

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

τεύχος 3ο

Ιουλιος — Σεπτεμβριος 1988



Τριμηνιαία έκδοση

του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσοκόμων Ελλάδος



«ΥΓΕΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ»

ΕΣΔΝΕ

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος  
Διπλωματούχων Νοσοκόμων Ελλάδος  
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος  
Μεσογείων 2 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 77 02 861

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Δημητρίου  
Κ. Καλανταρίδου  
Β. Λανάρα  
Μ. Μαλγαρινού

### ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού  
Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών  
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο  
2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

### ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

Φωτοστοιχειοθεσία - Σχεδιασμοί  
Εξώφυλλο - Εκτύπωση



**ΒΗΤΑ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΠΕ**

Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 6714371 - 6714340

### ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/-ές \_\_\_\_\_ 1000 δρχ.  
Σπουδάστριες/-ές \_\_\_\_\_ 500 δρχ.  
Οργανισμοί - Εταιρείες-  
Βιβλιοθήκες \_\_\_\_\_ 1500 δρχ.  
Εξωτερικό \_\_\_\_\_ 15 \$  
ΤΙΜΗ ΤΕΥΧΟΥΣ 170 δρχ.

1. Περιφερειακοί Στόχοι - Υγεία για όλους στην Ευρώπη μέχρι το 2000 .....	87
2. Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με καρδιοεγκεφαλικές κακώσεις Θεοδώρα Πανταζή .....	98
3. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις - Η νοσηλεία τους στα νευροχειρουργικά τμήματα Δέσποινα Παπαδοπούλου .....	110
4. Νοσηλευτική Έρευνα - Διεθνής Πληροφόρηση Αθηνά Καλοκαιρινού .....	117

## CONTENTS

1. Targets for Health for All - Implications for European Nursing .....	87
2. Nursing intervention to patients with head injuries Theodora Pantazi .....	98
3. Head injuries - Nursing care in Neurosurgical wards Despina Papadopoulou .....	110
4. Nursing Research - International Network Athina Kalokerinou .....	117

**ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ**  
**Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΑ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ**  
**(Αιματώματα, θλάση, διάσειση, οίδημα, μετατραυματική υδροκεφαλία)**

**Δέσποινα Παπαδοπούλου**

Νοσηλεύτρια Νοσοκομείο  
 ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ) σε συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό γίνονται μια από τις κυριώτερες αιτίες θανάτου στην εποχή μας.

Προκαλούνται από ένα αριθμό αιτιών, που περιλαμβάνονται στις αιτίες κακώσεων στο σπίτι και στο περιβάλλον του ανθρώπου, στα εργοστάσια, μέσα μεταφοράς και στους χώρους εξάσκησης ή γυμναστικής.

Το 50% ή και περισσότερο από τις ΚΕΚ οφείλεται σε τροχαία ατυχήματα. Μετά από αυτά με ρυθμό που αυξάνει αργά αλλά σταθερά έρχονται οι εγκληματικές ενέργειες με διαφόρου τύπου αντικείμενα ή όπλα. Επίσης αρχίζουν και υπολογίζονται οι ΚΕΚ που προέρχονται από αναμέτρηση ατόμων ή ομάδα ατόμων.

Στατιστικές από τις δυτικές χώρες δείχνουν πως στο 11% των ατυχημάτων που αναγκάζουν σε νοσηλεία τους τραυματίες πέρα της μιας ημέρας υπάρχει ή συνυπάρχει ΚΕΚ. Από τα θανατηφόρα ατυχήματα τα 33% συνδέονται με ΚΕΚ, που αποτελεί την μοναδική ή κυριώτερα αιτία θανάτου. Το 15% των ατυχημάτων που προκαλούν ΚΕΚ θα αφήσουν μακροχρόνια αναπηρία. Πέρα από το γεγονός αυτό, επειδή συμβαίνουν συνήθως σε άτομα που βρίσκονται στο πρώτο ήμισυ της ζωής τους, που ουσιαστικά συνδέεται με την μεγαλύτερη απόδοση του ανθρώπου, οι ΚΕΚ επηρεάζουν την παραγωγικότητα του πληθυσμού.

