

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική φροντίδα
ασθενούς με ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Πτυχιακή εργασία

Σπουδάστρια : ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

(Υπογραφή)

Νάνου Κυριακή

Επιτροπή Εγκρίσεως:

Πτυχιακής Εργασίας:

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

1)

2)

3)

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη το πτυχίου Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ , 1992



ΑΡΙΘΜΟΣ	724 B
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Την Πτυχιακή μου Εργασία
την αφιερώνω
στους γονείς μου για την
πολύτιμη συμπαράστασή τους
κατά τη συγγραφή της.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛ.
Πρόλογος	1
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
Εισήγηση, Ορισμός σκλήρυνσης κατά πλάκας	2
Ανατομία - Φυσιολογία Νευρικού Συστήματος	4
Απομυελινωτικές νόσοι	6
Εκδηλώσεις που προκαλούνται από απομυελινωτικές νόσους	8
Αιτιολογία	9
Μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας	11
Συχνότητα και επιδημιολογία	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Παθολογική ανατομική	13
Κλινική εικόνα	14
Εργαστηριακές εξετάσεις	21
Διάγνωση	23
Διαφορική διάγνωση	25
Πορεία και πρόγνωση	27
Θεραπεία	28
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	
Γενική εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	30
Γενικά προβλήματα	35
Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με σκλήρυνση κατά πλάκας	36
Κλινική περίπτωση	41
Νοσηλευτική διεργασία	44
Επίλογος	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	52

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας σίγουρα δεν είναι νόσος που συναντά κανείς συχνά, αν σκεφτούμε το γεγονός ότι κάθε χρόνο νοσηλεύονται περίπου 100-150 άρρωστοι μ'αυτή τη διάγνωση στη χώρα μας.

Το γεγονός ότι η νόσος βρίσκεται σε συνεχή διερεύνηση, καθώς ένα σωρό ερωτήματα γύρω απ'αυτήν μένουν αναπάντητα, διότι προκαλεί διαταραχή σημαντικών λειτουργιών του οργανισμού όπως η όραση, η ομιλία, βάδιση, διανοητική δραστηριότητα κ.α., και τέλος το γεγονός ότι προσβάλλει άτομα νεαρής σχετικά ηλικίας με ώθησε να διαλέξω το συγκεκριμένο θέμα.

Σκοπός μου, είναι να δώσω μια όσο το δυνατόν ολοκληρωμένη εικόνα της νόσου που λέγεται "σκλήρυνση κατά πλάκας" και των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο άρρωστος.

Μέσα στην όλη νοσηλευτική διεργασία αρρώστου με σκλήρυνση κατά πλάκας και την ουσιαστική συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην θεραπεία και αποκατάστασή του, θα ήθελα να τονίσω την ιδιαίτερη σημασία της ψυχολογικής του υποστήριξης, ώστε φεύγοντας από το νοσοκομειακό χώρο να ξαναρχίσει τις δραστηριότητες του όσο αυτό είναι δυνατόν . Ίσως αυτό να είναι το σημαντικότερο στοιχείο στο ολό θέμα, η προσαρμογή του αρρώστου στις νέες συνθήκες και η πίστη στην αξία της ύπαρξης του.

Μ Ε Ρ Ο Σ Π Ρ Ω Τ Ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΗΓΗΣΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Πολλά νεύρα στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό περιβάλλονται από προστατευτική επένδυση που ονομάζεται μυελίνη. Η επένδυση εξασφαλίζει τη διατροφή των λεπτών νευρικών ινών, που περιβάλλει και επιταχύνει τη διαβίβαση των νευρικών ώσεων. Αν η επένδυση της μυελίνης υποστεί φλεγμονή και οίδημα τότε προκαλούνται βλάβες στις νευρικές ίνες. Κι αν η διαταραχή αφορά αρκετά νεύρα του κεντρικού νευρικού συστήματος, τότε εμφανίζεται η νόσος που ονομάζεται σκλήρυνση κατά πλάκας. Οποιοδήποτε τμήμα του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού, που περιέχει νεύρα καλυμμένα με μυελίνη μπορεί να προσβληθεί.

Η κατά πλάκας σκλήρυνση ή αλλιώς πολλαπλή σκλήρυνση είναι η συχνότερη από τις υποτιθέμενες άνοσες απομυελινωτικές διαταραχές και αποτελεί νευρολογικό νόσημα με χρόνια εξέλιξη. Αν και η νόσος ήταν γνωστή από τις αρχές του 19ου αιώνα, η πρώτη ολοκληρωμένη περιγραφή της έγινε προς το τέλος του από τον Charcot (Charcot, 1872) ενώ η ιστολογική περιγραφή της πλάκας - πρωτοπαθής απομυελίνωση με περιφλεβικές λεμφοκυτταρικές διηθήσεις - δημοσιεύθηκε το 1916 από τον Dawson. Πλήθος από επιδημιολογικές γενετικές και ανοσολογικές μελέτες τα τελευταία χρόνια αποβλέπουν στο να διερευνήσουν και να διαλευκάνουν το μυστήριο της αιτιοπαθογένειας της νόσου.

Κλινικά χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που δείχνουν πολλαπλές βλάβες στη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και προκαλεί συνήθως τα πρώτα της συμπτώματα σε ηλικία μεταξύ 20 και 40 χρόνων. Στις περισσότερες περιπτώσεις η νοσηρή εξεργασία προχωρεί με επεισόδια (ώσεις), με υφέσεις διαφορετικής διάρ-

κείας, ενώ σε άλλες εμφανίζει εξελικτική με διαλείμματα πορεία, με σπαστική παραπάρεση και σημεία από την παρεγκεφαλίδα ή το εγκεφαλικό στέλεχος. Αν και υπάρχουν πολλές σχετικά ελαφρές περιπτώσεις με υποτροπές ύστερα από πολλά χρόνια, παροδικές χωρίς σημαντικά κατάλοιπα, υπάρχουν από το άλλο μέρος περιπτώσεις που η νόσος προχωρεί αδυσώπητα προκαλώντας βαριά αναπηρία, και σπάνια το θάνατο μέσα σε ένα - δύο χρόνια. Τελικά οι περισσότεροι άρρωστοι καταλήγουν ανάπηροι με προοδευτική παραπληγία και αταξία.

Ιστιοπαθολογικά βρίσκονται πολλές πλάκες απομυελίνωσης και γλοίωσης - διαφορετικής ηλικίας - σε όλο το κεντρικό σύστημα, που αφρούν κυρίως τη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, με συχνή κατανομή γύρω από τις φλέβες ή τις κοιλίες, ενώ σπάνια προσβάλλεται και η φαϊά ουσία.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα αποτελεί το σύστημα επικοινωνίας του σώματός μας. Εξυπηρετεί τη μεταφορά ερεθισμάτων από τα αισθητικά όργανα στα εκτελεστικά όργανα, δηλαδή τους μυς και τους αδένες. Το Ν.Σ. επιτελεί επίσης τη λειτουργία της επεξεργασίας των πληροφοριών που παίρνει από τα αισθητικά όργανα, και τη λειτουργία της επιλογής των ειδικών εκτελεστικών οργάνων που εξασφαλίζουν την κατάλληλη για κάθε περίπτωση απάντηση.

Το Ν.Σ. διακρίνεται σε : ζωικό και αυτόνομο ή φυτικό. Το Ν.Σ. εποπτεύει τις λειτουργίες που μπορούν να προσδιορίζονται από τη βούλησή μας και κυρίως τις κινήσεις των εγκάρσια γραμμωτών σκελετικών μυών. Το Α.Ν.Σ. με τη συμπαθητική και παρασυμπαθητική του μοίρα, εποπτεύει τις λειτουργίες που δεν εξαρτώνται από τη βούλησή μας και πραγματοποιούνται με αυτόνομο τρόπο. Τέτοιες λειτουργίες επιτελούνται από το μυοκάρδιο, από τις λείες μυϊκές ίνες των διαφόρων οργάνων (γαστρεντερικός σωλήνας, μήτρα κλπ.) και από αδένες.

Το ΑΝ.Σ. δεν είναι εντελώς αυτόνομο γιατί οι λειτουργίες του επηρεάζονται από ψυχικές αντιδράσεις, που προκαλούνται από δική μας συνειδητή συμμετοχή.

Στη διάκριση του Ζ.Ν.Σ. από το Α.Ν.Σ. συμβάλλουν και γνωρίσματα της προσαγωγού αισθητικής, κυρίως όμως της εκτελεστικής τους οδούς (ή φυγόκεντρης), καθώς και φαρμακολογικά γνωρίσματα. Τόσο στο περιφερικό, όσο και στο Κ.Ν.Σ. συμμετέχουν, και το ζωικό και το αυτόνομο τμήμα αυτού. Πιο συγκεκριμένα, το περιφερικό νευρικό σύστημα, περιλαμβάνει νεύρα ή νευρικά πλέγματα (με προσαγωγούς και απαγωγούς νευρικές οδούς) και γάγγλια, που αποτελούν περιφερικό σταθμό στη διαβίβαση του νευρικού ερεθίσματος. Στο Α.Ν.Σ. και το Ζ.Ν.Σ. γάγγλια παρεμβάλλονται στην προσαγωγο-αισθη-

τική οδό, και είναι τα γνωστά γάγγλια στα νωτιαία και στα εγκεφαλικά νεύρα. Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα γάγγλια παρεμβάλλονται και στην Εκτελεστική οδό, ενώ στην απαγωγο-εκτελεστική οδό του Ζ.Ν.Σ. μέχρι το εκτελεστικό όργανο (εγκάρσια - γραμμωτοί σκελετικοί μύες) δεν παρεμβάλλονται γάγγλια.

Το Κ.Ν.Σ. περιλαμβάνει το Νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Ο τελευταίος βάρους 1400 γραμμαρίων περίπου, υποδιαιρείται στα εγκεφαλικά ημισφαίρια, το στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα.

Το Κ.Ν.Σ. γενικότερα, λευκή και φαία ουσία. Στη λευκή ουσία διασταυρώνονται προσαγωγοί και απαγωγοί οδοί, και παράλληλα συνυπάρχουν οδοί που δεν βγαίνουν έξω από το Κ.Ν.Σ. και συνδέουν διάφορες περιοχές του. Η φαία ουσία μέσα στο Κ.Ν.Σ. είναι κεντρική ή περιφερική και η κεντρική φαία ουσία απαντάται αποκλειστικά στο νωτιαίο μυελό, στους πυρήνες του προμήκους, του μέσου εγκεφάλου καθώς και στους πυρήνες της παρεγκεφαλίδας, του διαμέσου και του τελικού εγκεφάλου. Ο τελικός εγκέφαλος και η παρεγκεφαλίδα παρουσιάζουν πρόσθετα φαία ουσία, που ονομάζεται φλοιός. Με το φλοιό της και τους διάφορους πυρήνες, απαρτίζει τα διάφορα κέντρα του Κ.Ν.Σ. που είναι άλλοτε άλλης ιεράρχησης (ανώτερα και κατώτερα από άνω προς τα κάτω στο εγκεφαλονωτιαίο σύστημα) και μπορεί να είναι είτε αισθητικά προσαγωγά είτε εκτελεστικά κέντρα.

ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Οι απομυελινωτικές νόσοι αποτελούν μια ομάδα διαταραχών τού νευρικού συστήματος, που χαρακτηρίζεται ιστοπαθολογικά από καταστροφική εξεργασία που προσβάλλει τα έλυτρα της μυελίνης των νευρικών ινών μέσα στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Αν και η φαιά ουσία μπορεί να προσβληθεί δευτεροπαθώς αυτές είναι πρωτοπαθείς παθήσεις της λευκής ουσίας. Οι κύριες καταστάσεις που ανήκουν σ' αυτήν την ομάδα είναι η οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα, η οξεία αιμορραγική λευκο εγκεφαλίτιδα, η οπτική νευρομυελίτιδα, η κατά πλάκας σκλήρυνση και η διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση.

Ενώ σήμερα φαίνεται ότι για τις περισσότερες περιπτώσεις οξείας εγκεφαλομυελίτιδας είναι υπεύθυνοι αυτοάνοσοι μηχανισμοί μέσα στο νευρικό σύστημα και ότι όμοιοι μηχανισμοί παίζουν ρόλο στην κατά πλάκας σκλήρυνση, η ακριβής αιτιολογία και παθογένεια των διαταραχών αυτών παραμένει σκοτεινή, έτσι ώστε είναι αδύνατη μια αιτιολογική κατάταξη των ξεχωριστών νοσολογικών οντοτήτων μέσα στην ομάδα.

Η κλινική διαφοροποίηση είναι επίσης δύσκολη, αν και η εξέλιξη μιας χρόνιας υποτροπιάζουσας περίπτωσης κατά πλάκας σκλήρυνσης είναι πολύ διαφορετική από το ιστορικό μιας μετωπιαίας εγκεφαλομυελίτιδας, σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχουν μέσα διάκριση ανάμεσα σε ένα οξύ επεισόδιο κατά πλάκας σκλήρυνσης και σε μια εγκεφαλομυελιτιδική νόσο.

Παθολογοανατομικά επίσης υπάρχουν ομοιότητες στις αλλοιώσεις του νευρικού συστήματος στις διάφορες αυτές νόσους. Ανάμεσα στην οξεία περιαγγειακή φλεγμονή και την απομυελινωτική βλάβη, που συμβαίνουν στην εγκεφαλομυελίτιδα, και στις μαζικές συρρέουσες περιοχές απομυελίνωσης της διάχυτης εγκεφαλικής σκλήρυν-

σης, υπάρχει ένα φάσμα ιστολογικών αλλοιώσεων που μπορεί να παρατηρηθούν σε διάφορες παραλλαγές και συνδυασμούς στην κάθε μια απ' αυτές τις καταστάσεις. Μερικές φορές οι άξονες στις περιοχές της απομυελίνωσης καταστρέφονται νωρίς, σε άλλες διατηρούνται για κάποιο χρόνο, αλλά συνολικά ο τύπος της παθολογοανατομικής αντίδρασης είναι γενικά όμοιος· αυτό δεν συνεπάγεται και ταυτόσημη αιτιολογία, καθώς τον νευρικό σύστημα διαθέτει ένα περιορισμένο αριθμό παθολογοανατομικών αντιδράσεων και η καταστροφή της μυελίνης μπορεί να οφείλεται σε πολλούς βλαπτικούς παράγοντες. Έτσι, προς το παρόν, δεν είναι δυνατός ένας σαφής ορισμός των απομυελινωτικών νόσων και μερικά από τα κλινικά σύνδρομα που συνήθως ορίζονται, ίσως να ορίζονται τεχνητά (π.χ. η οπτική νευρομυελίτιδα). Βέβαια πολλές καταστάσεις που παραδοσιακά κατατάσσονται στις μορφές της διάχυτης εγκεφαλικής σκλήρυνσης (όπως η μεταγχρωματική λευκοδυστροφία που οφείλεται σε έλλειψη αρυλσουλιφατάσης) είναι σήμερα γνωστό ότι οφείλονται σε ειδικές συμφυείς διαταραχές του μεταβολισμού.

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ

ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΒΛΑΒΗΣ

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Νωτιαίος μυελός

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

Εγκεφαλικό στέλεχος και παρεγκεφαλίδα

Διαταραχές κρανιακών νεύρων, διπλωπία, νυσταγμός, ζάλη, δυσαρθρία, διαταραχή στον έλεγχο των προσωπικών μυών, δυσκολία στην κατάποση και μάσηση, τρόμος, ασταθές βάδισμα.

Εγκεφαλικά ημισφαίρια

Συγκινησιακή αστάθεια, ευφορία, διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αιτιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας εξακολουθεί να παραμένει αναπάντητο ερώτημα, παρά τις πολυάριθμες έρευνες που έχουν γίνει σχετικά, αν και υπάρχουν ορισμένα στοιχεία ενδεικτικά της δράσης λοιμωδών ιών, ανοσολογικών και γενετικών παραγόντων. Η νόσος είναι πολύ πιο συχνή στις βόρειες και νότιες εύκρατες ζώνες σε σύγκριση με τις τροπικές. Επιπλέον, οι πιθανότητες ανάπτυξης σκλήρυνσης κατά πλάκας αυξάνονται στα άτομα που μετακινούνται από τις τροπικές στις εύκρατες ζώνες πριν από την ηλικία των 5 ετών, αντίθετα, στα άτομα που μετακινούνται μετά το 15^ο έτος, η συχνότητα της νόσου παραμένει εξ ίσου χαμηλή με των χωρών στις οποίες έχουν γεννηθεί. Τα ευρήματα αυτά είναι ενδεικτικά μόλυνσης με λοιμογόνο παράγοντα στη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής (βραδύ ιό ή παράγοντα παιδικής λοίμωξης). Το ενδεχόμενο ανοσολογικής διαταραχής υποδηλώνουν όχι μόνο οι φλεγμονώδεις περιαγγειακές διηθήσεις, που μερικές φορές παρατηρούνται στις απομυελινωτικές πλάκες, αλλά και το γεγονός ότι συνήθως πριν από την εκδήλωση της οξείας κρίσης παρατηρείται ελάττωση των κατασταλτικών, λευμοκυττάρων του αίματος. Εξάλλου, μετά από ένεση αντιγόνου σε ζώα έχει αναπτυχθεί υποτροπιάζουσα εγκεφαλομυελίτιδα με ομοιοτητες προς την κατά πλάκας σκλήρυνση. Την πιθανή γενετική προδιάθεση υποδηλώνει το γεγονός ότι ο απλότυπος DW2 βρίσκεται στο 65% περίπου, των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ στους μάρτυρες βρίσκεται σε συχνότητα μόνο 15%. Επιπλέον, η πάθηση είναι σπάνια στους ανατολικούς λαούς και στους μαύρους της Αφρικής και μάλιστα, ακόμα και άτομα με τέτοια καταγωγή που έχουν γεννηθεί σε εύκρατες περιοχές (ΗΠΑ).

Πρόσφατες μελέτες πάντως ξανάφεραν την άποψη της αιτιολογίας από λοίμωξη με "βραδύ ιό" και την άποψη μιας παθολογικής αντίδρασης υπερευαισθησίας του νευρικού συστήματος στην παρουσία ενός ή περισ-

σοτέρων συνηθισμένων ιών. Ανοσοβιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι ένα τέτοιο ρόλο μπορεί να παίζει ο ιός της ιλαράς.

Υπάρχουν και οπαδοί για τις θεωρίες που αφορούν την διατροφή με υπερβολική ποσότητα ζωικού λίπους, τη δηλητηρίαση με βαρέα μέταλλα, τον αγγειόσπασμο ή τη φλεβική θρόμβωση. Πιο πιθανή φαίνεται πάντως η άποψη ότι η νόσος οφείλεται σε υποτροπιάζουσα αλλεργική αντίδραση του νευρικού συστήματος απέναντι σε διάφορα αλλεργιογόνα. Αν και η άποψη της αλλεργίας είναι πολύ λιγότερο πειστική, εδώ από ότι στην εγκεφαλομυελίτιδα, ενισχύεται κάπως από το γεγονός ότι η ολική γ-σφαιρίνη και η ολιγοκλωνική IgG είναι γενικά αυξημένες στο ΕΝΥ. Είναι ακόμα γνωστό ότι οι υποτροπές μπορεί επανειλημμένα να ακολουθούν λοιμώξεις ή προφυλακτικούς εμβολισμούς. Πολύ δυσκολότερα ερμηνεύεται το γεγονός ότι η έναρξη ή οι υποτροπές, μπορεί να ακολουθούν τραυματισμούς ή συγκινησιακό stress.

ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ανάλογα με την πορεία και τη βαρύτητα της νόσου μπορούμε να διακρίνουμε τις εξής μορφές:

Οξεία μορφή: Με εκρηκτική έναρξη και επακόλουθη γρήγορη εξέλιξη και κατάληξη ή με θεαματική βελτίωση και μακρά ύφεση.

Ελαφριά μορφή: Με αραιές και ελαφρές εξάρσεις (κυρίως με οπτικές και αισθητικές διαταραχές) με γρήγορη αποκατάσταση και με μακρές υφέσεις με ελάχιστα μόνιμα υπολείμματα. Στη μορφή αυτή ανήκει το 20% των περιπτώσεων.

Υποτροπιάζουσα μορφή: Είναι η συνηθισμένη κλασική μορφή με πολλές εξάρσεις από την αρχή που αφήνουν ικανού βαθμού αναπηρίες (σοβαρότερες συνήθως στα πρώτα 5 χρόνια). Στη μορφή αυτή ανήκει το 65% των περιπτώσεων.

Χρόνια προϊούσα μορφή: με βραδεία προϊούσα εξέλιξη σε άτομα συνήθως μεγαλύτερα των 20-30 ετών. Στη μορφή αυτή ανήκουν τα 10-15% των περιπτώσεων.

Με βάση την κατανομή της βλάβης διακρίνουμε:

- (1) Γενικευμένη μορφή (με διαταραχές από τα οπτικά νεύρα, το στέλεχος, την παραγκεφαλίδα και το νωτιαίο μυελό),
- (2) νωτιαία μορφή, (με σπαστικό-αταξικό βάδισμα και ορθοκυστικές διαταραχές) και
- (3) παρεγκεφαλιδική μορφή (με αταξία ως κύρια εκδήλωση).

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι πολύ συχνή νόσος. Κάθε χρόνο νοσηλεύονται 100-150 άρρωστοι μ'αυτή τη διάγνωση στα νοσοκομεία της χώρας μας. Στα δύο τρίτα των περιπτώσεων τα συμπτώματα πρωτοεμφανίζονται στην ηλικία των 20 με 40 ετών. Πρακτικά η νόσος ποτέ δεν πρωτοεμφανίζεται σε παιδιά ή σε άτομα πάνω από 60 ετών. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα απ'όσο οι άνδρες με αναλογία 3 προς 2. Η νόσος συναντάται σε πρόσωπα ποικιλώντας ευρέως επαγγελματικά και σε όλα τα κοινωνικά στρώματα.

