

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

“ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑ”

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΝΑΝΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

1)

2)

3)



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Κ. ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 1995

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΟΓΗΣ

1591

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	2
Μέρος πρώτο	
Κεφάλαιο πρώτο	
Εισαγωγή Ορισμός σκλήρυνση κατά πλάκας	4
Ανατομίας - Φυσιολογία του Νευρικού Συστήματος	6
Απομυελινωτικές νόσοι	10
Αιτιολογία	12
Συχνότητα και Επιδημιολογία	14
Μορφές της Σκλήρυνσης κατά πλάκας	16
Κεφάλαιο δεύτερο	
Παθολογική Ανατομική	17
Κλινική Εικόνα	19
Εργαστηριακές Εξετάσεις	24
Διάγνωση	26
Διαφορική Διάγνωση	28
Πορεία και πρόγνωση	29
Θεραπεία	30
Μέρος δεύτερο	
Κεφάλαιο πρώτο	
Γενική Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	33
Περιοχή βλάβης - εκδηλώσεις	37
Γενικά προβλήματα του ασθενή	38
Ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα	39
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας	41
Κεφάλαιο δεύτερο	
1η Κλινική περίπτωση	51
Νοσηλευτική διεργασία	54
2η Κλινική περίπτωση	60
Νοσηλευτική διεργασία	62
Επίλογος	65
Βιβλιογραφία.	66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αυτή η πτυχιακή εργασία αναφέρεται στη περιγραφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας, μια νευρολογική νόσο, που αν και είναι σπάνια αφού κάθε χρόνο λίγος αριθμός ασθενών νοσηλεύονται στη χώρα μας, παρόλα αυτά αποτελεί μια σημαντική νόσο που ακόμα δεν έχει διερευνηθεί πλήρως και δεν έχει βρεθεί ίσση.

Σκοπός μου είναι να παρουσιάσω με όσο το δυνατόν πλήρη εικόνα της νόσου σκλήρυνσης κατά πλάκας και των ποικίλων συμπτωμάτων και επιπλοκών που αντιμετωπίζει τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένεια του.

Η νόσος προκαλεί διαταραχή σε πολλαπλά συστήματα του οργανισμού και επηρεάζει την όραση, την ομιλία, τη βάδιση, τη διανοητική δραστηριότητα και καταλήγει σε αναπηρία, λοιμώξεις και θάνατο. Η έρευνα συνεχίζεται γύρω από την αιτιολογία, συμπτώματα και θεραπεία του ασθενή. Στο πρώτο και στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναφέρω εκτενέστερα την αιτιολογία, τη συχνότητα και επιδημιολογία, την κλινική εικόνα, τη διάγνωση, την πορεία και θεραπεία της νόσου. Το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο αφού με τις παρατηρήσεις του συμβάλλει στην επιστημονική έρευνα.

Τέλος θα ήθελα να επισημάνω ότι η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ουσιαστική και καίρια στη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενή. Στο δεύτερο μέρος θα αναφερθώ με λεπτομέρειες στα προβλήματα του ασθενούς και στην εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό. Η νόσος προκαλεί πολλά σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα, τα οποία θα περιγράψω στη συνέχεια.

Ελπίζω ότι η πτυχιακή αυτή εργασία θα βοηθήσει τους σπουδαστές να κατανοήσουν τη φύση της νόσου και τους μελλοντικούς νοσηλευτές/τριες να προσφέρουν εξειδικευμένη νοσηλεία στους ασθενείς με αυτή τη νόσο.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Εισήγηση - Ορισμός σκλήρυνση κατά πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας ανήκει στις απομυελινωτικές νόσους. Είναι η συχνότερη από τις νόσους αυτές και αποτελεί νευρολογικό νόσημα με χρόνια εξέλιξη και κατάληξη. Η νόσος ήταν γνωστή από τις αρχές του 19ου αιώνα. Η πρώτη ολοκληρωμένη περιγραφή της έγινε προς το τέλος του 19ου αιώνα από το Charcot. Η πρώτη ιστολογική περιγραφή της πλάκας-πρωτοπαθής απομυελίνωση με περιφλεβικές λεμφοκυτταρικές διηθήσεις-έγινε από τον Dawson το 1916. Τα τελευταία χρόνια πολλές επιδημιολογικές γενετικές και ανοσολογικές μελέτες αποσκοπούν στο να ερευνήσουν και αποκαλύψουν το μυστικό της αιτιοπαθογένειας της νόσου.

Η νόσος αρχίζει παρά πολύ συχνά στα πρώτα στάδια της ενήλικης ζωής. Έχει ασαφή αιτιολογία και χαρακτηρίζεται κλινικά από συμπτώματα που δείχνουν πολλαπλές βλάβες στη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Οι βλάβες παρουσιάζονται ως εξής: Πολλά νεύρα στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό περιβάλλονται από προστατευτική επένδυση που ονομάζεται μυελίνη. Η μυελίνη 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 καλείται σκλήρυνση κατά πλάκας. Μπορεί να προβληθεί οποιοδήποτε τμήμα του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού που περιέχει νεύρα καλυμμένα με μυελίνη.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι προβολές ακολουθούνται από ύφεση και υποτροπές κατά φαινομενικά τυχαίο και περίεργο τρόπο επί πολλά χρόνια. Η συχνότητα των εξάρσεων είναι πάρα πολύ μεγάλη στη διάρκεια των πρώτων 3 ή 4 χρόνων της νόσου, αλλά η αρχική προβολή, που μπορεί να είναι τόσο ήπια ώστε να διαφύγει την προσοχή του γιατρού και μπορεί να επαναληφθεί, μπορεί να μην ακολουθηθεί από μια άλλη προβολή για 10 ως 20 χρόνια. Η ανάρρωση είναι ταχεία. Η ύφεση μπορεί να είναι πλήρης, ιδίως μετά από πρώιμες προβολές. Συχνά η ύφεση είναι ατελής και ακολουθεί επιδείνωση με συνεχώς επιτεινόμενο μόνιμα νευρολογικό έλλειμμα.

Αν και υπάρχουν πολλές σχετικά ελαφριές περιπτώσεις με υποτροπιές 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 ασθενείς καταλήγουν ανάπηροι με προοδευτική παραπληγία και αταξία. Η μέση επιβίωση είναι μεγαλύτερη από 30 χρόνια μετά την εισβολή της νόσου.

Ανατομία-φυσιολογία του Ν.Σ.

Το νευρικό σύστημα απλώνεται σε όλο το σώμα και ρυθμίζει την κανονική λειτουργία των διαφόρων οργάνων και τη μεταξύ τους συνεργασία σε τρόπο ώστε να μπορεί ο οργανισμός να αντιδρά στα ερεθίσματα ως ενιαίο σύνολο. Παράλληλα το νευρικό σύστημα αποτελεί την έδρα των ψυχικών λειτουργιών και το μέσο της επικοινωνίας του ατόμου με τον εξωτερικό κόσμο, μέσω των αισθητηρίων οργάνων.

Το ν.σ. κατάγεται από το έξω βλαστικό δέρμα και αποτελείται από το νευρικό ιστό, που το συνδέουν οι νευρώνες ή η νευρογλοία. Οι νευρώνες έχουν την ικανότητα να αντιδρούν στα ερεθίσματα (διεγερσιμότητα) και στη συνέχεια μεταβιβάζουν τα ερεθίσματα (αγωγιμότητα).

Ο νευρώνας αποτελείται από το σώμα του κυττάρου, μέσα στο οποίο υπάρχει ο πυρήνας, το πρωτόπλασμα ή νευρόπλασμα και οι αποφυάδες. Οι μικρές αποφυάδες ονομάζονται δενδρίτες, αποτελούν πρωτοπλασματικές προσεκβολές και λειτουργικά χρησιμοποιούν για υποδοχή διεγέρσεων από άλλα νευρικά κύτταρα και μεταβίβαση του ερεθίσματος στο σώμα του κυττάρου.

Οι μακριές αποφυάδες ονομάζονται νευρίτες ή νευράξονες. Συνάπτονται με :

- α) με δενδρίτες** ή το κυτταρόσωμα άλλου κυττάρου.
- β) με ειδικά όργανα** που βρίσκονται σε μυς, τένοντες, έρμα και αισθητήρια όργανα.
- γ) με μυς και αδένες.** Ο λειτουργικός τους ρόλος είναι να άγουν τις ώσεις από τα σώματα των νευρώνων προς τα κύτταρα ή όργανα που συνάπτονται.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι νευρώνες και αποφυάδες περιβάλλονται από έλυτρα. Το κυτταρόσωμα περιβάλλεται από το έσω έλυτρο που αποτελείται από νευρογλοιακά κύτταρα και από το έξω έλυτρο που αποτελείται από συνδετικό ιστό.

Οι δενδρίτες περιβάλλονται μόνο από νευρογλοιακές ίνες.

Οι νευρίτες περιβάλλονται από τρία έλυτρα, τα οποία από τα μέσα προς τα έξω είναι: 1) Το μυελώδες έλυτρο, είναι το περίβλημα των νευρικών ιών, αποτελείται από μυελίνη ουσία και σχηματίζει τις περισφίξεις Ranvier. 2) Το έλυτρο του SCHWANN ή νευρείλημα. Βρίσκεται ^{έξω} από το μυελώδες έλυτρο. Έχει τροφικό, μονωτικό και αναγεννητικό ρόλο. 3) Το περινίδιο. Είναι το εξωτερικό περίβλημα του νευρίτη και αποτελείται από συνδετικό ιστό.

Η νευρογλοια είναι η μεσοκυττάρια ουσία του νευρικού ιστού. Περιέχει κύτταρα και ίνες. Ο ρόλος της είναι να το φέρνουν σε επαφή με τα αιμοφόρα αγγεία, να υποστηρίζει τους νευρώνες και συμβάλει στην απομόνωση των νευρώνων.

Τέλος, οι νευρικές ίνες απολήγουν:

1. Σε άλλα νευρικά κύτταρα που το ερέθισμα του ενός κυττάρου μεταβιβάζεται στο άλλο κύτταρο.
2. Σε μυς ή αδένες.
3. Σε ειδικά όργανα υποδοχής ερεθισμάτων, που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον ή από τους μυς και τους τένοντες.

Η αγωγή των ώσεων στους νευρώνες είναι ένα ηλεκτρικό φαινόμενο. Προϋποθέτει το δυναμικό ηρεμίας, το οποίο είναι η διαφορά στο ηλεκτρικό φορτίο, που υπάρχει μεταξύ της εξωτερικής και της εσωτερικής επιφάνειας

Σκλήρυνση κατά πλάκας

της κυτταρικής μεμβράνης τους νευρώνα, όταν βρίσκεται σε ηρεμία, δεν έχει ώσεις δηλαδή. Το εξωτερικό της μεμβράνης είναι θετικό ως προς το εσωτερικό. Όταν επιδράσει πάνω στο νευρώνα ένα ερέθισμα τότε το εσωτερικό του κυττάρου γίνεται θετικό. Τότε υπάρχει δυναμικό ενεργείας, το οποίο είναι συνώνυμο με τη νευρική ώση. Είναι δηλαδή ένα αυτοδιαδιδόμενο κύμα ηλεκτρικής τάσης που οδεύει κατά μήκος της επιφάνειας της μεμβράνης του νευρώνα.

Το νευρικό σύστημα διακρίνεται σε δύο μεγάλα τμήματα: Α) Το εγκεφαλονωτιαίο, που ρυθμίζει τις κινήσεις και τις αισθήσεις και Β) Το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα που ρυθμίζει τις φυτικές λειτουργίες (της ανταλλαγής της ύλης και της αναπαραγωγής).

Α) Το εγκεφαλονωτιαίο διακρίνεται στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα. Το Κ.Ν.Σ. αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Το ΠΝΣ αποτελείται από τα νεύρα και συνδεδεμένα μ'αυτά εγκεφαλονωτιαία γάγγλια.

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κάβα και περιβάλλεται από τρία προστατευτικά υμενώδη περιβλήματα, τις μήνιγγες (σκληρή ή παχεία, αραχνοειδή και χοριοειδή.) Διακρίνεται: Στον τελικό εγκέφαλο, που αποτελείται από τα δύο ημισφαίρια, τους σύνδεσμούς και τις δύο πλάγιες κοιλίες. Το διάμεσο εγκέφαλο, που αποτελείται από τους δύο οπτικούς θαλάμους, τον επιθάλαμο, το μεταθάλαμο και τη μέση ή τρίτη κοιλία. Το μέσο εγκέφαλο, που αποτελείται από το τετράδυμο, τα σκέλη του εγκέφαλου και τους βραχίονες του τετράδυμου. Τον οπίσθιο εγκέφαλο, που αποτελείται από τη γέφυρα και την παραγκεφαλίδα. Τον έσχατο εγκέφαλο, που αποτελείται από τον προμήκη μυελό και την τέταρτη κοιλία.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Ο νωτιαίος μυελός είναι η προς τα κάτω συνέχεια του εγκεφάλου που βρίσκεται μέσα στο σωλήνα της σπονδυλικής στήλης. Από τα πλάγια εκπορεύονται τα νωτιαία νεύρα. Ο νωτιαίος μυελός αποτελείται από τη λευκή ουσία - καταλαμβάνει την περιφέρεια του και τη φαιά ουσία - που βρίσκεται στο εσωτερικό της λευκής - και τον κεντρικό σωλήνα - που περιέχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Η φαιά ουσία έχει σχήμα Η. Τα πρόσδια και οπίσδια τμήματα κάθε μισού της φαιάς ουσίας (δηλαδή κάθε βραχίονος του Η) ονομάζονται αντίστοιχα πρόσδιο και οπίσδιο κέρατο. Στα πρόσδια κέρατα είναι εγκαταστημένα τα σώματα των μεγάλων κινητών κυττάρων και τα οπίσδια κέρατα συνιστούν τον κύριο αισθητικό πυρήνα. Μεγάλου μήκους στήλες λευκής ουσίας, που αποτελούνται από άπειρες αισθητικές και κινητές οδούς, περιβάλλουν τον εσωτερικό πυρήνα της φαιάς ουσίας. Οι αισθητικές οδοί φέρνουν τις ώσεις προς το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Οι κινητικές οδοί άγουν τις ώσεις από το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο προς τη περιφέρεια.

Τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα. Είναι κυλινδρικές δεσμίδες που συνδέουν το κεντρικό νευρικό σύστημα με διάφορα όργανα του σώματος. Αποτελούνται από νευρικές ίνες. Χρησιμεύουν για την αγωγή των διεγέρσεων από τα νευρικά κέντρα στα περιφερικά όργανα και από τα περιφερικά όργανα στο κεντρικό ν.σ.

Β) Το φυτικό νευρικό σύστημα ξεκινά από το έξω βλαστικό δέρμα, ρυθμίζει την ανταλλαγή της ύλης και την αναπαραγωγή και νευρώνει τις λείες μυϊκές ίνες (των σπλάχνων, των αγγείων, του δέρματος του ματιού), τους αδένες και τον καρδιακό μυ.

Διακρίνεται σε δύο μέρη: 1) Το συμπαθητικό ν.σ., που αποτελείται από ένα κεντρικό και ένα περιφερειακό τμήμα και 2) Το παρασυμπαθητικό ν.σ. Τα δύο αυτά συστήματα δρουν ανταγωνιστικά στα όργανα που νευρώνουν, διατηρώντας έτσι τη λειτουργική τους ισορροπία.

Απομυελινωτικές νόσοι

Περιλαμβάνουν ομάδα νευρολογικών διαταραχών σημαντικών και λόγω της συχνότητας με την οποία εμφανίζονται και λόγω της αναπηρίας που προκαλούν. Οι απομυελινωτικές νόσοι εμφανίζουν το κοινό παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της εστιακής ή τμηματικής καταστροφής των ελύτρων της μυελίνης στο ΚΣΝ, σε συνδυασμό με φλεγμονώδη αντίδραση. Μπορεί επίσης να εμφανίζεται κάποιος βαθμός αξονικής βλάβης αλλά πάντα προεξάρχει η απομυελίνωση. Ανάλογα με την περιοχή της βλάβης συναντούνται και οι ανάλογε εκδηλώσεις. Όταν προσβάλλεται ο νωτιαίος μυελός εκδηλώνεται αδυναμία, αταξία, παράλυση, αισθητικές απώλειες ή διαταραχές, δυσλειτουργίες του εντέρου, κύστεως και σεξουαλικές. Όταν η περιοχή της βλάβης εντοπίζεται στο εγκεφαλικό στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα εκδηλώνεται διαταραχές κraniaκών νευρών, διπλωπία, νυσταγμός, ζάλη, δυσαρδρία, διαταραχή στον έλεγχο των προσωπικών μυών, δυσκολία στη κατάποση και μάσηση, τρόμος και ασταθές βάδισμα. Τέλος από βλάβες στα εγκεφαλικά ημισφαίρια εκδηλώνεται συγκινησιακή αστάθεια, ευφορία, διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

Δεν έχει προσδιοριστεί καμία αιτία για οποιαδήποτε από τις καταστάσεις που θεωρούνται σαν απομυελινωτικές νόσοι. Σύμφωνα με την ισχύουσα γνώμη είναι πιθανόν ότι η αυτοάνοση ή η ιογενής λοίμωξη ενοχοποιείται για την παθογένειά της.

Απώλεια μυελίνης εμφανίζεται επίσης και σε άλλες κλινικές οντότητες αλλά σ' αυτές απουσιάζει η φλεγμονώδης αντίδραση. Σ' αυτές περιλαμβάνονται γενετικά καθοριζόμενα σφάλματα του μεταβολισμού της

Σκλήρυνση κατά πλάκας

μυελίνης, έκθεση σε τοξίνες όπως το μονοξείδιο του άνθρακα και τυχαία ιογενής λοίμωξη των ολιγοδενδροκυττάρων.

Τρεις απομυελινωτικές νόσοι μπορεί να διακριθούν βάσει του κλινικού ιστορικού, της φυσικής εξέτασεως και των παθολογοανατομικών ευρημάτων:

1. Σκλήρυνση κατά πλάκας.
2. Οξεία διάχυτη εγκεφαλομυελίτιδα (περιλαμβανόμενης της μεταλοιμώδους και της εγκεφαλίτιδας από εμβόλιο).
3. Οξεία νεκρωτική αιμορραγική εγκεφαλομυελίτιδα.

Αιτιολογία

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

Γενικότερα, είναι συχνότερη στα εύκρατα κλίματα, σπάνια στα τροπικά και, αν και είναι κυρίως νόσος της λευκής φυλής, εμφανίζεται μερικές φορές και σε Νέγρους στην Ευρώπη ή στη Βόρειο Αμερική. Εμφανίζει την ίδια αναλογία στα δύο φύλα και συνήθως αρχίζει ανάμεσα στα 20 με 40 χρόνια.

Σίγουρα παρατηρείται πιο συχνά από όσο θα περίμενε κανείς στη τύχη σε μέλη της ίδια οικογενείας, αλλά σπάνια προβάλλει και το δεύτερο από δύο μονογενή δίδυμα, κι έτσι ο γενετικό παράγοντας δε φαίνεται αρκετά σημαντικό. Πιθανόν υπάρχει μια κληρονομική ευαισθησία στον παράγοντα ή τους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την απομυελινωτική εξεργασία. Οι πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η ευαισθησία μπορεί να σχετίζεται με την παρουσία ορισμένων ιστοσυμβατών αντιγόνων.

Η σπανιότητα περιπτώσεων που αφορούν συζύγους είναι εναντίον της απόψεως για λοιμώδη αιτιολογία και δεν υπάρχει συγκεκριμένη ένδειξη για το ότι η νόσος οφείλεται σε λοίμωξη με ιό ή σπειροχαίτη. 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 περισσότερων συνηθισμένων ιών. Ανοσοβιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι ένα τέτοιο ρόλο μπορεί να παίζει ο ιός της ιλαράς.

Υπάρχουν και οπαδοί για τις θεωρίες που αφορούν τη διατροφή με υπερβολική ποσότητα ζωικού λίπους, τη δηλητηρίαση με βαρέα μέταλλα,

Σκλήρυνση κατά πλάκας

τον αγγεισπασμό ή τη φλεβική θρόμβωση.

Πιθανή φαίνεται η άποψη ότι η νόσος οφείλεται σε υποτροπιάζουσα αλλεργική αντίδραση του νευρικού συστήματος απέναντι σε διάφορα αλλεργιογόνα. Αν και η άποψη στις 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 εμβολιασμούς. Πολύ δυσκολότερα ερμηνεύεται το γεγονός ότι η έναρξη ή οι υποτροπές μπορεί να ακολουθούν τραυματισμούς ή συγκινησιακό stress.

Συχνότητα και επιδημιολογία.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει διάφορα γεγονότα, που τελικά θα πρέπει να ενσωματωθούν σε κάθε συναφή θεωρία για τη νόσο. Ο μέσος όρος ηλικίας κατά την εισβολή του πρώτου κλινικού επεισοδίου της ΣΚΠ συμπίπτει με την τρίτη και την τέταρτη δεκαετία. Η νόσος εμφανίζεται κάπως αργότερα στους άνδρες από όσο στις γυναίκες. Το 60% των περιπτώσεων αφορούν γυναίκες. Είναι ασυνήθιστο αλλά όχι και απίθανο να αρχίσει η νόσος στην παιδική ηλικία ή μετά την έκτη δεκαετία.

Γενικά η συχνότητα στις εύκρατες κλιματικές ζώνες είναι μεγαλύτερη από όσο στις τροπικές ζώνες αλλά υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε περιοχές με όμοια κλίματα, επομένως το αποτέλεσμα δεν οφείλεται απλώς στο γεωγραφικό πλάτος ή τη θερμοκρασία.

Σύμφωνα με επιδημιολογικές ενδείξεις μερικά από τα άτομα που μεταναστεύουν από περιοχές υψηλού κινδύνου σε περιοχές χαμηλού κινδύνου ως παιδιά προστατεύονται από τη ΣΚΠ. Τα στοιχεία συμφωνούν με την ύπαρξη γεωγραφικά περιορισμένου περιβαλλοντικού παράγοντα, πιθανώς ενός ιού, που επηρεάζει την ανάπτυξη της ΣΚΠ.

Γενικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με μία άποψη, η ΣΚΠ μπορεί να είναι συχνότερη στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Η συχνότητα της ΣΚΠ μεταξύ των Αμερικανών Ινδιάνων και των Μαύρων είναι χαμηλότερη από όσο μεταξύ των λευκών που ζούν στην ίδια περιοχή. Αυτό υπαινίσσεται ότι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης την ευπάθεια στη νόσο. Συγγενείς εξ αίματος αρρώστων με ΣΚΠ έχουν οκτώ φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο. Αυτό ίσως σημαίνει μία αλληλεπίδραση διαφόρων

Σκλήρυνση κατά πλάκας

γενετικών παραγόντων, με συμμετοχή εκθέσεως σε περιβαλλοντικό παράγοντα ή ένα συνδυασμό και των δύο.

Εκλυτικοί παράγοντες

Ποικίλες λοιμώξεις, τραυματισμοί και συναισθηματικές διαταραχές έχουν ενοχοποιηθεί για την έκλυση της πρώτης *προβολής* της ΣΚΠ. Οι ενδείξεις για την ύπαρξη των παραγόντων αυτών παραμένουν αόριστες και όχι πειστικές. Στις αποδεδειγμένες περιπτώσεις, το τραύμα, η μυελογραφία και χειρουργική επέμβαση δεν έχει αποδειχτεί ότι σχετίζεται με τις *προβολές* ή με την εξέλιξη σε αναπηρία, ούτε έχει δείχτεί ότι μία συναισθηματική διαταραχή μπορεί να μεταβάλει το ρυθμό με τον οποίο εξελίσσεται η νόσος. Η εμπειρία έχει επίσης δείξει, ότι οι εμβολιασμοί δεν προκαλούν *προβολές* ΣΚΠ.

Μορφές της ΣΚΠ

Ανάλογα με τη βαρύτητα και τη παρεία της νόσου διακινούμε τις εξής μορφές:

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

Ελαφριά μορφή: Με αραιές και ελαφριές 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 το 10-25% των περιπτώσεων.

Με βάση την κατανομή της βλάβης διακρίνουμε:

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Παθολογική ανατομική

Το παθολογοανατομικό χαρακτηρισμό της ΣΚΠ είναι οι πλάκες, οι οποίες είναι διάσπαρτες, ευδιάκριτες περιοχές απομυελίνωσης. Μακροσκοπικά, οι πλάκες αυτές έχουν όψη περιοχών με φαιορόδινο χρώμα και σαφή όρια απ' την περιβάλλουσα λευκή ουσία του Κ.Ν.Σ. Οι βλάβες μπορεί να επεκτείνονται και στη φαιά ουσία, μολονότι τα νευρικά κύτταρα φαίνονται να είναι άδικοτα κατά τη μικροσκοπική εξέταση. Οι πλάκες ποικίλλουν σε μέγεθος από λίγα χιλιοστόμετρα σε αρκετά εκατοστόμετρα· οι μεγαλύτερες σχηματίζονται με τη συνένωση μικρότερων και με την επέκταση των ορίων τους. Οι πλάκες μπορεί να βρίσκονται οπουδήποτε στη λευκή ουσία, αλλά τυπικά εμφανίζονται στις πεικοιλιακές περιοχές του εγκεφάλου, κάτω από τη χοριοειδή μήνιγγα· και μέσα στο εγκεφαλικό στέλεχος και το νωτιαίο μυελό. Το Π.Ν.Σ δεν προσβάλλεται.

Τα μικροσκοπικά χαρακτηριστικά των βλαβών της ΣΚΠ εξαρτώνται από την ηλικία τους. Τυπικά απαντούν βλάβες διαφόρων χρονικών φάσεων και ενδείξεις νέας δραστηριότητας γύρω από τα όρια των παλαιότερων. Οι ενεργές βλάβες της ΣΚΠ χαρακτηρίζονται από συναδροίσεις λεμφοκυττάρων και μονοκύτταρων και μακροφάγων γύρω από τα φλεβίδια και τα όρια της πλάκας, όπου καταστρέφεται η μυελίνη. Η διήθηση της λευκής ουσίας από φλεγμονώση κύτταρα θεωρείται υπεύθυνη για την αποδόμηση της μυελίνης. Τα μακροφάγα (ή μικρογλοία) πιστεύεται ότι είναι οι υποδοχείς των προϊόντων της αποδομώσεως της μυελίνης. Επίσης λειτουργούν ως μεταφορείς των συντριμμάτων της μυελίνης.

Μόνο περιορισμένη αναγέννηση της μυελίνης εμφανίζεται στην ΣΚΠ. Η αιτία είναι ασαφής.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι νευροάξονες που βρίσκονται μέσα στις πλάκες, τείνουν να μένουν άθικτοι, μολονότι στις οξείες βλάβες εμφανίζεται, μερικές φορές, έντονη νέκρωση με απώλεια των αξόνων.

Τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά της ΣΚΠ δεν ευθύνονται για τις από ώρα σε ώρα και από μέρα σε μέρα εξάρσεις και υφέσεις της λειτουργίας, που είναι τόσο χαρακτηριστικές της νόσου. Η αγωγή των ερεθισμάτων μέσω του απομυελινωθέντος νεύρου, είναι μειωμένη και μεταβάλλεται περαιτέρω με παροδικές μεταβολές τους εσωτερικού περιβάλλοντος, όπως οι μεταβολές της θερμοκρασίας και του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών ή το stress. Ο πυρετός ή και ακόμη και ελάχιστες αυξήσεις της θερμοκρασίας του σώματος, όπως π.χ. μετά από ένα ζεστό λουτρό, μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία αγωγής μέσω των απομυελινωθεισών περιοχών και να οδηγούν σε φευγαλέα συμπτώματα και σημεία.

Κλινική εικόνα

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλλουν ανάλογα με την εντόπιση και την ένταση της παθολογοανατομικής εξεργασίας. Στην έναρξη μια μεμονωμένη πλάκα μπορεί να είναι υπεύθυνη για διάφορα σημεία και συμπτώματα. Όταν όμως 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.

Η πρώτη προσβολή της ΣΚΠ μπορεί να εκδηλωθεί με ένα μεμονωμένο σύμπτωμα ή σημείο (45%) ή με περισσότερα από ένα απ'αυτά (55%). Τα συμπτώματα μιας εντοπισμένης βλάβης υποχωρούν σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες, όπως και εκείνα που οφείλονται σε πολλές υποτροπές με κάποιου βαθμού ενδιάμεσες υφέσεις, ενώ μετά από κάθε ώση παραμένουν σημεία μόνιμης νευρολογικής έκπτωσης, πάνω στα οποία προστίθεται η επόμενη κλινική εκδήλωση. Στο τέλος η κλινική εικόνα δε διακρίνεται συχνά από εκείνη που βλέπουμε στις περιπτώσεις που από αρχή εμφανίζονται πολλαπλές και εκτεταμένες βλάβες που προχωρούν δευματοικά και γρήγορα. Η μορφή με υποτροπές οξέων ή υποξέων επεισοδίων είναι η συνηθέστερη σε νέους αρρώστους, ενώ στις περιπτώσεις έναρξης στη μέση ηλικία η πορεία είναι συχνότερη βραδεία, εξελικτική και η νοσηρή διεργασία αφορά συνήθως στο νωτιαίο μυελό. Αν και σε μερικές περιπτώσεις η νόσος είναι δυνατόν σταματήσει και λιγότερες να συμβεί πλήρης και μόνιμη αποκατάσταση, οι περισσότερες περιπτώσεις τελικά ακολουθούν μια κοινή κατάληξη με αύξηση της αταξίας και της σπαστικότητας, ακινητοποίηση, αναπευστικές λοιμώξεις, ουρολοιμώξεις και θάνατο.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Ένα από τα πιο συχνά αρχικά συμπτώματα είναι η μείωση της οπτικής οξύτητας συνήθως μονόπλευρα και σπανιότερα αμφοτερόπλευρα, αποτέλεσμα **οπισθοβολβικής νευρίτιδας**. Εμφανίζεται πόνος στο μάτι 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 ανά 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 σύμπτωμα που μπορεί να προηγείται από τις νευρολογικές εκδηλώσεις για πολλά χρόνια είναι η διπλωπία που διαρκεί πολλές ώρες ή ημέρες. Παθογνωμικός είναι και αταξιακός ή διχαστικός νυσταγμός (σημείο του Harris) όπου στο πλάγιο βλέμμα υπάρχει νυσταγμός του ματιού που απάγεται και κατάργηση της προς τα έξω κίνησης του άλλου ματιού.

Ένας άλλος τρόπος εισβολής είναι με **παροδική αδυναμία** ή **κατάργηση του ελέγχου των άκρων**. Η αδυναμία μπορεί να πάρει τη μορφή της μονοπάρεσης ή της ημιπάρεσης αλλά πιο συχνή είναι η παραπάρεση. Αναπτύσσεται αδυναμία και αδεξιότητα του μέλους ή των μελών με δυσκολία στη βάρδιση. Συχνά η αδυναμία είναι ασύμμετρη και ο ασθενής παραπονείται ότι σέρνει μόνο το ένα πόδι ενώ θεωρεί ότι το άλλο είναι φυσιολογικό. Σελαφριές περιπτώσεις η αδυναμία γίνεται έκδηλη ύστερα από περπάτημα - ή ορθοστασία για αρκετό χρόνο. Η φυσική εξέταση στη διάρκεια των επεισοδίων αποκαλύπτει σπατικότητα με αυξημένα αντανακλαστικά και πελματιαίαπάντηση σε έκταση ή παρεγκεφαλιδική αταξία. Οι αρχικές εκδηλώσεις μπορεί να υποχωρήσουν σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες για να ακολουθήσουν άλλες τους επόμενους μήνες ή χρόνια.

Τα αισθητικά συμπτώματα είναι επίσης συνηθισμένα σαν πρώτες εκδηλώσεις της νόσου. Παιραισθησίες ενός άκρου που διαρκούν λίγες μέρες 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 π.χ. τα μυρμηκιάσματα και τα μουδιάσματα απλώνονται στο ένα πόδι προς τα πάνω και στο άλλο προς τα κάτω. Συχνά υπάρχει αίσθηση "σφιχτού επιδέσμου" ή διόγκωσης του άκρου. Το σύνδρομο του άχρηστου χεριού" συχνά οφείλεται σε τέτοιες βλάβες που καταργούν την ιδιοδεκτική αισθητικότητα σ' ένα χέρι: ο ασθενής ουσιαστικά είναι ανίκανος να το χρησιμοποιήσει αν και η μυϊκή ισχύς είναι άθικτη. Όταν προσβάλλονται τα πόδια βρίσκεται επίσης και το σημείο Romberg. Συχνά βρίσκεται επίσης και το σημείο Lhermitte, όπου ο ασθενής αισθάνεται κατά την κάμψη του αυχένα ένα αίσθημα σαν ηλεκτρικό shock. Τα αισθηματικά συμπτώματα υποχωρούν σταθερά ύστερα από μια πορεία λίγων εβδομάδων ή μηνών.

Συχνά ακόμα είναι και τα συμπτώματα πρωτοπαθούς προεβολής: περιοχών του εγκεφαλικού στελέχους. Ένας τρόπος εμφάνισης είναι το οξύ επεισόδιο ίλιγγου που οφείλεται σε προσβολή των αιθουσαίων κέντρων και που σπάνια συνοδεύεται από σημεία βλάβης των μακρών αισθητικών ή κινητικών οδών. Συχνότερα, ενώ ο ίλιγγος υποχωρεί, ο άρρωστος παραπονείται για διπλωπία και αντικειμενικά βρίσκεται αταξικός νυσταγμός. Εναλλακτική κλινική εικόνα είναι η τριάδα του Charcot που αποτελείται από αταξία με σχετικά οξεία έναρξη, με πρεγκεφαλιδικά σημεία ασυνέργειας και από τα τέσσερα άκρα, έντονο νυσταγμό στο πλάγιο βλέμμα και δυσαρθρία. Μονόπλευρη παράλυση του προσωπικού νεύρου. Μερικοί άρρωστοι

Σκλήρυνση κατά πλάκας

εμφανίζουν μονόπλευρη αναισθησία του προσωπικού νεύρου. Μερικοί άρρωστοι εμφανίζουν μονόπλευρη αναισθησία του προσώπου που την ακολουθεί μετά από μήνες νευραλγία τριδύμου (επώδυνο tic) στην είδα 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 εμφανίζουν βραδέως εξελισσόμενη αδυναμία και αδεξιότητα στα άκρα. Στους νεότερους αρρώστους υπάρχουν συνήθως κλινικές ενδείξεις εκτεταμένων βλαβών, όπως κροταφικός αποχρωματισμός της οπτικής θηλής, νυσταγμός, παρεγκεφαλιδική αταξία και σπαστική αδυναμία των άκρων με κατάργηση της παλλαιοθησίας στα σφύρα.

Τα οξεία επεισόδια της ΣΚΠ μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε περιοχή του ΚΝΣ. Έτσι η έναρξη είναι μερικές φορές εκρηκτική με πονοκέφαλο, εμετούς, ίλιγγο, πόνο στο πρόσωπο, και στη συνέχεια συμπτώματα από προσβολή του εγκεφαλικού στελέχους, των οπτικών νεύρων ή του νωτιαίου μυελού. Σπάνια στην έναρξη της νόσου αναπτύσσεται εικόνα εγκεφαλικής προσβολής με διανοητικές διαταραχές, σπασμούς, αφασία, ημιπληγία ή ημιανομία.

Τα ψυχικά συμπτώματα δεν είναι σπάνια. Όταν υπάρχουν εκτεταμένες βλάβες στον εγκέφαλο η διανοητική κατάσταση μπορεί να επηρεαστεί μερικές φορές σε ακραίο βαθμό. Η συχνότερη αισθηματική εκδήλωση είναι η κατάθλιψη. Η ευφορία, όταν εμφανίζεται, υποδηλώνει διάχυτη εγκεφαλική νόσο και σχετίζεται συχνά με άνοια και ψευδοπρομηκική παράλυση. Σε προχωρημένα στάδια αναπτύσσεται κάποτε άνοια.

Συμπτώματα δυσλειτουργίας της κύστεως, στα οποία περιλαμβάνεται

Σκλήρυνση κατά πλάκας

δυσκολία ενάρξεως της ουρήσεως, συχνουρία και ακράτεια, αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά της προσβολής του νωτιαίου μυελού. Το ίδιο συχνή είναι η δυσλειτουργία του εντέρου και ιδίως η δυσκοιλιότητα. Άνδρες με ΣΚΠ εάν ερωτηθούν παραπονούνται συχνά για σεξουαλική ανικανότητα.

Εργαστηριακές δοκιμασίες.

Αν και η διάγνωση της ΣΚΠ εξακολουθεί να εξαρτάται από τα κλινικά της χαρακτηριστικά, τα εργαστηριακά ευρήματα αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία για την υποστήριξη της. Στην Πλειοψηφία των ασθενών, μία ή και περισσότερες δοκιμασίες θα είναι παθολογικές, μολονότι τα φυσιολογικά αποτελέσματα δεν αποκλείουν τη διάγνωση αυτή.

Το **εγκεφαλονωτιαίο υγρό** παρουσιάζει τυπικά μικρή και καμιά αύξηση των κυττάρων. Σε ποσοστό 90% εμφανίζονται λιγότερα από δέκα κύτταρα ανά κυβικό χιλιοστό ΕΝΥ: Το κύτταρο στο ΕΝΥ είναι κατ'εξοχήν λεμφοκύτταρα Τ, μολονότι μπορεί να βρεθούν σπάνια πλασματοκύτταρα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα κύτταρα στο ΕΝΥ ενεργοποιούνται όχι μόνο κατά τη διάρκεια των εξάρσεων της νόσου αλλά και κατά τη διάρκεια των υφέσεων. Αρα η δραστηριότητα της νόσου υπάρχει συνεχώς σε λανθάνουσα κατάσταση.

Το χαρακτηριστικό εύρημα από το ΕΝΥ είναι η αύξηση της ανοσοσφαιρίνης G (IgG). Τα επίπεδα της IgG είναι αυξημένα μακροχρόνιες περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από σοβαρά νευρολογικά ελλείμματα. Ενώ στα πρώτα στάδια της νόσου, όταν υπάρχει αμφιβολία για τη διάγνωση, οι τιμές της IgG είναι συχνά φυσιολογικές. Τα επίπεδα της IgG δεν επηρεάζονται από τις εξάρσεις και τις υφέσεις. Το αυξημένο κλάσμα της IgG στο ΕΝΥ εξηγεί την ανωμαλία της πρώτης ζώνης στην καμπύλη του κολλοειδούς χρυσού που αν και δοκιμασία ιστορικού ενδιαφέροντος εξακολουθεί να έχει κάποια πρακτική διαγνωστική αξία στην ΣΚΠ.

Συντρίμματα μυελίνης καθώς και βασική πρωτεΐνη μυελίνης εμφανίζονται μέσα στο ΕΝΥ κατά τη διάρκεια των προσβολών. Τα επίπεδα της βασικής πρωτεΐνης μπορεί να μετρηθούν με ραδιοανοσολογικές μεθόδους.

Σε αρρώστους με γνωστή ή πιθανή ΣΚΠ χρησιμοποιείται η δοκιμασία της **καταγραφής προκλητών δυναμικών**. Η αγωγή των νευρικών ερεθισμάτων κατά μήκος των απογυμνωθέντων αξόνων επιβραδύνεται. Η δοκιμασία αυτή παρέχει ευαίσθητο μέσο για την ανακάλυψη των επιβραδυνθέντων οπτικών, ακουστικών ή σωματοαισθητικών ερεθισμάτων. Στη δοκιμασία αυτή χρησιμοποιούνται αισθητικά ερεθίσματα και με τα ηλεκτρόδια καταγραφής τοποθετημένα στη περιοχή των ινιακών λαβών καταγράφονται οι ηλεκτρικές αντιδράσεις που προκαλούνται στη διάρκεια της αγωγής των ερεθισμάτων αυτών. Μία ή περισσότερες από τις δοκιμασίες θα αποκαλύψει επιβράδυνση της αγωγής σε ποσοστό 80% των ασθενών με ΣΚΠ. Σε ποσοστό 30-40% των ασθενών οι ανώμαλες προκλητές αντιδράσεις ανακαλύπτονται όταν κανένα κλινικό σημείο ή σύμπτωμα δεν είναι εμφανές στην προσβεβλημένη οδό.

