



# 251

# ΓΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

## Νέα - Εξελιξείς - Προοπτικές

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ 251 ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ - Τεύχος 47 / Ιούλιος - Αύγουστος 2010

ISSN: 1109-6403

## Ο Ηγετικός Ρόλος των Νοσηλευτών στη Φροντίδα των Χρόνιων Νοσημάτων

Ο κόσμος βρίσκεται αντιμέτωπος σε μια μαζική αύξηση στο επίπεδο του θανάτου και της αναπηρίας ως αποτέλεσμα της χρόνιας νόσου. Τα χρόνια νοσήματα, έχουν παραδοσιακά συσχετιστεί με τον αναπτυγμένο κόσμο και θεωρούνται νοσήματα της αφθονίας και του πλούτου, τα οποία επηρεάζουν κατά κύριο λόγο τους ηλικιωμένους και πλούσιους. Αντίθετα, η προσοχή στον αναπτυσσόμενο κόσμο έχει επικεντρωθεί περισσότερο σε μεταδοτικές νόσους. Παρόλα αυτά, οι στατιστικές καταδεικνύουν πως το 60% των θανάτων παγκοσμίως οφείλεται σε χρόνια νοσήματα και το 80% αυτών συμβαίνουν σε χώρες μικρού και μεσαίου βιοτικού επιπέδου. Ο τομέας της υγείας πρέπει να είναι επικεφαλής στη μάχη κατά των χρόνιων νοσημάτων και οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλουν σημαντικά όχι μόνο στην πρόληψη αλλά και στη φροντίδα εκατομμυρίων ατόμων ανά τον κόσμο που έχουν προσβληθεί. Το πιο σημαντικό στοιχείο για τους νοσηλευτές και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας είναι να κατανοήσουν το μέγεθος του προβλήματος και την επιτακτική πρόκληση για ανάληψη δράσης με σκοπό την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου και την παροχή κατάλληλης φροντίδας. Τα κυριότερα χρόνια νοσήματα είναι τα καρδιαγγειακά, ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), ο καρκίνος και οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος. Εως και 80% των παραπάνω παθήσεων θα μπορούσε να προληφθεί με την εξάλειψη ή τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ατομική συμπεριφορά είναι το κάπνισμα, η κακή διαίτα, η φυσική αδράνεια και η βλαπτική χρήση αλκοόλ. Οι σχετιζόμενοι βιολογικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την αυξημένη αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη και γλυκόζη του αίματος και την παχυσαρκία.

**Μοντέλα για τη διαχείριση της φροντίδας χρόνιων νόσων:** Τα χρόνια νοσήματα δεν αντιμετωπίζονται πλέον απομονωμένα, καθώς αυξανόμενοι αριθμοί ανθρώπων επηρεάζονται από περισσότερες από μία ασθένειες. Οι νοσηλευτές είναι σε πρωταρχική θέση να οδηγήσουν και να υποστηρίξουν τα κατάλληλα πρότυπα της χρόνιας φροντίδας.

**Το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας υγείας:** Η ουσία αυτής της προσέγγισης είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ «ενός ενημερωμένου, ενεργοποιημένου ασθενούς και μιας έτοιμης, δυναμικής ομάδας πρακτικής». Αυτό σημαίνει «έναν παρακινημένο ασθενή με τις πληροφορίες, τις δεξιότητες και την εμπιστοσύνη για να λάβει τις αποτελεσματικές αποφάσεις για την υγεία του και μια ομάδα πρακτικής με τις απαραίτητες πληροφορίες ασθενών, την υποστήριξη απόφασης και τους πόρους για την υψηλής ποιότητας φροντίδα».

**Το καινοτόμο πλαίσιο εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για τη φροντίδα των χρόνιων καταστάσεων:** Το καινοτόμο πλαίσιο εργασίας του ΠΟΥ είναι βασισμένο στην πεποίθηση ότι εκείνες οι θετικές εκβάσεις για τις χρόνιες καταστάσεις επιτυγχάνονται μόνο με προετοιμασμένους και ενημερωμένους ασθενείς και οικογένειες, ομάδες υγειονομικής περιθαλψής και κοινοτική υποστηρικτική εργασία από κοινού. Μέσω της εστίασης στην πρόληψη και την ποιότητα, οι νοσηλευτές μπορούν να εξασφαλίσουν την κατάλληλη και αποτελεσματική φροντίδα και τη διαχείριση των χρόνιων καταστάσεων σύμφωνα με την κατάσταση και τους διαθέσιμους πόρους. Πολλές από τις θετικές εκβάσεις που έχουν φανεί στα παραπάνω πρότυπα πιθανόν να οφείλονται στην καλύτερη επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές εμφανίζονται να είναι ιδιαίτερα ικανοί ως «παίκτες ομάδων» και είναι σε θέση να καθιερώσουν μια –ίσως την περισσότερο– ευεργετική αλληλεπίδραση με τους ασθενείς (σε σύγκριση με τους ιατρούς). Σήμερα, περισσότερο από ποτέ αποτελεί επιτακτική ανάγκη η εργασία των νοσηλευτών να εξασφαλίσει ότι οι υγιείς επιλογές είναι εύκολες επιλογές. Εάν ο καθένας από τα 13 εκατομμύρια νοσηλευτών παγκοσμίως αναλάμβανε μια προσωπική υποχρέωση να τρώει υγιεινά, να ασκείται επαρκώς, να κάνει ορθολογική χρήση αλκοόλ και να αποφεύγει το κάπνισμα θα βελτιώνει την υγεία και την ευημερία του και θα μείωνε την πιθανότητα να αναπτύξει χρόνια πάθηση. Εάν καθένας από αυτούς τους νοσηλευτές ενεργούσε ως πρότυπο μεταξύ των οικογενειών, των φίλων, των συναδέλφων και της κοινότητάς του για να προωθήσει υγιέστερους τρόπους ζωής, όλοι μαζί θα μπορούσαν να βοηθήσουν να παρέλθει η παλίνροια της χρόνιας ασθένειας. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι κοινότητες, μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στις ευρύτερες αλλαγές που απαιτούνται στην υγεία και την κοινωνική πολιτική, καθώς επίσης και στις δομικές αλλαγές τοπικά, εθνικά και διεθνώς.

Επιμέλεια  
Υπογός (ΥΝ) **Ηλιάννα Κονιδάρη**  
Νοσηλεύτρια Καρδιολογικής Κλινικής, 251 ΓΝΑ

### περιεχόμενα

Θέμα:	– Κεφαλαλγίες ..... σελ. 2	Μέσα Από την Ιστορία ..... σελ. 7
	– Νεότερες Εξελιξείς στη Θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη..... σελ. 4	εκδηλώσεις: – 8ο Συμπόσιο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής 251 ΓΝΑ
	– Αιμορροϊδοπάθεια ..... σελ. 6	– Ημερίδα Οδοντιατρικού Τομέα
	– Η Κουλτούρα του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή	– Ειδική Τελετή ..... σελ. 8



Κωδικός: 6720



251 ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ  
ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ: ΝΕΑ - ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ  
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεύθυνση), 115 25 Αθήνα  
Τηλ.: 210 7463952, Fax: 210 7715690

# Κεφαλαλγίες

## Γενικά

Ο **πονοκέφαλος** ή **κεφαλαλγία** είναι ίσως το συχνότερο σύμπτωμα για το οποίο αναζητείται ιατρική συμβουλή. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιας πάθησης, ενώ κάποτε μπορεί να αποτελεί προοίμιο σοβαρότατων καταστάσεων. Όταν υποκρύπτει κάποια πάθηση η κεφαλαλγία ονομάζεται συμπτωματική ή δευτεροπαθής. Αντίθετα, στην περίπτωση των ατόμων που την εμφανίζουν με «ιδιοσυγκρασιακό» χαρακτήρα, ονομάζεται λειτουργική ή πρωτοπαθής. Η διάκριση μεταξύ των δύο καταστάσεων ανήκει στην αρμοδιότητα του νευρολόγου αλλά συχνά απαιτείται πολύς χρόνος για να τεθεί η διάγνωση.

Επιμέλεια: Επγός (ΥΙ) **Ιωάννης Μάρκου**

Νευρολόγος, Υπεύθυνος Ιατρείου Κεφαλαλγίας, 251 ΓΝΑ

## Ταξινόμηση

Ανάλογα με τη διάρκεια, την εντόπιση, τον ρυθμό εμφάνισης και τα ενδεχόμενα συνοδά συμπτώματα, η πρωτοπαθής κεφαλαλγία (ΠΚ) ταξινομείται σε διάφορα «σύνδρομα». Οι συνηθέστερες μορφές κεφαλαλγίας είναι: η κεφαλαλγία τάσης και η ημικρανία, ενώ σπανιότερες μορφές είναι η αθροιστική κεφαλαλγία, η νευραλγία του τριδύμου, η παροξυσμική ημικρανία κ.ά.

## Κεφαλαλγία τάσης

Η κεφαλαλγία τάσης είναι η συχνότερη μορφή κεφαλαλγίας. Η εμφάνιση ακόμη και 1-2 επεισοδίων κεφαλαλγίας τύπου τάσης τον μήνα, ιδίως σε ημέρες άγχους, δεν αποτελεί ανησυχητικό σημείο. Κατά τις στρεσογόνες περιόδους της ζωής, οι πονοκέφαλοι μπορεί να πυκνώσουν ακόμη περισσότερο. Ο βασικότερος εκλυτικός παράγοντας είναι το άγχος, αν και ο λόγος μπορεί να μην είναι προφανής. Το άγχος θεωρείται ότι προκαλεί σύσπαση (τάση) των μυών της κεφαλής. Ωστόσο, μπορεί να εμφανιστούν και άλλοι εκλυτικοί παράγοντες, όπως συγκεκριμένες τροφές, η παραμονή στον ήλιο, η έντονη κόπωση, η αύτνια, η επόμενη ημέρα από την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ κ.λπ.