Η νευροχειρουργική κλινική του ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης το 1984 νοσήλευσε 150 κρανιοεγκεφαλικούς αρρώστους που 60 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (θλάσεις) και βελτιώθηκαν 40, ενώ 20 κατέληξαν και 90 χειρουργικά (αιματώματα) που βελτιώθηκαν 66 και 24 κατέληξαν.

Το 1986 νοσήλευσε 109 τραυματίες από τους οποίους 30 αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά και βελτιώθηκαν 26, ενώ κατέληξαν 4 και 79 χειρουργικά, που 65 βελτιώθηκαν και 14 κατέληξαν.

Από τους τραυματίες που πιθανά θα πεθάνουν το 40% θα πεθάνουν πριν φθάσουν στο νοσοκομείο, το 40% μέσα στις πρώτες 48 ώρες από την εισαγωγή στο νοσοκομείο και το υπόλοιπο θα πεθάνει μέσα σε μια εβδομάδα. Ο τραυματίας εκτός από την ΚΕΚ ίσως φέρει κακώσεις και σε άλλα σημεία

του σώματος όπως κατάγματα μακρών οστών, οστών προσώπων, κακώσεις θώρακος, κοιλίας κ.λπ., να είναι δηλ. πολυτραυματίας.

Η οργάνωση επομένως κέντρων διάγνωσης και αντιμετώπισης τόσο των ΚΕΚ όσο και των επιπλοκών τους, σε σωστή τοπογραφική κατανομή, με εξασφάλιση έμπειρου προσωπικού, δικτύου ταχείας πληροφόρησης και ακόμη πιο ταχείας και ασφαλούς μεταφοράς αποτελούν βασική προϋπόθεση στην αντιμετώπιση – επιτυχώς – των ΚΕΚ.

Η νοσηλεία των αρρώστων αυτών σε μονάδα εντατικής θεραπείας είναι αυτονόητη. Η ΜΕΘ προϋποθέτει κατάλληλο προσωπικό, τεχνικό εξοπλισμό και ειδικό χώρο. Η παρακολούθηση των αρρώστων είναι συνεχής, αλλά οι πιο σπουδαιές παράμετροι, η αναπνευστική και καρδιακή συχνότητα, η αρτηριακή και ενδοκράνιος πίεση και η θερμοκρασία αναγράφονται ανά 1 ώρα. Το monitor για τον κάθε άρρωστο βοηθά στην παρακολούθησή του, με προειδοποιητικά συστήματα (alarms). Έχει δυνατότητα να δείχνει συνεχώς ΗΚΓ, σφύξεις, θερμοκρασία, αρτηριακή πίεση και ενδοκρανική. Παρακολουδούνται συχνά το επίπεδο συνείδησης και η αντίδραση των κορών στο φως, καθώς επίσης και δευτεροπαθείς επιπλοκές, όπως επιληπτικές κρίσεις. Καταγράφονται τα υγρά, ακριβώς την ώρα που άρχισε η χορήγησή τους για να ελέγχεται ο ρυθμός χορήγησης, όπως και η ποσότητα των ούρων που αποβλήθηκε σε ανάλογο χρόνο. Η απόφραξη του καθετήρα, παρεμποδίζει την αποβολή ούρων και προκαλεί υπερπλήρωση της κύστης με διόγκωση του υπογαστρίου. Η ψηλάφηση της υπερηβικής χώρας, αποτρέπει την υπερπλήρωση της κύστης. Για την πρόληψη φλεγμονωδών επιπλοκών, συνιστάται η αντικατάσταση του διουρηθρικού καθετήρα με εξωτερικό π.χ. πεοκαλύπτρα στους άνδρες. Επιβάλλεται δε ανά 4ωρο ισολογισμός των υγρών. Καταγράφονται τα φάρμακα του 24ωρου, σαν βασική αγωγή και οι έκτακτες δόσεις με τις αντίστοιχες ώρες. Στα παιδιά οι ποσότητες των διαλυμάτων και φαρμάκων απαιτούν ακριβή υπολογισμό. Ιδιαίτερη στήλη συμπληρώνεται για την χορήγηση υγρών ή τροφών, τις κενώσεις και την έξοδο γαστρικών υγρών και παροχетеύσεων (red-o-vas, bülau) ανά 24ωρο.