Η αξονική υπολογιστική τομογραφία (CT) του εγκεφάλου δείχνει σε μερικές περιπτώσεις περιοχές μειωμένης πυκνότητας που θεωρείται ότι είναι πλάκες απομυελίνωσης στη λευκή ουσία του εγκεφάλου, συνήθως με παρακοιλιακή ή υποφλοιώδη κατανομή. Παρόμοιες βλάβες μπορεί να σημειωθούν στα οπτικά νεύρα και το εγκεφαλικό στέλεχος. Μερικές φορές η βλάβη μπορεί να αποκαφθεί με έγχυση ιωδίου, αυτό δείχνει την παρουσία οξειών βλαβών και τη ρήξη του αιματοεγκεφαλικού φραγμού.

Σε μερικούς αρρώστους διαπιστώνεται επίσης ατροφία του φλοιού με διάταση των κοιλιών.

Τα αυξημένα επίπεδα IgG στο νωτιαίο υγρό, τα παθολογικά προκλητικά δυναμικά και οι βλάβες χαμηλής πυκνότητας προσφέρουν χρήσιμη βοήθεια στην εκτίμηση ενός ασθενή με υπόνοια ΣΚΠ. Εντούτοις τα κλινικά ευρήματα κυριαρχούν στη διαγνωστική προσπάθεια.

Διάγνωση

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 πριν. Στην κλινική πράξη κατατάσσουμε τους ασθενείς σε 3 κατηγορίες, όσον αφορά τη βεβαιότητα της διάγνωσης.

Βέβαιη πολλαπλή σκλήρυνση: Αν έχουμε τουλάχιστο ένα 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 γ-σφαιρίνης ή και παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών στο ENY
- δ) Ιστορικό 1 προσβολής, κλινική ή παρακλινική ένδειξη 2 ξεχωριστών βλαβών και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών στο ENY.

Δυνατή πολλαπλή σκλήρυνση: Αν έχουμε έναν από τους παρακάτω 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 γ-σφαιρίνης ή και παρουσία

Σκλήρυνση κατά πλάκας

ολιγοκλωνικών ζωνών στο ΕΝΥ.

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

Αναφορά σε 2 προσβολές σημαίνει ότι αυτές αναφέρονται σε διαφορετικά μέρη του ΚΝΣ και τις χωρίζει τουλάχιστον περίοδος ενός μήνα. Σε κάθε περίπτωση για να θεωρηθεί μια προσβολή πλήρης πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 24 ώρες. Σήμερα η πιο σίγουρη διαγνωστική παράμετρος για την επιβεβαίωση της νόσου είναι η απεικόνιση των απομυελινωτικών πλακών με τη μαγνητική τομογραφία.

Διαφορική διάγνωση

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

Τα οξέα επεισόδια μπορεί να υποδύονται τον επιδημικό ίλιγγο, την πολλαπλή σκληροσυστροφή, τη μνιγγοαγγειακή σύφιλη και την εγκεφαλίτιδα. Ο επιδημικός ίλιγγος μπορεί χωρίς βεβαιότητα να αναγνωριστεί από την πορεία του, ενώ οι δύο άλλες καταστάσεις από την εξέταση του ΕΝΥ. Η διάκριση από την οξεία εγκεφαλομυελίτιδα, που είναι μια μονοφασική διαταραχή, μα αυτόματη ίαση μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Στις πιο χρόνιες περιπτώσεις η διάγνωση από τις οικογενείς αταξίες γίνεται από τη σταθερή κληρονομική εμφάνιση και στερεότυπη κλινική εικόνα των τελευταίων.

Η νόσος του κινήτρου νευρώνα διακρίνεται από την παρουσία μυϊκής ατροφίας και δεσμιδώσεων, στοιχείων που είναι πολύ σπάνια στην ΣΚΠ, όπου δύσκολα προσβάλλονται οι κατώτεροι κινητικοί νευρώνες.

Στους αρρώστους που εμφανίζουν προοδευτική σπαστική παραπληγία είναι αδύνατο μερικές φορές να κάνουμε με βεβαιότητα διαφορική διάγνωση από το νωτιαίο όγκο και την αυχενική σπονδύλωση χωρίς μυελογραφία· εδώ η διάγνωση της ΣΚΠ θα γίνει με αποκλεισμό και θα την ενισχύσει ακόμα η αύξηση της IgG στο ΕΝΥ.

Πορεία και πρόγνωση

Η κλινική πορεία της νόσου δεν μπορεί να προβλεφθεί. Γενικά, τα συμπτώματα που εμφανίζονται αιότομα και όσα αφορούν τις αισθητικές οδούς και τα κρανιακά νεύρα έχουν ευνοϊκότερη πρόγνωση από εκείνα που αναπτύσσονται ύπουλα ή προσβάλλουν την κινητική και ιδιαίτερα την παραγκεφαλιδική λειτουργία.

Πολλοί ασθενείς ζούν 30-50 χρόνια μετά την έναρξη της ενώ λίγοι πεθαίνουν σε ένα - δύο χρόνια. Η πρόγνωση είναι πολύ ευνοϊκότερη για όσους δεν εμφανίζουν σοβαρή αναπηρία στο 5 πρώτα χρόνια ή σε όσους παρουσιάζουν αισθητικά συμπτώματα ή μεσοδιαστήματα με πλήρη αποκατάσταση.

Η νόσος κατά μέσο όρο διαρκεί 20 με 30 χρόνια.

Μόνιμη ίαση ή αποκατάσταση είναι άγνωστη, αλλά κάποιες περιπτώσεις παρουσιάζουν ανακοπή της εξέλιξής τους πριν εισέλθουν σε βαριά αναπηρία, ζούν για μακρό χρονικό διάστημα και πεθαίνουν από άλλες αιτίες. Τα συνήδη αίτια είναι ουρολοιμώξεις, αναπνευστικές λοιμώξεις ή δημιουργία εξελκώσεων λόγω μακροχρόνιας κατάκλισης.

Σπάνια η ΣΚΠ μπορεί να είναι κεραυνοβόλα και θανατηφόρα σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών. Τέτοιες περιπτώσεις που αναφέρονται ως οξεία πολλαπλή σκλήρυνση, εμφανίζουν έντονες φλεγμονώδεις αντιδράσεις μέσα στις πλάκες. Η εισβολή σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλωθεί με κεφαλαλγία, εμετό, παραλήρημα, σπασμούς ακόμη και κώμα μαζί με σύνολο σημείων που δείχνουν σοβαρή μείωση της λειτουργίας του φλοιού, του εγκεφαλικού στελέχους, του οπτικού νεύρου και του νωτιαίου μυελού.

Ο μέσος όρος επιβίωσης έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και κυμαίνεται 25-35 χρόνια από την έναρξη της νόσου, ίσως λόγω της καλύτερης αντιμετώπισης των λοιμώξεων και των κατακλίσεων.

Θεραπεία

Δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για την ΣΚΠ. Οι θεραπευτικές προσπάθειες στρέφονται 1) στην αντιμετώπιση του οξέος επεισοδίου, 2) στην πρόληψη της υποτροπής, 3) στην ανακούφιση των συμπτωμάτων.

Στις οξείες φάσεις της νόσου, η θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή μπορεί να μετριάσει τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και να επιταχύνει την ανάρρωση. Μπορεί να βελτιώνουν την ικανότητα του απομυελινοποιημένου νεύρου να πραγματοποιεί την αγωγή και να μειώνουν το οίδημα και τη φλεγμονή στις πλάκες. Τα συνήθη θεραπευτικά σχήματα χρησιμοποιούν είτε ^{είτε ACTH} πρεδνιζόνη. Η ACTH χορηγείται συνήθως σε δόσεις 80 μονάδων την ημέρα ενδοφλεβίως, για 5 έως 7 μέρες και ακολουθείται από ενδομυϊκές ενέσεις με περιοδικά μειούμενες δόσεις, για τις επόμενες 2 έως 3 εβδομάδες. Δοθέντος ότι η πρεδνιζόνη λαμβάνεται από το στόμα, η θεραπεία είναι απλούστερη από την αντίστοιχη με ACTH και μερικές φορές μπορεί να αποφευχθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Φάρμακα όπως η διαζεπάμη, η δαντρολένη και η βακλοφένη μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση της σπαστικότητας, ενώ η προπανθελίνη ^{μερικές φορές βοηθά στην επίλυση της επιτακτικότητας και της αεραίας της} ούρησης. Σε προχωρημένες περιπτώσεις με επώδυνη σε έκταση σπαστικότητα ή καμπτικούς σπασμούς μπορεί να επιδράσουν πολύ ευνοϊκά ενδοραχιαίες εγχύσεις φαινόλης. Μερικές φορές απαιτείται ένεση στη ρίζα του τρίδυμου για να ανακουφισθεί το επώδυνο tic.

Η συμπτωματική θεραπεία θα πρέπει να ικανοποιεί και τις σωματικές και τις ψυχολογικές ανάγκες των αρρώστων. Οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν την υπερβολική κόπωση και τις ακραίες θερμοκρασίες και να εφαρμόζουν ισοζυγισμένες δίαιτες. Έχει προταθεί η χρήση διαιτών, που

Σκλήρυνση κατά πλάκας

περιέχουν χαμηλά επίπεδα κορεσμένων λιπών η αποτελεσματικότητά τους είναι αμφίβολη. Η χρήση αλκαλοειδών της belladonna και της χλωριούχου βετανεχόλης μπορεί να βοηθήσει στη δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως. Πρέπει να διενεργούνται περιοδικοί έλεγχοι για ουρολοίμωξη. Η "εκπαίδευση" του εντέρου μπορεί να ανακουφίσει από τις διαταραχές της εντερικής λειτουργίας.

Τέλος, σημαντικό ρόλο, παίζει το πως θα αντιμετωπίσει ο ίδιος ο ασθενής τη νόσο. Θα πρέπει να συμβιβαστεί με τη νόσο και να μπορέσει να κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές για το μέλλον.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Γενική εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

Κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να κάνει γενική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ώστε να μπορέσει να σχεδιάσει κατάλληλα το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας. Η εκτίμηση αυτή θα πρέπει να γίνει με προσοχή και υπευθυνότητα ^{και} θα πρέπει να περιλαμβάνει εκτίμηση τόσο της φυσικής και διανοητικής κατάστασης του ασθενή όσο και της συναισθηματικής.

Αρχικά θα πρέπει να λαμβάνεται το ιστορικό υγείας με τις ακόλουθες παραμέτρους:

A: Ιστορικό υγείας

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Παρόντα προβλήματα: | α) Εκδήλωση και διάρκεια συμπτωμάτων
β) Ποιότητα πόνου ή ενοχλήσεων
γ) Ενταση πόνου ή ενοχλημάτων
δ) Περιοδικότητα πόνου ή ενοχλημάτων
ε) Παράγοντες που επιδεινώνουν ή μειώνουν τα συμπτώματα
στ) Αποτελέσματα των τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων. |
| 2) Παρελθούσες νόσοι: | α) Ιστορικό ανάπτυξης
β) Παρελθούσες προσβολές από την νόσο
γ) Άλλη αξιοσημείωτη νόσος ή τραύμα. |
| 3) Οικογενειακό ιστορικό | (για εκτίμηση κληρονομικών ανωμαλιών) |
| 4) Κοινωνικό ιστορικό: | α) Επίδραση της νόσου στην καθημερινή ζωή του ασθενούς
β) Επίδραση της νόσου στις διαπροσωπικές του σχέσεις. |

Αφού συμπληρωθεί το ιστορικό θα πρέπει να ελέγχεται και η διανοητική - μυχική κατάσταση του ασθενούς με τα ακόλουθα στοιχεία:

Β. Διανοητική - Ψυχική κατάσταση.

- 1) Επίπεδο συνείδησης: α) Πλήρης αντίληψη του περιβάλλοντος
β) Συγχυτικός
γ) Παραληρηματικός
δ) Ληθαργικός
ε) Κωματώδης
- 2) Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά: α) Τεταμένος
β) Θλιμμένος
γ) *Ευδιάθετος*
δ) Συνεργάσιμος
ε) Απρεπής συμπεριφορά.
- 3) Διανοητική λειτουργία: α) Προσανατολισμός σε χώρο, χρόνο και πρόσωπα
β) Δυνατότητα υπολογισμών
γ) Μνήμη πρόσφατων και μακρινών γεγονότων
δ) Κρίση και ικανότητα επίλυσης προβλήματος.
- 4) Διεργασία σκέψης: α) Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή έμμονες ιδέες
β) Βαθμός επίγνωσης όσον αφορά τα προβλήματα και την κατάστασή 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, δηλ. την ικανότητα να αναγνωρίζει, να διατηρεί και να κατανοεί αυτό που ακούει.
β) Ακουστική έκφραση: Ικανότητα να μιλά και να εκφράζει τις διεργασίες σκέψης του με λόγια.
γ) Οπτική αντίληψη: Ικανότητα έκφρασης των σκέψεων γραπτά.
- 8) Χρήση χεριού (δεξιού και αριστερού)

Στη συνέχεια ακολουθεί έλεγχος των σημείων, που μπορεί να προσβληθούν από την ασθένεια.