Η εντόπιση του πόνου δεν είναι ειδική. Ο πόνος, συνήθως, περιγράφεται ως επώδυνο και σταθερό αίσθημα σύσφιξης, «σαν κράνος» ή «σαν μέγγενη» που πιέζει όλο το κεφάλι, ίσως περισσότερο στην περιοχή του μετώπου ή στους κροτάφους. Ο πόνος δεν είναι συνήθως μεγάλης έντασης και δεν συνοδεύεται από άλλα συμπτώματα, εκτός ενδεχομένως από ελαφρά ζάλη ή εμβοές. Μπορεί να διαρκέσει αρκετά, ακόμη και για μέρες, ωστόσο συχνά περνά μετά από έναν καλό ύπνο. Συνήθως, απαντά καλά στην παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ). Σε περιπτώσεις συχνών εξάρσεων, μπορεί να χορηγηθεί προφυλακτική αγωγή. Αυτή χρησιμοποιεί κυρίως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, παλαιότερα ή νεότερα. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά έχουν πολύ καλύτερο προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών, ωστόσο κάποια από τα παλιότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα (τρικυκλικά) ίσως έχουν καλύτερη αποτελεσματικότητα. Μπορεί να χορηγηθεί επίσης προπρανολόλη.

## Ημικρανία

Αν και πολλοί άνθρωποι νομίζουν ότι ημικρανία σημαίνει απαραίτητα «πονοκέφαλος στο μισό κεφάλι», αυτό δεν είναι απαραίτητο. Τις περισσότερες φορές, ο πόνος στην ημικρανία εντοπίζεται στο μισό του κεφαλιού: συχνά στην περιοχή πίσω από το ένα μάτι και τον κρόταφο, αλλά μπορεί, επίσης, να βρίσκεται μόνο στην κορυφή του κεφαλιού, ακόμη και μόνο στο πίσω μέρος του κεφαλιού ή και στον αυχένα. Ωστόσο, δεν είναι καθόλου σπάνιο ο πόνος στην ημικρανία να υπάρχει σε ολόκληρο το κεφάλι. Πολύ συχνά μπορεί κάποιος να παρατηρήσει ότι ο πόνος στην ημικρανία αλλάζει εντόπιση από κρίση σε κρίση. Δηλαδή, μπορεί τη μία φορά να εντοπίζεται στο δεξί μισό του κεφαλιού και την επόμενη φορά στο αριστερό. Αυτό είναι ένα τυπικό χαρακτηριστικό της ημικρανίας. Ο πόνος στην ημικρανία είναι πόνος ιδιαίτερα δυνατός και συνοδεύεται από μία σειρά άλλων συμπτωμάτων, όπως το ότι ο άνθρωπος που έχει ημικρανία δεν μπορεί να ανεχθεί το φως, τους έντονους ήχους, τις μυρωδιές και, επίσης, ότι μπορεί να έχει τάση για εμετό ή και να κάνει εμετούς. Η κάθε κρίση ημικρανίας μπορεί να διαρκεί από λίγες ώρες ως και 2-3 ή και περισσότερες ημέρες, μέχρι να υφεθεί. Μετά από κάποιο διάστημα η ίδια ιστορία επαναλαμβάνεται, καθώς η κρίση επανέρχεται (σε κάποιους ανθρώπους μετά από αρκετούς μήνες, ενώ σε κάποιους μετά από λίγες ημέρες). Ως αποτέλεσμα του πόνου αλλά και των υπόλοιπων συμπτωμάτων, ο άνθρωπος που έχει ημικρανία δεν μπορεί να έχει φυσιολογική δραστηριότητα την ώρα της κρίσης, ενώ μπορεί να φτάνει σε ανάγκη για κατάκλιση σε ένα σκοτεινό δωμάτιο.

Η αντιμετώπιση της ημικρανίας διαχωρίζεται σε αυτήν της κρίσης και στην προφυλακτική θεραπεία. Η ιατρική αντιμετώπιση κατά την κρίση περιλαμβάνει την παραμονή σε ήσυχο χώρο και τη λήψη παρακεταμόλης (μόνης ή μαζί με καφεΐνη), σαλικυλικών, παραγώνων της εργοταμίνης, άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών (ΜΣΑ) και βέβαια των τριπτάνων. Οι τριπτάνες, που είναι ειδικά αντιημικρανικά φάρμακα, αποτελούν την πρώτη επιλογή για τη θεραπεία των μέτριας ή μεγάλης έντασης ημικρανικών κρίσεων. Τα σαλικυλικά και τα ΜΣΑ δεν θα πρέπει να συνδυάζονται ή να λαμβάνονται διαδοχικά, λόγω αύξησης του κινδύνου γαστρορραγίας. Επίσης, οι τριπτάνες παρουσιάζουν ορισμένες αντενδείξεις, με κυριότερη την περίπτωση της στεφανιαίας νόσου (διαγνωσμένη ή πιθανή), του ΑΕΕ ή άλλων αγγειοπαθειών, της ημιπληγικής ημικρανίας και της ημικρανίας της βασικής αρτηρίας, ενώ δεν πρέπει να συνδυάζονται εντός του ίδιου 24ώρου με εργοταμινικά παράγωγα.



**251 ΓΝΑ**  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ

Νέα - Εξελίξεις - Προοπτικές

## Ιδιοκτησία

251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας  
Λεωφ. Π. Κανελλοπούλου 3 (Κατεχάκη), 115 25 Αθήνα  
Τηλ.: 210 7463 825, Fax: 210 7715 690

## Εκδότης

Ασχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη

## Συντακτική Επιτροπή

Υπεύθυνοι Σύνταξης: Ασχος (ΥΝ) Αλεξάνδρα Καρβουνιάρη  
Επγός (ΥΙ) Δημήτριος Λιάπης  
Γραμματεία Σύνταξης: Επγός (ΥΙ) Κωνσταντίνος Πεταλάς  
Μέλος: Επγός (ΥΝ) Ευγενία Αλεξανδρή

## Σχεδιασμός – Επιμέλεια Παραγωγής

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΚΤΥΝΝΑ ΕΠΕ  
Ευφρονίου 25, 116 34 Αθήνα  
Τηλ.: 210 7228 614, 210 7228 624  
Fax: 210 7228 614

## Copyright 2010

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση χωρίς γραπτή άδεια του 251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας των συγγραφέων και των εκδοτών.

## Η Εφημερίδα μας στο Διαδίκτυο

Τα τεύχη της εφημερίδας του 251 ΓΝΑ αναρτώνται στην ιστοσελίδα της Πολεμικής Αεροπορίας στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.haf.gr> στα Περιεχόμενα → Εκδόσεις και Άρθρα



Αγωγή πρόληψης απαιτείται στην περίπτωση που εμφανίζονται σοβαρές εξάρσεις που προκαλούν διαταραχή στην καθημερινή λειτουργικότητα για περισσότερες από 1-2 φορές την εβδομάδα. Αυτή χρησιμοποιεί την προπρανολόλη και τους λοιπούς β-αναστολείς με πολύ καλά αποτελέσματα, εφόσον δεν συνυπάρχουν αντενδείξεις. Χρησιμοποιούνται, επίσης, τα αντιεπιληπτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

### Επιπλοκές

Οι πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες εξ ορισμού δεν αναμένεται να εμφανίσουν επιπλοκές. Ωστόσο, πολύ σπάνια περιγράφεται η «κακοήθης ημικρανία», όπου μια εντελής «κανονική» κατά άλλα ημικρανία μπορεί εάν παραταθεί να προκαλέσει εγκεφαλικό έμφρακτο, δηλ. κανονικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ως προς τις επιπλοκές της πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας θα πρέπει μάλλον να δοθεί περισσότερη έμφαση σε αυτές που αφορούν την αλόγιστη χρήση φαρμάκων, όπως το σύνδρομο κατάχρησης αναλγητικών, καθώς και οι γαστρεντερικές (αντιφλεγμονώδη), ηπατικές (παρακεταμόλη) ή νεφρικές (αντιφλεγμονώδη) βλάβες.

Τελευταία, οι νευρολόγοι αναγνωρίζουν μία ακόμη «επιπλοκή»: η ημικρανία, όπως όλα τα «σύνδρομα χρόνιου πόνου», εάν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως αφήνει «επώδυνα σημάδια» στο σύστημα ενδογενούς αναλγησίας, που μπορεί τελικά αθροϊζόμενα να συμβάλουν στη μετατροπή της κατάστασης σε φαρμακο-ανθεκτική. Έτσι, υπάρχουν ασθενείς που ξεκινούν με μορφές κεφαλαλγίας που απαντούν πλήρως και καλά στην αγωγή και που στην πορεία ανακαλύπτουν ότι τα φάρμακα πλέον δεν τους «πιάνουν». Κατά συνέπεια, στην ημικρανία συστήνεται η άμεση αναγνώριση των προειδοποιητικών συμπτωμάτων και η λήψη της κατάλληλης αγωγής, ακόμη και πριν από την εμφάνιση του πόνου.

Πέραν αυτών, οι κίνδυνοι στην κεφαλαλγία προέρχονται από τη μη έγκαιρη αναγνώριση σοβαρών νευρολογικών καταστάσεων που πρωτοεκδηλώνονται με κεφαλαλγία. Μεταξύ αυτών είναι το ανεύρυσμα του εγκεφάλου. Ένα ανεύρυσμα μπορεί να εκδηλωθεί για πρώτη φορά με μία πολύ μικρή και αυτοπεριοριζόμενη «διαρροή» που προκαλεί μόνο κεφαλαλγία αιφνίδιας έναρξης, ενώ επίκειται ρήξη του και μεγαλύτερη αιμορραγία (του τύπου της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας), συχνά καταστροφική.