Η παραπέρα νοσηλεία στη Μονάδα οφείλει να γίνεται με όλους τους κανόνες προφύλαξης. Το προσωπικό φοράει ειδική μπλούζα, υποδήματα, καπέλο, μάσκα και χρησιμοποιεί αποστειρωμένα γάντια μιας χρήσης για την περιποίηση του κάθε αρρώστου. Μπροστά από κάθε χειρισμό του αρρώστου, το προσωπικό πλένει τα χέρια με απολυμαντικό. Τα μέσα που έρχονται σε επαφή με τον άρρωστο είναι αποστειρωμένα. Ο αναπνευστήρας και τα εξαρτήματά του απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στην απολύμανση, ενώ αλλάζονται καθημερινά οι πλαστικοί σωλήνες του, καθώς και το εφυγραντικό υγρό του εισπνεόμενου αέρα, που πρέπει να είναι αποστειρωμένο. Μια φορά την εβδομάδα απολυμαίνεται ο χώρος μαζί με τον εξοπλισμό.

Ο κρανιοεγκεφαλικός άρρωστος απειλείται με όλα τα μειονεκτήματα της ακινητοποίησης στο κρεβάτι και απαιτεί γι' αυτό όλες τις νοσηλευτικές φροντίδες προς αποφυγή των.

Ήπιες κινήσεις κατά την μετακίνησή του, γενική υγιεινή του αρρώστου, συχνός καθαρισμός της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας με αντισηπτικά. Περιποίηση του δέρματος τρεις φορές την ημέρα, τεντωμένα και στεγνά υποσένοδονα, συχνή αλλαγή θέσεων, για την παρεμπόδιση δημιουργίας ελκών από κατάκλιση σε περιοχές που πιέζονται, όπως φτέρνες, αστράγαλοι, η περιοχή του ιερού οστού και του κόκκυγα. Ιδιαίτερα αυτό ισχύει στους παραπληγικούς (κατόπιν διατομής του νωτιαίου μυελού) και στους αρρώστους που βρίσκονται εκτός συνείδησης, γιατί δεν υπάρχει το αίσθημα του πόνου, που θα τους κάνει να μετακινηθούν. Η χρήση διαφόρου τύπου στρωμάτων και μαξιλαριών, είτε είναι μηχανικά, είτε ηλεκτρικά, είτε είναι ειδικής κατασκευής, όπως τα στρώματα νερού και πολυουρεθάνης, βοηθούν στην πρόληψη των κατακλίσεων. Για παραπληγικούς και τετραπληγικούς, χρησιμοποιούνται τα στεφανωτά, για να μη πιέζουν τα καλλύματα τον άρρωστο. Αν για ειδικούς λόγους επιβάλλεται ακινητοποίηση και δεν υπάρχει δυνατότητα ειδικών κρεβατιών και στρωμάτων, τότε κάθε ύποπτη περιοχή προστατεύεται με ειδικές φόρμες αφρολέξ, ώστε οι περιοχές αυτές να είναι στο κενό. Επίσης στα σημεία καθηλώσεως του διεγερτικού αρρώστου με ιμάντες, θα προσέξουμε να μην ασκείται πίεση.

Πρώιμη έγερση του αρρώστου, ελαστικές κάλτες, επαρκής ενυδάτωση και κινήσεις, είναι τα καθιερωμένα μέτρα πρόληψης πνευμονικής εμβολής αρρώστων με πάρεση ή παράλυση των κάτω άκρων. Ο ρόλος του ειδικού χειρισμού των μυών σαν χειρομάλαξη ή μάλαξη με την βοήθεια ασκών αέρος μεταβλητής πίεσης αρχίζει να κερδίζει έδαφος αλλά είναι νωρίς για να αναγνωριστεί η αξία του ρόλου του. Η χρήση ειδικών κρεβατιών πολλαπλών κινήσεων διευκολύνουν την έγερση, καθώς βοηθά να ξεπεραστεί η ορδοστατική υπόταση και η τάση για λιποθυμία καθώς επανέρχεται ο αγγειακός τόνος.