Γενικά η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους τόσο προς τα βόρεια όσο και προς τα νότια ημισφαίρια. Η επίπτωση της νόσου (αριθμός νέων περιπτώσεων σε ένα χρόνο) για χώρες μακριά από τον ισημερινό φτάνει τα 30-60 σε 100.000 πληθυσμό, αλλά σε ορισμένες περιοχές, όπως τη Σκωτία, η επίπτωση υπολογίστηκε πολύ μεγαλύτερη. Γενικά, ζώνες με μεγαλύτερη συχνότητα είναι η Βόρεια Ευρώπη, η Βόρεια Αμερική, η Νότια Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία. Σε περιοχές της Νότιας Ευρώπης η επίπτωση υπολογίζεται από 6-40 σε 100.000 πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

Μακροσκοπική εμφάνιση μικρών φαιόχρωων περιγεγραμμένων περιοχών στη λευκή ουσία αποτελούν τις απομυελινωτικές πλάκες. Ιδιαίτερα αυτές συσσωρεύονται περικοιλιακά στα ημισφαίρια γύρω από τον υδραγωγό και την 4η κοιλιά, στην παρεγκεφαλίδα, το νωτιαίο μυελό και τα οπτικά νεύρα (εικ. 1,2).

Μικροσκοπικά στις πλάκες υπάρχει έντονη απομυελίνωση με διατήρηση των νευραξόνων. Σε πρόσφατες πλάκες υπάρχει οίδημα και φαγοκυτταρική διήθηση ενώ σε παλιές προέχει η αύξηση της νευρογλοίας. Εμφανής είναι η δευτεροπαθής εκφύλιση (απομυελίνωση) μακρών αισθητικών και κινητικών ινών.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλουν ανάλογα με την εντόπιση και την ένταση της παθολογοανατομικής εξεργασίας. Μια μεμονωμένη πλάκα στην εναρξη μπορεί να ευθύνεται για διάφορα συμπτώματα και σημεία, αλλά όταν πολλές βλάβες συμβαίνουν ταυτόχρονα σε τυπικές περιοχές του ΚΝΣ το αποτέλεσμα είναι μια πολύ πιο χαρακτηριστική κλινική εικόνα. Η ποικιλία στην εντόπιση των περιοχών της απομυελίνωσης είναι υπεύθυνη για τον κλινικό πολυμορφισμό της νόσου. Τα συμπτώματα μιας εντοπισμένης βλάβης υποχωρούν σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες, όπως και εκείνα που οφείλονται σε πολλές οξείες βλάβες. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν πολλές υποτροπές με κάποιου βαθμού ενδιάμεσες υφέσεις, ενώ μετά από κάθε ύφεση παραμένουν σημεία μόνιμης νευρολογικής έκπτωσης πάνω στα οποία προστίθεται η επόμενη κλινική εκδήλωση. Στο τέλος, η κλινική εικόνα δεν διακρίνεται συχνά από εκείνη που βλέπουμε στις περιπτώσεις που από την αρχή εμφανίζονται πολλαπλές και εκτεταμένες βλάβες που προχωρούν θεαματικά και γρήγορα. Η μορφή με υποτροπές οξέων ή υποξέων επεισοδίων είναι συνηθέστερη σε νέους αρρώστους, ενώ στις περιπτώσεις έναρξης στη μέση ηλικία, η πορεία είναι συχνότερα βραδεία, εξελικτική και η νοσηρή διεργασία αφορά συνήθως στο νωτιαίο μυελό. Αν και σε μερικές περιπτώσεις η νόσος είναι δυνατόν να σταματήσει, και σε λιγότερες να συμβεί πλήρης και μόνιμη αποκατάσταση, οι περισσότερες περιπτώσεις τελικά ακολουθούν μια κοινή κατάληξη με αύξηση της αταξίας και της σπαστικότητας, ακινητοποίηση, αναπνευστικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις και θάνατοι. Αν και είναι γεγονός ότι σχεδόν κάθε νευρολογικό σύμπτωμα μπορεί να παρατηρηθεί κάποτε στην κατά πλάκας σκλήρυνση υπάρχουν όμως ορισμέ-

νοι συνδυασμοί συμπτωμάτων που παρατηρούνται ιδιαίτερα συχνά και χαρακτηρίζουν την νόσο.

Ένα από τα πιο συχνά αρχικά συμπτώματα είναι η μείωση της οπτικής οξύτητας συνήθως μονόπλευρα και σπανιότερα αμφοτερόπλευρα αποτελέσματα οπισθοβολβικής νευρίτιδας. Εμφανίζεται πόνος στο μάτι με προοδευτικό θάμπωμα ή σκοτεινίασμα της όρασης για πολλές ώρες ή μέρες. Συχνά η όραση χάνεται τελείως, ενώ κατόπιν ακολουθεί γενικά αυτόματη βελτίωση ίσως με πλήρη αποκατάσταση σε λίγες εβδομάδες ή μήνες, αν και κάποτε παραμένει ένα κεντρικό σκότωμα. Στο οξύ στάδιο η οπτική θηλή εμφανίζει συνήθως οίδημα, ενώ αργότερα παρατηρείται ωχρότητα του κροταφικού μισού της (οπτική ατροφία). Ένα άλλο εναλλακτικό σύμπτωμα που μπορεί να προηγείται από τις νευρολογικές εκδηλώσεις για πολλά χρόνια, είναι η διπλωπία που διαρκεί πολλές ώρες ή ημέρες. Σπάνια οφείλεται σε προσβολή οφθαλμοκινητικού πυρήνα και συχνότερα είναι κεντρικού ή διαταρηνικού τύπου χωρίς έτσι να παρατηρείται αντικειμενικά οφθαλμική παράλυση. Παθογνωμονικός είναι και ο αταξικός ή διχαστικός νυσταγμός (σημεία του Harris) όπου στο πλάγιο βλέμμα υπάρχει νυσταγμός του ματιού που απάγεται, και κάτάργηση της προς τα έσω κίνησης του άλλου ματιού.

Ένας άλλος τρόπος εισβολής είναι με παροδική αδυναμία ή κάτάργηση του ελέγχου των άκρων. Η αδυναμία μπορεί να πάρει τη μορφή της μονοπάρεσης ή της ημιπάρεσης αλλά πιο συχνή είναι η παραπάρεση. Αναπτύσσεται αδυναμία και αδεξιότητα του μέλους ή των μελών, με δυσκολία στη βάδιση. Συχνά η αδυναμία είναι ασύμμετρη, και ο άρρωστος, αν και υπάρχουν αμφοτερόπλευρα πυραμιδικά σημεία, παραπονείται ότι σέρνει μόνο το ένα πόδι ενώ θεωρεί ότι το άλλο είναι φυσιολογικό. Σε ελαφρές περιπτώσεις η αδυναμία γίνεται έκδηλη ύστερα από περπάτημα ή ορθοστασία για αρκετό χρόνο. Η φυσική εξέταση στη διάρκεια των επεισοδίων αποκαλύπτει σπαστι-

κότητα με αυξημένα αντανακλαστικά και πελματιαία απάντηση σε έκταση ή παρεγκεφαλιδική αταξία. Οι αρχικές αυτές εκδηλώσεις μπορεί να υποχωρήσουν σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες για να ακολουθήσουν άλλες στους επόμενους μήνες ή χρόνια.

Τα αισθητικά συμπτώματα είναι επίσης συνηθισμένα σαν πρώτες εκδηλώσεις της νόσου. Παραισθησίες ενός άκρου που διαρκούν λίγες ημέρες μπορεί να παραβλεφθούν εύκολα. Συχνά επεκτείνονται με τυπικό φυγόκεντρο τρόπο που δείχνει τον τρόπο εξάπλωσης μιας πλάκας απομυελίνωσης στις οπίσθιες δέσμες του νωτιαίου μυελού. Έτσι τα μυρμηκιάσματα και τα μουδιάσματα απλώνονται στο ένα πόδι, πρώτα πάνω, και στο άλλο προς τα κάτω ή από το βραχίονα προς τον κορμό και ύστερα στο πρόσωπο και το πόδι της ίδιας πλευράς. Συχνά υπάρχει αίσθηση "σφιχτού επιδέσμου" η διόγκωσης του άκρου. Το σύνδρομο του "αχρηστού χεριού" συχνά οφείλεται σε τέτοιες βλάβες, που καταργούν την ιδιοδεκτική αισθητικότητα σ' ένα χέρι· ο άρρωστος ουσιαστικά είναι ανίκανος να το χρησιμοποιήσει αν και η μυϊκή ισχύς είναι άθικτη. Στην εξέταση υπάρχει μείωση της αίσθησης θέσης και κίνησης της πολλαισθησίας και της διάκρισης δύο ταυτόχρονων ερεθισμάτων. Όταν προσβάλλονται τα πόδια βρίσκεται και σημείο Ramberg. Συχνά βρίσκεται επίσης και το σημείο Lhermitte. Σπανιότερα ο άρρωστος παρατηρεί, ιδιαίτερα όταν μπαίνει στο ζεστό μπάνιο, ότι η αίσθηση της θερμοκρασίας (και του πόνου) είναι μειωμένη σ' ένα πόδι. Η εξέταση εδώ αποκαλύπτει τα κλινικά χαρακτηριστικά ενός μερικού συνδρόμου Brown Sequard που οφείλεται σε μια απομυελινωτική πλάκα στη μια πλάγια δέσμη του νωτιαίου μυελού. Τα αισθητικά συμπτώματα υποχωρούν σταθερά ύστερα από μια πορεία λίγων εβδομάδων ή μηνών.

Συχνά ακόμα είναι και τα συμπτώματα πρωτοπαθούς προσβολής περιοχών του εγκεφαλικού στελέχους. Ένα τρόπος εμφάνισης είναι

το οξύ επεισόδιο ίλιγγου που οφείλεται σε προσβολή των αιθουσαίων κέντρων και που σπάνια συνοδεύεται από σημεία βλάβης των μακρών αισθητικών ή κινητικών οδών. Συχνότερα, ενώ ο ίλιγγος υποχωρεί, ο άρρωστος παραπονεύεται για διπλωπία και αντικειμενικά βρίσκεται αταξικός νυσταγμός. Εναλλακτική κλινική εικόνα είναι η τριάδα του Charcot που αποτελείται από αταξία με σχετικά οξεία έναρξη, με παρεγκεφαλιδικά σημεία ασυνέργειας και από τα τέσσερα άκρα, έντονο νυσταγμό στο πλάγιο βλέμμα και δυσοσφύρια. Ομοιος συνδυασμός σημείων μπορεί να αναπτυχθεί και σε προχωρημένες περιπτώσεις. Συνδυασμένες βλάβες πυρήνων κρανιακών νεύρων και μακρών οδών παρατηρούνται μερικές φορές σε μεγάλη ποικιλία. Μονόπλευρη παράλυση του προσωπικού νεύρου συμβαίνει σπάνια, και αν δεν υπάρχουν και άλλα σημεία, είναι δύσκολη η διάκριση από μια παράλυση τύπου Bell. Μερικοί άρρωστοι εμφανίζουν μονόπλευρη αναισθησία του προσώπου που την ακολουθεί μετά από μήνες νευραλγία τριδύμου (επώδυνο tic) στην ίδια πλευρά του προσώπου και ακόμη αργότερα σημειολογία βλάβης του νωτιαίου μυελού. Το επώδυνο tic μπορεί να αναπτυχθεί και σε αρρώστους που πάσχουν από τη νόσο για μερικά χρόνια.