Άλλη βλάβη που μπορεί να προκαλεί κεφαλαλγίες που μάλιστα μιμούνται την ημικρανία είναι η αγγειακή δυσπλασία. Η κατάσταση αυτή προκαλεί, επίσης, κρίσεις σπασμών ή εστιακά νευρολογικά συμπτώματα. Οι όγκοι εγκεφάλου σπάνια εκδηλώνονται μόνο με κεφαλαλγία, αν και ο περισσότερος κόσμος που εμφανίζει κεφαλαλγίες αυτή την κατάσταση φέρνει πρώτη στο μυαλό του. Για τη διάγνωση των παραπάνω βλαβών μπορεί να διενεργηθούν αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και αγγειογραφία εγκεφάλου. Η αντιμετώπιση μπορεί να είναι ακτινο-επεμβατική για τις αγγειακές βλάβες ή νευροχειρουργική.

Στις περιπτώσεις συνύπαρξης πυρετού θα πρέπει πάντα να αποκλειστεί η μηνιγγίτιδα, αν και στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, ο πυρετός ή η ίδια η λοίμωξη προκαλούν έξαρση κεφαλαλγίας τάσης ή ημικρανίας σε ευαίσθητα άτομα. Στην περίπτωση πυρετού, μια όχι τόσο σοβαρή κατάσταση που, επίσης, θα πρέπει να αποκλειστεί είναι η ιγμορίτιδα.

### Αντιμετώπιση

#### Ενδείξεις άμεσης ιατρικής παρέμβασης

1. Εάν ο πόνος ξεκίνησε αιφνίδια, ιδίως μάλιστα κατά τη διάρκεια σωματικής άσκησης ή της συνουσίας. Η ερμηνεία αυτού του χαρακτηριστικού χρειάζεται προσοχή: σημαίνει ότι ο πόνος ξεκίνησε απότομα με τη μέγιστη ένταση, ως κεραυνός εν αιθρία. Υπάρχουν μάλιστα ασθενείς που περιγράφουν ακόμη και ήχους που ακούστηκαν μέσα στο κεφάλι τους την ίδια χρονική στιγμή, «σαν να σπάει κάτι». Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να αποκλειστεί το ενδεχόμενο υπαραχνοειδούς αιμορραγίας.

2. Κάθε πρωτοεμφανιζόμενη κεφαλαλγία θα πρέπει να εκτιμάται από τον νευρολόγο. Επομένως, το πρώτο βασικό ερώτημα είναι εάν ο ασθενής πάσχει γενικά από πονοκεφάλους ή εάν του συμβαίνει για πρώτη φορά στη ζωή του.

3. Ακόμη, όμως, και στην περίπτωση του προϋπάρχοντος σχετικού ιστορικού, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις για ιατρική αξιολόγηση και πιθανή περαιτέρω διερεύνηση: αυτές είναι βασικά οι μεταβολές από το γνωστό στον ασθενή «μοτίβο»: μεταβολές στη συχνότητα των πονοκεφάλων, ασυνήθιστη ένταση, ανεπαρκής απάντηση σε ένα «δοκιμασμένο» και αποτελεσματικό έως τώρα αναλγητικό, διαφορετική εντόπιση, πρωτοεμφανιζόμενα συμπτώματα. Οι μεταβολές αυτές, επίσης, είναι «προβλεπόμενες» στις λειτουργικές κεφαλαλγίες, οπότε ο ίδιος ο ασθενής συνήθως μπορεί να απαντήσει στο εάν η παρούσα κατάστασή του διαφέρει από «ό,τι ήξερε έως τώρα».

4. Στην περίπτωση που συνυπάρχει πυρετός, «θόλωση», οποιασδήποτε μορφής εξάνθημα στο πρόσωπο ή αλλού, ρινική καταρροή, ρινική συμφόρηση.

5. Στην περίπτωση που υπάρχουν στα μεσοδιαστήματα των πονοκεφάλων άλλα συμπτώματα.

6. Υπάρχουν ασθενείς που εξαιτίας της φτωχής απάντησης των πονοκεφάλων τους στα συνήθη αναλγητικά καταλήγουν να λαμβάνουν τέτοια φάρμακα κατά κόρον



και σχεδόν καθημερινά. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να παραπέμπονται στον νευρολόγο, διότι πέραν των επιπλοκών της μακροχρόνιας χρήσης φαρμάκων, κινδυνεύουν από το «σύνδρομο κατάχρησης αναλγητικών». Βασικό χαρακτηριστικό αυτού του συνδρόμου είναι η καθημερινή εμφάνιση πονοκεφάλου, που προοδευτικά γίνεται ανθεκτικότερος στα αναλγητικά, προκαλώντας τελικά εξάρτηση του ατόμου από αυτά. Ιδιαίτερα η παρακεταμόλη, μαζί με τα σκευάσματα που περιέχουν ταυτόχρονα κωδεΐνη ή καφεΐνη είναι στις πρώτες θέσεις μεταξύ των ουσιών που προκαλούν τέτοιου είδους προβλήματα, αφού άλλωστε έρχεται και πρώτη στη χρήση. Γενικά, τα απλά αναλγητικά δεν θα πρέπει να λαμβάνονται σε περισσότερες από 15 συνολικά ημέρες το μήνα. Η ανάγκη για μεγαλύτερη χρήση τους σηματοδοτεί την παραπομπή στον νευρολόγο προκειμένου να χορηγηθεί αγωγή πρόληψης.

### Αντιμετώπιση στο σπίτι

Όλες οι μορφές καλοήθους κεφαλαλγίας και ιδιαίτερα η ημικρανία υποχωρούν συνήθως με την ανάπαυση, την ηρεμία και τον ύπνο. Σε ορισμένες χώρες μάλιστα, υπάρχουν ιατρεία κεφαλαλγίας εκτός νοσοκομείων, όπου στην αγωγή, εκτός από το κατάλληλο παυσίπονο περιλαμβάνεται η ανάπαυση ή ύπνος σε ήσυχο και απομονωμένο δωμάτιο.

Στην κεφαλαλγία τάσης, η παρακεταμόλη συνήθως επαρκεί. Η καλύτερη πρακτική είναι να λαμβάνει κανείς την παρακεταμόλη αμέσως μόλις αντιλαμβάνεται την έναρξη του πονοκεφάλου. Στην περίπτωση που δεν επέλθει ανακούφιση ή που από το ιστορικό χρήσης παρακεταμόλης δεν αναμένεται ανακούφιση, εναλλακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) φάρμακα, με συνθέστερο εκπρόσωπο την ασπιρίνη. Όλα τα ΜΣΑΦ είναι αποτελεσματικά, οπότε θα πρέπει να δίνεται σημασία στη δυνατότητα πρόκλησης ανεπιθύμητων ενεργειών, κυρίως από το στομάχι και θα πρέπει να μην υπάρχει ιστορικό γαστρίτιδας ή έλκους. Προσοχή χρειάζεται, επίσης, στην καρδιακή ανεπάρκεια, στο άσθμα, στην αρτηριακή υπέρταση και στη νεφρική ανεπάρκεια. Η επαναλαμβανόμενη χρήση των ΜΣΑΦ θα πρέπει να είναι ακόμη πολύ πιο μετρημένη σε σχέση με αυτήν της παρακεταμόλης.

Στην περίπτωση της ημικρανικής κρίσης γενικά ισχύουν τα παραπάνω, με την επισήμανση ότι η παρακεταμόλη δεν έχει συνήθως καλή δράση και είναι απαραίτητη η προσφυγή σε ένα ΜΣΑΦ του οποίου καλό είναι να γνωρίζουμε καλά τη δοσολογία και τις αντενδείξεις. Αν χορηγηθεί παρακεταμόλη, πολύ γρηγορότερη έναρξη δράσης έχουν οι διαλυόμενες μορφές. Γενικά, στην ημικρανία έχει πολύ μεγάλη σημασία ο χρόνος λήψης της αγωγής, αφού εάν ο πόνος «έχει εγκατασταθεί για τα καλά», η απάντηση στην αναλγητική αγωγή είναι αποδεδειγμένα μικρότερη. Έτσι, καλό είναι ο ασθενής να προμηθεύεται το σκεύασμα που τον βοηθά ώστε να το λαμβάνει εγκαίρως. Η παραπάνω αρχή εξάλλου αποτελεί λόγο αποκλεισμού ορισμένων ΜΣΑΦ με βραδεία έναρξη δράσης.

Κατόπιν συνταγής ιατρού μπορεί να χορηγηθούν και οι τριπτάνες, με την προϋπόθεση ότι θα τηρηθούν οι κανόνες ασφάλειας που αναφέρονται παραπάνω, ο ίδιος ο ασθενής είναι βέβαιος για τη διάγνωση και την απάντηση του πονοκεφάλου του στην αγωγή, έχει πάρει στο παρελθόν τριπτάνη με συνταγή νευρολόγου και είναι βέβαια αξιόπιστος. Οι διάφορες τριπτάνες έχουν διαφορετικό προφίλ δράσης, ενώ μία τριπτάνη μπορεί να είναι αποτελεσματική σε συγκεκριμένο ασθενή τη στιγμή που μια άλλη απέτυχε. Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες των τριπτάνων περιλαμβάνουν αστάθεια, ζάλη, ναυτία και συσφιγκτικό αίσθημα σε διάφορα σημεία του σώματος.

