

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: " Ψ Ω Ρ Ι Α Σ Η "



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΠΟΥΛΩΡΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ ΜΑΙΟΣ 1992

APIOMOS	633
REAFRIZ	

Αυτή την εργασία
την αφιερώνω
στην οικογένειά μου.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Ευχαριστώ θερμά τον Επιμελητή της Δερματολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών κ.Σπηλιόπουλο Θεοφάνη για το χρήσιμο υλικό και τις πληροφορίες που μου παρείχε, βοηθώντας με έτσι, στο συντονισμό αυτής της εργασίας.

Ευχαριστώ τον κ. Καούκη Δημήτρη και την δ. Καραΐσκου Ελένη για την έγκαιρη δακτυλογράφησή της.

Επίσης, τους φίλους μου Σκούτα Θανάση και Παπαγεωργίου Σπύρο για την φροντίδα της εκτύπωσης και τις Τσούμαλη Μαρία και Φενέρη Σοφία για την ηθική συμπαράσταση τους, κατά τη διάρκεια της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

Εμβρυολογία του δέρματος	1
Ανατομία του δέρματος	3
Ιστολογία του δέρματος	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Φυσιολογία του δέρματος	8
Ιστολογική εικόνα της ψωριάσεως	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Αιτιολογία της ψωριάσεως	14
1. Κληρονομικότητα	14
2. Εκλυτικοί παράγοντες	14
α. Τραυματισμοί και τοπικές φλεγμονές	14
β. Λοιμώξεις	14
γ. Διαταραχές μεταβολισμού	15
δ. Διαταραχές λειτουργίας των αδένων έσω έκκρίσεως	15
ε. Νευροψυχικές διαταραχές	15
Αιτιοπαθογένεια της ψωριάσεως	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

Κλινική εικόνα της ψωριάσεως	19
α. Μορφές ψωρίασης με βάση "τους κλινικούς μορφολογικούς χαρακτήρες" των δερματικών αλλοιώσεων	19
β. Μορφές ψωρίασης με βάση "την εντόπιση" των δερματικών	

αλλοιώσεων	20
Ιδιότυπες μορφές ψωρίασης	22
1. Ερυθροδερμική ψωρίαση	22
2. Φλυκταινώδης ψωρίαση	22
α. Φλυκταινώδης ψωρίαση παλάμων και πελμάτων	22
β. Φλυκταινώδης ψωρίαση του τύπου του φυγόκεντρου δακτυλοειδούς ερυθήματος	22
γ. Οξεία γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση	23
3. Αρθροπαθητική ψωρίαση	23
α. Αρθροπαθητική ψωρίαση παραμορφωτικού τύπου	23
β. Αρθροπαθητική ψωρίαση περιφερικού τύπου	23
γ. Αρθροπαθητική ψωρίαση του τύπου της ρευματοειδούς αρθρίτιδας	24
Διαφορική διάγνωση της ψωρίασεως	25
Διάγνωση της ψωρίασεως	25
Κλινικά ευρήματα	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Θεραπεία της ψωρίασεως	27
A. Τοπική θεραπεία	27
1) Ανθραλίνη	28
2) Λιθανθρακόπισσα	28
3) Κορτικοστεροειδή (τοπική χορήγηση)	29
B. Συστηματική θεραπεία	29
1) Φωτοχημειοθεραπεία (PUVA)	29
2) Ρετινοειδή	30
3) Κορτικοστεροειδή (συστηματική χορήγηση)	31
4) Χημειοθεραπευτικά (μεθοτρεξάτη, υδροξυουρία)	31
5) Φωτοθεραπεία	32

Φυσιοθεραπεία	32
Θεραπεία ειδικών μορφών ψωρίασεως	33
Επιπλοκές της νόσου	35
Επιπλοκές της θεραπείας	35

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με ψωρίαση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο	37
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις	40
Υποκειμενικά ευρήματα	40
Αντικειμενικά ευρήματα	40
A. Κλινική εξέταση δέρματος	40
- Επισκόπηση	40
- Ψηλάφηση	40
B. Εργαστηριακές εξετάσεις	41
- Μικροβιολογικές εξετάσεις	41
- Βιοχημικές εξετάσεις	42
- Ορολογικές εξετάσεις	43
- Ανοσολογικές εξετάσεις	43
- Κυτταρολογικές εξετάσεις	43
- Ακτινολογικές εξετάσεις	44
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις εργαστηριακές και στις ακτινολογικές εξετάσεις	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

Νοσηλευτική φροντίδα "πριν την εφαρμογή" της θεραπείας . .	46
Ψυχολογική τόνωση	46

Σωματική τόνωση (διατροφή)	47
Δίαιτα του ψωριασικού ασθενή	47
Καθαριότητα του σώματος	48
Εξασφάλιση επαρκούς και καλού ύπνου	48
Προετοιμασία και διδασκαλία	49
Ιατρικές εξετάσεις	49
Νοσηλευτική φροντίδα "κατά την εφαρμογή" της θεραπείας . . .	51
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην τοπική θεραπεία με ανθραλίνη.	53
Τρόπος εφαρμογής	53
Νοσηλευτική φροντίδα	54
Ανεπιθύμητες ενέργειες και αντιμετώπισή τους	55
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην τοπική θεραπεία με λιθανθρακόπισσα	56
Τρόπος εφαρμογής	56
Νοσηλευτική φροντίδα	57
Ανεπιθύμητες ενέργειες και αντιμετώπισή τους	57
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη τοπική θεραπεία με κορτικοστεροειδή	59
Τρόπος εφαρμογής	59
Νοσηλευτική φροντίδα	59
Ανεπιθύμητες ενέργειες και αντιμετώπισή τους	60
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη φωτοχημειοθεραπεία (PUVA). . .	61
Τρόπος εφαρμογής	61
Προγραμματισμός	62
Πως γίνεται η φωτοχημειοθεραπεία	62
Νοσηλευτική φροντίδα	63
Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές και αντιμετώπισή τους. .	66

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη φωτοθεραπεία	68
Τρόπος εφαρμογής	68
Προγραμματισμός	68
Πως γίνεται η φωτοθεραπεία	69
Νοσηλευτική φροντίδα	69
Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές και αντιμετώπισή τους. . .	70
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη θεραπεία με ρετινοειδή	71
Τρόπος εφαρμογής	71
Νοσηλευτική φροντίδα	71
Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές και αντιμετώπισή τους. . .	72
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη θεραπεία με χημειοθεραπευτικά (Μεθοτρεξάτη - Υδροξυουρία)	74
Τρόπος εφαρμογής	74
Νοσηλευτική φροντίδα	74
Ανεπιθύμητες ενέργειες - επιπλοκές και αντιμετώπισή τους. . .	76
Ψωριασικός ασθενής και περιβάλλον	76
Αποκατάσταση-ψυχολογική υποστήριξη	78
Ψυχολογική υποστήριξη	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

Περιγραφή περιπτώσεως ασθενή με ψωρίαση	79
Σχεδιάγραμμα εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας	81
Περιγραφή περιπτώσεως ασθενή με ψωρίαση	83
Σχεδιάγραμμα εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας	85

Επίλογος

Βιβλιογραφία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ψωρίαση είναι μια δερματοπάθεια, αρκετά συχνή.

Ο τρόπος που εκδηλώνεται καθώς και η εξέλιξή της, είναι αρκετά γνωστές αλλά παραμένει άγνωστο το αίτιο εμφάνισης που την προκαλεί.

Λόγω της χρονιότητας της, η νόσος δημιουργεί έντονα ψυχολογικά προβλήματα στο άτομο, τα οποία έχουν αρνητική επίδραση στη ζωή του.

Οι συνεχείς έρευνες, που γίνονται για τη φύση της νόσου, διευρίνουν συνεχώς τους ορίζοντες, για την θεραπευτική αντιμετώπιση της.

Η εργασία αυτή, αναφέρεται στις μορφές και στους τρόπους θεραπείας, καθώς και στις μέχρι τώρα έρευνες που έχουν γίνει και αφορούν τα πιθανά αίτια εμφάνισης της νόσου.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Κεφάλαιο Ι

ΕΜΒΡΥΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα χωρίζεται σε τρεις στιβάδες , της επιδερμίδας το χόριο και την υποδερμίδα.

Η επιδερμίδα αναπτύσσεται από το εξώδερμα και από αυτό οι τρίχες, τα νύχια και οι αδένες. Από το δεύτερο εμβρυικό μήνα το μονόστιβο εξώδερμα αναπτύσσεται σε δύστιβο και στη συνέχεια σε τρίστιβο. Με τη πάροδο του χρόνου οι στιβάδες αυτές αυξάνονται και τον έβδομο μήνα η επιδερμίδα του εμβρύου, παίρνει τη μορφή της επιδερμίδας του ενηλίκου ατόμου αλλά χωρίς την κοκκώδη στιβάδα η οποία εμφανίζεται στις αρχές του ένατου μήνα.

Το χόριο ή ιδίως δέρμα αναπτύσσεται από το μέσο βλαστικό δέρμα ή μεσέγχυμα και παρουσιάζει κύτταρα, ίνες, τη βασική ουσία όπως επίσης αγγεία από νεύρα.

Η υποδερμίδα σχηματίζεται κατά τον τρίτο μήνα οπότε και επιτελείται η διαφοροποίησή της από το χόριο επειδή το μεσέγχυμα που βρίσκεται κάτω από την επιδερμίδα γίνεται στέρεο λόγω της παρουσίας κυττάρων και ινών ενώ το εν τω βάθει παραμένει χαλαρό και αποτελείται από κυτταρολιπώδη ιστό.

Οι τρίχες προέρχονται από το εξώδερμα εμφανίζονται κατά τον τρίτο εμβρυικό μήνα στη περιοχή του μετώπου ένα ή δυο μήνες αργότερα εμφανίζεται στην υπόλοιπη επιφάνεια του δέρματος όπου αναπτύσσεται βλάστη από την έσω στιβάδα της επιδερμίδας.

Οι σμηγματογενείς αδένες και οι απεκκριτικοί ιδρωτοποιοί αδένες, σχηματίζονται από την ίδια επιδερμική βλάστη, από την οποία σχηματίζονται οι τρίχες.

Οι εκκριτικοί ιδρωτοποιοί αδένες αναπτύσσονται κατά τον 5ο εμβρυικό μήνα από άλλη βλάστη της εσωστιβάδας της επιδερμίδας. Οι ορθωτήρες μύες όπως και όλοι οι μύες προέρχονται από το παρέγχυμα και αποτελούνται από λείες μυϊκές ίνες.

Τα νύχια προέρχονται από το εξώδερμα, αναπτύσσεται από βλάστη κατά τον 3ο εμβρυικό μήνα και τελειοποιείται κατά τον 7ο εμβρυικό μήνα οπότε γίνεται και η εμφάνισή τους.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα καλύπτει ολόκληρη την επιφάνεια του σώματος και επενδύει με τη μορφή βλενογόνων τα τοιχώματα των εσωτερικών κοιλοτήτων.

Το πάχος του δέρματος κυμαίνεται στις διάφορες περιοχές του σώματος μεταξύ 1,5-4,0mm. είναι γενετικά προκαθορισμένο αλλά μεταβάλλεται με την ηλικία και επηρεάζεται σημαντικά από διαιτητικούς και εξωγενείς παράγοντες.

Το βάρος του δέρματος ενός ενήλικου ατόμου χωρίς το υπόδερμα ανέρχεται κατά μέσο όρο σε 3kgr μαζί με το υπόδερμα περίπου 20kg.

Το χρώμα του δέρματος είναι γενετικά προκαθορισμένο ποικίλει στις διάφορες περιοχές του σώματος και εξαρτάται από το πάχος και τη δομή του, κυρίως όμως από την αιμάτωση και την περιεκτικότητα του δέρματος σε καροτινοειδή και μελανίνη.

Η επιφάνεια του δέρματος ενός ενήλικου ατόμου έχει εμβαδόν μεταξύ 1,5-2,0M² και καλύπτεται από τις τρίχες και το χνούδι. Το τελευταίο λείπει στις παλάμες, στα πέλματα, στην καμπτική επιφάνεια των δακτύλων, στο πέος, στη κλειτορίδα και στα χείλη του αιδοίου.

Στην επιφάνεια του δέρματος διακρίνονται:

- α) Οι πόροι οι οποίοι αποτελούν τα στόμια των αδένων και των θυλάκων των τριχών.
- β) Οι δερματικές ακρολοφίες οι οποίες απαντώνται στις παλάμες και στα πέλματα, ονομάζονται δερματογλυφικά και έχουν χαρακτηριστική και ιδιαίτερη μορφολογία σε κάθε άτομο.

γ) Οι π τ υ χ έ ς οι οποίες δημιουργούνται κυρίως από τη τάση των ινών του συνδετικού και μυϊκού ιστού. Η τάση του δέρματος γενικότερα, που εξασκείται ανάμεσα σε δύο σημεία του, αυξάνει ανάλογα με τη γωνία που σχηματίζει η νοητή γραμμή που τα ενώνει με τις γραμμές του Langer.

δ) Οι δ ε ρ μ α τ ι κ έ ς θ η λ έ ς οι οποίες σχηματίζονται από κωνοειδείς προεξοχές του χορίου, μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται μικρές αύλακες.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Το δέρμα αποτελείται από τρία στρώματα τα οποία από κάτω προς τα πάνω είναι:

1. Υπόδερμα
2. Χόριο
3. Επιδερμίδα

1. Το Υπόδερμα

Το υπόδερμα αποτελείται από ένα δίκτυο συνδετικού ιστού μέσα στο οποίο βρίσκονται τα λόβια του λιπώδους ιστού (υποδόριου λίπους). Στο υπόδερμα από το οποίο περνούν οι κλάδοι του αγγειακού και νευρικού δικτύου του δέρματος απαντώνται τα αισθητήρια όργανα της αφής και της πίεσης, οι τριχοσμηγματογόνοι θύλακες και ιδρωτοποιοί αδένες.

2. Χόριο ή κυρίως δέρμα

Το χόριο αποτελείται από τη βασική μεμβράνη (η οποία το χωρίζει από την επιδερμίδα) και παράγεται κυρίως από τα επιθηλιακά κύτταρα της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας. Το χόριο περιλαμβάνει κυτταρικά στοιχεία, ίνες, συνδετικούς ιστούς, θεμέλια ουσία αγγεία και νεύρα. Τα κυριώτερα κύτταρα που απαντώνται στο χόριο είναι οι ινοβλάστες (από τους οποίους παράγονται οι ίνες του συνδετικού ιστού), τα ιστιοκύτταρα - μακροφάγα, τα κύτταρα του Langerhans, τα μαστοκύτταρα, τα λεμφοκύτταρα και τα πλασματοκύτταρα. Οι κυριότερες ίνες του συνδετικού ιστού του χορίου είναι κολλαγόνες και οι ελαστικές ίνες οι οποίες προσδίδουν στο δέρμα ελαστικότητα και ανθεκτικότητα στην επίδραση εξωγενών παραγόντων. Οι κολλαγόνες ίνες αποτελούνται κυρίως από κολλαγόνο και οι ελαστικές ίνες

από ελαστίνη. Στην ανώτερη μοίρα του χορίου (θηλώδες χόριο) οι κολλαγόνες και ελαστικές ίνες είναι διατεταγμένες σε χαλαρές δέσμες ενώ στη κατώτερη μοίρα του χορίου (δικτυωτό χόριο) είναι συμπαγέστερες. Η άμορφη και κολλώδης θεμέλια ουσία του χορίου αποτελείται από πρωτεογλυκάνες, κυρίως υαλουρονικό οξύ και θειική χονδροϊτίνη.

3. Επιδερμίδα

Η επιδερμίδα αποτελείται από πολύστιβο πλακώδες επιθήλιο τα κύτταρα του οποίου παρουσιάζουν ποικιλία μορφολογικών χαρακτηριστικών. Με βάση τα χαρακτηριστικά αυτά διακρίνονται στην επιδερμίδα οι ακόλουθες 4 στιβάδες από κάτω προς τα πάνω.

α) Η Β α σ ι κ ή σ τ ι β ά δ α

Η βασική στιβάδα αποτελείται από μια σειρά κυλινδρικών ή κυβοειδών κυττάρων που είναι συνήθως διατεταγμένα κάθετα στην επιφάνεια του δέρματος και με τον κατώτερο πόλο τους συνδέονται με τη βασική μεμβράνη. Το πρωτόπλασμα και ιδίως ο ατρακτοειδής πυρήνας των βασικών επιθηλιακών κυττάρων παρουσιάζουν στις συνηθισμένες ιστολογικές χρώσεις του δέρματος, χαρακτηριστική βασεοφιλία. Τα επιθηλιακά κύτταρα της βασικής στιβάδας περιλαμβάνουν, δυο ειδικά μικροσκοπικά οργανίδια: τα τονοινίδια και τα δεσμοσώματα. Επίσης η βασική στιβάδα περιλαμβάνει και μη επιθηλιακά κύτταρα, όπως μελανοκύτταρα και κύτταρα του Langerhans και κύτταρα Merkel.

β) Μ α λ π ι γ γ ι α ν ή σ τ ι β ά δ α (α κ α ν θ ω τ ή)

Η μαλπιγγιανή στιβάδα αποτελείται από δυο-πέντε σειρές πολυεδρικών επιθηλιακών κυττάρων που χαρακτηρίζονται από μεγάλο πυρήνα, την ύπαρξη άφθονου γλυκογόνου στα πρωτοπλάσματά τους και προοδευτική αποπλάτυνση (κατά την πορεία τους από

κάτω προς τα πάνω) έτσι ώστε αυτά που βρίσκονται στις ανώτερες σειρές να παρουσιάζουν επιμήκη άξονα σχεδόν παράλληλο προς την επιφάνεια του δέρματος. Τα επιθηλιακά κύτταρα της μαλιγγιανής στιβάδας περιλαμβάνουν ειδικά οργανίδια, κερατινοσώματα τα οποία αποτελούν εξειδικευμένα λυσοσώματα.

γ) Κ ο κ κ ώ δ η ς σ τ ι β ά δ α

Η κοκκώδης στιβάδα αποτελείται από δυο-τρεις σειρές αποπλατυσμένων επιθηλιακών κυττάρων στο πρωτόπλασμα των οποίων υπάρχουν βασεόφιλα κόκκια τα οποία ονομάζονται κόκκια κερατοναλίνης (κερατίνη πλούσια σε ιστιδίνη). Στη στιβάδα αυτή υπάρχουν τενοινίδια, δεσμοσώματα, κερατινοσώματα και κόκκια κερατουαλίνης τα οποία έχουν μεγάλη οπτική πυκνότητα και μεγάλη ποικιλία σχήματος και μεγέθους.

δ) Κ ε ρ ά τ ι ν η σ τ ι β ά δ α

Η κεράτινη στιβάδα αποτελείται από δέκα-είκοσι σειρές ηωσινόφυλων, δισκόμορφων και απύρηνων κερατινοκυττάρων τα οποία στεροούνται οργανιδίων και αποτελούν στην ουσία φύλλα κερατίνης.