Πολλοί άρρωστοι όπως αναφέρθηκε, εμφανίζουν βραδέως εξελισσόμενη αδυναμία και αδεξιότητα στα άκρα. Στους νεώτερους αρρώστους υπάρχουν συνήθως κλινικές ενδείξεις εκτεταμένων βαλβών, όπως κροταφικός αποχρωματισμός της οπτικής θηλής (ακόμα και χωρίς ιστορικό οπισθοβολβικής νευρίτιδας), νυσταγμός, παρεγκεφαλική αταξία και σπαστική αδυναμία των άκρων με κατάργηση της παλλαισθησίας στα σφυρά. Στη συνηθισμένη μορφή της κατά πλάκας σκλήρυνσης, την εξελικτική με υφέσεις που αρχίζει στη μέση ηλικία, το κύριο βάρος της νόσου πέφτει στις πυραμιδικές οδούς του νωτιαίου μυελού με σημεία σπαστικής παραπάρεσης ή τετραπάρεσης με μείωση ή κατάργη-

ση της παλλαισθησίας στα κάτω άκρα, αλλά χωρίς ενδείξεις συμμετοχής των κρανιακών νεύρων. Μπορεί να συμβαίνει παροδική επίταση των συμπτωμάτων και των σημείων ύστερα από ένα ζεστό μπάνιο ή από σωματική άσκηση, που οφείλεται στην αγγειοδιαστολή (σύμπτωμα του Ulthoff).

Τα οξεία επεισόδια της κατά πλάκας σκλήρυνσης, μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε περιοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Έτσι, η έναρξη είναι μερικές φορές εκρηκτική με πονοκέφαλο, εμέτους, ίλιγγο, πόνο στο πρόσωπο, και στη συνέχεια συμπτώματα από προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους των οπτικών νεύρων ή του νωτιαίου μυελού. Μπορεί ακόμα να εμφανιστεί επεισόδιο με εικόνα εγκάρσιας μυελίτιδας που δεν διακρίνεται από εκείνη άλλης αιτιολογίας. Σπάνια στην έναρξη της νόσου αναπτύσσεται εικόνα εγκεφαλικής προσβολής με διανοητικές διαταραχές, σπασμούς αφασία, ημιπληγία ή ημιανοψία. Ακόμα και σε υποξείες ή χρόνιες περιπτώσεις οι πλάκες της εγκεφαλικής απομυελίνωσης προκαλούν κάποτε υποτροπιάζουσες εστιακές ή γενικευμένες κρίσεις. Η διάκριση έτσι από την οξεία εγκεφαλομυελίτιδα είναι δύσκολη αν όχι αδύνατη.

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

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

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ

ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΡΕΥΝΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	% ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
Μυϊκή αδυναμία	96
Οφθαλμική διαταραχή	85
Διαταραχή της ούρησης	82
Αταξικό βάδισμα	60
Παραισθησίες	60
Δυσαρθρία ή σκοντάπτουσα ομιλία	54
Διανοητικές διαταραχές	47
Πόνος	19
Ιλιγγος	17
Δυσφαγία	12
Σπασμοί	6
Βαρηκοία	6
Εμβοές	5
ΣΗΜΕΙΟ	% ΤΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ
Σπαστικότητα, αύξηση των τενόντιων αντανακλαστικών ή και τα δύο	98
Σημείο Babinski	92
Εξάλειψη των κοιλιακών αντανακλαστικών	82
Δυσμετρία ή τελικός τρόμος	79
Νυσταγμός	71
Ελάττωση της αίσθησης των δονήσεων	61
Ελάττωση της αίσθησης της θέσης	52
Ελάττωση της αίσθησης του πόνου	44
Μυϊκή αδυναμία των προσωπικών μυών	42
Ελάττωση της αίσθησης της αφής	29
Ελάττωση της αίσθησης της θερμοκρασίας	17

Μεταβολές του επιπέδου της συνείδησης

5

* Πηγή (μετά από τροποποίηση): Merritt's Textbook of Neurology
7th ed. Philadelphia, Lea and Febiger, 1984.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Η Εργαστηριακή εξέταση μπορεί να βοηθήσει, αλλά δεν θέτει την οριστική διάγνωση.

Σε περίοδο εξάρσεων το λεύκωμα στο ΕΝΥ μπορεί να είναι ελαφρά αυξημένο και τα κύτταρα (μονοπύρρηνα) μερικές φορές φθάνουν το 30-50 ανά mm^3 . Χαρακτηριστική είναι η αύξηση της γ-σφαιρίνης στο 50% και πλέον των περιπτώσεων και στο 90% των αρρώστων, η ηλεκτροφόρηση σε αγαρόζη ή πολυακρυλαμίδη αποκαλύπτει την παρουσία ξεχωριστών (ολιγοκλωνικών) ζωνών στην περιοχή της γ-σφαιρίνης. Η παρουσία, περισσότερων από δύο ολιγοκλωνικών ζωνών, σε συνδυασμό με την ανάλογη κλινική εικόνα, αποτελεί ισχυρό ενδεικτικό σημείο σκλήρυνσης κατά πλάκας, αν και ολιγοκλωνικές ζώνες μπορούν να παρατηρηθούν και σε φλεγμονώδεις παθήσεις του νευρικού συστήματος. Στο ΕΝΥ βρίσκεται επίσης αυξημένη η βασική πρωτεΐνη της μυελίνης, ιδιαίτερα σε περιόδους εξάρσεων. Τα προκλητά δυναμικά (οπτικά, ακουστικά, σωματοαισθητικά) παρουσιάζουν ανωμαλίες γύρω στα 60-70% των περιπτώσεων και είναι μεγάλης διαγνωστικής αξίας, επειδή αποκαλύπτουν κλινικά ανύποπτες βλάβες στα οπτικά νεύρα, στο στέλεχος και στο νωτιαίο μυελό. Έτσι βοηθούν στην επιβεβαίωση πολλαπλών βλαβών που είναι διαγνωστικά κλειδί για την νόσο. Η αξονική ηλεκτρονική και ιδιαίτερα η μαγνητική τομογραφία βοηθούν στην απεικόνιση των απομυελινωτικών πλακών. Η αξονική τομογραφία μπορεί να παρουσιάζει αραιωτικές περιοχές ή κατά το οξύ στάδιο, περιοχές που σκιαγραφούνται εντονότερα μετά από σκιαγραφική ενίσχυση. Αυτές οι περιοχές απομυελίνωσης παρατηρούνται χαρακτηριστικά στις περικοιλιακές ζώνες του εγκεφάλου και ιδιαίτερα γύρω από τις πλάγιες κοιλίες. Η μαγνητική τομογραφία είναι σημαντικά πιο ευαίσθητη από την αξονική, διότι αποκαλύπτει την παρουσία πλακών ενισχυμένου συντονισμού στην περικοι-

λιακή περιοχή, οι οποίες αποτελούν ισχυρές ενδείξεις σκλήρυνσης κατά πλάκας (εικ.3). Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί ότι περιφερειακές περιοχές αυξημένου συντονισμού - των οποίων η σημασία είναι άγνωστη - παρατηρούνται και σε πολλά ηλικιωμένα άτομα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται στην έναρξη της νόσου στη νεαρή ηλικία, στο χαρακτηριστικό ιστορικό των εξάρσεων και υφέσεων, στην πολυεστιακή σημειολογία και στις εργαστηριακές εξετάσεις που αναφέρθηκαν πιο πριν. Στην κλινική πράξη κατατάσσουμε τους αρρώστους σε 3 κατηγορίες, όσον αφορά τη βεβαιότητα της διάγνωσης.

Βέβαια πολλαπλή σκλήρυνση: Αν έχουμε τουλάχιστο έναν από τους παρακάτω τέσσερις συνδυασμούς:

α) Ιστορικό 2 προσβολών και κλινική ένδειξη για 2 ξεχωριστές βλάβες.

β) Ιστορικό 2 προσβολών, κλινική ένδειξη 1 βλάβης και παρακλινική ένδειξη (προκλητά δυναμικά, νευροαπεικόνιση) για άλλη 1 ξεχωριστή βλάβη.

γ) Ιστορικό 2 προσβολών, κλινική ή παρακλινική ένδειξη 1 βλάβης και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και ολιγοκλωνικές ζώνες στο ΕΝΥ.

δ) Ιστορικό 1 προσβολής, κλινική ή παρακλινική ένδειξη 2 ξεχωριστών βλαβών και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και ολιγοκλωνικές ζώνες στο ΕΝΥ.

Δυνατή (probable) πολλαπλή σκλήρυνση: Αν έχουμε έναν από τους παρακάτω τέσσερις συνδυασμούς:

α) Ιστορικό 2 προσβολών και κλινική ένδειξη 1 βλάβης.

β) Ιστορικό 1 προσβολής και κλινική ένδειξη 2 ξεχωριστών βλαβών.

γ) Ιστορικό 1 προσβολής, κλινική ένδειξη 1 ξεχωριστής βλάβης και παρακλινική ένδειξη 1 ακόμα βλάβης.

δ) Ιστορικό 2 προσβολών και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και ολιγοκλωνικές ζώνες στο ΕΝΥ.

Πιθανή πολλαπλή σκλήρυνση: Στη διαβάθμιση αυτή κατατάσσουμε τον άρρωστο, όταν συνδυάζονται μόνο 2 από τα παραπάνω στοιχεία (από το ιστορικό, την κλινική ή παρακλινική εξέταση).

* Σχόλιο: Αναφορά σε δύο προσβολές σημαίνει ότι αυτές αναφέρονται σε διαφορετικά μέρη του ΚΝΣ και τις χωρίζει τουλάχιστο περίοδος ενός μήνα. Σε κάθε περίπτωση, για να θεωρηθεί μια προσβολή πλήρης, πρέπει να διαρκεί τουλάχιστο 24 ώρες.

