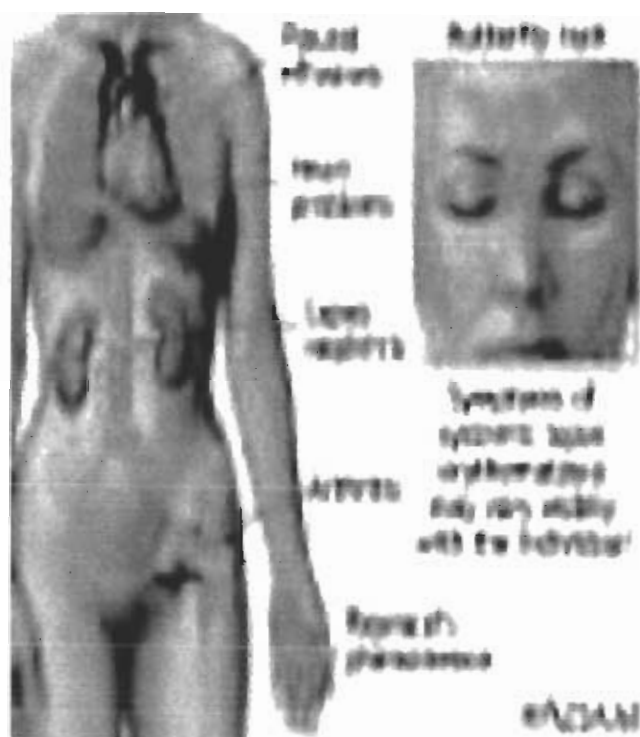


**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

## **ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**  
**ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**  
**DR. ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2005**



Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον καθηγητή μου Dr Κούνη Νικολάο για την πολύτιμη βοήθεια και συνεργασία που μου παρείχε κατά την διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της εξεταστικής επιτροπής και τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν τα χρόνια φοίτησής μου στη σχολή της Νοσηλευτικής. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου Πατρών για την βοήθεια τους στην καταγραφή των περιστατικών.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΣΕΛ
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο</u></b>	
1.1 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	2
1.1.1 Ιστορική Αναδρομή.....	2
1.1.2 Ορισμός του ΣΕΛ.....	3
1.1.3 Επίπτωση και Επιπολασμός.....	3
1.1.4 Παθογένεια - Αιτιολογία.....	4
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο</u></b>	
2.1 Παθολογική Ανατομία.....	8
2.2 Ιστολογική εικόνα του ΣΕΛ.....	9
2.3 Κλινικές εκδηλώσεις του ΣΕΛ από τα διάφορα συστήματα που προσβάλλει.....	10
2.3.1 Εκδηλώσεις από τους νεφρούς.....	10
2.3.2 Εκδηλώσεις από το δέρμα.....	12
2.3.3 Εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό.....	13
2.3.4 Εκδηλώσεις από την καρδιά.....	14
2.3.5 Εκδηλώσεις από τους πνεύμονες.....	15
2.3.6 Αιματολογικές διαταραχές.....	15
2.3.7 Εκδηλώσεις από τους οφθαλμούς.....	16
2.3.8 Συμπτώματα από το γαστρεντερικό.....	17
2.3.9 Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις.....	17
2.3.10 Εκδηλώσεις από την στοματ. κοιλότητα κ τους Σιελογόνους αδένες.....	18
2.3.11 Ορογονίτιδα.....	19
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο</u></b>	
3.1 Εργαστηριακά ευρήματα.....	21
3.2 Διαγνωση.....	23
3.3 Διαφορική διάγνωση.....	24
3.4 Σύνδρομα φαρμακοφενούς λύκου.....	24
3.5 ΣΕΛ και κύηση.....	26
3.6 Θεραπεία.....	27
3.7 Εξέλιξη- Πορεία- Πρόγνωση της νόσου.....	31
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο</u></b>	
4.1 Ειδικό μέρος.....	32
4.1.1 Νοσηλευτική αποκατ/ση και φροντίδα από επιπλοκές του ΣΕΛ στα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού που προσβάλλει (όταν είναι μέσα στο νοσοκομείο).....	33

4.1.1.1	Νοσηλευτική παρέμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στο δέρμα.....	33
4.1.1.2	Νοσηλευτική παρέμβαση/ φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στη στοματική κοιλότητα.....	35
4.1.1.3	Νοσηλευτική παρέμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στα νεφρά	
4.1.1.4	Νοσηλευτική παρεμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στο αναπνευστικό σύστημα.....	39
4.1.1.5	Νοσηλευτική παρέμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στην καρδιά.....	40
4.1.1.6	Νοσηλευτική παρέμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στο γαστρεντερικό σύστημα.....	46
4.1.1.7	Νοσηλευτική παρέμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στις νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις.....	47
4.1.1.8	Νοσηλευτική παρέμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στο μυοσκελετικό.....	47
4.1.1.9	Νοσηλευτική παρέμβαση/φροντίδα στις επιπλοκές του ΣΕΛ στους οφθαλμούς.....	48
4.1.2	Ενημέρωση και διαδασκαλία του ασθενούς με ΣΕΛ για την πρόληψη των επιπλοκών του ΣΕΛ (όταν είναι εκτός νοσοκομείου).....	49
4.1.3	Αποκατάσταση της φυσικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς που πάσχει από ΣΕΛ.....	50
4.1.4	Νοσηλευτικός ρόλος στις διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις που προκαλεί στα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού ο ΣΕΛ.....	52
4.1.5	Σημεία εστίασηςπροσοχής του νοσηλευτή κατά την μακροχρόνια χορήγηση κορτικοστεροειδών για την θεραπεία του ΣΕΛ.....	53

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄.....	55
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄.....	62
ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	69

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος (ΣΕΛ) προτιμήθηκε σαν θέμα γιατί αν και δεν είναι από τις πολύ διαδεδομένες νόσους παρόλον αυτά παρουσιάζει μεγάλο ιατρικό ενδιαφέρον.

Ανήκει στα νοσήματα του συνδετικού ιστού, γνωστά παλαιότερα με την ονομασία « νοσήματα του κολλαγόνου ».

Παρουσιάζουν ποικιλία από κλινικές εκδηλώσεις καθώς επίσης και προβλήματα αιτιολογίας, παθογένειας, θεραπείας και πρόγνωσης. Για αυτούς τους λόγους ίσως δημιούργησαν και δημιουργούν δυσκολίες στη μελέτη τους.

Στη δεκαετία λοιπόν που πέρασε, σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στη μελέτη της παθοφυσιολογίας και παθοϊστολογίας των νοσημάτων του συνδετικού ιστού χάρη στην εφαρμογή ανοσολογικών μεθόδων έρευνας και του ηλεκτρονικού μικροσκοπίου.

Ένα κλασσικό ερώτημα σε όλα τα νοσήματα του συνδετικού ιστού είναι η ύπαρξη αυτοαντισωμάτων στον ορό των ασθενών που τα κατατάσσει γενικά στα νοσήματα αυτό-ανοσίας.

Εμείς στην εργασία αυτή θα προσπαθήσουμε να εξηγήσουμε αναλυτικά τι σημαίνει « ερυθματώδης λύκος », με ποιον τρόπο δημιουργείται, τις επιπλοκές που δημιουργεί από τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, καθώς επίσης και ποιος είναι ο ρόλος του/της νοσηλευτή/τριας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### 1.1 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### 1.1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

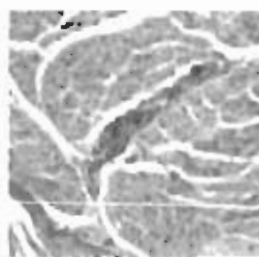
Ο όρος « Λύκος » χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 13<sup>ο</sup> αιώνα, για τις διαβρωτικές αλλοιώσεις του δέρματος και ονομάστηκε έτσι επειδή παρομοιάστηκε η κατάσταση αυτή με την εικόνα που προξενεί σε σάρκες ένας πεινασμένος λύκος (κατασπάραξη).

Στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα διαχωρίστηκε ο κοινός λύκος (φυματιώδης αιτιολογία) από τον ερυθματώδη ή δισκοειδή λύκο.

Το 1906 ο OSLER τόνισε ότι ο ερυθματώδης λύκος μπορεί να συνοδεύεται από σπλαχνικές εκδηλώσεις.

Αργότερα το 1942 ο KLEMPERER και οι συνεργατες του POLLAK και BACH εισήγαγαν τον όρο « νόσος του κολλαγόνου » και συμπεριέλαβαν σ' αυτές τον Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο και την σκληροδερμία.

Ο όρος « νόσος του κολλαγόνου », αντικαταστάθηκε αργότερα από τον όρο « Νοσήματα του συνδετικού ιστού » ο οποίος επικράτησε μέχρι και σήμερα και θεωρείται ο πιο επιτυχημένος γιατί έχει έννοια περισσότερο παθογενετική, αναφέρεται δηλαδή στα νοσήματα που πάσχει πρωτογενώς ο συνδετικός ιστός, αντίθετα με τον παλαιότερο όρο που είχε έννοια ανατομική. ( ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ, 1984 ).



### 1.1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΕΛ

Ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος ( ΣΕΛ ) είναι χρόνια φλεγμονώδης νόσος άγνωστης αιτιολογίας, χαρακτηριζόμενη από μεγάλη ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων από πλείστα όσα όργανα, καθώς και από την παρουσία πολλών αυτόαντισωμάτων, τα οποία συμμετέχουν στην, μέσω ανοσολογικών μηχανισμών, προκαλούμενη βλάβη των ιστών. Μπορεί να προσβληθούν πολλά όργανα, αλλά πιο συχνά το δέρμα, οι αρθρώσεις, τα νεφρά, οι πνεύμονες, η καρδιά και το νευρικό σύστημα. Παρατηρείται μια πρωτεϊκή ποικιλία στους τρόπους εμφάνισης και στις κλινικές εκδηλώσεις. Η πορεία της νόσου είναι εξαιρετικά μεταβλητή με περιόδους ύφεσεων και επιδεινώσεων. Οι ιατρικές θεραπείες έχουν στόχο την καταστολή της φλεγμονής των τυπικών ιστών, καθώς και την καταστολή της λειτουργίας του ανοσοποιητικού. ( Cecil παθολογία, 1991).



### 1.1.3 Επίπτωση και Επιπολασμός

Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες έχουν διαπιστώσει μια μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου, από ότι φαινόταν από μελέτες στις προηγούμενες δεκαετίες. Πρόσφατα η επίπτωση του ΣΕΛ υπολογίζεται ότι είναι 50-70 νέες περιπτώσεις / έτος / εκατομμύριο πληθυσμού περίπου 500 ασθενών / εκατομμύριο. Δεν είναι πιθανό ότι αυξάνεται στην πραγματικότητα η συχνότητα της νόσου.

Πιθανώς οι διαφορές οφείλονται σε μεγαλύτερη ενημέρωση των γιατρών για τη νόσο και στις πιο ευαίσθητες ορολογικές δοκιμασίες που είναι εύκολα διαθέσιμες για την διάγνωση.

Ο επιπολασμός του ΣΕΛ αυξάνεται σημαντικά σε ορισμένα τμήματα του πληθυσμού. Οι γυναίκες ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της

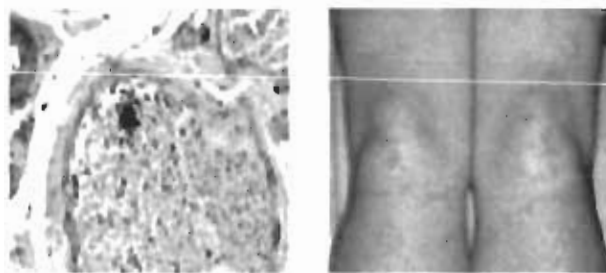
αναπαραγωγικής ηλικίας βρίσκονται σε σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο από ότι οι άνδρες. Η αναλογία των γυναικών προς τους άνδρες είναι περίπου 9 : 1. Αν και ο ΣΕΛ μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, η συχνότερη επίπτωση παρατηρείται στις ηλικίες 20 – 40 ετών. Τελικά οι φυλετικοί παράγοντες φαίνεται ότι είναι σημαντικοί και έχει παρατηρηθεί αυξημένη συχνότητα του ΣΕΛ σε αφρικανικής καταγωγής ιθαγενείς καθώς και σε Αμερικανούς, Πορτορικανούς και Κινέζους. ( KLIPPEL JH, 1990 )

#### 1.1.4 Παθογένεια – Αιτιολογία

Η βασική ανοσολογική διαταραχή στον ΣΕΛ είναι η παραγωγή πληθώρας αυτοαντισωμάτων και ανοσοσυμπλεγμάτων σε συνδυασμό με ανεπάρκεια του οργανισμού να καταστείλει την παραγωγή. Τα αντισώματα που εμφανίζονται στο ΣΕΛ παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Τα παθογενετικά αντισώματα δρουν με τους ακόλουθους μηχανισμούς : α) μέσω αναγνώρισης αντιγόνων και δημιουργίας αντισυμπλέγματος, β) μέσω ειδικών χαρακτηριστικών του ισότυπου γ) μέσω της ικανότητας να συνδέσουν το συμπλήρωμα, δ) μέσω του ηλεκτρικού φορτίου. Τα αυτοαντισώματα μόνα τους ή ως συστατικά ανοσοσυμπλεγμάτων, εναποτίθενται στα μικρά αγγεία ( πχ αρθρώσεων-νεφρικών σπειραμάτων ) και μέσω συμπληρωμάτων οδηγούν σε φλεγμονή και νέκρωση. Επίσης τα αυτοαντισώματα μόνα τους ως συστατικά μπορούν να αναγνωρίζουν αντιγόνο απευθείας πάνω στην κυτταρική μεμβράνη (πχ ερυθρών αιμοσφαιρίων προκαλεί αιμόλυση).

Επίσης παρόλο που η παθογένεια της νόσου δεν είναι γνωστή, γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ψυχο-νευροανοσολογικοί και ορμονικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί. Ο συνδυασμός του υποβοηθά την έντονη χημική και κυτταρική αυτοανοσολογική απόκριση και ανεπάρκεια του δικτυοενδοθυλιακού συστήματος ( ΔΕΣ ) να καθορίσει τα ανοσοσυμπλέγματα και τα αυτοαντισώματα. ( ΡΑΠΤΗΣ, 1996 )





**Πίνακας 1: Αυτοαντισώματα και η συχνότητά τους σε Έλληνες**

Αυτοαντισώματα	Συχνότητα %	Αντίστοιχο αντιγόνο	Κλινική Σπουδαιότητα
Αντιπυρηνικά Αντισώματα ( ANA )	89	Πολλαπλά πυρηνικά και κυτταροπλασματικά αντιγόνα	Ανιχνεύονται με έμμεσο ανοφθορισμό σε ανθρώπινες σειρές. Θετική δοκιμασία ενισχύει τη διάγνωση του ΣΕΛ ανάλογα με την κλινική εικόνα
Αντι - DNA	65	Διπλή έλικα DNA ( ds DNA )	Είναι ειδικό ΣΕΛ Υψηλοί Τίτλοι σχετίζονται με εξάρσεις της νόσου και νεφρίτιδα
Αντι -U1RND	8	Σύμπλεγμα 3-6 Πεπτικό με πυρηνικά RNA της « U-σειράς » ( U1, U2,U4/U6, U5 )	Ειδικό για ΣΕΛ
Αντι- URND	14	Σύμπλεγμα 3 πεπτιδίων με UIRNA	Συχνά συνυπάρχουν με αντισώματα sm. Αν υπάρχουν μόνα τους σε υψηλούς τίτλους συνήθως υποδηλώνουν μικτό κλινικό σύνδρομο
Αντι- Ro (SSA)	36	Σύμπλεγμα 3 πεπτιδίων με Y1-Y5 RNA	Συνυπάρχουν συχνά με αντι- La (SSB) αντίσωμα. Συσχετίζεται με υποξύ δερματικό λύκο, νεφρικό λύκο και δευτεροπαθές σύνδρομο Sjogren
Αντι-La (SSB)	9	Φωσφοπρωτεϊνη Προϊόντα μεταγραφής της RNA πολυμεράσης III	Πάντα συνυπάρχει Με αντι-Ro (SSA)
Αντικαρδιολιπίνη	21	Φωσφολιποειδή: μόνα τους ή σε συν-δυνδασμό με Β2- γλυκοπρωτεΐνη - I	Σύνδρομο αντιφωσφολιπιδίων Και άλλες νόσους Του συνδετικού ιστού. Λοιμώξεις

## **A. ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

α) Η συνυπάρχει συχνότερα με μονοζυγωτικά παρά με διζυγωτικά δίδυμα , β) Αναπτύσσεται 10 φορές συχνότερα σε άτομα που προέρχονται από οικογένειες με τουλάχιστον ένα προσβεβλημένο μέλος, γ) γενετικές ανεπάρκειες παραγόντων του συμπληρώματος παρατηρούνται στο 6% ενώ δεν υπερβαίνουν το 1 : 10000 στο γενικό πλυθισμό και δ) ο σχετικός κίνδυνος για ανάπτυξη ΣΕΛ αυξάνεται σε άτομα με ορισμένα γονίδια που κωδικοποιούν αντιγόνα ταξης II ΚΑΙ III του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας DR2, DR3, C4AQ0Q0 , ενώ οι συνδυασμοί αυξάνουν ακόμη περισσότερο τον σχετικό κίνδυνο. ( ΡΑΠΤΗΣ, 1996 )

## **B. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ορισμένοι παράγοντες του περιβάλλοντος όπως είναι :

α) υπεριώδεις ακτίνες, β) λοιμώξεις από βακτηρίδια και ιώσεις, γ) φάρμακα όπως υδρολαζίνη, προϊκαναίμιδη, ισιονιάζιδη και ποικίλα αντιεπιληπτικά μπορούν να προκαλέσουν κλινική συνδρομή ομοιάζουσα με ΣΕΛ ( Φαρμακογενής Λύκος ). Φαίνεται ότι οι παράγοντες μπορεί και να μοιράζονται την ικανότητα να μεταβάλλουν την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Για παράδειγμα, η έκθεση του DNA σε υπεριώδεις ακτίνες *in vitro*, προκαλεί το σχηματισμό διμερών της θυμίνης. Αυτό μεταβάλλει την αντιγονικότητα του DNA και θα μπορούσε να προκαλέσει το σχηματισμό αντισωμάτων κατά του DNA. Κατά παρόμοιο τρόπο οι λιπολυσακχαρίτες των βακτηριδίων που είναι ισχυροί ενεργοποιητές των πολυκλωνικών β λεμφοκυττάρων χορηγούμενοι σε ζώα προκαλούν το σχηματισμό κυκλοφορούντων ανοσοσυμπλεγμάτων και στη συνέχεια αντισωμάτων κατά του DNA της μονής και διπλής έλικας. Οι ιοί υποτίθεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στα πειραματικά ζωϊκά μοντέλα, όπως σε ποντίκια και σκύλους του ΣΕΛ. Θεωρητικά η χρόνια λοίμωξη των λεμφοκυττάρων με ένα ιό μπορεί να ευθύνεται για πολλές από τις ανοσολογικές ανωμαλίες που υπάρχουν στον ΣΕΛ. Έμμεσες ενδείξεις για μια επίμονη χρόνια ιογενή λοίμωξη στο ΣΕΛ είναι η αύξηση των αντισωμάτων έναντι πολλαπλών DNA και RNA των ιών. ( WALLACE DJ and Hahn BH, 1992 )

## **Γ. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός γυναικών με ΣΕΛ και η τάση για την επιδείνωση της νόσου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και στην

αμέσως μετά το τοκετό περίοδο υποδηλώνει ένα δυνητικά επιβλαβή ρόλο για τα οιστρογόνα. Οι ασθενείς με ΣΕΛ εμφανίζουν μεταβολές στο μεταβολισμό των ορμονών του φύλου. Ιδιαίτερα μια αυξημένη υδροξυλίωση της οιστρονης, η οποία μπορεί να αυξάνει τη δραστηριότητα του ΣΕΛ σε ασθενείς με σύνδρομο klinefelter υποδηλώνει ότι τα ανδρογόνα μπορεί να ασκούν ένα προστατευτικό ρόλο. Έχουν περιγραφεί αντιτιθέμενες δράσεις των ορμονών του φύλου στην ανοσία χημικού και κυτταρικού τύπου και τελικά μπορεί να εξηγούν αυτές τις κλινικές παρατηρήσεις.

( Alarcon – Segovia Det al, 1989 )

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### 2.1 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ

Τα πρωϊμότερα παθολογοανατομικά γεγονότα που έχουν αποδειχθεί στον ΣΕΛ είναι αυτό μιας οξείας αγγειίτιδας. Δηλαδή βλάβη του ενδοθηλίου των μικρών αγγείων με νευρώσεις και θρομβώσεις.

Μια οξεία νευρωτική αγγειίτιδα προσβάλλουσα μικρές αρτηρίες, αρτηριόλια και φλεβίδια είναι παρούσα σε κάθε ιστό, αλλά κυρίως στους μύες και στο δέρμα. ( ΓΑΡΔΙΚΑΣ, 1984 )

α) Δέρμα : Παρατηρείται αύξηση των θηλών και της στοιβάδας μαζί δε απόφραξη των θηλών και των τριχών, κενοδοπιώδης εκφύλιση της βασικής στοιβάδας μεταξύ του δέρματος και της επιδερμίδας, αγγειίτιδα των αρτηριδίων και διήθηση του χορίου από λεμφοκύτταρα. ( ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ.Μ. και ΤΖΙΟΥΦΑΣΑΓ, 1990 )

β) Στο ΚΝΣ : Οι βλάβες δεν είναι γνωστές . Αγγειίτιδα ή αποφράξεις αρτηριών επαγόμενες από αντισώματα κατά καρδιολιπίνη ερμηνεύουν εστιακές βλάβες, αλλά διάχυτες νευρολογικές ή ψυχιατρικές εκδηλώσεις πρέπει να αποδοθούν σε ανοσολογικού τύπου προσβολή της μυελίνης και των νευρικών κυττάρων παρά σε αδρές ανατομικές βλάβες αγγείων. (ΔΑΙΚΟΣ ΚΓ, 1971 )

γ) Νεφρά : Οι παθολογοανατομικές βλάβες του νεφρού συνίσταται σε ποικίλες μορφές σπειραματονεφρίτιδας και έχουν ταξινομηθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ ) ως ακολούθως :

Α) φυσιολογικό Σπείραμα με μικροσκόπιο φωτός, ανοσοφθορισμό και ηλεκτρονικό μικροσκόπιο (τύπος I ). Β) Αμιγής μεσογγειακή νεφρίτιδα του ΣΕΛ (τύπος II). Γ) Εστιακή, τμηματική σπειραματονεφρίτιδα (τύπος III). Δ) Διάχυτη υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα ( τύπος IV)

Ε) Μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα (τύπος V) και στ)σκληρηντρική σπειραματονεφρίτιδα (τύπος VI). Παθολογοανατομικά ευρήματα που δείχνουν ενεργό νεφρική νόσο είναι 1) υπεπλασία των κυττάρων του μεσαγγείου ή των ενδοθηλιαίων κυττάρων 2) καρυόρρηξη (εβνιαίου διεσπασμένου πυρήνα ), 3) ινοδοειδής νέκρωση, 4) κυτταρικοί μηννοειδείς σχηματισμοί εναποθέσεις υαλίνης, 5)φλεγμονώδη κύτταρα διάχυτα στην μεσόγγαιο. Παθολογοανατομικά ευρήματα που δείχνουν χρόνια νόσο είναι 1) σκλήρυνση των σπειραμάτων 2) ινώδεις μηννοειδείς σχηματισμοί 3)σωληνιαρική ατροφία 4) διάμεση ίνωση. ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΧΜ και ΤΖΙΟΥΦΑΣ, 1990)

Στην καρδιά, είναι δυνατόν να προσβληθούν όλα τα στοιχεία της ταυτόχρονα ή χωριστά. Πολύ συχνή είναι η χρόνια περικαρδίτιδα η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα ινιώδους αποθέσεως και αγγειίτιδας του περικαρδίου. Επίσης αλλοιώσεις μέσα στο μυοκάρδιο προκαλούν αστιακή μυοκαρδίτιδα που συνοδεύεται από ίνωση και ατροφία των μυοκαρδιακών ινοκλινών. Φανερή μυοκαρδίτιδα δεν παρατηρείται σε πολλούς από τους ασθενείς, μπορεί όμως η μυοκαρδίτιδα αυτή να προκαλέσει συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και πολλές διαταραχές αγωγιμότητας. Στο ενδοκάρδιο μπορεί να ανπτυχθούν εκπλαστήσεις πάνω στις βαλβίδες στην μιτροειδή. ( ΛΙΑΠΗΣ, 2001 )

Δ) Στους πνεύμονες έχουμε αγγειίτιδα των πνευμονικών αρτηριδίων, εστιακή πνευμονίτιδα και πάχυνση των κυψελιδικών διαφραγμάτων, καταστάσεις οι οποίες μπορεί να συνυπάρχουν. ( ΜΑΡΟΥΝΗ Δ.Ο, 1980)



## **2.2 ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΕΛ**

Η νόσος χαρακτηρίζεται ιστολογικά από τις παρακάτω αλλοιώσεις:

α) Ινιδοειδή εκφύλιση της θεμέλιας ουσίας. Πρόκειται για μια άμορφη, βαθιά, ηωσινόφιλη ουσία, η οποία σχηματίζει ίνες και δέσμες.