Κεφάλαιο II

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Οι λειτουργίες του δέρματος είναι πολυάριθμες και συνδέονται μεταξύ τους και διαχωρίζονται ως εξής:

1. Προσπιαστική λειτουργία: Αυτή επιτελείται λόγω των φυσικών και χημικών ιδιοτήτων του δέρματος και ασκείται:

α) Κατά των μηχανικών κακώσεων, οι οποίες εξουδετερώνονται σε τρία επίπεδα στο επίπεδο της επιδερμίδας με την κερατίνη και μαλπιγγιανή στιβάδα στο επίπεδο του δερματοεπιδερμικού υμένα στο επίπεδο του χορίου.

β) Κατά των ηλεκτρικών κακώσεων. Το δέρμα είναι αρνητικά φορτισμένο. Η αντίσταση του δέρματος εδράζεται κυρίως στη κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας.

γ) Κατά των θερμικών επιδράσεων (ψύχους ή θερμότητας) όπου ανεξάρτητα από την ενεργητική συμμετοχή του δέρματος στη θερμορρύθμιση του σώματος, το δέρμα παίζει το ρόλο μονωτικού μέσου μέσω της υποδερμίδας, για την προφύλαξη των εσωτερικών οργάνων από εξωτερικές θερμικές προσβολές.

δ) Κατά της ηλιακής ακτινοβολίας. Το δέρμα προφυλάσσει και προφυλάσσεται από τη επίδραση της ηλιακής ακτινοβολίας με τη ποσότητα της μελανίνης που βρίσκεται στην βασική στιβάδα της επιδερμίδας.

ε) Κατά των χημικών προσβολών. Το δέρμα προφυλάσσεται με την κεράτινη στιβάδα της επιδερμίδας, με τον όξινο μανδύα του δέρματος και με το λεπτό στρώμα σμήγματος που καλύπτει την επιδερμίδα.

στ) Κατά των μικροβιακών και παρασιτικών προσβολών με τη

κεράτινη στιβάδα με τον όξινο μανδύα της επιδερμίδας και με την αποβολή σμήγματος και ιδρώτα.

2. Θερμορρυθμιστική λειτουργία: Η σταθερή θερμοκρασία του σώματος (37° C) διατηρείται λόγω της ισορροπίας της παραγόμενης και αποβαλλόμενης θερμότητας η οποία ρυθμίζεται από τον υποθάλαμο. Στη περίπτωση αυτή το δέρμα παίζει σημαντικό ρόλο με δύο κυρίως μηχανισμούς της παραγωγής και εξατμίσεως του ιδρώτα και της διαστολής και συστολής των επιπολής αγγείων. Σε περίπτωση αυξημένης θερμοκρασίας του περιβάλλοντος προκαλείται αντανακλαστικά: α) διέγερση των εκκριτικών νευρικών απολήξεων και παραγωγή ιδρώτα και β) διέγερση αγγειοκινητικών απολήξεων και αγγειοδιαστολή.

3. Το δέρμα σαν αισθητήρια όργανα: Στο επίπεδο του δέρματος τα νεύρα καταλήγουν, σε πολυάριθμες ίνες που με τη σειρά τους αποτελούν την αρχή ειδικών επιφανειακών σχηματισμών που ονομάζονται "σωματίδια". Αυτά λειτουργούν σαν πραγματικοί δέκτες των εξής αισθήσεων: της αφής, της πίεσεως, του θερμού, και του ψυχρού, του πόνου, του κνησμού καθώς και του γαργαλισμού.

4. Μεταβολικές λειτουργίες: Οι μεταβολικές λειτουργίες που γίνονται αφορούν τα λευκώματα, τους υδατάνθρακες, τα λίπη, το νερό, τις βιταμίνες, τους ηλεκτρολύτες και γίνονται με τη βοήθεια διαφόρων παραγόντων και πολλαπλών μηχανισμών. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται: τα ένζυμα, οι βιταμίνες τα ανώτερα και ακόρεστα λιπαρά οξέα, τα μέταλλα. Στις μεταβολικές λειτουργίες περιλαμβάνονται επίσης η αποταμίευση ουσιών που υπάρχουν σε αυτό (π.χ. λίπος) καθώς και οι ειδικές λειτουργίες της κερατινοποίησης και της μελανόγένεσης.

5. Απεκκριτική και απορροφητική λειτουργία: Το δέρμα αποτελεί σημαντικό όργανο ελέγχου αποβολής ουσιών από τον οργανισμό (απεκκριτική λειτουργία), αλλά και εισαγωγής ουσιών από το περιβάλλον σε αυτό (απορροφητική λειτουργία). Από το δέρμα αποβάλλεται κυρίως ο ιδρώτας και το σμήγμα. Από τον ιδρώτα αποβάλλεται: νερό, ανόργανα άλατα και οργανικές ουσίες. Αποβάλλονται ακόμα ουσίες που βρίσκονται περιστασιακά στον οργανισμό όπως αρσενικό, υδράργυρος οινόπνευμα κ.ά. Από το σμήγμα αποβάλλονται: ουδέτερα λίπη ή ελεύθερα λιπαρά οξέα και λιποειδή (π.χ. χοληστερίνη) ίσως και προβιταμίνη D, βιταμίνη A και καροτίνη. Η απορρόφηση από το δέρμα διαφόρων ουσιών γίνεται με την επιδερμίδα και τους τριχοσμηγματικούς θύλακες. Απορροφούν νερό όπως και υδροδιαλυτές και λιποδιαλυτές ουσίες. Η διόδος των ουσιών αυτών γίνεται από την βλεννώδη στιβάδα και από τα κύτταρα και γίνεται ευκολότερη στο επίπεδο του δερματοεπιδερμικού υμένα από τον οποίο διέρχονται στη κυκλοφορία. Έτσι η δερματική οδός γίνεται πολύ χρήσιμη για την εφαρμογή φαρμάκων που να έχουν τόσο τοπική όσο και γενική δράση.

6. Ανοσοποιητική λειτουργία: Για την παραγωγή των αντισωμάτων συμμετέχουν τα λεμφοκύτταρα και τα πλασματοκύτταρα του δέρματος. Από τα λεμφοκύτταρα σχηματίζονται τα κύτταρα αντισώματα με το μηχανισμό της κυτταρικής ή ιστικής ανοσίας και από τα πλασματοκύτταρα οι ανοσφαιρίνες με το μηχανισμό της χυμικής ανοσίας.

7. Παραγωγή εσωφυλαξίνης από το δέρμα: Τα εκχυλίσματα του δέρματος περιέχουν μια δραστική ουσία η φύση της οποίας δεν

έχει καθοριστεί. Κατά τον Schwarzman, πρόκειται για συνένζυμο
τα οποίο δραστηριοποιεί οξειδωτικές επεξεργασίες του
οργανισμού.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η νόσος εμφανίζει τις εξής ιστολογικές αλλοιώσεις:

α) Παρακεράτωση

Στην παρακεράτωση υπάρχει σημαντική αύξηση της κεράτινης στιβάδας τα κύτταρα της οποίας διατηρούν τον πυρήνα τους. Μεταξύ των κυττάρων υπάρχουν φουσαλίδες αέρα οι οποίες δίνουν στα λέπια αργυρή χροιά.

β) Απουσία κοκκώδους στιβάδας

Υπάρχει χαρακτηριστική ελάττωση του πάχους ή παντελής έλλειψη της κοκκώδους στιβάδας εκεί όπου υπάρχει παρακεράτωση.

γ) Υπερακάνθωση

Στην υπερακάνθωση υπάρχει μεγάλη πάχυνση της ακανθωτής στιβάδας στο ύψος των επιδερμικών καταδύσεων το μήκος των οποίων έχει ομοιόμορφη αύξηση. Υπάρχει όμως λέπτυνση της ακανθωτής στιβάδας στην κορυφή των θηλών του χορίου όπου υπάρχουν μόνο 2-3 στιβάδες ακανθωτών κυττάρων. Αυτό γίνεται γιατί οι επιθηλιακές καταδύσεις της επιδερμίδας μέσα στο χόριο επιμηκύνονται, ενώ οι θηλές του τελευταίου εισδύουν πολύ ψηλά μέσα στην επιδερμίδα με αποτέλεσμα η υπερθηλαία μοίρα να παρουσιάζει ατροφία.

δ) Θηλωμάτωση

Στη θηλωμάτωση υπάρχει μεγάλη αύξηση του μήκους των θηλών του χορίου και περιαγγειακή διήθηση από λεμφοκύτταρα και ιστιοκύτταρα. Τα τριχοειδή παρουσιάζουν έντονη διαστολή και ελικοειδή διαμόρφωση.

ε) Αποστήματα Munro-Jabbouraud

Στην κεράτινη στιβάδα ή αμέσως κάτω από αυτή

παρατηρούνται συχνά αθροίσματα ουδετεροφύλλων πολυμορφοπύρηνων κυττάρων, τα οποία σχηματίζουν τα μικροαποστημάτια MUNRO-JABBOURAUD η συνένωση των οποίων (στη φλυκταινώδη φωρίωση) οδηγεί στο σχηματισμό σπραγωδών κοιλιοτήτων, οι οποίες ονομάζονται σήραγγες του Civatte. Κατά την εξέταση με ηλεκτρονικό μικροσκόπιο παρατηρούνται: ελάττωση του αριθμού των τονοινιδίων, των δεσμοσωμάτων και των κοκκίων της κερατουαλίνης, διεύρυνση των μεσοκυτταρίων διαστημάτων ασυνέχειες της μεμβράνης και του ενδοθηλιακού τοιχώματος των αγγείων.

Κεφάλαιο III

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτία της ψωρίασης παραμένει άγνωστη αλλά οι συνεχείς έρευνες και μελέτες αναφέρουν μια ποικιλία παραγόντων που παίζουν βασικό ρόλο στην εμφάνιση και στην ανάπτυξη της ασθένειας.

Κληρονομικότητα.

Ο κληρονομικός παράγοντας θεωρείται σήμερα βέβαιος. Αυτό βασίζεται σε στατιστικές σε κλινικές και εργαστηριακές παρατηρήσεις. Σύμφωνα με αυτές στο 1/3 των ασθενών με ψωρίαση η νόσος έχει οικογενή χαρακτήρα. Έτσι παιδιά των οποίων και οι δυο γονείς πάσχουν από ψωρίαση έχουν 75% πιθανότητα να αποκτήσουν τη νόσο και 25% μόνο αν πάσχει ο ένας από τους δύο γονείς. Η ψωρίαση φαίνεται να ελέγχεται γενετικά από πολλαπλά αλληλόμορφα γονίδια και συνδυάζεται με μεγάλη συχνότητα των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας HLA, B13, BW37, CW6, D-E1.

Εκλυπτικοί παράγοντες.

Κλιματολογικές συνθήκες. Είναι γνωστό ότι η ψωρίαση βελτιώνεται κατά τους θερινούς μήνες, ενώ πολύ μικρό ποσοστό επιδεινώνεται την περίοδο αυτή.

Τραυματισμοί και τοπικές φλεγμονές. Από φυσικά αίτια (τριβή, ένεση, τομή ιοντίζουσα και μη ακτινοβολία) και από χημικά αίτια (οξέα, αλκάλια και φάρμακα χορηγούμενα τοπικά). Τα αίτια αυτά μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση των ψωριασικών αλλοιώσεων στα πλαίσια του φαινομένου Koebner.

Λαιμώξεις. Μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ψωρίασης

ιδίως κατά την παιδική ηλικία μετά από γενική ή εστιακή στρεπτοκοκκική λοίμωξη (ιοί, βακτηρίδια, μύκητες, κόκκοι) ή λοίμωξη άλλης κατηγορίας, μετά την ίαση της οποίας η ψωρίαση είναι δυνατόν να υποχωρήσει. Αυτές οι περιπτώσεις δεν είναι συχνές.

Διαταραχές μεταβολισμού. Στις βλάβες της ψωρίασεως, στο υγιές δέρμα, στο αίμα βρίσκονται βιοχημικές αλλοιώσεις οι οποίες φανερώνουν διαταραχές των λιπιδίων, των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών, των ηλεκτρολυτών, του ύδατος του θείου και άλλων φυσιολογικών κατασκευών. Επίσης βασικός αιτιολογικός παράγοντας είναι η αποβιταμίνωση και η υποασβαστιαιμία που μπορούν να προκαλέσουν έκλυση και επιδείνωση της νόσου.

Διαταραχές λειτουργίας των αδένων ή/και εκκρίσεως. Η ορμονική δυσλειτουργία επηρεάζει την εμφάνιση ή την πορεία της νόσου. Η ψωρίαση είναι συχνότερη κατά την περίοδο της γεννητικής δραστηριότητας. Κατά την εγκυμοσύνη βελτιώνεται (ποσοστό 33%) επιδεινώνεται (ποσοστό 2%) μετά τον τοκετό ή και μένει ανεπηρέαστη. Είναι δυνατόν η αντίδραση να διαφέρει σε κάθε κύηση. Γενικώς η διαταραχή της λειτουργίας του άξονος υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια, θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση της νόσου.

Νευροψυχικές διαταραχές. Είναι πάρα πολλές οι περιπτώσεις που οι διαταραχές αυτές παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι ψωριασικοί ασθενείς είναι κατά κανόνα αγχώδεις και σε πολλούς αρχίζει ή επιδεινώνεται η νόσος μετά από έντονες συγκινησιακές καταστάσεις.

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΙΑ

Η ψωρίαση αποτελεί δερματοπάθεια με γενετικά προκαθορισμένη ανωμαλία στη ρύθμιση της διαφοροποίησης και της μιτωτικής δραστηριότητας των επιθηλιακών κυττάρων της επιδερμίδας. Τα επιθηλιακά κύτταρα της ψωριασικής επιδερμίδας παράγουν κερατίνες με μικρότερο ειδικό βάρος και διαφορετικές φυσικοχημικές ιδιότητες από εκείνες των κερατινών της φυσιολογικής επιδερμίδας ενώ η παραγωγή πεπτιδικών μορίων μεγάλης βιολογικής σημασίας (όπως κερατουαλίνη) είναι μειωμένη. Τέλος ορισμένες από τις κερατίνες που παράγονται στα πλαίσια της διαταραχής της πρωτεϊνοσύνθεσης, στα κύτταρα της ψωριασικής επιδερμίδας ή προκύπτουν από τη διάσπαση άλλων πρωτεϊνών παρουσιάζουν αντιγονικές ιδιότητες, με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση αλυσίδας ανοσολογικών αντιδράσεων του χυμικού και κυτταρικού σκέλους της ανοσίας και άθροιση λευκοκυττάρων (κυρίως ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων) μέσα στην επιδερμίδα. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η δράση των πρωτεάσεων που απελευθερώνεται από τα πολυμορφοπύρηννα ευθύνεται τουλάχιστον μερικά για την έντονη μιτωτική δραστηριότητα που παρουσιάζουν τα κύτταρα της ψωριασικής επιδερμίδας τα οποία αποτελούν έναν από τους ταχύτερα αναπτυσσόμενους και πολλαπλασιαζόμενους κυτταρικούς πληθυσμούς του ανθρώπινου οργανισμού. Στην ψωριασική επιδερμίδα παράγονται 35000 επιθηλιακά κύτταρα ανά mm² ενώ στη φυσιολογική επιδερμίδα η αντίστοιχη τιμή ανέρχεται σε 1246 κύτταρα ανά mm² ανά 24ωρο.

Επίσης, ενώ η διάρκεια του κυτταρικού κύκλου στη

ψωριασική επιδερμίδα διαρκεί μόλις 36 ώρες. Κάτω από αυτές τις συνθήκες έντονης μιτωτικής δραστηριότητας, τα επιθηλιακά κύτταρα της ψωριασικής επιδερμίδας παρουσιάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαταραχές των μεταβολικών τους διεργασιών οι κυριότερες από τις οποίες είναι:

1. Δ ι α τ α ρ α χ ή του μεταβολισμού των κυκλικώννουκλεοτιδίων και ειδικότερα του συστήματος του c-AMP, το οποίο μέσω της αντίστοιχης πρωτεϊνικής κινάσης ελέγχει τηνφωσφορυλίωση κυτταρικών πρωτεϊνών και επηρεάζει τη διαφοροποίηση και τη μιτωτική δραστηριότητα των κυττάρων.

2. Δ ι α τ α ρ α χ ή του μεταβολισμού του αραχιδονικού οξέος, η οποία χαρακτηρίζεται από αύξηση της δραστηριότητας της επιδερμίδικης φωσφολιπάσης A2 και της συγκέντρωσης του αραχιδονικού οξέος και των μεταβολιτών του, ορισμένοι από τους οποίους (LTB4 , HETE) αποτελούν ισχυρούς χημειοτακτικούς παράγοντες.

3. Δ ι α τ α ρ α χ ή του μεταβολισμού των πολυαμινών, η οποία συνίσταται στην αύξηση των συγκεντρώσεων της σπερμίνης και σπερμιδίνης στο περιφερικό αίμα των ψωριασικών ασθενών καθώς και στην αύξηση της δραστηριότητας της ορνιθινοαποκαρβοξυλάσης και της συγκεντρώσεως της πουτρεσίνης στην ψωριασική επιδερμίδα, μιας πολυαμίνης η οποία έχει σημαντική συμβολή στη ρύθμιση της κυτταρικής ανάπτυξης.

4. Δ ι α τ α ρ α χ ή του μεταβολισμού των φωσφολιπιδίων η οποία χαρακτηρίζεται από μεταβολές στη σύνθεση και στον καταβολισμό λιπιδιακών αυτών κλασμάτων, τα οποία αποτελούν μεγάλης σημασίας δομικά και λειτουργικά στοιχεία κυτταρικών μεμβράνων.

Παραμένει βέβαια άγνωστο αν οι μεταβολικές αυτές διαταραχές έχουν πρωτεύοντα ρόλο στους αιτιοπαθογενετικούς μηχανισμούς της ψωρίασης ή αποτελούν απλή συνέπεια της έντονης μιτωτικής δραστηριότητας των κυττάρων της ψωριασικής επιδερμίδας. Το ίδιο ισχύει βέβαια, για τις διαταραχές της χυμικής και της κυτταρικής ανοσίας που έχουν διαπιστωθεί στους ψωριασικούς ασθενείς.

Κεφάλαιο IV

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ψωρίαση μπορεί να προσβάλει οποιαδήποτε περιοχή του σώματος αλλά συνήθως εντοπίζεται: στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων (αγκώνες, γόνατα) στο τριχωτό της κεφαλής στις παλάμες στα πέλματα και στα γεννητικά όργανα (ιδίως στους άνδρες).

Πρόδρομα συμπτώματα και σημεία απουσιάζουν ενώ γενικά φαινόμενα (εξάνθημα, κνησμός) είναι τις περισσότερες φορές σπάνια. Αντιθέτως υπάρχουν παθογνωμονικά συμπτώματα και σημεία.

Έτσι, η ψωρίαση εκδηλώνεται με την εμφάνιση ερυθματολεπιδωδών βλατίδων, οι οποίες αυξάνονται προοδευτικά σε μέγεθος και συρρέοντας σχηματίζουν πλάκες διαφόρου σχήματος και μεγέθους.

