην καθημερινή άσκηση ανάλογα με την πρόοδο του. Το βάδισμα όπως και το κολύμπι, είναι πολύ καλοί τύποι άσκησης.<sup>15</sup>

## **Πιθανά προβλήματα**

Οι αντιδράσεις των ασθενών σχετικά με αυτό που τους έχει συμβεί διαφέρουν τόσο συναισθηματικά όσο και ψυχολογικά. Έχουν την τάση να είναι αγχώδεις, απογοητευμένοι, θυμωμένοι και καταθλιπτικοί. Αυτός που θα ασχοληθεί με τη φροντίδα του ασθενή θα πρέπει να εκτίμηση αυτά τα προβλήματα και να τα συζητήσει με τον οικογενειακό γιατρό και με κάποιον ψυχολόγο όταν είναι απαραίτητο. Θα πρέπει ο ασθενής να βεβαιωθεί ότι τα προβλήματα αυτά είναι φυσιολογικά μετά το εγκεφαλικό και ότι δεν είναι σημάδι πνευματικής ασθένειας.<sup>17</sup>

## **Άγχος, απογοήτευση και θυμός**

Το ξαφνικό σοκ ενός εγκεφαλικού αναστατώνει την ζωή των περισσότερων ασθενών. Το μέλλον φαίνεται αβέβαιο και το άγχος για τις πιθανότητες της ανάρρωσης είναι έντονο. Σε αρκετές περιπτώσεις το συναίσθημα αυτό επιμένει για πολλές εβδομάδες και υπάρχει περίπτωση να εξελιχτεί σε κατάθλιψη αν η ανάρρωση αποδειχτεί πιο αργή από το αναμενόμενο. Η απογοήτευση και ο θυμός είναι συνηθισμένα, επίσης μια και οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να φέρουν σε πέρας καθημερινές εργασίες που κάποτε τις θεωρούσαν απλές. Τα συναισθηματικά ξεσπάσματα είναι αναμενόμενα όπως για παράδειγμα: δυσκολίες στην επικοινωνία μπορεί να οδηγήσουν σε κλάμα από θυμό ή το χτύπημα της γροθιάς πάνω στο τραπέζι. Αυτά τα ξεσπάσματα μπορεί να κουράσουν τόσο τον ασθενή όσο και για εκείνον που τον φροντίζει.<sup>16</sup>

## **Κατάθλιψη**

Περίπου το 40% των ασθενών με εγκεφαλικό υποφέρουν από κατάθλιψη τους πρώτους λίγους μήνες όμως αυτή μπορεί να θεραπευτεί με

αντικαταθλιπτικά. Η σοβαρότητα της κατάστασης ποικίλοι ανάλογα με την κοινωνική και την οικογενειακή κατάσταση του ασθενή και αν υπήρχε κάποια προϋστορία με την κατάθλιψη. Θα πρέπει όμως πάντα να προσέχετε την κατάθλιψη και να συμβουλευτείτε τον οικογενειακό γιατρό αν πιστεύετε ότι ο ασθενής με το εγκεφαλικό δεν έχει κίνητρα και δεν συνεργάζεται. Υπάρχουν δύο επικίνδυνα σημεία που μπορούν να πυροδοτήσουν την κατάθλιψη κατά την διάρκεια της αναρρωτικής περιόδου. Τους πρώτους τρεις μήνες ο ασθενής μπορεί να είναι πολύ αισιόδοξος σχετικά με την ανάρρωση και ότι αυτή θα συνέχισι με την ίδια ταχύτητα. Πρέπει να του εξηγήσετε ότι αν και η ανάρρωση γίνεται ποιο σταδιακή, η πλήρης επιστροφή σε μια απόλυτα φυσιολογική ζωή είναι ακόμα πολύ μακριά. Το δεύτερο σημείο κινδύνου είναι όταν η ομάδα αποκατάστασης αποφασίζει ότι δεν μπορεί να βοηθήσει άλλο πια στην ανάρρωση. Έτσι ο ασθενής μπορεί να νιώσει εγκαταλελειμμένος. Βεβαιώστε τον ότι αν συνεχίσει τις ασκήσεις του και προσπαθήσει να επιτύχει καθημερινές δραστηριότητες, η πρόοδος του θα συνεχιστή και μετά το τέλος της θεραπείας.<sup>6</sup>

## **Μετά- εγκεφαλικός πόνος**

Ο πόνος συνήθως δεν είναι μια άμεση επίπτωση ενός εγκεφαλικού, και αυτό γιατί ο ιστός του εγκεφάλου δεν έχει δέκτες πόνου. Αν όμως ο εγκέφαλος πρηστεί σαν αποτέλεσμα μιας αιμορραγίας, η πίεση στο κρανίο που περιέχει δέκτες πόνου μπορεί να προκαλέσει σοβαρό πονοκέφαλο. Αυτό συνήθως περνάει με θεραπεία της ημέρα που ακολουθούν το εγκεφαλικό. Ο πόνος μπορεί να είναι ένα πρόβλημα στην ανάρρωση και την αποκατάσταση του ασθενή. Ο πιο συνηθισμένος είναι ο πόνος στις κλειδώσεις και στους μύες σαν αποτέλεσμα της περιορισμένης κίνησης που ακολουθεί την παράλυση ή τις λάθος κινήσεις στην μετακίνηση του ασθενή. Πιο συχνά υπάρχει ένας ενοχλητικός πόνος σε ένα ή περισσότερα μέρη του σώματος, που δεν ανακουφίζεται και είναι γνωστός ως κεντρικός μετά- εγκεφαλικός πόνος.<sup>6</sup>

## **Άκαμπτος ώμος**

Ο άκαμπτος ώμος είναι η πιο γνωστή μορφή μετά εγκεφαλικού πόνου των κλειδώσεων και των μυών. Είναι μια φλεγμονή του ινώδους θύλακος της κλείδωσης του ώμου, αποτέλεσμα των μικρών καταπονήσεων, των κοντών μυών που περιβάλλουν την κλείδωση και προκαλεί πόνο στο μπράτσο, συχνά με πόνους που επεκτείνονται προς τα κάτω και οδηγούν σε περαιτέρω μυϊκά προβλήματα, αφού όλοι οι μύες όπως αυτοί της ωμοπλάτης καλούνται να αντισταθμίσουν. Ο κίνδυνος ενός άκαμπτου ώμου μπορεί να μειωθεί αν ο ασθενής κινείται συχνά περίπου κάθε δύο ώρες κατά τα πρώτα στάδια της ανάρρωσης μέρα και νύχτα. Αν το πρόβλημα επιμένει μπορεί να χρειαστούν ενέσεις υδροκορτιζόνης και φυσιοθεραπεία.<sup>6</sup>

## **Κεντρικός μετά- εγκεφαλικός πόνος**

Επηρεάζει περίπου το 2% των ασθενών με εγκεφαλικό και μπορεί να εμφανισθεί οποιαδήποτε στιγμή, περίπου και δύο χρόνια μετά το εγκεφαλικό, και είναι πιο συχνός σε άτομα ηλικίας κάτω των 50 ετών. Ο πόνος μπορεί να επηρεάσει το μισό σώμα ή ένα μόνο μικρό μέρος και μπορεί να περιγραφεί σαν κάψιμο, ξαφνικός πόνος ή χτύπος. Ο ασθενής επίσης μπορεί να χάσει μερική ή όλη την αίσθηση της περιοχής που έχει επηρεασθεί, κυρίως αυτή της θερμοκρασίας, που θα τον δυσκολέψει να ελέγξει το νερό για το μπάνιο. Αν αυτό είναι πρόβλημα βεβαιωθείτε ότι ελέγξατε την θερμοκρασία του νερού πριν ο ασθενής μπει στο μπάνιο. Αυτός ο τύπος του πόνου δεν ανακουφίζετε ακόμα και με ισχυρά παυσίπονα, αλλά μπορούν να εφαρμοστούν με επιτυχία με διάφορες θεραπείες, ανάλογα με την ακριβή φύση του πόνου. Είναι απαραίτητο να ζητήσετε το συντομότερο δυνατό ιατρική βοήθεια μόλις αντιλήφθητε το πρόβλημα γιατί όσο πιο γρήγορα αρχίσει η θεραπεία τόσο το καλύτερο.<sup>6</sup>

## Προβλήματα επικοινωνίας

Το εγκεφαλικό μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ομιλία και την επικοινωνία. Ο ασθενής μπορεί να μη καταλαβαίνει πια το προφορικό ή το γραπτό λόγο (δεκτική δυσφράδεια) ή να μην είναι σε θέση να εκφραστεί με την ομιλία ή την γραφή (κινητική δυσφράδεια). Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστεί πρόβλημα τόσο στην κατανόηση όσο και στην έκφραση. Κάποιοι ασθενείς δεν μπορούν να μιλήσουν γιατί οι μύες που χρησιμοποιούν στην ομιλία είναι αδύναμοι ή παράλυτοι (δυσαρθρία). Ένας λογοθεραπευτής θα ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή όσο εκείνος βρίσκεται στο νοσοκομείο και θα σχεδιάσει ένα πρόγραμμα θεραπείας. Σε ορισμένα μέρη υπάρχουν λίγοι λογοθεραπευτές για να εφαρμόσουν την εντατική συνεχή θεραπεία που έχει ανάγκη ο ασθενής. Αυτό καθιστά ζωτικής σημασίας για αυτούς που φροντίζουν τον ασθενή και τους φίλους, να βοηθήσουν όσο μπορούν περισσότερο. Ρωτήστε τον λογοθεραπευτή πιο ακριβώς είναι το πρόβλημα και τι μπορείτε να κάνετε για να βοηθήσετε την κατάσταση.<sup>6</sup>

## Λογικές προφυλάξεις

Αν και οι περισσότεροι ασθενείς δεν παθαίνουν δεύτερη φορά εγκεφαλικό, ο κίνδυνος να συμβεί κάτι τέτοιο είναι μεγαλύτερος από ότι σε κάποιον που δεν έχει πάθει ποτέ εγκεφαλικό και η πιθανότητα εμφάνισης ενός δεύτερου είναι πολύ αυξημένη αν δεν παρθούν λογικές προφυλάξεις. Αυτές περιλαμβάνουν αλλαγή στην διατροφή και τον τρόπο ζωής, τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής και συχνές εξετάσεις. Οι φυσικές και πνευματικές επιπτώσεις ενός εγκεφαλικού μπορεί να δυσκολέψουν τον ασθενή να τα κάνει όλα αυτά χωρίς βοήθεια, για αυτό και ο ρόλος αυτού τον φροντίζει είναι ζωτικής σημασίας.<sup>6</sup>

## **Λήψη φαρμάκων**

Μια ποικιλία φαρμάκων χρησιμοποιούνται για να καταπολεμήσουν τις αιτίες του εγκεφαλικού και κάποιες φορές γίνετε συνδυασμός. Η συνέχιση που είναι συνηθισμένη τις πρώτες μέρες μετά το εγκεφαλικό μπορεί να δυσκολέψει τόσο τον ασθενή όσο και αυτόν που τον φροντίζει να καταλάβουν απόλυτα τι πρέπει να κάνουν, πότε και γιατί. Η λύση είναι να γράψουν έναν κατάλογο και να οργανωθούν σε καθημερινή βάση. Αυτό είναι σημαντικό γιατί κάποια από τα φάρμακα πρέπει να παίρνονται καθημερινά την ίδια ώρα κάθε μέρα. Η οικογένεια πρέπει να ζητήσει από τον οικογενειακό γιατρό να ελέγξει τον κατάλογο και την καθημερινή οργάνωση, για να μάθει τι ακριβώς κάνει το κάθε φάρμακο. Να ρωτήσει για πιθανές παρενέργειες γιατί όλα τα φάρμακα δεν ταιριάζουν σε όλους, και αν κάποιος ασθενής έχει παρενέργειες ίσως να του δώσουν κάποιο διαφορετικό φάρμακο. Μόλις εφαρμόσουν το καθημερινό πρόγραμμα πρέπει να φροντίσουν να το τηρήσουν. Να μην μειώσουν τις δόσεις ή παραλείπουν κάποιο χάπι, εκτός και αν τους το πει ο γιατρός τους.<sup>6</sup>

## **Τακτικές εξετάσεις**

Είναι σημαντικό για τον γιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή να ελέγχει την κατάσταση του ασθενή σε τακτική βάση. Η συχνότητα εξαρτάτε από την σοβαρότητα του εγκεφαλικού και τις επιπτώσεις που έχει αυτό. Μια εξέταση είναι μια ευκαιρία για τον γιατρό να παρακολουθήσει την πρόοδο της αποκατάστασης και να συζητήσει οποιαδήποτε παρενέργειες τις φαρμακευτικής αγωγής.<sup>6</sup>

## **Προοδευτικά σήματα**

Υπάρχουν λίγα προοδευτικά σήματα ότι προμηνύεται ένα άλλο εγκεφαλικό, γιατί η υψηλή αρτηριακή πίεση δεν προκαλεί συνήθως τέτοια συμπτώματα. Ωστόσο μια παροδική ισχαιμική προσβολή είναι μια κακή



ένδειξη ότι ένα άλλο εγκεφαλικό μπορεί να συμβεί. Τα συμπτώματα μιας προσβολής μπορεί να ποικίλουν σε σοβαρότητα και ίσως διαρκέσουν από ένα λεπτό μέχρι και 24 ώρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν κάθε τύπο παροδικής αδυναμίας, έλλειψη αίσθησης, αδεξιότητα ή ανικανότητα σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, καθώς επίσης στην ομιλία και την όραση. Αν έχουν λόγους να υποπτεύονται ότι ο ασθενής έχει παροδική ισχαιμική προσβολή, να καλέσουν αμέσως τον γιατρό.<sup>6</sup>

## **Το επόμενο στάδιο**

Μόλις δρομολογηθεί η αποκατάσταση, η θεραπεία γίνεται σε ειδικό τμήμα φυσιοθεραπείας, όπου θα μπορεί να είναι ποιο εντατική. Ο ασθενής χρησιμοποιεί μια ποικιλία εξοπλισμού, περιλαμβανομένων παράλληλων μπαρών για να εξασκηθεί στο βάδισμα, στρώματα για ειδικές ασκήσεις και ειδικά σκαμνιά και καρέκλες για να μάθει να στέκεται και να κάθεται.<sup>1</sup>

## **Εργασιοθεραπεία**

Ενώ η φυσιοθεραπεία επικεντρώνεται στην σωστή κίνηση των μελών και του σώματος, η εργασιοθεραπεία κυρίως ασχολείται με τη βοήθεια των ασθενών από εγκεφαλικό να ανακτήσουν χρήσιμες πρακτικές λειτουργικές, για παράδειγμα αυτές που είναι απαραίτητες στην χρήση κουζινικών και της κατανάλωσης ενός γεύματος. Σκοπό έχει να βοηθήσει τους ασθενείς να μεγιστοποιήσουν την ικανότητα τους να εκτελούν καθημερινά καθήκοντα, να αυξήσουν τόσο την ανεξαρτησία τους, όσο και την ποιότητα ζωής.<sup>1</sup>

Η μάθηση από την αρχή των ικανοτήτων που χρειάζονται για την ανεξαρτησία εμπνέει τους ασθενείς και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους.