β) Αγγειίτιδα, δηλαδή βλάβη του ενδοθηλίου των μικρών αγγείων με νευρώσεις και θρομβώσεις. Με τεχνικές ανοσοφθορισμού ανευρίσκονται εναποθέσεις DNA, IgG, IgA και IgM και συμπληρώματος κατά σωρούς στη βασική μεμβράνη του νεφρού.

γ) Σωματία αιματοξυλίνης, δηλαδή ατρακτοειδείς μικρές μάζες που χρωματίζονται με αιματοξυλίνη και ανευρίσκονται σε διάφορους ιστούς, ιδιαίτερα τους νεφρούς και τους λεμφαδένες, αποτελούνται πιθανώς από μετουσιωμένο DNA.

δ) Σκλήρυνση του κολλαγόνου : Οι ίνες του κολλαγόνου στις περιοχές χρόνιας διήθησης από φλεγμονώδη κύτταρα παρουσιάζουν οίδημα, πάχυνση και σκλήρυνση. ( ΓΑΡΔΙΚΑΣ, 1984 )

## **2.3 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΑΠΟ ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΒΑΛΛΕΙ**

Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων του ΣΕΛ επεκτείνεται από μια ήπια συστηματική νόσο με ένα ερύθημα φωτοευαίσθητο προσώπου και μια παροδική διάχυτη αρθρίτιδα, μέχρι μια γενικευμένη κεραυνοβόλο εμφάνιση που απειλεί τη ζωή με προσβολή καρδιάς, των πνευμόνων, των νεφρών ή του κεντρικού συστήματος. Οι υποτροπές ή τα επεισόδια επιδείνωσης της νόσου έχουν διαφορετική βαρύτητα και συχνά εξατομικεύονται εντελώς για κάθε έναν ασθενή.

Η πορεία της νόσου είναι εντυπωσιακά απρόβλεπτη. Οι επιδείνωσεις της ακολουθούνται τυπικά από περιόδους κλινικής ύφεσης. Η διάρκεια του κύκλου αυτού του τύπου της νόσου έχει διαφορετική διάρκεια, αιφνιδίως συμβαίνουν μετατροπές ανεξήγητα και χωρίς εμφανή αιτιολογία. Η επιβίωση μετά την διάγνωση προς το παρόν υπολογίζεται >90% μετά από 10 χρόνια. Η υψηλότερη θνησιμότητα, είναι σε ασθενείς με προοδευτικά εξελισσόμενη προσβολή του νεφρού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πιο συχνές αιτίες θανάτου είναι η ανεπάρκεια κυρίων οργάνων (νεφρών ή ΚΝΣ ), λοιμώξεις και προσβολή του καρδιαγγειακού συστήματος.

Τα μη ειδικά συστηματικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι εξαιρετικά συχνά και μπορεί να είναι εντυπωσιακής βαρύτητας. Η καταβολή, η ανορεξία, η απώλεια βάρους και ο ανεξήγητος πυρετός, μερικές φορές με ρίγος και νυκτερινές εφιδρώσεις, μπορεί να υποδεικνύουν ύπαρξη μιας υποκείμενης λοίμωξης. Η αυξημένη ευπροσβλητότητα των ασθενών με ΣΕΛ σε κοινές ευκαιριακές λοιμώξεις απαιτεί προσεκτική έρευνα για κρυψιγενείς λοιμώξεις σε όλους τους ασθενείς που εμφανίζονται με εμπύρετες συμβατικές εκδηλώσεις. ( LAHITA RG, 1992 )

### **2.3.1 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΕΦΡΟΥΣ**

Κλινικές ενδείξεις προσβολής του νεφρού διαπιστώνεται σε περισσότερους από 50% των ασθενών με ΣΕΛ. Ενώ η μελέτη με ανοσοφθορισμό βιοψία νεφρού δείχνει εναπόθεση ανοσοσυμπλεγμάτων σε όλους τους ασθενείς, η μεγάλη ποικιλία των κλινικών εκδηλώσεων και κυρίως των ιστολογικών ευρημάτων καθιστά επιτακτική την ανάγκη παραδοχής μιας ενιαίας ταξινόμησης και ονοματολογίας προς αποφυγή συγχύσεως. Στον πίνακα 2 εκτίθεται η διεθνώς αποδεκτή ταξινόμηση από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ( ΠΟΥ ).

Η κλινική συμπτωματολογία παρουσιάζει μεγάλη συσχέτιση με το βαθμό της πειραματικής βλάβης. Στους ασθενείς με φυσιολογική

νεφρική βιοψία ( τάξη I ) δεν υπάρχουν κλινικά αλλά ούτε και εργαστηριακά ευρήματα ενδεικτικά νεφρικής νόσου και η πρόγνωση είναι εύκολη

Ασθενείς με ιστολογικά ευρήματα μεσαγγειακής υπερπλαστικής σπειραματονεφρίτιδας (τάξη II ), ενώ μπορεί να παρουσιάζουν θετικά ορολογικά ευρήματα ( 50 % των ασθενών ) με υψηλούς τίτλους ( αντι – DNA ) και χαμηλό συμπλήρωμα ( C3 και C4 ), συνήθως έχουν φυσιολογικό ίζημα ούρων και παροδική ελάχιστη λευκωματουρία (< 1 g ημερησίως ). Η σπειραματική διήθηση είναι φυσιολογική ( σπανίως επηρεάζεται ) ενώ υπέρταση διαπιστώνεται σε μικρό αριθμό ασθενών. Η πρόγνωση είναι καλή.

Οι ασθενείς με εστιακή και τμηματική υπερπλαστική νεφρίτιδα του λύκου ( τάξη III ) συχνά παρουσιάζουν ορολογικές διαταραχές (ελαττωμένο C3 και αυξημένους τίτλους αντι – DNA από 80% των ασθενών ), νεφρωσικό σύνδρομο ( 30% ) και ευρήματα από τα ούρα ( αιματουρία και μέτρια λευκωματουρία ).

Οι ασθενείς της τάξης IV παρουσιάζουν υπέρταση ( 50 % ) μέτριας ως μεγάλου βαθμού έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, μέτρια ως βαριά πρωτεϊνών με αιματουρία και κυλίνδρους, ενώ τα ορολογικά ευρήματα ( αύξηση αντι – DNA και χαμηλό C3 και C4 ) διαπιστώνονται σε όλους τους ασθενείς.

Στους ασθενείς της τάξης V η βαριά πρωτεϊνουρία και η κλινική εικόνα του νεφρωσικού συνδρόμου ( στα 2/3 των ανθρώπων ) συνήθως επισκιάζουν την υπέρταση και την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας που μπορεί να συνυπάρχουν. Τα ευρήματα από τον ορό ( συμπλήρωμα, αντι-DNA ) συνήθως είναι φυσιολογικά.

Τέλος οι ασθενείς της τάξης V, παρουσιάζουν βαριά νεφρική ανεπάρκεια και υπέρταση και εργαστηριακά μικροσκοπική αιματουρία και πρωτεϊνουρία, ενώ τα ορολογικά ευρήματα είναι φυσιολογικά.  
( SIBLEY J TETAL, 1992 )

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ «ΠΟΥ» ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟΝ ΣΕΛ

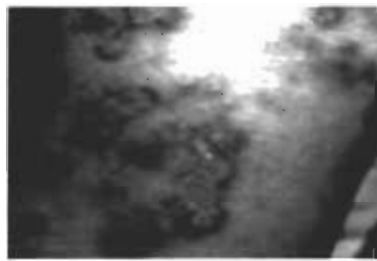
1. Φυσιολογικά σπειράματα
2. Μεσαγγειακή υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα
3. Εστιακή και τμηματική υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα
4. Διάχυτη υπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα
5. Μεμβρανώδης σπειραματονεφρίτιδα του λύκου
6. Σκληρωτική σπειραματονεφρίτιδα

( HARRISON , 1994 )

### 2.3.2 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΔΕΡΜΑ

Η ποικιλομορφία της προσβολής του δέρματος και των βλεννογόνων στον ΣΕΛ, είναι πραγματικά εκπληκτική.

Το οξύ ερυθματώδες κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα της περιοχής παρειών του προσώπου ( εξάνθημα δίκην πεταλούδας ), των ανω άκρων και του κορμού και οι χρόνιες βλάβες με ουλές του δισκοειδούς λύκου είναι εύκολο να αναγνωριστούν. Μια ενδιαφέρουσα υποομάδα γενικευμένου δερματικού λύκου που δεν προκαλεί ουλές και ονομάζεται υποξύς δερματικός λύκος, φαίνεται ότι είναι ενδιάμεση μεταξύ αυτών των δυο συχνών μορφών προσβολής του δέρματος στο λύκο. Ένα ευρύ φάσμα άλλων εκδηλώσεων από δέρμα που περιλαμβάνουν φυσαλίδες, κνίδωση, μυρμηγκιές και αγγειοίδημα έχουν επίσης παρατηρηθεί. Τα περισσότερα εξανθήματα του λύκου χειροτερεύουν μετά την έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες.



Μερικές φορές εμφανίζονται μικρά ερυθρά στα άκρα των δακτύλων ή μικρές νευρωτικές εξελκώσεις, και τα δύο υποδηλώνουν αγγέτιδα. Άλλοτε εμφανίζεται εξάνθημα κνιδωτικό ή φωτοευαισθησία. Η περιφερική αγγειοκινητική αστάθεια που συχνά επιδεινώνεται από έκθεση στο κρύο ή από έντονη συγκίνηση οδηγεί σε μεταβολές του χρώματος των δακτύλων των χεριών και των ποδιών τα οποία είναι χαρακτηριστικά του φαινομένου RAYNAND.



Η αλωπεκία είναι διάχυτη ή εστιακή. Στις δισκοειδείς βλάβες όταν δεν υπάρχουν ουλές στο δέρμα του κρανίου γενικά, η αλωπεκία είναι



εντελώς αναστρέψιμη. Οι αναγεννώμενες τρίχες στις προσβεβλημένες περιοχές είναι εύθραυστες με βραχύ μήκος. Οι επιφανειακές εξελκώσεις του βλεννογόνου του στόματος και των γεννητικών οργάνων τυπικά είναι ανώδυνες και συχνά περνούν απαρατήρητες. Οι εκ των βαθέων εξελκώσεις της μαλθακής υπερώας, που επιμολύνεται από μύκητες candida, μπορεί να είναι εξαιρετικά επώδυνες και να περιορίσουν την διατροφή. Οι εξελκώσεις του βλεννογόνου της μύτης μπορεί να οδηγήσουν σε ρινορραγία και διατρηση του ρινικού διαφράγματος. (ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ ΧΜ και ΤΖΙΟΥΦΑΣ ΑΓ, 1990 )



### 2.3.3 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Με ή χωρίς αρθρίτιδα αποτελούν αρχικό σύμπτωμα της νόσου στους μισούς ασθενείς και καθώς η νόσος εξελίσσεται απατώνται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς. Τυπική και διαβρωτική αρθρίτιδα παρουσιάζεται στο 50 % των ασθενών . ( ΡΑΠΤΗΣ )

Παρά τα συμπτώματα του πόνου των αρθρώσεων, σημεία έντονης φλεγμονής των αρθρώσεων, με ύδαρθρο και ψηλαφητή υπερτροφία του αρθρικού υμένα είναι σπάνια. Τα συμπτώματα από τις αρθρώσεις σπάνια είναι χρόνια και ουσιαστικά ποτέ δεν συνοδεύεται από απώλεια του αρθρικού χόνδρου, υπό υδρικές ουσίες ή διαβρώσεις των οστών. Η εμφάνιση επίμονης υμενίτιδας με μια μόνο άρθρωση υποδηλώνει μια επιπρόσθετη επιπλοκή, όπως οστεονέκρωση ή σηπτική αρθρίτιδα περιαρθρικοί ιστοί ιδιαίτερα των τενόντων μπορεί να προσβληθούν και να οδηγήσουν σε οξεία ρήξη του αχίλλειου τένοντα ή των τενόντων της επιγονατίτιδας.

Αναστρέψιμες παραμορφώσεις των χεριών που μοιάζουν με της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με ωλένια απόκλιση των φαλαγγών και ανωμαλίες κατά την κάμψη και έκταση των μικρών αρθρώσεων των δαχτύλων εμφανίζονται περίπου στο 10 % των ασθενών. Σε αντίθεση με την ρευματοειδή αρθρίτιδα, οι οστικές διαβρώσεις στους καρπούς , τις κεφαλές των μετακαρπίων ή των μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων δεν υπάρχουν στις ακτινογραφίες.

Η αρθροπάθεια είναι παρόμοια με αυτή των ανωμαλιών των χεριών που περιγράφονται μετά από ρευματικό πυρετό (αρθρίτιδα του Jaccoud ) και πιστεύεται ότι προκαλείται από χαλαρότητα του ινώδους αρθρικού θύλακα και του τένοντα από υποτροπιάζουσα χρόνια φλεγμονή.

Η κυριότερη χρόνια αρθροπάθεια του ΣΕΛ που προκαλεί αναπηρία, είναι η αρθροπάθεια της οστεονέκρωσης ή ανάγγεια νεύρωση. Αυτή η εμπλοκή προσβάλλει περισσότερο συχνά μεγάλες φέρουσες το βάρος αρθρώσεις, όπως της κατ' ισχύου, της κατά γόνο και τια ποδοκνημικές. Σπινθηρογραφήματα οστών με πυροφωσφορικό τεχνητό και μελέτες με μαγνητική τοπογραφία είναι ευαίσθητες μέθοδοι διάγνωσης αυτής της επιπλοκής πριν την εμφάνιση των κλασσικών ακτινολογικών ευρημάτων. Η οστεονέκρωση είναι συχνά επακόλουθο της χρήσης μεγάλων δόσεων κορτινοστεροειδών, όμως τα κορτινοστεροειδή δεν είναι μια ουσιαστική προϋπόθεση εμφάνισής της. Η οστεονέκρωση μπορεί να προκαλέσει σημαντικό πόνο και αναπηρία και μπορεί να είναι απαραίτητη η εγχείρηση με ολική αντικατάσταση της άρθρωσης.

( ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ , 1988)



#### **2.3.4 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ**

Περικαρδίτιδα είναι η πιο συχνή εκδήλωση από την καρδιά. Εκδηλώνεται με κύριο σύμπτωμα τον πόνο τύπου περικαρδίτιδας. Έχει, περιγράφει αλλά είναι πολύ σπάνιος. Μυοκαρδίτιδα προκαλεί αρρυθμίες η καρδιακή ανεπάρκεια αλλά είναι σπάνια. Ενδοκαρδίτιδα τύπου Libman – Sach, είναι συνήθης ασυμπτωματική και η διάγνωση της αποκαλύπτεται στην νεκροψία. Επειδή οι εκβλαστήσεις των βαλβίδων είναι πολύ μικρές και δύσκολα ορατές υπερηχογραφικά. Η ισχαιμική καρδιακή νόσος από αρτηρίτιδα των στεφανιαίων ή συχνότερα από αρτηριοσκληρωτική νόσο μπορεί να δημιουργεί στηθάγχη ή εμφραγμα του μυοκαρδίου. Ασθενείς με βαρύ νεφρωσικό σύνδρομο ή αυτοί που θεραπεύονται με παρατεταμένη χορήγηση κορτικοστεροειδών βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για αθηροσκλήρωση ( ΔΑΙΚΟΣ, 1991 )

### 2.3.5 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

Αν και οι δοκιμασίες της αναπνευστικής λειτουργίας αποκαλύπτουν μικρού βαθμού ανωμαλίες στην διάχυση και απόφραξη σε μεγάλο αριθμό ασθενών, τα κλινικά προβλήματα από τη προσβολή των πνευμόνων στο ΣΕΛ είναι χαρακτηριστικά σπάνια πνευμονική διήθηση παροδικού τύπου στις βάσεις των πνευμόνων ( πνευματίτιδα του λύκου ) με μη παραγωγικό βήχα, υποξαιμία και συμπτώματα δύσπνοιας, πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν από την λοίμωξη.

Κυψελιδική αιμορραγία η οποία προκαλεί ταχεία απόφραξη στα πνευμόνια πεδία μπορεί να δημιουργηθεί ξαφνικά μαζική αιμόπτυση. Η πνευμονική υπέρταση είναι μια σπάνια επιπλοκή η οποία συνοδεύεται από αυξημένη θνησιμότητα. ( ΓΑΡΔΙΚΑΣ , 1984 )



### 2.3.6 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Περιλαμβάνουν : α) αναιμία, β) λευκοπενία, γ) θρομβοπενία και δ) παρατεταμένο χρόνο ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης. (aPTT) που οφείλεται στο «κυκλοφορούν αντιπηκτικό του λύκου».

Η αναιμία είναι συχνά του τύπου της αναιμίας χρόνιας νόσου και εκδηλώνεται για παρατεταμένες χρονικές περιόδους κατά τις εξάρσεις της νόσου.

Αυτοάνοση Αιμολυτική αναιμία εμφανίζεται σε ένα μικρό ποσοστό σε ασθενείς με θετική δοκιμασία Coombs ( άμεση ή και έμμεση ) και αποκρίνονται καλά στα κορτικοειδή. Ασθενείς με αντισώματα κατά φωσφολιπιδίων έχουν μεγαλύτερη τάση να αναπτύξουν θετική αιμολυτική αναιμία.

Λευκοπενία είναι συχνή, συσχετίζεται με εξάρσεις της νόσου και αντανακλά κυρίως την λεμφοπενία. Δεν συσχετίζεται με ανάπτυξη λοιμώξεων, δεν απαιτεί ειδική θεραπεία. Η θρομβοπενία προκαλεί

αιμορραγίες και πορφύρα, και απαιτεί θεραπεία με υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών ή ενδοφλέβιες δόσεις κυκλοφωσφαμίδης.

Το κυκλοφορούν «αντιπηκτικό του λύκου » είναι ένα αντίσωμα κατά φωσφολιπιδίων τα οποία συμμετέχουν στην in vitro διαδικασία της μετατροπής της προθρομβίνης σε θρομβίνη. Το φαινόμενο αυτό εκφράζεται ως παράταση του χρόνου ενεργοποιούμενης μερικής θρομβοπλαστίνης. ( « ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ», 1977 )

### 2.3.7 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΦΘΑΛΜΟΥΣ

Η πιο σημαντική, είναι η αγγειίτιδα του αμφιβληστροειδή με έμφρακτα. Στη Βυθοσκόπηση φαίνονται εγκολεασμένα, στενωμένα αρτηριόλια και λευκά εξιδρώματα, πλησίον των αγγείων. Άλλες εκδηλώσεις είναι επιπεφυκίτιδα, επισκληρίτιδα και οπτική νευρίτιδα. Ξηρότητα των οφθαλμών αναπτύσσεται στο πλαίσιο δευτεροπαθούς συνδρόμου Sjogren. (ΡΑΠΤΗΣ, 1996 )

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3 : ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΕ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ

1) Γενικές εκδηλώσεις	90 %
2) Μυοσκελετικές εκδηλώσεις	95 %
3) Δερματικές εκδηλώσεις	90 %
4) Νεφρικές εκδηλώσεις	50 - 65 %
5) Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις	65 %
6) Γαστρεντερικές εκδηλώσεις	30 %
7) Καρδιαγγειακές εκδηλώσεις	40 - 50 %
8) Πνευμονικές εκδηλώσεις	30 %
9) Δικτυοενδοθηλιακό σύστημα	20 - 50 %
10) Οφθαλμοί	10 %

( HARRISON, 1994 )

### 2.3.8 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ

Συμπτώματα από την κοιλιά, τυπικά προκαλούμενα από την περιτονίτιδα είναι συχνά. Μπορεί να εμφανισθεί οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα, δευτεροπαθής στον ενεργό λύλο ή σαν μια επιπλοκή της φαρμακευτικής θεραπείας. Η προσβολή του ήπατος είναι ιδιαίτερα

σπάνια. Η ηπατίτιδα όταν υπάρχει, είναι τυπικά δευτεροπαθής. Στη χρήση σαλκυλικών ή άλλων μη στεροειδών αντιφλεγμονοδών φαρμάκων, λιπώδη διήθηση από κορτικοστεροειδή ή άλλων μη σχετιζόμενα με τον ΣΕΛ αίτια.

Η πρωτοπαθής χολική κύρωση έχει αναφερθεί ότι είναι συχνότερη σε ασθενείς με λύκο. Η αγγειίτιδα των μεσεντερικών και ενδοκοιλιακών οργάνων μπορεί να προκαλέσει οξεία επώδυνη κοιλιά, η οποία απαιτεί χειρουργική διερεύνηση. Τα έμφρακτα και η διάτρηση του εντέρου ή σπλάχνων έχουν υψηλή θνησιμότητα. ( Cecil παθολογία, 1991 )

### 2.3.9 ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις παρατηρούνται στα δύο τρίτα των ασθενών με ΣΕΛ

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4 : ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΕΛ

◆ Σπασμοί
◆ Ψύχωση
◆ Οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο
◆ Οπτικά σκοτώματος
◆ Αμφιβληστροειδοπάθεια
◆ Νευροπάθεια των κρνιακών νεύρων
◆ Κεφαλαλγία
◆ Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
◆ Εγκάρσια μυελίτιδα
◆ Πολλαπλή μονονεφρίτιδα
◆ Περιφερική νευροπάθεια
◆ Χορεία
◆ Μηνιγγίτιδα
◆ SIADH (σύνδρομο απόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης )
◆ Διαταραχές αντιλήψεως

Σπασμοί μη οφειλόμενοι σε υπέρταση ή νεφρική ανεπάρκεια, παρατηρούνται συχνά ( 15- 20 % των ασθενών ), κατά την αρχική διάγνωση της ενεργού νόσου. Συχνότερα έχουν την μορφή grand mal, μπορεί όμως να παρουσιάζονται ως petit mal, κρίσεις κροταφικής επιληψίας, παροξυσμοί jackson ή χορείας. Το οργανικό εγκεφαλικό

σύνδρομο χαρακτηρίζεται από διαταρχή του προσανατολισμού και της αντίληψης. Επίσης πολύ συχνή είναι η διαταραχή της μνήμης. Οι συνέπειες των εγκεφαλικών αιμορραγιών ή των εμφρακτων του εγκεφάλου είναι οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Λιγότερο συχνές νευρολογικές διαταραχές περιλαμβάνουν νευροπάθειες των κρνιακών νεύρων, εγκάρσια μυελίτιδα , άσηπτη μηνιγγίτιδα , ψευδοόγκο της παρεγκεφαλίτιδας, χορεία που προσβάλλει το ένα μόνο ήμισυ του σώματος, μια εικόνα που μοιάζει με κρίση Parkinson, και περιφεριακές νευροπάθειες αισθητικού κινητικού τύπου.