Εάν η κεφαλαλγία συμβαίνει πάνω από 1-2 φορές την εβδομάδα απαιτεί καθημερινή θεραπεία για ένα διάστημα, με φάρμακα που θα επιλέξει ο νευρολόγος. Τα κοινά παυσίπονα που αναφέρονται παραπάνω δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για πάνω από 5 συνεχόμενες ημέρες, λόγω του κινδύνου ανεπιθύμητων ενεργειών, ενίοτε σοβαρών.

Υπενθυμίζεται ότι κάθε Τετάρτη λειτουργεί στο 251 ΓΝΑ ειδικό Ιατρείο Κεφαλαλγίας.

# Νεότερες Εξελίξεις στη Θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη

Επανάσταση στη θεραπευτική προσέγγιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχει προκαλέσει τα τελευταία χρόνια η ανακάλυψη και θεραπευτική «εκμετάλλευση» της μεταβολικής οδού των ινκρετινών. Η παρατήρηση ότι η χορήγηση του ίδιου γλυκαμικού φορτίου (υδατάνθρακες) από του στόματος προκαλεί μεγαλύτερη έκκριση ινσουλίνης σε σύγκριση με την ενδοφλέβια χορήγηση, οδήγησε στην υπόθεση ότι η έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος δεν

Σγός (ΥΙ) **Ελευθέριος Χατζέλλης**  
Επιμέλεια: Επγός (ΥΙ) **Πολυζώης Μάκρας**

εξαρτάται μόνο από τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος, αλλά και από παράγοντες που εκκρίνονται από το έντερο, στους οποίους δόθηκε η ονομασία «ινκρετίνες». Το «φαινόμενο των ινκρετινών» αν και γνωστό ως παρατήρηση από τις αρχές του 20ού αιώνα, αποδείχθηκε από 2 ανεξάρτητες ερευνητικές ομάδες το 1964, ενώ το 1985 ταυτοποιήθηκε η χημική τους δομή για να ακολουθήσει τα επόμενα χρόνια ο σχεδιασμός φαρμάκων που στοχεύουν στο συγκεκριμένο μονοπάτι του μεταβολισμού της γλυκόζης.

Στον άνθρωπο απομονώθηκαν δύο πεπτιδικά που θεωρούνται υπεύθυνα για το 80% του «φαινομένου των ινκρετινών»: το **GIP** (Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide) και το **GLP-1** (Glucagon-Like Peptide 1). Το πρώτο παράγεται από τα κύτταρα K που εντοπίζονται στα ανώτερα τμήματα του πεπτικού σωλήνα (δωδεκαδάκτυλο και εγγύς νήστιδα), ενώ το δεύτερο από τα L κύτταρα που βρίσκονται στο λεπτό έντερο, αλλά πολύ περισσότερο στο παχύ έντερο, ως απάντηση σε λήψη τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και λιπίδια. Και τα δύο πεπτιδικά με την είσοδό τους στην κυκλοφορία διασπώνται πολύ γρήγορα από το ένζυμο διπεπτιδυλ-πεπτιδάση 4 (dipeptidyl peptidase 4, DPP-4), με αποτέλεσμα ο χρόνος ημίσειας ζωής τους να είναι ιδιαίτερα μικρός (5-7min για το GIP και 1-2min για το GLP-1). Οι δράσεις των ινκρετινών εκδηλώνονται μέσω σύνδεσής τους με ειδικούς υποδοχείς που βρίσκονται σε διάφορα όργανα (πάγκρεας, έντερο, λιπώδης ιστός, καρδιά, καθώς και σε περιοχές του εγκεφάλου), όπως:

– Επάγουν την έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος, με τρόπο όμως γλυκοζεξαρτώμενο. Αυτό σημαίνει ότι η δράση τους καταργείται σε επίπεδα γλυκόζης πλάσματος <80mg/dl, παρέχοντας έτσι προστασία έναντι της εμφάνισης υπογλυκαιμιών.

– Μειώνουν την κινητικότητα του στομάχου και επομένως τον ρυθμό γαστρικής κένωσης, με αποτέλεσμα τη μείωση του ρυθμού απορρόφησης των συστατικών της τροφής. Έτσι, τα μεταγευματικά επίπεδα γλυκόζης πλάσματος είναι χαμηλότερα και οι ανάγκες σε ινσουλίνη μικρότερες.

– Προκαλούν αίσθημα κορεσμού και μειώνουν την όρεξη με ευεργετική έτσι επίδραση στο σωματικό βάρος που παίζει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια του ΣΔ (αντίσταση στην ινσουλίνη).

– Εκτός από την έκκριση ινσουλίνης, οι ινκρετίνες καταστέλλουν την έκκριση γλουκαγόνου από τα α-κύτταρα του παγκρέατος πάλι με γλυκοζεξαρτώμενο τρόπο χωρίς έτσι να επηρεάζουν τον προστατευτικό

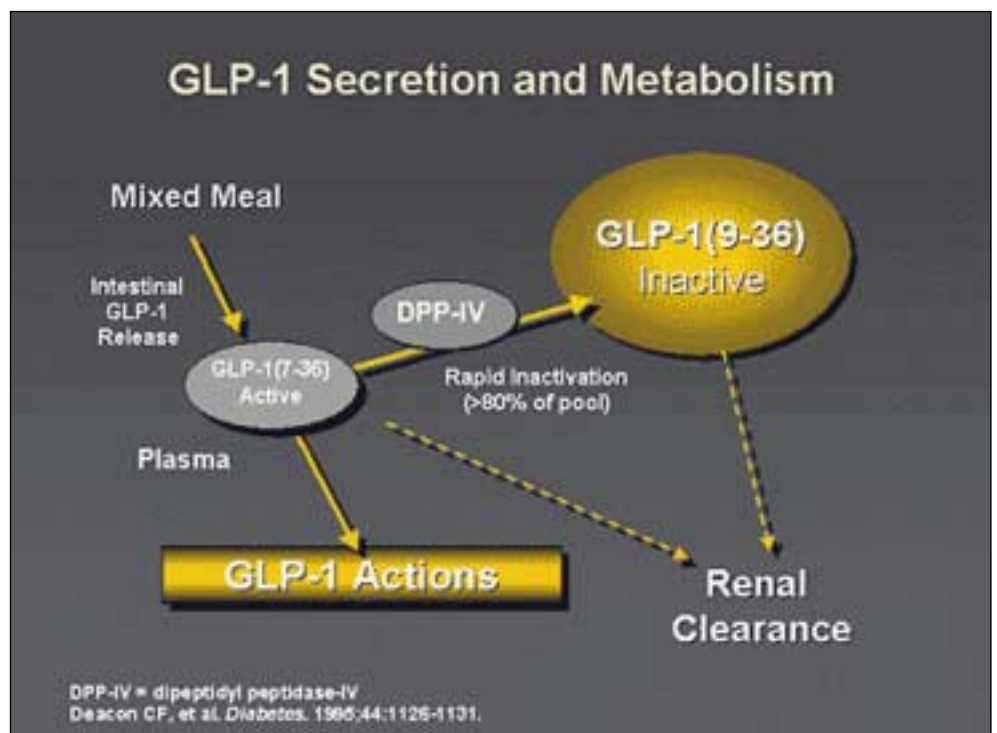
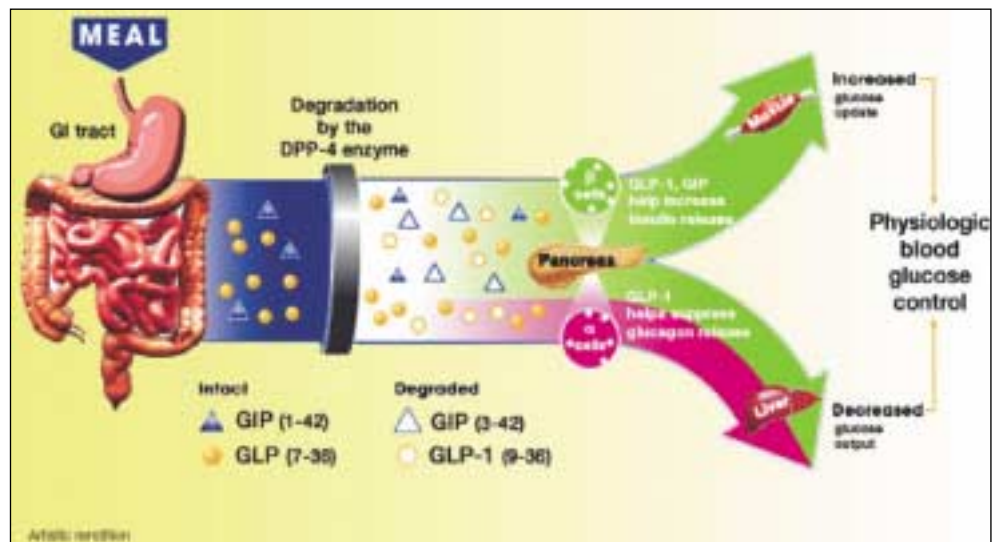
ρόλο του στην υπογλυκαιμία.

– Έχουν ευεργετική επίδραση στον μεταβολισμό των λιπιδίων.