Οι τελευταίες έχουν διηθημένη βάση παρουσιάζουν σαφή αφορισμό από το υγιές δέρμα και καλύπτονται από παχιά ξερά εύθραυστα λέπια η μορφή των οποίων θυμίζει ξέσματα κεριού (σημείο στεατόκηριου). Ο ξεσμός της επιφάνειας των ψωριασικών βλαβών μετά την απόπτωση των τελευταίων λεπιών προκαλεί την εμφάνιση μικρών στικτών αιμορρογικών εστιών (σημείο Auspitz).

Με βάση τους "κλινικούς μορφολογικούς χαρακτήρες" των δερματικών αλλοιώσεων διακρίνουμε τις ακόλουθες μορφές ψωρίασης:

1) Την κοινή ψωρίαση η οποία αποτελεί την συνηθέστερη κλινική μορφή της νόσου και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ερυθματολεπιδωδών πλακών διαφόρου σχήματος και μεγέθους που

εμφανίζονται συνήθως στις εκτατικές επιφάνειες των άκρων, στοτριχωτό της κεφαλής, στις παλάμες, στα πέλματα και στα γεννητικά όργανα (χωρίς να αποκλείονται και άλλες θέσεις εντόπισης).

2) Τη δακτυλιοειδή ψωρίαση η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση δακτυλιοειδών ή πολυκυκλικών ερυθματολεπιδωδών αλλοιώσεων διάσπαρτων στον κορμό και στα άκρα.

3) Τη πεταλιδοειδή ψωρίαση η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση έντονων υπερκερατωσικών αλλοιώσεων κυρίως στα κάτω άκρα.

4) Τη σταγονοειδή ψωρίαση η οποία εμφανίζεται συχνότερα σε παιδιά και σε νεαρής ηλικίας άτομα συχνά μετά από οξεία στρεπτοκοκκική λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος. Εκδηλώνεται με την εμφάνιση ερυθματολεπιδωδών βλατίδων με κυκλικό ή ωοειδές σχήμα. Απαντώνται στο μεγαλύτερο μέρος της επιφάνειας του σώματος αλλά συνήθως παρατηρούνται στο κορμό και στα άνω άκρα.

Με βάση "την εντόπιση" των δερματικών αλλοιώσεων διακρίνουμε τις ακόλουθες μορφές ψωρίασης:

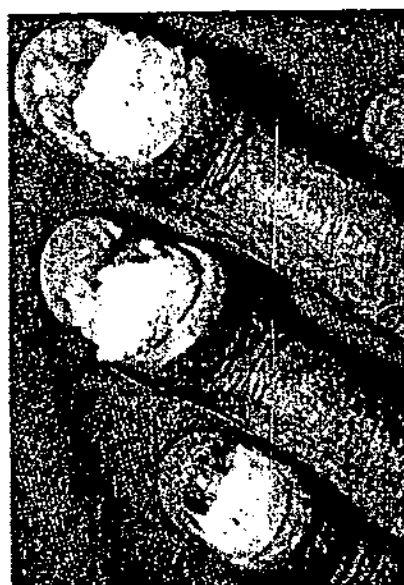
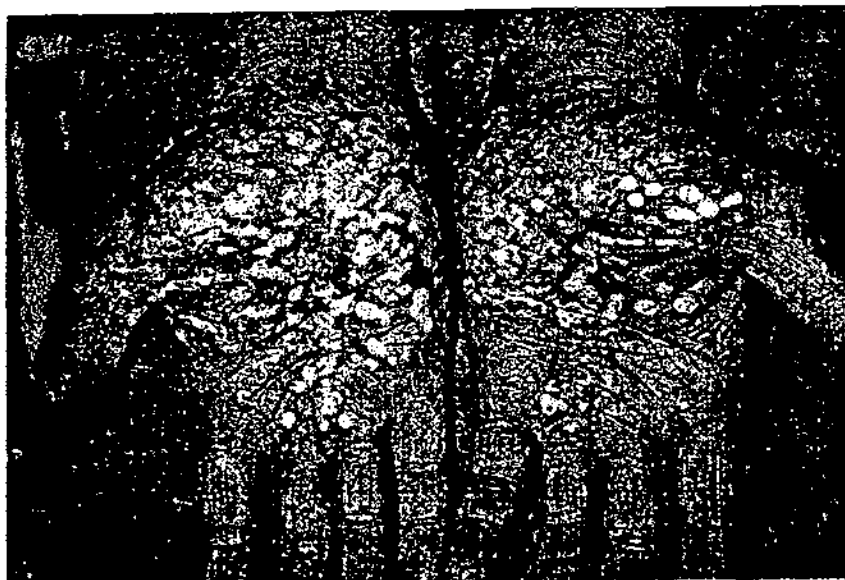
1) Την ψωρίαση του τριχωτού της κεφαλής. Οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις μπορεί να είναι διάχυτες ή να περιορίζονται (όπως συμβαίνει συνήθως) στην πρόσθια βρεγματική και οπισθιοτωπιαία χώρα.

2) Τη ψωρίαση των παλάμων και των πελμάτων. Η οποία όταν αποτελεί μαζί με τις πτυχές τις μοναδικές εντοπίσεις της νόσου ονομάζεται αναστροφή.

3) Την ψωρίαση των νυχιών. Η οποία παρατηρείται στο 1/3 περίπου των ψωριασικών ασθενών και χαρακτηρίζεται από την

εμφάνιση βοθρίων, ονυχόλυσης, κίτρινης χρώσης, πάχυνσης των νυχιών και υπονύχιας υπερκεράτωσης.

4) Την ψωρίαση των βλεννογόνων. Η οποία είναι σπάνια και χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ερυθρηματωδών, λευκών ή κιτρινωπών βλατίδων και πλακών κυρίως στους βλεννογόνους της σωματικής κοιλότητας και των γεννητικών οργάνων.



Ιδιότυπες μορφές ψωρίασης

ΙΔΙΟΤΥΠΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

1) Ερυθροδερμική ψωρίαση (ψωριασική ερυθροδερμία): Είναι η εξανθηματική μορφή της νόσου η οποία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολλαπλών ερυθρηματωδών ελάχιστα διηθημένων πλακών που παρουσιάζουν συνεχή παραγωγή λεπιών και συρρέοντας καλύπτουν ολόκληρη σχεδόν την επιφάνεια του σώματος. Η ερυθροδερμική ψωρίαση σπάνια αποτελεί την πρώτη μορφή εκδήλωσης της νόσου. Συνήθως οι υπόλοιπες μορφές ψωρίασης μεταπίπτουν στην ερυθροδερμική μετά από λανθασμένη τοπική θεραπευτική αγωγή ή έντονη και παρατεταμένη έκθεση σε υπεριώδη ακτινοβολία.

Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν γενικευμένη διόγκωση των λεμφαδένων, έντονο κνησμό, απώλεια νερού, λευκωμάτων και θερμότητας.

2) Φλυκταινώδης ψωρίαση: χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολυάριθμων φλυκταίνων με στείρο περιεχόμενο σε ερυθρηματώδη ή ερυθρηματολεπιδώδη βάση. Εκδηλώνεται συνήθως με 3 κλινικές μορφές:

α) Φλυκταινώδης ψωρίαση παλάμων και πελμάτων: Στη μορφή αυτή παρατηρούνται ερυθρηματολεπιδώδεις και φλυκταινώδεις αλλοιώσεις στις παλάμες και στα πέλματα οι οποίες όχι σπάνια επεκτείνονται στα δάκτυλα και στα νύχια των άνω και κάτω άκρων (πυώδης ακροδερματίτιδα του Hallorau).

β) Φλυκταινώδης ψωρίαση του τύπου φυγόκεντρου δακτυλοειδούς ερυθήματος: Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση ερυθρηματολεπιδωδών δακτυλοειδών αλλοιώσεων στην περιφέρεια των οποίων παρατηρούνται πολυάριθμες φλύκταινες.

φλύκταινες.

γ) Οξεία γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση (Zumbusch): Εκδηλώνεται με την εμφάνιση ενός γενικευμένου ερυθήματος στο οποίο μέσα σε λίγες ώρες δημιουργούνται πολυάριθμες και συρρέουσες φλυκταινώδεις αλλοιώσεις σε ολόκληρη σχεδόν την επιφάνεια του σώματος καθώς και τους βλεννογόνους της στοματικής κοιλότητας, του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος και των γεννητικών οργάνων. Συνοδεύεται από υψηλό πυρετό, κακή γενική κατάσταση, καταβολή δυνάμεων και πολυμορφοπυρήνωση.

3) Αρθροπαθητική ψωρίαση: Προσβολή των οστών και αρθρώσεων παρατηρείται 5-7% και περίπου των ψωριασικών ασθενών και εμφανίζεται συνήθως 6-10 χρόνια μετά τις πρώτες δερματικές αλλοιώσεις, σπάνια ταυτόχρονα με αυτές και ακόμη σπανιότερα αποτελεί την πρώτη εκδήλωση της ψωρίασης. Τυπικά κλινικά ευρήματα της νόσου είναι οίδημα, ερύθημα, πόνος και περιορισμός της κινητικότητας των αρθρώσεων.

Με βάση κ λ ι ν ι κ ά και ε ρ γ α σ τ η ρ ι α κ ά κριτήρια διακρίνονται τρεις τύποι της νόσου:

α) Αρθροπαθητική ψωρίαση (παραμορφωτικού τύπου): Προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλα, εντοπίζεται συνήθως σε όλες τις αρθρώσεις των δακτύλων άνω και κάτω άκρων και της οσφυοϊεράς μοίρας και οδηγεί σε έντονες παραμορφώσεις και ακρωτηριασμούς.

β) Αρθροπαθητική ψωρίαση (περιφερικού τύπου): Προσβάλλει κυρίως άνδρες και εντοπίζεται σε περιορισμένο πάντα

(χαρακτηρίζεται από ασυμμετρία της προσβολής).

γ) Αρθροπαθητική ψωρίαση του τύπου της ρευματοειδούς αρθρίτιδας: Η κλινική εικόνα θυμίζει πολύ εκείνη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Η προσβολή των αρθρώσεων είναι ασύμμετρη, η ωλένια απόκλιση λείπει ή είναι περιορισμένου βαθμού, ρευματοειδής όγκοι δεν υπάρχουν.

Και στους τρεις τύπους της νόσου οι ορολογικές αντιδράσεις είναι αρνητικές.

Επίσης στα πρώιμα στάδια της αρθροπαθητικής ψωρίασης ο ακτινολογικός έλεγχος είναι αρνητικός ή αποκαλύπτει οίδημα των μαλακών μορίων. Αργότερα παρατηρούνται: διαβρωτική οστεοαρθρίτιδα, οστική απορρόφηση, υπερτροφία και στένωση των μεσάρθριων διαστημάτων.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε μερικές περιπτώσεις, η διάγνωση της ψωρίασεως είναι δύσκολη και τότε πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από τα δευτερογόνα και τριτογόνα βλατιδολεπιδώδη ή φυματολεπιδώδη σφυλιδικά εξανθήματα, τον ομαλό λειχήνα, τη ροδόχρο πιτυρίαση του Gibert, την σταγονοειδή και την κατά πλάκας ψωρίαση, την ερυθρά ιόνθιο και τη γενικευμένη νευροδερματίτιδα, τη σπογγοειδή μυκητίαση, τις επιπολείς δερματομυκητιάσεις, τις επίκτητες κερατοδερματοπάθειες παλάμων και πελμάτων την ιχθυασιοειδή και την απολεπιστική ερυθροδερμία και ιδιαίτερα από το σμηγματοροϊκό έκζεμα, το οποίο παρέχει πολλές φορές ανυπέρβλητες διαφοροδιαγνωστικές δυσχέρειες.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ψωρίασεως είναι συνήθως εύκολη. Βασίζεται στην κληρονομικότητα, στο ιστορικό, στην κλινική εικόνα και γενικά στην επιμελή αναζήτηση και καλή ερμηνεία όλων των κλινικών και ιστοπαθολογικών ευρημάτων για την κάθε περίπτωση.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η εκτίμηση για την ακριβή διάγνωση της ψωριάσεως βασίζεται στην πλήρη και μεθοδική εξέταση του δέρματος καθώς και τον έλεγχο των απαραίτητων προκλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων.

Κατά τη διαδικασία της διαγνώσεως βοηθάει πολύ η λήψη ιστορικού και πληροφοριών για την κληρονομικότητα καθώς και η εξέταση του ατομικού αναμνηστικού.

Η εξέταση του δέρματος για την μελέτη των στοιχειωδών βλαβών, γίνεται με επισκόπηση και ψηλάφηση με τις οποίες αποκομίζεται η πρώτη εικόνα της γενικής καταστάσεως του ασθενή και πολύτιμες πληροφορίες για τις βλάβες. Μετά την πλήρη και μεθοδική εξέταση του δέρματος για τη μελέτη η εξέταση άλλων οργάνων ή και συστημάτων που αφορούν τη μορφολογία και τη λειτουργία αυτών, για την περίπτωση που η νόσος έχει άμεση ή έμμεση σχέση με τα συστήματα αυτά. Αυτές γίνονται για την ανεύρεση των ενοχοποιητικών παραγόντων που είναι απαραίτητοι για διάγνωση της ψωριάσεως και είναι οι παρακάτω:

- Μικροβιολογικές
- Βιοχημικές
- Κυτταρολογικές
- Ορολογικές
- Ανοσολογικές

Επίσης γίνεται ακτινολογικός και οδοντιατρικός έλεγχος όπως και εξέταση από ωτορινολαρυγγολόγο.

Κεφάλαιο V

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

Οι μέθοδοι για τη θεραπεία της ψωρίασης είναι πολλές (παλιές και νέες).

Με τις μεθόδους αυτές επιτυγχάνεται:

- η αναστολή του πολλαπλασιασμού των κυττάρων της επιδερμίδας.
- η αποκατάσταση της φυσιολογικής επιδερμίδας
- η "λεύκανση", η κλινική ίαση δηλαδή του εξανθήματος.

Καμμιά όμως από τις μεθόδους θεραπείας, ακόμη και η ισχυρότερη, είναι δυνατόν να εξασφαλίσει την οριστική ίαση της νόσου.

Οι μέθοδοι θεραπείας που εφαρμόζονται είναι οι παρακάτω:

- A. Ανθραλίνη
- B. Λιθανθρακόπισσα
- Γ. Κορτικοστεροειδή (τοπική και συστηματική χορήγηση)
- Δ. Φωτοχημειοθεραπεία
- E. Ρετινοειδή (Tigason)
- ΣΤ. Χημειοθεραπευτικά (Μεθοτρεξάτη και Υδροξυουρία)
- Z. Φωτοθεραπεία (UVB)

Επίσης συνιστάται και φυσιοθεραπεία.

Η θεραπεία της ψωρίασης διακρίνεται σε τοπική και συστηματική. Συνήθως εφαρμόζεται μεικτή θεραπεία.

Τοπική θεραπεία

Είναι χρήσιμη σε όλες τις μορφές ψωρίασεως. Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας είναι η απόπτωση των λεπιών τα οποία εμποδίζουν τη διείσδυση των τοπικών αντιψωριασικών φαρμάκων στην επιδερμίδα.

Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται κερατολυτικές αλοιφές που περιέχουν σαλικυλικό οξύ (σε βαζελίνη) σε συγκέντρωση 3-10%.

Τα τοπικά ψωριασικά φάρμακα είναι: η ανθραλίνη, η λιθανθρακόπισσα και τα κορτικοστεροειδή.

Η ανθραλίνη αποτελεί το φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση της κοινής ψωρίασης. Η αντιψωριασική δράση της οφείλεται στην ιδιότητα να συνδέεται με τα πυρηνικά οξέα, να ανατέλλει τη σύνθεση του DNA και να καταστέλλει τις μιτώσεις, όπως και στην ενσωμάτωση της ουριδίνης στο RNA. Η δράση της με τους τρόπους αυτούς έχει αποδειχθεί ότι αυξάνεται με την εφαρμογή φωτοθεραπείας (UVB). Η ανθραλίνη μπορεί να εφαρμοσθεί μόνη της ή με τη μέθοδο Ingram: Ο ασθενής παίρνει ένα λουτρό πίσσας (90 κιλιά νερό+114ml διαλύματος λιθανθρακόπισσας) και μετά ακτινοβολείται με υπεριώδεις ακτίνες. Στη συνέχεια γίνεται εφαρμογή ανθραλίνης η οποία απομακρύνεται με την εφαρμογή λουτρού πίσσας.

Η λιθανθρακόπισσα, εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της κοινής και σταγονοειδούς ψωρίασης. Γίνεται πάντα συνδυασμός της με υπεριώδη ακτινοβολία (φωτοθεραπεία, UVB) γιατί χωρίς αυτή, η αντιψωριασική της δράση είναι περιορισμένη. Το μόριο της λιθανθρακόπισσας διεγείρεται από την υπεριώδη ακτινοβολία, συνδέεται με πυρηνικά οξέα και αναστέλλει τη DNA και RNA.

Η μέθοδος εφαρμογής της λιθανθρακόπισσας σε συνδυασμό με την υπεριώδη ακτινοβολία, λέγεται μέθοδος Coeckermann. Ο ασθενής αφού κάνει λουτρό καθαριότητας για να απομακρυνθούν τα υπόλοιπα της αλοιφής ακτινοβολείται με υπεριώδεις ακτίνες.

Κορτικοστεροειδή (τοπικά). Χρησιμοποιούνται φθοριωμένα κορτικοστεροειδή σε μορφή κρέμας, αλοιφής ή διαλύματος. Έχουν αντιφλεγμονώδη δράση και επιβραδύνουν τον ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων της επιδερμίδας.

Σε όλες τις μορφές ψωριάσεως η χρήση κορτικοστεροειδών πρέπει να αποφεύγεται γιατί υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών, αλλά και γιατί:

α) η νόσος υποτροπιάζει αμέσως μετά τη διακοπή της εφαρμογής τους.

β) η νόσος γίνεται πιο ανθεκτική μετά την υποτροπή, στην αντιψωριασική αγωγή και

γ) μπορεί να μεταπέσει σε φλυκταινώδη ψωρίαση.

Η χρήση τους περιορίζεται μόνο στις περιπτώσεις που θεωρείται αναγκαία.

Συστηματική θεραπεία.

Αυτή περιλαμβάνει τις εξής μεθόδους:

- Φωτοχημειοθεραπεία (PUVA)
- Ρετινοειδή
- Χημειοθεραπευτικά (Μεθοτρεξάτη και Υδροξυουρία)
- Φωτοθεραπεία (UVB)

Φωτοχημειοθεραπεία (PUVA). Η φωτοχημειοθεραπεία είναι ο συνδυασμός μίας φωτοευαισθητοποιού ουσίας σε μη ιονίζουσα ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία, για την επίτευξη ευεργετικού θεραπευτικού αποτελέσματος, που δεν επιτυγχάνεται από τη δράση ξεχωριστά της φωτοδυναμικής ουσίας ή της ακτινοβολίας.

Το βασικό όργανο για την εφαρμογή της θεραπείας είναι μία

δέσμη επιμηκών λυχνιών που εκπέμπουν υπεριώδη ακτινοβολία μήκους κύματος 320-400 nm, και κορυφή 365nm. Η ζώνη των ακτίνων ονομάζεται Black Light.