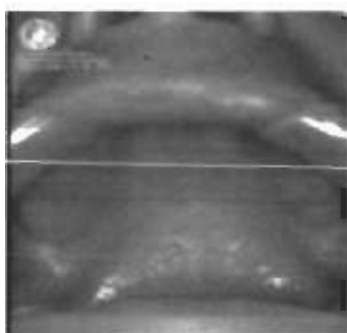
Οι συμβατικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση του κεντρικού συστήματος είναι συχνά περιορισμένης αξίας στην κλινική αξιολόγηση των ασθενών. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό μπορεί να δείξει μικρού βαθμού αυξήσεις των πρωτεϊνών και της IgG ολιγοκλωνικές ταινίες στην πληροφόρηση και πολυκυττάρωση συνήθως με λεμφοκύτταρα. Από την άλλη πλευρά, το υγρό είναι συχνά φυσιολογικό ακόμη και όταν υπάρχει κλινικά μεγάλου βαθμού δυσλειτουργία.

Το εγκεφαλογράφημα μπορεί να είναι φυσιολογικό ή να δείξει εστιαίες ή διάχυτες αλλοιώσεις. Μελέτες με αρτηριογραφίες σπάνια εμφανίζουν ένδειξη αγγειίτιδας των μικρών ή μεγάλων αγγείων.

Οι ανωμαλίες του στατικού σπινθηρογραφήματος του εγκεφάλου με τεχνίτιο ή αξονική και μαγνητική τομογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί.

### **2.3.10 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΣΙΕΛΟΓΟΝΟΥΣ ΑΔΕΝΕΣ**

Παρουσιάζονται στο ένα τρίτο των ασθενών και αφορούν έλκη του στόματος που εμφανίζονται ως μικρές, αβαθείς και ανώδυνες βλάβες του βλενογόνου στόματος και μύτης. Ξηροστομία αντικειμενική ή υποκειμενική και διάγνωση των παρωτίδων εμφανίζεται στους ασθενείς που αναπτύσσουν δευτεροπαθές σύνδρομο. Sjogren ( ΜΑΡΟΥΝΗ Δ.Ο, 1988 )



### 2.3.11 ΟΡΟΓΟΝΙΤΙΔΑ

Η φλεγμονή των ορογόνων επιφανειών οδηγεί σε άσηπτη πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα, η περιτονίτιδα. Ο πόνος που προκαλείται είναι συχνά πολύ έντονος και μπορεί να θυμίζει έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμινική εμβολή ή πξεία κοιλία. Η συλλογή υγρών είναι συνήθως μετρίου βαθμού αν και μερικές φορές αναπτύσσεται περικαρδι επιπυματισμός ή μεγάλου βαθμού ασκίτης. Η εξέταση του υγρού σε ασθενείς με χρόνια ορογονίτιδα είναι απαραίτητη για τον αποκλεισμό μιας υποκείμενης λοίμωξης. Τυπικά, το υγρό έχει ( *kyg;ίνw* μονοκύτταρα και λεμφοκύτταρα ) μειωμένα επίπεδα συμπληρώματος σε σχέση με τα επίπεδα του ορού και συχνά διαπιστώνονται κύτταρα τα οποία σχηματίζονται *in vitro*. ( « Ιατρική » τεύχος 4 , 1990 )

Όπως ήδη έχουν αναφερθεί οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου ποικίλουν όταν ο ασθενής έχει 4 από τις παρακάτω 11 εκδηλώσεις η ύπαρξη θεωρείται βέβαιη. Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα κριτήρια της Αμερικανικής Ρευματολογικής εταιρίας για τη διάγνωση του ΣΕΛ και οι ορισμοί τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5 : ΑΝΑΘΕΩΡΗΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ 1992  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΕΛ**

ΚΡΙΤΗΡΙΟ	ΟΡΙΣΜΟΣ
1. Εξάνθημα παρεικών	Μόνιμο επίπεδο ή στις παρειές με τάσεις επέκτασης στη ράχη.
2. Δισκοειδές εξάνθημα	Ερυθρηματώδεις πλάκες ελαφρά υπερκερατωσικές, με απολέπιση που εγκαταλείπουν ατροφία.
3. Φωτοευαισθησία	Εξάνθημα δέρματος μετά έκθεση στο ηλιακό φως παρατηρούμενο ή αναφερόμενο.
4. Έλκη στόματος	Ανώδυνα έλκη στόματος κρινοφάρυγγος, παρατηρηθέντα από τον γιατρό.
5. Αρθρίτιδα	Μη διαβρωτική προσβάλλουσα δύο ή περισσότερες αρθρώσεις
6. Ορογονίτιδα	α) πλευρίτιδα- από τεκμηριωμένη από πλευριτικό πόνο και ιατρική κλινική εξέταση ή ακτινολογική εικόνα β) περικαρδίτιδα - τεκμηριωμένη με ΗΛΚ ή περικαρδιακό ήχο τριβής ή υπερηχοτομογραφική εικόνα
7. Νεφρική νόσος	α) επιμένουσα πρωτεϊνουρία > 0,5 gr την ημέρα ή > 3+ στη γενική ούρων β) ερυθροκυτταρική, αιμοσφαιρινική, κοκκώδεις, σωληνιαριακοί κύλινδροι, ή μιχτοί κύλινδροι
8. Νευρολογική νόσος	α) σπασμοί σε απουσία φαρμάκων ή μεταβολικών διαταραχών β) ψύχωση σε απουσία φαρμάκων ή μεταβολικών διαταραχών
9. Αιμολυτική νόσος	α) αιμολυτική αναιμία με διχτυοερυθρωκυττάρωση ή β) λευκοπενία (<4000/mm <sup>3</sup> ) σε δύο περιπτώσεις γ) θρομβοπενία (>100000/mm <sup>3</sup> ) σε απουσία φαρμάκων που την προκαλούν.
10. Ανοσολογική νόσος	α) θετική δοκιμασία κυττάρων λύκου ή β) αντι-DNA αντισώματα ή γ) αντι-Sm αντισώματα ή δ) ψευδώς θετική αντίδραση για σύφιλη τεκμηριωμένη με δοκιμασία ακινητοποίησης ωχρού τρεπονήματος ή φθορίζοντων αντισωμάτων κατά τρεπονήματος
11. Αντιπηρυνικά αντισώματα	Παθολογικά υψηλοί τίτλοι με έμμεσο ανοσοφθορισμό



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

### 3.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι ασθενείς του ΣΕΛ εμφανίζουν πλειάδα ορολογικών βιοχημικών και αιματολογικών ανωμαλιών που αντικατατροπίζουν την πολυσηθηματική φύση της νόσου. Οι αιματολογικές ανωμαλίες συμβαίνουν συχνά.

Μέτριου βαθμού αναιμία με νορμοκυτταρικά νορμόχρωμα ερυθροκύτταρα είναι συχνό εύρημα. Αν και μια θετική δοκιμασία Coombs μπορεί να διαπιστωθεί σε πολλούς ασθενείς, η αναιμία από πραγματική αιμόλυση είναι σπάνια.

Η λευκοπενία, ιδιαίτερα η λεμφοκυτταροπενία είναι συχνή και συχνά αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την δραστικότητα της νόσου.

Η θρομβοπενία είναι συνήθως μικρού βαθμού. Τιμές 50000-100000/ $\text{mm}^3$  είναι ο κανόνας. Χαμηλότερες τιμές μπορεί να συσχετίζονται με αιμορραγία και αποτελούν ένδειξη για ενδεικτική θεραπεία.

Το μυελόγραμμα είναι συνήθως φυσιολογικό ή δείχνει υπερκυτταρικό μυελό. Η καταστροφή των κυττάρων μέσα στο μυελό μπορεί να οδηγήσει σε φαγοκυττάρωση των πυρηνικών συγκριμάτων και το σχηματισμό *in vivo* κυττάρων ερυθματώδους λύκου.

Τα πιο χαρακτηριστικά ευρήματα του ΣΕΛ είναι : **1) Ανεύρεση κυττάρων ερυθματώδους λύκου (L.E κύτταρα )**. Τα χαρακτηριστικά αυτά κύτταρα είναι ουδετερόφιλα πολυμορφοπύρρηνα που περιέχουν στο πρωτόπλασμα ομοιογενές βασεόφιλο υλικό. Αυτά τα κύτταρα παράγονται ως εξής :

Αντιπυρηνικά αντισώματα που κυκλοφορεί στο ορό προσβάλλει λευκοκύτταρο, καταστρέφει το πυρήνα του και του μεταβάλλει σε ομοιογενή μάζα. Αυτή αποβάλλεται στην συνέχεια φαγοκυτταρώνεται από άλλο υγιές λευκοκύτταρο. Έτσι για την αναπαραγωγή των L-E κυττάρων απαιτούνται : ορός πάσχοντα ( μαζί με το αντιπυρηνικό αντίσωμα που βρίσκεται σ' αυτόν ), πυρηνικό υλικό και λευκοκύτταρα ικανά για φαγοκυττάρωση. Πρέπει να τονισθεί ότι ο σχηματισμός των L.E. κυττάρων είναι *in vitro* φαινόμενο. Αυτά τα κύτταρα παράγονται κατά την επώαση του απινιδωμένου αίματος για 2 ώρες στους 37°

Η δοκιμασία δεν είναι απόλυτα ειδική. Το 65 % των ασθενών δίνει θετικό αποτέλεσμα, ενώ η δοκιμασία αποβαίνει θετική για μερικούς ασθενείς με κλινική εικόνα τυπική της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Μερικοί από αυτούς τους ασθενείς μετά από χρονικό διάστημα διαφορετικό για τον καθένα εμφανίζουν κλινική εικόνα χαρακτηριστική

του γενικευμένου ερυθηματώδους λύκου, ενώ οι υπόλοιποι ακόμα και μετά από αρκετά χρόνια εξακολουθούν να εμφανίζουν την κλινική εικόνα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Αν αυτοί οι ασθενείς πάσχουν από ρευματοειδούς αρθρίτιδα είναι απλώς θέμα ορολογίας.

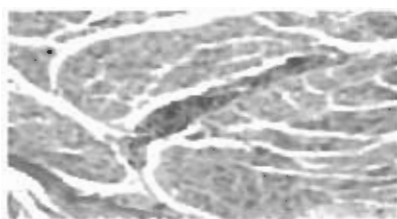
Θετικά αποβαίνει η δοκιμασία σε μερικούς ασθενείς με χρόνια ενεργό ηπατίτιδα αυτοάνωση αιμολυτική αναιμία πάσχοντες από άλλες νόσους του συνεκτικού ιστούς, όπως και σε μερικούς υγιείς.

**2) Ανεύρεση αντιπυρηνικών αντισωμάτων.** Το πιο χαρακτηριστικό εργαστηριακό εύρημα του ΣΕΛ είναι η ανάπτυξη αντισωμάτων στα αντιγόνα του ξενιστή, ιδιαίτερα σε πυρηνικά αντιγόνα που περιλαμβάνει DNA μονής και διπλής έλικας, ιστούς του πυρήνα και ειδικά διαλυτά αντιγόνα, ριβοζοπυρηνοπρωτεΐνες, ιδιαίτερα το αντιγόνο sm. Τα αντιπυρηνικά αντιγόνα δρουν σαν οψωνίνες για τα πυρηνικά αντιγόνα που ευθύνονται για το σχηματισμό του κυττάρου του ερυθηματώδους λύκου. Οι προκαταρκτικές εξετάσεις που συνηθίζεται να γίνονται για την διαπίστωση αυτών των αντισωμάτων είναι τεχνικές έμμεσου ανοσοφθορισμού που συχνά περιγράφονται σαν ομοιογενής, στικτός πηρινίσκου ή περιφερικός. Τα αντιπυρηνικά αντισώματα μπορεί να προκαλέσουν ένα ψευδώς θετικό κομβολογιοειδούς τύπου ανοσοφθορισμού στη δοκιμασία των φθορίζοντων αντιτρεπονηματικών αντισωμάτων. (FTA) Οι εξειδικεύσεις των αντιγόνων πολλών από τα αντιπυρηνικά αντισώματα που παρατηρούνται σε ασθενείς με λύκο έχουν αναγνωρισθεί, έχουν απομονωθεί και ειδικές μέθοδοι προσδιορισμού αναπτύχθηκαν για την απευθείας μέτρηση αυτών των αντισωμάτων. Τα αντισώματα κατά το DNA διπλής έλικας χρησιμοποιείται συχνά για την παρακολούθηση της δραστηριότητας της νόσου, ιδιαίτερα της δραστηριότητας της νόσου ιδιαίτερα σε ασθενείς με σπειραματονεφρίτιδα. Τα αντισώματα κατά διαλυτικών αντιγόνων ριβιζοπυρηνοπρωτεΐνες είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος, αντίσωμα κατά του sm (smith) αντιγονου ουσιαστικά θέτουν τη διάγνωση του λύκου. Αντισώματα κατά U1-RNP, Ro (SS – A) και La (SS – B), παρατηρούνται χαρακτηριστικά σε σύνδρομο αλληλοεπικάλυψης του λύκου με άλλα νοσήματα. (MC, Laughlin et al, 1991)

**3) Προσδιορισμός του συμπληρώματος ορός.** Το οποίο είναι σταθερά και αξιόλογα ελαττωμένο εφόσον η νόσος είναι ενεργός. Οι μειώσεις συμβαίνουν σαν αποτέλεσμα κατανάλωσης των συστατικών της κλασσικής και εναλλακτικής οδού, στις θέσεις ιστών, όπου γίνονται οι εναποθέσεις των ανοσομπλεγμάτων και σαν αποτέλεσμα έδωσε η ανοσοϊστοχημική εξέταση του δέρματος κατά την οποία με την προσθήκη φθορίζοντων αντιορών ανευρίσκειτο φθορίζουσα ταινία. (ΓΑΡΔΙΚΑΣ, 1984)

Μη ειδικές αυξήσεις των επιπέδων των ανοσοσφαιρινών, ιδιαίτερα της IgG και της IgM είναι συχνές. Είναι ενδιαφέρον ότι μια πραγματική

ανεπάρκεια της IgA φαίνεται ότι είναι πιο συχνή στο ΣΕΛ από ότι σε φυσιολογικά άτομα. Μερικές φορές έχουν περιγραφεί μονοκλωνικές γαμμαπάθειες. Μεγάλου βαθμού αυξήσεις της  $\gamma$  – σφαιρίνης μπορεί να προκαλέσουν σωληνηριακή οξέωση. Κρυσφαιρίνες ορού του μικτού τύπου IgG –IgM ανευρίσκονται συχνά σε ασθενείς με φαινόμενα Raynaud, πορφυρά ή σε προσβολή των νεφρών και μειωμένα επίπεδα συμπληρώματος στις κρυσφαιρίνες υποδεικνύει ότι τα αντισώματα μπορεί να καθιζάνουν από μορφή συμπλεγμάτων με τα αντιγόνα (KILPEL, 1990 )



### 3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μερικές φορές είναι δύσκολο να διαγνωστεί ο λύκος, ειδικά σε άτομα με ήπια συμπτώματα. Ο γιατρός κάνει πολλές ερωτήσεις και μια πλήρη φυσική εξέταση. Μετά, θα πρέπει να γίνουν ορισμένες εξετάσεις, π.χ. γενική αίματος για να φανεί αν έχετε μειωμένο αριθμό ερυθρών, λευκών αιμοσφαιρίων ή αιμοπεταλίων (κύτταρα που αποτρέπουν την αιμορραγία και την θρόμβωση). Αν ο γιατρός πιστεύει ότι ο ασθενής έχει λύκο, πρέπει να γίνει εξέταση αίματος για να εξακριβωθεί αν έχει ένα τύπο αντισώματος που βρίσκεται στο αίμα σχεδόν όλων όσων πάσχουν από λύκο. Αυτό ονομάζεται αντιπυρηνικό αντίσωμα -ANA-(antinuclear antibody). Μπορούν να γίνουν κι άλλες εξετάσεις αίματος που βοηθούν στη διάγνωση και τον έλεγχο της δραστηριότητας της νόσου. Οι βιοχημικές εξετάσεις αίματος θα βοηθήσουν να εξακριβωθεί αν λειτουργούν φυσιολογικά ζωτικά όργανα όπως τα νεφρά και το συκώτι. Επειδή συχνά εμφανίζονται προβλήματα στα νεφρά, μπορεί να χρειασθεί να κάνετε γενική ούρων, συλλογή ούρων εικοσιτετραώρου ή σπανιότερα βιοψία νεφρού, κατά την οποία αφαιρείται ένα μικρό κομμάτι ιστού από το νεφρό, και υποβάλλεται σε ειδικές εξετάσεις. Μπορεί επίσης να γίνει ακτινογραφία θώρακος, για να ελεγχθεί η πιθανή συμμετοχή της καρδιάς και των πνευμόνων. Ακόμη μπορεί να γίνει ηλεκτροκαρδιογράφημα, ώστε να εξακριβωθεί τυχόν συμμετοχή της καρδιάς. Σε μερικά άτομα με λύκο, μπορεί όλα τα εργαστηριακά τεστ να είναι φυσιολογικά, παρ' όλες τις άλλες ενδείξεις της πάθησης. Ένα από τα προβλήματα της διάγνωσης

είναι ότι δεν υπάρχει μια μοναδική ομάδα συμπτωμάτων, μια μορφή πάθησης ή μια ομάδα εξετάσεων για όλους τους ασθενείς με λύκο.

### **3.3 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν κλινικές εκδηλώσεις που δίνουν την υποψία ΣΕΛ, αλλά ειδικά στα πρώιμα στάδια της νόσου είναι δύσκολο να ταξινομηθούν:

#### **◆ ΟΙ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Μπορεί να συγχέονται με κνίδωση, πολύμορφο ερύθημα, ψωρίαση ροδόχρου ακμή, ομαλό λειχήνα.

#### **◆ ΟΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Μπορεί να συγχέονται με σχιζοφρένεια, μανιοκαταθλιπτικές ψυχώσεις, ιδιοπαθή επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας, εγκεφαλίτιδα σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), λοιμώξεις (μηνιγγίτιδα, ενδοκρανιακά αποστήματα), νεφρική ανεπάρκεια (αζωθυμία, υπέρταση), επιδράσεις φαρμάκων (κορτικοστεροειδή, αυθελονοσιακά, αντιεπιληπτικά) βλάβες υπό μορφή μάζας (όγκοι, υποσκληρίδια αιματώματα), ανατομικές ανωμαλίες (υδροκέφαλα ανευρύσματα) και αρτηριακές έμβολα από εκβλαστήσεις του ενδοκαρδίου μπορεί να μιμηθούν το λύκο του κεντρικού νεφρικού συστήματος.

#### **◆ ΟΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Μπορούν να δίνουν την εντύπωση άλλων νόσων του συνδετικού ιστού. Όπως ρευματοειδούς αρθρίτιδας, πολυμοστίτιδας, συστηματικού σκληροδέρματος (ΧΩΡΕΝΗ Ε, 1980)

### **3.4 ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΓΕΝΟΥΣ ΛΥΚΟΥ**

Ένας αριθμός χημικά διαφόρων φαρμάκων (πίνακας 6), είναι ικανά να προκαλούν ορολογικές ανωμαλίες και λιγότερο συχνά σύνδρομα παρόμοια με το ΣΕΛ.

Δύο φάρμακα, ιδιαίτερα η προϊκαναμίδη και η υδραλαζίνη, είναι εξαιρετικά ισχυρά στο να προκαλέσει το σχηματισμό αντιπυρηνικών

αντισώματων κατά των ερυθροκυττάρων και των λεμφοκυττάρων. Περίπου 60 % των ασθενών που λαμβάνουν αυτά τα φάρμακα εμφανίζουν τέτοια αντισώματα.

Τα αντισώματα από μόνα τους είναι αβλαβή και δεν κάνουν απαραίτητη τη διακοπή του φαρμάκου. Υψηλοί τίτλοι αντισώματος μπορεί να επιμένουν για μήνες χωρίς την εμφάνιση οποιουδήποτε κλινικού συμπτώματος. Επιπλέον, οι τίτλοι των αντισωμάτων συνήθως παραμένουν αυξημένοι για μήνες και για χρόνια, ακόμη και μετά τη διακοπή του φαρμάκου. Όμως, σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών που αναπτύσσουν τα αντισώματα μπορεί να εμφανισθεί ένα κλινικό σύνδρομο που μοιάζει με ΣΕΛ με κυρίαρχα συμπτώματα από τους πνεύμονες και πολυορογονίτιδα. Είναι χαρακτηριστικό ότι η προσβολή των νεφρών και του κεντρικού συστήματος είναι παρα πολύ σπάνιο. Το κλινικό σύνδρομο γενικά αναστρέφεται με τη διακοπή του ύποπτου φαρμάκου αν και αντιφλεγμονώδη φάρμακα, όπως και κορτικοστεροειδή μπορεί να χρειαστούν για τη θεραπεία συμπτωμάτων.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους λειτουργούν αυτά τα φάρμακα και δημιουργούν αυτοαντισώματα δεν είναι γνωστοί. Ο βαθμός του μεταβολισμού του φαρμάκου, οι γενετικοί παράγοντες του ξενιστή, οι επιδράσεις των φαρμάκων στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού θεωρείται ότι παίζουν ρόλο στην παθογένεση. Είναι ενδιαφέρον ότι τα φάρμακα που προκαλούν λύκο δεν φαίνεται να προκαλούν απιδείνωση του ιδιοπαθούς ΣΕΛ και έτσι να χρησιμοποιηθούν ασφαλώς και όταν χρειάζονται.



## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

### ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΚΑΛΕΣΟΥΝ ΟΡΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΟΥΣ ΛΥΚΟΥ

- Αντιϋπερτασικά  
Υδρολαξίνη  
Μεθυλτόπα
- Αντιαρρυθμικά  
Προκαναϊμίδη  
Πρακτολυλη
- Αντιεπιληπτικά  
Φαινολυτσίνη  
Μεφαινοτοΐνη τριμεθαδίου
- Διαφορα  
Ιδονιαδη  
Πενικιλίνη  
Σουλφοναμίδες  
Χλωροπρομαλίνη  
Προπολθειορανόλη  
Μεθυλθειουρακίλη

KLIPPER SH, 1990 )

### 3.5 ΣΕΛ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Κατά την εγκυμοσύνη ασθενών με ΣΕΛ, μπορεί να παρατηρηθεί έξαρση της νόσου ή η πρώτη εμφάνιση αυτής. Περίοδος κινδύνου είναι όλη η εγκυμοσύνη και οι πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αν δεν υπάρχει σοβαρή καρδιακή, νεφρική ή νευρολογική νόσος και οι ασθενείς καλύπτονται με κορτικοστεροειδή κατά την διάρκεια της, η κύηση και ο τοκετός ολοκληρώνονται με ασφάλεια.

