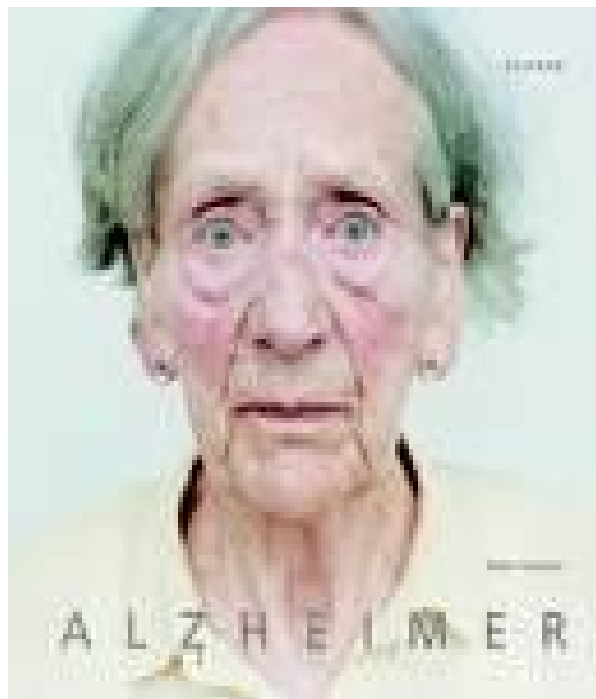


**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ:ALZHEIMER ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΜΙΧΕΛΗ ΒΕΛΟΥΔΩ-ΑΣΠΑΣΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΔΡ. Γ.ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

ΠΑΤΡΑ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελίδα
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ορισμός	7-8
1.2 Στοιχεία για τον επιστήμονα Alois Alzheimer	8-9
1.3 Αίτια της νόσου Alzheimer	10-11
1.4 Παθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου	12-13
1.5 Νευρομεταβιβαστικές διαταραχές-το χολινεργικό έλλειμμα	14
1.6 Αμυλοειδογένεση	14-15
1.7 Νευροϊνιδιακή εκφύλιση και οι τ-πρωτεΐνες	15
1.8 Διάφορες πρωτεΐνες	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Κλινική εικόνα	17-28
2.2 Διάγνωση	29
2.3 Τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου	30
2.4 Τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου(NINCDS-ADRDA)	31-33
2.5 Τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου(DSM IV)	33
2.6 Τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου(ICD-10)	34
2.7 Διαγνωστικοί ιατρικοί χειρισμοί ανοϊκού ασθενή	35-37
2.8 Περιφερικοί δείκτες	37
2.9 Διαφοροδιάγνωση	37-38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

3.1 Στάδια της νόσου	40
3.2 Αιματολογικά-βιοχημικά-εργαστηριακά ευρήματα	41
3.2.1 Αιματολογικός-βιοχημικός έλεγχος	41
3.2.2 Εργαστηριακά ευρήματα	41-42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4⁰

4.1 Θεραπεία	42-43
4.2 Ενίσχυση των γνωστικών ελλειμμάτων	43-44
4.3 Νευροληπτικά φάρμακα	46
4.4 Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	46
4.5 Υπνωτικά φάρμακα	46
4.6 Νευροπροστασία-νευροπροφύλαξη	46-47
4.7 Εναλλακτικές θεραπείες	47-48
4.8 Μη φαρμακευτική θεραπεία	48-49

ΠΡΟΓΝΩΣΗ	50
ΠΡΟΛΗΨΗ	51

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

1.1 Αρχές νοσηλευτικής φροντίδας	52
1.2 Επικοινωνία νοσηλευτή-ανοϊκού ασθενή	53-55
1.3 Νοσηλευτική αξιολόγηση	55-57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 2.1 Νοσηλευτική παρέμβαση των συμπτωμάτων που αφορούν τον κινητικό τομέα 57-61
- 2.1.1 μεταβολές στο σπίτι και μέτρα ασφαλείας
- 2.1.2 μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την οδήγηση
- 2.1.3 νοσηλευτική παρέμβαση για την αποφυγή ατυχημάτων
- 2.1.4 νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση των δραστηριοτήτων
- 2.2 Νοσηλευτική παρέμβαση για προβλήματα προσωπικής υγιεινής 61-70
- 2.2.1 νοσηλευτική παρέμβαση για τις δυσκολίες σε σχέση με την προσωπική υγιεινή
- 2.2.2 νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση της στοματικής υγιεινής
- 2.2.3 νοσηλευτική παρέμβαση για ακράτεια ούρων
- 2.2.4 νοσηλευτική παρέμβαση για τη διάρροια
- 2.2.5 νοσηλευτική παρέμβαση για τη δυσκοιλιότητα
- 2.2.6 νοσηλευτικά μέτρα για τη δυσκοιλιότητα
- 2.2.7 νοσηλευτική παρέμβαση για προβλήματα διατροφής
- 2.2.8 νοσηλευτική παρέμβαση των επιληπτικών κρίσεων
- 2.2.9 νοσηλευτική παρέμβαση στο ντύσιμο
- 2.3 Νοσηλευτική παρέμβαση των συμπτωμάτων που αφορούν τον νοητικό τομέα 70-74
- 2.3.1 νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση μιας καλής επικοινωνίας
- 2.3.2 νοσηλευτική παρέμβαση σε διαταραχή νοητικής και αντιληπτικής λειτουργίας
- 2.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στο συναισθηματικό και ψυχικό τομέα 75-78
- 2.4.1 νοσηλευτική παρέμβαση αντιμετώπιση επιθετικότητας
- 2.4.2 νοσηλευτική παρέμβαση αντιμετώπιση απάθειας
- 2.4.3 νοσηλευτική παρέμβαση αντιμετώπισης άγχους
- 2.4.4 νοσηλευτική παρέμβαση αντιμετώπισης στις ψευδαισθήσεις
- 2.4.5 νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Νοσηλευτική διεργασία	79
1 ^η κλινική περίπτωση	79
2 ^η κλινική περίπτωση	84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια να προσεγγίσω όσο γίνεται καλύτερα τη νόσο του Alzheimer για να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα, όσο αναφορά τις επιπτώσεις της ασθένειας στην καθημερινή ζωή του ατόμου και την αντίδρασή του με το περιβάλλον.

Η μελέτη αυτή έχει σαν σκοπό :

- Ø Να δοθεί έμφαση στις επικίνδυνες διαστάσεις που παίρνει η νόσος.
- Ø Να γίνει ενημέρωση για την αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου και της προσωπικότητάς του, λόγω της επίδρασης που ασκεί η νόσος.
- Ø Να επισημανθεί πρώτον η σπουδαιότητα των κοινωνικών επιστημών στην αντιμετώπιση της νόσου και δεύτερον η ανεπάρκεια μίας θεραπείας που στηρίζεται μόνο στο ιατρικό μοντέλο.
- Ø Να επισημανθεί ο βασικός ρόλος που παίζει η οικογένεια και γενικά ένα καλό διαμορφωμένο περιβάλλον στην αντιμετώπιση της συμπεριφοράς του ασθενή και στη διατήρηση της λειτουργικότητας του για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο.
- Ø Τέλος να τονισθεί η ανάγκη δημιουργίας νέων δομών, πλήρως εξοπλισμένων, που θα παρέχουν πλήρη ενημέρωση και στήριξη στους συγγενείς του ασθενούς και παράλληλα θα παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή όταν αυτός την έχει ανάγκη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολύ λίγα θέματα στη σύγχρονη βιοιατρική έρευνα κατόρθωσαν να εγείρουν την προσοχή του κοινού, όσο η ανακάλυψη των μοριακών και γενετικών μηχανισμών που προκαλούν τη νόσο του Alzheimer. Ενώ ο Alois Alzheimer κατά τη διάρκεια της ζωής του βρήκε μόνο δυο περιπτώσεις αυτής της καταστροφικής ασθένειας, σήμερα σχεδόν ο καθένας μας γνωρίζει κάποιον που πάσχει από τη συγκεκριμένη νόσο. Ο μέσος όρος ζωής στον προηγούμενο αιώνα ήταν περίπου τα 37 έτη, κάτι που άλλαξε δραματικά στον 20^ο αιώνα και σήμερα ο μέσος όρος ζωής ξεπερνά τα 73 έτη. Αυτό το δημογραφικό στοιχείο, εγγυάται ότι η νόσος του Alzheimer θα εξελιχθεί σε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας στο μέλλον παγκοσμίως.

Όσα προανέφερα ήταν κυρίως οι λόγοι που μου κέντρισαν το ενδιαφέρον και με έκαναν να προσπαθήσω να παρουσιάσω μια ολοκληρωμένη εικόνα της νόσου Alzheimer.