Προφύλαξη των κερατοειδών με κάλυψη των επιπεφυκότων με αντιβιοτική αλοιφή και πλύση με ουδέτερο κολλύριο, ιδιαίτερα σε περιφερική πάρεση του προσωπικού νεύρου.

Προφύλαξη των αρθρώσεων με κατάλληλη τοποθέτησή τους, παρακολούθηση των ναρθήκων των καταγμάτων και αργότερα εφαρμογή συστηματικής φυσιοθεραπείας.

Φροντίδα των φλεβικών καθετήρων, αντισηψία περιοχής εισόδου, διόρθωση πιθανής κάμψης, εντοπισμός δρομφοφλεβίτιδας, έλεγχος καθετήρα κεντρικής φλέβας, καλή στερέωση, παρακολούθηση λειτουργίας των συστημάτων χορήγησης ορών, αίματος, υποκαταστάτων, για συνεχή ροή.

Περιποίηση διασωληνωμένου ή τραχειοτομημένου αρρώστου, συνδεδεμένου με γωνία  $O_2$  ή αναπνευστήρα, με συνεχείς αναρροφήσεις. Αυτές γίνονται με αποστειρωμένους καθετήρες μιας χρήσης. Προ της αναρρόφησης αυξάνεται το χορηγούμενο  $O_2$  για λίγο έως και 100%. Η χορήγηση επί μακρό  $O_2$  με υψηλή πυκνότητα έχει κίνδυνο να προκαλέσει οξείες πνευμονικές βλάβες. Γι' αυτό σε παρατεταμένη θεραπεία η εκατοστιαία αναλογία του χορηγούμενου  $O_2$  είναι 40% και ποτέ πάνω από 60%. Οι κινήσεις του καθετήρα είναι βραδείες και ήπιες και η παραμονή του μέσα στην αναπνευστική οδό

δεν πρέπει να παρατείνεται. Για βαθύτερη έκπλυση μετά μερικές αναρροφήσεις, εγχέονται 10 – 20 ml φυσιολογικού ορού ή βλεννολυτικών σκευασμάτων για ρευστοποίηση των εκκρίσεων, με συσκευή ambu γίνονται δύο-τρεις εμφυσήσεις και ακολουθούν αναρροφήσεις. Όταν γίνονται αναρροφήσεις και προκαλείται βήχας, συνιστάται ο ρινογαστρικός καθετήρας να είναι ανοιχτός, για να αποφεύγονται οι αναγωγές. Παράλληλα με τις αναρροφήσεις, η παροχέτευση των βρογχικών εκκρίσεων επιτυγχάνεται και με την αλλαγή της θέσης κάθε 1 ώρα του αρρώστου, με χρησιμοποίηση μαξιλαριών, που ανασπώνουν περιοδικά το κάθε ημιθώρακιο στις 30°. Περιοδικά χτυπήματα στα ημιθώρακια και στη ράχη με ανάλογες φυσιοθεραπευτικές κινήσεις, διευκολύνουν την αποβολή βυσμάτων.

Η παρουσία υγρασίας στον εισπνεόμενο αέρα είναι βασική, γιατί μπορεί σε κάποιο βαθμό να προλάβει τη συσσώρευση ξηρών εκκριμάτων, που μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη των αεροφόρων οδών. Προχωρημένη απόφραξη της τραχείας, χαρακτηρίζεται από εργώδη αναπνοή με εισολκή των μεσοπλευριών διαστημάτων και των υπερκλειδίων βόθρων. Ο πόνος επίσης αναστέλλει τον βήχα και έχει σαν αποτέλεσμα τη συσσώρευση εκκρίσεων στους πνεύμονες.