## Σχεδιασμός της θεραπείας

Μόλις σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενή, ο εργασιοθεραπευτής εκτιμά το βαθμό της βλάβης που έχει προκαλέσει το εγκεφαλικό και καταστρώνει ένα σχέδιο θεραπείας που ικανοποιεί τις προτεραιότητες και τις ανάγκες του ασθενή. Το επίπεδο της ανεξαρτησίας που κάθε ασθενής επιθυμεί να επιτύχει και η ικανότητα να επιτύχει ποικίλοι και αυτό θα το δείξει ο σχεδιασμός της θεραπείας. Για παράδειγμα ενώ τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα θέλουν να αναρρώσουν ικανοποιητικά για να διεκπεραιώσουν ανεξάρτητα καθημερινές δραστηριότητες, μπορεί να θέλουν να καταλάβουν κάθε δυνατή προσπάθεια και σκληρή δουλειά για να επιστρέψουν σε κάποιες από τις προηγούμενες δραστηριότητες τους, όπως για παράδειγμα το κέντημα. Ένα νεότερο άτομο, από την άλλη πλευρά ίσως θελήσει να ανακτήσει όσες περισσότερες από τις προηγούμενες δεξιότητες του μπορεί. Οι περισσότεροι ασθενείς με εγκεφαλικό, αναλαμβάνουν ειδικά καθήκοντα και δραστηριότητες που τους βοηθούν να κυριαρχήσουν στις απαραίτητες κινήσεις της δουλειάς, όπως το πλύσιμο, η χρήση του μπάνιου, η διατροφή και το ντύσιμο. Υπάρχουν ειδικά βοηθήματα για να βοηθήσουν σε αυτό όπως για παράδειγμα ειδικά κουζινικά για να ευκολύνουν το κόψιμο του φαγητού και να τα μεταφέρουν από το πιάτο στο στόμα. Ο εργασιοθεραπευτής θα προσπαθήσει επίσης να ελαχιστοποιήσει κάθε συναισθηματικά ή ψυχολογικά

προβλήματα, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να ασχοληθεί με διάφορα χόμπι και ασχολίες και να τον κάνει να νιώσει ότι μπορεί ακόμα να προσφέρει πολλά τόσο στην οικογένεια του όσο και στην κοινωνία.<sup>1</sup>

## **Εγκεφαλικά παιχνίδια**

Ένα εγκεφαλικό μαζί με τις φυσικές ανικανότητες μπορεί να επηρεάσει και τον εγκέφαλο να αντιλαμβάνεται και να ερμηνεύει πληροφορίες και να παίρνει αποφάσεις. Η συναισθηματική σταθερότητα, η συγκέντρωση και η μνήμη μπορεί επίσης να επηρεαστούν. Για παράδειγμα, κάποιος ασθενής μπορεί να μην αντιλαμβάνεται τα αντικείμενα που υπάρχουν στην πλευρά του σώματος που επηρεάστηκε από το εγκεφαλικό, να μην είναι σε θέση να καταλάβει αριθμούς (και επομένως να χειρίζεται χρήματα ή το τηλέφωνο), να έχει μειωμένη ένταση προσοχής ή να δυσκολεύεται να υπολογίσει αποστάσεις. Ο εργασιοθεραπευτής εκτιμά κάθε ένα πρόβλημα και χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές για να διεγείρει τον εγκέφαλο να κυριαρχήσει στην κατάλληλη ανταπόκριση. Συχνά αυτό φαίνεται να είναι πολύ απλά παιχνίδια, όπως το μπίνγκο, αλλά στην πραγματικότητα είναι προσεχτικά σχεδιασμένες κινήσεις για να βοηθήσουν στην ανάρρωση του ασθενή.<sup>1</sup>

## **Εκπαίδευση οικογένειας**

Η ζωή για εκείνο που φροντίζει τον ασθενή δεν είναι και πολύ εύκολη. Μόλις ξεπεράσει το αναπόφευκτο σοκ που νιώθει όταν ένα αγαπημένο πρόσωπο πάθει εγκεφαλικό, αρχίζουν να βγαίνουν στην επιφάνεια οι ανησυχίες για το μέλλον. Για παράδειγμα ποιες είναι οι προοπτικές της ανάρρωσης; Έχω την φυσική και πνευματική δύναμη να αντεπεξέλθω σε μια μακροχρόνια φροντίδα; Σε τι οικονομική κατάσταση θα βρεθώ; Τι υποστήριξη μπορώ να περιμένω από τους άλλους; Οι πρώτες απαντήσεις θα έρθουν κατά τη διάρκεια της αρχικής παραμονής στο νοσοκομείο.<sup>1</sup>

## **Οι απαιτήσεις από εσάς**

Η ποσότητα της φροντίδας που θα χρειαστεί ο ασθενής εξαρτάτε από τη σοβαρότητα του εγκεφαλικού του. Μερικοί ασθενής χρειάζονται απόλυτη φροντίδα μέρα και νύχτα για πολλούς μήνες ή περισσότερο. Όταν αποφασίσετε πως θα αντεπεξέλθετε, υπάρχουν ορισμένες σημαντικές ερωτήσεις που θα υποβάλετε στον εαυτό σας.<sup>6</sup>

## **Η τελική απόφαση**

Υποβάλλοντας στον εαυτό σας δύσκολες ερωτήσεις σαν αυτές, δεν είναι αρνητικό αλλά ρεαλιστικό. Ενώ η φροντίδα μπορεί να είναι ανταποδοτική, είναι επίσης υπερβολικά απαιτητικοί. Δε διαθέτη ο καθένας την ικανότητα να φροντίζει μέρα και νύχτα τον ασθενή και το ποιο σημαντικό είναι ότι ο ασθενής αναρρώνει όσο το δυνατό συντομότερα. Η μερική φροντίδα με τη βοήθεια άλλων, μπορεί να είναι η λύση. Συζητείστε την περίπτωση αυτήν με τον ασθενή (αν είναι σε καλή κατάσταση) , τον οικογενειακό γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό και εξωτερικές υπηρεσίες, πριν πάρετε την τελική απόφαση.<sup>6</sup>

## **Χρηματοδοτήσεις και επιδόματα**

Οι οικονομικοί λόγοι, συχνά προκαλούν μεγάλη αγωνία τόσο στον ασθενή, όσο και σε αυτόν που τον φροντίζει. Παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην απόφαση εκείνου που φροντίζει τον ασθενή, για το επίπεδο της φροντίδας που μπορεί να του εξασφαλίσει. Το πρόβλημα γίνεται χειρότερο αν ο ασθενής ήταν αυτός που προηγούμενα στήριζε οικονομικά την οικογένεια και τώρα πια δεν είναι σε θέση να το κάνει. Αν ο ασθενής εργαζόταν πριν πάθει εγκεφαλικό, πρέπει η οικογένεια να αντιμετωπίσει ρεαλιστικά τη κατάσταση και να απαντήσει στην ερώτηση πότε θα είναι σε θέση να πάει

πάλι στην δουλειά του ή αν θα ξανά εργαστεί ποτέ πια. Αν εργάζονται οι ίδιοι, μπορεί να εγκαταλείψουν εντελώς την εργασία τους ή να πάρουν μια μακροχρόνια άδεια;<sup>6</sup>

## **Η οικονομική κατάσταση της οικογένειας**

Το πρώτο που πρέπει να κάνει η οικογένεια είναι να ερευνήσει την οικονομική της κατάσταση, θα χρειαστεί αυτήν την πληροφορία όταν έρθει η στιγμή να συζητήσει για τα επιδόματα και την πρακτική υποστήριξη που είναι διαθέσιμες από τις κοινωνικές υπηρεσίες και τυχόν ασφάλειες. Πολλοί ασθενείς με εγκεφαλικό και εκείνη που τους φροντίζουν, είναι ηλικιωμένα άτομα και έχουν ένα ορισμένο εισόδημα από την σύνταξη. Δυστυχώς η αναπηρία στοιχίζει πολλά χρήματα: ο λογαριασμός για την θέρμανση είναι μεγαλύτερος και οι ειδικές βοήθειες, προσαρμογές στο σπίτι και οικιακή βοήθεια όλα κοστίζουν. Ανάλογα με την κατάσταση της, μπορεί να είναι σε θέση να πάρει κάποια βοήθεια από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή. Ίσως και από κάποια ιδιωτική προσωπική ασφάλιση. Η κατάσταση είναι διαφορετική για τους εργαζόμενους που φροντίζουν τον ασθενή. Να καθυστερήσουν κάθε απόφαση να παραιτηθούν από την εργασία τους, μέχρι να μάθουν πόσο καιρό θα πρέπει να φροντίσουν τον ασθενή. Να εξετάσουν την περίπτωση άδειας άνευ αποδοχών αν δεν γίνετε αλλιώς. Αργότερα, ίσως να μπορέσουν να εργάζονται ορισμένες ώρες, αν δεν μπορούν να ακολουθήσουν πλήρες ωράριο εργασίας. Μια τέτοια εργασία δεν θα τους βοηθήσει μόνο οικονομικά, αλλά θα τους βοηθήσει να ανακτήσουν κάποιο μέρος της ανεξαρτησίας τους και να έχουν κοινωνικές επαφές.<sup>6</sup>

## **Φροντίδα στο σπίτι**

Αυτός που φροντίζει τον ασθενή θα πρέπει να μάθει πώς να τα καταφέρει με τις πρακτικές της φροντίδας κάποιου, πώς να μετακινεί τον ασθενή, πώς να τον πλένει, να τον βοηθάει στην τουαλέτα και το μπάνιο, να του κάνει ασκήσεις αποκατάστασης και ούτω καθεξής. Αυτά είναι φυσιολογικά καθήκοντα νοσηλεύτριας στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτόν τον ρόλο αναλαμβάνει το άμεσο περιβάλλον του ασθενή. Για τις υπηρεσίες που διατίθενται θα πρέπει να ρωτήσουν τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής.<sup>15</sup>

## **Ειδικά προγράμματα**

Υπάρχει η κατά τόπους Κοινωνική Υπηρεσία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού για αυτούς τους ασθενείς, και ειδικότερα υπάρχουν δύο προγράμματα: το πρώτο είναι το βοήθεια στο σπίτι και το δεύτερο είναι το νοσηλεία στο σπίτι. Πιστεύεται ότι με τα δύο αυτά προγράμματα είναι δυνατόν να καλυφθούν οι περισσότερες ανάγκες των ασθενών αυτού του τύπου, αλλά θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τους υπεύθυνους των προγραμμάτων.<sup>15</sup>

## **Οικογένεια και φίλοι**

Ενώ η ειδικευμένη βοήθεια και συμβουλές δεν θα μειώσουν ούτε στο ελάχιστο τις ευθύνες που έχει αναπόφευκτα εκείνος που φροντίζει τον ασθενή, δεν θα πρέπει ποτέ να υποτιμήσουν την ζεστασιά, την ασφάλεια, την υποστήριξη και την πρακτική βοήθεια που μπορεί επίσης να προσφέρει η οικογένεια και οι φίλοι. Είναι εύκολο για αυτόν που κυρίως φροντίζει τον ασθενή, να πέσει στην παγίδα να γίνει τόσο αυτόρκτης και εγωιστής ώστε να δημιουργήσει στους άλλους ιδιαίτερα στην οικογένεια και στους φίλους την εντύπωση ότι είναι ανεπιθύμητοι και πιστεύοντας ότι τα καταφέρνει σε όλα, να πάψουν σύντομα να του προσφέρουν βοήθεια. Αυτή η συμπεριφορά δεν βοηθάει ούτε τον ασθενή ούτε αυτόν που τον φροντίζει: αυτός που φροντίζει