Προκειμένου να δοθεί μια πληρέστερη εικόνα της πορείας της νόσου αρχικά αναλύονται : η έννοια της νόσου, η επιδημιολογία της, τα συμπτώματα και τα στάδια της νόσου, τρόποι με τους οποίους μπορεί να τεθεί η διάγνωση, ασθένειες από τις οποίες πρέπει να διαχωριστεί και η θεραπεία στην οποία μπορεί να υποβληθεί ένα άτομο με πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια τύπου Alzheimer. Έπειτα αναλύεται η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή με νόσο του Alzheimer και που αφορά την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων: στον κινητικό, συναισθηματικό και στον τομέα συμπεριφοράς του ασθενούς.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η νόσος ALZHEIMER και γενικότερα οι άνοιες είναι νευροεκφυλιστικές διαταραχές με συγκεκριμένα κλινικά και παθολογικά χαρακτηριστικά. Ο όρος άνοια δηλώνει καταρχήν μια διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών . Εκτός από τις γνωστικές διαταραχές που αποτελούν το βασικό σύμπτωμα ,οι διαταραχές της συμπεριφοράς ή της λειτουργικότητας ,καθώς και οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι εξίσου σημαντικές παράμετροι της νόσου. Όταν αναφερόμαστε σε γνωστικές διαταραχές ,εννοούμε διαταραχές προσοχής ,συγκέντρωσης ,μνήμης ,διαταραχής της οπτικοχωρικής και κατασκευαστικής ικανότητας ,του λόγου και του προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο .

Απαραίτητο στοιχείο για τη διάγνωση της νόσου ALZHEIMER είναι η προοδευτική διαταραχή της μνήμης .

Η διάγνωση αυτή τίθεται με την νευροψυχολογική αξιολόγηση ,την κλινική εξέταση ,τον εργαστηριακό και απεικονιστικό (αξονική ,μαγνητική τομογραφία)έλεγχο. Τα αρχικά βασικά συμπτώματα της νόσου είναι τα εξής: Το άτομο έχει διαταραχή συγκέντρωσης ,ξεχνά πολύ γρήγορα ,κάνει τις ίδιες ερωτήσεις αρκετές φορές ,δεν μπορεί εύκολα να βρει τα πράγματά του ,ψάχνει να βρει τις κατάλληλες λέξεις κλπ .

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει η διάγνωση έγκαιρα έτσι ,ώστε να καθοριστεί ο κατάλληλος θεραπευτικός χειρισμός ,που περιλαμβάνει καταρχήν την φαρμακευτική αγωγή και την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειας ,η οποία τις περισσότερες φορές επηρεάζει σημαντικά τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε λειτουργικό επίπεδο .₁

Η άνοια διαγιγνώσκεται , όταν η έκπτωση φθάνει σε σημείο ,ώστε να βλάπτονται οι προσωπικές δραστηριότητες της καθημερινότητας. Η νόσος ALZHEIMER έχει ύπουλη έναρξη ,με βραδεία επιδείνωση. Αρχίζει συνήθως μετά τα 65 έτη ,αλλά ενίοτε και νωρίτερα. Στις μεγαλύτερες ηλικίες , η επίπτωση αυξάνεται ταχέως .2

1.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΑ ALOIS ALZHEIMER(1864-1915)

Γεννήθηκε στις 14 Ιουνίου 1864 στην Κάτω Φρανκονία και πέθανε στο Breslau της Γερμανίας σε ηλικία 51 ετών από μια ασήμαντη ίωση .Ο πατέρας του ήταν συμβολαιογράφος .Δεν άφησε πίσω του πολλά στοιχεία για τη ζωή του. Το όνομα του δόθηκε στη γνωστή ασθένεια γεροντικής άνοιας από τον καθηγητή του ,ψυχίατρο Emil kraemplin ,ο οποίος ήθελε να τιμήσει το μαθητή για τις έρευνές του.



Με την περιουσία που άφησε η γυναίκα του ,η οποία ήταν εβραία με καταγωγή από πλούσια οικογένεια ,ήταν σε θέση να χρηματοδοτήσει ο ALZHEIMER εκτεταμένες ψυχιατρικές έρευνες ,τα αποτελέσματα των οποίων τον οδήγησαν στην έδρα ψυχιατρικής του πανεπιστημίου BRESLAU. Προηγουμένως είχε ασχοληθεί στη Φραγκφούρτη με άτομα μεγάλης ηλικίας που έδειχναν συμπτώματα ολικής αποβλάκωσης. Μετά το θάνατό τους διαπίστωσε ο ALZHEIMER κατά την εξέταση του εγκεφάλου τους ,ότι οι περιοχές του εξωτερικού φλοιού είχαν υποστεί σημαντικές αλλοιώσεις. Το 1906 δημοσίευσε ο ερευνητής τις παρατηρήσεις του σε επιστημονικά περιοδικά ,στις οποίες δεν δόθηκε όμως από την ιατρική κοινότητα σημασία

,γιατί το φαινόμενο ήταν αρκετά σπάνιο ,μια και λίγοι σχετικά άνθρωποι έφταναν τότε σε αρκετά μεγάλες ηλικίες .

Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα ,με τη σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής στην Ευρώπη και την Αμερική ,υπολογίζεται ότι υπάρχουν μερικές δεκάδες εκατομμύρια ηλικιωμένων ανθρώπων που παρουσιάζουν τα συμπτώματα που περιέγραψε ο ALZHEIMER .³

1.3 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία υποπτων παραγόντων ,όπως γενετικούς παράγοντες ,βιοχημικές και ανοσιακές διαταραχές ,μεταβολικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες .

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου ,σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι:

- Η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως
- Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών ,ούτε από υποξία του εγκεφάλου
- Δεν είναι μεταδοτική
- Είναι νόσος του εγκεφάλου και
- Δε θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας

Σύμφωνα με αναφορές της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου του ALZHEIMER είναι:

Βέβαιοι παράγοντες

- Μεγάλη ηλικία
- Γενετική προδιάθεση
- Γυναίκες(ελαφρά υπεροχή από τους άνδρες 13%)

περιβάλλον

Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες

- Παρουσία απολιποπρωτεΐνης E-e4 στο χρωμόσωμα 19,αυξάνει την πιθανότητα εμφάνιση της νόσου από 2-10 φορές ,
- Η μη χρησιμοποίηση από το άτομο ορισμένων ουσιών ,όπως είναι τα οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα ,τα οποία αναφέρεται ότι έχουν προστατευτική δράση ,καθώς και τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα .

- Η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών φαρμάκων ,όπως βιταμίνες Α, C, Ε, κορτικοειδή μεταλλικό σελήνιο ,γενικά συστατικά που περιέχονται στα φρούτα και τα λαχανικά .το κάπνισμα και πολλά λιπαρά μειώνουν αυτούς τους παράγοντες .
- Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Το ιστορικό καρδιακών επεισοδίων
- Το ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων
- Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης

Αμφισβητούμενοι παράγοντες

- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- Περιορισμένες ικανότητες προφορικής και γραπτής γλώσσας
- Ιστορικό επιληπτικών κρίσεων
- Έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ψευδαργύρου και αλουμινίου

Ως προς την κληρονομικότητα αναφέρονται τα ακόλουθα:

- Δεν υπάρχει ομοιογένεια της νόσου σε οικογενείς μορφές
- Σε όψιμες μορφές δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις γενετικής προδιάθεσης και τούτο γιατί πολλά άτομα δεν φθάνουν στην ηλικία που θα μπορούσε να εκδηλωθεί η νόσος .
- Οι ενδείξεις είναι περισσότερες στις περιπτώσεις που η νόσος εκδηλώνεται στις νεαρές ηλικίες
- Υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας σε μικρό αριθμό οικογενειών ,όμως δεν υπάρχει ειδικό γονίδιο για τη νόσο .
- Μόνο οι γενετικοί παράγοντες δεν εξηγούν γιατί στην ίδια οικογένεια κάποιος μπορεί να κληρονομήσουν τη νόσο και άλλοι όχι

Υποστηρίζεται ότι πολλοί παράγοντες ,ιδίως αγγειακού τύπου ,επεμβαίνουν στην εκδήλωση της νόσου. Συνεπώς δεν είναι δεδομένο ότι θα εκδηλωθεί η νόσος ,ακόμα και όταν υπάρχουν όλες οι γενετικές επιβαρύνσεις.⁴