Οι άρρωστοι με ενδοτραχειακό σωλήνα, συνήθως απαιτούν καταστολή, εφ' όσον έχουν ένα βαθμό αντίδρασης. Το ίδιο ισχύει και όταν ο άρρωστος είναι συνδεδεμένος με αναπνευστήρα. Η diazepam αποδεικνύεται το καλύτερο φάρμακο. Σε περίπτωση κάκωσης στο δώρακα είναι ανάγκη να γίνει καταστολή του πόνου με μείζονα αναλγητικά. Όταν χρησιμοποιείται αναπνευστήρας όγκου χρειάζεται καταστολή της αναπνοής με επιπλέον φάρμακα όπως το Thalonal και Panulon. Στη χρησιμοποίηση αυτών των φαρμάκων, ο άρρωστος χρειάζεται πιο εντατική παρακολούθηση, γιατί σε περίπτωση βλάβης του κλειστού συστήματος μηχανήμα-σωλήνες-πνεύμονες δεν υπάρχουν έντονα σημεία αντίδρασης από τον άρρωστο, όπως διέγερση, ανησυχία, αντίδραση στον αναπνευστήρα. Εάν ο άρρωστος έχει ανεβασμένο επίπεδο συνείδησης και εκδηλώνει τα παραπάνω συμπτώματα, πριν την χρήση κατασταλτικών φαρμάκων επιβάλλεται ο έλεγχος βατότητας του τραχειοσωλήνα, κάμψης, απόφραξης ή αλλαγής θέσης αυτού και η λειτουργία του αναπνευστήρα. Διαταραχές στη λειτουργία του, πρέπει να εντοπίζονται και να διορθώνονται, διότι επιδεινώνουν την αναπνευστική λειτουργία, με αποτέλεσμα την ανοξαιμία του εγκεφάλου και οίδημα. Αλλάσσεται ο επίδεσμος στερέωσης του τραχειοσωλήνα ή το τραύμα της τραχειοστομίας συχνά και καλύπτεται περιφερικά του σωλήνα με αέρινη γάζα. Ο άρρωστος με αυτή την φροντίδα αποφεύγει την υποστατική πνευμονία, το πνευμονικό απόστημα, οίδημα, υποξεία και υπερκαπνία. Πρέπει να παρακολουθούνται τα αέρια αίματος απαραίτητα και η αντιβιοτική θεραπεία να κατευθύνεται και από τις καλλιέργειες των βρογχικών εκκρίσεων.

Όταν η καρδιοαναπνευστική εικόνα παρουσιάζει βελτίωση και τα αέρια αίματος έχουν φυσιολογικές τιμές, αρχίζει περιοδικά η αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα. Αυτό στην αρχή γίνεται για 15' – 20' και σιγά-σιγά αυξάνεται ο χρόνος, ενώ μετρώνται τα αέρια αίματος. Ο άρρωστος μπαίνει σε ύγρανση O<sub>2</sub> και παρακολουθείται η αναπνοή του.

Όταν απαφασιστεί η αποδιασωλήνωση του άρρωστου, δεν πρέπει την ημέρα εκείνη να γίνει καμμία άλλη ενέργεια πάνω του. Γίνεται όταν το επίπεδο συνείδησης του αρρώστου ανεβαίνει γρήγορα, αποκτά επαφή με το περιβάλλον, τα δε αέρια αίματος με αυτόματη αναπνοή και χωρίς εμπλουτισμό οξυγόνου έχουν φυσιολογικές τιμές. Είναι δυνατό να επιδεινωθεί η εγκεφαλική κατάσταση, λόγω κατακράτησης πνευμονικών εκκρίσεων, γι' αυτό χρειάζεται προσοχή τις 24 πρώτες ώρες και σε ανάγκη γίνεται επαναδιασωλήνωση του αρρώστου. Ενθαρρύνεται ο άρρωστος να βήχει, για να απομακρύνει τις εκκρίσεις και να παίρνει βαθιές αναπνοές. Ο πνευμοδώρακας ή αιμοδώρακας παροχετεύονται με σύστημα bülow.