Τα γλυκοκορτικοειδή εκτός από δεξαμεθαζόνη και τη βηταμεθαζόνη αδρανοποιούνται από ένζυμα του πλακούντα και δεν επηρεάζουν σημαντικά το έμβρυο, μόνο που τα έμβρυς είναι συνήθως μικρού σωματικού βάρους.

Όταν η μήτρα έχει κυκλοφορούντα αντι- Ro (SSA) αντισώματα, όσα είναι τάξης IgG περνούν τον πλακούντα και εισέρχονται στην εμβρυική κυκλοφορία. Αυτά είναι δυνατόν να προκαλέσουν παθολογικά φαινόμενα στο έμβρυο, που συνιστούν το σύνδρομο νεογνικού λύκου. Τα νεογνά αυτά εμφανίζουν πολυκυκλικό δακτυλοειδές εξάνθημα και φωτοευαισθησία που υποστρέφουν τον έκτο μήνα της ζωής. Σπανιότερα τα νεογνά που η μητέρα τους έχει αντι- Ro (SSA) αντισώματα παρουσιάζουν συγγενή πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό.

Άλλη επιπλοκή της εγκυμοσύνης του ΣΕΛ είναι συχνές αποβολές που φθάνουν το 30 % των κυήσεων κυρίως σε γυναίκες με αντιπηκτικό του λύκου ή αντισώματα κατά καρδιολιπίνη. Δεν υπάρχει συμφωνία περί του αν προλαμβάνονται οι αποβολές με τη θεραπεία. Συνιστάται η χορήγηση 15 mg πρεδνιζόνης όμως είναι προτιμότερη η χορήγηση προφυλακτικών δόσεων ηπαρίνης μικρού μοριακού βάρους (HARRISON, 1994 )

### **3.6ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Το πρόγραμμα θεραπείας για τον λύκο περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, την ανάπαυση όταν η νόσος είναι ενεργός και την προσοχή στην έκθεση στον ήλιο. Ο λύκος είναι μια απρόβλεπτη πάθηση. Τα σημεία της πάθησης εμφανίζονται και εξαφανίζονται, μερικές φορές χωρίς κανένα φαινομενικό λόγο. Επειδή ο λύκος παίρνει τόσες πολλές διαφορετικές μορφές το να βρεθεί η σωστή ισορροπία της δικής σας θεραπείας παίρνει καιρό, αλλά είναι πολύ σημαντική. Απ' τη στιγμή που έχει ξεκινήσει 'ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό πρόγραμμα, πρέπει να συνεχιστεί πιστά. Αν τα συμπτώματα αλλάξουν πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός , για την τροποποίηση του προγράμματός του ασθενούς

#### **•ΔΙΑΙΤΑ**

Το ισορροπημένο διαιτολόγιο, αποτελεί σημαντικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος. Κατά καιρούς, όταν ο λύκος είναι σε δραστηριότητα και η όρεξη είναι μικρή, ίσως βοηθήσει, το να πάρει ο ασθενής μια ημερήσια πολυβιταμίνη. Ο γιατρός μπορεί να γράψει κάποιες ειδικές βιταμίνες, για συγκεκριμένα προβλήματα του λύκου. Είναι σημαντικό να γνωρίζει ο ασθενής ότι οι υπερβολικές δόσεις

βιταμινών μπορούν να δημιουργήσουν σοβαρές παρενέργειες. Θα πρέπει να είναι σίγουρος πως ο γιατρός γνωρίζει τα σκευάσματα βιταμινών που παίρνει. Κατά καιρούς ίσως χρειαστεί να κάνει κάποια ειδική δίαιτα, εξ' αιτίας των προβλημάτων που δημιουργούνται από κάποια σημεία ή συμπτώματα του λύκου, όπως π.χ. η βλάβη των νεφρών. Δίαιτα χαμηλή σε αλάτι θα βοηθήσει στην μείωση του οιδήματος. Όταν τα νεφρά δεν λειτουργούν φυσιολογικά, ίσως είναι αναγκαίο να περιοριστεί η ποσότητα πρωτεΐνης στη δίαιτα. Ορισμένοι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι η δίαιτα που είναι πλούσια σε λάδι ψαριού, μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην πορεία του λύκου, εμποδίζοντας την φλεγμονή να αναπτυχθεί. Οι κλινικές δοκιμές της διαίτας με λάδι ψαριού σε άτομα με λύκο, βρίσκονται στα πρώτα στάδια.

### •ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη, σε πολλά άτομα, στην αντιμετώπιση του λύκου. Εξ' αιτίας του μεταβαλλόμενου χαρακτήρα του λύκου, το είδος και η ποσότητα των φαρμάκων πιθανόν να αλλάζει συχνά.

Η αλλαγή της ποσότητας και του είδους του φαρμάκου που παίρνει ο ασθενής, είναι μια απόφαση που βγαίνει μέσα από συζήτηση με τον γιατρό του. Το να αλλάζει την θεραπεία του ή το να μην παίρνει κανένα φάρμακο απ' αυτά που έχει συστήσει ο γιατρός του, μπορεί να έχει δυσάρεστα αποτελέσματα. Μπορεί επίσης να δυσκολέψει τον γιατρό στην εκτίμηση της πορείας της ασθένειας και της αποτελεσματικότητας της αγωγής του. Αν αρχίσει να παίρνει κάποιο φάρμακο χωρίς την ιατρική συμβουλή, θα μπορούσε να του κάνει κακό, είτε αλληλεπιδρώντας με κάποια άλλα φάρμακα που του έχουν συστηθεί, είτε προκαλώντας παρενέργειες όμοιες με κάποια από τα συμπτώματα του λύκου.

### •Η ΑΣΠΙΡΙΝΗ ΚΑΙ ΤΑ ΑΛΛΑ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ

Μερικές φορές η ασπιρίνη είναι το μόνο φάρμακο που συστήνει ο γιατρός. Επειδή η ασπιρίνη χρησιμοποιείται συχνά για ελαφρά προβλήματα, ίσως πιστεύεται ότι δεν είναι πολύ σημαντική. Πάντως, η ασπιρίνη είναι κάτι παραπάνω από ένα απλό παυσίπονο. Επιπλέον είναι αντιφλεγμονώδες φάρμακο, που βοηθά στην αντιμετώπιση της δυσκαμψίας των αρθρώσεων. Αλλά είναι ωφέλιμη μόνο όταν χρησιμοποιείται όπως καθορίζεται, συνήθως σε τακτά χρονικά διαστήματα σε μεγάλες δόσεις.

Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν στομαχικές διαταραχές όταν παίρνουν υψηλές δόσεις ασπιρίνης. Ένας τρόπος μείωσής τους είναι να παίρνει τα δισκία κατά την διάρκεια του γεύματος ή μαζί με γάλα. Άλλος τρόπος είναι να χρησιμοποιεί ο ασθενής εντεροδιαλυτές ασπιρίνες, δηλαδή που



δεν διαλύονται στο στομάχι αλλά στο έντερο. Μια άλλη λύση είναι να παίρνει αντιόξινα περίπου μισή ώρα μετά τα γεύματα καθώς και την ώρα του ύπνου, με σκοπό να προστατευτεί το βλεννογόνο του στομάχου. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα -ΜΣΑΦ- έχουν ιδιότητες παρόμοιες με της ασπιρίνης. Μερικά από αυτά είναι η ινδομεθακίνη, η ναπροξένη, η τενιζικάμη, η ιβομπρουφαίνη κ.α. Σε ορισμένα άτομα τα φάρμακα αυτά μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά και καλύτερα ανεκτά από την ασπιρίνη. Όλα έχουν πιθανότητες να παρουσιάσουν στομαχικό ερεθισμό και μερικά μπορούν να δημιουργήσουν συγκεκριμένες παρενέργειες όπως π.χ. ζάλη και διάρροια. Μερικά ΜΣΑΦ έχουν μεγάλη διάρκεια δράσης, κάτι που θα βοηθήσει σημαντικά στο να βρεί την φαρμακευτική εκείνη αγωγή που ταιριάζει στον τρόπο ζωής του ασθενούς.

Η ασπιρίνη και τα περισσότερα ΜΣΑΦ, μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στο συκώτι ή να τροποποιήσουν την λειτουργία των νεφρών. Συνήθως η βλάβη μπορεί να αποκατασταθεί με την διακοπή ή την ελάττωση της δόσης.

#### •ΑΝΘΕΛΟΝΟΣΙΑΚΑΦΑΡΜΑΚΑ

Μερικοί γιατροί συνταγολογούν φάρμακα παρόμοια με την κινίνη, φάρμακο που χρησιμοποιείται στην ελονοσία. Απ' αυτά το πιο κοινό για τον λύκο είναι η δοξυλωροκίνη (plaquenil). Δεν υπάρχει γνωστή σχέση ανάμεσα στον λύκο και την ελονοσία και κανείς δεν ξέρει πως δρουν αυτά τα φάρμακα στον λύκο. Είναι πάντως χρήσιμα στην αντιμετώπιση του δισκοειδούς λύκου, όπως π.χ. ο πυρετός, οι αρθραλγίες και η πλευρίτιδα. Αυτά τα φάρμακα αυξάνουν την αντίσταση κατά την έκθεση στον ήλιο και μπορούν να εμποδίσουν την εμφάνιση εξανθημάτων του λύκου και των συμπτωματικών προβλημάτων κατά την έκθεση σε υπεριώδες φως. Οι πιο κοινές παρενέργειες είναι η ήπια ρινίτιδα, ο εμετόςκαιδιάρροια.

Αν και σπάνια, μερικές φορές τα ανθελονοσιακά φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν τα μάτια, αν παίρνονται σε μεγάλες δόσεις για μακρό χρονικό διάστημα. Αν παίρνει ο ασθενής αυτά τα φάρμακα, θα πρέπει να κάνει τακτική εξαμηνιαία οφθαλμολογική εξέταση σε οφθαλμίατρο. Αν παρατηρήσει ο ασθενής αλλαγές στην όραση όπως π.χ. θολή όραση και σκοτεινές κηλίδες, να το αναφέρει αμέσως στο γιατρό του.

#### •ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Τα κορτικοστεροειδή φάρμακα (φάρμακα τύπου κορτιζόνης) χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση της σοβαρής μορφής του λύκου. Είναι συνθετικές ορμόνες, που παράγονται φυσιολογικά από τους ενδοκρινείς αδένες, τα επινεφρίδια, που βρίσκονται στην κορυφή των νεφρών. Τα κορτικοστεροειδή είναι τα ισχυρότερα αντιφλεγμονώδη

φάρμακα που υπάρχουν σήμερα. Μπορούν να ελαττώσουν δραστικά τον πόνο και την φλεγμονή μέσα σε λίγες ώρες. Μπορούν επίσης να ελέγχουν πολλά από τα σημεία και συμπτώματα του λύκου.

Είναι συνηθισμένο για ένα γιατρό να γράφει υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών όταν ο λύκος είναι σε έξαρση και ειδικά όταν προσβάλλει τα νεφρά ή το νευρικό σύστημα. Μπορεί επίσης να δοθούν στεροειδή ενδοφλεβίως. Αυτό σημαίνει πως μια πολύ υψηλή δόση στεροειδή εισάγεται κατευθείαν στις φλέβες, συνήθως κάθε μέρα για μια περίοδο τριών ημερών. Καθώς τα συμπτώματα και τα δυσμενή εργαστηριακά τεστ βελτιώνονται, η δόση των στεροειδών συνήθως μειώνεται αργά μέσα σε μια περίοδο τριών μηνών. Σε ορισμένα άτομα, μπορεί να συστηθεί ένα εναλλασσόμενο ή μέρα παρά μέρα δοσολογικό σχήμα στεροειδών. Αυτή η μέθοδος λήψης στεροειδών μπορεί να ελαττώσει μερικές από τις παρενέργειες του φαρμάκου. Αν παρουσιάσει ο ασθενής δερματικά εξανθήματα, ίσως του δοθούν κρέμες ή αλοιφές που περιέχουν κορτικοστεροειδή. Στις κοινές παρενέργειες των κορτικοστεροειδών περιλαμβάνονται η αύξηση του σωματικού βάρους, η στρογγυλοποίηση του προσώπου και η εμφάνιση μολώπων με ήπιο κτύπημα. Μεγάλες δόσεις κορτικοστεροειδών μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στη διάθεση, από μεγάλη νευρικότητα κι αϋπνίες ως κατάθλιψη. Άλλες σοβαρές παρενέργειες περιλαμβάνουν την κατακράτηση υγρών με αποτέλεσμα το οίδημα (πρήξιμο) των ποδιών και υψηλή αρτηριακή πίεση, την εμφάνιση ή χειροτέρευση του σακχαρώδη διαβήτη, την αύξηση του κινδύνου λοιμώξεων και σπάνια την γαστρορραγία. Η χρήση των κορτικοστεροειδών για μεγάλη χρονική περίοδο, μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση και καταρράκτη. Αν παίρνει ο ασθενής κορτικοστεροειδή, πρέπει να πληροφορείσει οπωσδήποτε τον οποιοδήποτε γιατρό ή οδοντογιατρό πριν κάνει εγχείρηση ή υποβληθεί σε οποιαδήποτε στρεσογόνο διαδικασία. Ίσως ο οργανισμός του χρειαστεί τότε περισσότερα στεροειδή. Δεν πρέπει να αλλάζει ποτέ τη δόση των κορτικοστεροειδών χωρίς προηγουμένως να συζητήσει με τον γιατρό του, καθώς η διακοπή ή η αλλαγή της δόσης τους μπορεί σύντομα να τον αρρωστήσει πάρα πολύ.

#### • ΑΝΟΣΟΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση των αυτοάνοσων παθήσεων. Αδυνατίζουν τα κύτταρα που παράγουν τις ανοσοποιητικές και φλεγμονώδεις αντιδράσεις. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται μόνο για δραστήριες παθήσεις, ειδικά με σοβαρά προβλήματα των νεφρών. Λαμβάνονται σχεδόν πάντα με κορτικοστεροειδή. Χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν άτομα που δεν έχουν ανταποκριθεί σε άλλους τύπους φαρμακευτικής θεραπείας ή στη μείωση των δόσεων των κορτικοστεροειδών.

Τα πιο κοινά χρησιμοποιούμενα είναι το Imuran, η Methotrexate και σπανιότερα η Χλωραμβουκίλη και η κυκλοσπρίνη. Η τελευταία, δίνεται επίσης σε άτομα που έχουν κάνει μεταμόσχευση νεφρού. Τα φάρμακα αυτά μπορούν να έχουν σοβαρές παρενέργειες. Αν παίρνει ο ασθενής κάποιο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο, πρέπει να κάνει συχνές εξετάσεις αίματος, γιατί το φάρμακο μπορεί να εμποδίσει τον σχηματισμό κυττάρων του αίματος. Επίσης είναι πολύ πιθανή η ανάπτυξη λοίμωξης και έτσι είναι πολύ σημαντικό να ενημερώσει τον γιατρό του αν παρουσιάσει πυρετό ή άλλα νέα συμπτώματα..



### 3.7 ΕΞΕΛΙΞΗ- ΠΟΡΕΙΑ- ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σπάνια γίνεται με την εξέταση η φυσική εξέλιξη του ΣΕΛ σε πολλές περιπτώσεις και αυτό, γιατί οι άρρωστοι αγνοούν τις προηγούμενες υποτροπές της νόσου. Η νόσος μπορεί να φανεί σαν μια καλοήθης διαταραχή με περιορισμένη προσβολή ενός οργάνου ή λίγων οργάνων, μπορεί να ακολουθήσει κεραυνοβόλο πορεία καταλήγοντας σε θάνατο μέσα σε λίγες εβδομάδες ή μήνες. Η πρόγνωση βέβαια έχει βελτιωθεί αισθητά με την έγκαιρη διάγνωση, την αναγνώριση των αρρώστων με ήπιες μορφές, καθώς επίσης και με τις ευεργητικές επιδράσεις των κορτικοστεροειδών και των άλλων θεραπευτικών μεθόδων. Υπάρχουν άτομα που ενώ νομίζει κανείς ότι βρίσκονται σε προθανάτιο στάδιο, όταν αρχίζει η θεραπεία εμφανίζουν σπουδαία βελτίωση και μπορούν να ζήσουν 20 χρόνια και περισσότερο. Αν δεν έχουν προσβληθεί σοβαρά ορισμένα σοβαρά ζωτικά όργανα δεν απειλείται η ζωή σήμερα, όπως συνέβαινε παλιά. Η δεκαετής επιβίωση ασθενών με ΣΕΛ φτάνει το 70-95%. Ασθενείς με βαριά νεφρική, πνευμονική ή νευρολογική νόσο έχουν χειρότερη πρόγνωση. 1/3 των θανάτων οφείλεται σε λοιμώξεις και 1/5 σε επιπλοκές νεφρικής ανεπάρκειας, καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, καρκίνους, ατυχήματα, αυτοκτονίες ή άλλα μη γνωστά αίτια. (Klipper JH, 1990)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ο/Η νοσηλεύτης/τρια στην άσκηση του επαγγέλματος, νοσηλεύει άτομα με διάφορες παθήσεις. Για να αντιμετωπίσει λοιπόν, καθένα από αυτάτα άτομα καταστρώνει ένα σχέδιο νοσηλείας, το οποίο στηρίζει σε αρχές.

Σε αρρώστους που πάσχουν από Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, συναντούμε μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, τόσο σε βαρύτητα όσο και σε αριθμό.

Σε περίοδο υφέσεως ο άρρωστος παρακολουθείται σαν εξωτερικός ασθενή, έτσι η φροντίδα του νοσηλεύτη/τριας περιορίζεται στο να αξιολογεί κατά πόσο τηρεί τις ιατρικές οδηγίες ( φάρμακα – οδηγίες ), του υπενθυμίζει την επόμενη επίσκεψη και του συνιστά σε περίπτωση επιβάρυνσης της κατάστασής του, την έγκαιρη προέλευση στον γιατρό.

Σε περίοδο εξάρσεως της νόσου, ο άρρωστος νοσηλεύεται μέσα στο νοσοκομείο. Η κατάσταση του αρρώστου μπορεί να είναι βαριά ανάλογα με το ποιανού συστήματος συμπτώματα θα παρουσιαστούν πρώτα.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως ο νοσηλεύτης/τρια που φροντίζει ένα άρρωστο με ΣΕΛ θα πρέπει να θέτει στόχους και παρέμβαση του ( νοσηλεύτη ). Θα πρέπει να έχει ως απώτερο σκοπό την διεκπαιρέωση αυτών πάντα βέβαια μέσα στα όρια του σεβασμού.

Οι στόχοι αυτοί θα πρέπει να είναι :

- Ανακούφιση του αρρώστου / νοσηλευτική φροντίδα από τα συμπτώματα και τις επιπλοκές του ΣΕΛ από τα διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού που προσβάλλει (όταν νοσηλεύεται μέσα στο νοσοκομείο ).

- Ενημέρωση – διδασκαλία του νοσηλεύτη στον ασθενή για τους κινδύνους και τους παράγοντες επιδείνωσης της νόσου ( όταν είναι εκτός νοσοκομείου ).

- Αποκατάσταση της φυσικής και ψυχικής υγείας του ασθενούς που πάσχει από ΣΕΛ. ( ΣΑΧΙΝΗ Α.- ΚΑΡΔΑΣΗ – ΠΑΝΟΥ Μ. , 1984 )



#### **4.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΠΟΥ ΠΡΟΣΒΑΛΛΕΙ ( όταν είναι μέσα στο νοσοκομείο )**

##### **4.1.1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ / ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ**

Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να έχει ως στόχο την διατήρηση και αποκατάσταση του δέρματος όσο γίνεται πιο δυνατό.

Μια σοβαρή διαταραχή της νόσου είναι οι αλλοιώσεις που εμφανίζονται στο δέρμα. Ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει το δέρμα του ασθενή ώστε να μην φαίνονται οι παραμορφώσεις. Στο δέρμα μπορεί να εμφανιστούνς προμφύλλυγγες και μερικές φορές αιμορραγούν.

Η αντιμετώπιση από τον νοσηλευτή/τρια πρέπει να είναι άμεση, δηλαδή να γίνεται συχνά πλύση με φυσιολογικό διάλυμα NaCl, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική και απομάκρυνση των ακάθαρτων από το δωμάτιο του ασθενή.

Επίσης χρησιμοποιεί προστατευτική αλοιφή, διότι προφυλάσσει το δέρμα από την διαβροχή και διατηρεί την ελαστικότητα . Φροντίζει να το διατηρεί πάντα στεγνό και καθαρό. Αποφεύγει το οινόπνευμα για εντριβή διότι ξηραίνει το δέρμα ή οξυζενέ σε καθαρά ελκωτικές επιφάνειες διότι καταστρέφει τα νέα ευαίσθητα κύτταρα.

Σε περιπτώσεις που ασθενής είναι κλινήρης για πολλές μέρες ο νοσηλευτής/τρια του δίνει καθημερινό λουτρό καθαριότητας, χαρίζοντάς του το αίσθημα της ευεξίας και άνεσης.

Επίσης παίρνει προληπτικά μέτρα για την αποφυγή των κατακλίσεων. Οι κατακλίσεις παραμένουν ένα σοβαρό πρόβλημα με δυσμενείς επιπτώσεις για τον άρρωστο, παρά την αύξηση των ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων και την αλματώδη πρόοδο της τεχνολογίας. Οι κατακλίσεις σε ένα βαθμό, είναι νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Για αυτό το να φροντίζει ο νοσηλευτής/τρια να πάρει μέτρα πρόληψης για την μη εμφάνιση αυτών είναι ένα έργο μεγάλης σπουδαιότητας. Τέτοια μέτρα είναι :

- Άρση πίεσης :

- αλλάζει συχνά θέση στον άρρωστο ( ανά 2 ώρες ). Έτσι μαβλύνεται η πίεση των μυών και των τριχοειδών αγγείων, βελτιώνεται η κυκλοφορία και προκαλείται αντιδραστική υπεραιμία.

- δίνει εκτός άλλων και ηρωίνη, ιδιαίτερα σε ημιπληγικούς και τετραπληγικούς αρρώστους. Με την κατάλληλη τοποθέτηση μαξιλαριών μειώνεται η πίεση σε αρκετά σημεία του σώματος.
- Αποφυγή σύγχρονου τριβής και πίεσης :
- διατηρεί τον άρρωστο ο νοσηλευτής/τρια χαμηλότερο των 45° για να μην γλιστράει με υποστήριγμα τα πόδια.
  - φροντίζει να μην υπάρχουν στο σεντόνι, ημισέντονο, ψίχουλα κλπ που τραυματίζουν και
  - προλαμβάνει την τριβή από σκληρά αντικείμενα, όπως στην χορήγηση δοχείου ή τα άκρα γύψινου επιδέσμου. Τοποθετεί κάποιο προστατευτικό μέσο χαρτοβάμβακο ή γάζα.
- Έλεγχος υγρασίας :
- αντιμετωπίζει τις απώλειες ούρων και κοπράνων. Εφαρμόζει μόνιμο καθετήρα αν χρειαστεί.
  - Φροντίζει το δέρμα με μαλακό σαπούνι και απομακρύνει την φυσική λιπαρότητα του.
  - χρησιμοποιεί προστατευτική αλοιφή, διότι προφυλάσσει το δέρμα από τη διαβροχή και διατηρεί την ελαστικότητα του. Διατηρεί το δέρμα του πάντοτε στεγνό και καθαρό.
- Δίαιτα :
- χορηγεί υπελευκωματούχο και υπερθερμιδική διαίτα σε καχεκτική αρρώστια, βιταμίνη Α, C και ριβοφλαμίνη.
  - φροντίζει για την καλή εενυδάτωση και την διόρθωση πιθανής αναιμίας διότι μειώνει την ιστική οξυγόνωση.
- Στο πρόβλημα της αλωπεκίας όπου εμφανίζει στο δέρμα ο νοσηλευτής/τρια τον βεβαιώνει ότι το τριχωτό της κεφαλής θα επανέλθει στο φυσιολογικό με την πάροδο του χρόνου και τον στηρίζει όσο γίνεται ψυχολογικά και του υποδεικνύει τρόπους αντιμετώπισης στην περίοδο αυτή, όπως η χρήση περούκας ή μαντηλιών σε γυναίκα.( ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, 1984 )



#### **4.1.1.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ**

Όσον αφορά για τις εξελκώσεις που παρατηρούνται στο στόμα και τις διάφορες φλεγμονές που παρουσιάζονται στο στόμα όπως : αφθώδης στοματίτιδα, στοματίτιδες όπου οφείλονται στον μύκητα Candida.