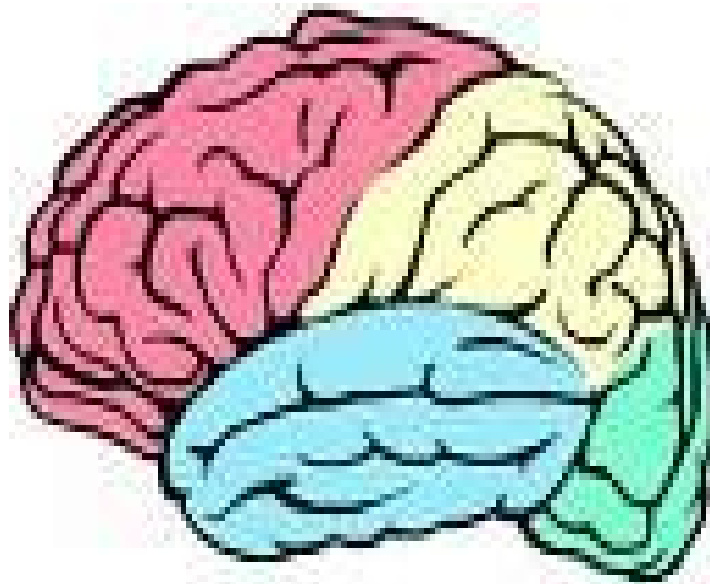
1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Ενώ η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη ,χαρακτηριστική είναι η εκφύλιση και ο θάνατος των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού και του ιπποκάμπου .Μακροσκοπικά ,παρατηρείται ατροφία ,με σμίκρυνση των ελίκων και διεύρυνση των αυλάκων του φλοιού και των κοιλιών του εγκεφάλου . Επιπλέον χαρακτηριστικά είναι τα μικροσκοπικά παθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου που συνίστανται σε παθολογικές εναποθέσεις αδιάλυτων πρωτεϊνών στον εξωκυττάριο και ενδοκυττάριο χώρο ,ευρήματα γνωστά από την εποχή του Alois ALZHEIMER ,δηλαδή:

- I. Οι «**γεροντικές ή νευριτιδικές πλάκες**» ,οι οποίες αποτελούνται από εξωκυττάρια εναποθέσεις αμυλοειδούς ,που κατανέμονται στο φλοιό και τον ιππόκαμπο και παρουσιάζουν διάφορα στάδια εξέλιξης .Αρχικά παρατηρείται μικροσυγκέντρωση αμυλοειδούς ,που σταδιακά περιβάλλεται από στεφάνη από αλλοιωμένους νευρίτες και ακολουθεί αστροκυτταρική αντίδραση και εξαφάνιση του αμυλοειδούς πυρήνα ,ενώ διατηρείται η αστρογλοΐωση και τα υπολείμματα των νευρώνων .
- II. Οι «**νευροινδιακές βλάβες**» ,οι οποίες αποτελούνται από ενδοκυττάρια ζεύγη ελικοειδώς περιελιγμένων ινιδίων (pair helical filaments,PHF),που βρίσκονται στο περικάρυο και χρωματίζονται με χρώσεις αργύρου. Κύριο συστατικό τους είναι η πρωτεΐνη (tau) παθολογικά υπερφωσφορυλιωμένη. Πρόκειται για γνωστό πρωτεϊνικό συστατικό των νευροινδιακών αλλοιώσεων. Το εύρημα αυτό είναι λιγότερο ειδικό ,επειδή σημαντικής πυκνότητας «τολύπια»,τα αποκαλούμενα tangles σχηματίζονται κατά το γήρας και σε πολλές άλλες νευροεκφυλιστικές ,τοξικές και τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου .

Η απώλεια και οι παθολογικές μεταβολές των συνάψεων είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό της νόσου ALZHEIMER .

III. Η κοκκιο-κενοτοπιώδης εκφύλιση είναι ένα μη ειδικό ιστολογικό εύρημα ,που συνήθως ανευρίσκεται στη νόσο και σπανίως στο φυσιολογικό γήρας. Τα κενοτόπια εντοπίζονται συνήθως στο κυτταρόπλασμα των πυραμιδικών νευρώνων του ιππόκαμπου ,όπου μπορούν να παρατηρηθούν και σωμάτια Hirano .5



1.5 ΝΕΥΡΟΜΕΤΑΒΙΒΑΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-ΤΟ ΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΟ ΕΛΛΕΙΜΜΑ

Συγχρόνως με τους προαναφερθέντες τύπους βλαβών συμβαίνει απώλεια των νευρώνων και καταστροφή διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων ,πρωτίστως του χολινεργικού. Δείκτες της χολινεργικής λειτουργίας ,όπως η ακετυλοχολίνη και το συνθετικό της ένζυμο ακετυλοτρανσφεράση της χολίνης ,είναι ελαττωμένοι και υπάρχει απώλεια ορισμένων υπότυπων των νικοτινικών υποδοχέων. Η απώλεια των νευρώνων είναι μέγιστη στις περιοχές εκείνες του εγκεφάλου που έχουν σχέση με την αρχή των χολινεργικών οδών ,δηλαδή :

- a) Από τον πυρήνα του Meynert προς το φλοιό και
- b) Από τους πυρήνες του διαφράγματος προς τον ιππόκαμπο .5

1.6 ΑΜΥΛΟΕΙΔΟΓΕΝΕΣΗ

Η αμυλοειδογένεση αντιπροσωπεύει μια σειρά συμβάντων που έχει προταθεί για να περιγράψει την παθογένεια της νόσου .

Οι εξωκυττάρια εναποθέσεις αμυλοειδούς –είτε υπό την κλασική μορφή των γεροντικών πλακών ,είτε υπό την μορφή των διάχυτων πλακών – εμφανίζονται πρώιμα στην εξέλιξη της νόσου και η χημική τους σύσταση προσδιορίστηκε μόλις κατά τα τελευταία χρόνια. Συνίστανται κυρίως από τη β-αμυλοειδική πρωτεΐνη ή β-αμυλοειδές (Αβ),ένα πολυπεπίδιο 4 kDa που αποτελείται από 39-42 αμινοξέα και το οποίο προέρχεται από μια πολύ μεγαλύτερη πρόδρομη πρωτεΐνη(APP ,amyloid precursor protein)ως προϊόν πρωτεολυτικής της διάσπασης με τη δράση ενζύμων .Η λειτουργική αποστολή της APP δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη ,θεωρείται όμως ότι συμβάλλει στην αποκατάσταση και τη διατήρηση των συνάψεων και συντελεί στη μνήμη και τη μάθηση .

Το Αβ είναι ένα φυσιολογικό προϊόν έκκρισης των νευρικών κυττάρων και ένα διαλυτό συστατικό του εγκεφαλονωτιαίου υγρού ,αν και σε πολύ

χαμηλές συγκεντρώσεις ,της τάξης των ng /ml. Το πεπτίδιο που αποτελείται από 40 αμινοξέα (Αβ40) είναι ο κυρίως παραγόμενος τύπος και αποτελεί το 90% του συνολικού Αβ. Σε φυσιολογικές ποσότητες θεωρείται μη τοξικό. Το Αβ σε μικρότερη ποσότητα παραγόμενο μεγαλύτερο πεπτίδιο με 42 ή43 αμινοξέα θεωρείται κατεξοχήν αμυλοειδογόνο. Το Αβ 42 πολυμερίζεται και συσσωρεύεται γρηγορότερα και εναποτίθεται στον εξωκυττάριο χώρο του εγκεφάλου. Η συσσώρευση αμυλοειδούς μπορεί να προκαλέσει εκφύλιση ,αν και ο μηχανισμός της τοξικότητας αυτής δεν είναι σαφής .5

1.7 ΝΕΥΡΟΪΝΙΔΙΑΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ τ-ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Οι νευροϊνιδιακές βλάβες (NIB) αντιστοιχούν στην ενδονευρωνική συσσώρευση ζευγαρωτών ελικοειδών ινιδίων (PHF), που αποτελούνται κυρίως από την τ μια πρωτεΐνη του ανθρώπινου εγκεφάλου της οικογένειας των πρωτεϊνών που σχετίζονται με τους μικροσωληνίσκους .Είναι φωσφοπρωτεΐνη και η φυσιολογική της λειτουργία είναι η προαγωγή του πολυμερισμού και της σταθερότητας των μικροσωληνίσκων. Στη νόσο ALZHEIMER,η τ υφίσταται υπερβολική φωσφορυλίωση και αθροίζεται ως PHF-tau .Η υπερφωσφορυλίωση της τ θεωρείται ότι αποσταθεροποιεί το σύστημα των μικροσωληνίσκων και προκαλεί κατάρρευση του δικτύου .