Το φάρμακο που χρησιμοποιείται σαν φωτοευαισθητοποιός ουσία είναι το 8 - Methoxypsoralen (8-MOP) και χορηγείται από το στόμα ή τοπικά. Είναι παράγωγο των ψωραλενίων (φουροκουμαρίνη) δηλαδή ουσιών με εξαιρετικά ισχυρή φωτοευαισθητοποιό ιδιότητα. Η δράση της στην ψωρίαση αφορά την πρόκληση υφέσεως με μία σειρά ελεγχόμενων φωτοτοξικών αντιδράσεων.

Ακτινοβολούμενο το 8-MOP διεγείρεται και στη συνέχεια συνδέεται με το DNA του ψωριασικού κυττάρου, σχηματίζοντας διάφορα φωτοπαράγωγα με βάσεις θυμίνης που οδηγούν στην αναστολή της σύνθεσης του DNA. Η αναστολή αυτή της σύνθεσης του DNA αποτελεί την ευεργετική δράση της φωτοχημειοθεραπείας λόγω ακριβώς της αναστολής του πολλαπλασιασμού των ψωριασικών κυττάρων.

Σε περίπτωση αποτυχίας της φωτοχημειοθεραπείας (PUVA) θα πρέπει να γίνει συνδυασμός PUVA με ρετινοειδή ή PUVA με μεθοτρεξάτη.

Ρ ε τ ι ν ο ε ι δ ή. Τα ρετινοειδή είναι φάρμακα τα οποία, είναι συνθετικά παράγωγα της βιταμίνης A (ρετινόλης), η έλλειψη της οποίας προκαλεί:

- α) διαταραχές στην κερατινοποίηση και
- β) πλακώδη μετάπλαση των βλεννογόνων.

Η εμφάνιση των ρετινοειδών στη θεραπευτική την τελευταία δεκαετία και η κλινική τους εφαρμογή στη θεραπεία των νοσημάτων που χαρακτηρίζονται από ανωμαλίες της

κερατινοποιήσεως της επιδερμίδας, άνοιξε νέους ορίζοντες στη συστηματική δερματοπάθεια.

Η δράση των ρετινοειδών συνοψίζεται στα ακόλουθα:

- 1) Επιδρούν στη διαφοροποίηση των επιδερμικών κυττάρων και ομαλοποιούν τη διαταραγμένη κερατινοποίηση.
- 2) Αναστέλλουν τον υπερπολλαπλασιασμό των επιδερμικών κυττάρων.
- 3) Έχουν αντιφλεγμονώδη δράση.
- 4) Ελλατώνουν την παραγωγή του σμήγματος και τροποποιούν τη σύνθεση του στην επιφάνεια του δέρματος.
- 5) Επιδρούν στα μονοκύτταρα και λεμφοκύτταρα του χορίου και επηρεάζουν πιθανόν τις ανοσολογικές αντιδράσεις κυτταρικού τύπου.

Σήμερα, το αποτελεσματικότερο ρετινοειδές για την ψωρίαση είναι το αρωματικό ρετινοειδές (etretinate) Tigason και χορηγείται από το στόμα σε μορφή καψουλών σε δόση 0,5-1mg/kg/ημερησίως. Αποτελεί το φάρμακο εκλογής σε σοβαρές και εκτεταμένες μορφές ψωρίασης.

Κορτικοστεροειδή. Έχουν αντιφλεγμονώδη δράση και επιβραδύνουν τον ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων της επιδερμίδας. Η χρήση τους γενικά, πρέπει να αποφεύγεται. Μπορούν να χορηγηθούν μόνο όταν αυτό θεωρηθεί αναγκαίο, στη γενικευμένη φλυκταινώδη ψωρίαση και στην ψωριασική αρθρίτιδα αλλά για μικρό χρονικό διάστημα.

Χημειοθεραπευτικά

A. Μεθοτρεξάτη

Η μεθοτρεξάτη έχει αντικαταστήσει σήμερα σε μεγάλο βαθμό τα κορτικοστεροειδή. Δρά ανταγωνιστικά προς το φυλλικό

οξύ, αναστέλλει τη σύνθεση του DNA και ελλατώνει τον ταχύ πολλαπλασιασμό των κυττάρων της επιδερμίδας. Η μεθοτρεξάτη αποτελεί φάρμακο πολύ χρήσιμο για τη θεραπεία της ψωριάσεως. Χορηγείται από το στόμα, ενδομυϊκώς και ενδοφλεβίως. Παρόλο που έχει ανοσοκατασταλτική ενέργεια και παρουσιάζει πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, θεωρείται φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία επίμονων μορφών ψωριάσεως. Η μεθοτρεξάτη μπορεί να χορηγηθεί και σε συνδυασμό με PUVA για καλύτερα αποτελέσματα.

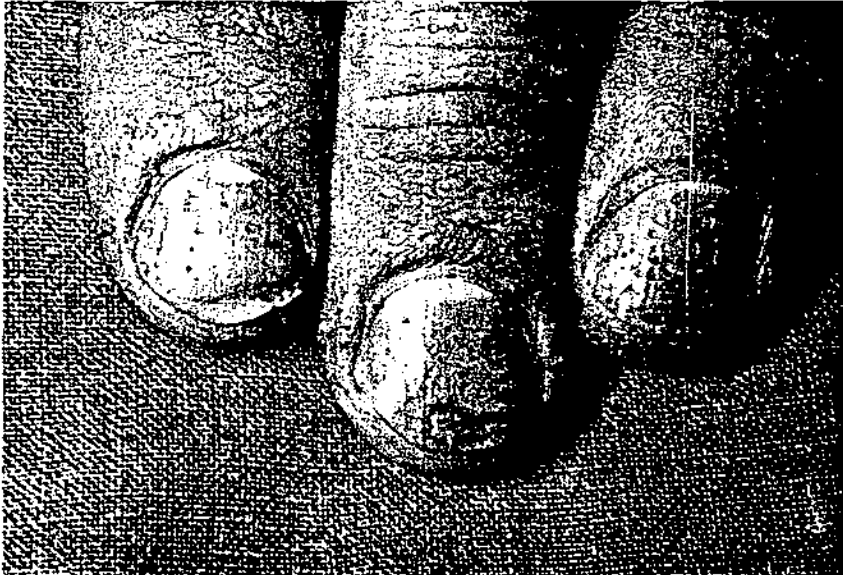
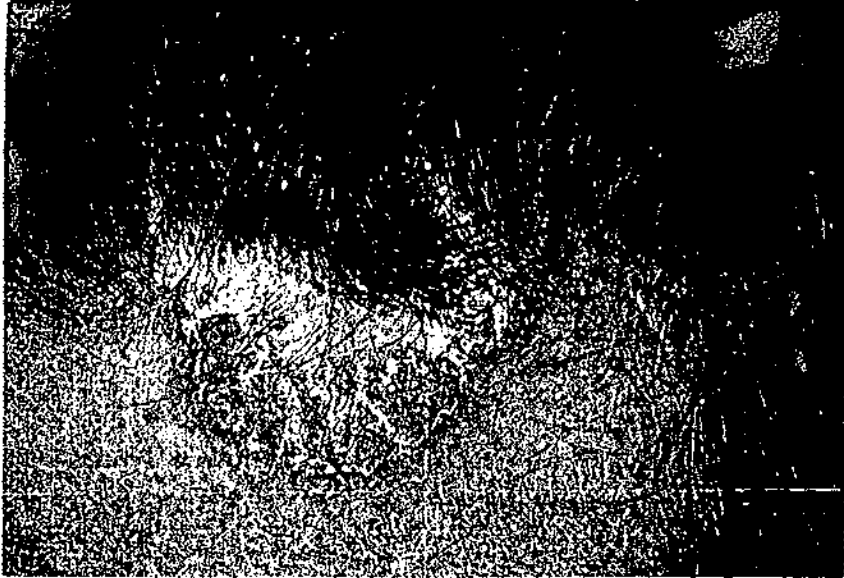
B. Υδροξουρία

Ενα ακόμη φάρμακο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της ψωριακής είναι υδροξουρία. Η υδροξουρία είναι ανταγωνιστής του φυλλικού οξέος και αναστέλλει τη σύνθεση του DNA. Χορηγείται σε δόσεις 1400-1500mg εβδομαδιαίως για 3-4 εβδομάδες με εβδομαδιαία μεσοδιαστήματα διακοπής.

Φωτοθεραπεία. Η φωτοθεραπεία γίνεται με τη χρήση των υπεριωδών ακτίνων. Με αυτές ακτινοβολούνται οι δερματικές αλλοιώσεις με λυχνίες που εκπέμπουν κυρίως UVB (290-320nm). Ο χρόνος ακτινοβολήσης διαρκεί μέχρι 1/2 της ώρας και απαιτείται η σταδιακή αύξηση της διάρκειάς του.

Η εφαρμογή των υπεριωδών ακτίνων είναι χρήσιμη και μπορεί να εφαρμοσθεί στις περισσότερες μορφές ψωρίασης μόνη ή σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά μέσα.

Φυσιοθεραπεία. Επίσης, συνίσταται κατά τη θερινή περίοδο, η ηλιοθεραπεία, η οποία εφαρμόζεται μετά από θαλάσσιο μπάνιο. Η φυσιοθεραπεία μπορεί να συνεχιστεί και τη χημερινή περίοδο με τη συνηθισμένη υπεριώδη ακτινοβολία.



Ιδιότυπες μορφές ψωρίασης

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΨΩΡΙΑΣΕΩΣ

α) Ψωρίαση του τριχωτού της κεφαλής:

Χρησιμοποιούνται τοπικά σκευάσματα αλοιφές ή ακόμα καλύτερα διαλύματα ή βάματα κορτικοστεροειδών. Η τοπική εφαρμογή γίνεται πολύ προσεκτικά για αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών.

β) Ψωρίαση προσώπου και καμπτικών επιφανειών:

Δεν απαιτούνται κερατολυτικές αλοιφές διότι τα λέπια συνήθως λείπουν. Επειδή το δέρμα είναι λεπτό συνιστώνται ήπια φαρμακευτικά μέσα.

γ) Ψωρίαση παλάμων και πελμάτων:

Εφαρμόζονται πυκνές κερατολυτικές αλοιφές σαλικυλικού οξέος 10-20%.

δ) Ψωρίαση ονύχων:

Η θεραπεία έχει μεγάλη διάρκεια. Συνιστώνται κορτικοστεροειδή (τοπικά) ή διάλυμα 5-φθοριοουρακίλης 1% για ένα έτη.

ε) Φλυκταινώδης ψωρίαση:

Η θεραπεία της χωρίζεται:

- στην τοπική θεραπεία όπου εφαρμόζονται υγρά επιθέματα ή λουτρά και ουδέτερα.
- στην γενική θεραπεία, όπου χορηγούνται κυτταροστατικά και εφόσον υπάρχει λοίμωξη ή επιμόλυνση, αντιβιοτικά. Είναι δυνατόν να χορηγηθούν μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών αλλά συνήθως η χρήση τους αποφεύγεται. Προτιμάται η χορήγηση ρετινοειδών (Tigason). Σε περίπτωση υποασβεστιαϊσμού, χορηγείται ασβέστιο. Επίσης χρησιμοποιείται η PUVA-θεραπεία, η

οποία δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

στ) Ψωριασική αρθρίτιδα:

Χορηγούνται τα αντιφλεγμονώδη σκευάσματα που δίδονται και στην ρευματώδη αρθρίτιδα. Η θεραπεία γίνεται με το χορήγηση ρετινοειδών (Tigason). Σε περίπτωση έντονου άλγους και υπεροξείας φλεγμονής, γίνεται η προσεκτική χορήγηση κορτικοστεροειδών. Αντενδείκνυται η χορήγηση συνθετικών ανθελονοσιακών, διότι προκαλούν συχνά ψωριασική ερυθροδερμία. Κατά την οξεία φάση συνιστάται ακινησία και φυσιοθεραπεία κατά τη χρονία.

ζ) Ψωριασική ερυθροδερμία:

Συνιστώνται: Παρακολούθηση της γενικής κατάστασης και έλεγχος ηλεκτρολυτών.

Χορήγηση εσωτερικώς μεθοτρεξάτης και τοπικώς κερατολυτικών αλοιφών ή κορτικοστεροειδών σκευασμάτων.

Επίσης μπορεί να εφαρμοσθεί φωτοχημειοθεραπεία (PUVA) η οποία προσφέρει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κατά την εξέλιξη της ψωρίασης είναι δυνατό να παρατηρηθούν:

- επιμολύνσεις του δέρματος
- εκζεματοποίηση
- λειχνοποίηση
- κνησμός

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Όπως σε όλες τις νόσους έτσι και στην ψωρίαση η χορήγηση διαφόρων φαρμάκων έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών και επιπλοκών.

A. Α ν θ ρ α λ ί ν η

Φλεγμονή δέρματος

Υπέρχρωση δέρματος

Πιθανή μετάπτωση της ψωρίασης σε ερυθροδερμική ή φυλκταινώδη όταν δεν χρησιμοποιεί για τη μορφή της οποίας ενδείκνυται δηλ. την κοινή ψωρίαση.

B. Λ ι θ α ν θ ρ α κ ό π ι σ σ α

Φλεγμονή του δέρματος

Φυλακίτιδα

Ακμοειδές εξάνθημα

Αλλεργική αντίδραση

Γ. Κορτικοστεροειδή

Υποτροπή της νόσου και

ανθεκτικότητα μετά την υποτροπή της αντιψωριασική αγωγή
καθώς και μετάπτωση σε φλυκταινώδη ψωρίαση.

Δ. Ρετινοειδή

Υπερλιπιδαιμία (σε άτομα με μεταβολικές διαταραχές)

Οστικές αλλοιώσεις

Τερατογένεση

Ε. Χημειοθεραπευτικά (μεθοτρεξάτη και
υδροξυουρία)

Λοιμώξεις

Αλωπεκία τριχωτού κεφαλής

Άλγη στομάχου

Κεφαλαλγία

Ναυτία

Ανορεξία

Έλκη βλεννογόνου στόματος

Τοξικότητα

Καρκινογένεση

ΣΤ. Φωτοχημειοθεραπεία και Φωτοθεραπεία

Πρόωρη γήρανση

Καταρράκτης

Καρκινογένεση

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή με ψωρίαση

Κεφάλαιο Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ο ασθενής στο χώρο του νοσοκομείου εμφανίζει ιδιαίτερες ανάγκες και προβλήματα που επηρεάζονται όχι μόνο από την αγωνία για τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειάς του, αλλά και από τη βιο-ψυχο-πνευματικο-κοινωνική του συγκρότηση.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να αξιολογεί τις ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή όσο το δυνατό καλύτερα και να τα ικανοποιεί στο πλαίσιο των ευθυνών της.

Ο Maslow (ο επικρατέστερος μελετητής των αναγκών αυτών, χωρίζει τις ανάγκες σε 7 κατηγορίες και τις ιεραρχεί χρησιμοποιώντας την κλίμακα που ακολουθεί:

7. Αποδοχής
6. Αισθησιακές
5. Γνωρίζει και καταλαβαίνει
4. Δημιουργικότητας
3. Στοργής και αναγνώρισης
2. Ασφάλειας
1. Φυσικές και βασικές ανάγκες

Το περιβάλλον του νοσοκομείου πρέπει να είναι τέτοιο ώστε να ανταποκρίνεται και να εξυπηρετεί τις ανάγκες αυτές.

Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο δεν έχει καλή διάθεση. Τον διακατέχουν αισθήματα στεναχώριας, μοναξιάς και ανασφάλειας.

Για το λόγο αυτό είναι σημαντική η πρώτη επαφή του ασθενή με το χώρο του νοσοκομείου, γιατί εάν είναι αρνητική επηρεάζει δυσμενώς την εξέλιξη της ασθένειάς του. Στο σημείο αυτό επιβάλλεται να καταβληθεί από όλο το προσωπικό και ιδιαίτερα

από το νοσηλευτικό, μεγάλη προσπάθεια για την επίτευξη του περιορισμού αυτών των συναισθημάτων. Σ' αυτό θα συντελέσει ο τρόπος αποδοχής του στη νοσηλευτική μονάδα.

Κατά την άφιξη του ασθενή ειδοποιείται η προϊσταμένη ή η υπεύθυνη νοσηλεύτρια οι οποίες θα πρέπει να επιφυλάσσουν ζεστή υποδοχή. Στη συνέχεια τον βοηθούν να τακτοποιηθεί στο θάλαμο και του δείχνουν το κρεβάτι του. Η προϊσταμένη επίσης παίρνει το εισιτήριο εισαγωγής και τις οδηγίες του ιατρού.

Η νοσηλεύτρια κατά την εισαγωγή φροντίζει να πάρει νοσηλευτικό ιστορικό, να ετοιμάσει τον ατομικό του φάκελο με το θερμομετρικό διάγραμμα και το νοσηλευτικό δελτίο, να πάρει τα ζωτικά σημεία.

Στη συνέχεια δίνει στον ασθενή τις παρακάτω απαραίτητες πληροφορίες και εξηγήσεις.

1. Τρόπος πρόσκλησης της νοσηλεύτριας.
2. Ημέρες και ώρες επισκεπτηρίου.
3. Διεύθυνση του ιδρύματος για τυχόν αλληλογραφία καθώς και αριθμό τηλεφώνου που συνοδεύεται από τον κωδικό σύνδεσης με τη νοσηλευτική μονάδα.
4. Επεξήγηση του προγράμματος του νοσοκομείου (ώρες νοσηλείας, ώρες σίτισης, ώρες τακτικής επίσκεψης ιατρών κ.τ.λ.).
5. Παροχή πληροφοριών για την αναγκαιότητα, τη σπουδαιότητα καθώς και για τον τρόπο λήψης ή εφαρμογής κάποιας εξέτασης (π.χ. αίματος, ούρων κ.α.).
6. Ξενάγηση στους χώρους της κλινικής μονάδας καθώς και επεξήγηση της χρησιμότητάς τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σ' αυτή.

Κατά τη διαδικασία αυτή η νοσηλεύτρια εκτιμεί τη φυσική κατάσταση του ασθενή.

Για την οποιαδήποτε δυσκολία προσαρμογής δείξει ο ασθενής στο χώρο του νοσοκομείου, ενημερώνεται η προϊσταμένη για να επιτευχθεί στη συνέχεια η από κοινού προσπάθεια ανύψωσης του ηθικού του.

Μετά την ολοκλήρωση όλων των διαδικασιών και την τακτοποίηση του ασθενή, καλούνται οι τυχόν συγγενείς ή συγγενείς που περιμένουν στο χώρο αναμονής. Γίνεται πληροφόρηση για τη φύση της νόσου του ασθενή καθώς και για τις ώρες επισκεπτηρίου. Αμέσως μετά γίνεται προσπάθεια για την αποκόμιση περισσότερων πληροφοριών για την καλύτερη σταχυολόγηση του ιστορικού.

Έτσι καταστρώνεται το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή.

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Κνησμός, καύσος, υπαισθησία, ερυθροδερμία, πυρετός, ταχυκαρδία, ερυθρηματώδεις πλάκες, αρθρίτιδα.