Γ. Έλεγχος της λειτουργίας των κρανιακών νεύρων

- 1) Οσφρητικό: Έλεγχος της αίσθησης της όσφρησης σε κάθε ρώθωνα
- 2) Οπτικό: Έλεγχος της οπτικής οξύτητας, των οπτικών πεδίων και βυθοσκόπηση για τον έλεγχο της οπτικής θηλής και την αγγειακή κατάσταση.
- 3) Κοινό κινητικό:
- α) Έλεγχος της συστολής της κόρης και της προσαρμογής
 - β) Έλεγχος συμμετρίας και κινήσεις των βολβών
 - γ) Νυσταγμός
 - δ) Διπλωπία
 - ε) Βλεφαρόπτωση.
- 4) Τροχλιακό
- 5) Απαγωγό
- 6) Τρίδυμο: Αισθητική απόκριση
- α) Έλεγχος αντανακλαστικών του κερατοειδούς
 - β) Έλεγχος για την αισθητική απόκριση του δέρματος του προσώπου, των πρώτων 2/3 της γλώσσας και των δοντιών σε οπτικά ερεθίσματα.
 - γ) Έλεγχος της κινητικής δύναμης των μαστήρων μυών.
- 7) Προσωπικό:
- α) Έλεγχος της απόκρισης των πρώτων 2/3 της γλώσσας σε γευστικά ερεθίσματα (αισθητικό νεύρο)
 - β) Έλεγχος της συμμετρίας του προσώπου σε έντονες εκφράσεις (κινητικό νεύρο).
- 8) Ακουστικό.
- α) Έλεγχος της ακοής:
 - I) Αμφοτερόπλευρη εξέταση της ακουστικής οξύτητας σε ακουστικό ερέθισμα.
 - II) Συμμετρική απόκριση σε δονούμενο διαπασών που τοποθετείται στη μέση του μετώπου (δοκιμασία WEBBER)

Σκλήρυνση κατά πλάκας

- β) Έλεγχος της λειτουργίας της λαβυρινθικής ισορροπίας:
I) Νυσταγμός θέσης
II) Δοκιμασία δερμικής
- 9) Γλωσσοφαρυγγικό: α) Έλεγχος της απόκρισης του πίσω 1/3 της γλώσσας σε ερεθίσματα γευστικά και οπτικά (αισθητικό)
β) Αντανακλαστικό κατάποσης (κινητικό).
- 10) Πνευμονογαστρικό: Συμμετρία κίνησης της μαλθακής υπερώας όταν προσφέρει "αΗ".
- 11) Παραπληρωματικό: Έλεγχος της μυϊκής δύναμης και του όγκου του τραπεζοειδούς και στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Κινήσεις ώμου κεφαλής.
- 12) Υπογλώσσια: Σε βλάβη του ενός νεύρου: ατροφία εκείνου του ημίσεως, προβολή της γλώσσας, στροφή της προς την αδύνατη πλευρά. Σε αμφοτερόπλευρη παράλυση: αδυναμία κίνησης της γλώσσας.

Δ. Έλεγχος της κινητικής λειτουργίας:

- α) Γίνεται έλεγχος του ασθενούς κατά την εκτέλεση εκούσιων και ακούσιων κινήσεων.
- β) Εξετάζεται αν υπάρχει συμμετρία κατά την εκτέλεση των κινήσεων (δοκιμασία δείκτης - μύτη, δοκιμασία φτέρνα - γόνατο)
- γ) Ελέγχεται η μυϊκή ισχύς, ο μυϊκός τόνος και παρατηρείται αν υπάρχει τρόμος.

Ε. Έλεγχος της αισθητικής λειτουργίας.

- α) Αξιολόγηση επιπολής αισθητικότητας για απόκριση σε: πόνο (καρφίτσα ασφαλείας), ελαφρά αφή (βαμβάκι) θέση, δόνηση (διαπασών), θερμοκρασία.

ΣΤ. Έλεγχος της λειτουργίας της παρεγκεφαλίδας:

Αξιολογείται η ικανότητα ισορροπίας και συντονισμού

- α. Μάτι - χέρι (δοκιμασία δακτύλου στη μύτη)
- β. Γρήγορες εναλλασσόμενες κινήσεις χεριών και δακτύλων
- γ. Βάδιση στα δάχτυλα
- δ. Test Romberg.

Ζ. Έλεγχος αντανakλαστικών

Έλεγχος εν τω βάθει (τενόντιων) αντανakλαστικών: δικεφάλου, τρικεφάλου, βραχιονοκερκιδικό, επιδονατίδας και αχίλλειο.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΒΛΑΒΗΣ	ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ
1. Νωτιαίος μυελός	Αδυναμία, αταξία, παράλυση, αισθητικές απώλειες ή διαταραχές. Δυσλειτουργίες εντέρου, κύστεως και σεξουαλικές
2. Εγκεφαλικό στέλεχος και παρεγκεφαλίδα	Διαταραχές Κρανιακών Νεύρων Διπλωπία, νυσταγμός, ζάλη, δυσαρδρία. Διαταραχή στον έλεγχο των προσωπικών μυών. Δυσκολία στην κατάποση και μάσηση. Τρόμος. Ασταθές βάδισμα.
Εγκεφαλικά ημισφαίρια	Συγκινησιακή αστάθεια. Ευφορία, κατάθλιξη, διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

Γενικά προβλήματα του αρρώστου

1. Μεταβολές στην προσωπική άνεση του ασθενούς: Ελλειψη άνεσης λόγω πόνου, ίλιγγο, δυσκολίες στη βάδιση.
2. Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό.
3. Δυσκολία του ασθενούς να φροντίζει τον εαυτό του.
4. Αυτοαντίληψη: Μεταβολή στο σωματικό είδωλο.
5. Μεταβολές στη θρέψη: Κακή θρέψη εξαιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμετών, αδυναμία σίτισης.
6. Ελαττωματική κίνηση: Περιορισμένη τροχιά κινήσεων, ελάττωση μυϊκού τόνου, ελάττωση κινήσεων.
7. Σύγχυση. Ελλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα, χρόνο, χώρο.
8. Μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση
9. Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης.
10. Μεταβολές στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων: κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ουροδόχου κύστης κ.λ.π.

Ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει στα πολύπλοκα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται με τη διάγνωση της νόσου.

Με την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και τη διάγνωση της νόσου, ο ασθενής καλείται να αντιμετωπίσει μια άγνωστη γι' αυτόν νόσο η οποία όπως τον πληροφορούν έχει όχι ευχάριστη κατάληξη μετά από μακροχρόνια πορεία κατά την οποία οι διάφορες λειτουργίες του οργανισμού του θα χάσουν σιγά σιγά τη λειτουργικότητά τους.

Σε αυτή τη φάση, ο ασθενής αρνείται να πιστέψει ότι είναι αλήθεια η διάγνωση. Ίσως και να αναζητήσει τη γνώμη άλλων ιατρών. Αφού όμως δεχτεί ότι η διάγνωση είναι σωστή, τότε το διακατέχουν αισθήματα θυμού. Αναρωτιέται γιατί να συμβεί σε αυτόν και όχι σε κάποιον άλλο, ποιος είναι υπεύθυνος για τη νόσο. Στη συνέχεια όμως συνειδητοποιεί ότι κανείς δεν είναι υπεύθυνος και αισθάνεται κατάθλιψη για το μέλλον του.

Αν ο ασθενής είναι νέος, θλίβεται για το μέλλον του και τα σχέδια που είχε κάνει για τη μελλοντική του ζωή. Σπουδές, δουλειά, οικογένεια φαντάζουν ανεκπλήρωτα όνειρα. Αν ο ασθενής είναι μεγαλύτερος στενοχωριέται για την οικογένειά του, για τη στήριξη των παιδιών του, για τη δουλειά του. Ταυτόχρονα και στις δυο περιπτώσεις, συναισθήματα άγχους, φόβου, αγωνίας για τη νόσο και τα συμπτώματα, τους ταλαιπωρούν.

Έχουν πολλές απορίες και ερωτήσεις να κάνουν τόσο για το μέλλον τους όσο και για την υγεία τους άλλα ίσως να διστάζουν να τις κάνουν.

Ακόμα, σημαντικό πρόβλημα είναι η οικονομική βοήθεια που θα χρειαστεί ο ασθενής για να καλύψει τα έξοδα νοσηλείας, θεραπείας αλλά και για την έξοδο του από το νοσοκομείο, για την καθημερινή ζωή και την οικονομική υποστήριξη της οικογένειάς του.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Ο/η νοσηλεύτρια/της σε συνεργασία με ψυχολόγο και κοινωνικό λειτουργό βοηθούν τον ασθενή. Αυτή η συνεργασία σκοπό έχει, με βάση την αξία της ανθρωπίνης προσωπικότητας να απαλύνει το πόνο του ασθενούς, να ενθαρρύνει και να υποκινήσει τις εσωτερικές ικανότητες και δυνατότητες του γι'αυτοβοήθεια, ώστε να αποδεχτεί τη νόσο και να αναπροσαρμόσει τα σχέδια του για το μέλλον του.

Ο/η νοσηλεύτρια/της πρέπει να δημιουργήσει μια ζεστή, φιλική σχέση με τον ασθενή, για να μπορέσει ο ασθενής να εκφράσει τα αισθήματά του, την αγωνία του, τα όσα δεν τον αφήνουν να ηρεμήσει και ίσως δεν μπορεί να τα εμπιστευθεί στους οικείους του.

Ο/η νοσηλεύτρια/της είτε μέσα από τη συζήτηση, είτε μέσα από τη φιλική σιωπή δέχεται αυτά τα ερωτήματα και ανάλογα απαντά με ακρίβεια και ρεαλισμό, για να δώσει μια σωστή εικόνα στον ασθενή για την κατάστασή του και το μέλλον του. Ακόμα το φέρνει σε επαφή με τις αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες για την παροχή οικονομικής βοήθειας.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με Σ.Κ.Π.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα του ασθενούς με Σ.Κ.Π. Οι νοσηλευτές/τριες παίζουν σπουδαίο ρόλο σαν μέλος της θεραπευτικής ομάδας, με την παρατηρητικότητα και το ενδιαφέρον που θα πρέπει να διαθέτουν. Με τις σωστές και ακριβείς παρατηρήσεις θα εκτιμηθεί η γενική κατάσταση του ασθενούς και θα οργανωθεί το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό θα περιλαμβάνει τη σωματική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και τη διδασκαλία τόσο του ασθενούς όσο και της οικογενείας του. Πρέπει να αναφέρουμε ότι επειδή η νόσος είναι προοδευτική και οι εκδηλώσεις της νόσου αλλάζουν το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να αναπροσαρμόζεται σε αυτές τις αλλαγές.

Αφού γίνει η εισαγωγή του ασθενούς στη νευρολογική κλινική, θέτεται σε εφαρμογή το πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας για την αντιμετώπιση της νόσου.

Ένας από τους πρώτους στόχους είναι η διατήρηση της γενικής υγείας του ασθενούς, έτσι ώστε να διατηρηθεί η άμυνα του οργανισμού στα ανώτερα δυνατά επίπεδα. Αυτό θα επιτευχθεί με τις εξής ενέργειες:

- Λήψη πλήρους ιστορικού υγείας.
- Προσεκτική και πλήρη νευρολογική εξέταση ώστε να καταγραφούν σωστά τα ευρήματα. Στη συνέχεια θα συγκριθούν με τα ιατρικά ευρήματα για να δοθεί η σωστή θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή στον ασθενή.
- Προστασία του ασθενούς από καταστάσεις που ενδεχομένως προκαλέσουν ή επιδεινώσουν μια έξαρση.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Επειτα σειρά έχουν οι διαγνωστικές εξετάσεις. Ο/η νοσηλεύτης/τρια είναι υπεύθυνος για τη φυσική και συναισθηματική προετοιμασία του ασθενή:

- Εξηγεί τη διαδικασία και το σκοπό της εξέτασης καθώς και τι ακριβώς θα πρέπει να κάνει ο ίδιος κατά τη διάρκειά της.
- Να χορηγήσει ελαφρά πρεμιστικά (ιατρική εντολή) για αντιμετώπιση τυχόν ανησυχίας και έντασης πριν την εξέταση.
- Να συνοδεύσει και να υποστηρίζει ψυχολογικά τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
- Να παρακολουθεί την κατάσταση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της εξέτασης για τυχόν επιπλοκές.
- Να παρατηρεί συχνά και προσεκτικά τον ασθενή αφού τελειώσουν οι διαγνωστικές εξετάσεις για τυχόν επιπλοκές. Πιο συγκεκριμένα, μετά από παρακέντηση για λήψη ΕΝΥ μπορεί να εμφανισθεί: α) μικρή αιμορραγία (από τρώση αιμοφόρου αγγείου με δημιουργία επισκληριδίου αιματώματος), β) πόνος από ερεθισμό των ριζών, που παρέρχεται μετά από μερικές ημέρες γ) συμπτώματα φλεγμονής από λοιμώδη αίτια, που μπορεί να οφείλονται σε μη άσηπτη τεχνική. Φυσικά αν παρουσιαστεί κάτι από τα παραπάνω θα πρέπει να αντιμετωπιστεί αμέσως. Τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να τοποθετείται σε πρηνή θέση για αρκετές ώρες μετά από την παρακέντηση. Εάν παρουσιαστεί κεφαλαλγία θα αντιμετωπιστεί με ανάπαυση, κατάκλιση ή χορήγηση ήπιων αναλγητικών (ιατρική εντολή).