Οι NIB θεωρείται ότι αποτελούν μια εκφυλιστική διαδικασία σχετιζόμενη με το γήρας και την ευπάθεια της ιπποκάμειας περιοχής. Υπάρχει εκλεκτικότητα στην προσβολή των νευρώνων και η εξάπλωση τους επιτελείται με μια στερεότυπη σειρά και ιεραρχία τόσο στο γήρας όσο και στη νόσο ALZHEIMER .5

1.8 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΡΩΤΕΪΝΕΣ

Σχετικά με την υπόθεση φλεγμονώδους διεργασίας στη νόσο ALZHEIMER ,ερευνήθηκαν πρωτεΐνες που πιθανώς να παίζουν κάποιο ρόλο. Μια τέτοια πρωτεΐνη είναι η alpha-1 antichymotrypsin (Alphal-ACT) ,έχει επισύρει το ενδιαφέρον των ερευνητών χωρίς όμως μέχρι τώρα να έχουν βρεθεί αξιόλογα αποτελέσματα .

Ορισμένες επίσης ουσίες όπως η neuronal thread protein (NRT) ,η ουσία Ρ και η ApoE ,βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος .⁶



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων για την κλινική διάγνωση εμποδίζεται συνήθως από την ελλιπή γνώση, την υποτίμηση ή τη μεγαλοποίηση τους. Το σύμπτωμα πρέπει να ερευνάζεται με προσοχή διότι μπορεί να έχει πολλές ερμηνείες και να παραμελείται η αναζήτηση του μηχανισμού του ,είναι δυνατό να υποτιμηθεί η σημασία του. Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρά ο ηλικιωμένος απέναντι στη νόσο ,προκαλεί συχνά μια πρόσθετη συμπτωματολογία η οποία πρέπει να ελέγχεται ώστε να μην καθυστερούν ή παίρνουν λανθασμένο δρόμο ορισμένες κλινικές ,ανατομικές ,βιολογικές ή θεραπευτικές έρευνες .

Η αποδιοργάνωση των λειτουργιών του κεντρικού συστήματος στη νόσο περιγράφεται σε ψυχολογικό και νευροψυχολογικό επίπεδο .

Ø Αποδιοργάνωση σε ψυχολογικό επίπεδο

Η ικανότητα του ασθενή στις επιδόσεις του μεταβάλλεται ανάλογα με το βαθμό της εγκεφαλικής διαταραχής. Η ικανότητα αυτή αξιολογείται σε διάφορες αντιληπτικές περιοχές (χώρος, αριθμός, στοιχειώδης λογική).Από κλινικής πλευράς η περιοχή που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η περιοχή των φυσικών ποσοτήτων (ουσία, βάρος, όγκος), των οποίων αξιολογείται ο βαθμός διατήρησης.

Η ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος γίνεται διαμέσου σταδίων ,μέσα σε ένα σύστημα ισορροπίας. Η νόσος χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο ασθενής διέρχεται από στάδια που έχουν σχέση με την οντογένεση των νοητικών λειτουργιών ,όπου κάθε ισορροπία στη συμπεριφορά του ατόμου προέρχεται από ένα προηγούμενο σύστημα που στη περίπτωση της νόσου οργανώνεται διαφορετικά .

Στη διαδρομή της νόσου η ομοιογένεια ενός λειτουργικού επιπέδου και η ιεράρχηση των γενετικών σταδίων διατηρούνται. Δηλαδή η μετάβαση από ένα λειτουργικό επίπεδο σε ένα άλλο κατώτερο γίνεται κατά τρόπο ομοιογενή .

Οι λειτουργίες που μπορούν να επιτελέσουν οι ασθενείς είναι ευκολότερες όταν δεν απαιτούν συνεχείς μεταβολές. Τότε η ρύθμιση των επιδόσεων γίνεται από τον ασθενή χωρίς αντιπαράθεση με την πραγματικότητα. Όταν όμως η λειτουργική ικανότητα πρέπει να ρυθμιστεί από την παρατήρηση των εξωτερικών γεγονότων τότε πρέπει να επιστρατευθούν ικανότητες του ασθενή από προηγούμενες εμπειρίες. Στις περιπτώσεις αυτές η διερεύνηση του βλέμματος αποτελεί ένα καλό κριτήριο της νοητικής δραστηριότητας ,στο μέτρο που η εκάστοτε καθήλωση του βλέμματος αντιστοιχεί στην επιλογή των πληροφοριών που δέχεται .

Το λειτουργικό επίπεδο των ασθενών ,τουλάχιστον στα αρχικά στάδια ,δεν εξαρτάται ευθέως από τη μνημονική λειτουργία .

Ø Αποδιοργάνωση σε νευροψυχολογικό επίπεδο

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της νόσου .Η νόσος ALZHEIMER αποτελεί ένα ευρύτερο φάσμα που περιλαμβάνει διάφορες υπομορφές ,κοινό γνώρισμα όλων αυτών είναι οι διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού .Τα όρια επίσης της νόσου και του φυσιολογικού γήρατος δεν είναι τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου σαφή .

Οι διαταραχές των διαφόρων υποσυστημάτων της μνήμης ακόμη και με εξειδικευμένες δοκιμασίες στα αρχικά στάδια δεν διαφοροποιούνται ξεκάθαρα. Για όλους αυτούς του λόγους θα ήταν πιο σκόπιμο να εξετάσουμε μερικά στοιχεία από τις διαταραχές της μνήμης στην πορεία του φυσιολογικού γήρατος .

a) Οι διαταραχές της μνήμης στην πορεία του γήρατος

Το πρώτο σύμπτωμα στην πορεία του γήρατος είναι τα παράπονα των ηλικιωμένων γύρω από τη μνήμη τους .Τα παράπονα αυτά χαρακτηρίζουν την έναρξη της νόσου ALZHEIMER .

Αναλύοντας τα κυριότερα υποσυστήματα της μνήμης παρατηρούμε τα εξής :

Η λειτουργική μνήμη ,συνήθως δεν διαταράσσεται. Το μνημονικό εύρος αριθμών ή λέξεων ,μειώνεται ελαφρώς με την πάροδο της ηλικίας. Όταν το άτομο χρειάζεται να απομνημονεύει και συγχρόνως να χειρίζεται ή να τροποποιεί τις πληροφορίες στο καλούμενο digit ordering test(=ακούει

αριθμούς και τους ταξινομεί με τη σειρά) ,οι διαφορές των επιδόσεων ανάλογα με τις ηλικίες δεν είναι σημαντικές.

Η επεισοδιακή μνήμη ,εμφανίζει περισσότερες διαταραχές. Στη λεκτική δοκιμασία του Rey(Howard&Howard), ο εξεταζόμενος μαθαίνει λέξεις μέσα σε ένα οπτικό-χωρικό πλαίσιο που καλείται κατόπιν να τις επαναλάβει μέσα σε ένα άλλο πλαίσιο ,διαφορετικό. Επίσης σε δοκιμασίες ελεύθερης ανάκλησης οι επιδόσεις είναι καλές ,αλλά χειροτερεύουν όταν καλείται να θυμηθεί τις λέξεις χρησιμοποιώντας ενδείξεις από τον εξεταστή (δοκιμασία Grober-Buschke).Γενικώς η ποικιλία των επιδόσεων σε σχέση με την ηλικία εξαρτάται και από την ανάγκη να παίρνει ο εξεταζόμενος από μόνος του την πρωτοβουλία να αναζητεί τις πληροφορίες μέσα από τη μνήμη του ,να κινητοποιεί δηλ. τις διεργασίες κωδικοποίησης και ανάκλησης των πληροφοριών .

Η σημασιολογική μνήμη ,δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διαταραχές με την πάροδο της ηλικίας ,ιδίως όταν το άτομο καθοδηγείται στην προσπάθεια π.χ. ανεύρεση συνωνύμων σε κατάλογο λέξεων. Ορισμένα όμως εγγράμματα της σημασιολογικής εξασθενούν με την ηλικία π.χ. να βρει το όνομα από τον ορισμό του .

Η μεταγενέστερη μνήμη ,συνδέεται με την επεισοδιακή και τη σημασιολογική μνήμη καθώς και με διάφορες άλλες νοητικές διεργασίες (γεγονότα βιογραφικά ,κοινωνικά ,πράγματα που έμαθε ή που έζησε). Επικρατεί η άποψη ότι το άτομο θυμάται καλύτερα τα παλιά ,αλλά αυτή έχει συχνά διαψευστεί από την παθολογία .Οι Thomas-Anterion et al.1996 ,αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι 86-95 ετών ,διατηρούν καλές και ομοιογενείς επιδόσεις για το παρελθόν .