τον ασθενή κουράζετε υπερβολικά, τόσο σωματικά όσο και πνευματικά, ενώ ο ασθενής υποφέρει από έλλειψη πνευματικής διέγερσης και έτσι επιβραδύνετε η αποκατάστασή του. Είναι πιο εύκολο, για όλους αυτούς που ενδιαφέρονται, αν τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι καταλάβουν τα προβλήματα ενός ασθενή με εγκεφαλικό, να συμβιβαστούν με τις αναπόφευκτες αλλαγές και όλοι μαζί να προσπαθήσουν να μειώσουν τις επιπτώσεις μιας έκφρασης θλίψης, που μπορεί να είναι απογοήτευση, θυμός και ενοχές.<sup>6</sup>

## **Αποδοχή βοήθειας**

Στην αρχή ίσως νιώθουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους, αλλά οι αθροιστικές επιπτώσεις της φροντίδας ενός ανάπηρου ασθενή είναι επίπονες και ανάλογα με τη σοβαρότητα του εγκεφαλικού, ίσως κάποια στιγμή ανακαλύψουν ότι τους είναι αδύνατο να συνεχίσουν έτσι. Δυστυχώς αν αρνηθούν τη βοήθεια που τους προσφέρουν τις πρώτες μέρες, ίσως να μην τις βρουν αργότερα, και αυτό γιατί οι άνθρωποι συμπεραίνουν ότι τα καταφέρνουν και μόνοι τους. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων μπορεί να τους ικανοποιεί στην αρχή, αλλά όσο περνάει ο καιρός ίσως νιώσουν απογοήτευση στη σκέψη ότι αυτοί που βρίσκονται γύρω τους, δεν προσέχουν την εξάντληση τους και την ανάγκη τους για ξεκούραση. Αντίθετα, συνεχίζουν την ζωή τους βέβαιοι ότι αυτοί τα καταφέρνουν περίφημα μόνοι τους. Η πρακτική βοήθεια μπορεί να έχει πολλές μορφές, είτε με την καθημερινή φροντίδα, την αποκατάσταση, τα ψώνια, το μαγείρεμα, η τις εξόδους. Από την πλευρά εκείνου που φροντίζει τον ασθενή, το σημαντικό είναι να δεχτεί τις προσφορές βοήθειας και να χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο για να κάνει ότι θέλει, πάνω από όλα να μην στέκετε πάνω από το κεφάλι εκείνου που βοηθάει για να διαπιστώσει αν κάνει σωστά τη δουλειά.<sup>6</sup>

## **Βοήθεια με τη λογοθεραπεία**

Ένας κύκλος πρόθυμων φίλων και συγγενών είναι ιδιαίτερα σημαντικός όταν ένας ασθενής με εγκεφαλικό έχει κάποιου είδους πρόβλημα επικοινωνίας. Είναι σχεδόν αδύνατον για αυτόν που τον φροντίζει να βρει

αρκετές ευκαιρίες να επιβλέψει μόνος του την κοινωνική συμπεριφορά του ασθενή. Με τη βοήθεια όμως του λογοθεραπευτή ή μίας ομάδας υποστήριξης δυσφρασίας, η οικογένεια και οι φίλοι μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση.<sup>15</sup>

## **Φροντίδα τον ιδίων**

Οι φυσικές και συναισθηματικές απαιτήσεις της φροντίδας ενός ασθενή με εγκεφαλικό είναι εύκολο να κάνουν αυτόν που τον φροντίζει να ξεχάσει τον εαυτό του. Αν όμως αρρωστήσει, και ο ασθενής θα υποφέρει γιατί ίσως μπορεί να χρειαστεί να μεταφερθεί πάλι στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ίδρυμα, αν δεν υπάρχει πια μια πλήρης φροντίδα στο σπίτι. Μερικοί ασθενής μπορεί να είναι πολύ απαιτητικοί και να περιμένουν να εκτελεστούν αμέσως οι απαιτήσεις τους, ξεσπώντας με αγανάκτηση και οργή αν δεν γίνει αυτό που θέλουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις ίσως είναι αναγκαίο για αυτούς, τον οικογενειακό γιατρό, την νοσοκόμα, να ερευνήσετε τις πιθανές επιπτώσεις αν και η δική σας υγεία δεν είναι καλή.<sup>16</sup>

## **Ένα υγιές σώμα**

Να σημειωθούν τα παρακάτω για να διατηρηθεί σε καλή φυσική κατάσταση αυτός που φροντίζει τον ασθενή:

- Να κοιμάται πολύ, θα χρειαστεί ίσως να κοιμάται περισσότερο από το συνηθισμένο, εξαιτίας των φυσικών απαιτήσεων που θα είναι αναγκασμένοι να έχουν.
- Καλή διατροφή, περιλαμβάνει πέντε μερίδες φρέσκα φρούτα και λαχανικά την ημέρα, καθώς και πρωτεΐνες, ίνες και υδατάνθρακες.
- Καθαρός αέρας και γυμναστική, να οριστούν τρεις ημίωρες περιόδους γυμναστικής, όπως βόλτα κάθε εβδομάδα.<sup>17</sup>



## Υγιές μυαλό

Η καλή ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση είναι σημαντικές γιατί σωματική και πνευματική υγεία, για αυτό να ακολουθήσουν τους απλούς κανόνες:

- Να βρουν χρόνο για τον εαυτό τους, να οργανώσουν κάθε μέρα ώστε να υπάρχουν περίοδοι που να μένουν μόνοι, ακόμα και να πρόκειται για δύο μισάωρα διαλείμματα την μέρα. Σε αυτό το διάστημα μην κάνουν δουλείες, να κάνουν ένα χαλαρωτικό μπάνιο ή να καθίσουν στον κήπο.<sup>17</sup>

- Επικοινωνία, να έχουν πάντα κάποιον με τον οποίο να μπορούν να μιλήσουν και να συζητήσουν προβλήματα και ενδιαφέροντα. Να μην απομονώνονται, να διατηρήσουν δεσμούς με την οικογένεια και τους φίλους σε καθημερινή βάση. Σε ένα διάλειμμα να συζητήσουν με έναν φίλο στο τηλέφωνο και να ζητήσουν να τους επισκεφτούν γνωστοί, ίσως όταν και ο ασθενής έχει κάποιον επισκέπτη. Να καλέσουν σε γεύμα την οικογένεια, ακόμα μπορούν να τους πουν να φέρουν εκείνοι το φαγητό, να γράψουν γράμματα ή σημειώματα σε ανθρώπους, η παραλαβή γραμμάτων και καρτών ενισχύει το ηθικό.<sup>17</sup>

- Να μάθουν να χαλαρώνουν, αυτό παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση του στρες και στην αύξηση της πνευματικής υγείας. Να διαβάσουν ένα από τα τόσα βιβλία που υπάρχουν σχετικά με τις τεχνικές χαλάρωσης ή να παρακολουθήσουν κάποιο τμήμα.

- Να κοινωνικοποιηθούν, να συνεχίσουν την κοινωνική τους ζωή έξω από το σπίτι.<sup>17</sup>

## Προσοχή στα σημάδια κινδύνου

Να συζητήσουν αυτά που τους απασχολούν με τον γιατρό τους, αν παρατηρήσουν κάποιο από τα ακόλουθα σημάδια που δηλώνουν ότι τα πράγματα αρχίζουν να γίνονται δύσκολα για αυτούς :

- Ασυνήθιστοι ή συχνοί μυϊκοί πόνοι και άλγη
- Κούραση και αύπνία

- Αυξημένη ανησυχία και εκνευρισμός.
- Απώλεια όρεξης
- Μια τάση να αγνοούν τον ασθενή ή να περιποιούνται σαν παιδί ή σαν ενόχληση
- Αποτυχία στην επίτευξη των καθημερινών δραστηριοτήτων που κάποτε κατάφερναν με επιτυχία.
- Άγχος
- Απομόνωση και έλλειψη επιθυμίας να βγουν έξω και να δουν άλλους ανθρώπους.<sup>18</sup>

## Προσωπικός χρόνος

Κανένας δεν μπορεί να φροντίζει 24 ώρες το εικοσιτετράωρο έναν σοβαρά ανάπηρο ασθενή, επί 365 μέρες τον χρόνο. Κάθε τέτοια προσπάθεια θα έχει σοβαρές επιπτώσεις στην φυσική και πνευματική υγεία και στη συνέχεια θα μειώσει την ευκαιρία του ασθενή να αναρρώσει με επιτυχία. Ο γενικός κανόνας είναι ότι αυτός που φροντίζει τον ασθενή πρέπει να έχει μια μέρα ή δύο μισές μέρες, ελεύθερες κάθε εβδομάδα και να κάνει τουλάχιστον δύο εβδομάδες το χρόνο διακοπές. Ακόμα και εκείνοι που φροντίζουν ασθενείς που υπέστησαν εγκεφαλικό και έχουν λιγότερο σοβαρές αναπηρίες, χρειάζονται χρόνο για τον εαυτό τους, ώστε να νιώσουν ότι συνεχίζουν την ζωή τους. Ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όσοι φροντίζουν ασθενείς με εγκεφαλικό, είναι ότι για να κάνουν ένα διάλειμμα, όσο μικρό και αν είναι, πρέπει συνήθως να το σχεδιάσουν εκ των προτέρων. Εκεί έρχονται να βοηθήσουν το δίκτυο της οικογένειας και τον φίλων. Είναι σημαντικό για όσους φροντίζουν ασθενής να διατηρήσουν τις δραστηριότητες, τα ενδιαφέροντα και τις φιλίες τους, όχι μόνο γιατί θα δυσκολευτούν να επανασυνδέσουν τους δεσμούς τους, μόλις ο ασθενής αναρρώσει, αλλά και επειδή αν συναντούν άλλους ανθρώπους και επικεντρώνεται σε άλλες δραστηριότητες, είναι μια καλή ευκαιρία να ξεφύγουν για λίγο από την κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι. Να προσπαθήσουν να οργανώσουν ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα με μια μέρα ή καλύτερα δύο μισές ημέρες ελεύθερες. Οπότε ο ασθενής επισκέπτεται ένα ημερήσιο κέντρο φροντίδας ή κάποιος

άλλος που φροντίζει ασθενείς έρχεται στο σπίτι, είναι σημαντικότερο να εκμεταλλευθούν αυτήν την ευκαιρία.<sup>6</sup>

## **Μεγαλύτερα διαστήματα διαλειμμάτων**

Η ζωή εκείνου που φροντίζει τον ασθενή είναι μια πλήρους απασχόλησης και πολύ απαιτητική εργασία, που δεν σταματάει ούτε το σαββατοκύριακο. Αλλά όπως και με κάθε εργασία, είναι σημαντικό να ξεκουραστούν, ώστε να επιστρέψουν ανανεωμένοι και με καινούργιο κέφι. Αν θέλουν να κάνουν κάποιο διάλειμμα το σαββατοκύριακο, ίσως θα ήταν φρόνιμο να καλέσουν κάποιον από την οικογένεια να έρθει σπίτι και να μείνει με τον ασθενή.<sup>6</sup>

## **Νοσηλευτική σαν προετοιμασία για την στροφή του κορμού, κάθισμα, ορθοστάτηση και βάδιση**

Στις αρχικές φάσεις, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει να παίξει σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ασθενούς, ειδικά όταν βρίσκεται ακόμη στο κρεβάτι ή καθισμένος σε μια καρέκλα και έχει ανάγκη μεγάλης νοσηλευτικής φροντίδας. Κατά την περίοδο αυτή, είναι δυνατόν να γίνουν πολλά λάθη στο τρόπο χειρισμού του ασθενούς, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν ένα μη ευχάριστο αποτέλεσμα στις μελλοντικές ευκαιρίες θεραπείας και αποκατάστασης. Με τοποθέτηση σε κατάλληλες θέσεις και με κατάλληλους χειρισμούς, μπορούν να αποφευχθούν η υπέρμετρη αύξηση της σπαστικότητας, καθώς και συγκάμψεις, πόνος στον ώμο και το σύνδρομο ώμου- χεριού, έλξη προς τα πίσω της ωμικής ζώνης και λεκάνης, ή ακόμη την άρνηση της προσβεβλημένης πλευράς.<sup>19</sup>

Η φυσιοθεραπεία και η νοσηλευτική θα πρέπει να συμπληρώνουν η μια από την άλλη αφού η φυσιοθεραπεία και η νοσηλευτική φροντίδα αναδιπλώνονται. Σ'αυτή την αρχική φάση το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τον ασθενή όλη μέρα, ενώ η φυσιοθεραπεύτρια είναι μαζί του μόνον για λίγο χρόνο κάθε μέρα. Η φυσιοθεραπεύτρια διδάσκει στον ασθενή πώς να κινείται ξανά, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να διδαχθεί πώς να

βοηθά τον ασθενή προς τους τελικούς σκοπούς και επιτεύξεις της θεραπείας με τον τρόπο που τον τοποθετεί και τον χειρίζεται στην αρχική φάση. Η φυσιοθεραπεία και η εργοθεραπεύτρια μπορούν με τη σειρά τους, να βοηθήσουν τις νοσηλεύτριες βοηθώντας τον ασθενή να κερδίσει μερική ανεξαρτησία και έτσι να ελαφρύνουν το φόρτο εργασίας τους.<sup>19</sup>