Τα υποκειμενικά ευρήματα είναι χρήσιμα στη διάγνωση της ψωριάσεως. Όμως η τελική διάγνωση πρέπει να γίνει σε συνδυασμό με τα αντικειμενικά ευρήματα, έτσι ώστε να γίνει η διαφοροδιάγνωση από τις άλλες δερματοπάθειες που παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Τα αντικειμενικά ευρήματα για τη διάγνωση της νόσου γίνονται με κλινική εξέταση δέρματος και με πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι ο εξής:

- Η ενημέρωση του ασθενή για το είδος των εξετάσεων που θα γίνουν.
- Η εξήγηση για τον τρόπο που θα γίνουν οι εξετάσεις.
- Η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης για να ξεπεράσει ο ασθενής τυχόν φόβους.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

- 1) Ε π ι σ κ ό π η σ η όλης της επιφάνειας του δέρματος κατά την οποία αποκομίζεται η πρώτη εικόνα για τη γενική κατάσταση του ασθενή.
- 2) Ψ η λ ά φ η σ η των βλαβών με δείκτη και αντίχειρα που κατά την οποία αποκομίζονται πληροφορίες για το μέγεθος, το

σχήμα την σκληρότητα και το βάθος των εξεταζόμενων βλαβών.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να τοποθετήσει παραβάν και να βοηθήσει τον ασθενή να βγάλει τα ρούχα του. Ακόμα να φέρει τα απαραίτητα όργανα που είναι χρήσιμα για την εξέταση, τα οποία είναι:

- α) Μεγενθυντικός φακός β) Υαλοσυμπιεστής γ) Το φως του Wood
δ) Τριχολαβίδα ε) Το ξέστρο του Brocq.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Μετά την κλινική εξέταση του δέρματος ακολουθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις τα ευρήματα των οποίων επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της ψωρίασης.

Μικροβιολογικές εξετάσεις.

Στις εξετάσεις αυτές γίνεται αναζήτηση λοιμογόνων παραγόντων που αποτελούν το αίτιο εμφάνισης της νόσου.

Αναζήτηση λοιμώξεως στο δέρμα:

Αποστέλλονται λέπια και ρινίσματα νυχιών για εξέταση προκειμένου να αποκλεισθεί η περίπτωση συνύπαρξης μιας άλλης νόσου στο δέρμα.

Με τα ευρήματα αυτά γίνεται αποκλεισμός πιθανής συνύπαρξης μυκητίασης, βακτηριακής ή άλλης λοίμωξης στο δέρμα καθώς και η διαφοροδιάγνωση της ψωρίασης από μια άλλη δερματική νόσο.

Αναζήτηση λοιμώξεως σε άλλα συστήματα:

Αποστέλλονται για εξέταση διάφορα βιολογικά υγρά του οργανισμού προκειμένου να ανευρεθεί κάποιος λοιμογόνος παράγοντας που θεωρείται υπεύθυνος για την αναζωπύρωση και επιδίνωση της νόσου.

Δηλαδή παίρνονται υγρά (π.χ. κολπικό, αρθριτικό, υγρό από διάφορα αποστήματα) και γίνεται καλλιέργεια τους για την ανεύρεση μικροβίων ή μυκήτων που αποτελούν το αίτιο της νόσου.

Βιοχημικές εξετάσεις.

Γίνεται εξέταση των βιοχημικών αλλοιώσεων στις οποίες παρουσιάζονται διαταραχές φυσιολογικών συστατικών του οργανισμού. Αυτές οι εξετάσεις γίνονται στο αίμα στο ούρα και σε άλλα παθολογικά υγρά και οι αλλοιώσεις στις τιμές τους θεωρούνται υπεύθυνες για την εμφάνιση της νόσου.

Γενική αίματος

Γενική ούρων

T.K.E.

Σάκχαρο

Ουρία - Κρεατινίνη

Χοληστερίνη - Τριγλυκερίδια

ASTO

K, Na, Ca, Fe

Παρουσιάζονται αλλοιώσεις των τιμών τους στην νόσο.

Ευρήματα:

Διαταραχές των λιπιδίων, των υδατανθράκων των πρωτεϊνών, των ηλεκτολυτών και άλλων συστατικών.

Χαλόνες και σύστημα c-AMP/c-GMP, παράγοντες που ενοχοποιούνται για τη διαταραχή της φυσιολογικής ομοιοστασίας της επιδερμίδας.

Η ποσότητα των χαλονών είναι μειωμένη και έτσι αυξάνεται ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων.

Η μείωση του c-AMP ή η αύξηση του c-GMP προκαλεί επιτάχυνση

της διαφοροποιήσεως τους και αύξηση του γλυκογόνου για την κερατινοποίηση.

Ο ρ ο λ ο γ ι κ έ ς ε ξ ε τ ά σ ε ι ς .

Χρειάζονται για τον αποκλεισμό διαφόρων παραγόντων όπως: ρευματοειδούς αρθρίτιδας, σύφιλης, ερυθηματώδους λύκου και διαφόρων φλεγμονών που είναι υπεύθυνοι για τη νόσο.

Ratest, CRP, VDRL, ANA, DNA.

Α ν ο σ ο λ ο γ ι κ έ ς ε ξ ε τ ά σ ε ι ς .

Σ' αυτές γίνεται προσδιορισμός ειδικών και μη ειδικών αντισωμάτων, κλασμάτων του συμπληρώματος, μεταμόρφωση λεμφοκυττάρων, προσδιορισμός αντιγόνων στη μεμβράνη διαφόρων κυτταρικών πληθυσμών και μέτρηση φαγοκυτταρικής δραστηριότητας και μετανάστευσης των λευκοκυττάρων.

Ευρήματα:

- α) αύξηση ανοσοσφαιρινών (IgA) του ορού.
- β) παρουσία κυκλοφορούντων αντισωμάτων (IgG) στρεφομένων εναντίον των των κυττάρων της κεράτινης στιβάδας τα οποία ενεργοποιούν το συμπλήρωμα C₃ C₄.
- γ) παρουσία κυκλοφορούντων αντισωμάτων στρεφόμενων εναντίον των πυρηνικών ουσιών των κυττάρων της βασικής στιβάδας της επιδερμίδας.

Κ υ τ τ α ρ ο λ ο γ ι κ έ ς ε ξ ε τ ά σ ε ι ς .

Πολλές φορές χρειάζεται κυτταρολογικός έλεγχος των βλαβών για τον αποκλεισμό κακοήθειας (λέμφωμα). Ο έλεγχος αυτός γίνεται με την τεχνική της βιοψίας.

Στη βιοψία γίνεται λήψη ιστοτεμαχίου από το δέρμα το οποίο χρησιμοποιείται στις συγκεκριμένες εξετάσεις.

Το τεμάχιο που λαμβάνεται πρέπει να είναι από την κατάλληλη βλάβη, να έχει το απαραίτητα μέγεθος και βάθος έτσι ώστε να αφορά επιδερμίδα και χόριο για να ανευρεθούν οι εξετάσεις.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει για τα εξής:

- Για την ετοιμασία των κατάλληλων εργαλείων που είναι απαραίτητα (punch, λαβίδα, νυστέρι, αναισθητικό υγρό).
- Για την σωστή ασηψία και αντισηψία του δέρματος.
- Για τη βοήθεια του ιατρού κατά την εφαρμογή.
- Για την τοποθέτηση του ιστοτεμαχίου σε δοχείο με φορμόλη όπου θα αναγράφεται: ο κλινικός τομέας, η ημερομηνία, το ονοματεπώνυμο του ασθενή.

Στο κυτταρολογικό έλεγχο των λειψιών του δέρματος που παίρνονται από τον ασθενή, ο ρόλος της νοσηλεύτριας ομοιάζει με αυτόν της τεχνικής βιοψίας.

Ακόμα γίνεται αναζήτηση για την ανεύρεση αιτιών που ευθύνονται για την εμφάνιση της νόσου με εξετάσεις σε άλλα όργανα ή συστήματα.

Μερικές απ' αυτές είναι:

- η οδοντιατρική εξέταση για την αναζήτηση ύπαρξης περιοδικού αποστήματος,
- ακτινογραφία ιγμορίων για την αναζήτηση πιθανής ιγμορίτιδας,
- ωτορινολαρυγγολογική εξέταση για την αναζήτηση εστικής φλεγμονής.

Επίσης γίνονται ακτινογραφίες για την

εξέταση και την απόκλειση ρευματοειδούς αρθρίτιδα αλλά και για την εξέταση της καταστάσεως της αρθροπαθητικής ψωρίασης.

Στη έντονη ερυθροδερμία γίνεται **κ α ρ δ ι ο λ ο γ ι κ ό ς**
έ λ ε γ χ ο ς για αναζήτηση καρδιολογικού προβλήματος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Πρωταρχική βασική νοσηλευτική ενέργεια είναι η συνενόηση με το γιατρό για το είδος της εξέτασης όπως και με το αρμόδιο εργαστήριο όπου δίνουμε τα στοιχεία του ασθενή.

- Ακολουθώς ενημερώνει τον ασθενή για τον τρόπο και το σκοπό της εφαρμογής τους.

- Εξηγεί στον ασθενή τι πρέπει να κάνει για να διευκολύνει την εξέταση.

- Επικοινωνεί μαζί του και τον ενθαρύνει να ξεπεράσει τις φοβίες του.

- Συνοδεύει τον ασθενή στο εργαστήριο και φροντίζει για την επάνοδό του στην κλινική.

- Μεριμνά για τη λήψη των εξετάσεων από το εργαστήριο.

- Ενημερώνει το προσωπικό για τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

- Ενημερώνει για τα αποτελέσματα και τον ασθενή αν οι συνθήκες το επιτρέπουν.

- Επίσης οφείλει να ενημερωθεί για ενδεχόμενα προβλήματα του παρελθόντος και να ενημερώσει τον ιατρό.

Κατόπιν βάση των αποτελεσμάτων και των ιατρικών οδηγιών θεραπείας καταστρώνεται κατάλληλο πρόγραμμα νοσηλείας.

Κεφάλαιο II

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Π Ρ Ι Ν ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η φροντίδα αυτή γίνεται για να επιτευχθεί η ανύψωση του ηθικού του ασθενή και η σωματική του τόνωση, έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.

Επίσης από τη νοσηλεύτρια γίνεται ενθάρυνση και διδασκαλία για την αποδοχή της νόσου, αλλά και για τη σημαντική βοήθεια που μπορεί να προσφέρει ο ασθενής με τη συνεργασία του στη διαδικασία της θεραπείας.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΝΩΣΗ : Ο ασθενής όταν έρχεται στο νοσοκομείο διακατέχεται από ένα σωρό αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία αφορούν την εμφάνιση και τη σοβαρότητα της νόσου. Τέτοια συναισθήματα είναι η ανησυχία, ο φόβος, η αγωνία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να εκτιμήσει το μέγεθος της επίδρασης τους στην ψυχολογία του ασθενή. Αυτό θα το καταφέρει με την προσπάθεια κατανόησης της θέσης και των προσωπικών αναγκών του ασθενή. Έτσι θα μπορέσει να έρθει πιο κοντά του και να φροντίσει για τη βελτίωση της ψυχολογικής του διάθεσης.

Επίσης η νοσηλεύτρια οφείλει να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, τον οποίο φροντίζει να ενημερώσει για τη δυσκολία ίασης και για τη χρονιότητα της νόσου. Ενώ συγχρόνως θα τονίσει την έλλειψη μεταδοτικότητας όπως και τη δυσκολία επηρεασμού της γενικότερης υγείας του από τη νόσο.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΤΟΝΩΣΗ (ΔΙΑΤΡΟΦΗ) : Αυτή αφορά την καλή θρέψη του ασθενή, η οποία επιτυγχάνεται με τον καθορισμό σωστού διαιτολογίου από τον ιατρό.

Η συμβολή της νοσηλεύτριας στη διατροφή είναι σπουδαία: Μετά τον καθορισμό του σωστού διαιτολογίου από τον ιατρό η νοσηλεύτρια παρακολουθεί τη διατροφή και φροντίζει για τη σωστή θρέψη του ασθενή, αλλά και για προβλήματα που ίσως προκύψουν.

Η φροντίδα για τη σωματική τόνωση του ασθενή επιτυγχάνεται από τη νοσηλεύτρια όταν:

- 1) Έχει αντίληψη της σπουδαιότητας της καλής διατροφής.
- 2) Έχει γνώσεις φυσιολογίας και διαιτητικής.
- 3) Γνωρίζει τις επιδράσεις των φαρμάκων στις λειτουργίες του μεταβολισμού.

Οι γνώσεις αυτές βοηθούν στην κατανόηση των αναγκών και στην εκλογή τροφών με κατάλληλα συστατικά για τον ασθενή.

ΔΙΑΙΤΑ ΤΟΥ ΨΩΡΙΑΣΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ : Η διαίτα του ασθενή πρέπει να είναι ισορροπημένη, ν' αποτελείται δηλαδή από όλα τα απαραίτητα συστατικά για τον οργανισμό. Η αποφυγή ορισμένων ουσιών δεν έχει αποδειχθεί ότι πρέπει να γίνεται. Ο αποκλεισμός συστατικών από τον οργανισμό γίνεται μόνο όταν η χορήγηση κάποιου φαρμάκου το απαιτεί και όταν αυτά είναι επιβλαβή για την υγεία του ασθενή, λόγω υπάρξεως άλλων προβλημάτων υγείας. Συνήθως, γίνεται αποφυγή λιπιδίων, λευκωμάτων και υδατανθράκων ενώ κατά την per os χορήγηση όλων των φαρμάκων γίνεται απαγόρευση του αλκοόλ. Ακόμα, ο αποκλεισμός συστατικών γίνεται και για την ελάττωση βάρους σε

περιπτώσεις έντονης παχυσαρκίας.

ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ : Η καθαριότητα του σώματος είναι από τους βασικότερους παράγοντες για τη σωστή εφαρμογή αλλά και πορεία της ψωριάσεως.

Το λουτρό καθαριότητας επιβάλεται να γίνεται καθημερινά με ιδιαίτερη φροντίδα και επιμέλεια. Επίσης πρέπει να επαναλαμβάνεται όταν συγκεκριμένος τρόπος θεραπείας το απαιτεί. Το σαπούνι που χρησιμοποιείται είναι καλό (για την ισοροπία της επιδερμίδας) να έχει ουδέτερο Ph.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει στον ασθενή:

- τη σποδαιότητα της καθαριότητας του δέρματος
- την ανάγκη της καθημερινής εφαρμογής του λουτρού καθαριότητας
- την επανάληψη του λουτρού μετά από συγκεκριμένη θεραπεία
- τη σημασία της καθαριότητας με τη χρήση ερεθιστικών ουσιών για το δέρμα και χωρίς τη χρήση τρίφτη.
- την ανάγκη επίτευξης της καλύτερης λειτουργικότητας του δέρματος

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνονται η καθαριότητα των νυχιών (για την αποφυγή μόλυνσεως όταν υπάρχει κνησμός).

ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΚΑΙ ΚΑΛΟΥ

ΥΠΝΟΥ : Ο ασθενής μετά τη διαδικασία εισαγωγής του στην κλινική, αισθάνεται συνήθως κόπωση αγωνία και φόβο. Αυτό είναι λογικό λόγω της αλλαγής των συνθηκών περιβάλλοντος αλλά και της ψυχολογικής του κατάστασης για το άγχος της ψωριάσεως.

Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να φροντίσει για τη σωματική αλλά και πνευματική ανάπαυση του ασθενή. Φροντίζει για την εγκατάσταση του σε αναπαυτική κλίνη.

Τέλος, όταν ο ασθενής είναι αγχώδης και μόνο όταν αυτό θεωρηθεί απαραίτητο χορηγείται από τη νοσηλεύτρια το ηρεμιστικό.

Π Ρ Ο Ε Τ Ο Ι Μ Α Σ Ι Α Κ Α Ι Δ Ι Δ Α Σ Κ Α Λ Ι Α : Ο ασθενής με την κατανόηση της διαδικασίας του θεραπευτικού προγράμματος μπορεί να συντελέσει στην ευχερέστερη εφαρμογή θεραπείας από τη νοσηλεύτρια.

- Κατ' αρχήν, η νοσηλεύτρια ξεναγεί τον ασθενή στους χώρους της κλινικής όπου θα γίνεται η κάθε θεραπεία.

- Στη συνέχεια διδάσκει στον ασθενή για το τι πρέπει να κάνει όταν αρχίσει η θεραπεία.

- Τέλος, ενημερώνει τον ασθενή πότε θα ξεκινήσει το θεραπευτικό πρόγραμμα και τους τρόπους εφαρμογής του.

Η διδασκαλία έχει ιδιαίτερη σημασία και βάρος γιατί η ενθάρμυνση της ενεργητικής συμμετοχής στη θεραπεία βοηθάει στη ψυχολογική τόνωση και αποδοχή της νόσου.

Ι Α Τ Ρ Ι Κ Ε Σ Ε Ξ Ε Τ Α Σ Ε Ι Σ : Οι κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις είναι απαραίτητες για τη διάγνωση της νόσου. Απαιτούνται όμως και για τον έλεγχο της ομαλής πορείας του θεραπευτικού προγράμματος.

Επίσης μπορεί να χρειαστεί να γίνει έλεγχος άλλων οργάνων και συστημάτων που τυχόν επηρεάζουν την πορεία της νόσου.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να ενημερώσει και να εξηγήσει

στον ασθενή τους λόγους για τους οποίους υποβάλεται σε έλεγχο και επανέλεγχο των ιατρικών εξετάσεων.

Ακόμα φροντίζει να εξηγήση τον τρόπο διαδικασίας συγκεκριμένων εξετάσεων (π.χ. συλλογή ούρων).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Κ Α Τ Α Τ Η Ν ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η θεραπεία της ψωρίασεως είναι δύσκολη.

Απασκοπεύει στη λεύκανση και όχι στη μόνιμη ίαση της.

Για την επιλογή της μεθόδου θεραπείας θα πρέπει να πρώτα να εκτιμηθεί η μορφή και η έκταση της ψωρίασεως, οι εκλυτικοί ή οι επιδεινωτικοί παράγοντες που υπάρχουν, οι συνθήκες ζωής του ασθενή καθώς και η επίδραση της νόσου στην ψυχολογία του.

Για την υποστήριξη της αντιψωριασικής θεραπείας συνιστώνται τα παρακάτω:

- Αποφυγή τραυμάτων και άλλων προκλητικών αιτιών του φαινομένου Koebner.
- Εξυγίανση εστιατικών λοιμώξεων εάν αυτές ανευρεθούν κατά τη γενική εξέταση.
- Ελλάτωση του βόρους σε περίπτωση παχύσαρκων ασθενών.
- Αποκατάσταση αρμονικών διαταραχών, εάν υπάρχουν.
- Χορήγηση ηρεμιστικών αν οι ασθενείς είναι αγχώδεις ή εάν η ψωρίαση υποτροπιάζει από ψυχικά stress.