Η μη συνειδητή μνήμη ,δεν έχει προκαλέσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στους ερευνητές ,διότι ο αυτόματος τρόπος της λειτουργίας της εξαρτάται από τα βασικά γάγγλια και θεωρείται ότι μένει σταθερή με την πάροδο της ηλικίας. Ορισμένες μελέτες στη διαδικαστική μάθηση επιδέξια σχεδιασμένες ,αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να βελτιώνουν τις επιδόσεις τους σε μια δεδομένη διαδικασία μόνο με απλή πρακτική χωρίς να ανατρέχουν σε συνειδητή βοήθεια από προηγούμενες μαθησιακές προσπάθειες .

Σε ανάγνωση λέξεων μέσα από καθρέφτη ,οι ηλικιωμένοι έχουν παραπλήσιες επιδόσεις με νέους ,εφόσον τα γράμματα παραμένουν για περισσότερο χρόνο .(Hashtroudi et al.1991).

Σε οπτικο-χωρικές δοκιμασίες μάθησης χρησιμοποιώντας το ποντίκι και την οθόνη του υπολογιστή ,οι επιδόσεις είναι παρόμοιες σε ηλικίες 16-85 ετών (Thomas-Anterion et al.1994). Άλλες μελέτες έδειξαν αντίθετα αποτελέσματα αλλά οι διαφορές αυτές οφείλονται σε ανόμοιες προσπάθειες .

Από παθογενετικής πλευράς ,η ικανότητα διατήρησης της διαδικαστικής μάθησης στους ηλικιωμένους αποδίδεται σε μια στοιχειώδη νοητική διεργασία πιθανώς αποκτηθείσα πολύ νωρίς ,με υπόστρωμα τα βασικά γάγγλια ,την παρεγκεφαλίδα και το μετωπιαίο λοβό που ως γνωστό δεν εμπλέκονται στην επεισοδιακή μνήμη. Αυτά ακριβώς τα στοιχεία υποβοηθούν τη μνήμη των ηλικιωμένων. Εφόσον αντιμετωπισθούν κατά κάποιο τρόπο η βραδύτητα στην κωδικοποίηση ,οι οπτικο-χωρικές δυσκολίες καταγραφής και η διαταραχή της ελεύθερης ανάκλησης ,τότε η αποθηκευτική ικανότητα των ηλικιωμένων ανέπαφη ,χωρίς να επιταχύνεται η λήθη. Αυτή η εικόνα δεν έχει τίποτα κοινό με τις οργανικές αμνησίες.

b) Οι διαταραχές της μνήμης στη νόσο ALZHEIMER

⇒ Μέσα στα πλαίσια των διαταραχών της μνήμης στη νόσο διαταράσσεται κυρίως η πρόσφατη μνήμη ,ενώ η παλίνδρομη διατηρείται περισσότερο και προσβάλλεται στα τελευταία στάδια της νόσου.

⇒ Στην προσπάθεια ανάμνησης γεγονότων οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές:μυθοπλασίες κορσακοβιανού τύπου ,δηλαδή καλύπτουν κενά μνήμης με φανταστικά γεγονότα που νομίζουν ότι συνέβησαν ,επιβεβαιώσεις εσφαλμένες τύπου déjà vu ,deja vecu ,jamais vu ,οι οποίες ενίοτε συνοδεύονται από ιδέες καταδιώξεως ή άλλες παραληρηματικού τύπου.

⇒ Το παρόν κατά την ακμή της νόσου δεν φαίνεται να έχει σημασία για τον ασθενή. Είναι δυνατό να παρουσιάζει κάποια δραστηριότητα ορισμένες στιγμές της ημέρας ,υπό μορφή μιας παροδικής ανησυχίας ανάλογα με το χρόνο ή το χώρο που βρίσκεται. Μπορεί να υπάρξει

ένα παροδικό ερέθισμα από το στενό κυρίως περιβάλλον του για κάποια αντίδραση. Τις άλλες στιγμές βρίσκεται σε μία γαλήνια απομόνωση. Οι ικανότητες του να κινείται σε ένα καθορισμένο χώρο ή σε μια καθορισμένη διαδρομή, ή μέσα στο χρόνο ακολουθώντας το ρυθμό της ζωής ,επιδεινώνεται ταυτοχρόνως. Ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με το λόγο ,οι εκδηλώσεις αυτές συμβαίνουν συνήθως σε ένα καθορισμένο χώρο και για μικρή χρονική περίοδο. Ο τρόπος με τον οποίο προσπαθεί συχνά να ελέγξει το χώρο μέσα στον οποίο κινείται γίνεται αδέξια και μπορεί να ερμηνευθεί λανθασμένα από το περιβάλλον του σαν φυγή. Οι περιπτώσεις αυτές ενίοτε εκφράζουν μια δυσκολία του ασθενή να δεχθεί κάποιο περιορισμό που του επιβάλλουν.

Η πρωτογενής μνήμη(primaire) αποτελεί σύστημα της πρόσφατης μνήμης. Έχει σχέση με την αποθήκευση χρονολογικά προσφάτων πληροφοριών και διαταράσσεται συνήθως στη νόσο. Κατά την εξέταση καλείται ο ασθενής να θυμηθεί πληροφορίες λεκτικές ή οπτικές μετά από ένα βραχύ χρονικό διάστημα κατά το οποίο αποσπάται η σκέψη του σε μια άλλη προσπάθεια (προσπάθεια αφαίρεσης). Οι επιδόσεις είναι μειωμένες τόσο σε λεκτικού όσο και σε οπτικού τύπου δοκιμασίες. Η μείωση είναι σε αναλογία με τη βαρύτητα της ανοϊκής συνδρομής. Στα αρχικά στάδια αυτή είναι δυνατό οι λεκτικές επιδόσεις να είναι φυσιολογικές.

Η δευτερογενής μνήμη(secondaire) επιτρέπει την αποθήκευση μιας κωδικοποιημένης πληροφορίας. Επεμβαίνει όταν η πληροφορία που πρέπει να απομνημονευθεί εξέρχεται των ορίων της ικανότητας της πρωτογενούς μνήμης και το άτομο πρέπει να επεξεργασθεί και να τροποποιήσει την πληροφορία που είναι προς αποθήκευση. Οι πληροφορίες αρχικά κωδικοποιούνται ,ακολουθώς αποθηκεύονται και τελικώς αποδίδονται ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου. Οι διαταραχές της δευτερογενούς μνήμης είναι καλύτερα γνωστές και οι διάφορες δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται για τη διερεύνησή τους καλύτερα τυποποιημένες.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι οι αμνησικές διαταραχές στη νόσο συμβαίνουν στο επίπεδο της κωδικοποίησης. Οι αμνησικές διαταραχές σε ασθενείς με νόσο ALZHEIMER διαφέρουν από αυτές που παρατηρούνται σε

ασθενείς με νόσο του Parkinson ,η χορεία του Huntington.Στη τελευταία πάθηση η διαταραχή αφορά περισσότερο την ανάκληση των πληροφοριών παρά την κωδικοποίηση.

Στην παθογένεια της μνήμης είναι γνωστό από τους Atkinson και Shiffrin ότι στην απομνημόνευση των πληροφοριών η άμεσος μνήμη αποτελεί υποχρεωτικό προστάδιο πριν από την οργάνωση της μακροπρόθεσμης μνήμης.

Η δηλωτική(declarative) και η διαδικαστική μνήμη(procedurale). Η πρώτη είναι συνειδητή και η δεύτερη μη συνειδητή μνήμη.

Οι διακρίσεις αυτές χρησιμοποιούνται ,διότι αν και δεν υπάρχουν σαφή διαχωριστικά όρια μεταξύ τους ,είναι δυνατό στη νόσο να δώσουν διαφοροποιημένα αποτελέσματα. Οι περισσότερες μελέτες σε αυτούς τους τύπους της μνήμης αναφέρονται παράλληλα στη νόσο ALZHEIMER και στη νόσο του Parkinson , η οποία ως γνωστό αποτελεί πρότυπο υποφλοιώδους άνοιας.

Η δηλωτική μνήμη αφορά γεγονότα έτσι όπως είναι χαραγμένα στη συνείδηση του ατόμου ,ενώ η διαδικαστική μνήμη αφορά τους χειρισμούς αυτούς και την κινητική επιδεξιότητα στις επιδόσεις των διαφόρων δοκιμασιών. Η διάκριση δηλαδή σε συνειδητή και μη συνειδητή μνήμη αφορά τη συνειδητή ή μη κατάσταση του ατόμου στους χειρισμούς μίας μάθησης.