Σήμερα η πιο σίγουρη διαγνωστική παράμετρος για την επιβεβαίωση της νόσου είναι η απεικόνιση των απομυελινωτικών πλακών με τη μαγνητική τομογραφία.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Δεν υπάρχει ασφαλής τρόπος διαφορικής διαγνώσεως μεταξύ μιας αποπληκτοειδούς προσβολής επί σκληρύνσεως κατά πλάκας και ενός οξέος αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου . Εάν μαι τέτοια προσβολή συμβεί σε νεαρό άτομο, το οποίο δεν πάσχει από σύφιλη ή καρδιαγγειακή νόσο, εάν δεν ακολουθεί προηγηθείσα οξεία λοιμώδης νόσος και εάν η υποχώρηση είναι ταχεία, πρέπει να σκεφτούμε τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Πολλαπλές μαλακύνσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, δευτεροπαθείς από θρόμβωση, οι οποίες εμφανίζονται σε ηλικιωμένα άτομα με αθηρωματώδη αγγεία, είναι δυνατόν να προκαλέσουν κλινική εικόνα η οποία δηλώνει την σκλήρυνση κατά πλάκας. Αλλά η ηλικία του ασθενούς, η ταχεία νοσηρή κατάσταση και η απουσία μακρών υφέσεων, συνηγορούν υπέρ της αγγειακής βλάβης.

Μερικές φορές , πάλι, τα σημεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας δημιουργούν την εντύπωση όγκου, ιδίως όταν η γλοιωτική εστία εντοπίζεται στην περιφέρεια της γέφυρας και συνοδεύεται απο περιγεγραμμένη ορώδη μηνιγγίτιδα της γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας. Τέτοιες περιπτώσεις οδηγήθηκαν σε εγχείρηση. Οι Γάλλοι μιλούν για κεφαλαλγική μορφή (formecerphalgiques) η οποία εγκαθίσταται με κεφαλαλγία και εμέτους και συνεχίζεται για μακρό χρονικό διάστημα μέχρι και έξι μήνες προτού να αναγνωριστεί ο χαρακτήρας της νόσου. Πάντως, έντονη κεφαλαλγία, έμετοι, αλλοιώσεις του σφυγμού και της αναπνοής, οίδημα της οπτικής θηλής και κάρωση, συνηγορούν υπέρ του όγκου. Σε όγκο του νωτιαίου υπάρχει συχνά πόνος, δεν παρατηρείται νυσταγμός (εκτός από όγκους της άνω αυχενικής μοίρας) και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό μπορεί να είναι ξανθοχρωματικό ή να δείχνει σημεία νωτιαίου υπαραχνοειδούς αποκλεισμού. Σε περίπτωση

αμφιβολιών η μυελογραφία με Pantopaque θα δείξει σαφή ευρήματα, απ'τα οποία θα τεθεί η διάγνωση.

Τέλος, η νόσος Merzbacher-Pelizäus της παιδικής ηλικίας είναι δυνατόν να εκληθεί ως σκλήρυνση κατά πλάκας, λόγω του τρόμου, του νυσταγμού και της βραδείας ομιλίας, είναι όμως εξαιρετικά σπάνια (πολύ λίγοι νευρολόγοι έχουν παρατηρήσει περιπτώσεις της νόσου).

Είναι οικογενής νόσος, η οποία αρχίζει κατά τη βρεφική ηλικία, ταχέως προϊούσα κατά την πορεία της. Παρατηρούνται διαγνωστική καθυστέρηση, τροφικές και αγγειοκινητικές διαταραχές. Τα τενόντια αντανακλαστικά λείπουν στη νόσο αυτή.

ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας εμφανίζει ποικιλία. Πολλοί άρρωστοι ζουν 30 και 50 χρόνια μετά την αρχή της, ενώ λίγοι πεθαίνουν σε ένα δύο χρόνια. Η πρόγνωση είναι πολύ ευνοϊκότερη για εκείνους που δεν εμφανίζουν σοβαρή αναπηρία στα πέντε πρώτα χρόνια ή σ' αυτούς που παρουσιάζουν αισθητικά συμπτώματα ή μεσοδιαστήματα με πλήρη αποκατάσταση. Η έναρξη με παρεγκεφαλιδική αταξία ή η ανάπτυξη παρεγκεφαλιδικών σημείων σε οποιοδήποτε στάδιο επιβαρύνουν την πρόγνωση. Η πορεία της είναι πολύ ήπια ή καλοήθης στο 20% περίπου των αρρώστων. Όταν ένα υγιές κατά τ' άλλα νέο άτομο εμφανίζει οπισθοβολβική νευρίτιδα, το πιο πιθανό είναι ότι πρόκειται περί σκλήρυνσης κατά πλάκας, κανείς όμως δεν μπορεί να πει με ακρίβεια πόσες εβδομάδες μήνες ή και χρόνια ακόμα θα πρέπει να περάσουν πριν την εμφάνιση νέων εκδηλώσεων της νόσου, ή ακόμα και όταν αυτές εμφανιστούν, πόσος χρόνος θα περάσει πριν την κατάληξη σε βαρεία ανικανότητα. Η νόσος κατά μέσο όρο διαρκεί 20 μέχρι 30 χρόνια.

Μόνιμη ίαση ή αποκατάσταση είναι άγνωστη, αλλά κάποιες περιπτώσεις παρουσιάζουν ανακοπή της εξέλιξής τους πριν εισέλθουν σε βαρεία αναπηρία, ζουν για μακρό χρονικό διάστημα και πεθαίνουν από άλλες αιτίες. Κάποια άτομα δε φαίνονται να έχουν μεγαλύτερη αντίσταση στη νόσο από άλλα. Οι πιο αχρηστευτικές περιπτώσεις βρίσκονται συνήθως μεταξύ των νέων ενηλίκων.

Το τελικό στάδιο, με την καθήλωση στο κρεβάτι, με ακράτεια, με επώδυνους καμπτικούς σπασμούς των κάτω άκρων και με εμπύρετα επεισόδια από λοίμωξη, αποτελεί μια από τις πιο δραματικές εικόνες στην ιατρική.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καθώς η αιτιολογία και η παθογένεια της νόσου παραμένουν αναπάντητα ερωτήματα, δεν υπάρχει θεραπεία και δεν μπορούμε να προσδοκούμε ίαση.

Η θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας, είναι προς το παρόν μόνο συμπτωματική. Πολλοί πιστεύουν ότι οι οξείες κρίσεις νευρολογικής δυσλειτουργίας υποχωρούν πιο γρήγορα όταν αντιμετωπίζονται με βραχυχρόνια χορήγηση κορτιωστεροειδών, δεν υπάρχουν όμως ενδείξεις ότι η αγωγή αυτή έχει ευεργετικό μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα.

Εξάλλου, μερικές θεραπευτικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ανοσοκατασταλτική αγωγή είναι ενδεχομένως αποτελεσματική σε περιπτώσεις χρόνιας προϊούσας πολλαπλής σκλήρυνσης, ενώ η ενδορραχιαία χορήγηση ιντερφερόνης, στην κατά πλάκας σκλήρυνση, που εξελίσσεται με εξάρσεις και υφέσεις. Μερικοί επίσης συνιστούν την εφαρμογή πλασμαφαίρεσης. Ωστόσο, καμιά από τις μεθόδους αυτές δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική.

Τα κορτικοειδή είναι τα φάρμακα εκλογής στις εξάρσεις και χορηγούνται περίπου για 1-2 μήνες (ACTH 80 μονάδες καθημερινά για λίγες μέρες με βαθμιαία μειούμενες δόσεις για ένα μήνα περίπου, ή Πρεδνισόνη 100mg ημερησίως από το στόμα για 15 ημέρες και στη συνέχεια, μέρη παρά μέρη για 15-30 μέρες με βαθμιαία μείωση). Σε βαριές εξάρσεις χρησιμοποιούνται και μεγαλύτερες δόσεις (μεθυλπρεδεδηζολόνη 0,5g σε ενδοφλέβιο έγχυση 100ccNaCl για 5 μέρες και συνέχιση με βαθμιαία μειούμενες δόσεις). Μακροχρόνια ανοσοκαταστολή, σε περιπτώσεις με αλλεπάλληλες εξάρσεις,

γίνεται με αζοθειοπρίνη ή κυκλοφωσφαμίδη σε δόση 2,5mg/kg βάρους. Για τη σπαστικότητα χρησιμοποιείται Baclofen 510mg X 3 ημερησίως και για τον τρόπο αντιχοληνεργικά. Η φυσιοθεραπεία αποτελεί απαραίτητο συμπλήρωμα της θεραπείας. Ανάπαυση και αποφυγή σωματικής κόπωσης είναι απαραίτητα. Οι οξείες λοιμώξεις αποτελούν εχθρούς οι οποίοι πρέπει να αποφεύγονται, όσο αυτό είναι δυνατό. Εάν θα επιτραπεί ή θα διακοπεί αρχόμενη κύηση είναι ένα ερώτημα στο οποίο θα δοθεί απάντηση ανάλογα με την περίπτωση και τα άτομα. Τα θερμά λουτρά είναι δυνατόν να έχουν πρόσκαιρη ευνοϊκή επίδραση επί της σπαστικότητας.

Οι άρρωστοι που δεν παρουσιάζουν εκτεταμένη προσβολή δεν απαιτούν συγκεκριμένη θεραπεία, εκτός φυσικά από την ενθάρρυνση και την παρακολούθηση που υποβοηθούν σημαντικά, από ψυχολογική άποψη, το τρομαγμένο άτομο. Τέλος οι άρρωστοι που έχουν υποστεί βαριές αναπηρίες λόγω όψιμων διαταραχών, όπως είναι γενικά, η σπαστικότητα και η δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης και του εντέρου, είναι προτιμότερο να νοσηλεύονται σε κέντρα που διαθέτουν πολλές ειδικότητες, όπου θα είναι δυνατό να εφαρμοσθούν φυσιοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, καθοδήγηση της οικογένειας και φαρμακευτική υποστηρικτική αγωγή.

Τέλος, θα ήθελα να τονίσω, ότι το καλύτερο που έχει να κάνει κάποιος που πάσχει από βαριά σκλήρυνση κατά πλάκας είναι να προσπαθήσει να συμβιβαστεί με τη νόσο του. Αυτοί που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα πιο αισιόδοξα, επιτυγχάνουν να κάνουν τις απαραίτητες προσαρμογές.

Μ Ε Ρ Ο Σ Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

I. Ιστορικό υγείας

1. Παρόντα προβλήματα

- α. Εμφάνιση και διάρκεια
- β. Ποιότητα πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- γ. Ένταση πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- δ. Παράγοντες που τον μειώνουν
- ε. Παράγοντες που τον επιδεινώνουν

στ. Αποτελέσματα τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων

ζ. Προβλήματα και παράπονα που έχουν σχέση μ' αυτά.

2. Παρελθούσες νόσοι

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

3. Οικογενειακό Ιστορικό (εκτίμηση τυχόν κληρονομικών ανωμαλιών)

4. Κοινωνικό ιστορικό

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

II. Διανοητική - ψυχική κατάσταση

1. Επίπεδο συνείδησης - βαθμός αντίδρασης στα ερεθίσματα

- α. Πλήρης αντίληψη του περιβάλλοντος
- β. Συγχυτικός
- γ. Παραληρηματικός

δ. Αηθαργικός

ε. Κωματώδης.

2. Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά

α. Τεταμένος

β. Θλιμμένος

γ. Με ευεξία

δ. Συνεργάσιμος

ε. Απρεπής συμπεριφορά

3. Διανοητική λειτουργία

α. Προσανατολισμός στο χώρο, χρόνο και πρόσωπα

β. Δυνατότητα υπολογισμών

γ. Μνήμη πρόσφατων γεγονότων (ο άρρωστος να ανακαλέσει τρία γεγονότα μέσα στο χρόνο της εξέτασής του).

δ. Μνήμη μακρινών γεγονότων (ο άρρωστος να ανακαλέσει ιστορικά δεδομένα όπως ονόματα των προέδρων ή πρωθυπουργών)

ε. Κρίση και ικανότητα επίλυσης προβλήματος.

4. Διεργασία σκέψης

α. Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή έμμονες ιδέες

β. Βαθμός επίγνωσης που αφορά τα προβλήματα και την κατάσταση του.

5. Φλοιώδης αισθητική λειτουργία

α. Ικανότητα αναγνώρισης των διαφόρων ερεθισμάτων

(1) Οπτικά ερεθίσματα

(2) Ακουστικά ερεθίσματα

(3) Απτικά ερεθίσματα.

β. Ικανότητα αναγνώρισης μερών του σώματος και των μεταξύ τους σχέσεων.

6. Φλοιώδης κινητική λειτουργία. Ικανότητα να εκτελέσει πράξεις που χρειάζονται δεξιότητες όταν δεν υπάρχει παράλυση.

7. Ομιλία

α. Ακουστική αντίληψη ικανότητα να αναγνωρίζει, διατηρεί και κατανοεί αυτό που ακούει.

β. Ακουστική έκφραση: Ικανότητα να μιλά και να εκφράζει τις διεργασίες σκέψης του μελλόγια.

γ. Οπτική αντίληψη: Ικανότητα να αναγνωρίζει, διατηρεί και κατανοεί το γραπτό λόγο.

δ. Γραπτή έκφραση: Ικανότητα έκφρασης των σκέψεων γραπτά (όταν δεν υπάρχουν κινητικές διαταραχές).

8. Χρήση χεριού

α. Αριστερού

β. Δεξιού

III. Κρανιακά νεύρα

1. Οσφρητικό: Δοκιμασία κάθε ρώθωνα ξεχωριστά χρησιμοποιώντας γνωστές μυρωδιές.

2. Οπτικό

α. Οπτική οξύτητα

β. Οπτικά πεδία

γ. Βυθόσκόπηση

(1) Κατάσταση οπτικής θηλής

(2) Αγγειακή κατάσταση

3. Κοινό κινητικό

α. Συστολή κόρης και προσαρμογή

β. Συμμετρία και κινήσεις βολβών

γ. Νυσταγμός

δ. Βλεφαρόπτωση

4. Τροχιλιακό

5. Τρίδυμο

α. Αισθητική απόκριση

(1) αντανακλαστικά κερατοειδούς

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

(3) Κινητική δύναμη των μασητήρων μυών

6. Απαγωγό

7. Προσωπικό

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

β. κινητικό: Συμμετρία του προσώπου σε έντονες εκφράσεις.

8. Ακουστικό

α. Ακοή

(1) Αμφοτερόπλευρη ακουστική οξύτητα σε ακουστικό ερέθισμα.

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

(3) Αν η αέρινη αγωγή είναι καλύτερη από την οστέινη ελέγχεται με το διαπασών (δοκιμασία RINNE).

β. Λειτουργία λαβυρινθικής ισορροπίας

(1) Νυσταγμός θέσης

(2) Δοκιμασία θερμική

9. Γλωσσοφαρυγγικό

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

β. Κινητικό: Αντανακλαστικό κατάποσης.

10. Πνευμονογαστρικό: Συμμετρία κίνησης της μαλακής υπερώας όταν προφέρει "αΗ".
11. Παραπληρωματικό: Μυϊκή δύναμη και όγκος του τραπεζοειδούς και στεριοκλειδομαστοειδούς μυός. Κινήσεις ώμου κεφαλής.
12. Υπογλώσσια: Βλάβη του ενός νεύρου: Ατροφία εκείνου του ημίσεος. Προβολή της γλώσσας, στροφή της προς την αδύνατη πλευρά. Αμφοτερόπλευρη παράλυση, αδυναμία κίνησης γλώσσας.

IV. Κινητική λειτουργία

1. Αξιολόγηση των μυϊκών ομάδων των άνω και κάτω άκρων, αριστερά και δεξιά για:
 - α. Συμμετρία
 - β. Δύναμη
 - γ. Τόνο
 - δ. Βαθιά τενόντια αντανακλαστικά

V. Αισθητική λειτουργία

1. Αξιολόγηση δερμοτομιών για απόκριση σε:
 - α. Πόνο (καρφίτσα ασφαλείας)
 - β. Ελαφρά αφή (βαμβάκι)
 - γ. Θέση
 - δ. Δόνηση (δαπασών)
 - ε. Θερμοκρασία

VI. Λειτουργία παρεγκεφαλίδας

1. Αξιολόγηση ισορροπίας και συντονισμού
 - α. Μάτι - χέρι (δοκιμασία δάκτυλου στη μύτη)
 - β. Γρήγορες εναλλασόμενες κινήσεις χεριών και δακτύλων
 - γ. Βάδιση στα δάκτυλα
 - δ. Test Romberg

ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Μεταβολές στην άνεση: Έλλειψη άνεσης, δευτεροπαθής προς τον πόνο, ιλίγγους μεταβολές βάδισης.
2. Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό.
3. Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, δευτεροπαθής προς την δυσκολία στην κίνηση.
4. Αυτοαντίληψη: Μεταβολή στο σωματικό είδωλο.
5. Μεταβολές στη θρέψη: Κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμέτων, αδυναμίας σίτισης.
6. Ελαττωματική κίνηση: Περιορισμένη τροχιά κινήσεων, ελάττωση μυϊκού τόνου, ελάττωση κινήσεων.
7. Σύγχυση. Έλλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα, χρόνο, χώρο κ.λ.π.
8. Διεργασίες σκέψης ελαττωματικές: Μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση.
9. Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης.
10. Μεταβολές στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων: Κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ουροδόχου κύστης κ.λ.π.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ Σ.Κ.Π.

Εναν αρκετά σπουδαίο ρόλο στη νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου με Σ.Κ.Π., αλλά και γενικότερα κάθε νευρολογικής ασθένειας, είναι η παρατηρητικότητα που θα πρέπει να διαθέτει η νοσηλεύτρια/τής, αφού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών. Η νοσηλεύτρια με τις σωστές της παρατηρήσεις θα είναι η πηγή πληροφοριών για τη διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα αλλά και για τη διαπίστωση των νοσηλευτικών προβλημάτων.

Οι οργανικές βλάβες πολλές φορές δεν αποκαθίστανται πλήρως λειτουργικά. Έτσι η αποκατάσταση αρρώστου με Σ.Κ.Π. είναι μια διεργασία που χρειάζεται: καθοδήγηση, απασχόληση, φυσιοθεραπεία, ψυχαγωγία, επανεκπαίδευση και πολλή υπομονή.

Επειδή δε οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου επηρεάζουν την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά, οι άρρωστοι αυτοί έχουν ανάγκη από πλήρη κατανόηση προκειμένου να τους δοθεί θετική βοήθεια.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει με επιμέλεια για τη διατήρηση της γενικής υγείας του αρρώστου και κατά συνέπεια της άμυνας του οργανισμού του, κατά της νόσου, στα ανώτερα δυνατά επίπεδα.

- Λαμβάνει πλήρες ιστορικό του παρόντος προβλήματος και των προηγούμενων επεισοδίων δυσλειτουργίας.

- Εκτελεί προσεκτικά τη νευρολογική εξέταση ώστε να αναγράψει πλήρως και σωστά τα ευρήματα, τα οποία κατόπιν θα τα συγκρίνει με εκείνα των ιατρών ώστε να δοθεί η σωστή φαρμακευτική και θεραπευτική αγωγή στον άρρωστο.

- Προστατεύει τον άρρωστο από καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση.

- Διδάσκει στον άρρωστο να αναπαύεται επαρκώς αναπτύσσοντας ένα πρόγραμμα με κανονική ανάπαυση και δραστηριότητα, με αύξηση της ανάπαυσης κατά τα συμπτωματικά επεισόδια ή κατά τη διάρκεια άλλων ασθενειών.
- Βοηθά τον άρρωστο να κατανοήσει ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και εμφανίζεται με κρίσεις, και τον βοηθά να αντιμετωπίσει:
 - α. Απαντά με ακρίβεια στις ερωτήσεις του
 - β. Τον ενθαρρύνει πάνω βέβαια σε ρεαλιστικές βάσεις
 - γ. Δίνει την ευκαιρία σ' αυτόν και την οικογένειά του να εκφράσουν τα αισθήματά τους.
 - δ. Βοηθά τον άρρωστο να πάρει ενίσχυση από την πολιτεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες για να εξασφαλίσει οικονομική βοήθεια, ιατρική φροντίδα, εκπαιδευτική και επαγγελματική βοήθεια.
- Κατά τη χορήγηση στερινοειδών α) εξηγεί προσεκτικά το θεραπευτικό σχήμα στον άρρωστο με γραπτές οδηγίες, β) διδάσκει στον άρρωστο πως να αναγνωρίζει παρενέργειες: έλκος στομάχου, παχυσαρκία, μεταβολές στην ψυχική του διάθεση, γ) τον διδάσκει πως να αποφεύγει τις παρενέργειες με αντιόξινα και ειδική διαίτα, δ) τον διδάσκει να αναφέρει οποιαδήποτε σημεία λογε- νούς ή μικροβιακής μόλυνσης ενώ θα θεραπεύεται με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα.
- Σε περίπτωση δυσκολίας έγερσης από το κρεβάτι μια και οι άλλ- λιώσεις του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να προ- καλέσουν κινητικές και αισθητικές διαταραχές που περιορίζουν την έγερση, η νοσηλεύτρια:
 - α) Εξασφαλίζει μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσης, διδάσκοντας τον άρρωστο πως να χρησιμοποιεί αυτά τα μέσα σωστά.

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

γ) Εφαρμόζει μασάζ για απαλλαγή από σπαστικότητα.

- Σε περίπτωση δυσλειτουργίας του εντέρου δίνει συμβουλές στον άρρωστο ώστε να τον βοηθήσει για κανονική κένωση. Παράλληλα μεταχειρίζεται τον άρρωστο με λεπτότητα και του δίνει ευκαιρίες για έκφραση των αισθημάτων του.

- Διατηρεί την καλύτερη δυνατή λειτουργία της κύστης για αποφυγή ουλοιμώξεων.