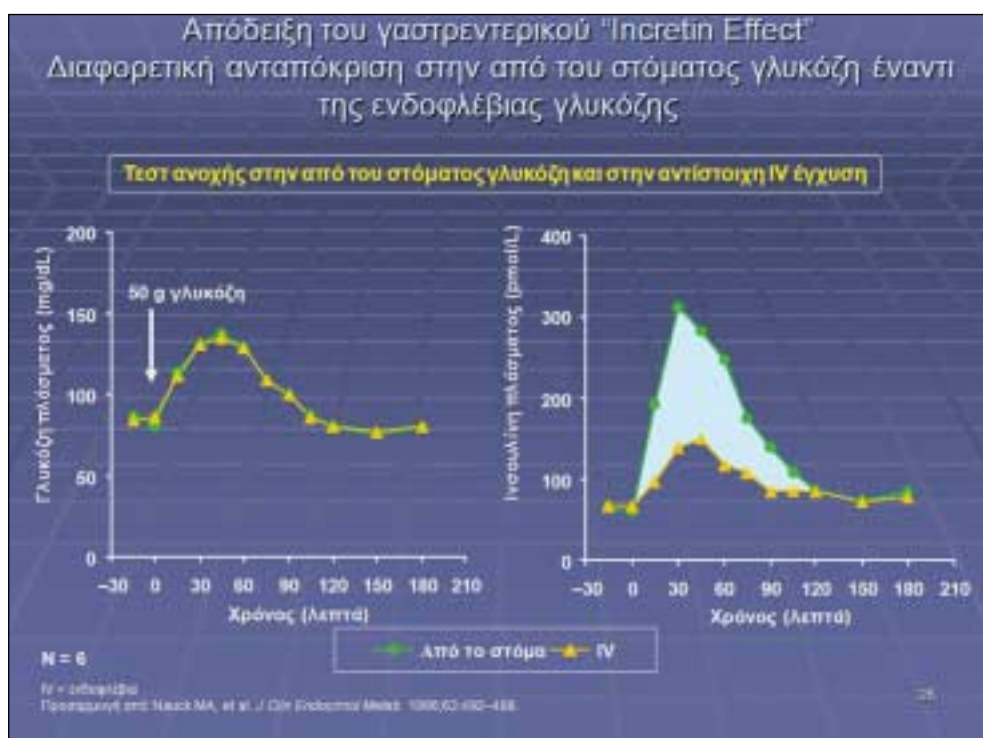
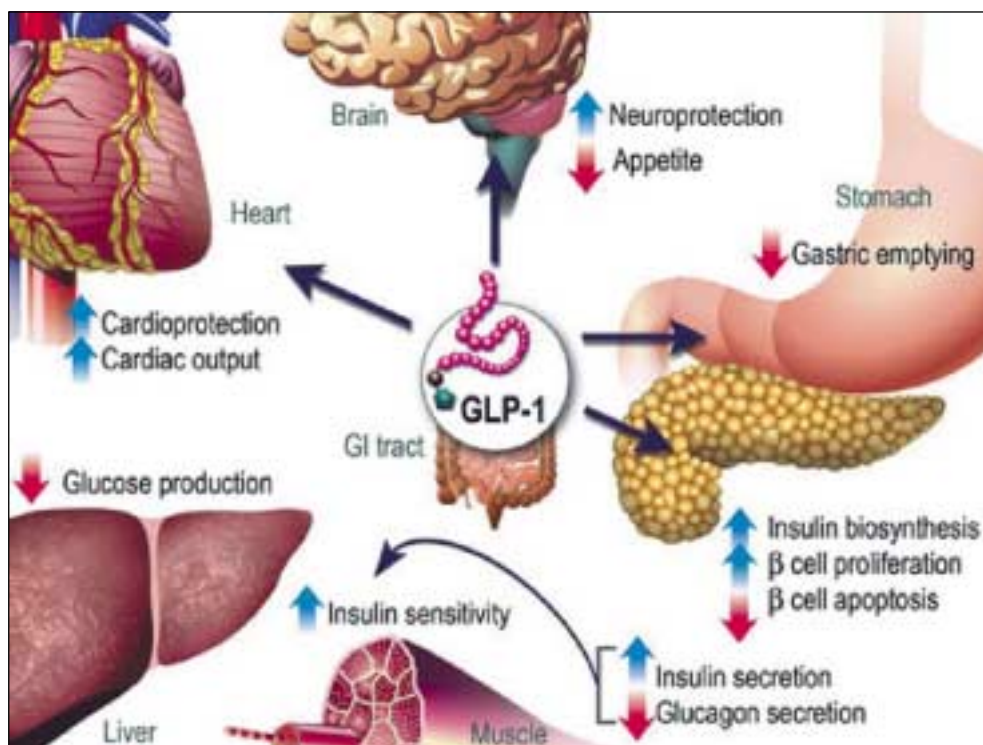
– Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ινκρετίνες προκαλούν αύξηση της μάζας των β-κυττάρων, καθυστερώντας έτσι την προοδευτική τους «εξάντληση», με την πάροδο του χρόνου, που συμβαίνει στην εξέλιξη του σακχαρώδη διαβήτη.

Τις ευεργετικές αυτές δράσεις των ινκρετινών όχι μόνο στον γλυκαμικό έλεγχο αλλά και στην ταυτόχρονη ρύθμιση σημαντικών παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου (σωματικό βάρος, λιπιδαιμικό προφίλ), εκμεταλλεύονται νεότεροι φαρμακευτικοί παράγοντες που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια. Τα νέα αυτά φάρμακα χωρίζονται ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους σε δύο κατηγορίες: (α) τα ανάλογα ινκρετινών και (β) τους αναστολείς του DPP-4.

Από τις δύο κύριες ινκρετίνες (GLP-1 και GIP) έχουν αναπτυχθεί ανάλογα μόνο για το GLP-1, γιατί το







GIP έχει βρεθεί ότι έχει χάσει την ικανότητά του να προκαλεί έκκριση ινσουλίνης στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Η χορήγηση αυτούσιου του μορίου του GLP-1 δεν είναι αποτελεσματική αφού διασπάζεται γρήγορα από το ένζυμο DPP-4, επομένως απαιτείται η χρήση ανόλογων πεπτιδίων ανθεκτικών στη δράση του DPP-4. Το πρώτο ανάλογο GLP-1 που ανακαλύφθηκε ήταν η **εξενατίδη (exenatide)** που απομονώθηκε από τους σιελογόνους αδένες της σαύρας *Gila monster* (*Hemidactylus suscectum*). Το δεύτερο ανάλογο GLP-1 που αναπτύχθηκε και κυκλοφόρησε πρόσφατα είναι η λιραγλουτιδη (*liraglutide*). Οι ουσίες αυτές δεν μπορούν να χορηγηθούν από του στόματος γιατί διασπώνται από το γαστρικό οξύ και συνεπώς χορηγούνται υποδορίως σε 2-3 ενέσεις ημερησίως (για την εξενατίδη), ή σε 1 για τη λιραγλουτιδη. Τα ανάλογα GLP-1 έχουν αποδειχθεί από διάφορες μελέτες ότι είναι αποτελεσματικά στον γλυκαιμικό έλεγχο αφού μειώνουν τις τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ( $HbA_{1c}$ ) κατά 0,7-1,1%, ενώ ταυτόχρονα επιτυγχάνουν και μείωση του σωματικού βάρους κατά 1,5 έως 3kg. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι υπογλυκαιμίες είναι πολύ σπάνιες λόγω της γλυκοζεφαρτώμενης επαγωγής της έκκρισης ινσουλίνης και παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα μόνο όταν τα ανάλογα συγχωρηγούνται με σουλφονουλιδίες.

Άλλες κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ναυτία, οι γαστρεντερικές διαταραχές (διάρροιες, έμετοι) η ζάλη και η κεφαλαλγία, ωστόσο δεν αποτελούν λόγο διακοπής της χορήγησης του φαρμάκου.

Πιο σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια είναι η παγκρεατίτιδα, είναι όμως εξαιρετικά σπάνια, ενώ περιπτώσεις νεοπλασίας θυρεοειδούς που παρατηρήθηκαν σε πειραματόζωα δεν έχουν αποδειχθεί στις κλινικές μελέτες στους ανθρώπους.

Η δεύτερη κατηγορία φαρμάκων που στοχεύουν το μεταβολικό μονοπάτι των ινκρετινών είναι οι αναστολείς του DPP-4. Οι ουσίες αυτές αναστέλλοντας το ένζυμο που αδραντοποιεί τις φυσιολογικά παραγόμενες ινκρετίνες, επιτρέπουν την καλύτερη εκδήλωση της ινσουλινοεκκριτικής τους δράσης σε καταστάσεις υπεργλυκαιμίας.

Ταυτόχρονα, παρουσιάζουν όλα τα πλεονεκτήματα της δράσης των ινκρετινών και επιπλέον, επειδή αποτελούν μόρια χαμηλού μοριακού βάρους, είναι δυνατό να χορηγηθούν με τη μορφή δισκίων. Στους αναστολείς του DPP-4 περιλαμβάνονται η βιλδαγλιπτίνη (*vildagliptin*), η σιταγλιπτίνη (*sitagliptin*) και η σαξαγλιπτίνη (*saxagliptin*) και μπορεί να χορηγούνται 1-2 φορές ημερησίως, σε συνδυασμό με άλλα αντιδιαβητικά δισκία (σουλφονουλιδίες και μετφορμίνη).

Σε αντίθεση με τα ανάλογα του GLP-1, οι αναστολείς του DPP-4 δεν προκαλούν ναυτία ή γαστρεντερικές διαταραχές, και οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η κεφαλαλγία, ο κνησμός, η λαρυγγίτιδα, και λοιμώξεις ουροποιητικού (είναι γνωστό ότι η DPP-4 επηρεάζει τη λειτουργία των T-κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα τόσο των ανολόγων GLP-1 όσο και των αναστολέων DPP-4 είναι η ικανοποιητική λειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος. Για τον λόγο αυτό οι ανωτέρω ουσίες δεν χρησιμοποιούνται στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Οι μοναδικές τους ιδιότητες, όπως η μείωση του κινδύνου υπογλυκαιμών, η απώλεια σωματικού βάρους και η αύξηση της μάζας των β-κυττάρων τα καθιστούν εξαιρετικές επιλογές για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ωστόσο απαιτείται μακροχρόνια μελέτη και εμπειρία από τη χρήση τους για να καθοριστεί επακριβώς ο ρόλος τους.