Βρέθηκε ότι στη νόσο ALZHEIMER διαταράσσονται περισσότερο η δηλωτική ,ενώ η διαδικαστική μνήμη διατηρείται καλύτερα. Αντίθετα στις υποφλοιώδεις άνοιες και ιδίως στη χορεία του Huntington η διαδικαστική μνήμη διαταράσσεται περισσότερο. Στις περιπτώσεις αυτές η έκπτωση στις επιδόσεις των δοκιμασιών είναι ανάλογη με τη βαρύτητα της άνοιας και όχι με τη διαταραχή της κινητικότητας.

V Αφασικές διαταραχές

a) Οι διαταραχές του προφορικού λόγου

Οι αφασικές διαταραχές αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της συμπτωματολογίας στη νόσο ALZHEIMER. Στα αρχικά στάδια της νόσου είναι δυνατό να απουσιάζουν ή άλλοτε να αποτελούν για μήνες ή και έτη ακόμη το προέχων σύμπτωμα. Κατά κανόνα όμως υπάρχει αναλογία ανάμεσα στις αφασικές διαταραχές και στη βαρύτητα της ανοϊκής συνδρομής.

Οι αφασικές διαταραχές εξελίσσονται σε τρεις κυρίως φάσεις:

§ Στη πρώτη φάση παρατηρείται η έλλειψη της λέξης η οποία συνοδεύεται από σπάνιες παραφράσεις. Ο ασθενής δυσκολεύεται να κατονομάσει το αντικείμενο που του υποδεικνύει ο εξεταστής. Οι φωνητικές όμως και συντακτικές ιδιότητες του λόγου διατηρούνται.

§ Στη δεύτερη φάση, τα προηγούμενα συμπτώματα χειροτερεύουν, ενώ εμφανίζονται και διαταραχές στην κατανόηση του λόγου. Στη δοκιμασία επανάληψης λέξεων χωρίς νόημα παρατηρούνται συχνά μεταβολές των συλλαβών της λέξης(lagotomes). Ααντίθετα οι φωνητικές και συντακτικές ιδιότητες του λόγου διατηρούνται ακόμη και σχετικώς σε ικανοποιητικά επίπεδα.

§ Στο τέλος όλες οι παραπάνω διαταραχές παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση και μόνο οι ικανότητες επανάληψης των λέξεων διατηρούνται σχετικώς, παρουσιάζοντας σε μερικές περιπτώσεις το φαινόμενο της ηχολαλίας. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου παρατηρείται λογοκλονία(=ακούσια επανάληψη των τελευταίων συλλαβών της λέξης), είτε αυθορμήτως είτε στην εκούσια προσπάθεια της ομιλίας. Η λογοκλονία συνοδεύεται συνήθως από διαταραχή της μελωδικότητας του λόγου, τη λεγόμενη "δυσπροσωδίας".

Από παθογενετικής πλευράς οι παραπάνω "λεκτικο-νοητικές" διαταραχές αποτελούν το κυρίαρχο στοιχείο της αφασίας στη νόσο. Αναλύονται σε δυο τύπους: Ένα λεκτικό όπου το πρόβλημα βρίσκεται στην απώλεια του λεξιλογίου και ένα νοητικό κατά τον οποίο διαταράσσεται η εννοιολογική σημασία των λέξεων. Το τελευταίο είναι σχεδόν παθολογικό στη νόσο. Πρόκειται για καταστροφή της συμβολικής σημασίας των λέξεων που καταλήγει στην απώλεια της έννοιας.

b) Οι διαταραχές της ανεύρεσης λέξεων στη νόσο του ALZHEIMER

Οι διαταραχές της ανεύρεσης των λέξεων είναι ένα φαινόμενο γνωστό σε όλους τους ανθρώπους. Πρόκειται για τη λέξη που "γυρίζει στο νου, βρίσκεται στην άκρη της γλώσσας και δεν βγαίνει". Ο όρος αυτός αποδίδεται στην ελληνική γλώσσα ως "λεξαμνησία".

Η λεξαμνησία παρατηρείται σε όλες τις ηλικίες, περισσότερο στις μεγάλες και είναι ιδιαίτερα έντονη στη νόσο ALZHEIMER. Το φαινόμενο αυτό όσο και εάν φαίνεται απλό εκ πρώτης όψεως, είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο. Δεν είναι γνωστό εάν η λεξαμνησία αποτελεί στη νόσο απλώς μια προχωρημένη δυσχέρεια από αυτή που παρατηρείται στο φυσιολογικό γήρας, ή εάν εμφανίζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά π.χ, εάν αποτελεί διαταραχή πρόσβασης στο λεκτικό σύστημα, ή εάν πρόκειται για διαταραχή της σημασιολογικής μνήμης. δηλαδή μήπως ειδικώς στη νόσο ALZHEIMER εμπλέκεται και με άλλους φυσιοπαθολογικούς μηχανισμούς.

Η λεξαμνησία στο νόσο ALZHEIMER, έχει σχέση με τη βαρύτητα της νόσου. Πολλοί όμως παράγοντες επηρεάζουν το φαινόμενο αυτό, όπως διαφορές στην οργάνωση του εγκεφάλου μεταξύ ατόμων πριν νοσήσουν. Στη νόσο ALZHEIMER υπάρχουν διάφορες υποομάδες. Ορισμένες μορφές της νόσου αρχίζουν με διαταραχές του λόγου, άλλες με οπτικο-χωρικές διαταραχές και άλλες με αμνησικά σημεία.

c) Οι διαταραχές του γραπτού λόγου

Οι διαταραχές του γραπτού λόγου αποτελούσαν ανέκαθεν ένα ενδιαφέρον πεδίο ανάπτυξης προτύπων για μελέτη νευροψυχολογικών διαταραχών.

Οι διαταραχές της γραφής αν και αναφέρονται συχνά στη βιβλιογραφία πολύ λίγο έχουν μελετηθεί με συστηματικό τρόπο.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαταραχών όπως: πτώχεια στην οργάνωση της φράσης, επανάληψη των ίδιων λέξεων, διαταραχή οργάνωσης των λέξεων στο χώρο, παραγραφίες, λεκτικές αγραφίες(βλάβη της λεκτική οδού της γραφής), συντακτικές και ορθογραφικές διαταραχές.

V Απρακτικές διαταραχές

Με τον όρο απραξία αναφέρεται στην εκούσια επιτέλεση πράξεων σε άτομα που δεν υπάρχει παράλυση, αταξία και τα άτομα έχουν πλήρη συνείδηση της πράξης που πρέπει να επιτελεσθεί.

Οι απραξίες υποδιαιρούνται σε:

Η μελοκινητική απραξία. Είναι η απώλεια των κινητικών μνημονικών εικόνων που αφορούν ένα μέλος. Προκαλείται από ελαφρά βλάβη των ελίκων του εγκεφάλου, η οποία δεν είναι σε βαθμό ώστε να προκαλέσει παράλυση.

Η αμφοτερόπλευρη ιδεοκινητική απραξία. Προκαλείται από απομόνωση του αριστερού βρεγματικού λοβού από την εκτελεστική περιοχή. Εάν η βλάβη αφορά το μεσολόβιο και απομονώνεται μόνο η δεξιά εκτελεστική περιοχή, τότε υπάρχει ιδεοκινητική απραξία αριστερά.

Η ιδεακή απραξία. Προκαλείται όταν η διαταραχή των πράξεων είναι εξαρτημένη από την σκέψη του ατόμου και διαταράσσεται η ιδεακή σύλληψη αυτής. Οφείλεται σε διάχυτη βλάβη της οπίσθιας μοίρας του αριστερού ημισφαιρίου.

Στη σύγχρονη ταξινόμηση των απραξιών, διακρίνονται κυρίως τέσσερις μεγάλες ποικιλίες διαταραχών, οι οποίες είναι:

1) **Η κατασκευαστική απραξία.** Εμφανίζεται ως αδυναμία του ασθενή να σχεδιάσει αυθόρμητα ένα μοντέλο, π.χ. ένα τετράγωνο, ένα κύβο κτλ. Οφείλεται σε βλάβη της βρεγματικής περιοχής του αριστερού ημισφαιρίου και από άλλους του δεξιού.

2) **Η ιδεοκινητική απραξία.** Χαρακτηρίζεται ως δυσκινησία στο χώρο. Η δυσκινησία αυτή είναι περιορισμένη σε ένα ιδιαίτερο τύπου χώρο, σε αυτόν που επικεντρώνεται το σώμα. Ο σχετικός τύπος απραξίας είναι ιδιαίτερα εμφανής κατά την επιτέλεση πράξεων που λέγονται κατά συνθήκη "συμβολικές" (στρατιωτικός χαιρετισμός, σημείο σταυρού κτλ) ή κινήσεων "μίμησης" των κινήσεων των άλλων. Κατά γενικό κανόνα οι ασθενείς με ιδεοκινητική απραξία είναι ικανοί να αναγνωρίζουν τη συμβολική σημασία των κινήσεων όταν ο εξεταστής τις κάνει ενώπιον τους.