## **Συνεργασία ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό και στους φυσιοθεραπευτές**

Η συνεργασία δεν είναι μόνο επιθυμητή, αλλά επίσης και ζωτική. Μπορεί να επιτευχθεί με καλή επικοινωνία ανάμεσα στις διάφορες βοηθητικές υπηρεσίες και από τις νοσηλεύτριες κατανοώντας τα ειδικά προβλήματα του ημιπληγικού ασθενούς. Αυτά τα προβλήματα του ημιπληγικού ασθενούς, δεν είναι μόνο διαφορετικά από εκείνα των ασθενών χωρίς εγκεφαλική βλάβη, αλλά επίσης διαφέρουν από τον έναν ημιπληγικό στον άλλο. Πολλά προβλήματα είναι όμοια σ'όλες τις ημιπληγίες, αλλά δεν προσβάλλονται όλοι οι ασθενείς στην ίδια έκταση και με τον ίδιο τρόπο. Αισθητικές ατέλειες ποικίλων βαθμών, διαφορετικές ποιότητες τόνου, η ηλικία του ασθενούς, η ανησυχία και ανασφάλεια του, σύγχυση, διανοητική και συναισθηματική κατάσταση και εμπλοκή της ομιλίας, όλα προκαλούν διαφορετικά ατομικά προβλήματα. Η κατάσταση του ασθενούς αλλάζει με τη θεραπεία και συχνά βελτιώνεται αυθόρμητα. Καθώς αναπτύσσονται οι ικανότητες του, αντιμετωπίζονται διαφορετικά προβλήματα. Δίνοντας βοήθεια και στήριξη σε ορισμένα τμήματα του σώματος του, ο φυσιοθεραπευτής και η νοσηλεύτρια δίνουν την δυνατότητα στον ασθενή να πάρει ενεργό μέρος όταν τον βοηθούν να κινηθεί, και με αυτόν τον τρόπο μαθαίνει πώς να κινηθεί χωρίς βοήθεια. Στην αρχή, ο ασθενής μπορεί να εκτελεί μόνο μέρος μιας σειράς κινήσεων π.χ. μερική στροφή στο κρεβάτι του, μερικό κάθισμα, μερική ορθοστάτηση από το κάθισμα στο κρεβάτι ή την καρέκλα κ.λ.π. Πρέπει να ξαναμάθει όλες τις κινήσεις του, συχνά ακόμη και η υγιής πλευρά, γιατί τώρα η υγιής πλευρά πρέπει να χρησιμοποιηθεί διαφορετικά για να προσαρμοσθεί στην απώλεια της χρήσης της προσβεβλημένης πλευράς. Ο ασθενής δεν μπορεί να το μάθει

αυτό γρήγορα, ούτε και μπορεί ενεργητικά ν'ακολουθήσει τις γρήγορες κινήσεις που γίνονται από την φυσιοθεραπεύτρια του. Πρέπει να του δοθεί αρκετός χρόνος να συνεργαστεί όταν τον κινεί η φυσιοθεραπεύτρια, και χρειάζεται πολλή επανάληψη των ίδιων κινήσεων. Συμβαίνει πολύ συχνά να κινείται ο ασθενής πολύ γρήγορα και χωρίς την ενεργητική του συνεργασία. Στον ίδιο αυτό χρόνο, απαιτείται από τους ασθενείς να ντύνονται, να σηκώνονται, να περπατούν και να γίνουν ανεξάρτητοι όσο το δυνατό γρηγορότερα, δίχως καμιά βαθμιαία και συστηματική προετοιμασία για να βοηθηθούν να κατορθώσουν αυτήν την ανεξαρτησία.<sup>19</sup>

Ο χειρισμός του ασθενούς από τη νοσηλεύτρια δεν πρέπει να διαφέρει από τον τρόπο με τον οποίο τον χειρίζεται η φυσιοθεραπεύτρια σ'αυτήν την αρχική φάση. Εάν υπάρχει έντονη διαφορά, ο ασθενής δεν θα μπορέσει ν' αποκτήσει καμία από τις νέες κινήσεις ούτε θα μπορέσει να τις εφαρμόσει στην καθημερινή του ζωή.<sup>19</sup>

Για να επιτευχθεί καλή συνεργασία, η φυσιοθεραπεύτρια θα πρέπει να πληροφορεί την νοσηλεύτρια κατά διαστήματα για την πρόοδο που έχει κάνει ο ασθενής και το τι έχει μάθει να κάνει μόνος του ή με ελάχιστη βοήθεια. Επίσης θα πρέπει να δείξει στη νοσηλεύτρια τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται τον ασθενή και τι αλλαγές έχει κάνει στη θεραπεία του. Θα ήταν χρήσιμο αν η νοσηλεύτρια, μαζί με την φυσιοθεραπεύτρια, μπορούσαν να κάνουν την πρώτη αξιολόγηση του ασθενούς για τις ικανότητες του, και μετά να είναι παρούσα κατά διαστήματα στις συνεδρίες της φυσιοθεραπείας. Αυτή η συνεργασία στην πραγματική αποκατάσταση του ασθενούς, κάνοντας την εργασία του περισσότερο αποδοτική και λιγότερο ρουτίνα.

Αναγνωρίζεται, ωστόσο, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τα προβλήματα του, αν και πολλά εξαρτώνται από αυτό το ίδιο το νοσοκομείο. Συχνά, υπάρχουν πολύ λίγες νοσηλεύτριες όπου είναι παρακουρασμένες και πάντα βιαστικές, πράγμα που εμποδίζει κάθε ενεργητική συνεργασία με τον ασθενή. Χρειάζεται, ωστόσο, να είναι όσο το δυνατόν πιο ενεργητικός καθώς τον κινεί η φυσιοθεραπεύτρια σαν προετοιμασία για να κινηθεί μόνος του αργότερα. Εάν τον χειρίζονται δύο νοσηλεύτριες όταν κάνουν το κρεβάτι του ή όταν τον μετακινούν σε μια καρέκλα, δεν του δίνεται η ευκαιρία να βοηθήσει ακόμη και αν το ήθελε. Θα ήταν, επομένως, καλύτερα για τον ασθενή αν τον

χειρίζονταν μόνο μια νοσηλεύτρια και ενθαρρύνονταν να την βοηθήσει. Αυτό θα χρειαζόνταν λίγο περισσότερο χρόνο παρά όταν τον βοηθούν δύο νοσηλεύτριες μαζί άλλα, όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό το τελικό αποτέλεσμα θα ήταν το ίδιο, καθώς η δεύτερη νοσηλεύτρια θα μπορούσε να φροντίσει άλλον ασθενή.<sup>19</sup>

## **Ειδικά νοσηλευτικά προβλήματα των ημιπληγικών**

Εκτός από καθαρά ιατρικά θέματα όπως καρδιά, αναπνευστικό, κυκλοφορικό υπάρχουν ειδικά προβλήματα στη φροντίδα των ημιπληγικών τα οποία αφορούν τις νοσηλεύτριες και πρέπει να γίνουν κατανοητά απ'αυτές. Είναι τα εξής:

1. Φαινομενικά το σώμα τους ασθενούς είναι χωρισμένο σε δύο ημιμόρια, χωρίς καμιά σχέση μεταξύ τους. Ο ασθενής μπορεί να μην αισθάνεται τα προσβεβλημένα άκρα του καθόλου και αν ακόμα δεν υπάρχει ολική ή μικρή αισθητική απώλεια, δέχεται παθολογικές αισθήσεις από τους μύες και τις ακίνητες αρθρώσεις του. Τα ψυχολογικά αποτελέσματα αυτής της διαίρεσης φαίνονται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής στρέφει το πρόσωπο από την προσβεβλημένου άνω και κάτω άκρου του.<sup>19</sup>
2. Ο στατικός τόνος των δύο ημιμορίων είναι διαφορετικός στην αρχή, ο ασθενής είναι ατονικός και φαίνεται πολύ αδύνατος για να κινήσει το άνω και κάτω άκρο του. Σε μερικές περιπτώσεις αυτό διαρκεί μόνο λίγες μέρες, σε άλλες περισσότερο. Η χαλαρότητα προσβάλλει το άνω άκρο περισσότερο και για μακρύτερες περιόδους, από το κάτω. Αργά ή γρήγορα αναπτύσσεται σπαστικότητα και ο ασθενής γίνεται πολύ σφιχτός για να κινηθεί. Η σπαστικότητα αυξάνει αν ο ασθενής καταβάλλει προσπάθεια, αν εξάπτεται, αν θέλει να επικοινωνήσει, αλλά δεν μπορεί να μιλήσει και αν είναι φοβισμένος. Η σπαστικότητα φαίνεται σε ορισμένα παθολογικά πρότυπα στάσης, π.χ. σε κάμψη και σε έλξη προς τα πίσω του άνω άκρου

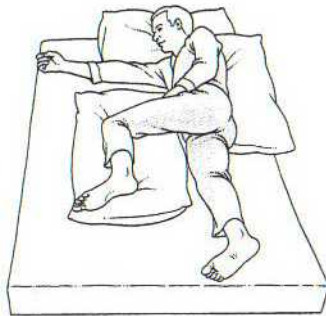
και σε έκταση του κάτω με στροφή προς τα πίσω της λεκάνης. Αν η σπαστικότητα γίνει σοβαρή, μπορεί εν καιρώ να έχει σαν αποτέλεσμα συγκάψεις. Πάντα παρεμβαίνει στην ικανότητα του ασθενούς να κινηθεί, αργότερα παραδείγματος χάριν, μπορεί να τον εμποδίσει να λυγίσει το γόνατο και να βάλει την φτέρνα κάτω όταν βαδίζει, ή μπορεί να προκαλέσει στροφή του ποδιού προς τα μέσα στην ποδοκνημική, δεν θα μπορεί να ανυψώσει το άνω άκρο, να εκτείνει τον αγκώνα και τον καρπό, ή να ανοίξει το χέρι του και τα δάκτυλα για να πιάσει. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να βοηθήσει να αποφευχθούν να εγκατασταθούν τα παθολογικά στατικά πρότυπα, τοποθετώντας τον ασθενή με ειδικούς τρόπους στο κρεβάτι και όταν κάθεται σε καρέκλα, αυτή η τοποθέτηση θα εμποδίσει τα σπαστικά πρότυπα και θα βοηθήσει να διατηρηθεί, και ακόμη να επεκταθεί, το δυναμικό της λειτουργίας του ασθενούς.<sup>19</sup>

3. Ο ασθενής δεν γνωρίζει πλέον πώς να κινηθεί. Πρέπει να ξαναμάθει πώς να γυρίζει στο κρεβάτι, πώς να κάθεται και πώς να ξαπλώνει, πώς να σηκώνεται, να ορθοστατεί και να βαδίζει. Ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση και συχνά δεν ξέρει πώς να χρησιμοποιήσει τη φυσιολογική πλευρά του για να αντισταθμίσει την απώλεια της κίνησης της προσβεβλημένης πλευράς. Δεν γνωρίζει πια την προσβεβλημένη του πλευρά και πώς να την χρησιμοποιήσει. Έχει λίγη ή καθόλου ισορροπία και φοβάται ότι θα πέσει προς εκείνη την πλευρά. Αυτός ο φόβος πεσίματος είναι ένα από τα πιο μεγάλα προβλήματα, όχι μόνο στις πρώτες φάσεις αλλά ακόμη και αργότερα, όταν στέκεται και βαδίζει. Για τον λόγο αυτό, η νοσηλεύτρια, οι φυσιοθεραπεύτριες και οι συγγενείς του ασθενούς θα πρέπει να βρίσκονται προς την προσβεβλημένη πλευρά όταν βοηθούν και όχι προς την υγιή πλευρά του, καθώς μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή την πλευρά αβοήθητος. Παραμένοντας, στην προσβεβλημένη πλευρά του, αυτή που τον φροντίζει, μπορεί να τον βοηθήσει να στηρίξει όλο το βάρος του σ'αυτή την πλευρά, να βελτιώσει την ισορροπία του, ενώ αν στέκεται στην υγιή πλευρά, θα είναι ανίκανη να τον βοηθήσει αν χάσει την ισορροπία του και έχει

τάση να πέσει. Κάθε κίνηση που κάνει η νοσηλεύτρια μαζί του είναι καινούργια γι'αυτόν. Πρέπει να μάθει να προσαρμόζεται και να αντιμετωπίζει κάθε νέα κατάσταση. Δεν πρέπει να κινείται από τη νοσοκόμα βιαστικά, ούτε πρέπει να είναι παθητικός όταν τον κινούν από τη μια θέση στην άλλη. Θα πρέπει να του δοθεί χρόνος και ευκαιρία να ακολουθήσει τις κινήσεις που του γίνονται ενεργητικά. Η φυσιοθεραπεύτρια θα ανακαλύψει πότε και που χρειάζονται η βοήθεια και η στήριξη και, πιο σημαντικό, που δεν χρειάζονται. Η νοσηλεύτρια θ'ανακαλύψει ότι ο ασθενής μπορεί να κάνει περισσότερα απ'αυτά που αυτή περιμένει, αν του δοθεί η απαραίτητη, αλλά ελάχιστη, βοήθεια στον κατάλληλο χρόνο στην κατάλληλη θέση.<sup>19</sup>

### ΑΝΕΤΟΣ ΥΠΝΟΣ

Αν ο ασθενής υποφέρει από παράλυση, η καλύτερη θέση ύπνου εξαρτάται από το αν είναι ξαπλωμένος από την πλευρά που έχει πάθει βλάβη ή από την υγιή. Τα παράλυτα μέλη πρέπει να υποστηρίζονται συνέχεια.



ΞΑΠΛΩΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ  
ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΘΕΙ ΒΛΑΒΗ



ΞΑΠΛΩΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΓΙΗ ΠΛΕΥΡΑ



## Τοποθέτηση και κίνηση των ημιπληγικών ασθενών

### Άνω άκρο και κεφαλή

Θέση στο κρεβάτι: ο ασθενής ξαπλωμένος στη ράχη του.

Για να εμποδιστεί η έλξη του ώμου προς τα πίσω: Τοποθετήσετε το εκτεταμένο άνω άκρο στο πλάι στο σώμα πάνω σε μαξιλάρι λίγο υψηλότερα από το σώμα. Τοποθετήστε το εκτεταμένο χέρι πάνω σε μαξιλάρι ή καλύτερα αν είναι δυνατόν, υππιασμένο ενάντια στην έξω πλευρά του μαξιλαριού.

Σοβαρό: τοποθετήστε την κεφαλή πλαγίως προς την υγιά πλευρά, και τον προσβεβλημένο ώμο πάνω σε μαξιλάρι όσο το δυνατό πιο μπροστά.<sup>19</sup>

### Λεκάνη και κάτω άκρο

Χρειάζεται διαφορετική τοποθέτηση για ασθενείς με ή χωρίς σταστικότητα των εκτεινόντων.

α) Ασθενείς με τάση κάμψης του σκέλους και έλλειψη τόνου εκτεινόντων. Αυτοί οι ασθενείς παραμένουν περισσότερο χαλαροί παρά σπαστικοί για μεγαλύτερο διάστημα μετά από ένα πολύ άσχημο εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η τάση κάμψης είναι επικίνδυνη για την αποκατάσταση. Εάν επιτρέπει στο πρότυπο κάμψης να εγκατασταθεί και να αναπτυχθούν συγκάμψεις, αυτός ο τύπος του ασθενούς δεν θα έχει αρκετό τόνο εκτεινόντων για να του επιτρέψει να σηκωθεί, να ορθοστατήσει ή να βαδίσει. Επομένως, η φυσιοθεραπεύτρια πρέπει να εμποδίσει συγκάψεις κάμψης ισχίου και γόνατος, κατακλίσεις στην κνήμη, και υππιασμό του ποδιού.<sup>19</sup>

Θέση στο κρεβάτι: Ξαπλωμένος στη ράχη. Ένα μαξιλάρι ή σακουλάκι με άμμο τοποθετείται κάτω από τη λεκάνη στην προσβεβλημένη πλευρά για να ανασηκωθεί η λεκάνη (να αποφευχθεί η έλξη της προς τα πίσω). Το μαξιλάρι πρέπει να είναι αρκετά μακρύ για να στηρίξει την πλάγια πλευρά του μηρού. Αυτό εμποδίζει την έξω στροφή του σκέλους, αλλά δεν πρέπει να

περάσει τη μεσαία θέση. Αν υπάρχει μεγάλη έκταση ή υπτιασμός της ποδοκνημικής, μπορεί να τοποθετηθεί μια σανίδα ενάντια στο πόδι για να δώσει ραχιαία κάμψη και πρηνισμό.<sup>19</sup>

β) Ασθενείς οι οποίοι αναπτύσσουν σπαστικότητα εκτεινόντων νωρίς.

Αυτό θα τους επιτρέψει να σταθούν, αλλά θα εμποδίσει την κάμψη του γόνατος στη βάδιση. Ο ασθενής τείνει να έλκει την λεκάνη προς τα πίσω και αυτό προκαλεί υπερβολική έξω στροφή του σκέλους.

Θέση στο κρεβάτι: Ο ασθενής δεν πρέπει να είναι πάντα ξαπλωμένος στη ράχη του, αλλά πρέπει να μάθει να ξαπλώνει και πλάγια στην υγιή πλευρά, επίσης και στην προσβεβλημένη. Στηρίξτε τη λεκάνη και σηκώστε την προς τα μπρος με σακουλάκι άμμου ή μαξιλάρι. Για να εμποδισθεί η υπερβολική σπαστικότητα εκτεινόντων, ο ασθενής χρειάζεται στήριξη κάτω από το γόνατο με τη βοήθεια ενός μικρού μαξιλαριού από αφρολέξ, με το γόνατο ελαφρά λυγισμένο. Δεν τοποθετείτε σανίδα ενάντια στο πόδι γιατί θα τη σπρώχνει με τα δάκτυλά του.<sup>19</sup>

## **Κινήσεις για να γυρίσει ο ασθενείς σε πλάγια θέση**

Οι παρακάτω κινήσεις πρέπει πρώτα να εφαρμοστούν στη θεραπεία με τη φυσιοθεραπεία και μετά να χρησιμοποιηθούν από τις νοσηλεύτριες. Η στροφή πρέπει να αρχίσει με το άνω τμήμα του σώματος και αν γίνει αυτό ο ασθενής πρέπει πρώτα να μάθει να υψώνει το προσβεβλημένο άνω άκρο με το υγιές και να ενώνει τα χέρια του (π.χ. με τα δάκτυλα πλεγμένα). Τότε σηκώνει τα σφιγμένα χέρια, με τους αγκώνες σε έκταση, στην οριζόντια θέση και αν είναι δυνατόν πάνω από το κεφάλι του. Από εκεί θα πρέπει να κινήσει τους βραχίονες του πρώτα στη μια πλευρά και μετά στην άλλη. Γύρισμα στην υγιή πλευρά θα πρέπει επίσης να αρχίσει με τα άνω άκρα και τον κορμό, τα χέρια ενωμένα. Θα χρειαστεί τότε ελάχιστη βοήθεια ή και καθόλου, για να γυρίσει την λεκάνη του και να κινήσει το προσβεβλημένο μέλος προς την υγιή πλευρά. Όταν είναι γυρισμένος στην υγιή πλευρά, ο ώμος της προσβεβλημένης πλευράς πρέπει να έρθει πολύ προς τα εμπρός, το άνω

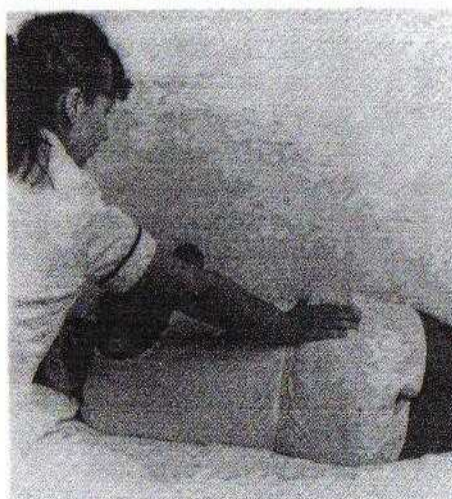
άκρο στηριζόμενο σε μαξιλάρι με τον αγκώνα σε έκταση. Το μαξιλάρι έτσι μπορεί να αγκαλιασθεί και με τα δύο άνω άκρα. Γύρισμα προς την προσβεβλημένη πλευρά είναι ευκολότερο για τον ασθενή παρά γύρισμα προς την υγιή πλευρά, και δεν χρειάζεται βοήθεια καθόλου, αφού μπορεί να χρησιμοποιήσει το υγιές άνω άκρο και κάτω άκρο να γυρίσει. Όταν είναι ξαπλωμένος στην προσβεβλημένη πλευρά του, ο προσβεβλημένος ώμος πρέπει να έρθει πολύ προς τα εμπρός και ο βραχίονας τότε είναι σε έξω στροφή και ο αγκώνας σε έκταση.<sup>19</sup>

### Ημιπληγία Ενηλίκου: Αξιολόγηση και Θεραπεία



Με τα χέρια ενωμένα, γυρίζει προς την υγιή πλευρά.

Σημ.: Κίνηση αρχίζει με τον ώμο προς τα μπρος· το γόνατο συγκρατείται σ' ελαφρά κάμψη με μικρό μαξιλάρι.



Η λεκάνη κινείται προς τα μπρος.

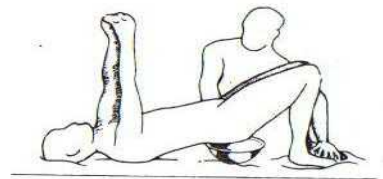


Στροφή προς την προσβεβλημένη πλευρά, ο ώμος πολύ μπροστά.

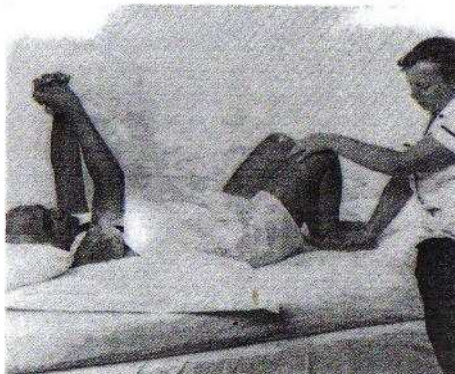
## Χρήση της πάπιας

Η νοσηλεύτρια θα τον βοηθήσει αν είναι απαραίτητο να λυγίσει το προσβεβλημένο σκέλος και να βάλει το πόδι πάνω στο κρεβάτι. Ο ασθενής θα λυγίσει το υγιές σκέλος και θα τοποθετήσει το πόδι παράλληλο και κοντά στο άλλο. Η νοσηλεύτρια θα σταθεροποιήσει τα δύο πόδια με το χέρι της και θα ζητήσει από τον ασθενή να ανυψώσει τη λεκάνη του. Θα τοποθετήσει τότε τη πάπια κάτω από την λεκάνη. Ο ασθενής πρέπει να κρατήσει τα σκέλη λυγισμένα. Αν το προσβεβλημένο πόδι δεν παραμείνει στην αρχική του θέση και γλιστρά, ο ασθενής θα σταθεροποιήσει με το υγιές πόδι.<sup>19</sup>

Ημιπληγία Ενηλίκου: Αξιολόγηση και Θεραπεία



Ο ασθενής ανυψώνει την λεκάνη με τα πόδια σταθεροποιημένα από τη θεραπεύτρια.



Σταθεροποίηση του ποδιού του ασθενούς με πίεση στο κεκαμμένο γόνατο του ημιπληγικού σκέλους, ακολουθούμενο από –



Ανύψωση της λεκάνης για να κινηθεί ο ασθενής προς το πάνω μέρος του κρεβατιού.

## **Ο ασθενής σπρώχνει τον εαυτό του προς τα επάνω στο κρεβάτι αν έχει γλιστρήσει προς τα κάτω**

Με τη βοήθεια του νοσηλευτή, ο ασθενής ακολουθεί στο πρώτο μέρος την κίνηση που περιγράφηκε πιο πάνω για την χρήση της πάπιας. Τα πόδια του τα οποία έχουν τραβηχτεί προς τα πίσω κοντά στη λεκάνη, κρατιούνται από τη νοσηλεύτρια η οποία του λέει να σπρώξει προς το επάνω μέρος του κρεβατιού. Ο ασθενής μπορεί να βρει την κίνηση αυτή δύσκολη. Η νοσηλεύτρια τότε θα σταθεροποιήσει το προσβεβλημένο πόδι με ένα χέρι και θα τον βοηθήσει από τον ώμο με το άλλο χέρι. Αυτό γίνεται καλύτερα με τη τοποθέτηση του χεριού της κάτω από τη μασχάλη του, και συγχρόνως ανυψώνοντας τον ώμο προς τα επάνω και προς τα εμπρός, ή μπορεί να ανυψώσει την λεκάνη του και να τον βοηθήσει με τον τρόπο αυτόν του προς τα εμπρός.<sup>19</sup>

### **Στροφή για κάθισμα στην άκρη του κρεβατιού.**

#### **(α) στροφή προς την υγιή πλευρά για κάθισμα**

Όπως περιγράφηκε προηγουμένως ο ασθενής αρχίζει με ενωμένα χέρια και στηρίζετε στο υγιές αντιβράχιο ενώ φέρνει το υγιές αντιβράχιο ενώ φέρνει το υγιές σκέλος πάνω από την άκρη του κρεβατιού σε ημικάθισμα. Η νοσηλεύτρια μπορεί να τον βοηθήσει να καθίσει μετακινώντας την κεφαλή του προς την προσβεβλημένη πλευρά. Συγχρόνως κινεί το προσβεβλημένο σκέλος πάνω στην άκρη κρεβατιού με το άλλο χέρι της. Ο ασθενής πρέπει να κρατά τα χέρια του ενωμένα. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να μην χρειάζονται τη βοήθεια της νοσηλεύτριας για να κατεβάσουν το προσβεβλημένο μέλος πάνω από την άκρη του κρεβατιού για να καθίσουν αν έχει πρώτα εκπαιδευτή να κινούν αμφότερα τα κεκαμένα σκέλη στη μια πλευρά η στην άλλη. Με τα χέρια ενωμένα, αρχίζουν να στρέφουν τον κορμό και μετά την λεκάνη. Τα πόδια είναι αμφότερα πάνω στο κρεβάτι και αμφότερα τα γόνατα συγκρατούνται μαζί όταν στραφεί. Αυτός είναι ένας καλός τρόπος για να προετοιμασθεί ο ασθενής να κινήσει το προσβεβλημένο σκέλος πάνω από την άκρη του κρεβατιού.<sup>19</sup>