Το πρωταρχικό μέλημα του νοσηλευτή σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η καθαριότητα και η αντισηψία της στοματικής κοιλότητας καθώς και την χρησιμοποίηση αποσμητικών και αντισηπτικών ουσιών σε περιπτώσεις κακοσμίας. ( Hexalen, Datranugel )

Επίσης πολλές φορές οι εν τω βάθει εξελκώσεις της μαλθακής υπερώας, που επιμολύνεται συχνά από μύκητες Candida μπορεί να περιορίσουν συχνά την διατροφή. Σε αυτές τις περιπτώσεις το πρώτο μέλημα του νοσηλευτή/τριας είναι η αποφυγή ερεθιστικών τροφών ( όξινες και σκληρές στην ελκώδη στοματίτιδα και τέλος διέγερση της ορέξεως του αρρώστου για φαγητό με την κατάλληλη προετοιμασία όπως να είναι καλά μαγειρεμένο, κομμένο κλπ ) και εκλογή τροφών.

Πολλές φορές στην αφθώδη στοματίτιδα συνοδεύεται και από έρπητα χειλιών και των πτερυγίων της μύτης παρουσιάζεται επίσης υψηλή φανερή κακουχία. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο νοσηλευτής του συνιστά ξεκούραση και πολλές φορές κλινοστατισμό του χορηγεί αντιπυρετικά και παυσίπονα (όπως χορήγηση παρακεταμόλης πχ Deron, Aprotel).

Σε περιπτώσεις παρουσίας έρπητα του χορηγεί αντι-ικό παράγοντα με άμεση δράση κατά των ιών του έρπητα όπως που περιέχουν δραστική ουσία Acilovir ( π.χ Tonirux, Propylene, Glycol κ.α ) (ΜΑΡΟΥΝΗ Δ.Α, 1980 )

#### **4.1.1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΑ ΝΕΦΡΑ**

Οι εκδηλώσεις από τα νεφρά είναι οι πιο συχνές και σοβαρές. Όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο ο ασθενής με ΣΕΛ συχνά όταν προσβληθούν τα νεφρά του μπορεί να προσβληθεί από ενεργό σπειραματονεφρίτιδα, οξεία νεφρική ανεπάρκεια και πολλές φορές η τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια οδηγεί σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) που μπορεί να αντιμετωπισθεί επιτυχώς με αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στην περίπτωση της ενεργής σπειραματονεφρίτιδας διαμορφώνεται ανάλογα με τα προβλήματα αυτών των ασθενών. Παρακάτω, παρατίθενται τα κυριότερα προβλήματα καθώς

και οι αντίστοιχες νοσηλευτικές δραστηριότητες για την αντιμετώπιση αυτών.

- Καταπολέμηση στρεπτοκοκκικής λοιμώξεως- πυρετός :
  - Σχολαστική τήρηση και εφαρμογή της καθορισμένης από γιατρό αντιβιοτικής θεραπείας συμβάλλει σημαντικά στην καταπολέμηση της λοιμώξεως και κατ' επέκταση στην υποχώρηση των συμπτωμάτων.
  - Διατήρηση αυστηρής άσκησης τεχνικής.
  - Ακριβής τήρηση διαγράμματος 3 ωρών θερμομέτρησης.
  - Συχνή αλλαγή λευκειμάτων του αρρώστου.
  - Παρακολούθηση για σημεία αφυδάτωσης
- Περιορισμός δραστηριότητας :
  - Ενθάρρυνση του αρρώστου να είναι στο κρεβάτι μέχρι να βελτιωθούν η κλινική εικόνα και τα εργαστηριακά ευρήματα.
  - Εξήγηση του αρρώστου της σπουδαιότητας να μείνει στο κρεβάτι για μείωση του μεταβολικού ρυθμού. Η δραστηριότητα μπορεί να αυξηθεί καθώς βελτιώνεται η νεφρική λειτουργία.
- Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος :
  - Ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσεως αρρώστου – νοσηλεύτριας.
  - Παροχή ευκαιριών στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ανησυχίες, αισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας, ερωτηματικά και απορίες σχετικά με την πορεία της αρρώστιας και γενικά την συναισθηματική και ψυχική του διέγερση ή ένταση.
  - Έξασφάλιση εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.
  - Έμπρακτη έκφραση και εκδήλωση ενδιαφέροντος για τις ανάγκες και τα προβλήματα.
  - Προφυλακτικά μέτρα για σπασμούς και σύγχυση. ( ουραιμικοί σπασμοί, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια ).
- Διαταραχές στις φυσιολογικές τιμές των ζωτικών σημείων :
  - Μέτρηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων κάθε 4 ώρες στην οξεία φάση και αργότερα 2-3 φορές το 24ωρο. Μεταβολές στις τιμές πιθανόν να προαναγγέλουν επερχόμενες επιπλοκές.
- Διαταραχή νερού- ηλεκτρολύτων, οξεία βασικής ισορροπίας.
  - Σχολαστική μέτρηση και εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αυτοαποβαλλόμενων υγρών, κυρίως στην οξεία φάση, ολιγουρική φάση.
  - Μέτρηση ποσότητας ούρων και συχνότητας ουρήσεων.
  - Εξέταση ούρων για ειδικό βάρος, λευκώματα και ερυθροκύτταρα.
  - Μέτρηση βάρους κάθε ώρα στον ίδιο ζυγό με τα ίδια ρούχα, την ίδια ώρα της ημέρας.



- Παρακολούθηση για σημεία υπερκαλιαιμίας ( σπασμοί, βραδύπνοια, αγωνία, διαταραχή καρδιακού ρυθμού, καρδιακή ανακοπή.)
- Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της υπερκαλιαιμίας- χορήγηση των φαρμάκων που έχει γράψει ο γιατρός
- Διαιτητικοί περιορισμοί :
  - Δίαιτα φτωχή σε λεύκωμα, κάλιο και χλωρικό νάτριο, κυρίως στην φάση της ολιγουρίας.
  - Περιορισμός υγρών για αποφυγή υπερφορτώσεως της κυκλοφορίας για την αντιμετώπιση της υπέρτασεως.
  - βοήθεια του αρρώστου για να μετριάσει το αίσθημα της δίψας.
  - Λήψη μέτρων για καλό σερβίρισμα του φαγητού, ώστε να μειώνεται η ανορεξία του αρρώστου. Συνεργασία με διαιτολόγους, αναγνώριση των προσωπικών διαιτητικών προτιμήσεων του αρρώστου.
- Υγιεινή φροντίδα του σώματος:
  - Περιποίηση στοματικής κοιλότητας
  - Φροντίδα δέρματος και κυρίως σε περιοχές που πιέζεται για πρόληψη.
  - Καθημερινό λουτρό καθαριότητας με χλιαρό νερό.
  - Συχνή αλλαγή θέσεως του αρρώστου και εντριβές συμβάλλουν πολύ στην αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων, επειδή αυτοί οι αρρώστοι είναι επιρρεπείς στο σχηματισμό κακώσεων του δέρματος.
- Δυσκολία κατά την κένωση του εντέρου λόγω ακινησίας και διαιτητικών περιορισμών:
  - Εξασφάλιση καθημερινής κένωσης του εντέρου με τα συνηθισμένα μέσα όπως χορήγηση φρούτων, λαχανικών κ.α.( ΜΑΛΑΓΑΡΙΝΟΥ ΜΛ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΣΦ, 1984 )

Σε περιπτώσεις που ο ΣΕΛ προσβάλλει τα νεφρά και οδηγεί τους ασθενείς σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια τότε η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπόψη τα κυριότερα προβλήματα αυτών των ασθενών και να διαμορφώνει νοσηλευτικά τις δραστηριότητες ανάλογες με τα προβλήματα. Παρακάτω θα δούμε τις κυριότερες νοσηλευτικές ενέργειες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.

- Σχολαστική μέτρηση και εκτίμηση των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών κυρίως :
  - Στο στάδιο της ανουρίας όπου το ποσό των προσλαμβανομένων υγρών δεν υπερβαίνει τα 500 κεκ στο 24ωρο. Ηλεκτρολύτες δεν χορηγούνται καθόλου επειδή δεν αποβάλλονται ούρα.

- Στο στάδιο το ολιγουρικό που διαρκεί 12-14 ημέρες και συνοδεύεται από πολουρία, όπου το ποσό των ούρων ανέρχεται σε 2000-2500 κεκ το 24ωρο με χαμηλό E.B. Η αύξηση του E.B. των ούρων είναι δυνατό κριτήριο της νακατάξης της συμυκνωτικές ικανότητας των νεφρών, άρα και της αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.
- Παρακολούθηση για σημεία υπερκαλαιμίας κυρίως στο στάδιο της ανουρίας όπως :
  - Βαθιές οξεωτικές αναπνοές τύπου Kussmaul.
  - Νευροψυχικές διαταραχές από υπερβολική χορήγηση ή κατακράτηση νερού ( δηλητηρίαση με νερό ).
  - Ανορεξία, απάθεια, σπασμοί, διαταραχές καρδιακού ρυθμού κ.λ.π.

- Το διαιτολόγιο του αρρώστου να είναι πτωχό σε λεύκωμα, κάλιο NaCl στη φάση της ανουρίας και ολιγουρίας. Εμπλουτισμός διαιτολογίου με υδατάνθρακες για πρόληψη αναπτύξεως κετονικών σωμάτων και ελάττωση του καταβολισμού των πρωτεϊνών.

- Υγιεινή φροντίδα σώματος.

- Εξασφάλιση ήρεμου και ασφαλούς περιβάλλοντος.

- Πρόληψη λοιμώξεων : διδασκαλία του αρρώστου να αποφεύγει συστηματικά κάθε πηγή μόλυνσεως και κυρίως άτομα με μολύνσεις των ανώτερων αναπνευστικών οδών.

Τήρηση σχολαστικής άσηπτης τεχνικής κατά την νοσηλεία. Μείωση επισκεπτηρίου για αποφυγή μόλυνσεων. Οι άρρωστοι αυτοί πρέπει να νοσηλεύονται σε μοναχικό δωμάτιο. Η επίσκεψη πρέπει να γίνεται με μάσκα, ρόμπα και γάντια. ( ΧΩΡΕΝΗ Ε., 1980 )

Ο νοσηλευτής/τρια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας που προκαλείται σαν επιπλοκή του Σελ ενεργεί παρόμοια όπως στις προηγούμενες νόσους, μόνο που πρέπει να έχει υποψη τα εξής:

- Η θερμιδική αξία των τροφών πρέπει να φτάνει τις 2.500 – 3.000 ημερησίως. Η χορηγούμενη ποσότητα λευκωμάτων ποτέ δεν πρέπει να είναι κάτω των 20g ημερησίως.
- Τα λευκώματα πρέπει να είναι υψηλής βιολογικής αξίας – γάλα, κρεας, αυγά – και όχι χαμηλής βιολογικής αξίας – όσπρια, πατάτες, αλεύρι και τα παράγωγά του.
- Η ποσότητα των χορηγούμενων ζωϊκών λευκωμάτων εξαρτάται από το βαθμό της νεφρικής ανεπάρκειας. Η χορήγηση ή όχι NaCl είναι « κατά βούληση ». Συνήθως 15-20 λίτρα ημερησίως είναι απαραίτητα για να μην προκληθεί αφυδάτωση. Σε φάση ολιγουρίας ελαττώνεται ανάλογα. Η χορήγηση καλιούχων τροφών

- πατάτες, μπανάνες, πορτοκάλι – απαγορεύονται σε φάση ολιγουρίας.
- Αποφυγή τραυματισμού, βουρτσίσματος δοντιών με σκληρή βούρτσα και χρήση χονδρών βελόνων για ενέσεις. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων για πρόληψη αιμορραγίας. Σε μείωση Hb, ενδείκνυται μικρές μεταγγίσεις πλυμμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων. Συχνή παρακολούθηση και εκτίμηση των παραμέτρων του αίματος ( αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη κ.λ.π.)
- Συχνή περιποίηση του δέρματος το οποίο είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο, ξηρό και λιπώδες, με κιτρινόφαιη απόχρωση και παρουσιάζει κνησμό που πιθανόν να οφείλεται στη διαταραχή του μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου.  
Η παρουσία του οιδήματος επιβάλλει ειδική φροντίδα του δέρματος, χρησιμοποιούνται ουδέτερα σαπούνια και καθημερινό ζύγισμα του αρρώστου στον ίδιο ζυγό με τα ίδια ρούχα και την ίδια ώρα της ημέρας.

Τα υπόλοιπα προβλήματα αυτών των ασθενών είναι τα ίδια με την σπειραματονεφρίτιδα και την οξεία νεφρική ανεπάρκεια καθώς και οι νοσηλευτικές ενέργειες αυτών των προβλημάτων για αυτό και δεν αναφέρονται. (ΣΑΧΙΝΗ Α., ΚΑΡΑΣΗ, ΠΑΝΟΥ Μ., 1984 )

#### **4.1.1.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ / ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Όταν προσβάλλει το αναπνευστικό και έχει επηρεαστεί η αναπνευστική λειτουργία, η φροντίδα του νοσηλευτή/τριας είναι:

-Η λήψη της θερμοκρασίας σε συχνά χρονικά διαστήματα για την διαπίστωση υψηλής πυρετικής κίνησης και της πιθανότητας κάποιας λοίμωξης.

-Σε περίπτωση λοίμωξης και εμφάνισης πυρετού:

Ο νοσηλευτής πάντα κάτω από εντολή του γιατρού προχωρά στην χορήγηση παυσιπόνων και αντιπυρετικών ( Apotel, Depon ) και συνιστά στην τρίωρη λήψη θερμοκρασίας.

- Ο νοσηλευτής/τρια οφείλει να αναγνωρίσει έγκυρα συμπτώματα που σημαίνει ότι υπάρχει υποξαιμία, δηλαδή υπάρχει ελάττωση του απαραίτητου οξυγόνου στο αίμα όπως είναι : ανασπνευστικές διαταραχές: ταχυπνοια, εργώδης αναπνοή, διαταραχές κυκλοφορίας:ταχυκαρδία, αρρυθμίες, διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος: υπνηλία, σύγχυση, κώμα και τέλος κεντρική κυάνωση, σημεία που μπορεί και να ενεργήσει κατάλληλα.
- Σε περίπτωση δύσπνοιας ο νοσηλευτής φροντίζει : ● να δίνει στον άρρωστο την κατάλληλη θέση. Συνήθης θέση και πιο σωστή είναι

η καθιστή ή ημικάθιστη γιατί έτσι διευκολύνεται η έκπτυξη των πνευμόνων. • Επίσης, πάντα με οδηγία του γιατρού του χορηγεί οξυγόνο είτε με ρινικό καθετήρα, ρινική κάνουλα, μάσκα απλή, venturi.

- Σε περίπτωση έντονου βήχα και δυσχέρειας αποβολής τραχειοβρυγχικών εκκρίσεων ο νοσηλευτής φροντίζει : • να δίνει καθιστή θέση στον άρρωστο για καλύτερη έκπτυξη των πνευμόνων. • Συμβουλεύει και βοηθά τον άρρωστο να βήχει αποτελεσματικά. • Κάνει συχνή αναρρόφηση των εκκρίσεων. • Εναλλάζει μερικές σταγόνες φυσιολογικού ορού στην τραχειοστομία για την μείωση της γλοιότητας των εκκρίσεων και την πρόκληση βήχα για αποβολή των εκκρίσεων. • Χορηγεί υγρά και σιρόπι ( πχ bisolvon) για την ρευστοποίηση των εκκρίσεων. • Φροντίζει το στόμα του αρρώστου, διότι οι εκκρίσεις είναι θρεπτικές για την ανάπτυξη των μικροβίων. • Παρακολουθεί και αξιολογεί προσεκτικά το είδος και την ποσότητα των εκκρίσεων όπως για παράδειγμα αν οι εκκρίσεις συνδεύονται από αίμα, βήχα ή και από τα δυο τα καταγράφει και τα αναφέρει στον γιατρό και προχωρά σε ανάλογες εξετάσεις.( καλλιέργεια πτυέλων, βρογχοσκόπηση κα). (ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΜΑ – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ ΣΦ, 1984 )

#### **4.1.1.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑ**

Όπως αναφέραμε οι κυριότερες εκδηλώσεις του ΣΕΛ από την καρδιά είναι περικαρδίτιδα. Μυοκαρδίτιδα που προκαλεί πολλές φορές αρρυθμίες ή καρδιακή ανεπάρκεια και πολλές φορές η ισχαιμική καρδιακή νόσος από αρτηρίτιδα του στεφανιαίου μπορεί να δημιουργήσει στηθάγχη ή έμφραγμα του μυοκαρδίου. Εμείς θα αναλύσουμε στις καθεμιά από τις παραπάνω καρδιακές νόσους ποια είναι η νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρει ο νοσηλευτής/τρια.

Σε περίπτωση που ο ΣΕΛ δημιουργεί οξεία περικαρδίτιδα τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής και η αντίστοιχη νοσηλευτική παρέμβαση στα συμπτώματα αυτά είναι:

- Δύσπνοια: στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής τοποθετεί τον ασθενή σε ημικάθιστή- καθιστή θέση και του χορηγεί οξυγόνο
- Πόνος ήπιος και έντονος στην προκάρδια ή υποστερνική περιοχή που επιδεινώνεται με τον βήχα την κατάποση και την οριζόντια θέση : ο νοσηλευτής φροντίζει να του μειώσει το πόνο και την δυσχέρεια με την ανύψωση του επάνω μέρους του κρεβατιού και

τοποθέτηση μαξιλαριών στο υπερκλινίδιο τραπεζάκι, ώστε ο άρρωστος να ακουμπά πάνω σε αυτά, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της παραπάνω θέσης στην μείωση έντασης του πόνου και τέλος πάντα με την σύμφωνη γνώμη του ιατρού του προχωρά στην χορήγηση φαρμακευτικού σχήματος για πόνο, και απαλλαγή από του πόνου τα συμπτώματα. Έτσι λοιπόν ,εφόσον ο νοσηλευτής/τρια γνωρίζει την υποκείμενη αιτία που προκαλεί την οξεία περικαρδίτιδα και εδώ στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι ο διάχυτος συστηματικός ερυθματώδης λύκος , προχωρά στην εφαρμογή ειδικής θεραπείας που στην περίπτωση του ΣΕΛ είναι τα κορτικοστεροειδή.

- Παράδοξος σφυγμός – Ταχυκαρδία: ο νοσηλευτής φροντίζει για την ενδεχόμενη συχνή λήψη της αρτηριακής πίεσης και φλεβικής πίεσης και των σφυγμών, αξιολογεί την ποιότητα των σφυγμών και οφείλει να ανγνωρίζει έγκυρα τα σημεία που δηλώνουν καρδιακό επιπωματισμό . Τέτοια συμπτώματα που πρέπει να αναφέρονται στο γιατρό είναι αύξηση φλεβικής πίεσης, μείωση αρτηριακής πίεσης, δύσπνοια, καρδιακές αρρυθμίες, παράδοξος σφυγμός ( εξασθένησης σφυγμού κατά την διάρκεια εισπνοής ).
- Πυρετός – Ρίγος : σε τέτοιες περιπτώσεις ο νοσηλευτής/τρια φροντίζει για την συχνή λήψη της θερμοκρασίας. Φροντίζει να μειώσει το άγχος του ασθενούς δημιουργώντας ένα ήρεμο περιβάλλον με χαμηλό φωτισμό και όσο γίνεται με λιγότερο κόσμος. Σε περίπτωση έντονου πυρετού χορηγεί αντιπυρετικά και παυσίπονα στον ασθενή. ( ΑΡΟΤΕΛ, ΔΕΡΟΝ )

Σε περίπτωση που η μυοκαρδίτιδα προκαλεί αρρυθμίες ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει :

- Να φροντίζει για την συχνή λήψη σφυγμών : η συχνή λήψη σφυγμών ποτέ δεν θα πρέπει να αποτελεί μηχανική εργασία, αλλά θα πρέπει να παρατηρείται η συχνότητα, ο ρυθμός και ο χαρακτήρας του σφυγμού και να σχετίζεται με όλη την κατάσταση του αρρώστου.

Ο σφυγμός πάντοτε μετρείται σε διάστημα 1 λεπτού τουλάχιστον και πρέπει να καταγράφεται και να σημειώνεται αμέσως. Σε περίπτωση εμφανίσεων κάποιας ανωμαλίας στην ένταση, τη συχνότητα, το γενικό χαρακτήρα, θα πρέπει να το αναφέρει ( ο νοσηλευτής/ τρια) έγκαιρα στο γιατρό.

Η μέτρηση του καρωτιδικού σφυγμού ή κορυφαίου σφυγμού είναι απαραίτητα για καλύτερη εξακρίβωση κάποιας ανωμαλίας : πρέπει η νοσηλεύτρια να γνωρίζει ότι ο ανώμαλος σφυγμός μπορεί να μη γίνει αντιληπτός από τον καρπό.

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα είναι σπουδαίο μέσο για την διαπίστωση ανωμαλίας στον ρυθμό.

- Σε περίπτωση εμφανίσεων αρρυθμίας συνιστούμε ο άρρωστος να μείνει στο κρέββατι . Δεν είναι δε απαραίτητο να γνωρίζει λεπτομέρειες για την κατάστασή του, εφόσον δεν τον απασχολούν αξιόλογα ενοχλήματα. Οι περισσότεροι από αυτούς όμως παρουσιάζουν αρρυθμία, παραπονούνται για ζάλη, ανώμαλη αναπνοή και κατέχονται από άγχος. Εδώ θα πρέπει ο νοσηλευτής/τρια να δώσει στον άρρωστο πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του και να του εμπνεύσει το αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Σε περίπτωση που η επιπλοκή του ΣΕΛ στην καρδιά είναι η μυοκαρδίτιδα που προκαλεί καρδιακή ανεπάρκεια στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής/τρια θα πρέπει:

- Να συμβάλλει η νοσηλεύτρια όσο γίνεται περισσότερο στην μείωση του καρδιακού έργου, αυτό το επιτυγχάνει με τις εξής ενέργειες:

α) Μετά από εκτίμηση της φυσικής δραστηριότητας που μπορεί να εκτελέσει ο άρρωστος χωρίς να αισθάνεται δυσχέρεια, εξασφάλιση ανάπαυσης στο κρεβάτι σε ανάρροπη θέση με τους βραχίονες υποστηριζόμενους ή στην πολυθρόνα μέσα σε καλά κλιματιζόμενο δωμάτιο. Η θέση μειώνει τη φλεβική επιστροφή στην καρδιά και την πνευμονική συμφόρηση, με αποτέλεσμα να αυξάνει τη ζωτική χωρητικότητα και να μειώνει την πίεση που εξασκεί το ήπαρ στο διάφραγμα

β) Δίαιτα ελαφριά. Συχνά και μικρά γεύματα.