3) **Η ιδεακή απραξία.** Κατά την επιτέλεση μίας πολύπλοκης πράξης, διαταράσσεται η λογική σειρά των διαφόρων ενεργειών που πρέπει να γίνουν, ενώ κάθε μια ενέργεια γίνεται φυσιολογικά όταν επιχειρηθεί μεμονωμένως. Η διαταραχή εμφανίζεται με διάφορους τρόπους. Ο ασθενής δεν μπορεί να ανάψει ένα κερί με σπίρτα, για παράδειγμα τρίβει τα σπίρτα στο κουτί από την ανάποδη πλευρά, ή φέρνει το σβησμένο σπίρτο προς το κερί. Δηλαδή κάθε ξεχωριστή κίνηση που αποτελεί μια πράξη γίνεται, αλλά η αδυναμία έγκειται στη σωστή σειρά των διαδοχικών κινήσεων.

4) **Η απραξία ένδυσης.** Πρόκειται για διαταραχή κατά την οποία το

άτομο δυσκολεύεται να προσανατολισθεί και να φορέσει σωστά τα ρούχα του. Τα πιάνει συχνά κατά τρόπο αφύσικο και αν τύχει να τα τοποθετήσει σωστά, δεν μπορεί να κάνει τις διορθωτικές κινήσεις για να τα στρώσει επάνω στο σώμα του.

Η απραξία αυτή δεν σχετίζεται όπως οι προηγούμενες με τον έλεγχο του χώρου. Εμφανίζεται κατά κανόνα σε ημισωματοαγωγσίες και σε διαταραχές των οπτικών συνεργικών κινήσεων. Η ανατομική βλάβη αφορά το δεξιό ημισφαίριο.

V Αγνωστικές διαταραχές

Από τις αγνωστικές διαταραχές ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι οπτικές. Οι οπτικές αγνωσίες εμφανίζονται πολύ νωρίς και αφορούν κυρίως την αναγνώριση εικόνων αντικειμένων. Η αναγνώριση των αντικειμένων αυτών καθ'εαυτών καθώς και η ταξινόμηση των χρωμάτων διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Από μελέτες της σχολής της Γενεύης στη δεκαετία του 1960, έχει βρεθεί από μορφογνωστική άποψη ότι :

- i. Τα συνήθη αντικείμενα απαιτούν μικρότερη διερεύνηση παρά οι γεωμετρικές μορφές και σε ανάλογες δοκιμασίες οι ασθενείς συνήθως δεν κάνουν λάθη.
- ii. Όλες οι τρισδιάστατες μορφές αναγνωρίζονται όταν υπάρξουν τέσσερα στοιχεία προς εκλογή και τα στοιχεία είναι όλα διαφορετικά. Όταν παρουσιάζονται τρία στοιχεία με παρόμοια μορφή, αλλά διαφορετικού μεγέθους χωρίς να είναι σφαιρικά, τα λάθη εμφανίζονται στο προλειτουργικό στάδιο, χωρίς η μια μορφή να υπερισχύει της άλλης. Οι μορφές μεγάλου μεγέθους αναγνωρίζονται πάντοτε, αλλά αυτές με μεσαίο ή μικρό μέγεθος συγχέονται. Σφαίρες διαφορετικού μεγέθους, αντίθετα με τα παραπάνω, αναγνωρίζονται όλες.
- iii. Η αναγνώριση μορφών με δυο διαστάσεις είναι ευκολότερη όταν αυτές είναι ανοικτές παρά κλειστές, ενώ οι τετράγωνες και κυκλικές διακρίνονται ευκολότερα από αυτές που έχουν γωνίες.

Ø Αποδιοργάνωση σε νευρολογικό επίπεδο

Η σχολή της Γενεύης περιγράφει τέσσερα στάδια κινητικής αποδιοργάνωσης:

Στο **πρώτο στάδιο**, η νευρολογική εξέταση είναι φυσιολογική, αλλά προοδευτικώς εμφανίζονται, ήπιος τρόμος, αραιές συγκινησίες απομίμησης και ορισμένα σημεία αισθητικής απόσβεσης, δηλαδή σε ταυτόχρονο ερεθισμό π.χ. κτύπημα με το δάχτυλο από τον εξεταστή συγχρόνως το χέρι και το πόδι του ασθενή, αισθάνεται ο τελευταίος μόνο την αφή στο χέρι. Επίσης το σημείο που αισθάνεται ο ασθενής την αφή είναι το σημείο που βρίσκεται πλησιέστερα στον εγκέφαλο.

Στο **δεύτερο στάδιο**, το πρόσωπο είναι ανέκφραστο αλλά παίρνει εύκολα έκφραση σε μια συζήτηση. Σε όρθια στάση ο κορμός είναι καθηλωμένος περίπου όπως στον ασθενή με πάρκινσον. Οι κινήσεις των άνω άκρων είναι περιορισμένες, χωρίς όμως κάμψη των αντιβραχίων. Κατά τη βάδιση υπάρχει δυσβασία, αλλά όχι μικροβηματισμός. Όταν ο ασθενής κάθεται είναι δύσκαμπτος και δεν γέρνει την πλάτη του στην πλάτη του καθίσματος. Τα χέρια τοποθετημένα επάνω στα γόνατα, κάνουν ενίοτε κινήσεις τριβής ή ελαφρά κτυπήματα. Η προσοχή είναι διαταραγμένη και αυτό έχει επίπτωση στις διάφορες πράξεις που καλείται να επιτελέσει. Οι πράξεις μένουν ημιτελείς και γίνονται μόνο μετά από επαναλαμβανόμενη παρότρυνση.

Στο **τρίτο στάδιο**, της κινητικής αποδιοργάνωσης εμφανίζονται στερεοτυπίες με τη μορφή μιας μεμονωμένης κίνησης όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος. Οι στερεοτυπίες αυτές ονομάζονται "εργασία κλινοστρωμνής". Εκλύονται στην αρχή από συγκίνηση ή από τοποθέτηση στο χέρι του ασθενή ενός τεμαχίου χαρτιού ή υφάσματος.

Στο **τέταρτο στάδιο**, τα παραπάνω συμπτώματα αυξάνουν. Η βάδιση διαταράσσεται και παρατηρείται μικροβηματισμός. Τα αντανακλαστικά σύλληψης των χειρών αυξάνουν με μια τάση του ασθενή να συλλάβει το αντικείμενο που πλησιάζει προς αυτόν. Στα κάτω άκρα εμφανίζεται το φαινόμενο του Potzi (=παράδοξη σύσπαση του τετρακέφαλου κατά τη δοκιμασία Lasague), το αντανακλαστικό σύλληψης του πέλματος κατ'αναλογία με αυτό της χειρός και μια τάση διατήρησης των θέσεων.

Τα στοματικά αντανακλαστικά είναι ταυτοχρόνως αυτόματα και προκλητά. Το άνοιγμα του στόματος και η προβολή της γλώσσας, το άνοιγμα του στόματος και η προσπάθεια σύλληψης ενός αντικειμένου, η τάση απομύζησης αντικειμένου που πλησιάζει προς το στόμα, παρατηρούνται σε ποικίλα οπτικά και δερματικά ερεθίσματα.

Στο **τελευταίο στάδιο**, ιδιαίτερα εντυπωσιακές είναι οι οφθαλμικές διαταραχές. Οι αυτόματες οφθαλμικές κινήσεις είναι μειωμένες, ορισμένες "αναρχικές κινήσεις" που παρατηρούνται κατά την προσπάθεια καθήλωσης του βλέμματος, δεν είναι συνδεδεμένες με την προσπάθεια αυτή, αλλά γίνονται σε ένα γενικό πλαίσιο αποδιοργάνωσης. Στην προσπάθεια ανάγνωσης το βλέμμα αναπηδά από γραμμή σε γραμμή χωρίς όμως τάση σύλληψης.

Αναφέρεται επίσης ότι η οφθαλμοκινητικότητα δυσχεραίνεται από τις κινήσεις της κεφαλής.⁷

2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου ALZHEIMER στο ανοϊκό στάδιο δεν θα πρέπει να θεωρείται σαν διάγνωση αποκλεισμού. Θα πρέπει να προσανατολισθεί προς την κατεύθυνση της θετικής διάγνωσης, με μια γενική εξέταση και με εκτίμηση των νοητικών, ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών.