## **(β) στροφή προς τη προσβεβλημένη πλευρά για κάθισμα**

Αυτό είναι πιο δύσκολο κατά κάποιο τρόπο, αλλά είναι απαραίτητη άσκηση για αυτόν. Ο ασθενής αρχίζει να στρέφεται όπως περιγράφηκε παραπάνω π.χ. με τα χέρια ενωμένα. Όταν είναι ξαπλωμένος στη προσβεβλημένη πλευρά και θέλει να καθίσει, η νοσηλεύτρια στηρίζει την κεφαλή του από την προσβεβλημένη πλευρά και τον βοηθάει να την κινήσει προς την υγιή πλευρά; και πάνω, ενώ αυτός στηρίζετε στο προσβεβλημένο αντιβράχιο. Η νοσηλεύτρια θα τον βοηθήσει να κινήσει το προσβεβλημένο σκέλος πάνω από την άκρη του κρεβατιού. Ενώ ο ασθενής κινεί το υγιές σκέλος πάνω από την άκρη του κρεβατιού, η νοσηλεύτρια σπρώχνει το κεφάλι του περισσότερο προς την υγιή πλευρά και προς τα πάνω για κάθισμα. Ενώ το άνω άκρο του ασθενούς δεν είναι σε πολύ σπαστική κάμψη, η νοσηλεύτρια τοποθετεί και συγκρατεί το προσβεβλημένο χέρι σε έκταση πάνω στο κρεβάτι, ώστε ο ασθενής εκτίνει τον αγκώνα του. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, το υγιές άνω άκρο είναι ελεύθερο να βοηθήσει την κίνηση του κορμού προς τα πάνω.<sup>19</sup>

#### Ημιπληγία Ενηλίκου: Αξιολόγηση και Θεραπεία



Καθισμα πάνω στην προσβεβλημένη πλευρά.



Η θεραπεύτρια ή νοσοκόμα κινεί την κεφαλή του ασθενούς προς την υγιή πλευρά.



Η θεραπεύτρια κινεί τον ώμον και τον εκτεταμένο βραχίονα προς τα μπρος. Ο ασθενής χρησιμοποιεί υγιές άνω άκρο για στήριξη.

### Ξάπλωμα από τη καθιστή θέση

Η νοσηλεύτρια κρατά το προσβεβλημένο χέρι του ασθενούς, ο βραχίονας σε έξω στροφή και σε διαγώνια έκταση προς τα εμπρός στο ύψος του ώμου, ενώ ο ασθενής ξαπλώνει αργά, χρησιμοποιώντας το υγιές άνω άκρο για στήριξη. Με τον τρόπο η νοσηλεύτρια θα εμποδίσει την έλξη του ώμου προς τα πίσω και κάμψη του προσβεβλημένου άνω άκρου. Ο ασθενής μετά ανυψώνει το υγιές σκέλος πάνω στο κρεβάτι, με τη νοσηλεύτρια να δίνει λίγη βοήθεια ανασηκώνοντας κάτω από το γόνατο. Δεν πρέπει να σηκώσει το προσβεβλημένο σκέλος με το υγιές. Αυτό στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητο και είναι επιζήμιο, γιατί ο ασθενής δεν πρέπει να αποκτήσει την συνήθεια να το κάνει παθητικά με το υγιές σκέλος, αλλά πρέπει να μάθει να το σηκώνει ενεργητικά όσο το δυνατό συντομότερα.<sup>19</sup>

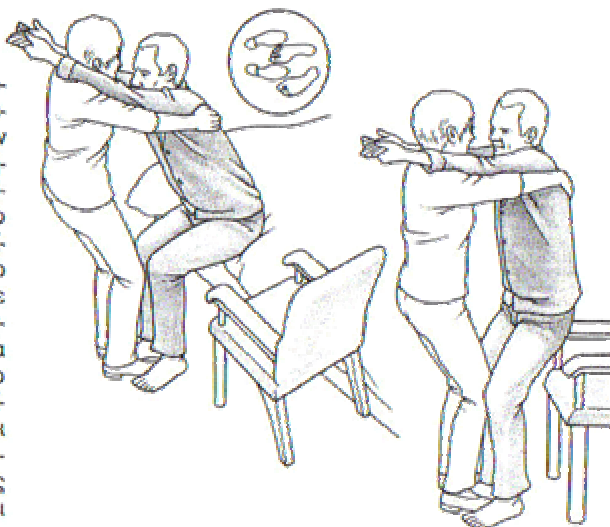


## Κάθισμα και ορθοστάτηση

Ένα στρώμα από αφρολέξ τοποθετείται μπροστά στο κρεβάτι για την ορθοστάτηση. Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να είναι δίπλα στην υγιή πλευρά του ασθενούς όταν αυτός κάθεται, σηκώνεται όρθιος ή βαδίζει, αφού μπορεί να το χρησιμοποιήσει και δεν την χρειάζεται εκεί. Πρέπει να στέκεται είτε μπροστά στον ασθενή ή ακόμη καλύτερα, στην προσβεβλημένη πλευρά του. Αυτό θα την επιτρέψει να μετατοπίσει το βάρος του προς την προσβεβλημένη πλευρά του στο κάθισμα, στην ορθοστάτηση ή στην βάδιση, και στην μεταφορά του σε μια καρέκλα, ή από την καρέκλα στο κρεβάτι. Αν βάζει βάρος πάνω στην προσβεβλημένη πλευρά του, ο ασθενής βαθμιαίως θα υπερνικήσει τον φόβο του για πέσιμο.<sup>19</sup>

### ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΕΚΛΑ

Μόλις ο ασθενής καθίσει στην άκρη του κρεβατιού, σταθείτε μπροστά του, περάστε τα χέρια σας γύρω από την πλάτη του και τοποθετήστε τα πόδια σας μπροστά από το παράλυτο πόδι του, για να εμποδίσετε το αδύναμο γόνατο να λυγίσει. Βοηθήστε τον να σταθεί όρθιος, ενθαρρύνοντάς τον να στηριχτεί και στα δυο του πόδια. Ύστερα γυρίστε τον για να καθίσει αργά στην καρέκλα, λυγίζοντας την μέση, δίχως να τον αφήσετε να πέσει απότομα πίσω.



### Από κάθισμα ορθοστάτηση

Με τον ασθενή καθισμένο στο κρεβάτι, η νοσηλεύτρια θα σταθεί μπροστά του με το υγιές χέρι του γύρω από τη μέση της για να κρατηθεί πάνω της. Μετά θα πάρει το προσβεβλημένο άνω άκρο και με το ένα χέρι κάτω από τη μασχάλη του, θα σηκώσει τον ώμο, θα στρέψει το άνω άκρο προς τα έξω και θα εκτείνει τον αγκώνα του. Μετά θα φέρει το άνω άκρο προς τα εμπρός

και στη μέση της ακριβώς όπως το υγιές. Θα σταθεροποιήσει τον βραχίονα του πάνω στο σώμα της με το αντιβράχιο της, έτσι ώστε και τα δυο χέρια της να είναι ελεύθερα να βοηθήσει τον ασθενή να ορθοστατήσει. Πριν ορθοστατήσει, θα τον βοηθήσει να κινηθεί προς τα εμπρός από τα ισχία, αφού έχει την τάση να ελκύει προς τα πίσω τον προσβεβλημένο ώμο και να γέρνει προς τα πίσω τον κορμό, κυρίως στη προσβεβλημένη πλευρά. Συνήθως ο ασθενής φοβάται ότι θα πέσει ακόμα και αν κάποιος στέκεται μπροστά του. Φοβάται ακόμη ότι θα πέσει προς την προσβεβλημένη πλευρά. Αυτός ο φόβος μπορεί να ανακουφισθεί από την νοσηλεύτρια με την τοποθέτησή του ενός χεριού της κάτω από τον ώμο του και κρατώντας τον, τον τραβά ελαφρά προς την προσβεβλημένη πλευρά, έτσι ώστε το βάρος του να έρθει πάνω στο προσβεβλημένο ισχίο. Με το άλλο χέρι μπορεί να σπρώξει το κεφάλι του πλάγιως προς την υγιή πλευρά, επειδή συνήθως η πτώση προς τη προσβεβλημένη αρχίζει από την κεφαλή. Αυτή η πλάγια αντίσταση στη πλευρά της κεφαλής θα τον εμποδίσει να πέσει προς την προσβεβλημένη πλευρά. Όταν κάθετα, ο ασθενής πρέπει να σηκώσει την κεφαλή και να κοιτάζει την νοσηλεύτρια, όχι προς τα κάτω. Όταν ο ασθενής μπορεί να κάνει αυτή τη κίνηση, πρέπει να χρησιμοποιήσει αυτή τη θέση, π.χ. καθισμένος χωρίς να γέρνει προς τα πίσω, για να τοποθετήσει το υγιές πόδι του στο πάτωμα, μετά το προσβεβλημένο και μετά στέκεται όρθιος. Αν χρειάζεται βοήθεια με το προσβεβλημένο πόδι του, η νοσηλεύτρια πρέπει να πιάσει το σκέλος προς τα κάτω πάνω από το γόνατο. Αν όταν το προσβεβλημένο πόδι είναι στο πάτωμα, τείνει να ανυψωθεί ξανά, η νοσηλεύτρια μπορεί στην αρχή να τοποθετήσει το πόδι της ελαφρά πάνω στο δικό του. Όταν ο ασθενής στέκεται όρθιος, η νοσηλεύτρια μπορεί να τον βοηθήσει τοποθετώντας το χέρι της π.χ. εκείνο που είναι προς την υγιή πλευρά του, στην πλάτη του και να σπρώξει την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης προς τα εμπρός, έτσι ώστε να ευθυσθούν τα ισχία και να τον επιτρέψουν να σταθεί όρθιος. Στην αρχή, μπορεί να του επιτραπεί να ακουμπήσει στο κρεβάτι με τους μηρούς. Αν μπορεί να σταθεί για μια στιγμή χωρίς να ακουμπά στο κρεβάτι, η νοσηλεύτρια μπορεί να τον γυρίσει προς το αμαξίδιό του, αρχίζοντας με το άνω μέρος του σώματός του και στηρίζοντας τον καλά κάτω από τον ώμο και την πλάτη της υγιούς πλευράς. Το αμαξίδιο τοποθετείται έτσι, ώστε να είναι απαραίτητη μόνο ένα τέταρτο στροφής. Για κάθισμα το άνω τμήμα του

σώματος του ασθενή θα πρέπει να έχει καλή κλίση προς τα εμπρός έως ότου είναι πραγματικά καθισμένος.<sup>19</sup>

## **Σήκωμα από την καρέκλα**

Η νοσηλεύτρια θα στέκετε μπροστά στον ασθενή, φέρνοντας τα δύο χέρια του μπροστά, όπως όταν σηκώνεται από το κρεβάτι. Τα γόνατα θα είναι μαζί στη μέση γραμμή και τα πόδια παράλληλα σε ορθή γωνία με τα γόνατα. Το προσβεβλημένο πόδι δεν πρέπει να είναι μπροστά από το υγιές, η τουλάχιστον όχι μακριά μπροστά από αυτό, αλλιώς δεν θα φέρει βάρος πάνω σε αυτό. Αν ο ασθενής προσπαθήσει να σηκώσει το προσβεβλημένο πόδι του από το πάτωμα, η νοσηλεύτρια πρέπει να τοποθετήσει το δικό της ελαφρά πάνω του. Θα πρέπει να δώσει ελαφρά πίεση στο γόνατο του προσβεβλημένου σκέλους για να του δώσει την αίσθηση της στήριξης βάρους πριν σταθεί όρθιος, χρησιμοποιώντας το χέρι της που είναι προς την υγιή πλευρά. Με το ίδιο χέρι μετά θα στηρίξει την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και θα φέρει προς τα εμπρός τον κορμό. Η κεφαλή του ασθενούς δεν πρέπει να είναι λυγισμένη προς τα κάτω αλλά να κοιτάζει την νοσηλεύτρια. Μετά θα πιέσει με τα γόνατά της τα γόνατα του ασθενούς και θα τον βοηθήσει να σηκωθεί όρθιος από τη καρέκλα.<sup>19</sup>

## **Φροντίδα του ασθενούς όταν είναι στο αμαξίδιο**

Όταν κάθετε στο αμαξίδιο και κυρίως κατά την πρώτη χαλαρή περίοδο, ο ασθενής θα τείνει να πέφτει προς την προσβεβλημένη πλευρά. Η ωμική ζώνη και ο κορμός στην πλευρά αυτή πέφτουν η έλκουν προς τα κάτω και πίσω. Η κεφαλή επίσης έλκετε προς την προσβεβλημένη πλευρά. Αν αυτό δεν διορθωθεί, αργότερα ο ασθενής θα αντισταθμίσει αυτή την τάση καθισμένος με όλο το βάρος του πάνω στην υγιή πλευρά, κρατώντας πάντα σφιχτά την καρέκλα και κοιτάζοντας μόνο προς την υγιή πλευρά. Αυτά είναι πολύ δυσμενές για την αποκατάσταση της προσβεβλημένης πλευράς και για στήριξη βάρους και ισορροπίας και θα πρέπει να διορθωθεί εγκαίρως στην

