

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ε Κ Λ Η Ρ Υ Ν Σ Η Κ Α Τ Α Π Λ Α Κ Α Σ

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστρια: ΛΕΝΤΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια:

(Υπογραφή) _____

Γεωργούση

Επιτροπή Εγκρίσεως
Πτυχιακής Εργασίας:

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

- | | | |
|----|-------|-------|
| 1) | _____ | _____ |
| 2) | _____ | _____ |
| 3) | _____ | _____ |

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής.



ΠΑΤΡΑ, 1991

ΑΦΙΟΜΟΣ	H42
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Την Πτυχιακή μου Εργασία
την αφιερώνω
στους καθηγητές μου των Τ.Ε.Ι.
Πατρών, καθώς και στους γονείς
μου.

Μέσα από την εργασία μου αυτή θέλω να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με βοήθησαν με συμβουλή και ενθάρρυνση στο δύσκολο έργο της συγγραφής της παρούσης Πτυχιακής Εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά:

- Την υπεύθυνη νοσηλεύτρια της εργασίας κ. Γεωργούση.
- Την προϊσταμένη της Μ/Ε κ. Μαυρίκη.
- Τους γονείς μου που με την ατέλειωτη συμπαράστασή τους με βοήθησαν να δημιουργηθεί αυτή η εργασία.
- Εύχομαι κάθε πρόοδο και εξέλιξη της Νοσηλευτικής επιστήμης και του Νοσηλευτικού προσωπικού.

Λέντια Ευαγγελία

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	VI
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
- ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	1
- ΣΚΛΗΡΥΝΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	2
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ	3
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	5
- Επιδημιολογία	5
- Γενετικοί παράγοντες	6
- Αυτοάνοσοι παράγοντες	7
- Εκλυτικοί παράγοντες	7
- ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	9
- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ	12
- ΟΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ Π.Σ.	14
- ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ	15
- ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	18
- ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ Π.Σ.	21
- ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ Π.Σ.	23
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ	
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	26
- Κλινικά σημεία βλάβης του Ν.Σ.	28
- Γενική εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	32
- Περιοχή βλάβης - Εκδηλώσεις	37
- Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας	38

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

- ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	43
- ΕΠΙΛΟΓΟΣ	59
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ: Είναι μια από τις σοβαρότερες και αδυσώπητα προϊούσες νόσους του νευρικού συστήματος, η οποία προσβάλλει κυρίως άτομα νεαρής ηλικίας. Αυτό που με ώθησε να αναλάβω πτυχιακή εργασία με θέμα "Σκλήρυνση κατά πλάκας", ήταν το ενδιαφέρον μου που αναπτύχθηκε για τη νόσο αυτή, μετά από προσωπική εμπειρία με άτομο που πάσχει από κατά πλάκας σκλήρυνση.

Η ιατρική επιστήμη βρίσκεται σε διαρκή έρευνα, ώστε να μπορέσει να εντοπίσει την αιτιολογία της νόσου και να επιτύχει την πλήρη θεραπεία των νοσούντων.

Η νοσηλευτική επιστήμη βρίσκεται σε διαρκή κινητοποίηση, ώστε μέσα από ολοένα και πιο εξειδικευμένες ενέργειες να αντιμετωπίσει τα πολλαπλά προβλήματα, σωματικά και ψυχολογικά, των ατόμων που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας.

Μέσα από την εργασία μου αυτή θα προσπαθήσω να αναφερθώ σε όλες τις παραμέτρους που αφορούν τη νόσο αυτή, αναλύοντας στοιχεία και παραβάλλοντας κάποιες σκέψεις, ιδέες και απόψεις.

Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Οι απομυελινωτικές νόσοι περιλαμβάνουν ομάδα νευρολογικών διαταραχών, σημαντικών και λόγω της συχνότητας με την οποία εμφανίζονται και λόγω της αναπηρίας που προκαλούν. Οι απομυελινωτικές νόσοι εμφανίζουν το κοινό παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της εστιακής ή τμηματικής καταστροφής των ελύτρων της μυελίνης στο Κ.Ν.Σ., σε συνδυασμό με φλεγμονώδη αντίδραση. Δεν έχει προσδιοριστεί καμμία αιτία για οποιαδήποτε από τις καταστάσεις που θεωρούνται σαν απομυελινωτικές νόσοι. Σύμφωνα με την ισχύουσα γνώμη είναι πιθανόν ότι η αυτοανοσία ή η λογενής λοίμωξη ενοχοποιείται για την παθογένειά τους.

Απώλεια μυελίνης εμφανίζεται επίσης και σε άλλες κλινικές οντότητες, αλλά σ' αυτές απουσιάζει η φλεγμονώδης αντίδραση. Σ' αυτές περιλαμβάνονται γενετικά καθοριζόμενα σφάλματα του μεταβολισμού της μυελίνης, έκθεση σε τοξίνες, όπως το μονοξειδίο του άνθρακα και τυχαία λογενής λοίμωξη των ολιγοδενδροκυττάρων πάνω σε υπόβαθρο ανοσοανεπάρκειας.

Βάσει του κλινικού ιστορικού, της φυσικής εξέτασης και των παθολογοανατομικών ευρημάτων, διακρίνονται οι εξής απομυελινωτικές νόσοι:

1. Η οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα.
2. Η οξεία αιμορραγική λευκοεγκεφαλίτιδα.
3. Η οπτική νευρομυελίτιδα.
4. Η κατά πλάκας σκλήρυνση.
5. Η διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση.

ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Η νόσος αυτή εμφανίζεται με τη μορφή υποτροπών εστιακής νευρολογικής διαταραχής, με προτίμηση το νωτιαίο μυελό, τα οπτικά νεύρα και τον εγκέφαλο. Οι προσβολές ακολουθούνται από ύφεση και υποτροπές κατά φαινομενικά τυχαίο και περίεργο τρόπο επί πολλά χρόνια. Η νόσος αρχίζει πάρα πολύ συχνά στα πρώτα στάδια της ενήλικης ζωής. Η συχνότητα των παροξυσμών είναι πάρα πολύ μεγάλη στη διάρκεια των 3 έως 4 πρώτων χρόνων της νόσου, αλλά η αρχική προσβολή, που μπορεί να είναι τόσο ήπια ώστε να διαφύγει την προσοχή του γιατρού και μπορεί να επαναληφθεί, μπορεί επίσης να μην ακολουθηθεί από άλλη προσβολή για 10 έως 20 χρόνια.

Ο βαθμός της αποκατάστασεως ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των αρρώστων και από τη μια προσβολή στην άλλη στο ίδιο άτομο. Ίσως στο ένα τρίτο των περιπτώσεων η νόσος εκδηλώνεται ως βραδέως, αλλά αδυσώπητα προϊούσα νόσος. Πιθανώς αυτό ισχύει ιδιαίτερα εάν η νόσος εμφανισθεί μετά την ηλικία των 40 ετών. Σε περιπτώσεις πρωιμότερης εισβολής, μια σειρά από εξάρσεις και υφέσεις μπορεί μερικές φορές να ακολουθήσει βραδύτερη πορεία από όσο η αρχική επιδείνωση, αλλά συχνότερα μετά από πολλά χρόνια προσβολών παρατηρείται βαθμιαία επιδείνωση. Μερικοί άρρωστοι πεθαίνουν γρήγορα· στους περισσότερους δεν συμβαίνει αυτό και η μέση επιβίωση είναι μεγαλύτερη από 30 χρόνια μετά την εισβολή της νόσου.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζει ποικιλία στην εμφάνισή της. Η κλινική εικόνα προσδιορίζεται από την εντόπιση των εστιών της απομυελινώσεως. Μερικά τμήματα του Ν.Σ. προσβάλλονται κατά προτίμηση. Τα κλασικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν διατα-

ραχές της οράσεως, νυσταγμό, δυσαρθρία, μειωμένη αντίληψη των δονήσεων και της αισθήσεως της θέσεως, αταμία και τρόμο, αδυναμία ή παράλυση ενός ή και περισσότερων μελών, σπαστικότητα και προβλήματα από τη νύστη.

Παθολογική ανατομία

Πολλές διάσπαρτες, ευδιάκριτες περιοχές απομυελινώσεως που ονομάζονται πλάκες, αποτελούν το παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της κατά πλάκας σκλήρυνσης. Μακροσκοπικά οι πλάκες έχουν όψη περιοχών με φαιορόδινο χρώμα και σαφή όρια από την περιβάλλουσα λευκή ουσία του Κ.Ν.Σ. Οι βλάβες μπορεί να επεκτείνονται και στη φαιά ουσία, μολονότι τα νευρικά κύτταρα φαίνονται άθικτα κατά τη μικροσκοπική εξέταση. Οι πλάκες ποικίλλουν σε μέγεθος από λίγα χιλιοστά σε αρκετά εκατοστά. Οι πλάκες μπορεί να βρίσκονται οπουδήποτε στη λευκή ουσία, αλλά τυπικά εμφανίζονται στις περικοιλιακές περιοχές του εγκεφάλου, κάτω από τη χοριοειδή μήνιγγα και μέσα στο εγκεφαλικό στέλεχος και το νωτιαίο μυελό. Το περιφερικό νευρικό σύστημα δεν προσβάλλεται.

Νεκροτομικές μελέτες δείχνουν, ότι τα 20% των περιπτώσεων πολλαπλής σκλήρυνσεως παραμένουν τελείως κλινικά σιωπηρές στη διάρκεια της ζωής.

Τα μικροσκοπικά χαρακτηριστικά των βλαβών της πολλαπλής σκλήρυνσεως εξαρτώνται από την ηλικία τους. Τυπικά απαντούν βλάβες διαφόρων χρονικών φάσεων και ενδείξεις νέας δραστηριότητας γύρω από τα όρια των παλαιότερων. Οι ενεργές βλάβες της πολλαπλής σκλήρυνσεως χαρακτηρίζονται από συναθροίσεις λεμφοκυττάρων, μονοκυττάρων και μακροφάγων γύρω από τα φλεβίδια και τα όρια της πλάκας, όπου καταστρέφεται η μυελίνη. Επίσης λειτουργούν

ως μεταφορείς των συντριμμάτων της μυελίνης. Τα μακροφάγα που είναι φορτισμένα με λίπος, μπορεί να παραμένουν επί μήνες, ίσως και χρόνια, αφού έχει σταματήσει η οξεία φλεγμονώδης αντίδραση. Τα πλασματοκύτταρα συσσωρεύονται μέσα στις πλάκες και βρίσκονται στα κέντρα τους ή κοντά σ' αυτά.

Μόνο περιορισμένη αναγέννηση της μυελίνης εμφανίζεται στην πολλαπλή σκλήρυνση. Η αιτία είναι ασαφής και μπορεί να σχετίζεται με την απώλεια των ολιγοδενδροκυττάρων. Στα όρια της χοριοειδούς μήνιγγας του κωτιαίου μυελού μπορεί να εμφανισθεί επανамυελίωση από περιφερικά νευρικά κύτταρα του Schwann, που έχουν διηθήσει το Κ.Ν.Σ. Παρά την ενδελεχή έρευνα, δεν έχουν ανακαλυφθεί έγκλειστα ιών στις βλάβες της πολλαπλής σκληρύνσεως. Οι νευροάξονες που βρίσκονται μέσα στις πλάκες τείνουν να μείνουν άθικτοι, μολονότι στις οξείες βλάβες εμφανίζεται, μερικές φορές, έντονη νέκρωση με απώλεια των αξόνων.

Τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά της πολλαπλής σκλήρυνσης δεν ευθύνονται για τις από ώρα σε ώρα και από μέρα σε μέρα εξάρσεις και υφέσεις της λειτουργίας που είναι τόσο χαρακτηριστικές της νόσου. Ο πυρετός ή και ακόμα και ελάχιστες αυξήσεις της θερμοκρασίας του σώματος, όπως π.χ. μετά από ένα ζεστό λουτρό, μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία αγωγής μέσω των απομυελινωθειών περιοχών και να οδηγήσουν σε φευγαλέα συμπτώματα και σημεία. Ο μηχανισμός της κοπώσεως αυτής είναι άγνωστος, αλλά υποτίθεται ότι συμβαίνει κάποιος τύπος αποκλεισμού της αγωγής.

Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

Α Ι Τ Ι Ο Λ Ο Γ Ι Α

Η αιτία ή οι αιτίες της πολλαπλής σκλήρυνσης παραμένουν άγνωστες. Έχει προταθεί ο ρόλος ανοσολογικών ή λοιμωδών παραγόντων, αλλά τα δεδομένα που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν τις υποθέσεις αυτές είναι ατελή και έμμεσα.

Επιδημιολογία

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει διάφορα γεγονότα που τελικά θα πρέπει να ενσωματωθούν σε κάθε συναφή θεωρία για τη νόσο. Ο μέσος όρος ηλικίας κατά την εισβολή του πρώτου κλινικού επεισοδίου της πολλαπλής σκλήρυνσεως (Π.Σ.) συμπίπτει με την τρίτη και την τέταρτη δεκαετία. Η νόσος εμφανίζεται κάπως αργότερα στους άνδρες από όσο τις γυναίκες. Είναι ασυνήθιστο, αλλά όχι και απίθανο, να αρχίσει η νόσος στην παιδική ηλικία ή μετά την έκτη δεκαετία.

Γενικά, η συχνότητα στις εύκρατες κλιματικές ζώνες είναι μεγαλύτερη απ' όσο στις τροπικές ζώνες.

Η συχνότητα της Π.Σ. στις Βόρειες Πολιτείες των Η.Π.Α. είναι περίπου 10 νέες περιπτώσεις κάθε χρόνο σε εκατό χιλιάδες άτομα, ηλικίας μεταξύ 20 και 50 ετών. Η συχνότητα στην Αυστραλία, τη Νέα Ζηλανδία και τις Νότιες Πολιτείες των Η.Π.Α. είναι το 1/3 έως το 1/2 αυτής που αναφέρθηκε παραπάνω, στην Ιαπωνία, στα άλλα μέρη της ανατολής και την Αφρική, η Π.Σ. είναι σπάνια. Σύμφωνα με επιδημιολογικές ενδείξεις, μερικά απότα άτομα που μεταναστεύουν από περιοχές υψηλού κινδύνου σε περιοχές χαμηλού κινδύ-

νου ως παιδιά προστατεύονται από την Π.Σ. Τα στοιχεία συμφωνούν με την ύπαρξη γεωγραφικά περιορισμένου περιβαλλοντικού παράγοντα, πιθανώς ενός ιού, που επηρεάζει την ανάπτυξη της Π.Σ.