- Η ακράτεια των ούρων και η ακινησία παράλληλα προς τη γενική καχεξία ευνοούν:

α) τη δημιουργία κατακλίσεων. Η νοσηλεύτρια φροντίζοντας για την τοποθέτηση μονίμου καθετήρα κύστεως, αλλάζοντας συχνά θέση στον άρρωστο και κάνοντας εντριβές, συμβάλλει στη διατήρηση του δέρματός του σε καλή κατάσταση.

β) τις παραμορφώσεις λόγω της εξασθενήσεως και της εγκαταστάσεως παραλύσεως. Η νοσηλεύτρια διδάσκει στον ασθενή ενεργητικές ή εκτελεί παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς, στις αρθρώσεις του. Τοποθετεί δε τα μέλη του σε ουδέτερη θέση.

- Κατά την αγωγή του αρρώστου με διαταραχές όρασης, η νοσηλεύτρια, αφού πρώτα αξιολογήσει την οπτική λειτουργία και αναγράψει με ακρίβεια τα ευρήματα:

α) Χρησιμοποιεί στερινοσειδή και λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη παρενεργιών απ' αυτά.

β) Εκτιμά την ανάγκη για αλλαγή δραστηριοτήτων όπως η οδήγηση.

- Κατά την αγωγή αρρώστου με αισθητικές διαταραχές η νοσηλεύτρια:

α) Λαμβάνει ιστορικό της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων.

β) Λαμβάνει ιστορικό για τυχόν εμπειρίες ανώμαλων αισθήσεων όπως αίσθημα ηλιακού εγκαύματος, μυρμηκίασης, ηλεκτρικού SHOCK όταν ο λαιμός είναι σε κάμψη (σημείο Lhermitte: Παραισθήσεις στους βραχίονες κορμό και κνήμες που προκαλούνται από την κάμψη του λαιμού.

γ) Κάνει αξιολόγηση των ευρημάτων της αισθητικής εξέτασης.

Μετά την παραπάνω εκτίμηση:

α) Διδάσκει στον άρρωστο τη σπουδαιότητα της αυτο-εξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνεται στο δέρμα του.

β) Εξασφαλίζει προστασία του δέρματος με αλλαγή θέσης και έγγκαιρη θεραπεία των μολύνσεων ή ερεθισμών.

Συναισθηματική αναισθησία και αστάθεια είναι συνηθισμένη στον ασθενή με Σ.Κ.Π. Η ασθενής μπορεί να αισθάνεται ενθουσιασμό και αισιοδοξία τώρα, και αμέσως μετά να διακηρύττει ότι δεν αξίζει να ζει κανείς τη ζωή αυτή. Η εναλλαγή της ευφορίας και καταθλίψεως μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του νευρικού συστήματος ή στο άγχος γύρω από την ασθένειά του και την πρόγνωση αυτής. Ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να κλαίει ξαφνικά χωρίς αιτία και χωρίς να γνωρίζει ο γιατρός γιατί κλαίει. Όταν συμβαίνει ένα τέτοιο επεισόδιο, η νοσηλεύτρια το αποδέχεται ως εκδήλωση της νόσου, και διδάσκει την οικογένεια να μην εκφράζουν έκπληξη γι' αυτό, αλλά να περιμένουν να σταματήσει ο ασθενής και να συνεχίσουν την εργασία ή τη συζήτηση την οποία είχαν διακόψει.

Βέβαια, αυτή η προσέγγιση δεν ενδείκνυται όταν το κλάμα αντανακλά μελαγχολία ή απογοήτευση μάλλον παρά σύμπτωμα νευ-

ρολογικής διαταραχής. Αν ο άρρωστος είναι εκνευρισμένος, όπως κάθε άλλος άνθρωπος, χρειάζεται μια ευκαιρία να κλάψει και να συζητήσει με κάποιον το πρόβλημά του. Η επίτευξη μιας καλής σχέσης νοσηλεύτριας - αρρώστου είναι ένα πολύπλοκο μεγ αναπόσπαστο όμως μέρος της φροντίδας.

Με κάθε νέο επεισόδιο, ο άρρωστος πρέπει να αναπτύξει νέα κατανόηση και προσαρμογή. Η ακριβής και συχνή επανεκτίμηση της φυσικής και συγκινησιακής κατάστασής του, είναι ένα πρέπει.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ο ασθενής ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ετών 48, νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική του Π.Π.Γ.Ν. από 20-2-1991 έως 8-3-1991.

ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Δυσαισθησίες - μυϊκή αδυναμία (Δ.Ε.) άνω και κάτω άκρων.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η παρούσα νόσος άρχισε το Δεκέμβρη του 1986, οπότε ο ασθενής νοσηλεύτηκε στην Ν/Κ με έλεγχο και νυσταγμό. Προ Ζετίας ο ασθενής εξάλλου αναφέρει διπλωπία. Το Μάιο του 1988 ο ασθενής νοσηλεύτηκε εκ νέου στην Ν/Κ με δυσαισθησίες (Δ.Ε.) άνω άκρου και ήπια μυϊκή αδυναμία σύστοιχα.

Ένα εξάμηνο αργότερα ο ασθενής αναφέρει ότι του παρουσιάστηκε παρόμοιο πρόβλημα και στο (Δ.Ε.) κάτω άκρο. Επειδή οι δυσθαισίες παραμένουν εισάγεται ξανά στην Ν/Κ για πλήρη διερεύνηση και θεραπεία.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- Αμφω-πυραμιδική συνδρομή Δ.Ε. > ΑΡ με πελματιαία σε κάμψη, αμφω κοιλιακά αντανακλαστικά κατεργημένα (Δ.Ε.) και πυραμιδικό βάδισμα.
- Ελάττωση μυϊκής ισχύος (Δ.Ε.) κάτω άκρου.
- Διαταραχές εν τω βάθει αισθητικότητας και υπαισθησία (ΑΡ) ημιπροσώπου.

- Δυσμετρία άμφω.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ht = 44,3%

MM = 7

H = 5

Κρεατινίνη : 1,2 mg%

K : 4,56

Τριγλυκερίδια : 146

Na : 141

Χοληστερίνη : 275

SGOT : 22 μον.

SGPT : 15 μον.

Σάκχαρο : 72 mg%

Ουρία : 52

Λευκά : 13.200

Τύπος λευκών : Π: 54, Λ: 34

E.N.Y. = 0 ασθενής αρνήθηκε Ο/Π.

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

A/T εγκεφάλου (και με έγχυση σκιαγραφικού)

Υπάρχουν δύο τουλάχιστον εστίες στον εγκέφαλο, μια παρακοιλιακού (Δ.Ε.) και μία παρά το πρόσθιο κέρασ της πλαγίας κοιλίας (AP) μεγίστως διαμέτρου περί το 0.5.Ε.Κ. Οι εστίες αυτές προσλαμβάνουν σκιαγραφικό και εξακολουθούν να σκιαγραφούνται και μία ώρα μετά. Τα ανωτέρω ευρήματα είναι συμβατά με σκλήρυνση κατά πλάκας.

ΗΛΕΚΤΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Φυσιολογικό διάγραμμα.

ΟΠΤΙΚΑ ΠΡΟΚΛΗΤΑ ΔΥΝΑΜΙΚΑ

Λανθάνοντες χρόνοι εκτός φυσιολογικών ορίων A.P.: 127 msec

Δ.Ε.: 115 msec

και παράλληλη αλλοίωση του σχήματος των κυματομορφών.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σκλήρυνση κατά πλάκας.

ΑΓΩΓΗ

Prezolon tabl 5mg - Zantac 1 X 2

(ΟΧΙ για 15 μέρες, σχήμα σταδιακής μείωσης και διακοπής).

ΕΚΒΑΣΗ ΟΔΗΓΙΕΣ

Μικρή βελτίωση. Επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο της νευρολογικής κλινικής μετά το πέρας της αγωγής.

1. Άγχος, φόβος, αγωνία, και κατάθλιψη του αρρώστου.

1. Να ανακουφιστεί όσα είναι δυνατόν ο άρρωστος από την άσχημη ψυχολογική του κατάσταση και να τονωθεί το ηθικό του ώστε να μην εγκαταλείψει τον εαυτό του.

1.α) Η νοση/τρια με την πείρα και τις γνώσεις της είναι έτοιμη να απαντήσει με ακρίβεια στις ερωτήσεις του αρρώστου.

β) Τον ενθαρρύνει με προσοχή να αντιμετωπίσει την κατάσταση του.

γ) Δίνει την ευκαιρία στον άρρωστο και την οικογένειά του να εκφράσουν τα αισθήματά τους.

δ) Φροντίζει να έρθει ο άρρωστος σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες ώστε να βοηθηθεί οικονομικά, ιατρικά και επαγγελματικά.

1. Η συχνή επανεκτίμηση της συγκινησιακής κατάστασης του αρρώστου, η αγάπη και το πραγματικό ενδιαφέρον της νοσ/τριας τον ανακουφίζουν από το φόβο και την αγωνία, και τέλος τον βοηθούν να λύσει τα ερωτήματα γύρω από την ασθένειά του ώστε να προσαρμοστεί στην παρούσα κατάσταση.

2. Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων (αστάθεια στη βάδιση).

2. Ανακούφιση από τη μυϊκή δυσκαμψία ή τον πόνο.

2α) Η νοσ/τρια φροντίζει να εξασφαλίσει τα κατάλληλα μηχανήματα μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσης του αρρώστου.

β) Διδάσκει στον άρρωστο τον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης των μέσων.

γ) Χορηγεί μυοχαλαρωτικά

2. Ο άρρωστος ανακουφίζεται. Είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται χρησιμοποιώντας τις δυνάμεις που του έχουν απομείνει και αυτό τον κάνει να διατηρεί το ενδιαφέρον του για τη ζωή.

3. Διαταραχή όρασης
(Διπλωπία)

3. Να δοθεί η σωστή
αγωγή στον άρρωστο,
ύστερα από προσεκτική
αξιολόγηση της οπτι-
κής λειτουργίας και
ακριβή αναγραφή των
ευρημάτων.

φάρμακα για να τον ανακουφίσει
από τη μυϊκή δυσκαμψία και τον
πόνο.

δ) Αναπτύσσει θεραπευτικό
σχήμα ανάπαυσης και δραστηριό-
τητας για τη διατήρηση του τό-
νου και της μάζας των μυών.

ε) Εφ' όσων έχει συστηθεί
φυσιοθεραπεία από το θεράποντα
ιατρό, η νοσηλεύτρια είναι πα-
ρούσα κατά την εκτέλεση των α-
σκήσεων, ώστε να τον βοηθά και
επιπλέον να νοιώθει ο άρρωστος
ασφάλεια.

3α) Η νοσ/τρια χορηγεί στερινο-
ειδή στον άρρωστο και παράλληλα
λαμβάνει μέτρα για την αποφυγή
παρενεργειών απ' αυτά.

β) Εκτιμά την ανάγκη για αλ-
λαγή δραστηριοτήτων όπως π.χ.
η οδήγηση.

γ) Εξασφαλίζει προστασία από
βλάβη δευτεροπαθή της διαταρα-
χής όρασης.