Σε όλες τις μεθόδους θεραπείας ο σχεδιασμός του προγράμματος θα πρέπει να γίνεται με σύνεση και η εφαρμογή της θεραπείας με υπομονή έτσι ώστε να γίνεται μόνο όταν αυτό θεωρηθεί απαραίτητο των ισχυροτέρων φαρμάκων και τρόπων θεραπείας.

Η Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α Δ Ι Α Κ Ρ Ι Ν Ε Τ Α Ι :

- A. Σ τ η ν τοπική, η οποία περιλαμβάνει: την άνθρακίνη, τη λιθανθρακόπισσα, τα τοπικά κορτικοστεροειδή.
- B. Σ τ η συστηματική η οποία περιλαμβάνει: τη

φωτοχημειοθεραπεία (PUVA), φωτοθεραπεία, τα ρετινοειδή, τα χημειοθεραπευτικά (μεθοτρεξάτη και υδροξυουρία).

Υπάρχουν επίσης τα κ ο ρ τ ι κ ο σ τ ε ρ ο ε ι δ ή (συστηματική χορήγηση) αλλά προτιμάται η αποφυγή της χρήσης τους γιατί όταν διακοπούν η ψωρίαση χειροτερεύει.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μ Ε Α Ν Θ Ρ Α Λ Ι Ν Η

Η ανθραλίνη χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον Ώππα το 1916 και σήμετα έχει επικρατήσει να χρησιμοποιείται διεθνώς για τη θεραπεία την ψωρίασης γιατί συνδυάζει την υψηλή θεραπευτική δράση με την εμφάνιση ελάχιστων ανεπιθύμητων ενεργειών και με το μικρό κόστος.

Είναι φάρμακο εκλογής της κοινής ψωρίασης.

Τ Ρ Ο Π Ο Σ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Σ

Ο πιο πρακτικός τρόπος είναι η τοπική εφαρμογή στις ψωριασικές πλάκες για 20'-30' της ώρας και η αφαίρεση της με απλό λουτρό καθαριότητας.

Αυτός ο τρόπος χρήσης μπορεί να γίνει σε συνδυασμό με υπεριώδεις ακτίνες γιατί αυξάνει τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Άλλος τρόπος εφαρμογής είναι η μέθοδος Igram (1953). Και εδώ γίνεται η χρήση της ανθραλίνης σε συνδυασμό με υπεριώδεις ακτίνες (5'-30') αλλά η αφαίρεσή της γίνεται με λουτρό πίσσας.

Η μέθοδος Igram μπορεί να γίνει σε συνδυασμό με PUVA γιατί δίνει θεαματικά αποτελέσματα και βοηθά στη μείωση της δόσεων και των συνεδριών της PUVA.

Η πυκνότητα της ανθραλίνης εξαρτάται από το θεραπευτικό σχήμα την ανοχή του δέρματος και την ανταπόκριση της νόσου στη θεραπεία.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Στη αρχή η νοσηλεύτρια επιδιώκει να έρθει σε επαφή με τον ασθενή έτσι ώστε να τον βοηθήσει να χαλαρώσει και να ξεκινήσει η θεραπεία μέσα σε ζεστή ατμόσφαιρα επικοινωνίας.

Οι αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας είναι:

- Η ενημέρωση του ασθενή για τη θεραπεία.
- Η προετοιμασία και η βοήθεια του (λουτρό καθαριότητας) για τη θεραπεία.

Στη συνέχεια, η νοσηλεύτρια, αφού έχει ενημερωθεί για το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθηθεί, εφαρμόζει τη θεραπεία.

Α. Τοπική χρήση ανθραλίνης και λουτρό καθαριότητας.

Η νοσηλεύτρια κάνει επάληψη των ψωριασικών βλαβών με ανθραλίνη (βαζελίνη 0,5-2%), προσέχοντας να μην γίνεται επάληψη της, στην υγιή περιοχή του δέρματος, γύρω από τις βλάβες αυτές.

Προσεκτικά μετά από 20'-30' η νοσηλεύτρια αφαιρεί την ανθραλίνη και φροντίζει ο ασθενής να κάνει λουτρό καθαριότητας για να φύγουν και τα τελευταία υπολείμματα του φαρμάκου. Η νοσηλεύτρια συνεχίζει την εφαρμογή της θεραπείας καθημερινά στον άρρωστο μέχρι να υποχωρούν όλες οι βλάβες που στις περισσότερες περιπτώσεις αποχωρούν αυτό επιτυγχάνεται σε διάστημα 3-4 εβδομάδων.

Β. Μέθοδος Igram.

Η νοσηλεύτρια ετοιμάζει λουτρό πίσσας σε αναλογία 90kg νερό + 114ml διαλύματος λιθανθρακόπισσας και φροντίζει να

κάνει μ' αυτό λουτρό ο άρρωστος για να απομακρυνθούν τα υπολλείματα της ανθραλίνης και των λεπιών της ψωρίασης.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να έχει κάνει την επάληψη της ανθραλίνης 24 ώρες πριν το λουτρό πίσσας. Στη συνέχεια οδηγεί τον ασθενή να κάνει θεραπεία με υπεριώδεις ακτίνες. Αρχικά η ακτινοβολήση γίνεται για 30'' και από απόσταση 90cm στη συνέχεια όμως ο χρόνος εκθέσεως αυξάνεται όσπου η νοσηλεύτρια να παρατηρήσει την εμφάνιση ερυθήματος (όχι όμως δερματίτιδα). Μτά τις υπεριώσδεις ακτίνες γίνεται επάληψη ξανά με ανθραλίνη.

Η θεραπεία φέρει αποτελέσματα σε 2-3 εβδομάδες.

Α Ν Ε Π Ι Θ Υ Μ Η Τ Ε Σ Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ Κ Α Ι Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η Τ Ο Υ Σ

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες τη ανθραλίνης περιορίζονται: στο ερεθισμό του δέρματος κυρίως στις πτυχές λόγω της πυκνότητά της και στην υπέρχρωση του δέρματος η οποία αφορά κυρίως το υγιές δέρμα καθώς και το σχηματισμό φαγεσώρων. Τα συμπτώματα αυτά είναι ανατρέψιμα και υποψωρούν αμέσως μετά τη διακοπή του φαρμάκου από τη νοσηλεύτρια.

Στην ανθραλίνη δεν έχει διαπιστωθεί τοξικότητα από συστηματική απορρόφηση του φαρμάκου σε κανένα όργανο η σύστημα.

Επίσης με τον τρόπο που χρησιμοποιείται στην ψωρίαση, δεν θεωρείται καρκινογόνος και χρησιμοποιείται άφοβα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΜΕ ΛΙΘΑΝΘΡΑΚΟΠΙΣΣΑ

Η λιθανθρακόπισσα είναι προϊόν της ξηράς απόσταξης των λιθανθράκων. Χρησιμοποιήθηκε στη θεραπεία της ψωριάσεως στο τέλος του 19ου αιώνα.

Χρησιμοποιείται γιατί συνδυάζει υψηλή θεραπευτική απόδοση χάρη στις σμηπτικές αναγωγικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες της, παρουσιάζει λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες και έχει μικρό κόστος.

Η λιθανθανθρακόπισσα αποτελεί φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση της κοινής και σταγονοειδούς ψωριάσεως.

Η εισαγωγή στη σύγχρονη δερματοπάθεια των ρετινοειδών έχει περιορίσει όμως σημαντικά τη χρήση της.

Τ Ρ Ο Π Ο Σ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Σ

Η λιθανθρακόπισσα εφαρμόζεται με τη μορφή τοπικών σκευασμάτων πυκνότητας 2-10% ή σε μορφή διαλύματος (εκχύλισμα της) σε πυκνότητα 5-20%.

Η εφαρμογή γίνεται πάντα σε συνδυασμό με υπεριώδεις ακτίνες (UV-B) γιατί επιτυγχάνεται ενεργητικότερο αποτέλεσμα.

Ο συνδυασμός αυτός (μέθοδος Coeckerman) εφαρμόσθηκε πρώτη φορά το 1925 και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται με επιτυχία μέχρι και σήμερα.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

- Η νοσηλεύτρια φροντίζει πριν αρχίσει τη θεραπεία να επικοινωνήσει με τον ασθενή έτσι ώστε να τον ενημερώσει για την έναρξη και για τον τρόπο εφαρμογής της διαδικασίας του θεραπευτικού προγράμματος.
- Η νοσηλεύτρια ενημερώνεται από το πρόγραμμα νοσηλείας και ξεκινά τη νοσηλευτική φροντίδα.
- Η νοσηλεύτρια κάνει προσεκτική επάληψη των ψωριασικών βλαβών αποφεύγοντας το υγιές δέρμα. Στη συνέχεια φροντίζει ο ασθενής να κάνει λουτρό καθαριότητας έτσι ώστε να απομακρυνθούν τα υπολείματα της λιθανθρακόπισσας.
- Τέλος οδηγεί τον ασθενή για ακτινοβολήση των βλαβών σε υπεριώδεις ακτίνες (UVB στην <<ελάχιστη ερυθματογόνο δόση>>) που διαρκεί 5'-30' της ώρας.
- Η νοσηλεύτρια εφαρμόζει τη θεραπεία 2-3 φορές την ημέρα, καθημερινά ή ανα διήμερο μέχρι την επίτευξη της τέλειας λευκάνσεως της επιδερμίδας η οποία επιτυγχάνεται συνήθως μέσα σε 20 ημέρες.

Α Ν Ε Π Ι Θ Υ Μ Η Τ Ε Σ Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ Κ Α Ι Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η Τ Ο Υ Σ

Κατά τη χρήση της λιθανθρακόπισσας δεν έχει διαπιστωθεί συστηματική τοξικότητα.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιορίζονται:

- στην ανάπτυξη θυλακίτιδας (ιδίως στις τριχωτές περιοχές)
- στην ανάπτυξη αλλεργικής αντίδρασης ή ακμοειδούς εξανθήματος
- στην ανάπτυξη φλεγμονής του δέρματος.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αντρέψιμες και υποχωρούν αμέσως μετά τη διακοπή από τη νοσηλεύτρια της θεραπείας.

Η καρκινογένεση συναντάται σπάνια.

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΜΕ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Τα κορτικοστεροειδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία της ψωρίασης.

Αλλά τα τελευταία χρόνια η χρήση τους τείνει να εγκαταλειφθεί, γιατί μπορούν να χρησιμοποιηθούν μέθοδοι θεραπείας, που παρέχουν ικανοποιητικά αποτελέσματα χωρίς να παρουσιάζουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών.

Τ Ρ Ο Π Ο Σ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Σ

Χρησιμοποιείται με τη μορφή αλοιφής, αδρανών διαλυμάτων ή πλυμάτων.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

- Η νοσηλεύτρια κατά την εφαρμογή της θεραπείας πρέπει να επιλέξει το ηπιότερο κορτικοστεροειδές που είναι αρκετό για τη θεραπεία και δίνει μεγάλη προσοχή στη συχνότητα αλλά και στην ποσότητα που απαιτεί η θεραπεία.
- Για την επιλογή του λαμβάνεται υπόψη η ανατομική θέση της βλάβης γιατί μερικές περιοχές του σώματος είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς για τη δημιουργία στροφιάς και για το λόγο αυτό έχει μεγάλη σημασία η σωστή επιλογή του εκδόχου που θα χρησιμοποιήσει.
- Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας αυτά χρησιμοποιεί τα κορτικοστεροειδή:

στην ερυθροδερμική και φλυκταινώδη μορφή της νόσου όπου η τοπική θεραπεία περιορίζεται στη χρήση αδρανών διαλυμάτων ή πλυμάτων.

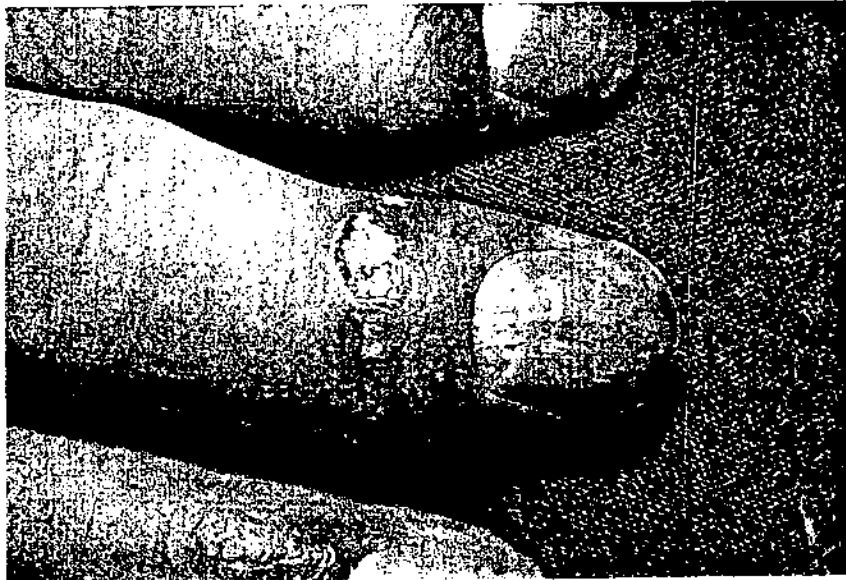
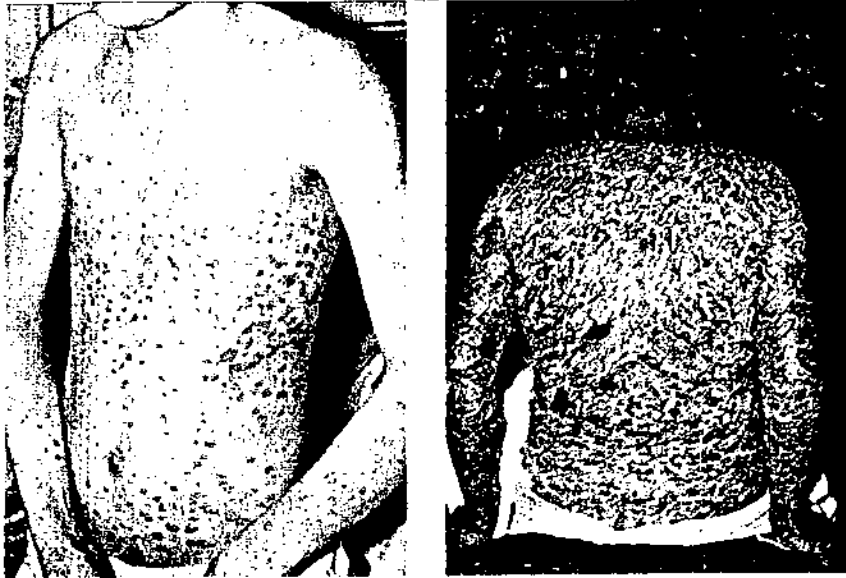
- Τέλος κάνει προσεκτική τοπική εφαρμογή τους μόνο στις περιοχές που επιτρέπεται η χρήση τους δηλαδή στην περιοχή του τριχωτού της κεφαλής, των αυτιών και των νυχιών.

Α Ν Ε Π Ι Θ Υ Μ Η Τ Ε Σ Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ Κ Α Ι Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η Τ Ο Υ Σ

Η νοσηλεύτρια αποφεύγει γενικά τη χρήση των κορτικοστεροειδών γιατί εμφανίζουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως:

- Τροποποίηση και απόκρυψη των κλινικών χαρακτηριστικών της νόσου.
- Ατροφία δέρματος
- Ακμοειδές εξάνθημα
- Περιστοματική υπερτρίχωση
- Γλαύκωμα
- Μετάπτωση άλλης μορφής ψωρίασης σε φλυκταινώδη.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ανατρέψιμες και η νοσηλεύτρια τις αντιμετωπίζει με την άμεση διακοπή του φαρμάκου.



Ιδιότυπες μορφές ψωρίασης

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΦΩΤΟΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (PUVA)

Η εφαρμογή τη φωτοχημειοθεραπείας (PUVA) στη θεραπεία της ψωρίασεως είναι μια σχετικά νέα επιστημονική κατάκτηση. Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά για τη θεραπεία την ψωρίασεως από τον Parrish και τους συνεργάτες του το 1974.

Στη φωτοχημειοθεραπεία γίνεται χορήγηση από το στόμα ή τοπική εφαρμογή φωτοευαισθητοποιού ουσίας και στη συνέχεια η ακτινοβολία με υπεριώδεις ακτίνες μεγάλου μήκους.

Η μέθοδος ονομάζεται διεθνώς PUVA και εκφράζει τα αρχικά της φωτοευαισθητοποιού ουσίας και της δραστικής ακτινοβολίας δηλαδή Psoralens και UVA = PUVA (Honigsman 1980).

Τ Ρ Ο Π Ο Σ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Σ

Στη φωτοχημειοθεραπεία εφαρμόζεται ακτινοβολία με λυχνίες που εκπέμπουν κυρίως UVA (μήκους κύματος 320-400nm Black Light).

Η ακτινοβολία συνδυάζεται με τη δράση της φωτοευαισθητοποιού ουσίας, η οποία χορηγείται από το στόμα. Η χορηγούμενη ουσία είναι η ψουροκουμαρίνη (παράγωγο ψωραλενίων) και συγκεκριμένα το 8-M.

Η εφαρμογή της μπορεί να γίνει σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες:

1) Η PUVA συνδυάζεται τοπικά με:

α) πίσσα

β) κορτικοστεροειδή (αποφεύγεται λόγω υποτροπών)

- γ) ανθραλίνη
- 2) Συνδυασμός PUVA με UVB.
 - 3) Συνδυασμός PUVA με μεθοτρεξάτη.
 - 4) Συνδυασμός PUVA με ρετινοειδή.

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Ι Σ Μ Ο Σ

Πριν την έναρξη της φωτοχημειοθεραπείας γίνεται ο προγραμματισμός της. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλες της μορφές ψωρίασης αλλά για την αποφυγή κατάχρησης μελετώνται οι ενδείξεις και αντενδείξεις, συγκεκριμένες, για κάθε μορφή, έτσι ώστε να γίνει σωστά ο προγραμματισμός θεραπείας και ο συνδυασμός της με άλλες μεθόδους.

Για το σωστό προγραμματισμό είναι απαραίτητα μελέτη των διαφόρων εξετάσεων που έχουν γίνει και της διάγνωσης της μορφή τους νόσου.

Ο προγραμματισμός επιτυγχάνεται με το σωστό υπολογισμό της φωτοτοξικής δόσης, της δόσης του φαρμάκου και του χρόνου που απαιτείται ανάλογα με τον τύπο δέρματος του ασθενή.

Π Ω Σ Γ Ι Ν Ε Τ Α Ι Η Φ Ω Τ Ο Χ Η Μ Ε Ι Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Ο ασθενής κατά τη διάρκεια της πρέπει να βρίσκεται στη θέση που απαιτείται για να γίνει σωστά η ακτινοβολή των βλαβών και για το σωστό χρόνο που έχει καθοριστεί να ακτινοβοληθεί από το πρόγραμμα νοσηλείας.