γ) Εκτίμηση της απόκρισης του αρρώστου στηθεραπευτική ανάπαυση.

δ) Εξασφάλιση ήρομου ύπνου. Οι άρρωστοι αυτοί είναι ανήσυχοι τη νύχτα εξαιτίας εγκεφαλικής υποξίας :

- χορήγηση O<sub>2</sub> κατά το οξύ στάδιο
- χορήγηση του κατάλληλου καταπραϊντικού.

ε) Χορήγηση μορφίνης εφόσον δεν είναι χαμηλός ο καρδιακός και ο αναπνευστικός ρυθμός. Η μορφίνη απαλλάσει τον άρρωστο από την αγωνία, ειδικά αν υπάρχει δύσπνοια. Επίσης προκαλεί ένα βαθμό περιφερικής φλεβικής διαστολής.

στ) Χορήγηση διουρητικών

- παρακολούθηση ηλεκτρολυτών, pH

ζ) Καθημερινή μέτρηση και αναγραφή βάρους σώματος για εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της διουρητικής θεραπείας.

η) Υπονατριούχος διαίτα σε συνδυασμό με περιορισμό της ποσότητας των προσλαμβανομένων υγρών.

- Για βελτίωση της συσταλτικότητας της καρδιάς χρησιμοποιούνται σκευάσματα δακτυλίτιδας. Ο νοσηλευτής στην χορήγηση αυτών πρέπει να έχει υπόψη τα εξής:

α) Η δακτυλίτιδα προκαλεί εντονότερη συστολή και μείωση της συχνότητας του καρδιακού παλμού. Έτσι αυξάνει τον κατά λεπτό όγκο αίματος, μειώνει το μέγεθος της καρδιάς, τη φλεβική πίεση, το όγκο του αίματος και το βαθμό οιδήματος.

β) Αρχικά χορηγείται δόση ( δακτύλισμα) για να επιφέρει το πλήρες θεραπευτικό αποτέλεσμα του φαρμάκου.

γ) Κατόπιν χορηγείται μια ημερήσια δόση τόση ώστε να αντικαθιστά το φάρμακο που μεταβολίζεται ή αποβάλλεται και να διατηρεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα χωρίς τοξικά φαινόμενα.

δ) Συχνός προσδιορισμός του επίπεδου δακτυλίτιδας του αίματος, για ρύθμιση της θεραπείας και πρόληψης τοξικότητας.

ε) Εξέταση της νεφρικής λειτουργίας. Η νεφρική ανεπάρκεια προδιαθέτει σε δηλητηρίαση από δακτυλίτιδα, ειδικά από σκευάσματα βραχείας δράσης όπως διγοξίνη.

ζ) Εκτίμηση των κλινικών αποκρίσεων του αρρώστου στη δακτυλίτιδα ( μείωση βαθμού δύσπνοιας, υγρών ρύγχων, ηπατομεγαλίας και περιφερικού οιδήματος).

η) Λήψη κορυφαίου καρδιακού και κερκιδικού σφυγμού πριν από την χορήγηση της. Δεν χορηγείται και ειδοποιείται ο γιατρός όταν η συχνότητα πέσει κάτω από 60 παλμούς/ min.

- Οξυγονοθεραπεία για βελτίωση οξυγόνωσης των ιστών και μείωση του βαθμού δύσπνοιας.
- Δίαιτα υποθερμιδική για αποφυγή παχυσαρκίας που εμποδίζει την καρδιακή λειτουργία. Τροφές που δεν αφήνουν υπόλειμμα και δεν δημιουργούν αέρα για αποφυγή ανύψωσης του διαφράγματος και παρεμπόδιση του έργου της καρδιάς ( HERMAN JA, 1986 )

Στην περίπτωση όπου η ισχαιμική νόσος δημιουργεί στηθάγχη ο νοσηλευτής θα πρέπει:

- Να συστήσει στον ασθενή φυσική ανάπαυση στο κρεβάτι ώσπου να περάσει η κρίση.
- Παραμονή του νοσηλευτή κοντά του, για μείωση αγωνίας, που επιδεινώνει την υποξία του μυοκαρδίου. Η μείωση του άγχους επιτυγχάνεται με τις εξής ενέργειες:

α) Συνεχής εκτίμηση του επιπέδου άγχους αρρώστου και οικογένειας, ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει φόβους και αγωνίες που αφορούν την νόσο μέσω συχνών συστίσεων.

β) Εξήγηση στον άρρωστο της σημασίας μείωσης άγχους στον έλεγχο στηθάγχης. ( Το άγχος και ο φόβος επιβάλλουν αυξημένο stress στην καρδιά, που απαιτεί χρήση περισσότερου οξυγόνου από αυτή. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι διαταραχή ισοζυγίου προμήθειας και απαίτησης μυοκαρδίου οξυγόνου, που προκαλεί πόνο.)

γ) Χορήγηση φαρμάκων για μείωση άγχους του αρρώστου. Κατευναστικά και ηερμιστικά μπορεί να χρησιμοποιούνται για πρόληψη

επεισοδίων που επισπεύδονται από συγκινησιακή διέγερση ή ψυχική ένταση.

-Χορήγηση διασταλτικών των στεφανιαίων αρτηριών με την ιατρική οδηγία:

α) Νιτρογλυκερίνη ( γλυκερίνη, τρινιτρική) γνωρίζοντας ο νοσηλευτής τα εξής: • πρέπει να λαμβάνεται πριν από την εκδήλωση πόνου. Ο άρρωστος ρυθμίζει την χρήση της παίρνοντας την μικρότερη δόση που τον απαλλάσει από τον πόνο. • Δίνεται συνήθως υπογλώσσιο ή στον παρειακό χώρο. • Η υποχώρηση του πόνου γίνεται μέσα σε 1-3 min. Η απόκριση στη νιτρογλυκερίνη συνήθως διαχωρίζει τη στηθάγχη από το έμφραγμα του μυοκαρδίου. • Η δόση μπορεί να επαναληφθεί σε μεσοδιαστήματα 5 min με συνολική χορήγηση τριών δόσεων. Κλήση γιατρών αν δεν υποχωρήσει ο πόνος. • Παρακολούθηση του νοσηλευτή στενά για παρενέργειες όπως υπόταση, ζάλη πονοκέφαλος, λιποθυμία. Υποχωρούν όταν το φάρμακο λαμβάνεται για πολύ χρόνο.

β) Αλοφή νιτρογλυκερίνης (Nitrol). Ένας σχετικά ασφαλής τύπος αγγειοδιασταλτικού για πρόληψη και απαλλαγή από στηθαργχικό πόνο, που απορροφάται από το δέρμα. Απλώνεται ομοιόμορφα σε λεπτό στρώμα σε οποιαδήποτε χώρα και όχι μόνο στην προκάρδια.

- Αναστολές των Β-αδρενεργικών υποδοχέων (υδροχλωρική προπανάλη) για μείωση των αναγκών του μυοκαρδίου σε οξυγόνο που για χορήγηση τους ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει τα εξής:

α) Δίνεται καθημερινά μοιρασμένα σε δόσεις, σύμφωνα με την κατάσταση του αρρώστου.

β) Οι παρενέργειες τους είναι κόπωση, υπόταση, μεγάλη βραδυκαρδία, διανοητική καταστολή.

γ) Λήψη αρτηριακής πίεσης και σφυγμού με τον άρρωστο σε όρθια θέση, 2 ώρες μετά την χορήγηση, για το ενδεχόμενο ορθοστατικής υπότασης.

δ) Μη χορήγηση φαρμάκου, αν η συχνότητα σφυγμού πέσει κάτω από 50/min.

ε) χρησιμοποίηση ΗΚΓ και δοκιμασίας κόπωσης για εκτίμηση απόκρισης στη θεραπεία.

- Διόρθωση καταστάσεων που αυξάνουν τις ανάγκες σε O<sub>2</sub> (υπερθυρεοειδισμός) ή μειώνουν την αιμάτωση και οξυγόνωση, όπως αορτική στένωση και η αναιμία, αντίστοιχη. (RATIN AM, 1985).

Σε περιπτώσεις που η επιπλοκή του ΣΕΛ στη καρδιά είναι η ισχαιμική νόσος που προκαλεί έμφραγμα του μυοκαρδίου ο νοσηλευτής/τρια για την ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα του εμφράγματος του μυοκαρδίου προχωρά στις εξής ενέργειες:



- Εισαγωγή του αρρώστου σε μονάδα οξείων εμφραγμάτων και σύνδεση τους με μόνιτορ. Φλεβοκέντηση για εξασφάλιση φλεβικής γραμμής και έναρξη βραδείας ενδοφλέβιας χορήγησης.
- Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω του μόνιτορ για έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών, ειδικά εκτάκτων συστολών που προμηνύουν κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή.

α) έτοιμη λιδοκαΐνη

β) ετοιμασία αρρώστου για διαφλεβική βηματοδότηση αν χρειαστεί.

- Χορήγηση οξυγόνου με ρινική κάνουλα ή μάσκα. Μπορεί να ελαττώσει την συχνότητα εμφάνισης αρρυθμιών γιατί καθιστά το μυοκάρδιο λιγότερο διεγέρσιμο, με μείωση της υποξίας του. Ακόμα για τον ίδιο λόγο, μειώνει τον πόνο.

- Απαλλαγή του αρρώστου από πόνο και αγωνία με :

α) χορήγηση αναλγητικού ( μορφίνη ή μεπεριδίνη)

β) συζήτηση με τον άρρωστο για το περιβάλλον της μονάδας και για το τι προβλέπεται για τις επόμενες μέρες, έτσι μειώνεται το άγχος και η ανησυχία του.

- Δίαιτα, ανάλογα με την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος του αρρώστου.

α) υγρή, που προχωρά προς την ελαφρά, υποθερμιδική, για μείωση του έργου της καρδιάς, τις πρώτες ημέρες,

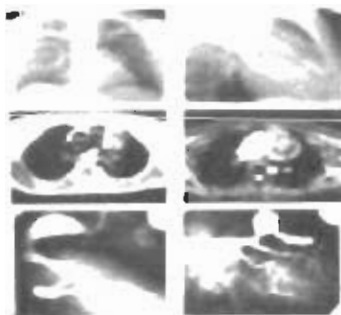
β) μείωση του νατρίου, αν υπάρχουν σημεία συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας,

γ) περιορισμός καφέ και αναψυκτικών. Επηρεάζουν τον καρδιακό ρυθμό και την συχνότητα, τη στεφανιαία κυκλοφορία και την αρτηριακή.

- Χρήση αντιεμβολικών καλτσών.

- Αποφυγή απότομης προσπάθειας.

- Ανάπαυση σε πολυθρόνα ( μετά από 24 ώρες ), αν ο άρρωστος είναι ελεύθερος από αρρυθμίες. Το έργο της καρδιάς είναι λιγότερο στην καθιστή από ότι στην ύπτια θέση. ( Marie JA,1986 )



#### 4.1.1.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σε περίπτωση που ο ΣΕΛ δημιουργεί επιπλοκές στο γαστρεντερικό σύστημα ο νοσηλευτής φροντίζει για τα εξής:

- Φροντίζει για την καλή λειτουργία του εντέρου, χορηγώντας διαίτα με υπόλειμμα για την πρόληψη δυσκοιλιότητας ή ελαφρά υπακτικά.
- Σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίζει αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα (αιματέμεση, μελανές κενώσεις), ο νοσηλευτής πρέπει να το αναφέρει στο γιατρό. Παρακολουθεί στενά τον άρρωστο, γίνεται συχνή λήψη αίματος για το προσδιορισμό της ομάδας και συμβατότητας, καθώς και εξασφάλιση αίματος για τυχόν μετάγγιση.

Σε περίπτωση που οι επιπλοκές του ΣΕΛ είναι ακόμα πιο σοβαρές και δημιουργείται οξεία η χρόνια παγκρεατίτιδα. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα, είναι περιληπτικά:

- Στον έντονο πόνο που νιώθει ο ασθενής, η νοσηλεύτρια χορηγεί παυσίπονα και ναρκωτικά με εντολή του γιατρού. Παρακολουθεί παράλληλα την ενέργεια των φαρμάκων που δίνονται και τις τυχόν παρενέργειες τους και την πιθανή εμφάνιση σημείων εξαρτήσεων από το φάρμακο.
- Μείωση των λιπών της περιεκτικότητας της τροφής, που παίρνει ο ασθενής για να μειωθούν τα παγκρετικά υγρά.
- Παρακολουθεί στενά και σημειώνει τα ζωτικά σημεία σε συχνά χρονικά διαστήματα και παράλληλα παρακολουθεί στενά τον άρρωστο για σημεία περιφερικής ανεπάρκειας, όπως για παράδειγμα πτώση της αρτηριακής πίεσης, σφυγμός, εφίδρωση, κυάνωση, δέρμα ωχρο και ψυχρό.
- Σε περίπτωση που εμφανίζει οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια shock.. Ο νοσηλευτής τοποθετεί τον ασθενή σε οριζόντια θέση με τα άκρα σε αντίρροπη, επιταχύνει τη ροή των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια, είναι έτοιμη ή νοσηλεύτρια για χορήγηση αίματος, δίνει φάρμακα που προκαλούν σύσπαση των περιφερικών αγγείων, μετράει ακριβώς τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται, δίνει υγρά και απαραίτητως ηλεκτρολύτες.
- Σε περίπτωση πυρετού χορηγεί αντιπυρετικά και κάνει αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία ( με εντολή γιατρού).  
( ΣΑΧΙΝΗ Α.- ΚΑΡΔΑΣΗ – ΠΑΝΟΥ Μ.,1984 )

#### **4.1.1.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΙΣ ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ**

Σε περίπτωση που ο ΣΕΛ προσβάλλει το ΕΝΣ ο νοσηλευτής/τρια, παρακολουθεί τις διάφορες κλινικές εκδηλώσεις και επιπλοκές όπως μειωμένη ικανότητα για κρίση, μεταβολή στο επίπεδο συνείδησης, ελάττωση του μυϊκού ιστού, έλλειψη προσανατολισμού στο χρόνο και το χώρο και βοηθά τον άρρωστο ανάλογα. Επειδή επηρεάζεται η προσωπικότητα και η συμπεριφορά του αρρώστου, υπάρχει ανάγκη για πλήρη κατανόηση αυτών. Ο νοσηλευτής υπομένοντας και ακούγοντας προσεκτικά τον άρρωστο προλαμβάνει καταστάσεις που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν δυσκολία στην πορεία της νόσου.

Στην περίπτωση που ο ΣΕΛ προκαλεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να έχει υπόψη τα εξής:

- Διατήρηση ανοιχτού αεραγωγού.
  - Βοήθεια για ρύθμιση θερμοκρασίας σώματος.
  - Πρόληψη διάτασης κύστης με καθετηριασμό.
  - Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών :
- α) προσεκτική χορήγηση ενδοφλέβιων διαλυμάτων  
β) σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα.
- Πρόληψη πνευμονίας από εισρόφηση με τις εξής ενέργειες:
- α) τοποθέτηση αρρώστου σε πλάγια θέση  
β) αναρρόφηση  
γ) δόνηση θώρακος
- πρόληψη επιπλοκών ακινησίας
- α) παρακολούθηση άκρων καθημερινά για σημεία θρομβοφλεβίτιδας  
β) παροχή άριστης φροντίδας δέρματος.( Lagersoll Glet, 1987 )

#### **4.1.1.8 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Όταν προσβάλλεται το μυοσκελετικό σύστημα όπως προαναφέραμε το κύριο σύμπτωμα είναι αρθραλγίες και αρθρίτιδες. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο ρόλος του νοσηλευτή είναι :

- Μείωση ή απαλλαγή από τον πόνο με:
- α) εφαρμογή θερμού για το οίδημα και για μείωση του πόνου  
β) χορήγηση αναλγητικού: βουταζολιδίνη ή ινδομεθακίνη  
γ) χρησιμοποίηση μαστουριού από την αντίθετη προς την πάσχουσα άρθρωση πλευρά για μείωση φόρτισης της και επομένως ανακούφιση του πόνου:
- Εξήγηση και βοήθεια κατά την ενδοαρθρική ενίσχυση κορτιζόνης
- δ) αποφυγή μακράς ορθοστασίας και βάδισης:

- Ήπια άσκηση διατηρεί τους μυς σε καλή κατάσταση και προλαβαίνει παραμορφώσεις και δυσκαμψία.
- Ακινησία στο κρεβάτι για μερικές ημέρες σε περίπτωση έξαρσης του πόνου ή καλύτερα, εφαρμογή δερματικής έκτασης στο σκέλος.
- Παραπομπή σε συμβουλευτικά κέντρα για επαγγελματική αποκατάσταση αν υπάρχουν. (ΜΕΡΙΚΑΣ Ε.Γ, 1976 )



#### **4.1.1.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ/ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΣΕΛ ΣΤΟΥΣ ΟΦΘΑΛΜΟΥΣ**

Όταν ο ΣΕΛ προσβάλλει τους οφθαλμούς και προκαλεί επιπεφυκίτιδα ο νοσηλεύτης/τρια προχωρά στις εξής ενέργειες:

- Χρήση τοπικού αντιβιοτικού (σταγόνες) ή αντισηπτικού, όπως αλοιφή βορικού οξέως.
- Πιθανή χρησιμοποίηση σταγόνων σουλφοναμίδης ή κορτικοστεροειδών, τα οποία αντενδείκνυνται σε λιομώξεις από ιούς.
- Πλύσεις με διάλυμα NaCl 0,9% για απομάκρυνση απεκκρίματος.
- Εφαρμογή ψυχρών κομπρεσών για το αίσθημα καύσης.
- Χρησιμοποίηση σκούρων γυαλιών για την φωτοφοβία.
- Διατήρηση του δωματίου αμυδρά φωτισμένου και εξασφάλιση δραστηριοτήτων που δεν απαιτούν κοντινή όραση όπως ακρόαση ραδιοφώνου ή γραμμένης σε μαγνητοταινία μουσική.

Σε περιπτώσεις που είναι πιο σοβαρές και απαιτείται χειρουργική επέμβαση ο νοσηλεύτης περιληπτικά θα πρέπει :

#### **ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

- Στην προεγχειρητική ετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση στα μάτια, ο νοσηλεύτης πρέπει να δίνει πλήρη εξήγηση των διαδικασιών και της ρουτίνας του τμήματος.
- Το δωμάτιο πρέπει να διαμορφώνεται προεγχειρητά, σύμφωνα με τους προβλεπόμενους μετεγχειρητικούς περιορισμούς, πχ το κουδούνι και το

τηλέφωνο τοποθετούνται προς τη μεριά του οφθαλμού που δεν θα χειρουργηθεί.

- Οι βλεφαρίδες κόβονται με ειδικό ψάλιδο, ο άρρωστος πρέπει να καθησυχάζεται με πληροφόρηση του ότι θα ξαναμεγαλώσουν οι βλεφαρίδες του.
- Οι οφθαλμικές επεμβάσεις γίνονται με τοπική κυρίως αναισθησία.
- Για την προετοιμασία του οφθαλμού για χειρουργική επέμβαση χρησιμοποιούνται, το πρωί της ημέρας του χ/ο διάφορα φάρμακα σε σταγόνες: α) Neosynephrine: αγγειοσυσπαστικό και μυδριατικό, β) Cyclogyl: κυκλοπηγικό
- Δεν χορηγούνται πρόγευμα, υγρά για πρόληψη μετεγχειρητικά, ναυτίας και εμετών.

### **ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

- Νέος προσανατολισμός του αρρώστου στο περιβάλλον του και διαβεβαίωση ότι θα καλύπτονται όλες του οι ανάγκες.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή κατώσεων από :
  - α) πτώση
  - β) σύγκρουση του με στήλες οροού, τηλεοράσεις κ.λ.π.
- Λήψη μέτρων για αποφυγή αύξησης της ενδοφθalmικής πίεσης.:
  - α) καταπολέμηση βήχα, ναυτίας, εμετού και φτερνίσματος
  - β) αποφυγή σκαψίματος
  - γ) αποφυγή χειρισμού Valsalva
  - δ) αποφυγή βαρέων αντικειμένων για 1 έως 2 μήνες μετά την επέμβαση.
- Πρόβλεψη για ισομετρικές ασκήσεις για αρρώστους με μακροχρόνια παραμονή στο κρεβάτι. ( ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ- ΠΑΝΟΥ, 1984 )

#### **4.1.2 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΕΛ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΣΕΛ (όταν είναι εκτός νοσοκομείου)**

Ο νοσηλευτής μόλις υποχωρήσουν τα συμπτώματα και βγει από το νοσοκομείο του υπενθυμίζει την επόμενη επίσκεψη με το γιατρό, του λύνει τις απορίες του σχετικά με την φαρμακευτική του αγωγή και του συνιστά την προσοχή του στα ακόλουθα θέματα που είναι σημαντικά για το κίνδυνο επανεμφάνισης επιπλοκών.

- αποφυγή έκθεσης στον ήλιο και σε αντανάκλαση του ήλιου διότι ανζωπυρώνεται η εμφάνιση του ερυθήματος και του εξανθήματος

- χρήση μέσων αποφυγής του ήλιου, όπως παραθυρόφυλλα, πλατύγυρο καπέλο κατά την διάρκεια περιπάτου
- χρήση προστατευτικών ενδυμάτων
- αποφυγή θαλασσινού μπάνιου με ήλιο
- αποφυγή του ήλιου όταν είναι έντονος
- αποφυγή φθοριούχου φωτισμού και υπεριώδους ακτινβολίας
- διατήρηση του δέρματος καθαρού και υγρού με λοσιόν
- χρήση καλλυντικών με αλλεργιογόνο
- ελαφρό σαμπουάν και όχι βάψιμο μαλλιών
- τοποθέτηση αλοιφής στα ακάλυπτα μέρη του σώματος με ιατρική συνταγή. ( ΜΑΡΟΥΝΗ ΔΟ, 1980 )



#### **4.1.3 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΣΕΛ**

Η ευθύνη και η ευκαιρία της αποκατάστασης για τον νοσηλευτή αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος εισάγεται στο νοσοκομείο.

Το ερώτημα είναι εάν μπορεί ένας ασθενής που πάσχει από ΣΕΛ να γίνει εντελώς καλά. Δυστυχώς, η απάντηση είναι αρνητική. Ο ασθενής με ΣΕΛ δεν αποκαθίσταται εντελώς, η βοήθεια της νοσηλευτικής παρέμβασης φθάνει μόνο σε στάδιο ύφεσης, όπου δηλαδή τα συμπτώματά του παρέρχονται και αισθάνεται ανακούφιση, μέχρις ότου να παρουσιαστούν πάλι.

Χρέος του νοσηλευτή είναι να εμπνεύσει τον άρρωστο με το να τον προτρέπει να χρησιμοποιεί τις σωματικές ικανότητες που του έχουν απομείνει, για να ζήσει και να εργαστεί. Του λέει ότι θα μπορεί πάλι να εργάζεται και τον συμβουλεύει, ότι εάν αισθάνεται να τον κουράζει η δουλειά του, να ασχοληθεί με κάποια άλλη που να είναι λιγότερο κουραστική. Σε αυτό το σημείο βοηθάει και ο ΟΑΕΔ, που με κάποια κρατικά επιδόματα καλύπτει κάποιες ανάγκες τους, αλλά και τους βοηθάει να βρουν δουλειές λιγότερο κουραστικές και απαιτητικές.