Γενετικοί παράγοντες

Σύμφωνα με μια άποψη, η Π.Σ. μπορεί να είναι συχνότερη στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Η συχνότητα της Π.Σ. μεταξύ των Αμερικανών Ινδιάνων και Μαύρων είναι χαμηλότερη απ'όσο μεταξύ των λευκών που ζουν στις ίδιες περιοχές.

Συγγενείς εξ' αίματος αρρώστων με Π.Σ. (γονείς, παιδιά), έχουν οκτώ φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν Π.Σ. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει μια αλληλεπίδραση διαφόρων γενετικών παραγόντων, με συμμετοχή εκθέσεως σε περιβαλλοντικό παράγοντα ή ένα συνδυασμό και των δυο. Μελέτες σε οικογένειες απέτυχαν να αποκαλύψουν κάποιο γενετικό τύπο, που μπορεί να προβλεφθεί, αλλά υποστηρίζουν τη γενετικά προσδιοριζόμενη προδιάθεση για τη νόσο.

Μερικά αντιγόνα ιστοσυμβατότητας (HLA) εμφανίζονται συχνότερα σε αρρώστους με πολλαπλή σκλήρυνση. Μεταξύ λευκών, που εμφανίζουν τη νόσο, τα επιχώρια αλληλία HLA-B₇ και τα DW2 εμφανίζονται σε αυξημένη συχνότητα.

Οι περισσότεροι Αμερικανοί μαύροι με Π.Σ. εκφράζουν το αλληλίο HLA-B₇· το αλληλίο αυτό είναι σπάνιο στους μαύρους της Αφρικής στους οποίους δεν εμφανίζεται η Π.Σ. Εξάγεται το συμπέρασμα, ότι υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας συνδεδεμένος με το αντιγόνο HLA, που προδιαθέτει στην Π.Σ., αλλά επειδή τα περισσότερα άτομα που φέρουν τα B₇ ή το D_W2 δεν αναπτύσσουν τη νόσο, μπορεί να παίξουν ρόλο επιπρόσθετοι γενετικοί ή περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Αυτοάνοσοι παράγοντες

Οι βλάβες της Π.Σ. μοιάζουν με τις βλάβες της πειραματικής αλλεργικής εγκεφαλομυελίτιδας (Π.Α.Ε.), μιας αυτοάνοσης νόσου που προκαλείται σε ζώα μετά από ανοσοποίηση με μυελίνη. Οι βλάβες της ΠΑΕ είναι απομυελινωτικές, εμφανίζονται με χρόνιες και υποτροπιάζουσες μορφές και χαρακτηρίζονται από φλεγμονώδη διήθηση, που αποτελείται από λεμφοκύτταρα, μακροφάγα και πλασματόκυτταρα. Στην ΠΑΕ μπορεί να αποδειχθεί ότι η ευπάθεια του λεμφοκυττάρου T σε μεμονωμένο αντιγόνο, που είναι γνωστό ως βασική πρωτεΐνη της μυελίνης, είναι η αιτία της νόσου· μέχρι στιγμής όμως στην Π.Σ. δεν μπορεί να αποδειχθεί ευπάθεια στη βασική πρωτεΐνη της μυελίνης.

Στη διάρκεια των προσβολών της Π.Σ. συμβαίνουν μεταβολές των λεμφοκυττάρων του περιφερικού αίματος. Τα επίπεδα των T κυττάρων ελαττώνονται ακριβώς πριν από τις προσβολές και αυξάνονται κατά τη λήξη τους. Εάν η μεταβολή αυτή σχετίζεται με την αιτιολογία της Π.Σ. είναι άγνωστο. Η για οποιαδήποτε αιτιολογία απώλεια της λειτουργίας των κατασταλτικών κυττάρων, θα επέτρεπε σε μια λανθάνουσα αυτοάνοση αντίδραση να γίνει ενεργός.

Η ιογενής λοίμωξη του εγκεφάλου αποτελεί πιθανή αιτία της Π.Σ., παρά το γεγονός ότι έχουν αποτύχει όλες οι προσπάθειες για απομόνωση κάποιου ιού από εγκεφάλους με Π.Σ. ή η απεικόνισή του μέσα σε αυτούς.

Ελκυστικοί παράγοντες

Ποικίλες λοιμώξεις, τραυματισμοί και συναισθηματικές διαταραχές έχουν ενοχοποιηθεί για την έκλυση της πρώτης προσβολής της Π.Σ. Οι ενδείξεις για την ύπαρξη των παραγόντων αυτών παρα-

μένουν αόριστες και όχι πειστικές. Η πιθανότητα ότι μια προσβολή πολλαπλής σκλήρυνσης θα συμβεί στη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών της κήσεως είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι θα αναμενόταν απ' την απλή τύχη, αλλά η παρατήρηση αυτή αντιρροπείται από το μειωμένο κίνδυνο προσβολής στη διάρκεια του δεύτερου και τρίτου τριμήνου της κήσεως. Στις αποδεδειγμένες περιπτώσεις, το τραύμα, στο οποίο περιλαμβάνεται Ο.Ν.Π., η μυελογραφία και η χειρουργική επέμβαση, δεν έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τις προσβολές ή με την εξέλιξη σε αναπηρία, ούτε έχει δείχθει ότι μια συναισθηματική διαταραχή μπορεί να μεταβάλει το ρυθμό με τον οποίο εξελίσσεται η νόσος. Η εμπειρία έχει επίσης δείξει ότι, οι εμβολιασμοί δεν προκαλούν προσβολές πολλαπλής σκλήρυνσης.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλουν ανάλογα με την εντόπιση και την ένταση της παθολογοανατομικής εξεργασίας. Μια μεμονωμένη πλάκα στην έναρξη μπορεί να ευθύνεται για διάφορα συμπτώματα και σημεία, αλλά όταν πολλές βλάβες συμβαίνουν ταυτόχρονα σε τυπικές περιοχές του ΚΝΣ το αποτέλεσμα είναι μια πολύ πιο χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Τα συμπτώματα μιας εντοπισμένης βλάβης υποχωρούν σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες, όπως κι εκείνα που οφείλονται σε πολλές οξείες βλάβες. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν πολλές υποτροπές με κάποιου βαθμού ενδιάμεσες υφέσεις, ενώ μετά από κάθε ώση παραμένουν σημεία μόνιμης νευρολογικής έκπτωσης, πάνω στα οποία προστίθεται η επόμενη κλινική εκδήλωση.

Η μορφή με υποτροπές οξέων ή υποξέων επεισοδίων είναι συνηθέστερη σε νέους αρρώστους, ενώ στις περιπτώσεις έναρξης στη μέση ηλικία η πορεία είναι συχνότερα βραδεία, εξελικτική και η νοσηρή διεργασία αφορά συνήθως στο νωτιαίο μυελό.

Ένα απ' τα πιο συχνά αρχικά συμπτώματα είναι η μείωση της οπτικής οξύτητας συνήθως μονόπλευρα και σπανιότερα αμφοτερόπλευρα, αποτέλεσμα οπισθοβολβικής νευρίτιδας. Εμφανίζεται πόνος στο μάτι με προοδευτικό θάμπωμα ή σκοτεινίασμα της όρασης, για πολλές ώρες ή μέρες. Συχνά η όραση χάνεται τελείως, ενώ κατόπιν ακολουθεί γενικά αυτόματη βελτίωση, ίσως με πλήρη αποκατάσταση σε λίγες εβδομάδες ή μήνες, αν και κάποτε παραμένει ένα κεντρικό σκότωμα. Ένα άλλο εναλλακτικό σύμπτωμα που μπορεί να προηγείται από τις νευρολογικές εκδηλώσεις για πολλά χρόνια είναι η διπλωπία, που διαρκεί πολλές ώρες ή μέρες.

Ένας άλλος τρόπος εισβολής είναι με παροδική αδυναμία ή κατάργηση του ελέγχου των άκρων. Η αδυναμία μπορεί να πάρει τη μορφή της μονοπάρεσης ή της ημιπάρεσης, αλλά πιο συχνή είναι η παραπάρεση. Αναπτύσσεται αδυναμία και αδεξιότητα του μέλους ή των μελών με δυσκολία στη βάδιση. Σε ελαφρές περιπτώσεις η αδυναμία γίνεται έκδηλη ύστερα από περπάτημα ή ορθοστασία για αρκετή ώρα. Οι αρχικές αυτές εκδηλώσεις μπορεί να υποχωρήσουν σε λίγες μέρες ή εβδομάδες, για να ακολουθήσουν άλλες στους επόμενους μήνες ή χρόνια.

Τα αισθητικά συμπτώματα είναι επίσης συνηθισμένα σαν πρώτες εκδηλώσεις της νόσου. Παριασθησίες ενός άκρου που διαρκούν λίγες μέρες μπορεί να παραβλεφθούν εύκολα. Τα μυρμηκιάσματα και τα πουδιάσματα απλώνονται στο ένα πόδι προς τα πάνω και στο άλλο προς τα κάτω ή από τον βραχίονα προς τον κορμό και ύστερα στο πρόσωπο και το πόδι της ίδιας πλευράς. Συχνά υπάρχει αίσθηση "σφιχτού επιδέσμου" ή διόγκωσης του άκρου. Το σύνδρομο του "άχρηστου χεριού" συχνά οφείλεται σε βλάβες που καταργούν την ιδιοδεκτική αισθητικότητα σ' ένα χέρι· ο άρρωστος ουσιαστικά είναι ανίκανος να το χρησιμοποιήσει, αν και η μυϊκή ισχύς είναι άθικτη. Τα αισθητικά συμπτώματα υποχωρούν σταθερά ύστερα από μια πορεία λίγων εβδομάδων ή μηνών.

Συχνά ακόμα είναι και τα συμπτώματα πρωτοπαθούς προσβολής περιοχών του εγκεφαλικού στελέχους. Ένας τρόπος εμφάνισης είναι το οξύ επεισόδιο ίλιγγου που οφείλεται σε προσβολή των αιθουσαίων κέντρων και που σπάνια συνοδεύεται από σημεία βλάβης των μακρών αισθητικών ή κινητικών οδών. Συχνότερα, ενώ ο ίλιγγος υποχωρεί, ο άρρωστος παραπονείται για διπλωμία και αντικειμενικά βρίσκεται ατοξικός νυσταγμός. Εναλλακτική κλινική εικό-

να είναι η τριάδα του Charcot, που αποτελείται από αταξία με σχετικά οξεία έναρξη, με παρεγκεφαλιδικά σημεία ασυνεργείας και από τα τέσσερα άκρα, έντονο νυσταγμό στο πλάγιο βλέμμα και δυσαρθρία.

Τα οξέα επεισόδια της Π.Σ. μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε περιοχή του Κ.Ν.Σ. Έτσι η έναρξη είναι μερικές φορές εκρηκτική με πονοκέφαλο, έμετους, ίλιγγο, πόνο στο πρόσωπο και στη συνέχεια συμπτώματα από προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους, των οπτικών νεύρων ή του νωτιαίου μυελού. Σπάνια στην έναρξη της νόσου αναπτύσσεται εικόνα εγκεφαλικής προσβολής με διανοητικές διαταραχές, σπασμούς, αφασία, ημιπληγία ή ημιανοψία. Ακόμη και σε υποξείες ή χρόνιες περιπτώσεις οι πλάκες της εγκεφαλικής απομυελίνωσης προκαλούν κάποτε υποτροπιάζουσες εστιακές ή γενικευμένες κρίσεις. Η διάκριση έτσι από την οξεία εγκεφαλομυελίτιδα είναι δύσκολη, αν όχι αδύνατη.

Τα ψυχικά συμπτώματα δεν είναι σπάνια. Η δυνατότητα συγκινησιακής έκλυσης των συμπτωμάτων στην έναρξή τους μπορεί να καλύπτει την οργανική φύση της νόσου και να βάζει μια πιθανή διάγνωση υστερίας. Η διάθεση που επικρατεί σε πολλούς αρρώστους είναι ευφορική, ενώ λίγοι εμφανίζονται καταθλιπτικοί. Σε προχωρημένα στάδια αναπτύσσεται κάποτε άνοια.

Οι σφιγκτηριακές διαταραχές με τη μορφή επιτακτικής ούρησης ή απώλεια σταγόνων είναι σταθερό χαρακτηριστικό στις περισσότερες εγκατεστημένες περιπτώσεις της νόσου και, καθώς η παραπληγία επιδεινώνεται, παρατηρείται συχνά κατακράτηση ούρων, με υπερπλήρωση και κάποτε ακόμα ακράτεια κοπράνων.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

Μολονότι η διάγνωση της πολλαπλής σκληρόνσεως εξακολουθεί να εξαρτάται από τα κλινικά της χαρακτηριστικά, τα εργαστηριακά ευρήματα αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία για την υποστήριξή της. Στη μεγάλη πλειονότητα των αρρώστων με πολλαπλή σκλήρυνση, μια ή περισσότερες δοκιμασίες θα είναι παθολογικές, μολονότι τα φυσιολογικά αποτελέσματα δεν αποκλείουν τη διάγνωση αυτή.

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό μπορεί να είναι φυσιολογικό, ιδιαίτερα σε χρόνιες ή προχωρημένες περιπτώσεις. Στα οξεία επεισόδια υπάρχει μερικές φορές μονοπυρήνωση μέχρι και 50 κύτταρα ανά 50 mm^3 και το λεύκωμα είναι συχνά ανεβασμένο ανάμεσα στα 0,5 - 0,9 g/l. Στο 25% περίπου των περιπτώσεων η καμπύλη του κολλοειδούς χρυσού (Lange) είναι πυρετικού τύπου. Σε πάνω από 50% βρίσκεται αύξηση στην ολική γ-σφαιρίνη του ENY και σε 70-80% μια ποσοστιαία αύξηση (σε σχέση με την ολική πρωτεΐνη) της ολιγοκλωνικής IgG (ιδιαίτερα στις οξείες περιπτώσεις ή στη διάρκεια των υποτροπών).

Οι ηλεκτροφυσιολογικές τεχνικές αποδείχτηκαν πρόσφατα ότι έχουν μεγάλη διαγνωστική αξία. Η καθυστέρηση της αγωγής των προκλητών οπτικών δυναμικών από το μάτι στον εγκεφαλικό φλοιό δίνει ένδειξη για μια υποκλινική οπτική απομυελινωτική νευρίτιδα, ακόμα κι όταν απουσιάζει το ιστορικό οπισθοβολβικής νευριτιδας. Η μέτρηση των ακουστικών προκλητών δυναμικών και των εγκεφαλικών και νωτιαίων σωματοαισθητικών δυναμικών είναι σχετικά μικρότερης αξίας, αν και μπορεί να δώσει ενδείξεις απομυελίνωσης όταν εμφανίζεται καθυστέρηση της αγωγής. Η αξονική υ-

πολογιστική τομογραφία δείχνει σε μερικές περιπτώσεις περιοχές μειωμένης πυκνότητας, που θεωρείται ότι είναι πλάκες απομυελίνωσης στη λευκή ουσία του εγκεφάλου.

ΟΠΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

Ένα εντελώς προσδιοριζόμενο σύμπλεγμα συμπτωμάτων, γνωστό ως σύνδρομο Devic ή οπτική νευρομυελίτιδα, θεωρείται από μερικούς ότι αποτελεί κλινική οντότητα διαφορετική από την Π.Σ. Το σύμπλεγμα χαρακτηρίζεται από οξεία οπτική νευρίτιδα, συνήθως αμφο-, που ακολουθείται ή λιγότερο συχνά προηγείται κατά ώρες ή εβδομάδες από εγκάρσια μυελίτιδα. Το ENY μπορεί να δείξει πλειοκυττάρωση με πολυμορφοπύρρηνα κύτταρα και περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη, που είναι υψηλότερη από τη συνήθη ή που απαντά στην Π.Σ. Η παθολογοανατομική εξέταση των θανατηφόρων περιπτώσεων αποκαλύπτει μεγαλύτερο βαθμό καταστροφής ιστών και σχηματισμού κοιλοτήτων απ' όσο αναμένεται στην Π.Σ., μολονότι αυτό μπορεί να μην αντικατοπτρίζει παρά την ένταση της εξεργασίας. Μερικές περιπτώσεις της οπτικής νευρομυελίτιδας εξελίσσονται με το χρόνο σε τυπική Π.Σ.· εκείνες που δεν εξελίσσονται, μπορεί να συγκριθούν με τις περιπτώσεις οπτικής νευρίτιδας και εγκάρσιας μυελίτιδας και εμφανίζονται ως μεμονωμένα συμβάντα. Στην Ανατολή η Π.Σ. εμφανίζεται με αμφίπλευρη προσβολή του οπτικού νεύρου και του νωτιαίου μυελού συχνότερα απ' όσο στη Δύση. Τέτοιες περιπτώσεις κατατάσσονται συνήθως στη νόσο του Devic, αλλά κατά τη νεκροψία δεν μπορούν να διακριθούν από την πολλαπλή σκλήρυνση.

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η κλινική πορεία δεν μπορεί να προβλεφθεί. Η πρόγνωση της νόσου εμφανίζει ποικιλία. Πολλοί άρρωστοι ζουν 30 και 50 χρόνια μετά την αρχή της, ενώ λίγοι πεθαίνουν σε ένα-δύο χρόνια. Η πρόγνωση είναι πολύ ευνοϊκότερη για εκείνους που δεν εμφανίζουν σοβαρή αναπηρία στα πέντε πρώτα χρόνια ή σ' αυτούς που παρουσιάζουν αισθητικά συμπτώματα ή μεσοδιαστήματα με πλήρη αποκατάσταση. Η έναρξη με παρεγκεφαλιδική αταξία ή η ανάπτυξη παρεγκεφαλιδικών σημείων σε οποιοδήποτε στάδιο επιβαρύνουν την πρόγνωση.

Η πορεία της νόσου είναι πολύ ήπια ή καλοήθης στο 20% περίπου των αρρώστων. Μερικοί με επεισόδια οπισθοβολβικής νευρίτιδας ή άλλου τύπου προσβολή ενδεικτική κατά πλάκας σκλήρυνσης μένουν ελεύθεροι από συμπτώματα για ακαθόριστο χρονικό διάστημα. Η νόσος κατά μέσο όρο διαρκεί 20 μέχρι 30 χρόνια. Κατά Mc Arline, ποσοστό 80% των περιπτώσεων που εμφανίζουν εξάρσεις και υφέσεις παρουσιάζουν μετά από δέκα χρόνια ανέπαφη λειτουργία. Από τις περιπτώσεις εκείνες, στις οποίες οι εξάρσεις και οι υφέσεις επιπροστίθενται σε βαθμιαίο ρυθμό εξελίξεως, ποσοστό 50% παρουσιάζουν αναπηρία μετά από 10 χρόνια. Το τελικό στάδιο της νόσου με την καθήλωση στο κρεβάτι, με ακράτεια, με επώδυνους κραμπτικούς σπασμούς των κάτω άκρων και με εμπύρετα επεισόδια από λοίμωξη, αποτελεί μια από τις πιο δραματικές εικόνες στην ιατρική. Βασισμένη η Π.Σ. στην ποικιλία των μορφών της, μπορεί να ταξινομηθεί σε 4 βασικούς τύπους: Ευνοϊκός τύπος, παροξυσμικός - μετριασμένος, μετριασμένος - προοδευτικός και προοδευτικός τύπος.

Ευνοϊκή πορεία

Ο ευνοϊκός τύπος φαίνεται στο 20% τουλάχιστον του ολικού πληθυσμού που νοσεί και είναι πιθανόν το ποσοστό να είναι μεγαλύτερο απ' αυτό, θεωρώντας τη δυσκολία να τεθεί διάγνωση σε ασθενή λαμβάνοντας πείρα ένα απλό επεισόδιο και επίσης τον αριθμό των υποκλινικών περιπτώσεων που έχουν ανακαλυφθεί στην αυτοψία.

Αυτοί οι ασθενείς έχουν λίγες εισβολές, με πλήρη ή σχεδόν πλήρη ύφεση και οι παροξυσμοί τείνουν να είναι ήπιοι και μικρής διάρκειας ζωής.

Τα περισσότερα συμπτώματα είναι αισθητήρια με σημεία παραισθησίας ή νάρκωσης (μουδιάσματα) ή επεισόδια οπτικής νευρίτιδας.

Τέτοια άτομα δεν έχουν περιορισμούς στις καθημερινές τους ανάγκες και τείνουν να απομείνουν επικερδώς απασχολούμενοι.

Παροξυσμική - μετριασμένη πορεία

Οι ασθενείς μ' αυτού του τύπου την αρρώστια τείνουν να έχουν επεισόδια χειροτέρευσης που ακολουθούνται από σχεδόν πλήρη ή πλήρη ανάρρωση μεταξύ των επεισοδίων. Αυτό το πρότυπο επιμένει για χρόνια και λαμβάνουν πείρα μόνο ήπιοι περιορισμοί μετά από πολλά χρόνια από την εισβολή της αρρώστιας.

Μετριασμένη - προοδευτική πορεία

Οι ασθενείς μ' αυτού του τύπου την αρρώστια έχουν παροξυσμούς, που ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης ή σταθεροποίησης, αλλά τα υπολειπόμενα ελείμματα αργά συσσωρεύονται και συντελούν στο να παραχθούν σημαντικοί περιορισμοί στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Προοδευτική πορεία

Υπάρχουν ορισμένοι ασθενείς που δεν λαμβάνουν πείρα σε καθαρούς παροξυσμούς, αλλά που έχουν ύψυλη εισβολή απο την αργά προοδευτική ασθένεια. Σε ορισμένες περιπτώσεις η πρόοδος της ασθένειας μπορεί να είναι επιταχυνόμενη, έτσι ώστε σε μερικά μόνο χρόνια η σοβαρή ανικανότητα του ασθενούς να είναι καταφανής.

Είναι αδύνατο να προφητεύσουμε με μεγάλη ακρίβεια ποια πορεία θα ακολουθήσει ένας ασθενής. Είναι δυνατό μια πρωταρχικά ευνοϊκή ή παροξυσμική - μετριασμένη πορεία να εξελιχθεί σε μετριασμένη - προοδευτική ή προοδευτική πορεία. Απίθανο είναι μια βαρειά πορεία της νόσου να εξελιχθεί σε μια πιο ελαφρά μορφή.

Οποσδήποτε μερικά χαρακτηριστικά φαίνονται να είναι προγνωστικής αξίας. Η εισβολή της ασθένειας πριν την ηλικία των 35 χρόνων τείνει να έχει μια καλύτερη πρόγνωση. Μια προοδευτική πορεία είναι πιο συχνή σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς.

Η πλήρης ύφεση από την εισβολή, ειδικά όταν είναι μονοσυμπτωματική, είναι χαρακτηριστικό ευνοϊκής πορείας.

Πιθανόν ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας είναι η κατασταλτική σκάλα ανικανότητας (DSS). Η πιο δημοφιλής σκάλα αυτού του τύπου έχει επινοηθεί από τον Kurtzke. Αυτή απευθύνεται σε ανωμαλίες πάνω σε φυσικές εξετάσεις δυνατά προκαταλαμβανόμενες σε λειτουργικές ελλείψεις που αφορούν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Η κανονική και προσεκτική απόφαση της (DSS) στην πορεία της νόσου θα δώσει έναν ακριβή υπολογισμό της πορείας που θα προσδοκάται από τον ιδιαίτερο ασθενή. Οι ασθενείς με χαμηλή επίδοση στην (DSS) έχουν ένα πιο ευνοϊκό αποτέλεσμα από εκείνους με υψηλές επιδόσεις, ιδιαίτερα αν οι επιδόσεις είναι χαμηλές 5 χρόνια μετά την εισβολή της νόσου.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της πολλαπλής σκλήρυνσης θεωρείται ασφαλής όταν σημεία, που αφορούν πολλαπλές βλάβες της λευκής ουσίας του ΚΝΣ, έχουν αναπτυχθεί και έχουν παρουσιάσει υφέσεις σε διάφορα χρονικά διαστήματα. Ιδίως στις πρώιμες φάσεις της νόσου τα νευρολογικά συμπτώματα μπορεί να υποδηλώνουν συγκεκριμένη δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος και θα πρέπει να αποκλείονται άλλες αιτίες εστιακής νόσου. Ένας εξαιρετος κλινικός κανόνας αναφέρει ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν θα πρέπει να διαγιγνώσκεται όταν τα συμπτώματα και τα σημεία του αρρώστου μπορεί να ερμηνευθούν από μια μεμονωμένη βλάβη. Ένας κοινός αφορισμός είναι ότι η πολλαπλή σκλήρυνση εμφανίζεται με συμπτώματα στο ένα πόδι και με σημεία και στα δυο.

Οι καταστάσεις που πρέπει να αποκλεισθούν ποικίλλουν ανάλογα με τις θέσεις των βλαβών. Απότομη μονόφθαλμη απώλεια της όρασης μπορεί να προκύψει από βλάβη της αγγειακής τροφοδοτήσεως του οπτικού νεύρου, στις οποίες περιλαμβάνονται η εμβολική και θρομβωτική απόφραξη της καρωτίδας, της οφθαλμικής και των κεντρικών του αμφιβληστροειδούς αρτηριών ή ως συνοδό σύμπτωμα της ημικρανίας. Όταν η απώλεια της μονοφθαλμης όρασης είναι περισσότερο βαθμιαία, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι χαρακτηριστικές βλάβες, που προσβάλλουν το οπτικό νεύρο ή ένα γλοίωμα του οπτικού νεύρου. Τα νοσήματα της οπτικής θηλής και του αμφιβληστροειδούς μπορεί να αποκλεισθούν συνήθως με προσεκτική βυθοσκόπηση. Όταν η οπτική νευροπάθεια είναι αμφίπλευρη, τότε πρέπει να ληφθούν υπόψη τοξικοί παράγοντες, όπως φάρμακα, θρεπτικές ανεπάρκειες ή χωροκατακτητικές περιχιασματικές βλάβες.

Στους αρρώστους που εμφανίζουν οξεία ή προϊούσα νόσο του νωτιαίου μυελού, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η παρουσία εστιακών βλαβών που προσβάλλουν το νωτιαίο μυελό και εκφυλιστικών νόσων ή νόσων της θρέψεως, που προσβάλλουν εκλεκτικά τα δεμάτια του νωτιαίου μυελού. Οι άρρωστοι με προϊούσα σπαστική παραπληγία θα πρέπει να διερευνηθούν για την παρουσία ενδοθηκικού ή εξωσκληριδίου νεοπλάσματος και για αυχενική σπονδυλαρθροπάθεια. Η διερεύνηση αυτή απαιτεί συχνά την εκτέλεση υπολογιστικής τομογραφίας ολόκληρου του σώματος και μυελογραφίας. Οι κληρονομικές αταξίες μπορεί να εμφανισθούν ως εκφύλιση πολλαπλών δεματίων του ΚΝΣ με ή χωρίς προσβολή του περιφερικού νευρικού συστήματος. Στις διαταραχές αυτές είναι συχνή η εκφύλιση των οπίσθιων δεσμών και των φλοιονωτιαίων και νωτιοπαρεγκεφαλιδικών δεματίων. Οι κληρονομικές αταξίες εξελίσσονται βραδέως και χαρακτηρίζονται από στερεότυπη συμμετρική προσβολή και από οικογενειακό ιστορικό επικρατούσας ή υπολειπόμενης κληρονομικότητας. Η αμυοτροφική πλάγια σκλήρυνση εμφανίζεται συνήθως με έντονα σημεία του κατώτερου κινητικού νευρώνα (ατροφία, αδυναμία και ινιδικές κινήσεις), με πυραμιδικά σημεία (σπαστικότητα, έντονα αντανακλαστικά) και χωρίς αισθητικές διαταραχές. Η υποξεία συνδυασμένη εκφύλιση του νωτιαίου μυελού μπορεί να αποκλεισθεί από τη συμμετρία των νωτιαίων συμπτωμάτων και από την ύπαρξη φυσιολογικών επιπέδων βιταμίνης B₁₂ στον ορό, από ένα φυσιολογικό μυελό καθώς και από φυσιολογική δοκιμασία του Schilling.

Όταν εμφανίζεται προϊούσα δυσλειτουργία του εγκεφαλικού στελέχους, θα πρέπει να αποκλεισθούν οι όγκοι του οπίσθιου βόθρου και η εγκεφαλίτιδα του εγκεφαλικού στελέχους. Παραλύσεις μεμονωμένων κρανιακών νεύρων, ιδίως η παράλυση του Bell, η αι-

σθητική νευροπάθεια του τριδύμου ή το επώδυνο τικ, μπορεί να εμφανιστούν ως μέρος της εικόνας της πολλαπλής σκλήρυνσης, αλλά οι ενδείξεις πολυεστιακής νόσου πρέπει να εμφανισθούν προκειμένου να μπορούν να αποδοθούν σε πολλαπλή σκλήρυνση. Όταν το ενοχλήμα συνίσταται σε έλιγγο και ανακαλύπτεται νυσταγμός, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη νόσος του έσω ωτός, όπως επίσης και η πιθανότητα ότι ο άρρωστος έχει πάρει βαρβιτουρικά ή φαινυτοσίνη.