Κατά τη φωτοχημειοθεραπεία τα μόρια του 8-MOP διασπείρονται σε όλα τα όργανα με εκλεκτική όμως προτίμηση στο

δέρμα όπου και απορροφούν εκλεκτικά την ενέργεια των υπεριωδών ακτίνων. Η ακτινοβολία γίνεται 2 ώρες μετά την per os χορήγηση του φαρμάκου.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Πρωταρχικό ρόλο παίζει η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τον ασθενή. Ο τρόπος συμπεριφοράς πρέπει να εκφράζει κατανόηση για τη θέση του, έτσι ώστε να δημιουργηθεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αποδοχής παράγοντες που βοηθούν πολύ στη θεραπεία της ψωριάσεως.

Οι αρμοδιότητες της νοσηλεύτριας είναι οι παρακάτω:

- Ενημέρωση του ασθενή για τη θεραπεία.
- Διδασκαλία του για τη διευκόλυνση της θεραπείας και για την εξυπηρέτησή του.
- Ρύθμιση του διαιτολογίου (χωρίς λίπη και αλκοόλ).
- Προετοιμασία και βοήθεια του ασθενή κατά τη θεραπεία.

Στη συνέχεια η νοσηλεύτρια αρχίζει τη θεραπεία η πρακτική εφαρμογή τη οποίας γίνεται σε τρεις φάσεις:

- 1) Φάση δοκιμασίας ελέγχου (Photo test)
- 2) Φάση αποκατάστασης
- 3) Φάση συντήρησης

1) Φάση δοκιμασίας ελέγχου.

Η δόση της περιεχόμενης Black Light ακτινοβολίας υπολογίζεται σε Joules/cm².

Η δόση που θα χορηγηθεί σε κάθε ασθενή είναι διαφορετική

και γίνεται βάση μιας ειδικής εξέτασης που δείχνει τον τύπο του δέρματος του (photo - test). Μ' αυτή προσδιορίζεται πρώτα η ελάχιστη φωτοτοξική δόση (M.P.D.) που πληροφορεί για την ευαισθησία (ανεκτικότητα) του δέρματος του ασθενή στα ηλιακά εγκαύματα και δεύτερο προσδιορίζεται η φωτοευαισθησία (φωτομελάχρωση P.P.I.) που δίνει πληροφορίες για την ικανότητα του δέρματος να αναπτύξει μελάχρωση.

- Η νοσηλεύτρια φροντίζει αυτή η εξέταση να γίνει πριν την 1η συνεδρία, γιατί έτσι εξατομικεύεται ασφαλής και επιτυχής θεραπεία.

- Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει την αρχική δόση που ορίζεται σύμφωνα με τον τύπο του δέρματος και τ' αποτελέσματα της δόσης αυτής.

2) Φάση αποκατάστασης

- Η νοσηλεύτρια έχει σαν στόχο πλήρη καθαρισμό του δέρματος του ασθενή από τις βλάβες.

- Πρωταρχική φροντίδα της νοσηλεύτριας είναι η καθαριότητα του δέρματος που θα γίνει με το λουτρό καθαριότητας που πρέπει να γίνεται πριν και μετά τη θεραπεία.

- Στη συνέχεια φροντίζει να χορηγήσει τη φωτοευαισθητοποιό ουσία στον ασθενή.

Απαιτείται μεγάλη προσοχή για την ποσότητα της δόσης του μεθοξυφωραλενίου (8-MOP) η οποία χορηγείται από το στόμα σε ημερήσια δόση ανάλογη προς το βάρος του ασθενή:

10mg/30kg, 20mg/30-50kg, 30mg/51-65kg, 40mg/66-80kg, 50mg/81-90kg, 60mg/ανω των 90kg.

- Η νοσηλεύτρια περιμένει να περάσουν 2 ώρες ακριβώς μετά την per os χορήγηση του φαρμάκου (γιατί τότε η στάθμη του είναι στο υψηλότερο επίπεδο στο αίμα και στο δέρμα) και φροντίζει για την ακτινοβολήση των βλαβών (UVA 320-340) του ασθενή. Η δόση του 8-MOP παραμένει σταθερή κατά τη διάρκεια της θεραπείας ενώ αντίθετα η δόση ακτινοβολίας αυξάνεται προοδευτικά (φτάνει μέχρι 30') και αναπτύσσει μελάγχρωση.

- Η νοσηλεύτρια προσέχει για την τήρηση του χρόνου ακτινοβολήσης για την αποφυγή της εμφάνισης εντόνου ερυθήματος. Στη περίπτωση έντονης ερυθρότητας κάνει επαλήψεις με αντιφλογιστικές αλοιφές και συνιστά στον ασθενή αποφυγή έκθεσης στον ήλιο.

- Τέλος φροντίζει για το λουτρό καθαριότητας.

Η θεραπεία γίνεται τέσσερεις φορές την εβδομάδα και μέχρι την πλήρη λεύκανση του δέρματος. Για την πλήρη ίαση του δέρματος χρειάζονται συνήθως 12-15. Για λόγους ασφαλείας (δηλ. πιθανή συσσωρευτική επίδραση της PUVA) εφαρμόζεται για δύο συνεχείς μέρες, γίνεται διακοπή την τρίτη, και ξανασυνεχίζεται άλλες δύο συνεχείς ημέρες.

3) Φάση συντήρησης

Η φάση αυτή αποσκοπεί στην εξουδετέρωση των υποτροπών. Συνιστάται στη συνέχιση της θεραπείας για μερικούς μήνες και μετά τη λεύκανση των βλαβών.

Αρχικά με δύο συνεδρίες την εβδομάδα, στη συνέχεια με μια φορά την εβδομάδα και τέλος κάθε 15 ημέρες ή κάθε μήνα. Η δόση συντήρησης είναι η τελευταία της θεραπείας αποκατάστασης,

που στη συνέχεια ελαττώνεται προοδευτικά, γιατί μειώνεται η ανθεκτικότητα του δέρματος στην ακτινοβολία.

Η θεραπεία διακόπτεται εφόσο η νόσος δεν έχει υποτροπιάσει μετά από λίγους μήνες.

- Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχει η νοσηλεύτρια είναι ίδια με αυτή της φάσης αποκατάστασης.

Α Ν Ε Π Ι Θ Υ Μ Η Τ Ε Σ Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ Ρ Ο Υ Α Κ Α Ι Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η Τ Ο Υ Σ

Μέχρι τώρα δεν έχουν παρατηρηθεί σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές επειδή όμως είναι σχετικά νέα μέθοδος τηρείται κάθε δυνατή προφύλαξη κατά τη θεραπεία.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες διακρίνονται:

α) στις άμεσες που παρατηρούνται:

- κνησμός, ερύθημα (έγκαυμα) από υψηλή αρχική δόση UVA.
- ναυτία, ίλιγγο, κεφαλαλγία από δυσανεξία στο φάρμακο
- φωτοονυχόλυση από φωτοτοξικότητα
- φωτοτοξικότητα και η περίπτωση αντιμετωπίζεται με συνέχιση της θεραπείας, με χαμηλότερη δόση ακτινοβολίας

β) στις όψιμες παρατηρούνται:

- πρόωρη γήρανση του δέρματος
- καταρράκτης
- καρκινογένεση

Οι όψιμες επιπλοκές είναι οι περισσότερο ανησυχητικές και μπορεί να παρουσιαστούν από την απροσδιόριστη και μεγάλης διάρκειας συντήρηση.

Η νοσηλεύτρια για την αποφυγή τους φροντίζει:

- για την τήρηση της σωστής δόσης του φαρμάκου και της ακτινοβολίας αλλά και της διάρκειας της φάσης συντήρησης.
- για την προφύλαξη του ασθενή από την πρόωρη γήρανση του δέρματος η νοσηλεύτρια κάλυπτει τις περιοχές που δεν έχουν βλάβες κατά την ακτινοβολή και κάνει επαλήψεις σ' αυτόν, με αντιηλιακά σκευάσματα.
- για την προστασία από τον καταρράκτη δίνει στον ασθενή γυαλιά κατά τη διάρκεια της θεραπείας και για 8 ώρες μετά απ' αυτή.
- τέλος, για τη πιθανή καρκινογένεση που είναι η σοβαρότερη επιπλοκή της νόσου, γίνεται προσπάθεια μείωσης της ολικής δόσης UVA ακτινοβολίας με το συνδυασμό της PUNA με άλλα φάρμακα.

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φωτοθεραπεία χρησιμοποιείται με επιτυχία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των δερματικών αλλοιώσεων. Στη θεραπεία της ψωρίασεως μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μορφές της δίνοντας ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Τ Ρ Ο Π Ο Σ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Σ

Γίνεται χρησιμοποίηση των υπεριωδών ακτίνων από λυχνίες που εκπέμπουν κυρίως UVB (290-320nm) και ακτινοβολούν τις ψωριασικές βλάβες.

Ο χρόνος ακτινοβολήσης των βλαβών αυξάνεται σταδιακά και φτάνει και η διάρκεια της φτάνει μέχρι τα 30' της ώρας.

Η φωτοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά μέσα (τοπική εφαρμογή ανθραλίνης ή λιθανθρακόπισσας).

Π Ρ Ο Γ Ρ Α Μ Μ Α Τ Ι Σ Μ Ο Σ

Πριν αρχίσει η φωτοθεραπεία πρέπει να γίνει εντόπιση των βλαβών που θα ακτινοβοληθούν. Για το λόγο αυτό πρέπει να γίνει ο προγραμματισμός της θεραπείας βάση του νοσηλευτικού προγράμματος. Η σωστή αντιμετώπιση παρέχει γρήγορη λεύκανση των ψωριασικών βλαβών.

Π Ω Σ Γ Ι Ν Ε Τ Α Ι Η Φ Ω Τ Ο Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Φωτοθεραπεία σημαίνει ίαση με τη θεραπεία ακτίνων. Κατά τη διάρκειά της, ο ασθενής μένει στη θέση που έχει καθοριστεί (χωρίς να κινείται) για να γίνει σωστά η ακτινοβολήση των βλαβών.

Η διάρκειά της καθορίζεται από το πρόγραμμα νοσηλείας, κρατάει συνήθως λίγα λεπτά και πρέπει να τηρηθεί για να φέρει τα προβλεπόμενα θετικά αποτελέσματα.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Η νοσηλεύτρια για την προετοιμασία και βοήθεια του ασθενή που θα υποβληθεί σε φωτοθεραπεία ευθύνεται για τα παρακάτω:

- Να ενημερωθεί από τον φάκελο του ασθενή για τη φωτοθεραπεία (δόση ακτινοβολίας, χρόνος, θέση βλαβών).
- Να ενημερώσει τον ασθενή για την έναρξη της θεραπείας και να του εξηγήσει τον τρόπο που γίνεται.
- Να φροντίσει για το λουτρό καθαριότητας που πρέπει να γίνεται πριν τη φωτοθεραπεία.
- Να παρακολουθεί τον ασθενή για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.
- Να κάνει επαλήψεις με αντιφλογιστικές αλοιφές στον ασθενή σε περίπτωση εμφάνισης ερυθρήματος.
- Να ενημερώσει τον άρρωστο για τη σημασία αποφυγής της ηλιακής ακτινοβολίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας.
- Να τονίσει επίσης ότι δεν πρέπει να βάζει από μόνος του καμμία αλοιφή ή λοσιόν χωρίς εντολή ιατρού.

- Να φροντίζει όλη τη διάρκεια της θεραπείας για την ψυχολογική τόνωση του ασθενή.

Α Ν Ε Π Ι Θ Υ Μ Η Τ Ε Σ Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ

Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η Τ Ο Υ Σ

Όπως και στη φωτοχημειοθεραπεία, οι ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές αφορούν:

- την πρόωρη γήρανση
- τον καταρράκτη και
- την καρκινογένεση

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ομοιάζει με αυτόν της φωτοχημειοθεραπείας.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μ Ε Ρ Ε Τ Ι Ν Ο Ε Ι Δ Η

Τα ρετινοειδή είναι συνθετικά παράγωγα της βιταμίνης Α. Τα φάρμακα αυτά ομαλοποιούν τη διαταραγμένη λειτουργία της κερατινοποίησης.

Με τη χημική τροποποίηση του μορίου της βιταμίνης Α επιτεύχθηκε η δημιουργία δυο ρετινοειδών.

1) 13 - cis - retinoic acid (isotretinoín), με την εμπορική ονομασία Accutane.

2) το αρωματικό ρετινοειδές (etretinate), Tigason, το οποίο αποτελεί φάρμακο εκλογής για τη θεραπεία της ψωρίασης.

Τ Ρ Ο Π Ο Σ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Σ

Το Tigason χορηγείται από το στόμα σε μορφή καψουλών σε δόσεις 0,5-1-2mg/kg/ημερησίως και για 2-3 μήνες. Καλό είναι να μην γίνεται συγχρόνως και χορήγηση άλλων φαρμάκων.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

- Η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή για τη μέθοδο θεραπείας που θα ακολουθήσει και για τον τρόπο χορήγησης τους.
- Πριν την έναρξη τους θεραπείας φροντίζει να γίνουν όλες οι εξετάσεις που πιστοποιούν ότι δεν υπάρχουν αντενδείξεις για τη χορήγηση του φαρμάκου αυτού στον ασθενή.
- Συγχρόνως εξασφαλίζει τη δίαιτα που απαιτείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας στην οποία συνιστάται η αποφυγή λιπών,

ζάχαρης και αλκοόλ.

- Επίσης τονίζει στον ασθενή ότι δεν πρέπει να παίρνει άλλα φάρμακα χωρίς την εντολή του ιατρού.

- Η νοσηλεύτρια σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας επιμελεί για την τήρηση της σωστής δοσολογίας και του σωστού χρόνου της χορήγησης του φάρμακου. Επειδή υπάρχει το ενδεχόμενο της τριχόπτωσης δίνει προληπτικά στον ασθενή φαρμακευτική λοσιόν η οποία προστατεύει τα μαλλιά.

- Ακόμα η νοσηλεύτρια κάνει στον ασθενή επαλήψεις με υδατικές αλοιφές λόγω του ότι παρατηρείται απολέπιση.

- Τέλος η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή για τις παρενέργειες του φάρμακου και για τη ανάγκη αποφυγής της εγκυμοσύνης για δυο χρόνια, συστήνοντας τη χρήση αντισυλληπτικών.

Α Ν Ε Π Ι Θ Υ Μ Η Τ Ε Σ Ε Ν Ε Ρ Γ Ε Ι Ε Σ

Ε Π Ι Π Λ Ο Κ Ε Σ Κ Α Ι

Α Ν Τ Ι Μ Ε Τ Ω Π Ι Σ Η Τ Ο Υ Σ

Απολεπιστική χειλίτιδα, ξηρότητα μύτης και στόματος, αλωπεκία, ονυχόλυση, λέπτυνση δέρματος, κνησμός κεφαλαλγία, γαστρεντερικές διαταραχές, ελαφριά αύξηση της χολερυθρίνης του ορού και μερικές φορές της αλκαλικής φωσφατάσης του αίματος. Ακόμα έχουν παρατηρηθεί αλλοιώσεις των οστών και των χόνδρων και τερατογένεση.

Η νοσηλεύτρια παρατηρεί τον ασθενή για την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών η εμφάνιση των οποίων εξαρτάται από τη δόση του φαρμακού και κάνει διακοπή του φαρμάκου αν αυτός

παρουσιάζει πυρετό. Για την αποφυγή του, η νοσηλεύτρια φραντίζει κατά τη χορήγηση του φαρμάκου, για την αυστηρή τήρηση της δοσολογίας του.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ανατρέψιμες και υποχωρούν αμέσως μετά την άμεση διακοπή τους από τη νοσηλεύτρια.

Για την αποφυγή της τερατογένεσης δεν χορηγούνται τα ρετινοειδή κατά τη διάρκεια της κύησης. Επίσης πρέπει να γίνεται αποφυγή της κύησης για δυο χρόνια μετά από τη χορήγηση τους και συνιστάται αντισύλληψη.

ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΜΕ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ

Τα χημειοθεραπευτικά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της ψωρίασης λόγω της θεραπευτικής τους δράσης που συνίσταται στην καταστολή της σύνθεσης DNA και στην ελλάτωση του ταχύ πολλαπλασιασμού των κυττάρων.

Τ Ρ Ο Π Ο Σ Ε Φ Α Ρ Μ Ο Γ Η Σ

Τα χημειοθεραπευτικά που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι η μεθοτρεξάτη (κυρίως) και η υδροξουρία.

α) η μεθοτρεξάτη χορηγείται από το στόμα, ενδομυϊκώς και ενδοφλεβίως. Προτιμάται η χορήγηση από το στόμα.

Από το στόμα χορηγούνται 2,5-5mg/ημερησίως για 5 ημέρες την εβδομάδα ή 12,5-20mg μαζί στο τέλος της εβδομάδας ή κάθε 12 ώρες το 1/3 της εβδομαδιαίας δόσης.

Ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως χορηγούνται 20-40mg μαζί στο τέλος της κάθε εβδομάδας μέχρι την επίτευξη της τέλει λευκάνσεως του δέρματος. Αν η κατάσταση θεωρηθεί ικανοποιητική μειώνεται η δόση της, μέχρι την "ελάχιστη δόση συντηρήσεως" (7,5-10mg/εβδομαδιαίως).

β) η υδροξουρία χορηγείται σε δόσεις 1400-1500mg/εβδομαδιαίως για 3-4 εβδομάδες, με εβδομαδιαία μεσοδιαστήματα διακοπής.

Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α

Κατά την θεραπεία με χημειοθεραπευτικά η νοσηλεύτρια έχει

τις παρακάτω αρμοδιότητες και ευθύνες:

- Να ενημερώσει τον ασθενή για το είδος της θεραπείας και για τις τοξικές και ανεπιθύμητες ενέργειες αυτής.
 - Να τονώσει ψυχολογικά τον ασθενή έτσι ώστε όταν εφαρμοσθεί η θεραπεία να είναι ικανός να αντιμετωπήσει ή να αποδεχθεί τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες.
 - Να φροντίσει να μην γίνεται αν αυτό είναι δυνατό, τη σύγχρονη χορήγηση άλλων φαρμάκων.
 - Να κανονίζει το διαιτολόγιο του ασθενή να είναι αυτό που απαιτείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Δηλαδή να γίνει αποφυγή συστατικών ορισμένων συστατικών (στη μεθοτρεξάτη αποφυγή λιπών και στην υδροξουρία υδατανθράκων).
- Στη θεραπεία με χημειοθεραπευτικά φαρμάκων επιβάλεται η αποφυγή αλκοόλ (προστασία του ήπατος).
- Στη συνέχεια η νοσηλεύτρια χορηγεί στον ασθενή την απαιτούμενη δόση φαρμάκου σύμφωνα με το πρόγραμμα νοσηλείας.
 - Φροντίζει ακόμα για τις συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας του ασθενή, γιατί το φάρμακο πολλές φορές προκαλεί έλκη του βλεννογόνου του στόματος.
 - Τέλος φροντίζει για την επανάληψη των εξετάσεων του ασθενή στο τέλος κάθε εβδομάδας της τοξικότητας των φαρμάκων.

Ποτέ δεν πρέπει να ξεχνάται η ηπατοτοξικότητα των φαρμάκων αυτών (ιδιαίτερα της μεθοτρεξάτης).