Αφού γίνει η διάγνωση της νόσου, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει αμέσως να αρχίσει την ενημέρωση για τη φύση της νόσου και την εξέλιξη της καθώς και τη διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειάς του. Επειδή

Σκλήρυνση κατά πλάκας

οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου σε συνδυασμό με την ψυχολογική καταπόνηση του ασθενή επηρεάζουν την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά και οδηγούν σε νοητική έκπτωση, η προσέγγιση του ασθενούς θα πρέπει να γίνει με ευαισθησία, υπομονή και κατανόηση. Ο/η νοσηλεύτης/τρια θα πρέπει:

- Να απαντά με ακρίβεια και ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του ασθενή. Βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει ότι η νόσος έχει εξάρσεις και υφέσεις και τον ενημερώνει και βοηθά πως να αντιμετωπίσει τις εξάρσεις. Ο σωστά ενημερωμένος ασθενής μπορεί πιο εύκολα να αντιμετωπίσει τη νόσο και να θέσει τα σχέδια του για το μέλλον σε ρεαλιστικές βάσεις.
- Να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης και οικειότητας είτε μέσα από τη συζήτηση, είτε μέσα από τη σιωπή του ακροατή, έτσι ώστε τόσο ο ίδιος ο ασθενής όσο και οι οικείοι του να εκφράσουν το άγχος και τα συναισθήματά τους. Η συναισθηματική φόρτιση είναι τεράστια για την άγνωστη αυτή νόσο και τις επιπτώσεις που θα έχει στη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Γι' αυτό χρειάζεται αγάπη και κατανόηση εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Να το συμβουλεύει να αποφεύγει, όσο είναι δυνατό, τις περιστάσεις που τον εκνευρίζουν και τον στεναχωρούν. Ειδικά κατά τη διάρκεια των εξάρσεων της νόσου συνίσταται ηρεμία.
- Να ενημερώσει τον ασθενή για τις παροχές που μπορεί να εξασφαλίσει από την πολιτεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες για οικονομική βοήθεια, ιατρική φροντίδα, εκπαιδευτική ή επαγγελματική βοήθεια. Έτσι βοηθά να μειωθεί το άγχος για ένα μέλλον που φαντάζει αβέβαιο.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Ο/η νοσηλεύτης/τρια φροντίζει να δοθεί η απαραίτητη νοσηλευτική φροντίδα κατά την εκδήλωση των συμπτωμάτων του ασθενούς. Ανάλογα με το σύμπτωμα πρέπει να παρέχει και την ανάλογη βοήθεια:

(1) Κατά την αγωγή ασθενούς με διαταραχές όρασης, όπως προβλήματα μερικής ή ολικής απώλειας της όρασης ή διπλωγίας, ο/η νοσηλεύτης/τρια: - Αξιολογεί την οπτική λειτουργία και αναγράφει με ακρίβεια τις παρατηρήσεις

- Χρησιμοποιεί στερινοειδή και λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη παρενεργειών από αυτά.
- Εκτιμά την ανάγκη για αλλαγή των δραστηριοτήτων του όπως η οδήγηση.
- Εξηγεί ότι το σύμπτωμα είναι παροδικό και προχωρεί στη διδασκαλία του ασθενούς για την κάλυψη των ατομικών του αναγκών.

(2) Σε περιπτώσεις αισθητικών διαταραχών, ο/η νοσηλεύτης/τρια:

- Λαμβάνει ιστορικό της αυξημένης ή μειωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων (πόνος θερμοκρασία)
- Ενημερώνει το ιστορικό υγείας του ασθενούς για τυχόν συμπτώματα ανώμαλων αισθήσεων όπως αίσθημα ηλιακού εγκαύματος, μυρμηκίασης, ηλεκτρικού Shock όταν ο λαιμός είναι σε κάμψη.
- Εκτιμά τα ευρήματα της αισθητικής εξέτασης.
- Θα πρέπει να διδάξει τον ασθενή τη σπουδαιότητα της αυτο-εξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνει στο δέρμα του.
- Εξασφαλίζει την προστασία του δέρματος με συχνή αλλαγή θέσης και

Σκλήρυνση κατά πλάκας

έγκαιρη θεραπεία των μολύνσεων ή ερεθισμών.

Σε ασθενή με τέτοιες διαταραχές πρέπει να δίνεται η ανάλογη προσοχή γιατί υπάρχει ο κίνδυνος αυτοτραυματισμού. Έτσι θα πρέπει:

- Να αποφεύγεται η επαφή με αιχμηρά και γενικά επικίνδυνα αντικείμενα
- Να ελέγχεται η θερμοκρασία της τροφής και των υγρών που παρέχονται στον ασθενή.
- Να ελέγχεται η θερμοκρασία του μπάνιου του.

Σε περίπτωση αυτοτραυματισμού θα πρέπει να αντιμετωπίζεται αμέσως το σημείο βλάβης ή ερεθισμού. Έτσι θα αποτραπούν πιο εκτεταμένες και σοβαρές βλάβες ή μολύνσεις.

(3) Οι αλλοιώσεις του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν κινητικές διαταραχές. Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα μυϊκής αδυναμίας, μουδιάσματα, πόνο ή ελαττωμένο έλεγχο των άκρων, αστάθεια στο βάδισμα και δυσκολία έγερσης από το κρεβάτι. Σε αυτή την περίπτωση η νοσηλεύτρια:

- Εξασφαλίζει μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσης του ασθενή. Διδάσκει ακόμα τη χρήση των μέσων αυτών.
- Εφαρμόζει μασάζ για απαλλαγή από σπαστικότητα.
- Ενθαρρύνει τον ασθενή να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις, ανάλογα με τις δυνατότητες που έχει. Σημαντικό είναι να το συμβουλεύει ένα μη συνεχίζει τις ασκήσεις μέχρι να κουραστεί αλλά να επιτρέπει στον εαυτό του ικανοποιητικά διαστήματα ανάπαυσης.
- Προτρέπει τον ασθενή να συνεχίσει να κινείται για να διατηρηθεί ο

Σκλήρυνση κατά πλάκας

μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών. Επίσης εξηγεί ότι η παραμονή στο κρεβάτι, χωρίς να το απαιτούν οι εκδηλώσεις της νόσου, οδηγεί σε κατάθλιψη, ανία και επιπλοκές της ίδιας της νόσου.

- Όταν το θεραπευτικό σχήμα συνιστά φυσικοθεραπεία, ο ρόλος του/της νοσηλεύτριας συνίσταται στην παρότρυνση, ψυχολογική ενίσχυση και βοήθεια κατά την εκτέλεση των ασκήσεων.

(4) Όταν η νόσος φθάσει στο σημείο εγκατάστασης σπαστικότητας, σπαστικής πάρεσης ή παράλυσης, η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται στη ψυχολογική συντήρηση και υποστήριξη του ασθενούς και στην πρόληψη των επιπλοκών. Οι επιπλοκές προκαλούνται από τη μόνιμη, σε πολλές περιπτώσεις, παραμονή του ασθενούς στο κρεβάτι ή σε αναπηρική πολυθρόνα. Ο/η νοσηλευτής/τρια πρέπει να:

- Διδάσκει στον ασθενή ενεργητικές κινήσεις ή εκτελεί παθητικές ασκήσεις πλήρους τροχιάς στις αρθρώσεις σας. Παραμορφώσεις δημιουργούνται πολύ εύκολα είτε από τη μείωση των κινήσεων των μελών είτε από την ακινητοποίησή τους για μεγάλο χρονικό διάστημα. Γι'αυτό χρειάζεται η συχνή αλλαγή της θέσης του ασθενή. Ακόμα η χρησιμοποίηση θερμών επιθεμάτων ή λουτρών ανακουφίζει το μυϊκό σπασμό.
- Παίζει ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση και πρόληψη των κατακλίσεων, που είναι μια από τις σοβαρές επιπλοκές. Η αλλαγή θέσεων συχνά και η εφαρμογή προληπτικών μέτρων (όπως καθαρό και στεγνό δέρμα, μασάζ στα σημεία πίεσης, χρήση ειδικών spray στα σημεία πίεσης, χρήση ειδικών στρωμάτων εναλλασσόμενης πίεσης ή αεροθαλάμων κάτω από τις κατακλίσεις). Η φυσικοθεραπεία τέλος και το μασάζ συντελεί στην αποκατάσταση της κυκλοφορίας και στην καλή αιμάτωση των μυών.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

- Παίζει επίσης ρόλο στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων. Οι λοιμώξεις είναι άλλη μια σημαντική επιπλοκή λόγω της περιορισμένης κινητικότητας του ασθενή, των επιπόλαιων αναπνοών και της γενικής εξασθένησης της υγείας του ασθενή. Ο/η νοσηλευτής/τρια διδάσκει τον ασθενή να αποφεύγει τα άτομα που έχουν κάποια λοίμωξη και ιδιαίτερα αναπνευστική, καθώς και να αναπνέει σωστά και βαθιά για να αποβάλλει τυχόν εκκρίσεις.

(5) Οι δυσλειτουργίες της ουροδόχου κύστης και του εντέρου είναι από τις συχνότερες εκδηλώσεις της νόσου, οι οποίες χρειάζονται ιδιαίτερη νοσηλευτική φροντίδα, τόσο για τη φυσική και σωματική κατάσταση του ασθενή όσο και για τη ψυχολογική.

- Ο/η νοσηλευτής/τρια πρέπει να βοηθά τον ασθενή να διατηρεί τη λειτουργία της κύστης σε κανονικά χρονικά διαστήματα. Έτσι αποφεύγεται η διάταση ή η συρρίκνωσή της κύστεως, σε ουρολοιμώξεις και ο σχηματισμός λίθων.
- Σε περίπτωση ακράτειας ούρων εκτελεί καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως.
- Η ακράτεια των ούρων σε συνδυασμό με την ακινησία και παράλληλα προς τη γενική εξασθένηση του οργανισμού δημιουργούν τις εξής επιπλοκές: α) Τη δημιουργία κατακλίσεων και δερματίτιδας. Για την πρόληψη και εδώ χρειάζεται η συχνή αλλαγή θέσεων του ασθενούς, η συχνή καθαριότητα του δέρματος και οι εντριβές, για την τόνωση της κυκλοφορίας.
β) Τη δημιουργία ουρολοιμώξεων. Οι ουρολοιμώξεις αντιμετωπίζονται με

Σκλήρυνση κατά πλάκας

προσεκτική τοπική καθαριότητα και αντισηψία, λήψη άφθονων υγρών, λήψη αντιβιοτικού μετά από αντιβιογράμμα (ιατρική εντολή), πλύση ουροδόχου κύστεως με αντισηπτική ουσία (ιατρική εντολή).

Συχνά υπάρχει επίσχεση ή απώλεια κοπράνων. Αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται με την ακινησία. Ο/η νοσηλευτής/τρια θα πρέπει να:

α) Σε περίπτωση επίσχεσης:

- Να εκτελεί καθημερινό υποκλυσμό
- Να χορηγεί στον ασθενή υπακτικές τροφές
- Να χορηγεί ελαφρύ υπακτικό (ιατρική εντολή)
- Να συμβουλεύει τον ασθενή να κινείται.

β) Σε περίπτωση απώλειας κοπράνων:

- Να αλλάζει τον ασθενή όποτε χρειάζεται και να φροντίζει να κάνει επιμελημένη καθαριότητα του δέρματος
- Να προσαρμόζει τη διαίτα ανάλογα
- Να μεταχειρίζεται τον ασθενή με λεπτότητα. Να συζητήσει το πρόβλημα μαζί του και να του εξηγήσει ότι το πρόβλημα είναι εκδήλωση της νόσου και δε θα πρέπει να νιώθει άσχημα για αυτό.

(6) Κατά την εμφάνιση ιλίγγου, θα πρέπει ο/η νοσηλευτής/τρια:

- Να συμβουλεύσει τον ασθενή να μην κινείται κατά τη διάρκεια του επεισοδίου, ώστε να μη γίνει κάποιο ατύχημα, και να καλεί το προσωπικό αν χρειάζεται κάτι.

(7) Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν απώλεια της ορέξεως, λόγω

Σκλήρυνση κατά πλάκας

ναυτίας, εμετών ή δυσφαγίας. Σε αυτή τη περίπτωση θα πρέπει ο/η νοσηλεύτης/τρια:

- Να φροντίσει για τη διατήρηση της κανονικής δρέψης του ασθενούς, διαφορετικά μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα αδυναμίας, απώλειας βάρους, αναιμίας, υπογλυκαιμίας ή διαταραχές στο ισοζύγιο των ηλεκτρολυτών.
- Όταν ο ασθενής έχει ναυτία ή εμετούς, θα πρέπει να παρέχει τακτικά και μικρά γεύματα και να κάνει συχνές πλύσεις της στοματικής κοιλότητας και να χορηγούνται αντιεμετικά.

Μέρος του θεραπευτικού σχήματος είναι και η χορήγηση φαρμάκων. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη χορήγηση κορτικοστεροειδών. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να δέσει τον ασθενή υπό συνεχή παρακολούθηση γιατί η χορήγηση τους σε μεγάλες δόσεις προκαλεί: κατακράτηση ηλεκτρολυτών, οίδημα, αύξηση της πίεσης, αύξηση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα, οστεοπόρωση, μυϊκή αδυναμία, ψυχικές διαταραχές.