καθιστή θέση. Η καρέκλα θα πρέπει να έχει ένα πλαϊνό στήριγμα αρκετά φαρδύ για να χωράει και να στηρίζει το άνω άκρο χωρίς αυτό να πέφτει προς τα μέσα ή προς τα έξω. Το στήριγμα θα πρέπει να είναι αρκετά μακρύ ώστε να επιτρέπει το άκρο να έρθει μπροστά όσο το δυνατόν μακρύτερα, επιτρέποντας τον αγκώνα να έρθει σε έκταση και να εμποδίσει την έκταση του ώμου προς τα πίσω. Το χέρι, με τα δάχτυλα σε έκταση όπως στη φυσιολογική θέση, μπορεί να τοποθετηθεί σε ένα κοίλο και αρκετά επίπεδο στήριγμα από αφρολέξ το οποίο έχει κολληθεί στο πλαϊνό στήριγμα. Το στήριγμα εμποδίζει την εξαρτημένη κάμψη και έλξη προς τα πίσω και άνω άκρου όταν ο ασθενής ρολάρει το αμαξίδιο μόνος του. Ένα μαξιλάρι ή σακουλάκι με άμμο θα στηρίζει ελαφρά τον προσβεβλημένο ώμο για να εμποδίσει την έλξη του προς τα κάτω. Ένα μαξιλάρι τοποθετημένο πίσω από τον προσβεβλημένο ώμο θα τον φέρει προς τα εμπρός. Ο κορμός του ασθενούς θα πρέπει να στηρίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην μπορεί να κλείνει προς τα πίσω, αυτό γίνεται με τη βοήθεια μιας σανίδας. Πρέπει να προσεχθεί ώστε το προσβεβλημένο σκέλος να μην είναι σε απαγωγή. Ένα μικρό σακουλάκι με άμμο στην εξωτερική πλευρά του μηρού θα την εμποδίσει αρκετά εύκολα. Ένας καλύτερος τρόπος αντί του πλάγιου στηρίγματος είναι να έχει ο ασθενής ένα κινητό δίσκο μπροστά του. Αυτό του επιτρέπει να έχει αμφότερα τα άνω άκρα μπροστά και μπορεί να βλέπει τον προσβεβλημένο βραχίονα και χέρι καθώς και να κάνει αμφίπλευρες ασκήσεις άνω άκρων. Καθώς συνηθίζει αυτή τη θέση στο αμαξίδιο, θα είναι προετοιμασμένος να κάνει το ίδιο όταν θα κάθεται μπροστά σε τραπέζι. Διδάσκεται να κρατά την εξωτερική πλευρά του δίσκου με το προσβεβλημένο χέρι, μια θέση η οποία φέρνει τον ώμο πολύ μπροστά, και εκτείνει τον αγκώνα.<sup>19</sup>

## **Ειδικά σημεία προσοχής**

Με σκοπό να βοηθηθεί ο ασθενής να αφομοιώσει την προσβεβλημένη πλευρά του μέσα στην εικόνα του σώματος του, ειδικά βραχίονα και χέρι, η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δώσει προσοχή στα ακόλουθα:

1. Ο ασθενής θα πρέπει να κάθεται πολύ με τα χέρια ενωμένα και με συχνή ανύψωση των άνω άκρων πάνω από την κεφαλή του. Δεν πρέπει να «νταντεύει» το προσβεβλημένο χέρι του από το υγιές.
2. Πρέπει να κοιτάζει προς την προσβεβλημένη πλευρά
3. Επισκέπτες και άλλοι ασθενείς στους οποίους μιλά, θα πρέπει να στέκονται ή να κάθονται πλάι του προς την προσβεβλημένη πλευρά.
4. Ο ασθενής πρέπει να κάθεται συχνά σε τραπέζι αντί σε καρέκλα χωρίς δίσκο μπροστά του.
5. Πρέπει να έχει αμφότερα τα άνω άκρα πάνω στο τραπέζι ή όταν τρώει ή κάνει κάτι με το υγιές χέρι του το προσβεβλημένο άνω άκρο πρέπει να είναι σε έκταση πάνω στο τραπέζι. Επίσης μπορεί να κρατά ένα όρθιο μικρό ξύλο το οποίο έχει σταθεροποιηθεί πάνω στο τραπέζι.
6. Αν χρειάζεται βοήθεια κατά τη βάδιση, θα του την δώσει η νοσηλεύτρια από την προσβεβλημένη πλευρά και όχι από την υγιή πλευρά.<sup>19</sup>

## **Φυσιοθεραπεία κατά την πρώτη κυρίως (χαλαρά φάση)**

### **Γύρισμα από την ύπτια στην πλάγια θέση**

Μία από τις πρώτες δραστηριότητες με τις οποίες θα πρέπει η φυσιοθεραπεύτρια να εργασθεί στη θεραπεία είναι η στροφή σε κάθε πλευρά. Η ύπτια θέση είναι μία θέση η οποία προκαλεί μεγίστη σπαστικότητα εκτεινόντων, δηλ. έλξη του βραχίονα και του ώμου προς τα πίσω και σπαστικότητα εκτεινόντων στο κάτω άκρο. Επομένως, ο ασθενής δεν πρέπει να παραμένει πάντα στην ύπτια θέση, αλλά πρέπει γρήγορα να μάθει να χρησιμοποιεί τον κορμό του, π.χ. την ωμική ζώνη και τη λεκάνη, να γυρίσει και να ξαπλώσει στο πλάι για ορισμένο διάστημα της ημέρας. Αν ρολάρει και ξαπλώσει στην υγιή πλευρά του, με το προσβεβλημένο άνω άκρο προς την επάνω πλευρά, ο ώμος και ο βραχίονας πρέπει να κινηθούν προς τα εμπρός, ο αγκώνας σε έκταση, και το προσβεβλημένο σκέλος σε φυσιολογική θέση ημι – κάμψης. Αν ρολάρει και ξαπλώσει πάνω στην προσβεβλημένη πλευρά, ο

ώμος αυτής της πλευράς πρέπει, ξανά, να τοποθετηθεί προς μπρος, με τον αγκώνα σε έκταση και υπτιασμό. Αυτή η θέση βοηθά να εμποδιστεί η έλξη του ώμου προς τα πίσω και η ανάπτυξη σπαστικότητας καμπτήρων με πρηνισμό του προσβεβλημένου άκρου.<sup>19</sup>

Η στροφή αρχίζει καλύτερα με κινήσεις της ωμικής ζώνης και του βραχίονα. Ο ασθενής, στην ύπτια, δένει τα χέρια του, με τον αντίχειρα του προσβεβλημένου χεριού πάνω από τον υγιή αντίχειρα για μέγιστη απαγωγή. Δέσιμο των χεριών του θα του δώσει μια αίσθηση ισότητας αμφοτέρων των χεριών, και επίσης λίγο υπτιασμό του προσβεβλημένου χεριού. Το άνοιγμα των δακτύλων στις μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις διευκολύνει την έκταση του καρπού και δακτύλων και ενεργεί ενάντια στη σπαστικότητα των καμπτήρων.<sup>19</sup>

Πριν ρολάρει στο πλάι, ο ασθενής πρέπει να ασκηθεί στην ανύψωση των δεμένων χεριών του πάνω από την κεφαλή του και κάτω πάλι, με τους αγκώνες σε πλήρη έκταση. Η φυσιοθεραπεύτρια πρέπει να προσέξει ώστε οι παλάμες αμφοτέρων των χεριών να έχουν τον ίδιο βαθμό υπτιασμού. Μετά, με τους βραχίονες σε οριζόντια έκταση προς τα εμπρός, πρέπει να ασκηθεί να λυγίζει τους αγκώνες του και να τοποθετεί τα δεμένα χέρια του στο στήθος του. Ο αγκώνας του προσβεβλημένου άνω άκρου πρέπει να είναι πολύ βραχίονες πάνω και μπροστά. Από τη θέση αυτή φέρνει αμφοτέρους τους βραχίονες με δεμένα τα χέρια, πρώτα προς τη μια πλευρά και μετά προς την άλλη. Μετά τον βοηθούν, αν είναι απαραίτητο, να κινήσει τη λεκάνη και το σκέλος προς την πλάγια θέση. Όταν είναι ξαπλωμένος στην προσβεβλημένη πλευρά, ο ώμος θα πρέπει να τοποθετηθεί όσο το δυνατόν προς τα εμπρός για να εξουδετερώσει την έλξη προς τα πίσω της ωμοπλάτης. Ο βραχίονας είναι τώρα σε έξω στροφή, το αντιβράχιο σε υπτιασμό και ο αγκώνας σε έκταση. Αυτό είναι ένα «πρότυπο αντανakλαστικής αναστολής», που εξουδετερώνει τη σπαστικότητα των καμπτήρων και τον πρηνισμό, και είναι χρήσιμο για εξάσκηση στη μεμονωμένη κάμψη του αγκώνα, χωρίς την έλξη προς τα πίσω του ώμου, για να φέρει το χέρι προς το στόμα, αναλασσόμενη με έκταση. Ο ασθενής αισθάνεται το χέρι του να αγγίζει το στόμα του, πράγμα που τον ευχαριστεί και συχνά γλύφει τα δάκτυλα του και χαμογελά. Φαίνεται ότι αναγνωρίζει και δέχεται το χέρι του μέσω του στόματος του πιο εύκολα

παρά όταν απλώς κοιτάζει το χέρι του. Χέρι και στόμα είναι στενά συνδεδεμένα στη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Το μωρό μαθαίνει πρώτα το χέρι του μέσω του στόματός του, και αυτή φαίνεται να είναι η περίπτωση επίσης με τον ημιπληγικό ασθενή.<sup>19</sup>

## **Έλεγχος προσαγωγής και απαγωγής του ισχίου στην ύπτια θέση**

Πολλοί ασθενής δεν έχουν έλεγχο προσαγωγής και απαγωγής και παρόλα αυτά αναμένεται να βαδίσουν. Για να αποκτηθεί έλεγχος, ο ασθενής ξαπλώνει στην ύπτια με αμφότερα τα σκέλη σε κάμψη και τα πόδια του επίπεδα πάνω στο στήριγμα. Για αρχή το προσβεβλημένο πόδι θα παραμείνει παράλληλο κοντά στο υγιές, και ίσως χρειαστεί να εμποδιστεί να γλιστρήσει στην έκταση. Ο ασθενής πρέπει να συγκρατεί το υγιές γόνατο σταθερό στη μέση γραμμή π.χ. δεν πρέπει να το κινεί όταν του ζητείται να εκτελεί μικρές κινήσεις προσαγωγής και απαγωγής, εναλλάξ με το προσβεβλημένο σκέλος. Θα πρέπει να μάθει να σταματά και να κρατά τη διαδικασία αυτών των κινήσεων ακριβώς όπου και όποτε του ζητηθεί αυτό. Στην αρχή μπορεί να υπερβαίνει την επιθυμητή θέση, ή να μην μπορεί να αντιστρέψει την κίνηση, ειδικά αν το σκέλος έχει τάση να πέφτει προς τα έξω σε απαγωγή. Όταν κερδίσει τον έλεγχο αυτών των κινήσεων, του ζητείτε να συγκρατεί το προσβεβλημένο σκέλος σταθερό στη μέση γραμμή και να κάνει προσαγωγή και απαγωγή με το υγιές σκέλος. Η ανεξάρτητη συγκράτηση του προσβεβλημένου σκέλους όταν κινεί το υγιές είναι πολύ σημαντική για βάδιση αργότερα, γιατί αλλιώς δεν θα υπάρχει έλεγχος και σταθερότητα του προσβεβλημένου σκέλους στο ισχίο όταν κάνει ένα βήμα με το υγιές σκέλος. Στην ίδια διαδικασία μπορεί να εξασκηθεί αργότερα με την λεκάνη ανυψωμένη από το στήριγμα. Αυτό είναι δυνατόν να γίνει καλά, ο ασθενής μπορεί να σηκώσει ένα πόδι από το κρεβάτι η δίπλα και να στηριχθεί μόνο στο άλλο, αλλά όταν σηκώνει το υγιές πόδι, η λεκάνη πρέπει να είναι ίσια και να μην πέσει στην προσβεβλημένη πλευρά.<sup>19</sup>

## Έλεγχος του βραχίονα στον ώμο

Είναι ευκολότερο για τον ασθενή να αποκτήσει έλεγχο της ωμικής ζώνης του και του βραχίονα στην ύπτια παρά στην καθιστή θέση, γιατί όταν το ισχίο είναι σε κάμψη, η τάση των καμπτήρων για σπαστικότητα αυξάνεται.