Υπάρχουν διάφορες πολυεστιακές και υποτροπιάζουσες νόσοι του ΚΝΣ, που μπορεί να μιμηθούν την πολλαπλή σκλήρυνση. Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και άλλες αγγειϊτίδες μπορεί να προκαλέσουν διάσπαρτες και υποτροπιάζουσες βλάβες στον εγκέφαλο, το εγκεφαλικό στέλεχος και το νωτιαίο μυελό. Η νόσος του Behcet χαρακτηρίζεται από διαλείποντα επεισόδια εστιακής εγκεφαλοπάθειας, πλειοκυτταρώσεως του νωτιαίου υγρού, έλκη του στόματος και των γεννητικών οργάνων και χοριοειδίτιδα. Άλλες διαταραχές που θα πρέπει να αποκλεισθούν περιλαμβάνουν τη μηνιγγοαγγειακή σύφιλη, την κρυπτοκόκκωση, την τοξοπλάσμωση, άλλες χρόνιες λοιμώξεις του ΝΣ και τη σαρκοείδωση.

Όταν τα ενοχλήματα είναι αόριστα και τα ευρήματα ελάχιστα θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η πιθανότητα της υστερίας. Η διάγνωση αυτή θα πρέπει να γίνεται πάντα με βάση θετικό κριτήριο για την υστερία και ποτέ ως "διάγνωση εξ αποκλεισμού". Στην αρχή της πορείας της, η πολλαπλή σκλήρυνση μπορεί συχνά να θεωρηθεί ως υστερία.

Βέβαιη διάγνωση πολλαπλής σκλήρυνσης θα πρέπει να γίνεται μόνον όταν οι ενδείξεις είναι αναμφισβήτητες. Η διάγνωση αυτή, αν και δυσάρεστη, θα βοηθήσει στην εξήγηση σχεδόν κάθε μεταγενέστερης συνοδού νευρολογικής εκδήλωσης και θα αποσπάσει την προσοχή από άλλες δυνητικά ιάσιμες νόσους.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ Π.Σ.

Α. Κλινικά ορισμένες μορφές της Π.Σ. (CDMS)

1. Δυο προσβολές και κλινική απόδειξη δυο διαχωρισμένων βλαβών.
2. Δυο προσβολές, κλινική απόδειξη μιας βλάβης και παρακλινική απόδειξη άλλης διαχωρισμένης βλάβης.

Β. Εργαστηριακός-συντηρημένες ορισμένες μορφές της Π.Σ. (LSDMS)

1. Δυο προσβολές: Κλινική ή παρακλινική μαρτυρία μιας βλάβης και CSF OB/IgG.
2. Μια προσβολή: Κλινική μαρτυρία δυο διαχωρισμένων βλαβών και CSF OB/IgG.
3. Μια προσβολή: Κλινική μαρτυρία μιας βλάβης και παρακλινική μαρτυρία άλλης διαχωρισμένης βλάβης και CSF OB/IgG.

Γ. Κλινικά πιθανές μορφές Π.Σ. (CPMS)

1. Δυο προσβολές και κλινική απόδειξη μιας βλάβης.
2. Μια προσβολή και κλινική απόδειξη δυο διαχωρισμένων βλαβών.
3. Μια προσβολή, κλινική απόδειξη μιας βλάβης και παρακλινική απόδειξη άλλης διαχωρισμένης βλάβης.

Δ. Εργαστηριακός-συντηρημένες πιθανές μορφές Π.Σ. (LSPMS)

1. Δυο προσβολές και CSF OB/IgG.

Κλινικά ορισμένες μορφές Π.Σ. κατά Schumacher

1. Η νευρολογική εξέταση αποκαλύπτει αντικειμενικές ανωμαλίες στις λειτουργίες του ΚΝΣ.
2. Οι εξετάσεις ή το ιστορικό δεικνύει την περιπλοκή δυο ή περισσότερων μελών του ΚΝΣ.

3. Η ασθένεια του ΚΝΣ επικρατέστερα αντανακλά την περιπλοκή της λευκής ουσίας.
4. Η περιπλοκή του ΚΝΣ ακολουθεί ένα από τα δυο πρότυπα:
 - Δυο ή περισσότερα επεισόδια, το καθένα με διάρκεια τουλάχιστον 24 ώρες και ένα μήνα ή περισσότερο κατά μέρος.
 - Αργή ή βαθμιδωτή προχώρηση σημείων και συμπτωμάτων πάνω τουλάχιστον από έξι μήνες.
5. Ασθένεια 10-15 χρόνων σε εισβολή.
6. Τα σημεία και τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα με άλλη πορεία ασθένειας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ Π.Σ.

Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για την πολλαπλή σκλήρυνση. Οι θεραπευτικές προσπάθειες στρέφονται: α) στην αντιμετώπιση του οξέος επεισοδίου, β) στην πρόληψη της υποτροπής και γ) στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Στις οξείες φάσεις της νόσου, η θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή μπορεί να μετριάσει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και να επιταχύνει την ανάρρωση· εν τούτοις, η τελική ανάρρωση δεν επηρεάζεται από το φάρμακο αυτό, οπότε μεταβάλλεται η έκταση της μόνιμης ανικανότητας.

Τα γλυκοκορτικοειδή πιθανό να δρουν κυρίως μέσω μηχανισμών που είναι διαφορετικοί από την τροποποίηση της άνοσης αντιδράσεως. Μπορεί να βελτιώνουν την ικανότητα του απομυελινοποιημένου νεύρου να πραγματοποιεί την αγωγή και να μειώνουν το οίδημα και τη φλεγμονή στις πλάκες. Τα συνήθη θεραπευτικά σχήματα χρησιμοποιούν είτε ACTH για τη διέγερση της συνθέσεως ενδογενούς γλυκοκορτικοειδούς είτε πρεδνιζόνη. Από πολλούς κλινικούς προτιμάται η ACTH, επειδή οι μόνες ελεγχόμενες δοκιμασίες που απέδειξαν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των παροξυσμών με γλυκοκορτικοειδή, στην περίπτωση της πολλαπλής σκλήρυνσης και στη νευρίτιδα του οπτικού νεύρου, πραγματοποιήθηκαν με το φάρμακο αυτό. Η ACTH χορηγείται συνήθως σε δόση 80 μονάδων την ημέρα ενδοφλεβίως για 5 έως 7 ημέρες και ακολουθείται από ενδομυϊκές ενέσεις, με περιοδικά μειούμενες δόσεις, για τις επόμενες 2 έως 3 εβδομάδες. Η πρεδνιζόνη σε δόση 15 mg τέσσερις φορές την ημέρα χορηγείται μερικές φορές αντί της ACTH πάλι για διάστημα 3 έως 7 ημερών, με βαθμιαία ελαττούμενες δόσεις για τις επόμενες 2 έως 3 εβδομάδες.

Δοθέντος ότι η προεδνιζόνη λαμβάνεται από το στόμα, η θεραπεία είναι απλούστερη από την αντίστοιχη με ACTH και μερικές φορές μπορεί να αποφευχθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο. Δεν συνιστάται η μακροχρόνια καθημερινή χρήση ή η ανά δεύτερη μέρα χορήγηση στεροειδών.

Οι ανοσοκατασταλτικοί παράγοντες, όπως η αζαθειοπρίνη (Imuran) έχει υποστηριχθεί ότι μειώνουν τον αριθμό των υποτροπών, σε μερικές περιπτώσεις, αλλά δεν υπάρχει ομοφωνία για την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτών. Μολονότι το ερώτημα για την αποτελεσματικότητα παραμένει άλυτο, η παθολογική αντίδραση των Β κυττάρων, που παρατηρείται στο αίμα στην πολλαπλή σκλήρυνση, επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από θεραπεία με αζαθειοπρίνη. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με κυκλοφωσφάμιδη, αντιθυμοκυτταρικό ορό, πλασμαφαίρεση και ιντερφερόνη βρίσκονται προς το παρόν υπό έρευνα.

Η συμπτωματική θεραπεία θα πρέπει να ικανοποιεί και τις σωματικές και τις ψυχολογικές ανάγκες των αρρώστων. Οι άρρωστοι θα πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική κόπωση και τις ακραίες θερμοκρασίες και να εφαρμόζουν ισοζυγισμένες δίαιτες. Έχει προταθεί η χρήση διαιτών που περιέχουν χαμηλά επίπεδα κορεσμένων λιπών· η αποτελεσματικότητά τους είναι αμφίβολη. Η χρήση αλκαλοειδών της belladonna και της χλωριούχου βετανεχόλης μπορεί να βοηθήσει στη δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως. Πρέπει να διενεργούνται περιοδικοί έλεγχοι για ουρολοίμωξη. Η "εκπαίδευση" του εντέρου μπορεί να ανακουφίσει από τις διαταραχές της εντερικής λειτουργίας. Στα φάρμακα, που είναι διαθέσιμα για τη θεραπεία της σπαστικότητας, περιλαμβάνεται η διαζεπάμη, το baclofen και το dantrolen sodium. Οι επώδυνες δυσαισθησίες, οι σπασμοί του προσώπου, τα επώδυνα τικ και οι τονικοί σπασμοί μπορεί να απαντή-

σουν στην καρμπαμαζεπίνη ή την φαινυτοΐνη. Μερικές φορές απαι-
τείται ένεση στη ρίζα του τριδύμου, για να ανακουφισθεί το επώ-
δυνο τικ.

Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ρ Ι Τ Ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι νόσος του νευρικού συστήματος. Όπως έχει αναφερθεί, είναι η πιο γνωστή από τις απομυελινωτικές νόσους και προκαλεί προοδευτική παράλυση και διαταραχή σημαντικών λειτουργιών του οργανισμού, όπως είναι η όραση, η ομιλία, η βάδιση, η διανοητική δραστηριότητα κ.λ.π.

Σχεδόν κάθε βλάβη του νευρικού συστήματος προκαλεί εκφύλιση των ελύτρων της μυελίνης των νευρικών ινών που αντικαθίστανται από πλάκες. Σε ορισμένα νοσήματα η εκφύλιση αυτή γίνεται αυτόματα, χωρίς γνωστή αιτία. Η απώλεια του μυελίνου ελύτρου διαταράσσει την αγωγή των ώσεων μέσα από τους άξονες, με αποτέλεσμα την απώλεια λειτουργίας στο ανάλογο μέρος του σώματος.

Επειδή η νόσος είναι προοδευτική, τα συμπτώματα του ασθενούς αλλάζουν συνεχώς και επομένως σχέδια για τη σωματική και επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς πρέπει να αναπροσαρμόζονται συνέχεια, ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ικανότητες και ανάγκες του. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται βαθμιαία τη σοβαρότητα της νόσου του, καθώς βλέπει την προοδευτική της εξέλιξη προς τα χειρότερα. Ψυχολογικά προβλήματα που σχετίζονται με την εξάρτηση από τους άλλους, την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και ανικανότητας για μετακίνηση, είναι συνηθισμένα σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Η νόσος χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Η αιτία της είναι άγνωστη. Ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες, όπως λοίμωξη, αλλεργία, δίαιτα, κλίμα, τοξίνες, θρόμβωση μικρών φλεβών, κληρονομική προδιάθεση, ψυχικό stress και τελευταία επικρατεί η άποψη ότι οφείλεται στην ύπαρξη κάποιου ιού.

Συνήθως αρχίζει στην πρώτη ώριμη ηλικία.

Είναι λίγο συχνότερη στις γυναίκες και μάλιστα των αγροτικών περιοχών. Είναι νόσος των ευκράτων κλιμάτων.

Οι πλάκες απομυελίνωσης αναπτύσσονται σε ορισμένα σημεία του νωτιαίου μυελού, στην παρεγκεφαλίδα, στο εγκεφαλικό στέλεχος, στα ημισφαίρια ή στις οπτικές οδούς. Τα περιφερικά νεύρα δεν προσβάλλονται.

Κλινικά σημεία βλάβης του Ν.Σ.

Όταν κάποια νόσος προσβάλει ένα όργανο, ορισμένα κύτταρα καταστρέφονται τελείως, μερικά παθαίνουν παροδική βλάβη, και αργότερα αναρρώνουν, άλλα ερεθίζονται και παρουσιάζουν παροδική παθολογική δραστηριότητα και τέλος άλλα μένουν ανέπαφα.

Στο νευρικό σύστημα η καταστροφή των κυττάρων έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη παράλυση και/ή την πλήρη απώλεια της αισθητικότητας. Η παροδική βλάβη των κυττάρων προκαλεί παράλυση ή απώλεια της αισθητικότητας στην αρχή που αργότερα αποκαθίσταται. Ο ερεθισμός εξάλλου, προκαλεί σπασμούς και αν αφορά αισθητικά νεύρα, πόνο ή μυρμηκίαση.

1. Βλάβη του κινητικού συστήματος. Η βλάβη των κινητικών κυττάρων και ινών προκαλεί μυϊκή αδυναμία, ατροφία και μεταβολές στο μυϊκό τόνο. Η κατάσταση του τόνου επηρεάζει τη συμπεριφορά των τενόντιων (βαθιών) αντανακλαστικών. Οι ανωμαλίες που παρουσιάζονται διαφέρουν ανάλογα με το αν η βλάβη αφορά τον ανώτερο κινητικό νευρώνα και βρίσκεται μεταξύ του εγκεφαλικού φλοιού και των κυττάρων των πρόσθιων κεράτων ή τον κατώτερο κινητικό νευρώνα και βρίσκεται μεταξύ των κυττάρων των προσθίων κεράτων και του μυός. Οι διαφορές αυτές φαίνονται στην Εικόνα 1.

α. Ανώτερος κινητικός νευρώνας.

(1) Κατάργηση εκούσιων κινήσεων, όχι των αντανακλαστικών.

(2) Σπαστική παράλυση.

β. Κατώτερος νευρώνας.

(1) Νεύρο.

(α) Χαλαρή παράλυση και ατροφία του μυός.

(β) Αποκατάσταση νευρικού στελέχους και επανάκτηση της λειτουργικότητας.

(2) Κύτταρα προσθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού.

(α) Χαλαρή παράλυση και ατροφία μυός.

(β) Δε γίνεται αποκατάσταση της βλάβης.

Επιπλέον αυτών βλάβες στο εξωπυραμιδικό και την παρεγκεφαλίδα, που επηρεάζουν την κινητική δραστηριότητα προκαλούν δικές τους ανωμαλίες (Εικ. 2).