Ο/η νοσηλεύτης/τρια διδάσκει τον ασθενή πως να αναγνωρίζει τις παρενέργειες και να τις αναφέρει. Ο θεράπωντας ιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τυχόν αλλαγή στο θεραπευτικό σχήμα. Φυσικά η χορήγηση των φαρμάκων θα πρέπει να ακολουθήσει τους νοσηλευτικούς κανόνες.

Η παραμονή στο νοσοκομείο και στο κρεβάτι δημιουργεί προβλήματα τόσο στη σωματική κατάσταση του ασθενούς όσο και την ψυχολογική. Η πηλίκση, αν ο ασθενής δεν ασχολείται με τίποτα, ο φόβος για τη νόσο και τη

Σκλήρυνση κατά πλάκας

κατάληξη της ταλαιπωρούν ψυχικά τον ασθενή. Γι' αυτό ο/η νοσηλεύτης/τρια θα πρέπει να βρει τρόπους για απασχόληση και ψυχαγωγία του ασθενούς. Έτσι όλα τα αρνητικά αισθήματα βρίσκουν μια διέξοδο και ο ασθενής αισθάνεται χρήσιμος.

Η εναλλαγή ευφορίας και κατάθλιψης είναι συνηθισμένη στον ασθενή με ΣΚΠ. Αυτό ίσως οφείλεται στο άγχος για τη νόσο ή σε βλάβη του νευρικού συστήματος. Ο/η νοσηλεύτης/τρια αντιμετωπίζει το κάθε περιστατικό εκδήλωσης τέτοιων αισθημάτων με ηρεμία, σαν να αντιμετωπίζει άλλο ένα σύμπτωμα της νόσου. Επίσης διδάσκει την οικογένεια να αντιμετωπίζουν αυτά τα ξεσπάσματα με ηρεμία και να δίνουν την ευκαιρία στον ασθενή να μιλήσει για τα όσα αισθάνεται. Τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και η οικογένεια πρέπει να δείξουν την αμέριστη συμπαράστασή τους στον ασθενή χωρίς όμως να γίνονται φορτικοί ή υπερπροστατευτικά όταν δε χρειάζεται.

Η κάλυψη των πολύπλευρων σωματικών και ψυχολογικών αναγκών του ασθενούς απαιτεί την οργάνωση ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας σε συνδυασμό με το ιατρικό θεραπευτικό πλάνο. Το νοσηλευτικό πρόσωπο παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο καθώς βρίσκεται κοντά στον ασθενή και εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες. Ο ρόλος του στην φυσική και συναισθηματική αποκατάσταση του ασθενούς είναι πολύπλευρος. Διδάσκει στον ασθενή πως να προσαρμόζεται σε κάθε καινούργια φάση της νόσου και πως να ζει το παρόν αισιόδοξα και δημιουργικά. Η δημιουργία μιας σχέσης νοσηλεύτη/τριας - ασθενούς που να εμπνέει φιλία, σεβασμός και ασφαλείας είναι πολύπλοκο αλλά απαραίτητο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

1η Κλινική περίπτωση

Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών.

Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική.

Ο ασθενής Ν.Κ., ετών 39, νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική από 8.7.95 - 25.7.95.

Λόγοι εισαγωγής

Δυσαισθησίες -Μυϊκή αδυναμία κάτω άκρων -Δυσχέρεια στη βάρδιση με εύκολη κόπωση.

Ιστορικό παρούσας νόσου

Προ: διαιτίας ο ασθενής αισθάνθηκε αιμωδίες στο κάτω μέρος του κορμού και τα άκρα. Για 4 εβδομάδες περίπου οι αιμωδίες συνεχίστηκαν Ταυτόχρονα παρουσιάστηκαν μυϊκή αδυναμία των κάτω άκρων, δυσχέρεια και αστάθεια στη βάρδιση. Μετά από λίγους μήνες, ο ασθενής εισάγεται πάλι στην νευρολογική κλινική με διπλωπία, δυσαισθησίες και μυϊκή αδυναμία δεξιού άκρου.

Ο ασθενής έχοντας αυτά τα συμπτώματα, εισάγεται πάλι για πλήρη διερεύνηση και θεραπεία.

Ευρήματα από τη φυσική εξέταση.

- Δυσμετρία άμφω
- Πυραμιδικό βάρδισμα
- Ελάττωση μυϊκής ισχύος δεξιού άνω και κάτω άκρου

- Διαταραχές εν τω βάθει αισθητικότητας
- Εντονος νυσταγμός απαγωγής
- Αμφω κοιλιακά αντανακλαστικά καταργημένα
- Αμφω πυραμιδική συνδρομή ΔΕ ΑΡ με πελματιαία σε κάμψη.

Γενικός αιματολογικός - βιοχημικός έλεγχος

Από το γενικό αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο τα αποτελέσματα προέκυαν φυσιολογικά.

Ακτινολογικός έλεγχος.

Α/Τ εγκεφάλου (και με έγχυση σκιαγραφικού)

Υπάρχουν εστίες παρά τα ινιακά κέρατα και παρά τα μετωπιαία κέρατα των πλάγιων κοιλών άμφω. Οι εστίες αυτές προσλαμβάνουν σκιαγραφικό και εξακολουθούν να σκιαγραφούνται και μία ώρα μετά.

Προκλητά δυναμικά

Οπτικά προκλητά δυναμικά:

Λανθάνοντες χρόνοι εκτός φυσιολογικών ορίων:

ΑΡ: 127

ΔΕ: 115

και παράλληλη αλλοίωση του σχήματος της κυματομορφής.

Ακουστικά προκλητά δυναμικά.

Αριστερά: Αλλοίωση του σχήματος της κυματομορφής.

Παράλληλα ο χρόνος των κυμάτων III - V είναι παρατεταμένος.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Βιοψία μυός: Δεν καταγράφεται κυματομορφή δεξιά.

Οφθαλμολογική εξέταση:

Διαπυρηνική οφθαλμοπληγία άμφω με έντονο νυσταγμό απαγωγής.

Διάγνωση: Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Αγωγή: ZANTAC tabl (1x2) ημερησίως

PREZOLON tabl 50 (6x1) ημερησίως

SEPTRIN tabl (1x3) ημερησίως.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Προβλήματα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες - Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
1. Κατάθλιξη, φόβος, αγωνία και ανησυχία του ασθενή	1. Αδυναμία του ασθενή να κατανοήσει τις υφέσεις και εξάρσεις των συμπτωμάτων	1. Ανακούφιση του ασθενούς από το φόβο και το άγχος - Τόνωση του ηθικού του, ώστε να μην απογοητευθεί και να συνεργάζεται κατά την εφαρμογή της θεραπείας του	1- Ο/η νοσηλεύτης/τρια απαντά με σαφήνεια στις ερωτήσεις του ασθενή και εξηγεί τη φύση και την πορεία της νόσου. - Τον βοηθά να διερευνήσει την κατάσταση του, να προσαρμοστεί και να οργανώσει το μέλλον του πάνω στα νέα δεδομένα. - Δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας ώστε ο ασθενής να μπορέσει να εκφράσει τα αισθήματά του. - Τον συμβουλεύει να αποφεύγει καταστάσεις οι οποίες μπορεί να επδεδειώσουν την σωματική και ψυχολογική του κατάσταση. - Φροντίζει να επικοινωνήσει ο ασθενής με τις κοινωνικές υπηρεσίες, ώστε να πάρει οικονομική και επαγγελματική βοήθεια.	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας 1- Ο ασθενής εκφράζει τα αισθήματά, τις ανησυχίες και τις απορίες του. - Νιώθει προεμμία και ασφάλεια με τις απαντήσεις που του δίνονται. Συγχρόνως κατανοεί και προσαρμόζεται με τη νόσο του, με την ψυχολογική ενδάρρυνσή που του παρέχεται.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Προβλήματα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες - Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
2. Διαταραχή λειτουργίας της ουροδόχου κύστης και πρόβλημα ουρολοιμώξεως	2. Λόγω προσβολής της ιερής μοίρας του νωτιαίου μυελού	2 - Προσπάθεια αποφυγής των προβλημάτων που είναι συνέπεια της απώλειας ούρων όπως ουρολοιμώξεις, κατακλίσεις, - Προσπάθεια να επανέλθει, όσο είναι δυνατό η ομαλή λειτουργία της ουροδόχου κύστης	2- Ο/η νοσηλεύτης/τρια συνεργασία με τον ασθενή καταρτίζει ένα πρόγραμμα ούρησης - Εφαρμόζει συχνή και επιμελημένη καθαριότητα για την πρόληψη ουρολοιμώξεως, δερματίτιδας ή κατακλίσεων. - Εκτελεί καθετηριασμό ουροδόχου κύστεως - Όταν κάνει λήψη ούρων για καλλιέργεια χρησιμοποιεί αποστειρωμένο δείγμα από τον καθετήρα. - Εκτελεί προσεκτική μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών - Ενδαρύνει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του.	2. Ο/η νοσηλεύτης/τρια παρακολουθεί τα πρόβληματα που δημιουργούνται από το ουροποιητικό σύστημα, δίνοντας σε συνεχή παρακολούθηση τον ασθενή. - Επικοινωνείται μερικές φορές με τη λήψη της ουροδόχου κύστης.

Προβλήματα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες - Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
3. Δυσλειτουργία του εντέρου.	3. Λόγω προσβολής της ιερής μοίρας και νωτιαίου μυελού και περιορισμένης κινητικότητας του ασθενή.	3. - Επαναφορά της κανονικής λειτουργίας του εντέρου με τρόπους φυσικούς ή και φαρμακευτικούς. - Ψυχολογική βοήθεια στον ασθενή για να μη νιώδει <u>αέχνη</u> για αυτή τη διαταραχή	3. - Ο/η νοσηλεύτρια βοηθά στη διαπαιδαγώγηση του εντέρου, δίνοντας συμβουλές για τη διαίτα και τη δραστηριότητα του ασθενή. - Η διαίτα προσαρμόζεται ανάλογα, αποφεύγοντας τροφές όπως όσπρια ή τροφές με άφθονη κυτταρίνη, οι οποίες επιδεινώνουν την απώλεια κοπράνων. - Κάνει συχνές αλλαγές και εμπλεκόμενη καθαριότητα για αποφυγή κατακλίσεων και δερματίτιδας. - Μεταχειρίζεται τον ασθενή με λεπτότητα και του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει ^{τα} παιδιάματά του. Του εξηγεί ότι το πρόβλημα είναι εκδήλωση της νόσου.	3.- Με την κατάλληλη και την κατάλληλη διαπαιδαγώγηση επανακτάται μερικώς η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και ο ασθενής παύει να ταλαιπωρείται.

Προβλήματα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες - Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
4.Ανορεξία	4. Κακή δρέγην λόγω απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμέτων.	4.-Να τρέφεται ο ασθενής κανονικά παίρνοντας τις απαραίτητες δερμίδες και βιταμίνες για τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού και την αποφυγή των προβλημάτων λόγω καχεξίας.	4.- Ο/η νοσηλεύτης/τρια σε συνεργασία με το διατολόγο φροντίζει: α) Ο ασθενής να λαμβάνει μικρά και τακτικά γεύματα. β) Προσφέρει καλοσεβρισιμένες τροφές της αρεσκείας του. γ) Η δίαιτα περιλαμβάνει κρέας, γάλα, αυγά, ωμά φρούτα και λαχανικά - Φροντίζει να υπάρχει πάντα διαθέσιμο λεκανάκι για περίπτωση εμέτου. - Φροντίζει για την περιποίηση της στοματικής κοιλότητας μετά από έμμετο με συχνές πλύσεις.	4.- Με την εξασφάλιση επαρκούς και σωστής δρέγης, ο ασθενής αποφεύγει προβλήματα αδυναμίας, απώλειας βάρους, αναιμίας και κόπωσης.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Προβλήματα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες - Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτελεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
5.Μυϊκή αδυναμία άνω κάτω άκρων Ασταθεια στη βάδιση	5.Εύκολη κόπωση λόγω πυραμιδικής βλάβης.	Ανακούφιση από την μυϊκή δυσκαμψία ή τον πόνο. - Σωστή αντιμετώπιση και βοήθεια ώστε να χρησιμοποιήσει ο ασθενής τη λειτουργικότητα που απομένει στα άκρα του. -Να μη παραμείνει ο ασθενής καθλωμένος στο κρεβάτι για να αποφευχθούν επιπλοκές όπως κατακλίσεις, λοιμώξεις, δυσλειτουργία του εντέρου.	Νοσηλευτικές Ενέργειες - Προγραμματισμός και Εφαρμογή 5.- Ο/η νοσηλεύτης/τρια εξασφαλίζει στον ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσης του. -Διδάσκει στον ασθενή το σωστό τρόπο χρησιμοποίησης των μέσων αυτών. - Ενθαρρύνει τον ασθενή να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιά. - Συμβουλεύει τον ασθενή να μην συνεχίζει μέχρι σημείου κοπώσεως, αλλά να μεσολαβούν ικανοποιητικά διαστήματα ανάπαυσης. - Χορηγεί μυοχαλαρωτικά φάρμακα για να τον ανακουφίσει από τη μυϊκή δυσκαμψία και τον πόνο. - Εξηγεί τη σημασία της κίνησης, ώστε να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος και η μάζα των μυών και του αναλύει τις επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν από την παραμονή στο κρεβάτι. - Εφαρμόζει μασάζ στους μύς για να αποφευχθεί η σπαστικότητα. - Σε περίπτωση που γίνεται φυσικοθεραπεία, ο/η νοσηλεύτης/τρια είναι παρούσα κατά την εκτέλεση των ασκήσεων για να βοηθά τον ασθενή και να του δίνει το αίσθημα της ασφάλειας.	Αποτελεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας 5.- Ο ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιήσει την εναπομείνουσα λειτουργικότητα των μελών του με την κατάλληλη μηχανική βοήθεια, ψυχολογική υποστήριξη και θεραπευτικό σχήμα. Έτσι βοήθησε ψυχολογικά αποκτώντας ασφάλεια και αυτοπεποίθηση και συγχρόνως προλήφθηκαν επιπλοκές, όπως σπαστικότητα, παραμορφώσεις και κατακλίσεις.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Προβλήματα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες - Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτελεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
6. Αισθητικές διαταραχές.	6. Λόγω προσβολής του νευρικού συστήματος	6. Εγκαιρη διαπίστωση των νοσηφανιζόμενων αισθητικών διαταραχών και προστασία του ασθενούς.	6.- Ο/η νοσηλεύτης/τρια λαμβάνει ιστορικό της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων - Για τυχόν εμπειρίες ανώμαλων αισθήσεων όπως αίσθημα πλιακού εγκαύματος, μυρμηκίασης, ηλεκτρικού shock - Αξιολογεί τα ευρήματα - Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στον ασθενή ο οποίος είναι επιρρεπής σε κακώσεις, εγκαύματα και μολύνσεις του δέρματος λόγω της μειωμένης εκτίμησης του πόνου και της θερμοκρασίας. - Διδάσκει στον ασθενή την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνει στο δέρμα του. - Προστασία του δέρματος με συχνή αλλαγή δέσews, συχνό πλύσιμο με πράσινο σαπούνι και εγκαιρη θεραπεία των ερεθισμάτων ή μολύνσεων.	Αποτελεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας 6.- Με τη διαρκή φροντίδα και διδασκαλία προλαμβάνονται τα προβλήματα που προκαλούν οι αισθητικές διαταραχές του δέρματος και εντοπίζει εγκαίρα νοσηφανιζόμενες διαταραχές.