Επίσης η υδροξουρία ελέγχεται και για τον πρόκληση ακοκκυτταραιμίας.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ

Και τα δύο χημειοθεραπευτικά εμφανίζουν τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες και επιπλοκές:

- Άνορεξία, κεφαλαλγία, ναυτία, άλγη του στομάχου, έλκη του βλεννογόνου του στόματος και αλωπεκία του τριχωτού της κεφαλής.
- Επίσης έχουν ανοσοκατασταλτική ενέργεια και για το λόγο αυτό είναι επικίνδυνα για την εμφάνιση λοιμώξεων ή αναπτύξεως κακοηθών όγκων.
- Τέλος είναι τοξικά για το ήπαρ, του νεφρούς και το μυελό των οστών.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες αντιμετωπίζονται με την παρακολούθηση τους και την άμεση διακοπή της χορήγησης τους.

Για τις επιπλοκές λόγω της ανοσοκατασταλτικής τους ενέργειας αποφεύγεται η μακροχρόνια χρήση τους.

Για την αποφυγή της τοξικότητας που παρουσιάζουν γίνεται περιοδικός έλεγχος για τη λειτουργία των οργάνων που προσβάλλουν.

ΨΩΡΙΑΣΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Η ψωρίαση σαν ασθένεια δεν είναι μεταδοτική. Οι βλάβες είναι εμφανείς και κάνουν τον ασθενή να νιώθει άσχημα με τον εαυτό του και το περιβάλλον.

Κατ' αρχήν ο ασθενής ενημερώνεται ότι δεν υπάρχει

κίνδυνος μετάδοση της νόσου.

Το γεγονός αυτό, πρέπει να γίνει γνωστό στο άμεσο περιβάλλον του (συγγενείς), έτσι ώστε να μην έχει ειδική μεταχείριση.

Είναι δύσκολο βέβαια, ο κοινωνικός περίγυρος (εργασία, φίλοι) να κατανοήσει την αδυναμία μετάδοσης της νόσου. Πρέπει να γίνει ενημέρωση, με όσο το δυνατόν περισσότερο διακριτικό και κατανοητό τρόπο

Έτσι, ο ασθενής παρά το πρόβλημά του (ψυχολογικό και σωματικό) μπορεί να ζει αρμονικά, με τους συνανθρώπους του.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Αποκατάσταση ονομάζουμε την επαναφορά του ασθενή στο ρυθμό της φυσιολογικής ζωής δηλαδή την ψυχολογική και κοινωνική επανενταξή του, σ' αυτή.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ο ασθενής που πάσχει από ψωρίαση νιώθει ανασφάλεια και εκνευρισμό λόγω των συνεχών υποτροπών της νόσου. Παρουσιάζεται εχθρικός γιατί νιώθει ότι όλοι τον παρακολουθούν λόγω της εμφανισής του και έτσι περιορίζει τις κοινωνικές του δραστηριότητες αλλάζοντας το ρυθμό της ζωής του.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να δημιουργήσει καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τον ασθενή δείχνοντας ενδιαφέρον και κατανόηση για την καταστασή του. Επιδιώκει να τον ενημερώσει για τη νόσο έτσι ώστε να κατανοήσει και να αποδεχθεί το προβλημά του. Τον εμπυχώνει λέγοντάς του ότι μπορεί να υπάρχει χρονιότητα αλλά με κανένα τρόπο δεν υπάρχει μεταδοτικότητα και σπάνια επηρεάζεται η γενική υγεία του. Τον συμβουλεύει να ασχολείται με τα καθημερινά προβλήματα της ζωής χωρίς να χάνει το ενδιαφέρον του γι' αυτή. Τον τονώνει ψυχολογικά μεταδιδοντάς του αισιοδοξία για το μέλλον. Τον βοηθάει να κατανοήσει ότι δεν είναι μόνος με το προβλημά του και δεν πρέπει να νιώθει απόρριψη από τον κοινωνικό περίγυρο.

Επειδή, σίγουρα, έχει δικαίωμα για μια φυσιολογική ζωή.

Κεφάλαιο III

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ

Ο κ. Παπαδόπουλος Γιάννης 50 ετών, εισήλθε στη δερματολογική κλινική του Πανεπιστημίου Ρίου Πατρών, στις 1/2/92.

Ιστορικό : Ο ασθενής εμφανίζει από 10ετίας δερματικές αλλοιώσεις, συνδευόμενες κατά διαστήματα από κνησμό, στα άνω και κάτω άκρα, για τις οποίες έχει λάβει τοπική αγωγή με μικρή βελτίωση.

Παρούσα νόσος : Ο ασθενής εμφάνισε από μηνών επίμονες και ανθεκτικές στη θεραπεία δερματικές αλλοιώσεις στα άνω και κάτω άκρα, συνοδευόμενες από κνησμό.

Κλινικά ευρήματα. Είναι τα παρακάτω:

- 1) Ερυθηματολεπιδώδεις πλάκες διαφορετικού σχήματος και μεγέθους στα γόνατα, στην πρόσθια επιφάνεια των κνημών, στις ποδοκνημικές περιοχές, στους αγκώνες και στα άκρα των χεριών.
- 2) Κερατοδερμική πλάκα στο αριστερό πέλμα.
- 3) Επιμήκεις γραμμώσεις των νυχιών στα άνω άκρα.
- 4) Κιτρίνη χρώση, ονυχόσχιση, πάχυνση του ελευθέρου άκρου των νυχιών των κάτω άκρων.

Εργαστηριακά ευρήματα : Οι ακόλουθες εργαστηριακές ή παρακλινικές εξετάσεις ήταν αρνητικές: αιματολογικές, ορολογικές, βιοχημικές, γενική ούρων. Επίσης η καλλιέργεια λεπιών από τις δερματικές αλλοιώσεις για ανεύρεση μυκήτων ήταν αρνητική.

Παθολογικά ευρήματα : Στην ακτινογραφία θώρακος βρέθηκε εύξηση του καρδιοθωρακικού δείκτη.

Ιστολογική εξέταση : Ψωρίαση.

Θ ε ρ α π ε υ τ ι κ ή α γ ω γ ή - π ο ρ ε ί α : Κατά την εισαγωγή του ασθενή χορηγήθηκε φυσιολογικός ορός.

Τέθηκε σε αγωγή με tb claritine (1x2), τοπικά bepanthene για ανακούφιση του κνησμού, euserine aqua-thilodexine για τη βελτίωση της ερυθροδερμίας, ουρία 30% - Vaseline στην κερατοδερμική αλλοίωση του αριστερού πέλματος, ουρία 10% - Vaseline και ανθραλίνη 1% (5-15min) στις αλλοιώσεις άνω - κάτω άκρων και συνδυασμός της ανθραλίνης με φωτοθεραπεία UVB (290-30nm) για 5-10min.

Ο ασθενής παρουσίασε σημαντική κλινική βελτίωση των αλλοιώσεων.

Σ Χ Ε Δ Ι Ο ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

A/A	Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
1	Κνησμός	Απαλλαγή από τον κνησμό.	Επάληψη υδατικής αλοιφής για ανακούφιση του ασθενή. Χορήγηση αντιισταμινικού φαρμάκου. Κόψιμο των νυχιών για την αποφυγή μόλυνσης.	Γίνεται επάληψη με αλοιφή beranthe (1x2). Χορηγείται tb Claritine (1x2). Κόβονται τα νύχια του ασθενή.	Ο ασθενής ενημερώνει ότι τα ενοχλήματα είναι ηπιότερα και εκφράζει την ικανοποίησή του για το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής μονάδας.
2	Ερυθροδερμία	Μείωση της δυσχέρειας του ασθενή.	Χορήγηση φυσιολογικού ορού για ανακούφιση του ασθενή. Επάληψη με αντιφλογιστική αλοιφή. Καρδιολογικός έλεγχος. Ακινητοποίηση του ασθενή για να ηρεμήσει.	Χορηγείται ο φυσιολογικός ορός. Γίνεται επάληψη με αλοιφή euserine aqua 45% και thilodexine 45% (1x2). Λαμβάνεται Η.Κ.Γ. Γίνεται ακινητοποίηση του ασθενή στο κρεβάτι μέχρι να ηρεμήσει.	Παρατηρείται βελτίωση της κατάστασης του ασθενή.
3	Πυρετός από ερυθροδερμία.	Απαλλαγή από τον πυρετό.	Χορήγηση αντιπυρετικού.	Γίνεται χορήγηση αντιπυρετικού (DEPON).	Μετά τη χορήγηση του αντιπυρετικού ο ασθενής δεν παραπονείται για τα ενοχλήματα του πυρετού.
4	Κερατοδερμική πλάκα στο πέλμα.	Βελτίωση της αλλοιώσεως.	Χορήγηση υδατικής αλοιφής στη δερματική αλλοίωση.	Γίνεται επάληψη με ουρία 30% και vaseline (1x2).	Παρατηρείται αισθητή βελτίωση της αλλοίωσης.
5	Ερυθρηματολεπιδώδεις ψωριασικές πλάκες.	Απαλλαγή του ασθενή από τις αλλοιώσεις.	Επάληψη των βλαβών με το σκεύασμα εκλογής. Προγραμματισμός Φωτοθεραπείας.	Γίνεται επάληψη των βλαβών με ανθραλίνη 1% για 5 - 15 minutes. Ακτινοβολούνται οι βλάβες με UVB (290-300nm) για 5 - 10 min.	Προοδευτική βελτίωση της πορείας της νόσου.

6	Μελαγχολία	Βελτίωση της διάθεσης του ασθενή.	Ψυχολογική τόνωση του ασθενή. Ατμόσφαιρα ηρεμία και εμπιστοσύνης.	Ψυχολογική τόνωση με ενημέρωση για την επίτευξη κατανόησης και αποδοχής του προβλήματός του. Φιλική και ζεστή συμπεριφορά από τη νοσηλεύτρια.	Παρουσιάζεται βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς.
---	------------	-----------------------------------	--	--	---

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΗ

Ο κ. Γιαννόπουλος Γιώργος 53 ετών, εισήλθε στη δερματολογική κλινική του Πανεπιστημίου Ρίου Πατρών στις 2/3/92.

Ιστορικό : Ο ασθενής έχει τα εξής προβλήματα:

- α) Γαστεκτομή πριν από 30 χρόνια.
- β) Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια από διαιτίας.
- γ) Βαρυκοΐα δεξιού αυτιού από διμήνου.

Παρούσα νόσος : Ο ασθενής εμφανίζει από 15ετίας δερματικές αλλοιώσεις παλαμών και πελμάτων.

Κλινικά ευρήματα. Είναι τα παρακάτω:

- α) Φλύκταινες παλαμών και πελμάτων.
- β) Βοθρία και επιμήκεις αυλακώσεις των νυχιών των άνω άκρων και έντονα δυστροφικά, πεπαχυσμένα, κίτρινου χρώματος νύχια των κάτω άκρων.

Εργαστηριακά ευρήματα. Οι ακόλουθες εξετάσεις ήταν αρνητικές: Γεν. αίματος, σάκχαρο αίματος, ουρία, κρεατίνη, ουρικό οξύ, χοληστερίνη, ALP, SGPT, γ-GT, ολική χολερυθρίνη, ολικά λευκώματα ορού, λευκωματίνη, K, Na, Ca, γενική ούρων, ASTO, CRP, RPR, καλλιέργεια υλικού έκ των βλαβών για αναζήτηση μυκήτων. Αναμένονται τα αποτελέσματα του προσδιορισμού T₃, T₄, TSH.

Παθολογικά ευρήματα : ΤΚΕ (27 έως 75 mm την 1η ώρα), τριγλυκερίδια (138 έως 286 mg/dl).

Θεραπευτική αγωγή - πορεία : Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με tb Voltaren 25mg (1x2) και tb Tavor (1 κάθε βράδυ), τοπικά 10% + Vaseline στις παλάμες και τα πέλματα και

σε δίαιτα πτωχή σε λίπη και υδατάνθρακες επειδή το απαιτεί η συστηματική αγωγή που γίνεται με τη Tigason 60 mg/ημέρα. Συγχρόνος γίνεται συνδυασμό του Tigason με φωτοχημειοθεραπεία PUVA (320-400nm) για 5-10 min. Ακόμα έγινε αφαίρεση νυχιών που παρουσίαζαν αλλοιώσεις και ακολούθησε φροντίδα για την αποφυγή μόλυνσης με φυσιολογικό ορό και betadine.

Σ Χ Ε Δ Ι Ο Ε Ε Α Τ Ο Μ Ι Κ Ε Υ Μ Ε Ν Η Σ Ν Ο Σ Η Λ Ε Υ Τ Ι Κ Η Σ Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Σ

A/A	Νοσηλευτικό Πρόβλημα	Σκοπός Νοσηλευτικής Παρέμβασης	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
1	Αγωνία	Απαλλαγή από την αγωνία	Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλεύτριας και αρρώστου.	Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών έτσι ώστε ο ασθενής να καταφέρει να αξιοποιήσει τις ψυχικές του δυνάμεις κατά της νόσου.	Οι ενέργειες αυτές επιφέρουν αποτελέσματα, ο ασθενής νοιώθει καλύτερα και εκφράζει την ικανοποίησή του στο προσωπικό.
2	Αρθραλγία	Απαλλαγή από το άλγος των αρθρώσεων	Χορήγηση αντιρευματικών φαρμάκων. Ακινητοποίηση του ασθενή στο κρεβάτι. Προγραμματισμός φυσιοθεραπείας.	Χορηγείται tb Voltaren 25 mg (1x2). Γίνεται ακινητοποίηση του ασθενή μέχρι να σταματήσει το άλγος. Προοδευτικά αρχίζει η φυσιοθεραπεία.	Ο ασθενής είναι ήσυχος και τα αποτελέσματα περιορίζονται στο ελάχιστο.
3	Επιμήκεις γραμμώσεις των νυχιών	Απαλλαγή από τις αλλοιώσεις	Ενημέρωση του ασθενή για την επέμβαση. Ετοιμασία απαραίτητου υλικού και εργαλείων για την επέμβαση.	Χορήγηση τοπικού αναισθητικού (xylocaine) στον ασθενή. Βοήθεια του ιατρού κατά τη διαδικασία της χειρουργικής αφαίρεσης των νυχιών.	Με τις νοσηλευτικές και ιατρικές ενέργειες επιτυγχάνεται η σωστή εφαρμογή της επέμβασης.
4	Αλλαγή τραύματος	Αλλαγή επιδεσμικού υλικού για την αποφυγή μόλυνσης.	Ετοιμασία απαραίτητου υλικού. Διδασκαλία του ασθενή για τον τρόπο και τις αλλαγές.	Γίνεται αλλαγή και καθαριότητα του τραύματος με φυσιολογικό ορό και betadine.	Το τραύμα διατηρείται καθαρό με αποτέλεσμα τη γρήγορη επούλωση του και την επανεμφάνιση νυχιών με φυσιολογική δομή.

5	Φλύκταινώδεις ψωριασικές πλάκες	Βελτίωση αλλοιώσεων	Επάληψη αλοιφών στις πλάκες και συστηματική αγωγή με το φάρμακο εκλογής. Προγραμματισμός Φωτοχημειοθεραπείας.	Γίνεται επάληψη τοπικά με ουρία 10% και vaseline (1x2). Συστηματική αγωγή με tb Tigason 60 mg/ημερ. Εφαρμογή PUVA(320-400nm) για 5 - 10 min.	Σημαντική βελτίωση των αλλοιώσεων.
6	Αϋπνία	Απαλλαγή από την αϋπνία	Χορήγηση ηρεμιστικού.	Γίνεται χορήγηση ηρεμι- στικού Tavor 0,5 (1 κάθε βράδυ).	Ο ασθενής ηρεμεί και καταφέρνει να κοιμη- θεί.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψωρίαση είναι μια δερματοπάθεια με άγνωστη φύση και αίτιο. Οι επιπτώσεις της νόσου είναι περισσότερο ψυχολογικές παρά σωματικές, λόγω των συνεχών υποτροπών της.

Όμως, η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, δίνει συνεχείς ελπίδες για την αποτελεσματικότερη, και ίσως στο μέλλον για την μόνιμη θεραπεία της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Fratelli Fabbri Editori: "Περί ψωρίασης", ιατρικός οδηγός πάπυρος, τόμος 4ος, εκδόσεις "εταιρείας εγκυκλοπαιδικών εκδόσεων Ο.Ε.", Αθήνα 1968.
- "Θεραπευτική ενημέρωση 1985", σεμινάριο κλινικής αφροδισίων και δερματικών νόσων, Πανεπιστημίου Αθηνών, νοσοκομείο "Α. Συγγρού", επιστημονικές εκδόσεις "Παρισιανού Γ.Κ.", Αθήνα 1985.
- Κανιτάκης Ι. Κωνσταντίνος: "Δερματολογία-Αφροδισιολογία", τόμος Γ', τεύχος Α', εκδόσεις "Σακκούλα", Θεσσαλονίκη 1980.
- Κανιτάκης Ι. Κωνσταντίνος: "Δερματολογία-Αφροδισιολογία", τόμος Α', εκδόσεις "Σακκούλα", Θεσσαλονίκη 1980.
- Καπετανάκης Ιωάννης: "Εγχρωμη Δερματολογία-Διαγνωστική και Θεραπευτική", εκδόσεις "Παρισιανού Γ.Κ.", Αθήνα 1987.
- Kimming Joseph, Janner Michael: "Εγχρωμος Ατλας Δερματολογίας", έκδοση 2η, εκδόσεις "Λίτσας", Στρουτγκάρδη 1978.
- Κουμαντάκη-Μαθιουδάκη, Μαρία-Ελευθερία: "Ποσοτικό προσδιορισμός των συγκεντρώσεων των ιχνοστοιχείων (Fe, Cu, Mg, Zn) στον ορό του αίματος και στα νύχια των ψωριασικών ασθενών", εκδόσεις "Καπετανίδη Γ.", Αθήνα 1979.
- Krupp A. Mruus, Chatton J. Milton: "Σύγχρονος Διαγνωστική και Θεραπευτική", τόμος Α', εκδόσεις "Παρισιανού Γ.Κ.", Αθήνα 1979.
- Lenene G.M, Galnan C.D.: "Ατλας Δερματολογίας", Ιατρικοί Ατλαντες, τόμος Ε', εκδόσεις "Ελευθερουδάκη", Αθήνα 1980.
- Μαλγαρινού Μ.Α., Κωσταντινίδου Σ.Φ.: "Νοσηλευτική Παθολογική και Χειρουργική", τόμος Β', μέρος 2ο, έκδοση 11η, εκδόσεις Ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων "Η Ταβιθά",

Αθήνα 1989.

Νάνου Κυριακή: "Στοιχεία Δερματολογίας και Αφροδισίων Νοσημάτων. Νοσηλευτική Φροντίδα", σημειώσεις τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών, 1979.

Τσαμπάς Διονύσιος: "Σημειώσεις Δερματολογίας", Δερματολογική Κλινική Πανεπιστημίου Ρίου, Πάτρα, 1987.

"Ψωρίαση", Υδρία, Μεγάλη Γενική Εγκυκλοπαίδεια, τόμος 55ος, εκδόσεις "Εταιρείας Εγκυκλοπαιδικών Εκδόσεων Α.Ε.", Αθήνα 1988.