α. Κατάργηση λειτουργικών παρεγκεφαλίδας.

(1) Υποτονία.

(2) Αδυναμία, εύκολη κόπωση.

(3) Αδρός ακούσιος τρόμος που επιδεινώνεται με τις εκούσιες κινήσεις.

(4) Αδιαδοχοκινησία.

(5) Ασταθής βάδιση με κλίση στο ένα πλάγιο, σκέλη ανοικτά, βήματα μικρά και διστακτικά (παρεγκεφαλιδική αταξική βάδιση).

β. Καταστροφή ή δυσλειτουργία των βασικών γαγγλίων.

(1) Μυϊκή δυσκαμψία με διαταραχές στη στάση και στις κινήσεις.

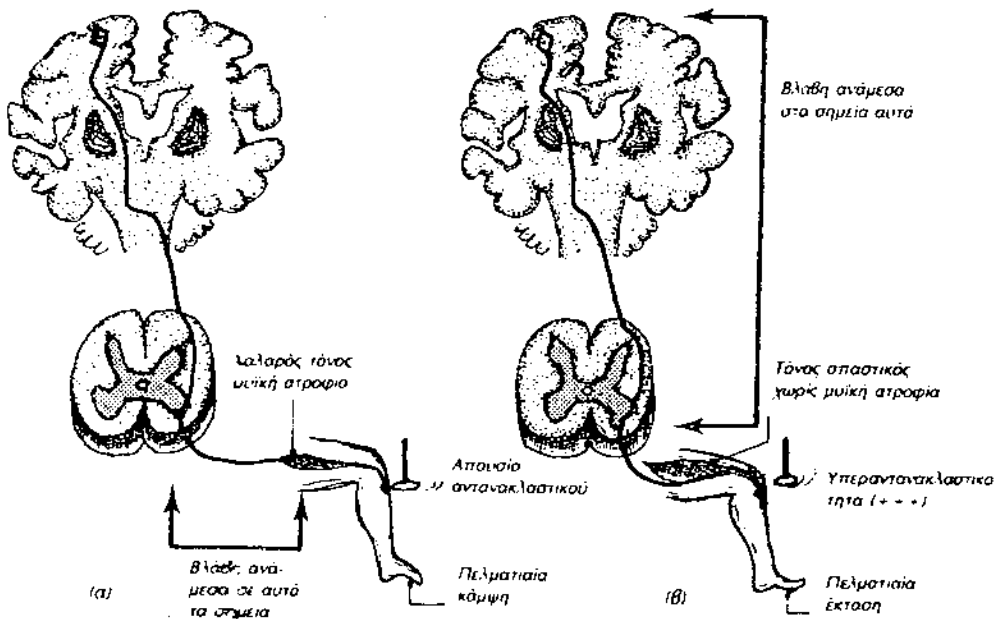
(2) Αδρός ακούσιος τρόμος κατά την ηρεμία που μειώνεται με τις εκούσιες κινήσεις.

(3) Αθέτωση (βραδεία, συστροφική, περιστροφικού χαρακτήρα κίνηση) (Εικ. 2).

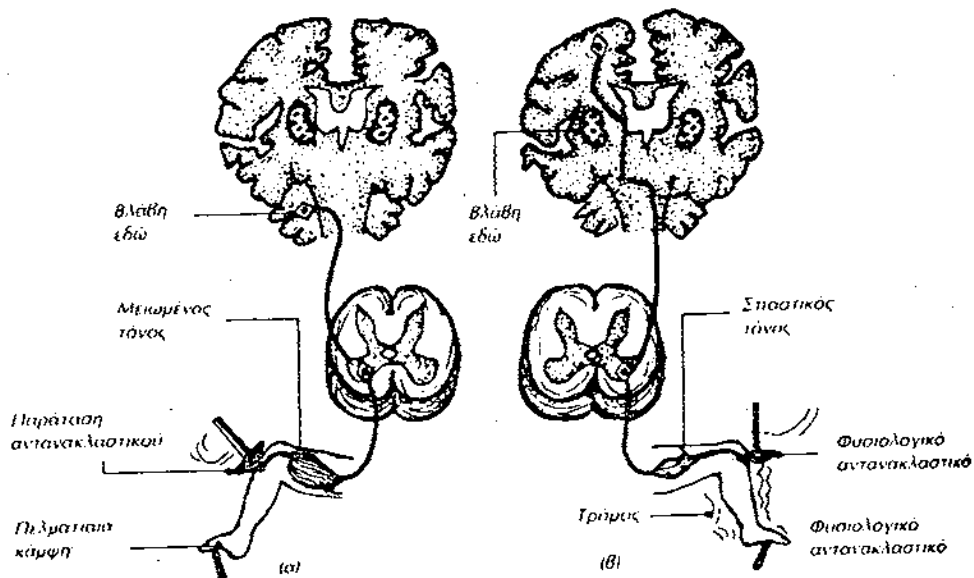
2. Βλάβη του αισθητικού συστήματος (Εικ. 3): Βλάβη των αισθητικών ινών προκαλεί απώλεια της ειδικής αίσθησης στην περιοχή από την οποία έρχονται οι αισθητικές ίνες. Η απώλεια της αίσθησης του πόνου ονομάζεται αναλγησία, η μείωση υπαλγησία, η απώλεια της ελαφράς αφής αναισθησία. Ασυνήθης ευαισθησία στον πόνο και στην αφή ονομάζεται υπεραλγησία και υπεραισθησία αντίστοιχα. Η αδυναμία εκτίμησης του μεγέθους και του σχήματος ενός

αντικειμένου με την αφή ονομάζεται αστερογνωσία.

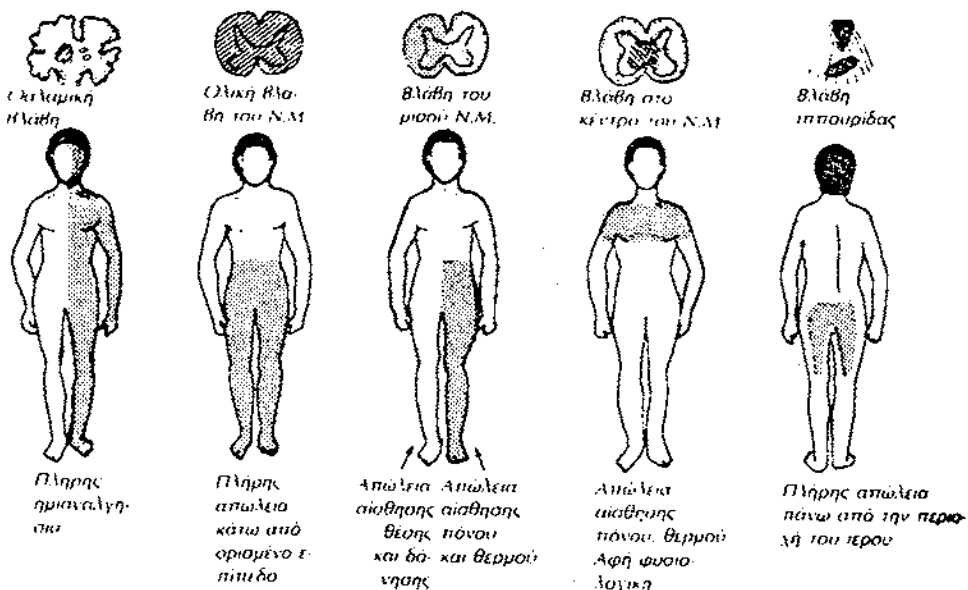
3. Θεσική και παρεγκεφαλιδική αταξία. Αν ο άρρωστος χάσει την αίσθηση της θέσης ενός μέλους του, δεν μπορεί να πει πού βρίσκεται αυτό το μέλος, εκτός αν το βλέπει. Αυτό του δημιουργεί αστάθεια, που επιδεινώνεται όταν ο άρρωστος έχει κλειστά μάτια ή όταν είναι στο σκοτάδι. Προσπαθώντας να βάλει το δάκτυλο στη μύτη ή τη φτέρνα του ενός ποδιού στο γόνατο του άλλου άκρου χάνει το στόχο του τελείως όταν έχει κλειστά μάτια. Αυτό διαφέρει από την παρεγκεφαλιδική αταξία, όπου υπάρχει ταλάντωση και αστάθεια τόσο όταν τα μάτια είναι κλειστά όσο και όταν είναι ανοικτά, αλλά η ακρίβεια στην τοποθέτηση των μελών δεν επηρεάζεται.



Εικόνα 1. Βλάβες του κινητικού συστήματος (α) κατώτερου και (β) ανώτερου νευρώνα.



Εικόνα 2. Βλάβες του κινητικού συστήματος: (α) Παρεγκεφαλίδας, (β) Εξωπυραμιδικής οδού.



Εικόνα 3. Συνηθισμένοι τύποι αισθητικών ανωπαλιών. Τα επάνω διαγράμματα δείχνουν την εντόπιση της βλάβης. Τα κάτω την κατανομή της αισθητικής απώλειας.

Γενική εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

I. Ιστορικό υγείας

1. Παρόντα προβλήματα

- α. Εμφάνιση και διάρκεια
- β. Ποιότητα πόνου ή άλλων ενοχλημάτων.
- γ. Ένταση πόνου ή άλλων ενοχλημάτων.
- δ. Παράγοντες που τον μειώνουν.
- ε. Παράγοντες που τον επιδεινώνουν.
- στ. Αποτελέσματα τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων.
- ζ. Προβλήματα και παράπονα που έχουν σχέση με αυτά.

2. Παρελθούσες νόσοι:

- α. Ιστορικό ανάπτυξης (τραύμα κατά τον τοκετό).
- β. Προηγούμενα νευρολογικά προβλήματα (πονοκέφαλος, ζάλη, σπασμοί, απώλεια συνείδησης).
- γ. αξιολογημένο τραύμα ή νόσος.

3. Οικογενειακό ιστορικό:

- α. Προσοχή σε κάθε μεταβολή συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις του αρρώστου.
- β. Πώς επηρεάζει το πρόβλημα του αρρώστου την καθημερινή του ζωή;

II. Διανοητική - ψυχική κατάσταση:

1. Επίπεδο συνείδησης - βαθμός αντίδρασης στα ερεθίσματα:

- α. Πλήρης αντίληψη του περιβάλλοντος.
- β. Ευχυτικός.
- γ. Παραληρηματικός.
- δ. Ληθαργικός.
- ε. Κωματώδης.

2. Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά:
 - α. Τεταμένος
 - β. Θλιμένος
 - γ. Με ευεξία
 - δ. Συνεργάσιμος
 - ε. Καταθλιπτικός
 - στ. Απρεπής συμπεριφορά.
3. Διανοητική λειτουργία:
 - α. Προσανατολισμός στο χώρο, χρόνο.
 - β. Αναγνώριση προσώπων.
 - γ. Μνήμη πρόσφατων γεγονότων.
 - δ. Μνήμη μακρινών γεγονότων.
 - ε. Κρίση και ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.
4. Διεργασία σκέψης:
 - α. Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή έμμονες ιδέες.
 - β. Βαθμός επίγνωσης που αφορά τα προβλήματα και την κατάσταση του.
5. Φλοιώδης αισθητική λειτουργία:
 - α. Ικανότητα αναγνώρισης των διαφόρων ερεθισμάτων
 - (1) Οπτικά ερεθίσματα
 - (2) Ακουστικά ερεθίσματα
 - (3) Άπτικά ερεθίσματα.
 - β. Ικανότητα αναγνώρισης μερών του σώματος και των μεταξύ τους σχέσεων.
6. Φλοιώδης κινητική λειτουργία: Ικανότητα να εκτελέσει πράξεις που χρειάζονται δεξιότητες όταν δεν υπάρχει παράλυση.

7. Ομιλία:

- α. Ακουστική αντίληψη: Ικανότητα να αναγνωρίζει, διατηρεί και κατανοεί αυτό που ακούει.
- β. Ακουστική έκφραση: Ικανότητα να μιλά και εκφράζει τις διεργασίες της σκέψης του με λόγια.
- γ. Οπτική αντίληψη: Ικανότητα να αναγνωρίσει, διατηρεί και κατανοήσει το γραπτό λόγο.
- δ. Γραπτή έκφραση: Ικανότητα έκφρασης των σκέψεων γραπτά (όταν δεν υπάρχουν κινητικές διαταραχές).

8. Χρήση χεριού:

- α. Δεξιά
- β. Αριστερά

III. Κρανιακά νεύρα.

Επειδή τα κρανιακά νεύρα βρίσκονται σε μια μικρή περιοχή (Εικόνα 4) και έχουν ειδικές λειτουργίες, σημεία βλάβης του ενός ή του άλλου στενεύει το πιθανό σημείο βλάβης.

- 1. Οσφρητικό: Δοκιμασία του κάθε ρώθωνα ξεχωριστά, χρησιμοποιώντας γνωστές μυρωδιές.
- 2. Οπτικό:
 - α. Οπτική οξύτητα.
 - β. Οπτικά πεδία.
 - γ. Βυθοσκόπηση.
 - (1) Κατάσταση οπτικής θηλής.
 - (2) Αγγειακή κατάσταση.
- 3. Κοινό κινητικό:
 - α. Συστολή κόρης και προσαρμογή.
 - β. Συμμετρία και κινήσεις βολβών.
 - γ. Νυσταγμός
 - δ. Βλεφαρόπτωση.

4. Τροχηλιακό.

5. Τρίδυμο:

α. Αισθητική απόκριση.

(1) Αντανακλαστικά κερατοειδούς.

(2) Δέρματος, προσώπου, πρώτων 2/3 της γλώσσας και των δοντιών σε απτικά ερεθίσματα.

(3) Κινητική δύναμη των μασητήρων μυών.

6. Απαγωγό.

7. Προσωπικό:

α. Αισθητικό: Απόκριση των πρώτων 2/3 της γλώσσας σε γευστικά ερεθίσματα.

β. Κινητικό: Συμμετρία του προσώπου σε έντονες εκφράσεις.

8. Ακουστικό:

α. Ακοή:

(1) Αμφοτερόπλευρη ακουστική οξύτητα σε ακουστικό ερέθισμα.

(2) Συμμετρική απόκριση σε δονούμενο διαπασών που τοποθετείται στη μέση του μετώπου (δοκιμασία Webber).

(3) Αν η αέρια αγωγή είναι καλύτερη από την οστέϊνη, ελέγχεται με το διαπασών (δοκιμασία Rinne).

β. Λειτουργία λαβυρινθικής ισορροπίας.

(1) Νυσταγμός θέσης.

(2) Δοκιμασία θερμική.