# Αιμορροϊδοπάθεια

Οι **αιμορροΐδες** (= αιμορροϊδοπάθεια) είναι παθολογικές διευρύνσεις των εσωτερικών φλεβών του πρωκτού που απαντώνται το ίδιο συχνά σε άνδρες και γυναίκες. Υπολογίζεται ότι το 50% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 50 ετών, πάσχει από αιμορροΐδες. Οι αιτίες που προκαλούν αιμορροϊδοπάθεια είναι πολλές. Η καθιστική ζωή, η κακή διατροφή, η δυσκοιλιότητα και οι διαταραχές στην αφόδευση είναι οι συχνότερες. Η παχυσαρκία λόγω της αυξημένης ενδοκοιλιακής πίεσης, ευνοεί την ανάπτυξη αιμορροΐδων. Η εγκυμοσύ-

**Επιμέλεια:** Υπογός (ΥΙ) **Δημήτριος Ράπτης**  
Ειδικευόμενος Ιατρός  
Β' Χειρουργική Κλινική, 251 ΓΝΑ

νη και ο τοκετός ευθύνονται επίσης για την αιμορροϊδοπάθεια στις γυναίκες. Υπάρχουν, όμως, και κάποιες παθήσεις που δημιουργούν δευτερογενώς αιμορροΐδες, όπως η κίρρωση του ήπατος, διάφοροι όγκοι των ενδοκοιλιακών οργάνων και η θρόμβωση της πυλαίας φλέβας. Όταν οι αιμορροΐδες είναι μικρές, συνήθως δεν δίνουν συμπτώματα ή μπορεί να προκαλούν μια μικρή απώλεια ζωηρά ερυθρού αίματος κατά την αφόδευση. Σε σοβαρότερες, όμως, περιπτώσεις οι αιμορροΐδες είναι διογκωμένες, προβάλλουν κατά τη διάρκεια της αφόδευσης ή και μόνιμα και συνήθως προκαλούν συμπτώματα, όπως χρόνιο πόνο, κνησμό, εκροή υγρού και συχνά επεισόδια αιμορραγίας.

Οι αιμορροΐδες διακρίνονται σε **τέσσερα στάδια**:

**1ο Στάδιο:** Οι αιμορροϊδοί όζοι είναι μικροί και προβάλλουν ελαφρά. Δεν προκαλούν παρά μόνο μικρή αιμορραγία.

**2ο Στάδιο:** Οι όζοι προβάλλουν έξω από τον πρωκτικό σωλήνα στην κένωση, αλλά ανατάσσονται αυτόματα μετά την κένωση.

**3ο Στάδιο:** Οι όζοι προβάλλουν έξω από τον πρωκτικό σωλήνα στην κένωση ή κατά τη διάρκεια άσκησης και δεν ανατάσσονται από μόνοι τους αλλά ύστερα από χειρισμό.

**4ο Στάδιο:** Οι όζοι παραμένουν μόνιμα εκτός του πρωκτικού σωλήνα προκαλώντας πόνο, έντονο ερεθισμό και αιμορραγία.

Η **διάγνωση** στηρίζεται:

α. στη λήψη ιστορικού  
β. στην κλινική εξέταση που περιλαμβάνει επισκόπηση, δακτυλική εξέταση, πρωκτοσκόπηση και σε ορισμένες περιπτώσεις ορθοσιγμοειδοσκόπηση.

**Διαφορική διάγνωση** πρέπει να γίνει από:

α. όγκους της περιοχής  
β. πρόπτωση του ορθού  
γ. οξυτενή κονδυλώματα της περιοχής  
δ. δερματικά ράκη του πρωκτού  
ε. περιπρωκτικό αιμάτωμα  
στ. αιμαγγείωμα του πρωκτού.

**Επιπλοκές**

**Θρόμβωση:** Όταν οι διευρυμένες φλέβες των αιμορροΐδων θρομβωθούν, ο πόνος είναι τόσο έντονος που αναγκάζει τον ασθενή να ζητήσει τη βοήθεια του ιατρού.

**Ραγάδα:** Οξύ φλεγμονώδες έλκος στο δέρμα του πρωκτού που συνοδεύεται από οξύτατο πόνο, ιδίως στην αφόδευση. Οι αιμορροΐδες προδιαθέτουν στην εμφάνισή του.

**Δερματικά ράκη (skin tags):** Υπερτροφικές δερματικές πτυχές γύρω από τον δακτύλιο που είναι αποτέλεσμα χρόνιας φλεγμονής. Συνοδεύουν συνήθως τις προχωρημένες αιμορροΐδες.

**Θεραπεία**

**Συντηρητική αγωγή**

Αφορά ασθενείς 1ου και 2ου σταδίου και περιλα-

βάνει δίαιτα που δημιουργεί μεγάλο όγκο κοπράνων, αυξημένη λήψη υγρών, χορήγηση ήπιων υπακτικών, αποφυγή ερεθιστικών ουσιών (οινόπνευμα, καρυκεύματα), χρήση τοπικών αλοιφών (αναισθητική-αγγειοσυσταστική δράση), εδρόλουτρα με δροσερό νερό, κλινοστασιμό.

**Συντηρητικές επεμβατικές μέθοδοι**

Η **σκληροθεραπεία** με έγχυση σκληρυντικών ουσιών που θρομβώνει και νεκρώνει τις αιμορροΐδες. Χρησιμοποιούνται χημικές ουσίες, όπως η Polydocanol, Quinine Urea, Sodium Morrhuate ή διάλυμα 5% φαινόλης. Δεν χρησιμοποιείται συχνά γιατί μπορεί να προκαλέσει εκτεταμένη θρόμβωση και πόνο.

**Κρυσταλλοχειρουργική θεραπεία** με υδροποιημένο άζωτο ή διοξειδίο του άνθρακα. Στηρίζεται στην ψύξη του αιμορροϊδικού ιστού με τη χρήση ειδικών εργαλείων για να επιτευχθεί η νέκρωση και απόπτωση των αιμορροΐδων. Η τεχνική αυτή δεν απαιτεί γενική ανάρρωση, προκαλεί, όμως, εξαιρετική δυσφορία στον ασθενή ή και πόνο. Έχει, επίσης, το μειονέκτημα της δημιουργίας έλκους που επουλώνεται δύσκολα. Στο διάστημα αυτό υπάρχει συνεχής εκροή υγρού και πόνος. Η μέθοδος δεν είναι επίσης ακριβής, γιατί δεν μπορεί να υπολογιστεί η έκταση της ιστικής καταστροφής που προκαλεί. Γενικά, η μέθοδος δεν προσφέρει κάποιο πλεονέκτημα και ελάχιστοι χειρουργοί την εφαρμόζουν πλέον.

**Φωτοπηξία υπερύθρων:** Είναι μια τεχνική που απαιτεί τη χρήση ειδικής συσκευής. Είναι εύκολη και εφαρμόζεται σε εξωτερικό ιατρείο. Με την τεχνική αυτή προκαλούμε φωτοπηξία (έγκαυμα) στην κορυφή του αιμορροϊδικού όζου. Αποτέλεσμα της φωτοπηξίας είναι η ίνωση, που έχει ως αποτέλεσμα τη συγκόλληση της αιμορροΐδας στο τοίχωμα του πρωκτού. Κάθε εφαρμογή διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα και προκαλεί στιγμιαίο πόνο. Η τεχνική έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στις μικρές αιμορροΐδες (1ου και 2ου σταδίου).

**Διαστολή του πρωκτού:** Ο Parks τη δεκαετία του '60 εξέφρασε την άποψη ότι τα συμπτώματα της αιμορροϊδοπάθειας οφείλονται σε κώλυμα της πρωκτικής εξόδου που προκαλείται από την παρουσία συσφιγκτικών ταινιών ή σπασμού του σφιγκτήρα. Για τη διόρθωση αυτής της κατάστασης πρότεινε τη χαλάρωση του πρωκτού με διαστολή που γίνεται με τοπική ή γενική αναισθησία στο χειρουργείο. Η τεχνική αυτή αν και προσφέρει άμεση (αλλά πρόσκαιρη) ανακούφιση των συμπτωμάτων, δεν έχει τύχει αποδοχής από την πλειονότητα των χειρουργών γιατί προκαλεί ανεξέλεγκτη ζημιά στον σφιγκτήρα. Η συχνότητα μετεγχειρητικής ακράτειας και πρόπτωσης του ορθικού βλεννογόνου είναι υψηλή και η υποτροπή των συμπτωμάτων συχνή.

**Ενδοσκοπική απολίνωση με ελαστικούς δακτυλίους:** Με την τεχνική αυτή περισφίγγουμε τους αιμορροϊδικούς όζους με έναν ελαστικό δακτύλιο από καουτσούκ. Ο περισφιγγόμενος όζος νεκρώνεται και σε λίγες

μέρες εκπίπτει εγκαταλείποντας στη θέση του ένα μικρό έλκος, η επουλώση του οποίου θα προκαλέσει συγκόλληση του βλεννογόνου στο τοίχωμα και εξάλειψη της αιμορροΐδας. Οι δακτύλιοι τοποθετούνται με ειδική συσκευή ενδοσκοπικά, χωρίς καν τοπική αναισθησία.



**Συσκευή ενδοσκοπικής απολίνωσης αιμορροΐδων τύπου St. Marks.**

Ο ασθενής για δύο με τρεις ημέρες μετά την εφαρμογή του δακτυλίου μπορεί να έχει ένα πολύ ήπιο πόνο και αίσθημα ξένου σώματος στον πρωκτό, συμπτώματα που ανακουφίζονται με αναλγητικά. Η μέθοδος είναι εύκολη, φθηνή και αποτελεσματική. Είναι η πιο διαδεδομένη τεχνική σε όλο τον κόσμο για αιμορροϊδοπάθεια 2ου και 3ου σταδίου. Δεν απαιτεί νοσηλεία, εφαρμόζεται στο εξωτερικό ιατρείο και δεν προκαλεί πόνο όταν γίνει σωστά.