Η απώλεια αίματος, πλάσματος, η στέρψη ή υπερβολική χορήγηση υγρών, η απώλεια ύδατος από χορήγηση mannitol, η απώλεια γαστρεντερικών υγρών, ο πυρετός και οι εφιδρώσεις, η πολυουρία, είναι διαταραχές της ισορροπίας των υγρών στους κρανιοεγκεφαλικούς αρρώστους. Η αντιμετώπιση είναι η προοδευτική διόρθωση του ελλείματος ύδατος μέσα σε ημέρες. Χορηγείται νερό από τον ρινογαστρικό καθετήρα και ισότονα διαλύματα υδατανθράκων χωρίς ηλεκτρολύτες. Συνιστάται να χορηγούνται οι ημερήσιες ανάγκες και επιπλέον 10 ml ύδατος/Kgr\* δηλ. 700 – 1000 ml για τους ενήλικες. Είναι φρόνιμη η ακριβής αντικατάσταση των υγρών για τις ημερήσιες απώλειες. Εάν παρά τη σωστή αντιμετώπιση των αναγκών η ποσότητα των ούρων είναι χαμηλή, χορηγούνται αλατοδιουρητικά.

Σε περίπτωση που τα ούρα είναι πολλά με ειδικό βάρος κάτω από 1008 είναι εκδήλωση άποιου διαβήτη και απαιτείται πλήρης αντικατάσταση ύδατος. Ο άρρωστος εμφανίζει πολυδιγία, αν έχει επίπεδο συνείδησης καλό.

Τα γαστροπληγικά υγρά του 24ωρου έως 500 ml αντικαθίστανται στους ενήλικες κατά το 1/3 και στα παιδιά κατά το ήμισυ. Στα βρέφη κάτω του 1 έτους απώλεια ύδατος ίση με το 10% του βάρους σώματος είναι σοβαρή αφυδάτωση γι' αυτό ο ισολογισμός πρέπει να είναι αυστηρά ακριβής.

Τις πρώτες ημέρες μετά την κάκωση υπάρχει ένας βαθμός γαστρεντερικής δυστονίας, που δεν επιτρέπει την χορήγηση τροφής. Είναι λάθος ο υπολογισμός των θερμίδων με βάση τον άνθρωπο σε ανάπαυση. Υπάρχει μια διαφορά στα δύο φύλα και στις ηλικίες.

Μέχρι και την τέταρτη ημέρα η ισορροπία των υγρών καλύπτεται με Glucose, Normal Saline και Ringers. Η μόνη πηγή θερμίδων είναι οι υδατάνθρακες και η κάλυψη είναι ανεπαρκής χωρίς αυτό να κρίνεται επικίνδυνο. Μετά την τέταρτη ημέρα εφαρμόζεται παρεντερική διατροφή, με προσπάθεια για πλήρη θερμιδική κάλυψη. Τα χορηγούμενα υγρά δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 3.000 ml και η πυκνότητα της γλυκόζης να είναι το πολύ 20%.

Στη διάρκεια της οξείας φάσης των ΚΕΚ, παροχετεύεται αμέσως το περιεχόμενο του στομάχου με levin και ήπια συνεχή αναρρόφηση, αποφεύγοντας το ενδεχόμενο εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου στην τραχεία λόγω εμέτου και παραμένει σε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών.

Η γαστροπληγία είναι μια συνηθισμένη κατάσταση, αλλά υποχωρεί σε μερικές ημέρες με τη χορήγηση αντιόξινων από το levin 15 – 20 ml/24ωρο.