9. Γλωσσοφαρυγγικό:

α. Αισθητικό: Απόκριση του πίσω 1/3 της γλώσσας σε ερεθίσματα γευστικά και απτικά.

β. Κινητικό: Αντανακλαστικό κατάποσης.

10. Πνευμονογαστρικό: Συμμετρία κίνησης της μαλακής υπερώας όταν προφέρει "αη".

11. Παραπληρωματικό. Μυϊκή δύναμη και όγκος του τραπεζοειδούς και στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Κινήσεις ώμου, κεφαλής.
12. Υπογλώσσιο: Βλάβη του ενός νεύρου: Ατροφία εκείνου του ημίσεως. Προβολή της γλώσσας, στροφή της προς την αδύνατη πλευρά. Αμφοτερόπλευρη παράλυση: αδυναμία κίνησης της γλώσσας.

IV. Κινητική λειτουργία.

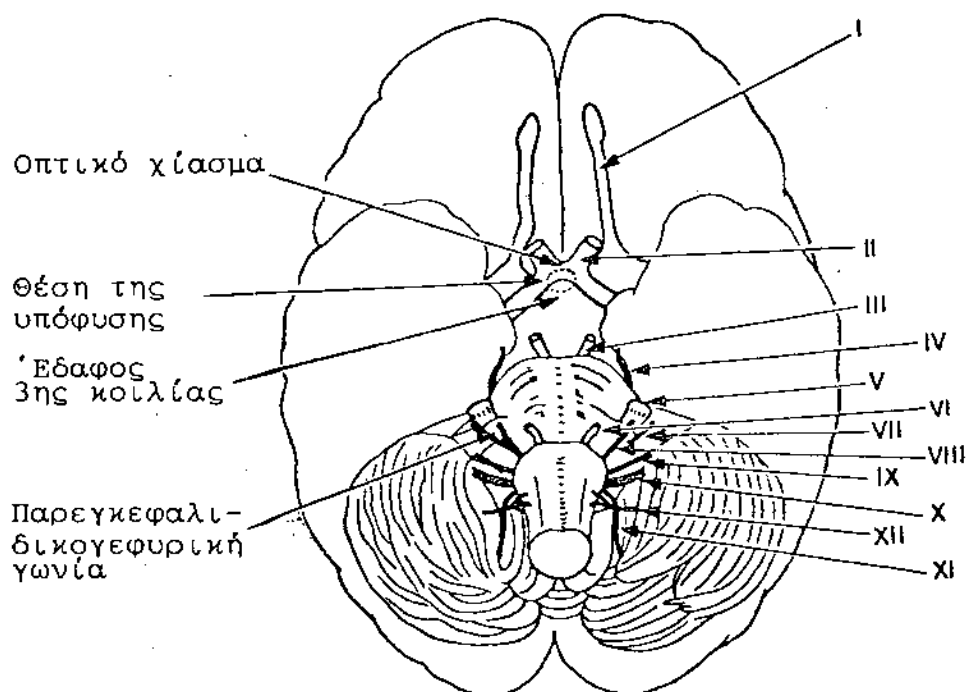
- α. Αξιολόγηση των μυϊκών ομάδων των άνω και κάτω άκρων.
 1. Συμμετρία.
 2. Δύναμη.
 3. Τόξο.
 4. Βαθιά τενόντια αντανακλαστικά.

V. Αισθητική λειτουργία.

- α. Αξιολόγηση δερμοτομιών για απόκριση σε:
 - (1) Πόνο (καρφίτσα)
 - (2) Ελαφρά αφή (βαμβάκι)
 - (3) Θέση
 - (4) Δόνηση (διαπασών)
 - (5) Θερμοκρασία.

VI. Λειτουργία παρεγκεφαλίδας.

- α. Αξιολόγηση ισορροπίας και συντονισμού.
 - (1) Μάτι - χέρι (δοκιμασία δακτύλου στη μύτη).
 - (2) Γρήγορες εναλλασσόμενες κινήσεις χεριών και δακτύλων.
 - (3) Βάδιση στα δάκτυλα.
 - (4) Τεστ Romberg.



Εικόνα 4. Η αρχή των κρανιακών νεύρων

Περιοχή βλάβης

Εκδηλώσεις

Ντωπιαίος μυελός

Αδυναμία, αταξία, παράλυση, αισθητικές απώλειες ή διαταραχές. Δυσλειτουργίες εντέρου, κύστεως και σεξουαλικές.

Εγκεφαλικό στέλεχος
και παρεγκεφαλίδα

Διαταραχές κρανιακών νεύρων. Διπλωπία, Νυσταγμός, Ζάλη, Δυσαρθρία. Διαταραχή στον έλεγχο των προσωπικών μυών. Δυσκολία στην κατάποση και μάσηση. Τρόμος. Ασταθές βάδισμα.

Εγκεφαλικά ημισφαίρια

Συγκινησιακή αστάθεια, ευφορία, κατάθλιψη, διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας

Η νοσηλεύτρια φροντίζει με επιμέλεια για τη διατήρηση της γενικής υγείας του ασθενούς και κατά συνέπεια της άμυνας του οργανισμού του, κατά της νόσου, στα ανώτερα δυνατά επίπεδα. Διδάσκει στον ασθενή τα εξής:

- Να αναπαύεται επαρκώς. Να μη συνεχίζει ένα έργο μέχρι σημείου κοπώσεως. Να το σταματήσει μέχρι να ξεκουρασθεί και να το αρχίζει εκ νέου.
- Να αποφεύγει τις μολύνσεις. Να απομακρύνεται από άτομα τα οποία έχουν κάποια λοίμωξη.
- Να παίρνει τακτικά γεύματα. Η διαίτά του να περιλαμβάνει άφθονο κρέας, γάλα, αυγά και ωμά φρούτα και λαχανικά.
- Να αποφεύγει όσο είναι δυνατό τις περιστάσεις οι οποίες τον εκνευρίζουν και τον στεναχωρούν.
- Να απασχολείται με ευχάριστα πράγματα, χωρίς να κουράζεται, π.χ. μπορεί να κάνει περιπάτους ή να περιποιείται τον κήπο του, αν του αρέσει, αλλά να μην κουράζεται.
- Να προφυλάσσεται από ατυχήματα και άλλα νοσήματα. Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ιδιαίτερα επιρρεπής προς τα ατυχήματα, π.χ. όταν έχει διπλωπία και οδηγεί αυτοκίνητο ή όταν έχει αταξικό βάδισμα και πρέπει να περάσει μια διάβαση. Επίσης η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν προκαλεί ανοσία προς άλλα νοσήματα. Ο ασθενής μπορεί να πεθάνει από καρδιοπάθεια ή ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μάλλον, παρά από την σκλήρυνση κατά πλάκας.
- Οι δραστηριότητες του ασθενούς σιγά-σιγά τροποποιούνται, καθώς επιτείνονται τα συμπτώματα και ο ασθενής γίνεται ολοένα και περισσότερο ανάκανος για εργασία και αυτοεξυπηρέτηση. Δεν ωφελεί η παραμονή του στο κρεβάτι πριν να το επιβάλλουν τα συμπτώ-

ματα της νόσου ή άλλη παρεμπίπτουσα νόσος, γιατί αυτή οδηγεί σε κατάθλιψη, πλήξη και επιπλοκές, π.χ. κατακλίσεις.

- Δεν υπάρχει λόγος να μην εργάζεται ο ασθενής, αρκεί η εργασία του να είναι μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του, παράλληλα ενθαρρύνεται στην ανάπτυξη διαφόρων χόμπυ, τα οποία συνεχίζει και όταν δεν είναι ικανός πλέον για εργασία.
- Συναισθηματική ευαισθησία και αστάθεια είναι συνηθισμένα στον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας. Ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ενθουσιασμό και αισιοδοξία τώρα και αμέσως κατόπιν να είναι μελαγχολικός.

Η εναλλαγή της ευφορίας και καταθλίψεως μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του νευρικού συστήματος ή στο άγχος γύρω από την ασθένειά του και την εξέλιξή της. Ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να κλαίει ξαφνικά χωρίς αιτία. Όταν συμβαίνει ένα τέτοιο επεισόδιο η νοσηλεύτρια το αποδέχεται ως εκδήλωση της νόσου και διδάσκει την οικογένεια να μην εκφράζουν έκπληξη γι' αυτό, αλλά να περιμένουν να σταματήσει ο ασθενής και να συνεχίσουν την εργασία ή τη συζήτηση την οποία είχαν διακόψει.

Βέβαια αυτή η προσέγγιση δεν ενδείκνυται όταν το κλάμα αντανακλά μελαγχολία ή απογοήτευση μάλλον παρά σύμπτωμα νευρολογικής διαταραχής. Αν ο ασθενής είναι εκνευρισμένος, όπως κάθε άλλος άνθρωπος, χρειάζεται μια ευκαιρία να κλάψει και να συζητήσει με κάποιον για το πρόβλημά του.

- Η Νοσηλεύτρια/τής λαμβάνει πλήρες νοσηλευτικό ιστορικό των παρόντων προβλημάτων και προηγούμενων επεισοδίων δυσλειτουργίας.
- Εκτελεί προσεκτική νευρολογική εξέταση και κάνει πλήρη και σωστή αναγραφή των ευρημάτων.
- Εντοπίζει τα προβλήματα της συγκινησιακής απόκρισης του αρρώστου.

- Επανεκτικά σε τακτικά χρονικά διαστήματα τη νευρολογική κατάσταση του ασθενούς.
- Σύγκριση των νοσηλευτικών ευρημάτων με τα ιατρικά ευρήματα ώστε να τεθεί ακριβής αναγνώριση της απομυελινωτικής εξεργασίας και να δοθεί μια βασική γραμμή φαρμακευτικής και θεραπευτικής αντιμετώπισης.
- Η χορήγηση των φαρμάκων πρέπει να γίνεται με μεγάλη υπευθυνότητα ώστε να έχουμε ασφάλεια και αποτελεσματικότητα αυτών.
- Η νοσηλεύτρια/τής πρέπει να δίνει προσεκτικές εξηγήσεις για τη λήψη των φαρμάκων στον άρρωστο και στην οικογένειά του με προφορικές και γραπτές οδηγίες.
- Πρέπει να διδάσκει τον άρρωστο πώς να αναγνωρίζει τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες (όξινες ερυγές, παχυσαρκία, έντονη τριχοφυΐα ή τριχοόπτωση, μεταβολές στην ψυχική του διάθεση, ανορεξία, τάση για έμετο κ.λ.π.), ώστε να αναθεωρηθεί το φαρμακευτικό σχήμα.
- Όταν το φαρμακευτικό σχήμα είναι το πλέον ενδεδειγμένο, διδασκαλία του αρρώστου να καταπολεμά τις ανεπιθύμητες ενέργειες με χρησιμοποίηση: α) Ειδικής δίαιτας, β) Αντιόξινων.
- Διδασκαλία του αρρώστου να αναφέρει οποιαδήποτε σημεία λογογούς ή μεταδοτικής μόλυνσης, ενώ θα θεραπεύεται με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.
- Κατά τη λήψη του εγκεφαλονωτιαίου υγρού:
 - (α) Φροντίζει για την τήρηση όλων των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας.
 - (β) Δίνει την κατάλληλη θέση στον ασθενή, συνιστά σ' αυτόν να παραμείνει ακίνητος κατά την παρακέντηση και παραμένει κοντά του για να τον ενισχύει ψυχολογικά και να παρακολουθεί την κατάστασή του.

(γ) Μετά την παρακέντηση τοποθετεί τον ασθενή σε πρηνή θέση για ορισμένες ώρες, ώστε να προληφθεί η ροή Ε.Ν.Υ. στον επισκληρίδιο χώρο από τη δημιουργηθείσα ροπή. Η κατάκλιση βοηθά και στη μη εμφάνιση κεφαλαλγίας, η οποία είναι συνήθης μετά την οσφυονωτιαία παρακέντηση και οφείλεται πιθανό στη μικρή απώλεια του Ε.Ν.Υ.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου, πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν:

- Διανοητική έκπτωση, π.χ. απώλεια μνήμης, δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, ελαττωμένη κρίση κ.λ.π.
- Λόγω της περιορισμένης κινητικότητάς του, των επιπόλαιων αναπνοών και της γενικής εξασθενήσεως, ο ασθενής είναι επιρρεπής σε μολύνσεις, π.χ. πνευμονία. Η νοσηλεύτρια/τής φροντίζει ώστε ο ασθενής να μην έρχεται σε επαφή με άτομα, άλλους ασθενείς ή επισκέπτες, οι οποίοι έχουν κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Τον ενθαρρύνει να αναπνέει βαθειά και να βήχει για να αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις. Τον βοηθά να αλλάξει συχνά θέση.
- Ακράτεια των ούρων η οποία, παράλληλα προς την ακινησία και τη γενική καχεξία ευνοούν τη δημιουργία κατακλίσεων. Η τοποθέτηση υπό άσηπτες συνθήκες μόνιμου καθετήρα κύστεως, η συχνή αλλαγή θέσεων και οι εντριβές συμβάλλουν στη διατήρηση του δέρματος σε καλή κατάσταση.
- Παραμορφώσεις λόγω της εξασθενήσεως και της εγκαταστάσεως παραλύσεων. Η νοσηλεύτρια/τής διδάσκει στον ασθενή ενεργητικές ή εκτελεί παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς, στις αρθρώσεις του. Τοποθετεί τα μέλη του ασθενούς σε ουδέτερη θέση.

Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας πρέπει να μάθει να ζει

το παρόν, όσο πληρέστερα και δημιουργικότερα μπορεί, γιατί το μέλλον ίσως θα περιορίσει τις ευκαιρίες.

Μ Ε Ρ Ο Σ Τ Ε Τ Α Ρ Τ Ο

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ο ασθενής Δ.Ν., ετών 44, νοσηλεύθηκε στην νευρολογική κλινική του νοσοκομείου Π.Π.Γ.Ν. από 15.7.1990 μέχρι 27.7.1990.

ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Δυσχέρεια στη βάδιση με εύκολη κόπωση. Μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων (κυρίως δεξιού). Ανορεξία και τάση για έμετο. Διαταραχές της λειτουργίας του εντέρου.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ: Η παρούσα νόσος αρχίζει προ τριετίας, οπότε ο ασθενής αισθάνθηκε αιμωδίες στο κάτω μέρος του κορμού και στα κάτω άκρα. Οι αιμωδίες αυτές συνεχίστηκαν για 1-2 μήνες και συνοδεύτηκαν από μυϊκή αδυναμία των κάτω άκρων με δυσχέρεια και αστάθεια στη βάδιση. Προ 18μήνου κατόπιν Α/Τ εγκεφάλου και εξέτασης οπτικών προκλητών δυναμικών τέθηκε η διάγνωση της κατά πλάκας σκλήρυνσης. Από έτους ο ασθενής λάμβανε αγωγή με ενέσεις Synacten. Από 3μήνου έχει διακόψει κάθε αγωγή και εισέρχεται στην κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Πνευμονία προ 13 ετών (νοσηλεία στο σπίτι).