Επίσης, διαθέτει κοινωνικούς λειτουργούς που βοηθούν ψυχολογικά τον ασθενή, αλλά τον βοηθούν και στην ομαλή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο κάτω από τις καινούριες συνθήκες που του

δημιουργεί η ασθένεια του. Έτσι, ο ασθενής αποκτά εμπιστοσύνη για τις ικανότητές του και αισθάνεται ψυχοσωματική ικανοποίηση.

Ο νοσηλευτής προσπαθεί να τον ενισχύσει ψυχολογικά και οτι υπενθυμίζει, ότι πρέπει να δίνει σημασία στην ψυχική του ομορφιά, η οποία εκφράζεται στο πρόσωπο έστω και αν έχει εξανθήματα και τα μαλλιά του παρουσιάζουν αραίωση.

Κάθε ασθενής που πάσχει από ΣΕΛ επειδή αυτή η αρρώστια δεν θεραπεύεται ποτέ και συνοδεύεται από εξάρσεις και υφέσεις δεν παύει να φοβάται, να αμφιβάλλει, να ανησυχεί. Η αβεβαιότητα αυτή οφείλεται στα εξής σημεία:

1. Υπάρχει φόβος ότι τα συμπτώματά του οφείλονται σε κακοήθη όγκο.
2. Υπάρχει ίσως μια περίοδος αβεβαιότητας κατά την διάρκεια που γίνεται η έρευνα για την τελική διάγνωση.
3. Υπάρχει μια ατμόσφαιρα έντασης και δυσκολίας που δημιουργείται όταν πρόκειται να παρθεί απόφαση για το τι πρέπει να ειπωθεί στον άρρωστο με διαβεβαιωμένο ΣΕΛ.
4. Ανεξάρτητα αν του έχουν πει όλη την αλήθεια για την κατάσταση του, ο άρρωστος έχει μια υπόνοια ότι του είπαν την μισή αλήθεια.
5. Υπάρχει η αδυναμία για απόλυτη βεβαίωση του αρρώστου ότι θεραπεύτηκε, διότι γνωρίζει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της πιθανότητες ίασης και ότι η θεραπεία απλά προσέθεσε μερικούς μήνες στη ζωή του αρρώστου.
6. Επειδή συχνά η νόσος υποτροπιάζει υπάρχει επανάληψη όλων αυτών των προβλημάτων

Ο άρρωστος, λοιπόν αγωνιά να μάθει την αρρώστιά του και ο φόβος του κορυφώνεται συνεχώς. Ο νοσηλευτής επεμβαίνει, τον καθυσηχάζει αναπτύσσοντας τέτοια θέματα που του αποσπούν την προσοχή του από την ιδέα που έχει.

Κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο υποβάλλεται σε διάφορες διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες τις οποίες συνιστά ο γιατρός και εκτελούνται από πρόσωπα άγνωστα γι' αυτόν. Είναι δυνατό να συνδεθεί με άγνωστα μηχανήματα από τα οποία εξαρτάται κυριολεκτικά η ζωή του. Αισθάνεται σαν ξένος μέσα στο περιβάλλον του νοσοκομείου, γι αυτό ο νοσηλευτής που του παρέχει τη νοσηλευτική φροντίδα και έρχεται συχνότερα σε επαφή μαζί του, του εξηγεί για τα ιατρικά μηχανήματα τι ρόλο παίζουν, του εμπνέει εμπιστοσύνη, του φέρεται ευγενικά δημιουργώντας του ένα ευχάριστο ψυχολογικό συναίσθημα. Επειδή ο ασθενής στο νοσοκομείο περιορίζεται από πλευράς ανεξαρτησίας δεν αυτοεξυπηρετείται, αλλά βοηθείται από τους συγγενείς και τους νοσηλευτές, μειώνει την εκτίμηση προς τον εαυτό του, προκαλεί απογοήτευση και ψυχολογική ένταση (stress) και υπάρχει περίπτωση να γίνει έπιθετικός προς τους συγγενείς του και μπορεί και προς τους

γιατρούς και τους νοσηλευτές. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να επαναφέρει την εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον εαυτό του. Προτείνει εναλλακτικές λύσεις ώστε να επιλέγει μεταξύ αυτών ο ασθενής και να διαπιστώνει ότι αναγνωρίζεται και εκτιμάται η προσωπική του αξία.

Επίσης, ο ασθενής όταν είναι μητέρα μικρών παιδιών το άγχος, η ανησυχία και η μελαγχολία μπορεί να επηρεάσει σοβαρά την πορεία της νόσου. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει την ευαισθησία του αρρώστου και του οικογένειά του και επινοεί τρόπους ενίσχυσης και διατήρησης της επικοινωνίας μεταξύ τους. Επίσης, φέρεται με ευγένεια προς τους συγγενείς οι οποίοι μπορεί να συντελέσουν στην γρήγορη ανάρρωση του με την παρουσία τους.

Μεγάλη είναι η προσοχή του νοσηλευτή μήπως ο άρρωστος εμφανίσει τάση για αυτοκτονία και ενεργεί έγκαιρα για να αποφευχθεί ο κίνδυνος.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά ποτέ ότι ο ασθενής είναι ενιαία σωματική, συναισθηματική και πνευματική ύπαρξη. Επομένως, όταν νοσεί μια περιοχή του οργανισμού του επηρεάζεται συνολικά ( ΡΑΓΙΑ ΧΑ, 1978 )

#### **4.1.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ Ο ΣΕΛ**

Οι ειδικές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε καθένα από τα συστήματα που προσβάλλει και ο νοσηλευτικός ρόλος είναι οι εξής:

Η εξέταση του αρθρικού υγρού σε περίπτωση αρθρίτιδας, η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) σε νευρολογικές διαταραχές, οι οποίες γίνονται με παρακέντηση. Ο νοσηλευτής είναι πανέτοιμος για την διεξαγωγή των παρακεντήσεων και αφού πρώτα ενημερώσει τον άρρωστο, συγκεντρώνει όλα τα απαραίτητα αντικείμενα για την νοσηλεία και βοηθάει τον γιατρό.

Δίνει την κατάλληλη θέση στον άρρωστο και του εξηγεί ότι δεν θα πονέσει, καθησυχάζοντάς τον. Αφού τελιώσει η νοσηλεία απομακρύνει τα μη χρειαζόμενα αντικείμενα, τοποθετεί τον άρρωστο σε αναπαυτική θέση και φροντίζει το υγρό να σταλεί έγκαιρα στο εργαστήριο, έχοντας βέβαια όλα τα απαραίτητα στοιχεία του αρρώστου.

Σε αρρώστους με νευρολογικές διαταραχές γίνεται και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Ο νοσηλευτής φροντίζει να έρθει σε συνέναιση με τους υπεύθυνους που εκτελούν αυτή την εξέταση και κλείνει ραντεβού για τον άρρωστο σχετικά με την ημερομηνία διεξαγωγής και τον τρόπο με τον οποίο γίνεται.



Σε διαταραχές των νεφρών γίνονται απαραίτητα εξετάσεις ούρων. Ο νοσηλευτής εξηγεί στον άρρωστο πότε και με ποιο τρόπο θα κρατήσει ούρα για εξέταση.

Τις περισσότερες φορές, όμως ο άρρωστος υποβάλλεται σε λήψεις αίματος διότι με αυτές γίνονται ο προσδιορισμός των ANA, των κυττάρων L.E, του ρευματοειδή παράγοντα, του χρόνου θρομβοπλαστίνης και προθρομβίνης και του συμπληρώματος ορού του αίματος. Μπορεί λοιπόν, ο άρρωστος να εκφράσει κάποια δυσανασχέτηση για τις πολλές λήψεις αίματος. Ο νοσηλευτής παρεμβαίνει και του εξηγεί ότι είναι απαραίτητο να γίνουν αυτές για να εφαρμοστεί και η κατάλληλη θεραπεία.

Τα αντιπυρηνικά αντισώματα σήμερα είναι η μέθοδος που χρησιμοποιείται απαραίτητα για την διάγνωση της νόσου, και ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τι απαιτείται για να γίνει αυτή η εξέταση.

Για τον προσδιορισμό τους απαιτείται 8-10cc αίματος η οποία τοποθετείται σε ειδικά σωληνάκια, τα οποία φροντίζει να έχει εξασφαλίσει ο νοσηλευτής από το φυσιολογικό εργαστήριο, μόλις δοθεί η ιατρική εντολή. Αφου συμπληρωθούν όλα τα στοιχεία του αρρώστου στέλνονται στο εργαστήριο. Με την εξέταση αυτή παρακολουθείται η δραστηριότητα της νόσου, δηλαδή σε ποιο σημείο βρίσκεται ο τίτλος ANA, για την εφαρμογή της ανάλογης θεραπείας.

Τα κύτταρα λύκου (L.E κύτταρα), είναι μέθοδος που εφαρμόζεται κυρίως σε επαρχιακά νοσοκομεία ή σε νοσοκομεία που δεν υπάρχει ανοσολογικό εργαστήριο, διότι η εξέταση του ANA καλύπτει και αυτή την εξέταση, ο νοσηλευτής έχει καθήκον να ξέρει τι απαιτείται και για αυτή την εξέταση. Χρειάζονται λοιπόν γύρω στα 8 cc αίματος, τα οποία τοποθετούνται σε ειδικό φιαλίδιο, που περιέχει μέσα μερικά σφαιρίδια.

Κατόπιν χτυπά δυνατά το φιαλίδιο για 20 λεπτά περίπου, έτσι ώστε να σπάσουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια και να ελευθερωθεί ο παράγοντας που θα δείξει την ύπαρξη των κυττάρων LE. Τελική φροντίδα του νοσηλευτή είναι η αποστολή τους στο αιματολογικό εργαστήριο με όλα τα στοιχεία του αρρώστου. (ΜΑΡΟΥΝΗ Δ.Ο, 1980 )

#### **4.1.5 ΣΗΜΕΙΑ ΕΣΤΙΑΣΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ /ΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΕΛ**

Σε θεραπείες με μεγάλες δόσεις κορτικοστεροειδών για σύντομο χρονικό διάστημα οι παρενέργειες δεν είναι συνηθισμένες. Σε μακροχρόνια θεραπεία μπορεί να παρουσιαστούν παρενέργειες. Συνηθέστερες που θα πρέπει ο νοσηλευτής να προσέχει είναι το σύνδρομο Cushing, κατακράτηση νατρίου και ύδατος, φεγγαροειδές

πρόσωπο, υπέρταση, πεπτικό έλκος, ψυχωτικές εκδηλώσεις, ευαισθησία σε λοιμώξεις, απορρύθμιση σακχαρώδους διαβήτη ή εκδήλωσή του, λόγω επίδρασης στο μεταβολισμό της γλυκόζης, αύξηση βάρους σώματος κ.α.

Συγκεκριμένα, η νοσηλευτική φροντίδα ενός αρρώστου που πάσχει από ΣΕΛ και κάνει μακροχρόνια χρήση κορτικοστεροειδών θα πρέπει να είναι η εξής:

- συστήνεται στον άρρωστο η αποφυγή των λοιμώξεων.
- αυστηρή τήρηση της ασηψίας και της αντισηψίας. Τα κορτικοειδή μπορεί να προκαλέσουν μείωση των ηωζινοφίλων και των λευκοκυττάρρων και αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και επομένως πιθανότητες λοίμωξης και θρομβοφλεβίτιδας.
- σύσταση στον άρρωστο να αποφεύγει τους τραυματισμούς, διότι τα κορτικοειδή επηρεάζουν την ανάπλαση των ιστών
- παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης
- έλεγχος των ούρων για σάκχαρο. Τα κορτικοειδή ανταγωνίζονται την ινσουλίνη, προκαλούν νεογλυκογένεση με αποτέλεσμα την υπεργλυκαιμία, γλυκοζουρία και μείωση της ανοχής των υδατανθράκων.
- ο άρρωστος θα πρέπει να προστατεύεται από καταστάσεις που προκαλούν σύγχυση, διότι τα κορτικοστεροειδή επιδρούν στον υποθάλαμο, την υπόφυση και το επινεφριδικό σύστημα και με διάφορους μηχανισμούς επηρεάζουν την δυνατότητα του ατόμου να αντιδράσει στο stress.
- θα πρέπει να τονίζεται ιδιαίτερα στον άρρωστο ότι η διακοπή ή η μείωση της δόσης , γίνεται βαθμιαία και πάντοτε με ιατρική οδηγία. Διαφορετικά είναι δυνατό να προκληθεί «σύνδρομο στερήσεως», που χαρακτηρίζεται από οξεία επινεφριδική ανεπάρκεια με μυική αδυναμία, υπόταση, υπογλυκαιμία, ναυτία, εμετοί κ.α. (ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε.Κ, 1999)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

#### ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄

##### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΜΓ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΑΠ

ΗΛΙΚΙΑ: 38 ετών

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΡ.

ΙΚΑ

##### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΗ

ΟΜΑΔΑ ΑΙΜΑΤΟΣ : Α,ΡΗ (+)

ΚΛΙΝΙΚΗ : ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: ΧΝΑ

ΩΣ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΣΕΛ-

ΥΠΟΨΗΦΙΑ ΔΗΠΤΡΙΑ

ΝΕΦΡΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΠΑΤΕΡΑΣ: 64 ετών, απεβίωσε σπό καρδιακή ανεπάρκεια

ΜΗΤΕΡΑ : 70 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ και αρτηριακή υπέρταση

ΘΕΙΟΣ : αδερφός της μητέρας της ασθενούς, αποθανών, έπασχε από ρευματοειδή αρθρίτιδα

ΞΑΔΕΡΦΟΣ : Β΄ βαθμού από την συγγένεια της μητέρας της, πάσχει από δερματικό ερυθρηματώδη λύκο.

### ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

◆ Σε ηλικία 6 ετών παραμονή στην Αφρική, ήταν υποπροληπτική αγωγή με αθελονοσιακά

◆ Σε ηλικία 13 ετών, ένιωθε μια ελαφρά κούραση και αδυναμία, πρωτοπαρουσιάστηκε αναιμία, δυσχρηστική (δεν γινόταν καλή αφομοίωση του σιδήρου, του φιλικού οξέως και της Β<sub>12</sub>). Η θεραπεία ήταν συμπτωματική και δεν υπήρχε η υπόνοια για ΣΕΛ και έτσι δεν έγινε ο ανάλογος εργαστηριακός έλεγχος .

◆ Μέχρι 18 ετών και μετά από θεραπεία συντηρητική για την αναιμία η ασθενής αισθανόταν καλά, πάντα όμως ένιωθε κούραση και καταβολή μετά από ήπια άσκηση.

◆ Μετά από 18 ετών παρουσίασε ανώδυνη διόγκωση τραχηλικών αδένων και εμφάνιση πυρετού 38° C, νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο και κατά την διάρκεια της παραμονής της εκεί αποδείχθηκε με την βοήθεια των εργαστηριακών ελέγχων και της φυσικής εξέτασης ότι έπασχε από γενικευμένη λεμφανοπάθεια, χορήγηση αντιβιοτικών (Augmentin iv) σε ισχυρές δόσεις. Πάλι όμως δεν έγινε ο ανάλογος εργαστηριακός έλεγχος για την πιθανότητα ΣΕΛ λόγω μικρής ηλικίας.

◆ Στα 28 της, παρουσιάστηκε θρομβοπενία. Η ασθενής παρουσίασε εκχυμώσεις (χέρια, πόδια), αδυναμία, καταβολή, αγωγή με κορτικοστεροειδή ( Medrol) πάνω από 4 χρόνια, με σταδιακή διακοπή, έγινε πλήρης αιματολογικός έλεγχος με μυελόγραμμα και πλέον έγινε ταυτοποίηση του ΣΕΛ. Στο χρόνο είχαν ανέβει τα αιμοπετάλια. Σταδιακή διακοπή κορτιζόνης στα 4 χρόνια. Σε ύφεση για 4-5 χρόνια.

◆ Μετά από 5 χρόνια και σε ηλικία 33 ετών παρουσίασε αρθραλγίες και αρθρίτιδα. Θεραπευτική αγωγή με αντιφλεγμονώδη (Norgesic, Mesulid). Σε ύφεση για 3 χρόνια.

◆ Σε ηλικία 36 ετών η ασθενής παρουσίασε oligουρία και αρτηριακή υπέρταση. Μετά από 2 βιοψίες νεφρών διεγνώσθη ότι πάσχει από σπειραματονεφρίτιδα. Εισήχθη στο νοσοκομείο. Εισαγωγή υποκλειδίου καθετήρα και έναρξη αιμοκάθαρσης από την υποκλειδίο για αποκατάσταση της αρτηριακής υπέρτασης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, ταυτόχρονη αγωγή με Endoxan(κυκλοφωσφαμίδη) κατά την διάρκεια της αγωγής και μετά με Endoxan διακοπή της εμμηνορρυσίας.

◆ Το διάστημα που είχε αρχίσει την αιμοκάθαρση ταυτόχρονη προσβολή των πνευμόνων ( πλευρίτιδα ) αγωγή υποστηρικτική και προσβολή περικαρδίτιδας με κλάσμα εξώθησης 30 % υποστηρικτική αγωγή με Β – αναστολείς (diladrent) και χορήγηση αντιυπερτασικών (Adalat, Norvase)

◆ Σε χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αιμοκάθαρση διαμέσου αρτηριοφλεβικής επικοινωνίας (fistula). Μετά από 6 μήνες άρχισε περιτοναϊκή κάθαρση διάρκειας 3 μηνών λόγω συχνών περιτινιτίδων όμως, επαναφορά στην αιμοκάθαρση δια της αγγειακής προσπελάσεως στο έτερο άκρο(fistula).

◆ Το διάστημα που άρχισε πάλι αιμοκάθαρση παρουσίασε εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο λόγω εμφράκτου ( αγγειοπάθεια του ΣΕΛ). Το ΕΑΕ ήρθε με την μορφή τοπικών μονοκλωνικών σπασμών. Έγινε μαγνητική και αξονική τομογραφία, in χορήγηση φαρμάκων (stедon+ eranutin ). Έκτοτε είναι υπό αγωγή με Derakine Chrono (Βαλτηρωνικό νάτριο) για την πρόληψη των επιληπτικών κρίσεων

◆ Το διάστημα των 2 χρόνων που γινόταν η αιμοκάθαρση έγιναν ενδιάμεσα μερικές βιοψίες δέρματος για διαφορογνωστική προσπέλαση εξάρσεων του λύκου ή αλλεργικών αντιδράσεων στα φάρμακα και επίσης για να αποκλειστεί το μίκτο σύνδρομο του συνδετικού ιστού. Τελικά

απεδείχθει μετά τις βιοψίες ότι η ασθενής παρουσίασε αλλεργία στα εξής φάρμακα : Augumentin, Voncon, Renitec, Amoxillin.

♦ Από το 2003 γίνεται αιμοκάθαρση. Στις 23/1/2005 εισαγωγή στο νοσοκομείο. Στις 24/1/2005 υποβάλλεται σε μεταμόσχευση νεφρού από μόσχευμα πτωματικού δότη.

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Από το 2003 η ασθενής υποβάλλεται σε αιμοκάθαρση. Στις 24/1/2005 υπεβλήθει σε μεταμόσχευση νεφρού από μόσχευμα πτωματικού δότη. Η μεταμοσχευτική της πορεία είναι καλή. Ο οργανισμός της δεχτηκε το μόσχευμα και ρυθμίζονται σιγά σιγά η αρτηριακή υπέρταση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Γενικά ο ΣΕΛ είναι σε ύφεση. Η ασθενής νιώθει σε γενικές γραμμές καλά, νιώθει συχνά όμως αρθραλγίες και παραπονιέται για συμπτώματα δύσπνοιας και κόπωσης μετά από ήπια άσκηση.

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Caps prograf 500 mgr 1 x 2  
Tb s medrol 16mg 1 x 1  
Tb cell cept 1gr 1 x 2  
Tb ciproxin 500mg 1 x 2  
Fl cymevent iv 350mg 1 x 2  
Amp losec iv 1 x 2  
Sol Berovent 1 x 3  
Inj fraxiparine 0,3ml 1 x 1  
Amp Lasix iv 1x1  
Tb plaguenil 1 x 1  
Fresubin 1 x 2  
Tb mesulid 1 x 2 (επί πανω αρθρώσεων)  
Tb filicine 1 x 2  
Sir Duphalac 15cc 1 x 1  
Amp jideron iv 1 x 1 (επί έντονου πόνου)

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Από τις ερωτήσεις του νοσηλευτή στις 23/2/2005 κατά την εισαγωγή του ασθενούς στην νεφρολογική βρέθηκε:

## ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

**ΑΠ:** 150/90 mm Hg

**Σφ:** 90' / min

**Θερμ:** 36,7° C

**ΣΒ :** 70 kg

**Υψος :** 1,75

- ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΕΛΑΦΡΟΣ ΔΥΣΠΝΟΙΑ
- ΟΥΡΗΣΗ : ΟΛΙΓΟΥΡΙΑ
- ΚΕΝΩΣΕΙΣ : ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ
- ΧΡΟΙΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ : ΕΚΧΥΜΩΣΕΙΣ, ΟΙΔΗΜΑΤΑ, ΕΛΑΦΡΙΑ ΑΛΩΠΕΚΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ENDOXAN
- ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
- ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ : Αντίληψη κφ, Συναίσθημα κφ.- Στο παρελθόν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με την μορφή επιλήπτικών κρίσεων.
- ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: ΔΙΑΚΟΠΗ ΕΜΜΗΝΟΣ ΡΥΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ENDOXAN
- ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ : ΣΥΧΝΕΣ ΑΡΘΡΑΛΓΙΕΣ
- ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑ : ΞΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΟΜΑΤΟΣ, ΣΥΧΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ CANDIDA (ΜΥΚΗΤΙΣΙΑΚΕΣ ΣΤΟΜΑΤΙΤΙΔΕΣ)
- ΑΛΛΕΡΓΙΑ: VONCON, RENITEC, AUGMENTIN, AMOXILLIN

23/1/2005: Έγινε προεγχειρητική ετοιμασία, ευπρεπισμός του ασθενούς, έγινε υποκλυσμός.

24/1/2005: Κατέβηκε στο χ/ο για μεταμόσχευση νεφρου στις 2πμ φέρει υποκλείδιο καθετήρα, folley, παροχέτευση levin, παίρνει Dopamines 2,5 ml/h, αναπλήρωση N/s0,9% 1000 με 250ml/h. Είναι συνδεδεμένη με μόνιτορ + οξύμετρο + πιε/τρο. Τέθηκε μάσκα Venturi 18%. Ζωτικά σημεία ανά 1 ώρα Dextro ανά 4ωρο, ωριαία μέτρηση ούρων, καθημερινά γενική ούρων/ καλλιέργεια ούρων + παροχετεύσεων.

25/1/2005: Συλλογές ούρων 24ώρου, δόθηκε δοχείο, επί έντονου πόνου έγινε amp jideron 1 χ 1 iv, καθημερινά καλλιέργειες ούρων + κ/ες παροχετεύσεων - Dopamines 13 ml/h και Lasix 10ml/h. Παίρνει N/s με 150 ml/h. Παρακολούθηση θερμοκρασίας ανά 3ωρο. Στις 3μμ 38° C δόθηκε Aprotel iv. Πάρθηκαν αιμοκαλλιέργειες και έγινε Mantoux από τους πνεύμονολογους.