Εφόσον σταματήσει η εκροή υγρών από το Levin επιβάλλεται η έναρξη χορήγησης τροφής. Δείκτης είναι πάντα ο περισταλτισμός του εντέρου. Στην αρχή χορηγείται γάλα 50% με 25 ml τσάι ή νερό. Για κάθε νέα χορήγηση προηγείται αναρρόφηση για έλεγχο προώθησης. Τις επόμενες ημέρες αυξάνεται προοδευτικά η ποσότητα και εμπλουτίζεται η τροφή με αυγό, κρέας, ζωμό κρέατος, φρούτα και λαχανικά. Οι τροφές πρέπει να είναι καλά πολτοποιημένες και σε σωστή θερμοκρασία για να διαφυλάσσεται η διαβατότητα του Levin και ο βλεννογόνος του στομάχου. Να χορηγούνται αργά και να είναι άναλες, αν ο άρρωστος παίρνει κορτιζόνη. Επειδή δε χάνει μεγάλα ποσά ενέργειας, από άσκοπες κινήσεις, διεγέρσεις και επιληπτικές κρίσεις, είναι δυνατόν να χρησιμοποιείται η παρεντερική χορήγηση καθαρής ανδρώπινης λευκωματίνης, αν είναι αδύνατη η αναπλήρωση ποσών ενέργειας με την τεχνική σίτιση. Ο πυρετός αυξάνει την απαίτηση του οργανισμού σε θερμίδες κατά 8–10%.

Συχνά προκύπτουν προβλήματα μη ανοχής και διάρροιας κατά την τεχνική σίτιση, που αφού διερευνηθεί η φύση της με καλλιέργεια κοπράνων, πρέπει να αντιμετωπισθεί, διότι προκαλεί απώλεια υγρών και απίσχναση. Είναι αποτέλεσμα συνήθως υπερβολικής χορήγησης λίπους ή λευκώματος στη διατροφή. Σε ανάγκη διακόπτεται η διατροφή και χορηγούνται αντιόξινα, οπότε μετά τριήμερο, αρχίζει πάλι διατροφή πτωχή σε λίπος.

Δυσκοιλιότητα παρουσιάζεται κατόπιν κατάργησης του περισταλτισμού του εντέρου, λόγω παράλυσης του παρασυμπαθητικού ή νωτιαίου μυελού. Η αναστολή αποβολής κοπράνων μπορεί να προκαλέσει ενσφήνωση και απόφραξη, οξεία δρόμβωση αιμορροϊδων και περιεδρικά αποστήματα. Χαμηλοί υποκλυσμοί κάθε 2η ημέρα είναι απαραίτητοι. Προφυλακτικά δίνουμε ελαφρά καθαρτικά ή υπακτικά.

Διάταση κοιλίας, απουσία ή περιορισμός εντερικών ήχων, είναι λόγοι ατομίας του γαστρεντερικού σωλήνα. Αφήνεται ανοιχτό το Levin, διακόπτεται η σίτιση και γίνεται διαφορική διάγνωση από οξεία κοιλία και εγχολεασμό του εντέρου.

Στο οξύ στάδιο συναντάται συχνά υπερβολική άνοδος της θερμοκρασίας που δε δικαιολογείται ασφαλώς από λοίμωξη ή αφυδάτωση, παρά από διαταραχή του θερμορυθμιστικού κέντρου στον υποθάλαμο.

Η υποθερμία στο οξύ στάδιο σαν εκδήλωση stress είναι παροδική εκτός αν η κατάσταση δεν επιδέχεται βελτίωση, ενώ στο υποξύ στάδιο είναι εκδήλωση βαριάς κατάστασης.

Η βαθμιαία εφαρμογή κρύων επιθεμάτων, κύστεων πάγου ή κρύου μπάνιου που πρέπει να συνοδεύεται με χειρομάλαξη για αγγειοδιαστολή, μπορεί να προλάβει την εμφάνιση πυρετικών σπασμών ή καρδιακής ανακοπής. Η χρήση των φαρμάκων γίνεται όταν η θερμοκρασία περάσει τους 38°C (Ponstan, Lonarid, Depon). Οι πλύσεις με παγωμένο νερό από το Levin είναι ευεργετικές. Οι υποκλυσμοί με παγωμένο νερό επηρεάζουν την θερμοκρασία, αλλά δεν χρησιμοποιούνται γιατί ενέχουν τον κίνδυνο δηλητηρίασεως



με νερό. Η ρύθμιση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος με air conditioner είναι ιδανική. Σε άνοδο της θερμοκρασίας ο άρρωστος καλύπτεται με λεπτό σκέπασμα και χρησιμοποιούνται ανεμιστήρες.