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ: Έντονος νυσταγμός απαγωγής. Αστάθεια στη βάδιση. Romberg (+). Τενόντια αντανακλαστικά πυραμιδικού τύπου άμφω με κλόνο του άκρου ποδός. Επιπολής κοιλιακά αντανακλαστικά. Δεν εκλύονται άμφω. Δεν αναδεικνύονται

αισθητικές διαταραχές. Ελαφρά διαταραγμένες παρεγκεφαλιδικές δοκιμασίες (κυρίως στα κάτω άκρα). Ήπια πτώση μυϊκής ισχύος δεξιού άνω και κάτω άκρου (κυρίως).

ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

Ht = 44,8%

Λευκά: 8.320

Τύπος λευκών: Π: 70 Λ: 23 ΜΜ: 3 Η: 3

T.K.E.: 12 mm/HR

Ουρία: 53 mg/Dl

Κρεατινίνη: 1,2 mg/dl

Σάκχαρο: 88 mg/dl

K: 4,19 mEq/lT

Na: 141,8 mEq/lT

Χοληστερίνη: 203

Τριγλυκερίδια: 108

SGOT: 22 μον.

SGPT: 10 μον.

E.N.Y.: Άχρουν, διαυγές, κύτταρα: $1/\mu\text{m}^3$, ερυθρά: 0, λεύκωμα: 24 mg%, σάκχαρο: 65 mg/dl, K: 2,82, Na: 146,8.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Α/ες κρανίου/θώρακος χωρίς παθολογικά ευρήματα. Α/Τ εγκεφάλου: Παρά τα μετωπιαία κέρατα των πλαγίων κοιλιών άμφω, καθώς και παρά τα ινιακά κέρατα, αναδεικνύονται υπόπυκνες περιοχές που δεν μεταβάλλουν χαρακτηριστικά μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού. Συνυπάρχει μικρή διεύρυνση του υπαραχνοειδούς χώρου και του κοιλιακού συστήματος.

ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Οπτικά προκλητά δυναμικά :

Ταχύτητα Αγωγής:	A.O. 153 msec	Λανθάνοντες χρόνοι
	Δ.O. 161 msec	Παθολογικοί χρόνοι

Ακουστικά προκλητά δυναμικά: Αριστερά η κυματομορφή είναι αλ-
λοιωμένη και ο χρόνος των κυμάτων III-V παρατεταμένος.

ΒΙΟΨΙΑ ΜΥΟΣ: Δεξιά δεν καταγράφεται κυματομορφή.

ΛΟΙΠΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ: Οφθαλμολογική εξέταση: Διαπυρηνική οφ-
θαλμοπληγία άμφω με έντονο νυσταγμό απαγωγής.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σκλήρυνση κατά πλάκας.

ΑΓΩΓΗ: Prezolon tab 50 mg (6x1) ημερήσια
Zantak tab (1x2) ημερήσια
Septrin tab (1x3) ημερήσια.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ασθενής από την πρώτη ημέρα νοσηλείας τέθηκε στην εξής
εφαρμοσμένη νοσηλευτική φροντίδα:

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Συμπτώματα και προβλήματα του Αρρώστου	Αντικειμενικός Σκοπός Νοση - λευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αποτέλεσμα - Επιστημονική εκτίμηση
<p>1. Ο ασθενής καταβάλλεται από φόβο, ανησυχία και αγωνία γιατί αδυνατεί να κατανοήσει τις εξάρσεις και τις υφέσεις των παθολογικών και ψυχολογικών του συμπτωμάτων και έτσι του προκαλούνται συναισθήματα ανασφάλειας, παρουσιάζει έντονη παλινδρομηση και συχνη εμφάνιση υποχονδριακών συμπτωμάτων.</p>	<p>1. Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και εμφανίζεται με κρίσεις.</p>	<p>1. Ο ασθενής με την κάθε νέα απώλεια κάποιας λειτουργίας διακατέχεται όλο και περισσότερο από το άγχος της τέλειας παραλυσίας. Υπάρχει διαρκώς μέσα του το ερώτημα πόση από τη λειτουργία αυτή μπορεί να επανέλθει.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Η νοσηλεύτρια/τής πρέπει να είναι πάντα προετοιμασμένη να απαντήσει με ακρίβεια στις, πολλές φορές, απρόβλεπτες ερωτήσεις του ασθενούς. - Πρέπει να του προσφέρει μια διαρκή ενθάρρυνση, η οποία θα είναι στηριγμένη πάνω σε ρεαλιστικές βλάβεις και όχι ουτοπιστικές ελπίδες οι οποίες πολλές φορές αποβαίνουν καταστροφικές για τον άρρωστο. - Πρέπει να προσφέρει ευκαιρίες στον άρρωστο αλλά και στην οικογένειά του να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. - Η νοσηλεύτρια/τής σε συνεργασία και με τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να εξασφαλίζει τη διαρκή παροχή συμβουλών στον ασθενή και στην οικογένειά του. 	<p>1. Η επίτευξη μιας ρεαλιστικής σχέσης μεταξύ της νοσηλεύτριας/τή και του αρρώστου είναι ένα πολύπλοκο μεν, αναπόσπαστο όμως μέρος της φροντίδας. Με κάθε νέο επεισόδιο ο ασθενής βοηθούμενος αναπτύσσει νέα κατανόηση και προσαρμογή προς το νεοφανισθέν πρόβλημά του. Ο ασθενής, έχοντας την ασφάλεια μερικών σταθερών παραγόντων, αξιόπιστων για τη φροντίδα του, αντιμετωπίζει με περισσότερη ψυχική ηρεμία και αυτοϋπευθυνότητα τα προβλήματά του.</p>

2. Μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων. Δυσχέρεια στη βάδιση. Εύκολη κόπωση.

2. Εφαρμογή σωστής αγωγής, η οποία θα επιτρέψει στον άρρωστο την, κατά το δυνατόν, χρησιμοποίηση της λειτουργικότητας που έχει απομείνει στα κάτω άκρα του.

2. Αξιολόγηση των προβλημάτων ώστε να διαπιστωθεί η φύση της αλλοίωσης και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζει την κινητικότητα του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια/τής:

α) Εξασφαλίζει τα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και τη διατήρηση της έγερσης του ασθενούς.

β) Επιβεβαιώνεται ότι ο άρρωστος ξέρει και μπορεί να χρησιμοποιεί αυτά τα μέσα σωστά.

γ) Τον ενθαρρύνει να εκτελεί ενεργητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς αλλά να μην συνεχίζει το έργο μέχρι σημείου κόπωσης. Να διακόπτει αυτό για να αναπαυθεί και να το αρχίζει εκ νέου.

δ) Η παρουσία της νοσηλεύτριας/τή κατά την εκτέλεση των ασκήσεων ή την έγερση από το κρεβάτι αποτελεί μέτρο ασφάλειας του ασθενούς.

ε) Αναπτύσσει θεραπευτικό σχήμα ανάπαυσης και δραστηριότητας για τη διατήρηση του τόνου και της μάζας των μυών.

στ) Εφαρμόζει μασάζ στους μύες για να αποφευχθεί η σπαστικότητα.

2. Ο ασθενής βοηθείται να χρησιμοποιεί την εναπομείνουσα λειτουργικότητα των μελών του, ώστε να μπορεί τουλάχιστον να εκτελεί τις βασικές καθημερινές του ανάγκες και να μην είναι τελείως εξαρτημένος από άλλα άτομα. Αυτή η συνεχής πρόκληση να εκμεταλλευθεί την κινητικότητα που του έχει απομείνει του διατηρεί το ενδιαφέρον για τη ζωή και έτσι αποφεύγεται η κατάθλιψη και η αντιδραστική μελαγχολία, με έντονο το άγχος του θανάτου που παρατηρείται σε ασθενείς οι οποίοι εξαρτώνται αποκλειστικά από άλλα άτομα.

3. Κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμέτων.

3. Προσπάθεια διατήρησης καλής θρέψης του ασθενούς ώστε να λαμβάνει καθημερινά τις αναγκαίες θερμίδες και τα υπόλοιπα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την καλή λειτουργία του οργανισμού.

ζ) Σχεδιάζει τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι με τους αρμόδιους της κοινοτικής νοσηλευτικής.

3. Η νοσηλεύτρια/τής προσέχει πάντα, ώστε το φαγητό του ασθενούς να είναι καλοσερβιρισμένο, με ωραία εμφάνιση και γεύση.

- Λαμβάνει πάντα υπόψη της τις προσωπικές προτιμήσεις του ασθενούς.
- Τον ενθαρρύνει να λαμβάνει πολλά και μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Μεριμνά ώστε τα γεύματα να λαμβάνονται καθημερινά την ίδια ώρα.
- Έχει πάντα κοντά στον άρρωστο ένα λεκανάκι σε περίπτωση που κάνει έμετο.
- Κάνει συχνή κλύση της στοματικής κοιλότητας.
- Χορηγεί αντιεμετικά φάρμακα με εντολή γιατρού, όπως π.χ. Primpexan.

3. Με τη διαρκή νοσηλευτική φροντίδα που ασκείται, ώστε ο ασθενής να λαμβάνει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, αποφεύγονται πολλά προβλήματα, όπως:

- Απώλεια βάρους.
- Αδυναμία, κόπωση.
- Συμπτώματα υπογλυκαιμίας.
- Συμπτώματα αναιμίας.
- Συμπτώματα διαταραχής ισοζυγίου ηλεκτρολυτών.
- Στεγνοί και σκληροί βλεννογόνοι.

Συμπτώματα και Προβλήματα Ασθενούς

Αντικειμενικός Σκοπός Νοσηλευτικής Φροντίδας

Προγραμματισμός και Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας

Αποτέλεσμα - Επιστημονική Εκτίμηση

4. Διαταραχές της λειτουργίας του εντέρου. Οι αλλοιώσεις του νώτιαίου μυελού μπορεί να διαταράξουν τη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου, προκαλώντας κατακράτηση ή απώλεια κοπράνων. Η κατάσταση επιδεινώνεται εξαιτίας της ακινησίας.

4. Βοήθεια του αρρώστου με διάφορους τρόπους (φυσικούς, φαρμακευτικούς), ώστε να εξομαλυνθεί η λειτουργικότητα του εντέρου.

4. Η νοσηλεύτρια/τής συμβουλεύει τον άρρωστο για τη διαίτα και δραστηριότητα που θα βοηθήσουν στην κανονική κένωση.

- Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει απώλεια κοπράνων, συχνή αλλαγή και επιμελημένη καθαριότητα για την αποφυγή δερματίτιδας και κατκαλίσεων.
- Η απώλεια, καθώς και η ανάγκη βοήθειας για κένωση είναι μια ταπεινωτική εμπειρία για τον άρρωστο γι' αυτό η μεταχείρισή του πρέπει να γίνεται με λεπτότητα και να του δίνεται η ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά του.

4. Με τη διαπαιδαγώγηση και διαρκή φροντίδα του αρρώστου μειώνονται τα προβλήματα που προκαλεί η διαταραγμένη λειτουργία του εντέρου και αποφεύγονται άσχημες καταστάσεις που θίγουν την αξιοπρέπειά του.

Η γενική κατάσταση του ασθενούς κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο ήταν ικανοποιητική.

Δια μέσου της διαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας και ενθάρρυνσης ο ασθενής ξεπέρασε κατά πολύ τα ψυχολογικά του προβλήματα. Έμαθε να έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση και να ζει το παρόν όσο πληρέστερα γίνεται.

Διδάχθηκε αυτός και η οικογένειά του τη σημασία που έχει να παίρνει τα φάρμακά του στην ακριβή ώρα και δόση που έχει ορίσει ο γιατρός.

Ενθαρρύνθηκε να συνεχίσει τη φυσιοθεραπεία - κινησιοθεραπεία και στο σπίτι.

Δόθηκαν οδηγίες σ' αυτόν για επανέλεγχο στα Ε.Ι. μετά από 20 ημέρες.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η ασθενής Ο.Χ., ετών 31, νοσηλεύθηκε στη νευρολογική κλινική του Π.Π.Γ.Ν. από 26.2.1989 μέχρι 16.3.1989.

ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: Αδυναμία δεξιού άνω και κάτω άκρου. Επιδείνωση της επιτακτικής ούρησης. Υπαισθησία στην περιοχή της οσφυϊκής χώρας. Πάρεση προσωπικού αριστερά.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΟΥ: Η ασθενής πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας. Η έναρξη του ιστορικού ήταν προ δετίας περίπου με δυσχέρεια βάδισης σαν πρώτο σύμπτωμα. Στη συνέχεια παρουσίασε διπλωπία, τον τελευταίο χρόνο παρουσίασε αδυναμία στα άνω άκρα, δυσχέρεια στην ομιλία και επιτακτική ούρηση. Τους τελευταίους δυο μήνες παρουσίασε αδυναμία δεξιού άνω και κάτω άκρου.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Ανεμοβλογία (ηλικία 23 ετών).

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

- Διαπυρηνική οφθαλμοπληγία δεξιά (σημείο Harris).
- Παραπάρεση κάτω άκρων (πτώση άκρου ποδός άμφω, αδυναμία ραχιαίας έκτασης των δακτύλων).
- Δυσμετρία στις παρεγκεφαλιδικές δοκιμασίες άμφω.
- Αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά άνω και κάτω άκρων.
- Babinsky άμφω.
- Σπαστικοαταξικό βάδισμα.
- Πάρεση προσωπικού αριστερά (περιφερικού τύπου).
- Υπαισθησία στην περιοχή κατανομής του τριδύμου αριστερά.
- Υπαισθησία στην περιοχή της οσφυϊκής χώρας.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ:

Ht: 37%

Λευκά: 3.700

Τύπος λευκών: Π: 49, Λ: 41, ΝΜ: 6, Η: 4

Τ.Κ.Ε.: 25

ουρία: 46

Σάκχαρο: 55

Κ: 4,6

να: 142

Κρεατινίνη: 0,9

Χοληστερίνη: 188

Τριγλυκερίδια: 108

SGOT: 20

SGPT: 21

Γενική ούρων: Κ.Φ.