2η Κλινική περίπτωση

Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό

Νοσοκομείο Πατρών

Πανεπιστημιακή Νευρολογική Κλινική.

Η ασθενής, Γ.Α., ετών 45, νοσηλεύτηκε στη νευρολογική κλινική του Π.Π.Γ.Ν. από 20-6-95 έως 8-7-95.

Λόγοι εισαγωγής

Δυσαισθησίες - Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων

Ιστορικό παρούσας νόσου

Η νόσος άρχισε το 1990,οπότε ο ασθενής εισάχθηκε στην νευρολογική κλινική με νυεταρμο για έλεγχο. Προ διαίτας ο ασθενής εκδήλωσε διπλωπία. Το 1992 νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική πάλι με δυσαισθησίες άνω δεξιού άκρου και ήπια μυϊκή αδυναμία σύστοιχα δεξιό κάτω άκρο. Οι δυσαισθησίες επιμένουν και ο ασθενής εισάγεται πάλι για πλήρη διερεύνηση και θεραπεία.

Ευρήματα από τη φυσική εξέταση

- Ελάττωση μυϊκή ισχύος δεξιού κάτω άκρου.
- Διαταραχές εν τω βάθει αισθηματικότητας και υπαισθησία αριστερού ημιπροσώπου.
- Δυσμετρία άμφω.
- Αμφω πυραμιδική συνδρομή Δ.Ε.ΑΡ με πελματιαία σε κάμψη, άμφω κοιλιακά αντανακλαστικά κατεργημένα (Δ.Ε.) και πυραμιδικό

Σκλήρυνση κατά πλάκας

βάδισμα.

Γενικός αιματολογικός - βιοχημικός έλεγχος.

Τα αποτελέσματα προέκυψαν φυσιολογικά. Ο ασθενής αρνήθηκε οσφυονωτιαία παρακέντηση.

Ακτινολογικός έλεγχος

A/T εγκεφάλου και με έγχυση σκιαγραφικού.

Αποδεικνύονται δύο εστίες, μία παρά κοιλιακού (Δ.Ε.) και μία παρά το πρόσθιο κέρασ της πλάγιας κοιλιάς (ΑΡ). Οι εστίες προσλαμβάνουν σκιαγραφικό και εξακολουθούν να σκιαγραφούνται και μια ώρα μετά. Τα ευρήματα είναι συμβατά με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος

Φυσιολογικό διάγραμμα.

Οπτικά προκλητά δυναμικά

Λανθάνοντες χρόνοι εκτός φυσιολογικών ορίων A.P: 127 sec

Δ.Ε. 115 sec

και παράλληλη αλλοίωση του σχήματος των κυματομορφών.

Διάγνωση

Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Αγωγή

Prezo 10η tabl 5mg (6x1) ημερησίως

Zantac tabl (1x2) ημερησίως

(όχι για 15 ημέρες, σχήμα σταδιακής μείωσης και διακοπής)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΉ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόβλημα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικείμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
1. Διαταραχή της όρασης. Διπλωπία	1. Λόγω θλαβής του εγκεφαλικού στελέχους και τις παρεγκεφαλίδας.	1. Αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας και ακριβής αναγραφή των ευρημάτων, ώστε να δοθεί η κατάλληλη αγωγή για τη βοήθεια της ασθενούς.	1.- Ο/η νοσηλεύτης/τρια χορηγεί στερινοειδή στον ασθενή και προλαμβάνει τις παρενέργειες αυτών. - Εξασφαλίζει την προστασία του ασθενούς από βλάβη δευτεροπαθή της διαταραχής της δράσης. - Εκτιμά την ανάγκη για αλλαγή δραστηριοτήτων.	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας 1.- Η διαταραχή αυτή επιφέρει έντονη ψυχολογική αντίδραση και μόνο η συνεχής παρακολούθηση, προστασία και ψυχολογική ενίσχυση βοηθούν τον ασθενή να αποδεχτεί και να ζήσει με αυτό το σύμπτωμα.
2. Αρνηση του ασθενούς να δεχτεί την φαρμακευτική αγωγή.	2. Αδυναμία του ασθενούς να κατανοήσει τις ενέργειες και παρενέργειες των φαρμάκων, λόγω των οργάνων βλαβών του εγκεφαλού.	2.- Να τηρηθεί η φαρμακευτική αγωγή για να σταθεροποιηθεί η κατάσταση του	2.- Ο/η νοσηλεύτρια διδάσκει τον ασθενή και την οικογένειά του τον σκοπό των φαρμάκων, τη δόση, την ενέργεια καθώς και τις παρενέργειες. - Μέσω της συζήτησης βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει ότι η θεραπεία είναι κουραστική, μακροχρόνια και ότι θα πρέπει να συμβιβαστεί με αυτό.	2.- Με το συνεχή έλεγχο και παρακολούθηση αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής. - Δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να συμμετάσχει στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα - Διευκολύνονται τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Πρόβλημα ασθενούς	Αιτιολογία	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές Ενέργειες Προγραμματισμός και Εφαρμογή	Αποτέλεσμα - Αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας
3. Μειωμένη άμυνα του οργανισμού. Ο ασθενής είναι επιρρεπής στις λοιμώξεις.	3. Προσβολή εγκεφαλικού στελέχους και της παρεγκεφαλίδος	3.- Προστασία του ασθενή, ώστε να μην επιβραδυνθεί η ήδη κλονισμένη του υγεία	3.- Ο/η νοσηλεύτης/τρια διδάσκει στον ασθενή γιατί και πως να αποφύγει τα άτομα που πάσχουν από μολύνσεις, ιδιαίτερα λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. - Φροντίζει ο ασθενής να μην δέχεται επισκέπτες με λοιμώξεις. - Βοηθά τον ασθενή να ανιχνεύει βαθιά και να βήχει για αποβολή τυχόν εκκρίσεων. Επίσης τον βοηθά να αλλάζει συχνά δέσπ	3.- Επιτυγχάνεται η διατήρηση της γενικής υγείας του ασθενούς και κατά συνέπεια η άμυνα του οργανισμού του στα ανώτερα δυνατά επίπεδα.
4. Εξάρση των παθολογικών και ψυχολογικών προβλημάτων	4. Εξάρση των συμπτωμάτων της νόσου	4.- Προσπάθεια προστασίας του ασθενούς από καταστάσεις που επιφέρουν αλλαγές στα παθολογικά και ψυχολογικά συμπτώματα	4.- Ο/η νοσηλεύτης/τρια αναγνωρίζει παράγοντες που έχουν τέτοιο αποτέλεσμα: α) Μεγάλη αύξηση ή μείωση της θερμοκρασίας του νερού κατά τη διάρκεια του μπάνιου. β) Αποφύγει τις ενέσεις όταν δεν είναι τελείως απαραίτητες. γ) Αναπτύσσει ένα πρόγραμμα με κανονική ανάπαυση κατά τα συμπτωματικά επεισόδια ή κατά τη διάρκεια άλλων ασθενειών. δ) Προστασία από πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος ε) Προσπάθεια αποφυγής των μολύνσεων με ενημέρωση του ασθενούς στ) Προσπάθεια αποφυγής των ορμονικών μεταβολών μέγκαρη διαπίστωση και σωστή θεραπεία άλλων ασθενειών.	4.- Επιτυγχάνεται με τον έλεγχο των εξάρσεων γρηγορότερη βελτίωση της νευρολογικής βλάβης και διατήρηση μιας ήπιας ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τα προβλήματά του

Σημείωση: Δεν αναφέρονται τα συμπτώματα που είναι ίδια με την πρώτη κλινική περίπτωση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Φτάνοντας στο τέλος αυτής της εργασίας θα ήθελα να επισημάνω ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μία νόσος, για την οποία δεν υπάρχει θεραπεία. Προκαλεί προοδευτική παράλυση του ατόμου και τελικά οδηγεί στον Θάνατο. Ενθαρρυντικό όμως είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών, περίπου 60% διατηρεί πλήρη λειτουργικότητα 10 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου, ενώ ένα ποσοστό 25-30% μπορεί να τη διατηρήσει ακόμη και 30 χρόνια. Είναι απαραίτητη λοιπόν η ενημέρωση του αρρώστου πάνω στα θέματα που σχετίζονται με τη νόσο και την εξέλιξη της.

Η Νοσηλευτική, ως επιστήμη αλλά και ως τέχνη, έχει σαν σκοπό την παροχή συνεχούς, ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλείας στον ασθενή που πάσχει, φροντίζοντας συγχρόνως την προστασία της αξιοπρέπειάς του. Ο ρόλος του/της νοσηλευτή/τριας που ασχολείται με τον ασθενή, αυτό, είναι πολυδιάστατος και απαιτητικός και η συμβολή του/της θεωρείται ουσιαστική για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, την πρόληψη παραγόντων που επιδεινώνουν τη νόσο, για τη θεραπεία καθώς και για τη ψυχολογική υποστήριξη και τόνωση του ηθικού του ασθενή.

Και είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι αυτοί που κάτω από τη σωστή βοήθεια και καθοδήγηση αντιμετωπίζουν τη νόσο θετικά και αισιόδοξα, καταφέρνουν να κάνουν τις απαραίτητες προσαρμογές και να ζήσουν το παρόν όσο πιο δημιουργικά γίνεται.

Στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να είναι όχι η γυαρή προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας αλλά η δημιουργία μιας σχέσης που να στηρίζεται αγάπη, ενδιαφέρον, φροντίδα και ενθάρρυνση για τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε., "ΚΛΙΝΙΚΉ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ", ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΕΥΝΙΚΗ,
ΑΘΗΝΑ 1991
- DESPOPOULOS A., - SLBERNAGL S., "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ",
ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ., ΕΚΔΟΣΕΙΣ: ΙΑΤΡΙΚΕΣ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ, ΑΘΗΝΑ 1989.
- HARRISON TIMSLEY, "ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ", ΤΟΜΟΣ Γ,
ΕΚΔΟΣΗ 10η, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΈΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ: Γ.Κ.
ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, ΑΘΗΝΑ 1988.
- ΛΟΓΟΘΕΤΗΣ Ι., "ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ", ΕΚΔΟΣΗ: ΔΕΥΤΕΡΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ:
UNIVERSITY STUDIO PRESS, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1988.
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΔΟΥ Σ., "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ -
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ", ΤΟΜΟΣ Β, ΜΕΡΟΣ 2ο,
ΕΚΔΟΣΗ: 13η, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: "Η ΤΑΒΙΘΑ", ΑΘΗΝΑ 1990.
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α., "ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ", ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣ/ΚΗΣ, ΤΕΙ ΠΑΤΡΑ 1993.
- ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ., "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ", ΤΟΜΟΣ 1οΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: "ΒΗΤΑ", ΑΘΗΝΑ 1985.
- SMITH T., "ΜΕΓΑΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ", ΤΟΜΟΣ 1οΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ:
"ΓΙΑΝΝΕΛΗ" ΑΘΗΝΑ 1987.
- WALTON J., "ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ", ΕΚΔΟΣΗ 5η, ΕΚΔΟΣΕΙΣ: "ΙΑΤΡΙΚΕΣ
ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ", ΑΘΗΝΑ 1984.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

WECHSLER ISRAEL S., "ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ", ΕΚΔΟΣΗ 8η,
ΕΚΔΟΣΕΙΣ: "ΙΑΤΡΙΚΑ ΒΙΒΛΙΑ ΚΟΒΑΝΗΣ", ΑΘΗΝΑ 1974.