Σε πώση της θερμοκρασίας οι παγοκύστες και ανεμιστήρες απομακρύνονται γρήγορα. Η υποδερμία αντιμετωπίζεται με κάλυψη του αρρώστου, με χρησιμοποίηση θερμοφόρων και θερμαινόμενου στρώματος. Η χρήση κουβέρτας υποδερμίας είναι σωτήρια, διότι κρατά χαμηλή τη θερμοκρασία του σώματος.

Για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση εκδηλώσεων ρίγους πρέπει να καταστέλονται οι άρρωστοι.

Σε διαταραχές της θερμορύθμισης ενδείκνυται η θερμομέτρηση από το απευδυσμένο.

Στην ΜΕΘ εκτός του ότι το προσωπικό επεμβαίνει διορθωτικά στην παρέκλιση των λειτουργιών του αρρώστου, πρέπει συνεχώς να προβλέπει για τις πιθανές ανάγκες-επιπλοκές και να βλέπει τον άρρωστο σαν οργανισμό που οπωσδήποτε θα αναλάβει. Ελέγχεται καθημερινά για την πιθανότητα απόκτησης κάποιας επαφής με το περιβάλλον. Η δραστηριοποίηση επιτυγχάνεται με οπτικά, ακουστικά, επώδυνα ερεθίσματα και κινησιοθεραπεία. Η συναισθηματική διέγερση επιτυγχάνεται με την παρουσία περιοδικά συγγενικού προσώπου, με μουσική και με την φιλική συμπεριφορά του προσωπικού.

Ο άρρωστος ίσως αντιμετωπίζει το περιβάλλον με αρνητισμό, αδιαφορία, γκρίνια ή επιθετικότητα, εξ αιτίας μιας αναπηρίας που απέκτησε και που ίσως επηρεάσει την ιδιωτική και επαγγελματική ζωή του. Εδώ δεν πρέπει να ασχολούνται πολλά πρόσωπα μ' αυτόν αλλά αυτά που τον ξέρουν καλά. Από την νοσηλεία στην ΜΕΘ θα ήταν καλό να εξοικειώνονται οι συγγενείς με την νέα κατάσταση του αρρώστου για να ξέρουν τι θα αντιμετωπίσουν και να διδαχθούν προοδευτικά. Ο άρρωστος χρειάζεται ηθική τόνωση και ενδιαφέρον ώστε να μην αισθάνεται άχρηστος.

Συμπερασματικά ο άρρωστος που βρίσκεται σε βαρεία κατάσταση χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση σε ειδικές Μονάδες και καταγραφή με σύγχρονη άμεση παρακολούθηση και στην ανάγκη διόρθωση βιολογικών παραμέτρων, όπως είναι η ισορροπία ηλεκτρολυτών και ύδατος, της ανταλλαγής των αερίων, της παροχής και κυκλοφορίας αίματος και των λειτουργιών των διαφόρων οργάνων.

Η αξιολόγηση της ενδοκράνιας πίεσης, η ευχέρεια ελέγχου του ΚΝΣ, η λειτουργία ενός μικρού εργαστηρίου σε 24ωρη βάση για την αξιολόγηση των ηλεκτρολυτών, ΗΤ, αερίων αίματος και η επάρκεια απόλυτα εξειδικευμένου προσωπικού με εξάωρη απασχόληση και μηχανικού εξοπλισμού, παρά το κόστος, καθορίζουν την διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

Σημειώσεις Κλινικής Νευροχειρουργικής Καθηγητού Γ. Φόρογλου  
 Μαθήματα Νευροχειρουργικής Γ. Ταυρίδη  
 Αντιμετώπιση βαριών κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων Μ. Φορούσιου.