**Αιμορροϊδεκτομή**

Η χειρουργική αποκατάσταση των αιμορροΐδων είναι επιβεβλημένη σε προχωρημένη συμπτωματική αιμορροϊδοπάθεια, όταν οι ηπιότερες τεχνικές δεν αποδίδουν ή σε επιπλεγμένες αιμορροΐδες. Υπάρχουν διάφορες χειρουργικές τεχνικές (Parks, Ferguson, Whitehead, Milligan-Morgan) που σε γενικές γραμμές περιλαμβάνουν την εκτομή των αιμορροϊδικών όζων μαζί με τα παρακείμενα δερματικά ράκη. Η επέμβαση γίνεται με γενική ή τοπική αναισθησία στο χειρουργείο με τη βοήθεια ηλεκτροδιαθερμίας ή Laser. Η επουλώση διαρκεί 20-40 μέρες και στο διάστημα αυτό συνιστάται η χρήση αναλγητικών, συχνά εδρόλουτρα και χορηγούνται μαλακτικά κοπράνων (παραφινέλαιο) για διευκόλυνση των κενώσεων. Η ενδοσκοπική και λιγότερο τραυματική μέθοδος Longo, συνιστάται στην εσωτερική κυκλική συρραφή του ορθικού τοιχώματος που γίνεται με ειδική συσκευή και αποσκοπεί στην απαγγελίωση των αιμορροϊδικών όζων. Η μέθοδος Longo ενδείκνυται σε συμπτωματική αιμορροϊδοπάθεια 2ου ή 3ου σταδίου και ειδικά όταν συνυπάρχει πρόπτωση του ορθού, οπότε η κλασική χειρουργική αποκατάσταση είναι δύσκολη και επώδυνη. Το πλεονεκτήματα της μεθόδου Longo είναι η ταχύτερη ανάρρωση και ο λιγότερος πόνος. Τα μειονεκτήματά της είναι οι σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν όταν η επέμβαση γίνει από χειρουργό που δεν έχει μεγάλη εμπειρία, η ανάγκη για συμπληρωματική εκτομή των δερματικών ρακών στην ίδια επέμβαση ή σε δεύτερο χρόνο και το γεγονός ότι η μέθοδος δεν είναι αποτελεσματική και δεν ενδείκνυται στις αιμορροΐδες 4ου σταδίου και τις επιπλεγμένες αιμορροΐδες.

**Μέθοδος Longo**



**Πριν**



**Μετά**

# Η Κουλτούρα του Ψυχιατρικού Νοσηλευτή Μέσα Από την Ιστορία

Η πρώτη νοσηλεύτρια που νοσήλευσε ασθενείς με ψυχικό νόσημα ήταν η Αγάπη Χατζιδάκη-Κουρατόρα. Εργαζόταν στις φυλακές της Κυδαθηναίων στις αρχές του 19ου αιώνα και στη συνέχεια μετατέθηκε στο Δημόσιο Ψυχιατρείο.

**Επιμέλεια: Ευμορφία Κούκια**

Λέκτορας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Οι πρώτες νεαρές κοπέλες που επιθυμούσαν να εργαστούν ως «αδελφές-νοσοκόμες» έπρεπε να εκπαιδευτούν όχι μόνο σε νοσηλευτικές ικανότητες αλλά και σε θέματα κουλτούρας: στον τρόπο που ντύνεται η νοσηλεύτρια, στον τρόπο που συμπεριφέρεται, να μάθουν ότι προτέρημα ήταν η υπακοή στην ιεραρχία και ο σεβασμός στην παράδοση. Οι αδελφές-νοσοκόμες που εργάστηκαν στα λεγόμενα «ψυχιατρικά άσυλα» είχαν έλλειψη βασικής εκπαίδευσης και έπρεπε να αντιμετωπίσουν ένα σημαντικό αριθμό εμποδίων. Οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών ήταν εξαιρετικά άσχημες και ο αριθμός τους συνεχώς αυξανόταν.

Στις αρχές του 1990, το ιατρικό προσωπικό έκανε την πρώτη προσπάθεια να εκπαιδεύσει τις αδελφές-νοσοκόμες. Εκπαίδευση στην ψυχιατρική νοσηλευτική δεν υπήρχε μέχρι το 1946, όταν μία λέκτορας της Σχολής Επισκεπτριών Υγείας, η οποία είχε αποκτήσει την ψυχιατρική ειδικότητα στο εξωτερικό, πρότεινε ένα πρόγραμμα 7 εβδομάδων για τους σπουδαστές της Νοσηλευτικής στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Αθήνας.

Το 1950, τέσσερις νοσοκόμες της Σχολής Επισκεπτριών Υγείας αποφάσισαν να εργαστούν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο και ένας μικρός αριθμός στο Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο. Η φροντίδα του ασθενούς εξακολουθούσε να βασίζεται σε ανειδίκευτο προσωπικό και η εικόνα των νοσοκομείων ήταν απάνθρωπη. Μέχρι το 1967, ημερομηνία που θεωρείται ότι ξεκινά επίσημα η ιστορία του «ψυχιατρικού νοσηλευτή», δεν μπορούμε να μιλάμε για συγκεκριμένη κουλτούρα. Οι αδελφές-νοσοκόμες που εργάστηκαν μέχρι τότε με διάθεση αυτοθυσίας και κυρίως χριστιανικές αρχές φροντίδας έπρεπε να επιβιώσουν σε συνθήκες εργασίας πολύ δύσκολες.

Το 1967, η Αφροδίτη Ραγιά, ένα χρόνο μετά την επιστροφή της από την Αμερική, όπου πήρε τον μεταπτυχιακό τίτλο της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, αναλαμβάνει το μάθημα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στην Ανώτερη Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού για πρώτη φορά στην Ελλάδα.

Στα χρόνια που ακολουθούν, καλείται από το σύνολο των νοσηλευτικών σχολών να πραγματοποιήσει διαλέξεις στο συγκεκριμένο αντικείμενο: Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής, Σχολή Νοσηλευτών του ΠΙΚΠΑ, Σχολή Νοσηλευτών του Γενικού Κρατικού, Ολυμπιάδα Σχολή και στη Σχολή Επισκεπτριών. Η Αφροδίτη Ραγιά συγγράφει τις πρώτες σημειώσεις Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής.

Τις ίδιες χρονιές, ανταποκρίνεται σε αίτημα της Σχολής Αξιωματικών Νοσηλευτικής για την εκπαίδευση προϊστάμενης νοσηλευτικού τμήματος στην ψυχιατρική και ιδρύει την Ψυχιατρική ειδικότητα στο Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο. Στα χρόνια που ακολούθησαν, σχεδίασε και οργάνωσε την Ψυχιατρική ειδικότητα και συνέτεινε στη νομοθετική κάλυψη με αναγνώριση της ειδικότητας μέσω του ΦΕΚ.

Επίσης, υπό την καθοδήγησή της και σε συνεργασία με την Προϊσταμένη Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κ. Ολγα Ανδρουλάκη, εκπαιδεύτηκαν στην



Ψυχιατρική Νοσηλευτική, σπουδαστές νοσηλευτικών σχολών μονοετούς, διετούς και τριετούς φοίτησης.

Οι ψυχιατρικές νοσηλεύτριες αποκτούν ταυτότητα και καθήκοντα. Ο ρόλος τους αρχίζει να επεκτείνεται και να εμπλουτίζεται με βάση μια πιο θεραπευτικού τύπου προσέγγιση του ασθενούς. Η εφεύρεση των αντιψυχωσικών έχει ένα θετικό αντίκτυπο στη σχέση του ασθενούς με τον νοσηλευτή. Ο έλεγχος των ψυχωσικών συμπτωμάτων έχει ως αποτέλεσμα η νοσηλεύτρια να εφαρμόζει τα πρώτα στοιχεία νοσηλευτικής διεργασίας. Η κουλτούρα του νοσηλευτικού επαγγέλματος αρχίζει να λαμβάνει διαφορετική μορφή. Εξακολουθεί η φροντίδα του ασθενούς να βασίζεται σε ανειδίκευτο προσωπικό αλλά κάτω από την εποπτεία ψυχιατρικών νοσηλευτών. Τα θέματα της ιεραρχίας γίνονται πιο σημαντικά και η σχέση ιατρού-νοσηλευτή πρέπει να αποκτήσει νέες βάσεις.

Το 1979, ιδρύεται το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με τη συμβολή της Αφροδίτης Ραγιά και της Βασιλικής Λανάρα. Η Αφροδίτη Ραγιά στο διάστημα αυτό είναι ήδη Διευθύντρια Σπουδών της Σχολής του Ευαγγελισμού. Προσλαμβάνεται ταυτόχρονα από το Πανεπιστήμιο Αθηνών ως Ειδικός Επιστήμονας και στη συνέχεια ορκίζεται Αναπληρώτρια Καθηγήτρια στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Συγγράφει το πρώτο βιβλίο Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής. Στα επόμενα χρόνια θα ιδρυθεί με τη συμβολή της, το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στην «Ψυχική Υγεία» και θα αρχίσουν να επεκτείνονται οι νοσηλευτικές σπουδές με την απόκτηση διδακτορικών τίτλων.

Παράλληλα, το 1988, αναγνωρίζεται με νόμο η ψυχιατρική ειδικότητα σχεδιασμένη για τριετούς εκπαίδευσης νοσηλεύτριες.