26/1/2005: Καθημερινά συλλογές ούρων+ γεν.+ κ/ες ούρων. Κατέβηκε για u/s και Ro θώρακος. StopDopamines + Lasix να πίνει 500 cc την ημέρα. Έγινε fleet enema χαμηλός υποκλυσμός για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

27/1/2005: Κατέβηκε στην πυρηνική για DTRA. Καθημερινή γενική κ.α ούρων αν έχει ούρα. Έκανε αιμοκάθαρση.  
28/1/2005: Βγήκε ο folley. Εδόθει δοχείο για συλλογή ούρων. Επί δύσπνοιας δόθηκε μάσκα venturi 18%. Εδόθει ½ castor oil. Κάνει αιμοκάθαρση.  
29/1/2005: Καθημερινά γενική κ/α ούρων. Στις 12.30 δόθηκε 1 x 1 mesulid επί έντονου πόνου αρθρώσεων.  
29/1/2005: Έναρξη lasix 25ml/h και Dopamines 2,5 ml/h 2,5, τέθηκε ορός N/s 0,9% 1000cc για 12h. Καθημερινές γεν.+ κ/ε ούρων  
30/1/2005: Καθημερινή γεν/κ/α ούρων. Ηρθαν οι φυσικοθεραπευτές. Έγινε διακοπή στη Dopamines και στη Lasix  
31/1/2005: Καθημερινή γεν. κ/α ούρων. Έγινε 1 amp primeran 1x1 επί έντονης τάσης για εμετο και ναυτίας και να πάρει 1x1 ορρό 0,9% 1000cc για 24 ώρες.  
1/2/2005: γεν + κ/α ούρων, ήρεμη η ασθενής, είναι καλά βγάζει ούρα, πιθανόν εξιτήριο.  
2/2/2005: γεν + κ/α ούρων, βγήκε το int. Εξιτήριο.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολογήσεων των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπαιρέωση της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας, είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

Το σύστημα είναι ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει τη συχνή είσοδο και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συνεχή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου.

**ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**  
**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ Α΄**

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ/ ΑΝΑΓΚΕΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΠΟΤ/ΤΟΣ
Οιδήματα κάτω ακρών και αρθραλγίες	Ανακούφιση του αρρώστου από τις αρθραλγίες και αντιμετώπιση των οιδημάτων	Ενημέρωση του Ασθενούς για τη τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση και να ξεκουραζεται. Χορήγηση αντιφλεγμονωδη και κορτικοστεροειδών κατόπιν ιατρικήζεντολής	Συστηματική ανάπαυση και κλινήρης για αρκετές ώρες το 24ωρο. Τοποθέτηση των κάτω άκρων σε ανάρροπη θέση. Δόθηκαν medrol 16mgx1 και δόθηκε tb mesulid 1x1	Υποχώρηστων οιδημάτων και ανακούφιση από τις αρθραλγίες.
Ίλιγγος και εμετός	Ανακούφιση του αρρώστου από το δυσάρεστο αίσθημα της ναυτίας και του εμετού	Κατόπιν ιατρική Εντολής χορήγηση ορρού N/s 0,9% 1000cc για 24 ώρες και χορήγηση 1amp primeran 1x1 για μείωση του αισθηματος του ίλιγγου	Χορηγήθηκε ορρός N/s 1000 Cc 0,9% x1 για 24 ώρες και χορηγήθηκε tb 1 amp primeran	Ο ασθενής την μέρα μετά την χορήγηση φυσιολογικού ορρού και την χορήγηση iv primeran νιώθει πολύ καλύτερα δεν ζαλίζεται και δεν έχει την δυσάρεστη τάση για εμετο.
Δύσπνοια μετά από τη φυσικοθεραπεία.	Ανακούφιση του αρρώστου από το σύμπτωμα της δύσπνοιας	Ενημέρωση του ασθενούς για την ανύψωση του κρεβατιου τοποθέτηση μαξιλαριών για τον καλύτερο αερισμό των πνευμόνων. Τοποθέτηση μάσκας venduri 18% και έναρξη sol berovent 1x2	Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια και μάσκα venturi και άρχισε εισπνοές με berovent 1x2.	Ο ασθενής νιώθει ήδη καλύτερα και πλέον δεν νιώθει δύσπνοια
Αρτηριακή υπέρταση	Μείωση της αρτ. υπέρτασης	Συχνή λήψη πίεσης. Σύσταση του ασθενούς για μείωση του	Τηρείται τρίωρη λήψη αρτηριακής Πίεσης. Συζήτηση του	Ο ασθενής μετά την χορήγηση του αντι υπέρτασικού φαρμάκου μειω



		άγχους του και της ανησυχίας του. Κατόπιν ιατρικής εντολής χορήγηση αντιυπερτασικών.	ασθενούς με τον νοσηλευτή για Μείωση άγχους και χορήγηση tb Adalat 1x1.	θήκε η αρτηριακή πίεση προληπτικά όμως συνεχιση της συχνής λήψης της αρτ.πίεσης.
Ξηρότητα στόματος – Εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας.	Ανακούφιση από το πόνο, έντονο αίσθημα του καψίματος.	Σύσταση του ασθενούς για αποφυγή ερεθιστικών τροφών ( αλμυρά, ξηροί καρποί κ.α). Συχνές πλύσεις με Hexalen 1x2 και Gel Dactarin 1x2 και λήψη Medrol tb 16mg 1x1 αποφυγή του άγχους και ανησυχίας.	Ο ασθενής κάνει συχνές πλύσεις με Hexalen 1x2 και gel Dactarin 1x2. Χορηγείται Medrol tb 16mg 1x1. Συζήτηση του νοσηλευτή με τον ασθενή και επίλυση των αποριών του για μείωση του άγχους του.	Ο ασθενής μετά τις πλύσεις με Hexalen και gel Dactarin και την συνεχή χορήγηση Medrol, αισθάνεται καλύτερα και οι εξελκώσεις της στοματ.κοιλότητας σιγά σιγά υποχωρούν. Συνέχιση λήψης Medrol σταδιακή μείωση της.
Πυρετός 38° C	Ανακούφιση από πυρετό.	Τήρηση συχνής λήψης ζωτικών σημείων και αναγραφή αυτών στο δελτίο νοσηλείας. Να γίνει λουτρό και να δοθούν αντιπυρετικά κατόπιν ιατρικής εντολής. Να ληφθούν αιμοκαλλιέργειες και να γίνει από τους πνεύμονολόγους mantoux.	Τηρείται 3ωρη λήψη των ζωτικών σημείων του ασθενούς έγινε λουτρό και δόθηκε αντιπυρετικό amp Aprotel iv 1x1. Πάρθηκαν αιμοκαλλιέργειες, έγινε mantoux που βρέθηκε αρνητικό. Οι αιμοκαλλιέργειες έδειξαν το μικρόβιο. Κατόπιν ιατρικής εντολής έναρξη αντιβίωσης tb Ciproxin 500mg 1x2	Ο πυρετός μέρα με τη μέρα υποχωρεί, συνέχιση της αντιβίωσης για πρόληψη υποτροπής.

## **ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

### **ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄**

**ΕΠΩΝΥΜΟ:** ΛΥΜ. Λ.

**ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ:** ΙΩΑΝ.

**ΗΛΙΚΙΑ:** ΕΤΩΝ 17

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:** ΜΑΘΗΤΡΙΑ

**ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:** ΣΕΛ

## **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

**ΠΑΤΕΡΑΣ:** 47 ΕΤΩΝ , ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΕΠΙ 5ΕΤΙΑΣ

**ΘΕΙΑ:** ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ, ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

## **ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

◆ Ασθενής πρωτοεμφάνισε πριν δύο χρόνια στη περιοχή του προσώπου δερματικό εξάνθημα, συγκεκριμένα σαφώς αφοριζόμενες- ακανονίστου σχήματος ερυθροοιώδεις πλάκες στην περιοχή της ρινός και των παρειών μετά από έντονη έκθεση στον ήλιο κατά τους καλοκαιρινούς μήνες. Σε εργαστηριακό έλεγχο που έγινε τότε μετά από σύσταση δερματολόγου εμφάνισε υψηλό τίτλο αντιπυρηνικών αντισωμάτων ANA 1/1280 με αντι DNA (+) ΚΑΙ ΑντιΕνα (-) και με ασθενή παρουσία αντιφωσφολιπιδιακών αντισωμάτων. Τότε εισήχθη στην δερματολογική κλινική όπου ελήφθη βιοψία δέρματος η οποία ήταν συμβατή ιστολογικά με εντοπισμένο ερυθρηματώδη λύκο. Από το ανάλογο εργαστηριακό έλεγχο δεν υπήρχε συστηματική προσβολή της νόσου, ενώ ξεκίνησε αγωγή με tb Medrol 16mg 1x1. Η ασθενής εως τότε δεν συμπλήρωνε τα 4 από τα 11 κριτήρια που απαιτούνται για την διάγνωση του ΣΕΛ. Έγινε σύσταση για επανεξέταση στην δερματολογική κλινική κάθε 6 μήνες.

◆ Η ασθενής επανεσείχθη στην δερματολογική κλινική 6 μήνες μετά με διάγνωση έρπητα ζωστήρα πιθανώς στα πλαίσια ανοσοκαταστολής, ενώ

το χαρακτηριστικό ερυθρηματώδες εξάνθημα « δίκην πεταλούδας» άρχισε να υποχωρεί ένα μήνα μετά από θεραπεία με Medrol. Αρνητικοποίησε το αντιDNA ενώ θετικοποίησε το αντιΕνα. Στο όριο για ΣΕΛ. Στον επανέλεγχο που έγινε λόγω του έρπητα ζωστήρα και του ιστορικού δεν βρέθηκε να εμφανίζει συστηματική προσβολή μόνο αύξηση ANA 1/2560 Λεπτό Στικτό Τύπο, με αντιDNA (-) και αντιΕνα (+). Κατά την εισαγωγή της για την αντιμετώπιση του έρπητα ζωστήρα της χορηγήθηκαν iv Zovirax 1x2 με πλήρη ύφεση βλαβών, ενώ κατά την έξοδο της από την δερματολογική συνέχισε την λήψη Medrol με μειωμένη δοσολογία κατά το ήμισυ 8 mg.

◆ Από τον 9/2004 άρχισε να παρακολουθείται από ρευματολόγους ενώ 1 μήνα πριν παρουσίασε αδυναμία με ταχυκαρδία, διαταραχές έμμηνης ρύσης ενώ στο δέρμα της εμφάνισε διάχυτο ερύθημα και έντονη τριχόπτωση. Αντικειμενικά εμφάνιζε αρθρίτιδα στις ποδοκνημικές άμφω και έντονη κεντρομυελικού τύπου αδυναμία. Η ασθενής δεν μπορούσε να γερθεί από το κάθισμα χωρίς να στηρίζεται. Συνέχιζε Medrol 6 mg/day και Plaquenil 1x1.

◆ Ένα μήνα μετά η ασθενής εμφάνισε επιδείνωση της μυϊκής αδυναμίας με δυσχέρεια βάδισης και αναφερόμενες αιματουρίες. Εισαγωγή στην παθολογική. Παρακολουθείτο από ρευματολόγους. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της διενεργήθηκε ΗΜΓ το οποίο ήταν παθολογικό. Παράλληλα παθολογικά ευρήματα ανευρίσκονταν και στο βυθό του δεξιού οφθαλμού ενώ το ANA αυξήθηκαν σε 1/5120 με αντιDNA=300 και αντιΕΝΑ (+). Θεραπευτικά αντιμετωπίστηκε με iv ώση Endoxan 750mg 1 φορά , 3 ώσεις iv Solu medrol 1gr, 5 ώσεις iv IG (γ σφαιρίνης 0,4 mg/κίλο την ημέρα. Κατά την έξοδο της συνέχιζε φαρμακευτική αγωγή με tb Medrol 16mg 2x1 και tb Filicine 1x1.

## **ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Στη συνέχεια κάθε μήνα παρακολουθείται από τους ρευματολόγους σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία. Στην θεραπευτική της αγωγή έχει προστεθεί και Plaquenil 1x1 ενώ η ασθενής δεν εμφανίζει πια κόπωση, αρθρίτιδα, εξάνθημα, φαινόμενο Raynaud, εξελκώσεις στοματικής κοιλότητας καθώς επίσης υπάρχει ευκαιρία στη βάδιση και σταδιακά μειώνεται η δοσολογία Medrol.

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Κατά την εξέταση του ασθενούς στην δερματολογική κλινική διεγνώσθησαν τα εξής από το νοσηλευτικό προσωπικό:

### **ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ**

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ: 130/90mm / Hg

ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ: 37,7° C

ΣΦΥΓΜΟΙ: 65´

ΒΑΡΟΣ: 58 kgr

### **ΠΡΩΤΗ ΜΕΡΑ:**

Νέος ασθενής εισήχθη με διάγνωση εισαγωγής ΣΕΛ τέθηκε int αναμένονται ιατρικές οδηγίες.

### **ΔΕΥΤΕΡΗ ΜΕΡΑ**

Συχνή λήψη ζωτικών σημείων, δόθηκε δοχείο για συλλογή ούρων 24 ώρου, συνεχίζει φαρμακευτική αγωγή με Medrol tb 16mg IxI.

### **ΤΡΙΤΗ ΜΕΡΑ**

Επί πυρετού 38° C δόθηκε 1 amp iv Apotel IxI και έγινε mantoux. Συνεχίζει φαρμακευτική αγωγή.

### **ΤΕΤΑΡΤΗ ΜΕΡΑ**

Εγινε βιοψία δέρματος και α/α άνω άκρων. Ο πυρετός υποχώρησε και με την συνεχή λήψη Medrol τα εξανθήματα αρχίζουν και υποχωρούν.

### **ΠΕΜΠΤΗ ΜΕΡΑ**

Βγήκε το int. Εξιτήριο

## ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ/ ΑΝΑΓΚΕΣ,ΠΡΟ ΒΑΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕ- ΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΙΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ- ΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚ. ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΑΠΟΤ/ΤΟΣ
Ερυθματώδεις πλάκες στο μέτωπο και στις παρειές	Αντιμετώπιση των ερυθματωδών πλακών.Ανακούφιση ασθενούς.	Να γίνει βιοψία των ερυθματωδών πλακών.Διευκρίνιση στον ασθενή για την σκοπιμότητα της επέμβασης αυτής και δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης για τη κλινική που τον περιθάλπει.	Μετά την βιοψία και τα αποτ/τα αυτής κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγούνται στον ασθενή 1b Medrol 16mg 1x1.Ο ασθενής εξέφρασε τους φόβους του και νιώθει ασφαλής	Μετά την χορήγηση των φαρμάκων αρχίζει η βελτίωση των ερυθματωδών πλακών
Έρπης ζωστήρ	Αντιμετώπιση του έρπη ζωστήρ κ ανακούφιση του ασθενούς	Κατόπιν ιατρικής εντολής και μετά από τις απαραίτητες εξετάσεις χορήγηση 1v Ζονίραx 1x2 και απομόνωση ασθενούς για την πρόληψη διασποράς την μόλυνσης	Κατόπιν ιατρικής εντολής χορηγείται 1v Ζονίραx 1x2.Ο ασθενής ενημερώθηκε για την μεταδοτικότητα της νόσου και είναι σε απομόνωση.	Μετά την χορήγηση του Ζονίραx 1x2 ο ασθενής νιώθει καλύτερα και αρχίζει η μόλυνση να υποχωρεί και πλέον δεν είναι σε απομόνωση.
Ελκωτικές πλάκες στα άνω και κάτω άκρα	Να μην μολυνθεί η πάσχουσα περιοχή.	Καθημερινή περιποίηση των τραυμάτων και τοποθέτηση αλοιφής Fusidin 1x3 μετά από κάθε περιποίηση των τραυμάτων.	Αλλαγή λευχημάτων. Γίνεται καθημερινή περιποίηση των πάσχοντων περιοχών με N/S και Betadin και επάλειψη με Fusidin 1x3. Ηρεμο και καθαρό περιβάλλον.	Επούλωση των ελκωτικών πλακών με την σχολαστική περιποίηση και την τοποθέτηση αλοιφής
Μυϊκή αδυναμία- αστάθεια στη βάδιση.	Βοήθεια του Ασθενούς κατά την έγερσή του- αντιμετώπιση της	Βοήθεια του ασθενούς κατά την έγερσή του από το κρεβάτι. στενή	Διενεργήθηκε ΗΜΓ και κατόπιν ιατρικής	Η ασθενής πλέον νιώθει καλύτερα. μπορεί να

	μυϊκής αδυναμίας	παρακολούθηση για αποφυγή τραυματισμού κατόπιν ιατρικής εντολής διενεργήση ΗΜΓ ενώ αντιμετώπιση με iv ώση Endoxan 750mg και Solu medrol 1gr 3ώσεις.	εντολής εγινε θεραπευτική αγωγή με iv ώση Endoxan και Solu medrol 1gr 3 ώσεις.	εγερθεί από το κρεβάτι χωρίς κάποια βοήθεια, συνεχίζεται η θεραπευτική αγωγή.
--	------------------	---	--	---

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΩ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Από την περιγραφή των παραπάνω περιστατικών συμπεραίνουμε τα εξής: - από το πρώτο περιστατικό παρατηρούμε ότι η ασθενής είχε κληρονομική προδιάθεση για εμφάνιση ΣΕΛ από τη συγγένεια της μητέρας της. Επίσης παρατηρούμε ότι η εμφάνιση του ΣΕΛ αρχίζει από πολύ μικρή ηλικία. Κατά την διάρκεια του ιστορικού της βλέπουμε ότι έχει άσχημη πρόγνωση, αφού της έχει προσβάλλει σχεδόν όλα τα ζωτικά της όργανα με αποκορύφωμα τα νεφρά που σαν αποτέλεσμα της προσβολής αυτής ήταν η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και η μεταμόσχευση. Βλέπουμε επίσης ότι ο οργανισμός της ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή με τα κορτικοστεροειδή και υπάρχει ύφεση. Οσον αφορά για την μεταμόσχευση είναι αβέβαιη η πορεία της αποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας λόγω του ΣΕΛ.

Οσον αφορά το δεύτερο περιστατικό παρατηρούμε ότι η ασθενής έχει άσχημη πρόγνωση και μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα η κατάστασή της είχε χειροτερέψει. Βέβαια παρατηρούμε όπως και στη πρώτη περίπτωση τη θεαματική ανάρρωσή της μετά τη λήψη των κορτικοστεροειδών. Επίσης επειδή αυτή η ασθένεια είναι ανίατη η ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί τις συμβουλές για επανεξέταση και να τηρεί πιστά τη φαρμακευτική της αγωγή για πρόληψη υποτροπής της νόσου και για να μην καταλήξει σε προσβολή της νεφρικής λειτουργίας όπως συνέβει στην ασθενή του πρώτου περιστατικού.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Επιστημονικές και κλινικές έρευνες μας εφοδιάζουν, αργά αλλά ασταμάτητα, με όλο και πληρέστερη κατανόηση για τον λύκο. Έχουν βρεθεί καλύτερες εξετάσεις που βοηθούν στη διάγνωσή του και έχουν γίνει πολλές βελτιώσεις στην αντιμετώπισή του. Αυτές οι νέες γνώσεις έχουν οδηγήσει σε αυξημένη διάρκεια και βελτιωμένη ποιότητα ζωής για τους περισσότερους ανθρώπους με λύκο. Η έρευνα για τον λύκο είναι μια παγκόσμια προσπάθεια. Έχουμε κάθε λόγο να πιστεύουμε ότι θα υπάρξουν ακόμα καλύτερα αποτελέσματα στο μέλλον. Οφείλουμε βέβαια να παρατηρήσουμε πως πέρα από τις ιατρικές και επιστημονικές έρευνες καθοριστικό ρόλο παίζει και η βοήθεια του νοσηλευτή, όχι μόνο για την ίαση και αποκατάσταση των σωματικών βλαβών από την νόσο, αλλά και για την ψυχολογική αποκατάσταση του ασθενούς.





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΘΑΝΑΤΟΥ Ε.Κ. Κλινική Νοσηλευτική βασικές και ειδικές νοσηλείες, Αθήνα 1999, Έκδοση I Αναθεωρημένη σελ. 250- 350
- ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ. Ρευματικά Νοσήματα Θεσσαλονίκη 1977, Έκδοση 7, μετάφραση-επίμελεια ύλης ΒΟΥΔΟΥΡΗΣ Π.Κ. σελ. 150-200
- ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ.Δ. Ειδική Νοσολογία Αθήνα 1999, Επιστημονικές Εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ – ΜΑΡΙΑ Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Νέα Έκδοση σελ.158-185
- Cecil Παθολογία.Αθήνα 1991,Τόμος Β΄, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ σελ.58-79
- ΔΑΙΚΟΣ Κ.Γ. Νοσολογία Αθήνα 1971, Εκδόσεις ΚΑΡΑΒΙΑ σελ 115- 128
- ΙΑΤΡΙΚΗ Αθήνα 1990, Τόμος 57, τεύχος 4 σελ 26-30
- KLIPPER J.H. Systemic Lupus Erythematosus :treatment-related complications superimposed on chronic disease New York 1990, σελ 263-1812
- ΛΑΗΤΑ R. editor. Systemic Lupus Erythematosus New York 1992, εκδόσεις CHURCHILL LIVINGSTONE σελ 258-421
- ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α.- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ. Βασικές Αρχές Παθολογικής και Χειρουργικής Νοσηλευτικής Αθήνα 1984 , Τόμος Β΄, Εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ σελ 85-120
- ΜΑΡΟΥΝΗ Δ.Ο. Διερεύνηση της Λιπιδιακής Σύστασης των Λεμφοκυττάρων στον Ερυθρηματώδη Λύκο Αθήνα 1980, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ σελ. 52-73
- ΜΕΡΙΚΑΣ Ε.Γ. Εσωτερική Παθολογία, Αθήνα 1976, Τόμος Α΄ σελ. 35-60
- ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ.Μ. και ΤΖΙΟΥΦΑΣ Α.Γ.Ανοσολογία-Αυτοάνοσα Ρευματικά Νοσήματα Αθήνα 1990, Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ σελ 177-188
- ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Κ. Γενική Παθολογία και Παθολογική Ανατομική Αθήνα 1988, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ σελ 82-90
- ΡΑΓΙΑ Χ.Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Αθήνα 1978 σελ. 52-70
- ΡΑΠΤΗΣ Σ. Εσωτερική Παθολογία Αθήνα 1996 ,Τόμος Β΄, Επιστημονικές Εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ- ΜΑΡΙΑ Γ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ΄ σελ. 220-240
- ΣΑΧΙΝΗ Α.- ΚΑΡΔΑΣΗ- ΠΑΝΟΥ Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Αθήνα 1984, Τόμος Α΄, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ σελ. 22-70
- SIBLEY J.T AL. The incidence and prognosis of central nervous system disease in sle j rheumatol New York 1992 σελ. 19-47

- WALLACE D.J.AND HAHN B.H. Dubois Lupus Erythematosus Philadelphia 1992, εκδόσεις LEA & FEBIGER σελ 620-750
- HERMAN J.A. Nursing assessment and nursing diagnosis in patients with peripheral vascular disease, New York 1986, εκδόσεις NURS CLIN NORTH A.M. σελ. 219-231
- Οι εικόνες που περιέχονται στο κείμενο της πτυχιακής εργασίας βρέθηκαν μέσω της ιστοσελίδας του Internet [www.docguide.com](http://www.docguide.com)