Καθ'όλη τη διάρκεια της εργασίας για έκταση και ανύψωση του βραχίονα, το σκέλος του ασθενούς πρέπει να είναι σε κάποια κάμψη με το πόδι σε πρηνισμό και το πέλμα πάνω στο στήριγμα. Το σκέλος πρέπει να είναι σε προσαγωγή με τη λεκάνη σε πρόσθια στροφή προς την πλευρά της υγιούς πλευράς για να εμποδίσει το κεκαμένο σκέλος σε απαγωγή και τη λεκάνη να στραφεί προς τα πίσω. Είναι απαραίτητο να διατηρηθεί η κάμψη του σκέλους για να αποφευχθεί σπαστικότητα των εκτεινόντων, μέσω εξαρτημένων αντιδράσεων, ειδικά όταν ο ασθενής προσπαθεί να ανυψώσει τον βραχίονα του ή να τον κρατήσει ανυψωμένο.<sup>19</sup>



## Παράρτημα Ι

### Τα σωστά και τα λάθη της αποκατάστασης

#### Σωστό

- Ταξινομήσετε μερικές επιτυχείς δραστηριότητες και μην βιάζεται τα πράγματα. Να έχετε πάντα στο μυαλό σας τη φράση λίγα και συχνά.
- Χρησιμοποιήστε δύο κομοδίνα δίπλα στο κρεβάτι : εγκαταστήστε ένα κουδούνι (σε περίπτωση που ο ασθενής χρειαστεί βοήθεια) ένα φως αλλά απαραίτητα στην υγιή πλευρά, αλλά τοποθετήστε κάτι όπως ένα βιβλίο, στην αδύναμη πλευρά για να ενθαρρύνεται τον ασθενή να χρησιμοποιεί το χέρι που έχει πάθει βλάβη.
- Να έχετε υπομονή και ηρεμία, οι ασθενείς με εγκεφαλικό συχνά έχουν εκνευρισμό και απογοητεύονται όταν αντιλαμβάνονται την αδυναμία τους να κάνουν απλές κίνησης και μερικές φορές ξεσπούν σε αυτόν που τους φροντίζει.
- Ενθαρρύνεται τον ασθενή και επιβραβεύστε κάθε μικρό σημάδι προόδου και βελτιώσεις και μη ξεχνάτε να του υπενθυμίζετε κάθε βελτίωση που ήδη έχει πετύχει.
- Βοηθείστε τον ασθενή με εγκεφαλικό να είναι περιποιημένος .
- Εξηγήστε στην οικογένεια και τους φίλους τα προβλήματα που υπάρχουν:γιατί ένας ασθενής με εγκεφαλικό μπορεί να μην καταφέρνει να μιλάει σωστά, αυτό όμως δε σημαίνει ότι δεν καταλαβαίνει το ίδιο καλά όπως πριν το εγκεφαλικό. Αν του μιλάτε όπως σε ένα μικρό παιδί, του αυξάνεται το αίσθημα της απογοήτευσης και της αποθάρρυνσης που έχει ήδη.
- Ενθαρρύνεται τον ασθενή να συνεχίσει τις άσκησης που του συνέστησε η ιατρική ομάδα ακόμα και αν φαίνεται πως δεν έχουν σημαντικά αποτελέσματα , η ανάρρωση χρειάζεται χρόνο και μερικές βελτιώσεις μπορεί να είναι σχεδόν απαραίτητες τις πρώτες ημέρες.
- Ενισχύστε την αίσθηση χρησιμότητας του ασθενή και αναθέστε του μερικές απλές καθημερινές εργασίες που είναι σε θέση να κάνει.<sup>15</sup>

## Λάθος

- Μη βοηθήσετε στο ντύσιμο για να τελειώσει γρήγορα, αν ο ασθενής καταφέρνει να ντυθεί μόνος του, δεν έχει σημασία πόση ώρα θα του χρειασθεί.
- Μη τον βοηθήσετε να φάει ακόμα και αν λερώνεται στην αρχή, χρησιμοποιήστε μια μεγάλη πετσέτα για να μη λεκιάζονται τα ρούχα του ασθενή.
- Μην τοποθετείται όλα τα πράγματα από την καλή πλευρά του ασθενή, είναι πιο χρήσιμο για έναν ασθενή με μερικά παράλυτο χέρι να χρησιμοποιεί ένα φαρδύ κύπελλο που έχει στην αδύναμη πλευρά του, παρά να χρησιμοποιεί ένα κανονικό φλιτζάνι με τη γερή του πλευρά.
- Μην είστε υπεραισιόδοξοι σχετικά με την ταχύτητα της ανάρρωσης, οι πρόοδοι έχουν την τάση να είναι μικρές και μερικές σταδιακές, και ένας ασθενής με εγκεφαλικό κουράζεται εύκολα.<sup>15</sup>

## Αναμενόμενα προβλήματα

Οι πρώτες μέρες μετά το εγκεφαλικό είναι η περίοδος αναστάτωσης και στεναχώριας και ίσως είναι δύσκολο να αντιληφθείτε και θυμάστε πληροφορίες. Οι ακόλουθες υποδείξεις ίσως βοηθήσουν:

- Φτιάξτε έναν κατάλογο με τις ερωτήσεις που θέλετε να κάνετε και γράψτε τις απαντήσεις με την ίδια σχολαστικότητα. Βεβαιωθείτε ότι σημειώσατε κάθε πληροφορία που σας έδωσαν.
- Μάθετε όσα περισσότερα μπορείτε για τα αίτια και τις επιπτώσεις των εγκεφαλικών, τι έχει συμβεί στην ιδιαίτερη περίπτωση του ασθενή και ποιές είναι οι επιπλοκές. Κυρίως ποιές είναι οι προοπτικές για την αποθεραπεία του ασθενή (να θυμάστε ότι είναι δύσκολο για το ιατρικό προσωπικό να κάνει ακριβή πρόβλεψη για αυτό).

- Ρωτήστε την ιατρική ομάδα για τις λεπτομέρειες της φαρμακευτικής αγωγής και όσες διαφορετικές αλλαγές είναι απαραίτητες.
- Ρωτήστε για τη θεραπεία αποκατάστασης και πώς μπορείτε να βοηθήσετε σε αυτήν.
- Συναντηθείτε με τον εργασιοθεραπευτή και τον κοινωνικό λειτουργό για να οργανώσετε οποίες αλλαγές στο σπίτι και να καταστρώσετε σχέδιο φροντίδας.
- Τακτοποιήστε την διαδικασία εξαγωγής από το νοσοκομείο και για θεραπείες στο σπίτι ή στα εξωτερικά ιατρεία.<sup>1</sup>

## Παράρτημα II

### Ερωτήσεις που θα κάνατε στον εαυτό σας

- Ποίες θα είναι οι οικονομικές επιπτώσεις αν δεν εργάζεστε ούτε εσείς ούτε ο ασθενής και μήπως δεν θα υπάρχουν επιδόματα;
- Τι υποστήριξη περιμένετε από το σπίτι;
- Μπορείτε να αντεπεξέλθετε σε κάθε αλλαγή ρόλων μέσα στην οικογένεια; Για παράδειγμα μπορείτε να αναλάβετε για χάρη του ασθενή αυτά που εκείνος έκανε πριν αρρωστήσει;
- Μπορείτε να αντεπεξέλθετε με τις απαιτήσεις μιας αυστηρής καθημερινότητας και αν είστε αρκετά ικανοί να αλλάξετε αυτό το καθεστώς, μόλις ο ασθενής ανακτήσει τις ικανότητές του;
- Έχετε τη φυσική δύναμη και υπομονή να βοηθήσετε τον ασθενή με τις καθημερινές ανάγκες του και να τον βοηθήσετε να ανακτήσει την ικανότητά του;
- Έχετε την ψυχολογική δύναμη να αντεπεξέλθετε στα αισθήματα της απογοήτευσης, του θυμού και της ενοχής τόσο τα δικά σας όσο και του ασθενή;
- Μπορείτε να είστε ψύχραιμοί, σταθεροί, υπομονετικοί, να δίνετε κουράγιο και να είστε αποτελεσματικοί.<sup>15</sup>

## Παράρτημα III

### Βοήθεια για την δεκτική δυσφράθεια

- Μιλάτε καθαρά και απλά με μικρές προτάσεις, δώστε χρόνο στον ασθενή να καταλάβει τι του είπατε.
- Επαναλάβετε την φράση σας σε περίπτωση που δεν κατάλαβα ο ασθενής τι του είπατε.
- Χρησιμοποιήστε καθημερινές προτάσεις όπως για παράδειγμα θέλεις ένα ποτήρι γάλα και συγχρόνως χειρονομίες ή μιμητικές κινήσεις.
- Αν του αρέσει το διάβασμα, βρείτε βιβλία με εικόνες, περιοδικά ή κόμικς με απλούς υπότιτλους. Αποφύγετε τα παιδικά βιβλία.
- Ενθαρρύνετε προσπάθειες στο διάβασμα επικεφαλίδων της εφημερίδας ή ενός αγαπημένου περιοδικού.<sup>6</sup>

### Βοήθεια για την κινητική δυσφράθεια

- Μιλάτε πάντα φυσιολογικά και απλά, γιατί ο ασθενής μπορεί να καταλάβει όσα και πριν πάθει το εγκεφαλικό.
- Παροτρύνετε τον να ονομάσει καθημερινά αντικείμενα του σπιτιού.
- Διαβάστε στον ασθενή και βοηθείστε τον να διαβάσει μόνος του.
- Ακούστε με προσοχή τι σας λέει ο ασθενής και μετά πείτε του τι πιστεύετε ότι σας είπε, για να αποδείξετε την επιτυχία στην επικοινωνία.
- Προτιμάται να κάνει χειρονομίες ή να ζωγραφίσει μερικές για να βοηθήσει την επικοινωνία.
- Βοηθήστε τον να γράψει απλά πράγματα.
- Να έχετε πάντα κοντά στυλό και χαρτί, μια και πολύ ασθενείς είναι ικανοί να γράφουν αυτό που θέλουν να πουν, πριν ανακτήσουν την ικανότητα να εκφραστούν.<sup>6</sup>

## **Βοήθεια με την δυσαρθρία**

Η θεραπεία επικεντρώνετε στην ανάκτηση της ικανότητας να χρησιμοποιεί τους μύες που ελέγχουν την ομιλία. Ο ασθενής και αυτός που τον φροντίζει πρέπει να εξασκηθούν σε ασκήσεις που τις βάζει ο λογοθεραπευτής καθημερινά.<sup>6</sup>

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ανακεφαλαιώνοντας, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια προσβάλλουν άτομα κυρίως ηλικιωμένα. Τα άτομα αυτά απαιτούν αυξημένη συνεχή φροντίδα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται η κοινωνική, ψυχολογική, επαγγελματική και οικονομική ζωή τόσο της οικογένειας όσο και του ίδιου του ασθενή. Τέλος για την αποκατάσταση του χρειάζεται η συνεργασία διάφορων επαγγελματιών υγείας.

# Βιβλιογραφία

1. Τομάρα Β., Εγχειρίδιο Νευρολογίας, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1998, σελ 126,129-141
2. Μουτσόπουλος Χ., Cecil Βασική Παθολογία, Τέταρτη Έκδοση, Β' Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000, σελ 1075-1076
3. [http://www.incardiology.gr/pathiseis/aggeiako\\_egkefaliko.htm](http://www.incardiology.gr/pathiseis/aggeiako_egkefaliko.htm)
4. Πανελλήνιο Σεμινάριο Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας, Πρακτικά Σεμιναρίου Οργάνωση ΓΠΝΘ Παπαγεωργίου – ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 11-12 Μαΐου 2001
5. Αθανάτου Κ. Ελευθερία, Παθολογική Και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική, Έκδοση ΣΤ' Βελτιωμένη, Έκδοση Αθανάτου, Αθήνα 2000, σελ 467
6. Μπάκμαν Ρ. – Σούτκλιφ Τζ., Όσα Απαραιτήτως Πρέπει Να Γνωρίζετε, Εκδόσεις Χρυσή Πέννα, Αθήνα 2000, σελ 11-18, 31-38, 63- 68
7. Κώστας Ν. Βέμμος, Παθολόγος, Δευτερογενής πρόληψη ισχαιμικού αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, <http://www.mednet.gr/greek260-epissymp1506.htm>
8. Μουτσόπουλος Χ., Σύγχρονη Παθολογία, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996 σελ 628, 629-630
9. Πασχάλης Χ., Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Πάτρα Απρίλιος 1998 σελ 109-116
10. Μουντοκαλάκης Θ., Υπέρταση και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, <http://health.in.gr/ikiomeno/inarticle.asp?code=396&CurrentTopId=0&IssueTitle=%5F>
11. Λογοθέτης Ι. – Μυλωνάς Ι., Νευρολογία Λογοθέτη, Τρίτη Έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996 σελ 478-480
12. Τριανταφύλλου Ν., Η Νευρολογία της Εφημερίας, Εκδόσεις Γκοβροστη, Αθήνα 1997, σελ 40-45



13. Άννα Σαχίνη- Καρδάση – Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 3<sup>ος</sup> Τόμος, Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2002, σελ 301-310
14. <http://www.mednet.gr/greek260-epissymp1503.htm>, Γκατζώνης Στ., Οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: οι πρώτες ώρες
15. Καλαβρουζιώτης Γ., Νοσηλευτική Οργανικών Συστημάτων, 7η Έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999 σελ 448, 450
16. Λογοθέτης Ι. – Μυλωνάς Ι., Νευρολογία Λογοθέτη, Τέταρτη Έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2004, σελ 365
17. Πασχαλίδης Π.Χ., Εγχειρίδιο Θεραπευτικής, Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα 2000, σελ 809
18. Harrison, Εσωτερική Παθολογία, 3<sup>ος</sup> Τόμος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 1998, σελ 2911
19. Διαμαντίδου Ε., Ενήλικος ημιπληγικός Αξιολόγηση και θεραπεία, Πρώτη έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανου, Αθήνα 1996