Την ίδια δεκαετία παρατηρείται μια σημαντική αλλαγή στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η έμφαση δίνεται στη θεραπευτική σχέση ασθενούς-νοσηλευτή και στην επίδραση αυτής της σχέσης στην έκβαση της ασθένειας.

Στα χρόνια που ακολούθησαν μέχρι σήμερα, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία απασχολούν νοσηλευτές διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης. Ως βάση στη φροντίδα του ασθενούς εξακολουθεί να υφίσταται ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Απασχολούνται, επίσης, νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ή χωρίς ψυχιατρική ειδικότητα και ένας ελάχιστος αριθμός νοσηλευτών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης με ή χωρίς μεταπτυχιακό τί-

λο στην Ψυχική Υγείας.

Η κουλτούρα του νοσηλευτή δεν έχει λάβει ακόμη και σήμερα μορφή. Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης επιτείνουν τη σύγχυση. Οι συγκρούσεις με τα παραδοσιακά σχήματα στο νοσηλευτικό αλλά και στο ιατρικό κατεστημένο εμποδίζουν την ελεύθερη ανάπτυξη του ψυχιατρικού νοσηλευτή.

Οι νέοι απόφοιτοι των νοσηλευτικών σχολών γίνονται μάρτυρες μιας πρωτοφανούς παράλογης κατάστασης. Βάσει του υψηλού επιπέδου των σπουδών τους, τη διεθνή τάση για αναγνώριση του επαγγέλματος, τη θέση του νοσηλευτή σε χώρες Δυτικού πολιτισμού, οι νοσηλευτές γνωρίζουν τη θέση που τους ανήκει και τα καθήκοντα και τα δικαιώματα που τους αντιστοιχούν.

Η σημαντική καθυστέρηση της ελληνικής νομοθεσίας να ενσωματώσει τις εξελίξεις που σημειώνονται σε παγκόσμιο επίπεδο έχει άμεσο αντίκτυπο και στην κουλτούρα του ψυχιατρικού νοσηλευτή. Επιπλέον, τα θέματα της ιεραρχίας είναι συνεχώς στο προσκήνιο, οι νέοι εξαιρετικά καταρτισμένοι νοσηλευτές «οφείλουν» να υπακούουν σε παλιότερα σχήματα και η εφαρμογή των εξειδικευμένων γνώσεων τους, π.χ. στην ψυχοθεραπεία συναντά δυστυχώς πολέμιους από διάφορους κλάδους.

Στη δυσμενή αυτή κατάσταση έρχεται να προστεθεί η γενικότερη αλλαγή στη φροντίδα του ασθενούς μέσα από τον εκμοντερνισμό του Ελληνικού Συστήματος Ψυχικής Υγείας (Πρόγραμμα Ψυχαγωγίας-Αποασυλοποίησης) που δημιούργησε την ανάγκη για νοσηλευτές ειδικευμένους στην κοινοτική ψυχιατρική φροντίδα. Οι νέες κοινοτικές και αποκαταστασιακές δομές επανδρώνονται με ανειδίκευτο προσωπικό.

Δυστυχώς, τα θέματα κουλτούρας έχουν περάσει σε δεύτερη μοίρα όταν θέματα, όπως η έλλειψη προσωπικού και τα ελλείμματα στη χρηματοδότηση απειλούν με κλείσιμο τις νέες δομές. Η μόνη λύση σε αυτή την κατάσταση φαίνεται να είναι η συστράτευση των ψυχιατρικών νοσηλευτών και η εγκατάσταση μιας σχέσης αδιαπραγμάτευτης συνεργασίας μεταξύ τους που θα τους ισχυροποιήσει ως ομάδα και θα τους προστατέψει από αρνητικές επιδράσεις.

Αλλωστε οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές ή νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ανεξαρτήτως του τίτλου που επιθυμούν, το μόνο που έχουν να επιτύχουν είναι να αποκτήσουν την ταυτότητα που οι συνάδελφοί τους στο εξωτερικό έχουν αυτονομία εδώ και 50 χρόνια.



## 8ο Συμπόσιο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής 251 ΓΝΑ

Την Παρασκευή 28 και Σάββατο 29 Μαΐου 2010 στο Αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ έλαβε χώρα το 8ο Συμπόσιο Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής με την συμμετοχή των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των Στρατιωτικών Νοσοκομείων 251 ΓΝΑ, 401 ΓΣΝΕ, ΝΝΑ, ΝΙΜΤΣ και «Αττικό» Νοσοκομείο και Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπαγεωργίου».

Στο συμπόσιο συμμετείχαν Έλληνες και ξένοι ομιλητές οι οποίοι και ενημέρωσαν για ό,τι νεότερο υπάρχει στην Εντατική Θεραπεία διεθνώς. Αποτελεί δε κοινή επιστημονική εκδήλωση του Υγειονομικού και μάλιστα των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας των Ενόπλων Δυνάμεων και έναν ισχυρό σύνδεσμο με την Πανεπιστημιακή και Ιατρική κοινότητα.



Η πρύτανης του Πανεπιστημίου της Σορβόνης και Ελένη Γλύκατζη-Αρβελέρ.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι την εναρκτήρια ομιλία του Συμποσίου στις 28 Μαΐου στις 09:30, πραγματοποίησε η πρύτανης του Πανεπιστημίου της Σορβόνης και Ελένη Γλύκατζη-Αρβελέρ, ενώ τίμησε με την παρουσία του ο Υπουργός Εθνικής Αμυνας, κος Ευάγγελος Βενιζέλος.

Το Συνέδριο παρακολούθησαν συνολικά 780 άτομα και συγκεκριμένα 653 άτομα εντός Αθηνών, 108 εκτός Αθηνών και 19 άτομα από το εξωτερικό. Η δε ανάλυση είναι: φοιτητές 145, 251 ΓΝΑ 160, εκτός 251 ΓΝΑ 348 προερχόμενοι από το 251 ΓΝΑ ιατροί 113, νοσηλευτές 43, τεχνολόγοι 4.

Αξιοσημείωτο είναι ότι αυξάνεται ο αριθμός των ιατρών που προέρχονται από το εξωτερικό.



Στιγμιότυπο από το αμφιθέατρο 251 ΓΝΑ κατά την παρακολούθηση του συμποσίου. Διακρίνονται ο ΥΕΘΑ κος Βενιζέλος, ο κος Αρχηγός ΓΕΕΘΑ, ο κος Υπαρχηγός ΓΕΑ και ο κος Δντής Υγ/κού ΓΕΑ/ΔΥΓ.

## Ημερίδα Οδοντιατρικού Τομέα

Στις Ιουνίου 2010, πραγματοποιήθηκε στο Αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ Ημερίδα του Οδοντιατρικού Τομέα με θέμα «Όρια και δυνατότητες της Ενδοδοντίας». Στην Ημερίδα συμμετείχαν ως ομιλητές ο Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοδοντίας του Τμήματος Οδοντιατρικής του ΕΚΠΑ, κ. Ευάγγελος Κοντακιώτης, και οι Ενδοδοντολόγοι των τριών Κλάδων των Ενόπλων Δυνάμεων, Ταγματάρχης (ΥΟ) Παναγιώτης Μωυσιάδης, Υποπλοίαρχος (ΥΟ) Σπύρος Φλωράτος ΠΝ, και Επισμηναγός (ΥΟ), Δημήτριος Τόλιας.

Στην Ημερίδα χαιρετισμό απηύθυνε ο Αρχηγός της ΠΑ Αντιπτεράρχος (Ι) Βασίλειος Κλόκοζας, ενώ παρέστη σύσσωμη η ηγεσία του Υγειονομικού της ΠΑ και πλήθος συνέδρων. Στις διαλέξεις των ομιλητών παρουσιάστηκαν οι τελευταίες εξελίξεις στον χώρο της Ενδοδοντολογίας και αναλύθηκαν οι τρόποι που αυτές επηρεάζουν τις θεραπευτικές δυνατότητες της ενδοδοντικής θεραπείας.

Την Οργανωτική Επιτροπή της Ημερίδας στελέχωσαν οι Επ/γός (ΥΟ) Δημήτριος Τόλιας, Υπ/γός (ΥΟ) Αλέξανδρος Βρέζας, Υπ/γός (ΥΟ) Μαρία Κουράκου και Ανθ/γός (ΥΟ) Ελένη Μπόικια.



Στιγμιότυπο από το Αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ κατά τη διεξαγωγή της Ημερίδας.

## Ειδική Τελετή

Με μεγάλη συγκίνηση το υγειονομικό προσωπικό του 251 ΓΝΑ αποχαιρέτησε 43 εκλεκτούς συναδέλφους οι οποίοι αποστρατεύτηκαν – συνταξιοδοτήθηκαν κατά το παρελθόν έτος. Προκειμένου να τιμηθούν και να τους απονεμηθούν αναμνηστικές πλακέτες πραγματοποιήθηκε στις 11 Ιουνίου 2010 στο αμφιθέατρο του 251 ΓΝΑ ειδική τελετή. Οι ανωτέρω Αξιωματικοί, Υπαξιωματικοί και Μόνιμοι Υπάλληλοι κόσμησαν με την παρουσία τους το Νοσοκομείο, συνέβαλαν στη διατήρηση του καλού του ονόματος και ανέβασαν τον πήχη για τους υπόλοιπους.



Από δεξιά προς αριστερά: Ο Δκτής 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Χ. Γρηγορέας, ο Υπ/κτής Ταξχος (ΥΙ) Γ. Κατσάνης και ο συνταξιούχος ΜΥ Κυριάκος Παναγιώτης.



Ο Δκτής 251 ΓΝΑ Ταξχος (ΥΙ) Χρήστος Γρηγορέας απονέμει αναμνηστική πλακέτα στον Ταξχο (ΥΙ) ε.α. Ιωάννη Χρήστου.