3. Ο άρρωστος με την
κατάλληλη καθοδήγηση
της νοσηλεύτριας, κατα-
νοεί τον κίνδυνο λόγω
της διαταραχής της όρα-
σής του και συμβιβάζε-
ται ακολουθώντας τις
οδηγίες της.

	Επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός και εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας
<p>4. Απώλεια της όρεξης. Συχνοί έμμετοι.</p>	<p>4. Διατήρηση καλής θρέψης του αρρώστου και λήψη των απαραίτητων θερμίδων για την καλή λειτουργία του οργανισμού του.</p>	<p>4α) Η νοσ/τρια σε συνεργασία με την διαιτολόγο φροντίζει ώστε ο άρρωστος να παίρνει τακτικά γεύματα και η λήψη τους να γίνεται την ίδια ώρα.</p> <p>β) Φροντίζει ώστε το γεύμα να είναι καλοσερβιρισμένο, ώστε να προσέλκυει τον άρρωστο.</p> <p>γ) Φροντίζει η δίαιτα του αρρώστου να περιλαμβάνει άφθονο κρέας, γάλα, αυγά, ωμά φρούτα και λαχανικά.</p> <p>δ) Φροντίζει ώστε δίπλα στον άρρωστο να υπάρχει ένα λεκανάκι για περίπτωση εμέτου.</p> <p>ε) Μεριμνά για την περιποίηση της στοματικής του κοιλότητας.</p>	<p>Ο άρρωστος με τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα λαμβάνει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά, γεγονός που τον βοηθά να καταπολεμά προβλήματα όπως απώλεια βάρους, κόπωση, αδυναμία, που επιβαρύνουν την ήδη υπάρχουσα κατάσταση.</p>
<p>5. Πρόληψη λοιμώξεων.</p>	<p>5. Προστασία του αρρώστου, ώστε να μην επιδεινωθεί η ήδη βεβαρυμένη του κατάσταση.</p>	<p>5α) Η νοσ/τρια διδάσκει στον άρρωστο να αποφεύγει τις μολύνσεις (να απομακρύνεται από άτομα τα οποία έχουν κρυολόγημα)</p> <p>β) Φροντίζει ώστε ο άρρωστος να μην έρχεται σε επαφή με άτομα άλλους ασθενείς ή επισκέ-</p>	<p>5. Επιτυγχάνεται διατήρηση της γενικής υγείας του αρρώστου και κατά συνέπεια η άμυνα του οργανισμού του κατά της νόσου, στα ανώτερα δυνατά επίπεδα.</p>

πτες, οι οποίοι έχουν κάποια λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος.

γ) Ενθαρρύνει τον άρρωστο να αναπνέει βαθιά και να βήχει για να αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις. Τον βοηθά να αλλάζει συχνά θέση.

6α) Η νοσ/τρια με την κατάλληλη διδασκαλία βοηθά τον άρρωστο να καταλάβει ότι η θεραπεία του είναι κουραστική και μακροχρόνια και να συμφιλιωθεί μ' αυτό.

β) Διδάσκει όχι μόνο τον άρρωστο αλλά και την οικογένειά του σχετικά με τον σκοπό των φαρμάκων, τη δόση και τις ενέργειές τους.

γ) Συνιστά στον άρρωστο να τον παρακολουθεί γιατρός για πιστή τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής.

6α) Ο άρρωστος ενεργοποιείται για αυτοφροντίδα και συμμετοχή στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα και παράλληλα διευκολύνει τα μέλη της υγειονομικής ομάδας στο θεραπευτικό έργο.

β) Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής με το συνεχή έλεγχο και την παρακολούθηση.

6. Ο άρρωστος είναι αρνητικός στη λήψη των φαρμάκων.

6. Τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής για τη σταθεροποίηση της κατάστασης του αρρώστου.

7. Δυσλειτουργία εντέρου.

7. Επαναφορά της κανονικής λειτουργίας του εντέρου.

7α) Η νοσ/τρια βοηθά στην δια-παιδαγώγηση του εντέρου δίνοντας συμβουλές για τη διαίτα και τη δραστηριότητα του αρρώστου που θα βοηθήσουν στην κανονική κένωση.

β) Μεταχειρίζεται τον άρρωστο με λεπτότητα και του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τα συναισθήματά του.

7. Με την καθοδήγηση και την κατάλληλη δια-παιδαγώγηση από τη νοσηλεύτρια εξασφαλίζεται η καλή λειτουργία του εντέρου, και ο άρρωστος παύει να ταλαιπωρείται, είτε έχει πρόβλημα κατακράτησης είτε απώλειας, που σίγουρα είναι μια ταπεινωτική εμπειρία γι' αυτόν.

8. Διαταραχή λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως και επακολούθως πρόβλημα ουρολοίμωξης.

8. Η καλύτερη δυνατή λειτουργία της κύστης για αποφυγή ουρολοιμώξεων.

8α) Η νοσ/τρια συνεργάζεται με τον άρρωστο και καταρτίζει πρόγραμμα ούρησης.

β) Εφαρμόζει συχνή και επιμελημένη καθαριότητα για την πρόληψη ουρολοίμωξης, δερματίτιδας.

γ) Εκτελεί καθητηριασμό ουροδόχου κύστεως τόσο συχνά όσο χρειάζεται.

δ) Όταν είναι απαραίτητη η λήψη ούρων για καλλιέργεια, χρησιμοποιεί αποστειρωμένο

8. Ικανοποιητική λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος και αποφυγή προβλημάτων που θα επιβάρυναν την ήδη βεβαρυσμένη κατάσταση.

9. Ο άρρωστος παρουσίασε εξάρσεις λόγω των παθολογικών και ψυχολογικών προβλημάτων.

9. Προστασία του άρρωστου από καταστάσεις που μπορεί να επιδεινώσουν τις εξάρσεις αυτές.

δείγμα κατευθείαν από τον καθετήρα.

ε) Ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφράσει τα αισθήματά του.

9. Η νοσ/τρια αφού αναγνωρίσει και εκτιμήσει τους παράγοντες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση:

α) εφαρμόζει κρύα ή χλιαρά μπάνια και αποφεύγει την αύξομείωση της θερμοκρασίας του νερού κατά τη διάρκεια του μπάνιου.

β) Αποφεύγει τις ενέσεις όταν δεν είναι τελείως απαραίτητες.

γ) Αναπτύσσει ένα πρόγραμμα με κανονική ανάπαυση, και δραστηριότητα, με αύξηση της ανάπαυσης κατά τα συμπτωματικά επεισόδια ή κατά τη διάρκεια άλλων ασθενειών.

9. Ο άρρωστος διατηρείται σε μία ήπια ψυχολογική κατάσταση και έτσι καταφέρνει να αντιμετωπίσει καλύτερα τα προβλήματά του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας την εργασία αυτή θα ήθελα να επισημάνω ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι νόσος η οποία δεν θεραπεύεται. Κατά μέσο όρο, 60%, περίπου, των ασθενών διατηρεί πλήρη λειτουργικότητα 10 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου, ενώ ένα ποσοστό 25-30% μπορεί να τη διατηρήσει ακόμα και 30 χρόνια μετά. από στατιστική άποψη η διαταραχή δεν μειώνει πολύ το προσδόκιμο της επιβίωσης, είναι όμως δυνατόν οι επανειλημμένες προσβολές να προκαλέσουν σοβαρή αναπηρία ή ακόμα και θάνατο.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας που ασχολείται με τον άρρωστο αυτόν, είναι πολυδιάστατος και απαιτητικός και η συμβολή της θεωρείται ουσιαστική στην αποκατάστασή του.

Η φροντίδα που παρέχει στον άρρωστο, έγκειται όχι μόνο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, την πρόληψη παραγόντων που θα μπορούσαν να επιβαρύνουν την υπάρχουσα κατάσταση και τη θεραπεία του, αλλά κατά ένα μεγάλο μέρος στην ψυχολογική υποστήριξη και την τόνωση του ηθικού του αρρώστου που πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας. Είναι γεγονός ότι οι άρρωστοι αυτοί παρουσιάζουν συχνά ψυχολογικές μεταπτώσεις, συναισθηματική ευαισθησία και αστάθεια και μπορεί να παρουσιάσουν ακόμα και κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό ο άρρωστος έχει ανάγκη από αγάπη, πραγματικό ενδιαφέρον φροντίδα και ζεστασιά από το νοσοκομειακό περιβάλλον. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο θα βοηθηθεί να συμβιβαστεί με τη νόσο του. Και είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι αυτοί που κάτω από τη σωστή βοήθεια και καθοδήγηση αντιμετωπίζουν το πρόβλημα πιο αισιόδοξα και θετικά, επιτυγχάνουν να κάνουν τις απαραίτητες προσαρμογές και να ζήσουν το παρόν όσο πιο δημιουργικά μπορούν.

Σήμερα, πέρα από την ουσιαστική συμβολή της ιατρικής ομάδας, βλέπουμε ότι και η προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού αναγνωρίζεται, όπως και η σοβαρή συμβολή του στην εξελικτική πορεία του αρρώστου. Συμβολή που ξεκινά με τον αγώνα της νοσηλεύτριας στο πλευρό του αρρώστου, με στόχο όχι τη στείρα, απρόσωπη επαγγελματική προσφορά εργασίας, αλλά την εξατομικευμένη, προσεκτική και με αγάπη γι' αυτόν συμβολή στη μάχη της ασθένειας.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Cecil Russel "Cecil Παθολογία", Μετάφραση Χ. Μουτσόπουλος, Τόμος Β', Ιατρικές εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα 1990.
- Εγκυκλοπαίδεια Υγεία "Νευρικό Σύστημα - Ψυχιατρική - Ψυχανάλυση", Τόμος 4ος, εκδόσεις Δομική Ο.Ε., Αθήνα 1991.
- Harrison Timsley "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Γ', Έκδοση 10η, Επιστημονικές εκδόσεις: Γρηγορίου Κ. Παρισιάνου, Αθήνα 1988.
- Λογοθέτης Ιωάννης "Νευρολογία", έκδοση δεύτερη, εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και Περιοδικών: "UNIVERSITY STUDIO PRESS", Θεσσαλονίκη 1988.
- Μούσουρα - Οικονόμου Α. "Σημειώσεις Νευρολογικής Νοσηλευτικής", Σημειώσεις για τους σπουδαστές του τμήματος Νοσ/κής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1989.
- Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 1ος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985.
- Smith Tony "Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός", Τόμος 1ος, εκδόσεις: Γιαννέλη, Αθήνα 1987.
- Σφάγγου Κώστας "Μεταβολές των Τ και Β Λεμφοκυττάρων στην κατά πλάκας σκλήρυνση", Διδακτορική διατριβή, Αθήνα 1980.
- Walton John "Νευρολογία", Έκδοση 5η, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.
- Wechsler Israel S., "Κλινική Νευρολογία", έκδοση 8η, Ιατρικά Βιβλία: ΚΟΒΑΝΗΣ, Αθήνα 1974.