Ca: 9,7

Φώσφορος: 4,3

Αλκαλ. φωσφατάση: 47

LDH: 133

CPK: 26

α/α θώρακος και α/α κρανίου: χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Α/Τ εγκεφάλου: Εκ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και του στελέχους δεν αναδεικνύονται παθολογικά ευρήματα. Η υπόπυκνη περιοχή που εντοπίζεται στην αριστερά μετωποβρεγματική χώρα περιφερικά πιθανότατα αντιστοιχεί σε τοπική διεύρυνση του υπαραχνοειδούς χώρου.

ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

TSH: 3,30 nV/ml

T₃ : 0,50 ng/ml

T₄ : 7,40 mg/ml

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Σκλήρυνση κατά πλάκας.

ΑΓΩΓΗ: Prezolon tab (6x1) ημερησίως

Zantak tab (1x2) ημερησίως

Neurobion tab (1x3) ημερησίως.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η ασθενής από την πρώτη ημέρα νοσηλείας τέθηκε στην εξής εφαρμοσμένη νοσηλευτική φροντίδα.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Συμπτώματα και Προβλήματα αρρώστου	Αντικειμενικός Έκτοπος Νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές ενέργειες - Προγραμματισμός και εφαρμογή αυτών	Αποτέλεσμα - Επιστημονική εκτίμηση
<p>1. Η ασθενής παρουσίαζε ξαφνικές εξάρσεις των παθολογικών και ψυχολογικών της προβλημάτων.</p>	<p>1. Προσπάθεια προστασίας της ασθενούς από καταστάσεις που της επιφέρουν αλλαγές στα παθολογικά και ψυχολογικά της συμπτώματα.</p>	<p>1. Η νοσηλεύτρια/τής αναγνωρίζει παράγοντες που έχουν τέτοιο αποτέλεσμα:</p> <p>α) Μεγάλη αύξηση ή μείωση της θερμοκρασίας του νερού κατά τη διάρκεια του μπάνιου.</p> <p>β) Προστασία από πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος.</p> <p>γ) Αποφεύγονται οι ενέσεις όταν δεν είναι τελείως απαραίτητες.</p> <p>δ) Προσπάθεια αποφυγής των παρεπιπτούσων μολύνσεων, αναπτύσσοντας ένα πρόγραμμα με κανονική ανάπαυση και δραστηριότητα, με αύξηση της ανάπαυσης κατά την έξαρση των συμπτωμάτων ή κατά τη διάρκεια άλλων ασθενειών.</p> <p>ε) Προσπάθεια αποφυγής των ορμονικών μεταβολών με έγκαιρη διαπίστωση και σωστή θεραπεία άλλων ασθενειών.</p>	<p>1. Επιτυγχάνεται με τον έλεγχο των εξάρσεων γρηγορότερη βελτίωση της νευρολογικής βλάβης και διατήρηση μια ήπιας, κατά το δυνατό, ψυχολογικής κατάστασης της ασθενούς, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει έτσι καλύτερα τα προβλήματά της.</p>
<p>2. Διαταραχή της φυσιολογικής λειτουργίας της κύστης, με αποτέλεσμα απώλεια ούρων.</p>	<p>2. Προσπάθεια αποφυγής των προβλημάτων που είναι συνέπεια της απώλειας ούρων.</p>	<p>2. Η νοσηλεύτρια/τής σε συνεργασία με τον ασθενή καταρτίζει ένα πρόγραμμα ούρησης:</p> <p>- Συχνή και επιμελημένη καθαριότητα για την αποφυγή ουρο-</p>	<p>2. Η νοσηλεύτρια με τη συνεχή παρακολούθηση εντοπίζει τα προβλήματα που δημιουργούνται από το ουροποιητικό σύστημα και τα αντιμετωπίζει προλαμβάνοντας</p>

3. Αισθητικές διαταραχές.

3. Έγκαιρη διαπίστωση των νεοεμφανιζόμενων αισθητικών διαταραχών και προστασία της άρρωστου.

λοιμώξης, δερματίτιδας ή κατά-
κλισης.
- Λήψη ούρων για καλλιέργεια
μετά από καλή απολύμανση
της περιοχής.
- Προσεκτική μέτρηση προσλαμ-
βανόμενων και αποβαλλόμενων υ-
γρών.

3. Η νοσηλεύτρια/τής λαμβάνει
ιστορικό της αυξημένης ή ελατ-
τωμένης αίσθησης των ερεθισμά-
των:
- Για τυχόν εμπειρίες ανωμάτων
αισθήσεων, όπως αίσθημα ηλια-
κού εγκαύματος, μυρμηκίασης,
ηλεκτρικού SHOCK όταν ο λαιμός
είναι σε κάμψη (σημείο LHERMIT-
TE: παραισθησίες στους βραχίο-
νες, κορμό και κνήμες προκαλούν-
ται από την κάμψη του λαιμού).
- Αξιολογεί τα ευρήματα.
- Η νοσηλεύτρια/τής δίνει ιδι-
αίτερη προσοχή στην άρρωστη η
οποία είναι επιρρεπής σε κακώ-
σεις, εγκαύματα και μολύνσεις
του δέρματος λόγω της μειωμένης
εκτίμησης του πόνου και του θερ-
μού.
- Διδάσκει την άρρωστη για τη

διάφορες επιπλοκές που θα επιβά-
ρυναν ακόμη περισσότερο την ήδη
επιβαρυσμένη κατάσταση της ασθε-
νούς.

3. Με τη διαρκή φροντίδα και δι-
δασκαλία η νοσηλεύτρια προλαμβάνει
προβλήματα που προκαλούν οι
αισθητικές διαταραχές του δέρμα-
τος και εντοπίζει έγκαιρα νεοεμ-
φανιζόμενες διαταραχές.

4. Διαταραχές της όρασεως της ασθενούς. Διπλωπία.

4. Αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας και ακριβής αναγραφή των ευρημάτων, ώστε να δοθεί κατάλληλη αγωγή για τη βοήθεια της ασθενούς.

5. Παραμορφώσεις των μελών της ασθενούς λόγω της εξασθενήσεως και της εγκυκαταστάσεως παραλύσεων.

5. Πρόληψη της μυϊκής ατροφίας και των μόνιμων μυϊκών συσπάσεων οι οποίες καθιστούν τα άκρα άχρηστα και παρεμποδίζουν την ατομική περιποίηση και μετακίνηση της ασθενούς ακόμη και εάν επανέλθει μέρος της λειτουργικότητάς τους.

4. Η νοσηλεύτρια πρέπει να εξασφαλίσει την προστασία της ασθενούς από βλάβη δευτεροπαθή της διαταραχής της όρασης. Εκτιμάται η ανάγκη για αλλαγή δραστηριοτήτων οι οποίες είναι επικίνδυνες για την ασθενή, π.χ. οδήγηση.

5. - Η νοσηλεύτρια/τής σε συνεργασία με το φυσικοθεραπευτή διδάσκει στην ασθενή ασκήσεις των άνω και κάτω άκρων.
- Προγραμματίζει την επανάληψη των ασκήσεων κατά το διάστημα της ημέρας.
- Επιβλέπει την ασθενή κατά την

4. Η διαταραχή της όρασεως της ασθενούς της είχε επιφέρει πολύ έντονη ψυχολογική αντίδραση και μόνο η συνεχής παρακολούθηση, προστασία και ψυχολογική ενίσχυση από όλη τη θεραπευτική ομάδα και κυρίως από το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν συνεχώς κοντά της να βοηθήσαν να αποδεχτεί και να ζήσει μ' αυτή την κατάσταση.

5. Η έγκαιρη έναρξη των ασκήσεων προλαμβάνει τις μόνιμες μυϊκές συσπάσεις και την καταστροφή των αχρησιμοποίητων μυών, αλλά επίσης διατηρεί την αισιοδοξία της ασθενούς ότι θα επιστρέψει στην κανονική ζωή όχι ως αβοήθητη ανάπηρη, αλλά ως αυτόρκης, αυτο-

Συμπτώματα και Προβλήματα
Ασθενούς

Αντικειμενικός Σκοπός Νοση-
λευτικής φροντίδας

Νοσηλευτικές ενέργειες - προ-
γραμματισμός και εφαρμογή αυ-
τών

Αποτέλεσμα - Επιστημονική εκτί-
μηση

εκτέλεσή τους.

- Συνιστά τη διακοπή των ασκή-
σεων πριν την εμφάνιση του αι-
σθήματος της κοπώσεως.

- Αναπτύσσει θεραπευτικό σχήμα
ανάπαυσης και δραστηριότητας
για τη διατήρηση του τόνου και
της μάζας των μυών.

- Εφαρμόζει μασάζ στους μύες
για να αποφευχθεί η σπαστικό-
τητα.

- Αναφέρει στη λογοδοσία και
στο γιατρό την εκτέλεση των α-
σκήσεων και της παρατηρήσεις
της γύρω από αυτές.

- Κατά την έξοδο της ασθενούς
σχεδιάζει τη συνέχιση της φυ-
σικοθεραπείας και της νοσηλευ-
τικής φροντίδας στο σπίτι με
τους αρμόδιους της κοινοτικής
νοσηλευτικής.

εξυπηρετούμενη και δημιουργική
παράγων.

Τα ψυχολογικά και παθολογικά συμπτώματα της ασθενούς κατά την έξοδό της από το νοσοκομείο ήταν σε ύφεση.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με την υπομονή, την κατανόηση, τη συμπάθεια και τη λεπτότητα που έδειξε στην ασθενή, αλλά και με την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, τη βοήθησε να μάθει να αντιμετωπίζει τα προβλήματά της και να νοιώθει ότι η ύπαρξή της έχει νόημα.

Της δόθηκαν οδηγίες για: νευρολογική επανεξέταση κάθε μήνα, βιοχημικό και αιματολογικό έλεγχο κάθε μήνα, δίαιτα άναλο, ζύγισμα κάθε πρωί.

Συνεστήθη NMR (μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου).

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Κλείνοντας το θέμα αυτό θεωρώ αναγκαίο να επισημάνω ότι: Η σκλήρυνση κατά πλάκας προκαλεί προοδευτική παράλυση του ατόμου και τελικά οδηγεί στο θάνατο. Τα άτομα που ασχολούνται με τον άρρωστο το γνωρίζουν αυτό, εκτός από τον ίδιο τον άρρωστο. Είναι απαραίτητη λοιπόν η ενημέρωση του αρρώστου πάνω σε ορισμένα θέματα που σχετίζονται με την αρρώστεια και τη θεραπεία της.

Ο άνθρωπος, από τη στιγμή που ξέρει ότι πάσχει, γκρεμίζεται ψυχολογικά. Την όποια ενέργεια γίνεται στο πρόσωπό του τη θεωρεί σαν μείωση της αξιοπρέπειας, του σεβασμού του. Είναι αντιδραστικός σε όποιες ενέργειες γίνονται γι' αυτόν. Ο άρρωστος απαιτεί ζεστασιά, φροντίδα, υποστήριξη, συμπάθεια. Η υγειονομική ομάδα πρέπει να γίνει αρωγός του.

Η προσφερόμενη φροντίδα έγκειται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, στη θεραπεία και στη μετανοσοκομειακή αγωγή.

Στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων βρίσκουν θέση όλες οι ενέργειες που θα ανακουφίσουν τον ασθενή, είτε αυτές είναι ιατρικές πράξεις, είτε νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες.

Στη θεραπεία ο άρρωστος αντιμετωπίζει προβλήματα προσαρμογής και στο χρόνο διάρκειάς της. Σ' αυτή τη φάση απαιτείται η όσο το δυνατό γρηγορότερη προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή την κατάσταση, γιατί ο άρρωστος διαφορετικά βλέπει την κάθε ενέργεια σαν παρέμβαση στη ζωή του, σαν μείωση της δικής του προσωπικότητας σε παθητικό ρόλο.

Ε → Η Νοσηλευτική, ως επιστήμη αλλά και σαν τέχνη, έχει σαν

σκοπό την παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλείας στον άρρωστο που πάσχει, φροντίζοντας συνάμα υπέρ του δέοντος την προστασία της αξιοπρέπειάς του.

Έχοντας πλέον ο άρρωστος φύγει από το νοσοκομειακό χώρο, χρειάζεται τις συμβουλές, τις οδηγίες που θα τον βοηθήσουν να ξαναγυρίσει νωρίτερα στη δραστηριότητα. Ίσως αυτό να είναι το σημαντικότερο στοιχείο σ' όλο το θέμα. Η προσαρμογή του αρρώστου - υγειούς μέλους της κοινωνίας πλέον, στις νέες συνθήκες.

Έχοντας ολοκληρώσει κάθε ενέργεια στον άρρωστο, η υγειονομική ομάδα αξιολογεί τα αποτελέσματα. Αισθάνεται ικανοποίηση όταν κάποιο άτομο επανέρχεται στην κοινωνία σαν ενεργητικό μέλος της. Ένας άνθρωπος από το σύνολο που αντιμετωπίζεται κάθε μέρα, κάθε ώρα, κάθε λεπτό, σε κάθε υγειονομικό σταθμό, σε κάθε χώρο όπου ο ανθρώπινος πόνος αξιολογείται σαν δύσκολη αποστολή στο λειτούργημα κάθε υγειονομικού φορέα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Harrison, "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Γ'. Έκδοση 8η. Εκδόσεις Γρ. Παρισσιανού. Αθήνα, 1982.
- Καλαντζή-Αζίζι Α. "Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας". Έκδοση 2η. Εκδόσεις Δ. Μαυρομαμάτη. Αθήνα, 1988.
- Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ. "Νοσηλευτική Γενική Παθολογική Χειρουργική". Τόμος Α'. Έκδοση 10η. Εκδόσεις Ιερακοστολικής Ένωσης Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα, 1987.
- Millar, J.H.D. "Multiple Sclerosis: A Disease Acquired in Childhood". Springfield III. Thomas, 1971.
- Μούσουρα-Οικονόμου Α. "Σημειώσεις Νευρολογικής Νοσηλευτικής", Τ.Ε.Ι. Πατρών. Πάτρα, 1989.
- Μπαλλής Θ.Ι. "Νοσολογία του Νευρικού Συστήματος". Εκδόσεις Γρ. Παρισσιανού. Αθήνα 1975.
- Σαχίη-Καρδάση Α., Πάννου Μ. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Τόμος Α. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα, 1985.
- Walton J. "Νευρολογία". Έκδοση 5η. Εκδόσεις Λίτσας. Μετ. Παπαπετρόπουλος, Πασχάλης, Τζεμπελίκος. Πάτρα, 1984.