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά από το ερωτηματολόγιο προς τον ασθενή και το περιβάλλον του. Θα πρέπει να επιβεβαιώνονται τα λεγόμενα του ασθενή από τους συγγενείς. Τα παράπονα για τη μνήμη είναι τα συχνότερα. Ο γιατρός όμως θα πρέπει να προσέξει κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενή, στην προσωπικότητα του και στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Θα πρέπει επίσης να δοθεί δέουσα προσοχή στο οικογενειακό ιστορικό, ιδίως εάν σχετίζεται με άνοιες καθώς και σε θεραπείες που έλαβε ο ασθενής στο παρελθόν, ιδίως σε ψυχοτρόπα φάρμακα.

Μετά από το ερωτηματολόγιο, θα πρέπει να ακολουθεί η συστηματική κλινική και νευροψυχολογική διερεύνηση. Το Mini Mental State(MMS), είναι η πρώτη εξέταση που συνίσταται για μια ταχεία και απλή ποσοτική εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων.

Από τις παρακλινικές εξετάσεις συνίσταται η αιματολογική και βιοχημική εξέταση αίματος, ο προσδιορισμός θυρεοειδικών ορμονών. Οι άλλες αιματολογικές εξετάσεις, γίνονται εάν τα κλινικά συμπτώματα ή το αμνηστικό του ασθενή το απαιτούν, διότι άλλως δεν βοηθούν στη διάγνωση της νόσου ALZHEIMER.⁶

2.3 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Υπάρχουν σήμερα και χρησιμοποιούνται διεθνώς ορισμένοι τύποι κριτηρίων :

i. NINCDS-ADRDA τα οποία θέσπισε μια ομάδα εργασίας πολλών ειδικοτήτων από το Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών και Αποπληκτικών διαταραχών και η εταιρία της νόσου του ALZHEIMER και συναφών διαταραχών.

ii. DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας. Τέλος τα CIM-10/ICD- 10 που αντιστοιχούν στη διεθνή ταξινόμηση των Νοητικών διαταραχών.



2.4 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ(NINCDS-ADRDA)

Τα κριτήρια για την πιθανή διάγνωση της νόσου είναι :

- Û Ένα ανοϊκό σύνδρομο που επικαλείται από κλινικά δεδομένα που προκύπτουν από μια κλίμακα όπως το Mini Mental State, η κλίμακα του Blessed, η μια παραπλήσια εξέταση και επιβεβαιώνεται από νευροψυχολογικές δοκιμασίες.
- Û Η παρουσία διαταραχών τουλάχιστον σε δυο νοητικές λειτουργίες.
- Û Η προοδευτική επιδείνωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών.
- Û Η έναρξη μεταξύ ηλικιών από 40 έως 90 ετών, συνήθως μετά τα 65 χρόνια.
- Û Η απουσία συστηματικής ή εγκεφαλικής νόσου η οποία θα μπορούσε να δικαιολογήσει από μόνη της, τις προοδευτικές νοητικές διαταραχές.

Η διάγνωση της πιθανής νόσου στηρίζεται σε :

- Û Προοδευτική διαταραχή του λόγου(αφασία), της κινητικής επιδεξιότητας(απραξία),ή της αναγνώρισης(αγνωσία),
- Û Ελάττωση των καθημερινών δραστηριοτήτων και σε διαταραχές της συμπεριφοράς,
- Û Οικογενειακά ιστορικά παραπλήσιων διαταραχών,
- Û Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων :απουσία ανωμαλίας του ENY με εξέταση με τις συνήθεις μεθόδους, ΗΕΓ φυσιολογικό, ή που να εμφανίζει ανωμαλίες μη ειδικές, όπως αύξηση των βραδέων κυμάτων, προοδευτική εγκεφαλική ατροφία βεβαιωμένη από επαναλαμβανόμενα scanners.

Άλλα κλινικά χαρακτηριστικά είναι συμβατά με τη διάγνωση της νόσου μετά από αποκλεισμό άλλων αιτιών ανοιών :

- Û Παρουσία στάσιμων περιόδων κατά την εξέλιξη της νόσου
- Û Συνοδά συμπτώματα :κατάθλιψη, αϋπνία, ακράτεια, ψευδαισθήσεις, αιφνίδιες αντιδράσεις (λεκτικές, συγκινησιακές ή φυσικές), σεξουαλικές διαταραχές ή απώλεια βάρους,
- Û Παρουσία σε μικρούς ασθενείς, ιδίως σε προχωρημένο στάδιο άλλων νευρολογικών σημείων :υπερτονία, μυοκλονίες, διαταραχές της βάδισης, επιληπτικές κρίσεις,
- Û Αιφνίδιο κώμα σε προχωρημένο στάδιο της νόσου,
- Û Απεικονικός έλεγχος φυσιολογικό για την ηλικία.

Συμπτώματα που καθιστούν τυχαία τη διάγνωση της "πιθανής νόσου ALZHEIMER":

- Û Αιφνίδια έναρξη,
- Û Εστιακά νευρολογικά σημεία όπως :ημιπάρεση, αισθητικές διαταραχές, μείωση του οπτικού πεδίου, διαταραχές της συνέργειας σε μια πρόιμη φάση της νόσου,
- Û Επιληπτικές κρίσεις ή διαταραχές της βάδισης στην αρχή της νόσου.

Η διάγνωση της δυνατής νόσου μπορεί να τεθεί :

- Û Ενώπιον ενός ανοϊκού συνδρόμου με απουσία άλλων συστηματικών παθήσεων, νευρολογικών, ψυχιατρικών, συχνά δυνάμεων να εξηγήσουν τα συμπτώματα και σε παρουσία διακυμάνσεων στον τρόπο έναρξης των αρχικών συμπτωμάτων και στην εξέλιξη,
- Û Σε παρουσία μιας άλλης συστηματικής πάθησης ή εγκεφαλικής, ύποπτης να προκαλέσει μια άνοια που δεν θεωρείται όμως ως η αιτία της νόσου,
- Û Μπορεί να γίνει σε παρουσία μιας γενικής ή εγκεφαλικής πάθησης ικανής να είναι η αιτία της άνοιας αλλά που να μην θεωρείται η αιτία της νόσου,
- Û Η διάγνωση πρέπει να χρησιμοποιείται κατά την πορεία μελετών ενώπιον μιας μεμονωμένης σοβαρής νοητικής διαταραχής και ακολούθως σε απουσία άλλης αιτίας δυνάμενης να εντοπισθεί.

Η διάγνωση της νόσου είναι βέβαια μόνο όταν :

Û Η άνοια έχει τα κλινικά χαρακτηριστικά μιας "πιθανής νόσου"
και

Û Η ιστοπαθολογική επιβεβαίωση έχει γίνει με βιοψία ή
νεκροψία.⁶

2.5 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ(DSM IV)

1. Εγκατάσταση πολλαπλών νοητικών διαταραχών
εμφανιζομένων συγχρόνως με :

⇒ Διαταραχή της μνήμης (μείωση της ικανότητας μάθησης νέων
πληροφοριών ή ανάκληση πληροφοριών που έμαθε προηγουμένως)

⇒ Μια από τις ακόλουθες νοητικές διαταραχές :

§ Αφασία (διαταραχή του λόγου)

§ Απραξία (μείωση των ικανοτήτων να εκτελεί με τα χέρια
δραστηριότητες παρά μια ανέπαφη κινητική λειτουργία)

§ Αγνωσία (αδυναμία να γνωρίσει τα αντικείμενα παρά τις ανέπαφες
αισθητηριακές λειτουργίες)

§ Διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών (π.χ. σχεδιασμός, οργάνωση,
διαδοχή, αφαίρεση).

2. Οι νοητικές διαταραχές των παραπάνω κριτηρίων προκαλούν
εκάστη αξιωσημείωτη μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων και
αντιπροσωπεύουν αξιωσημείωτη αποδιοργάνωση σε σχέση με το προηγούμενο
λειτουργικό επίπεδο.

3. Η εξέλιξη χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική έναρξη και
συνεχή νοητική αποδιοργάνωση.⁶

2.6 ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ICD-10

Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται σε καθένα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

⇒ Ήπια έναρξη και διαταραχή βραδέως προοδευτική. Η έναρξη των διαταραχών είναι συνήθως δύσκολη να αποκαλυφθεί και το περιβάλλον συνειδητοποιεί ξαφνικά την παρουσία της διαταραχής.

⇒ Η απουσία ενδείξεων μετά από την κλινική εξέταση και τις συμπληρωματικές διερευνήσεις, υπέρ μιας άλλης σωματικής ή εγκεφαλικής νόσου ικανής να προκαλέσει άνοια (π.χ. υποθυρεοειδισμός, υπερασβεστιαμία, έλλειψη βιταμίνης 12, έλλειψη νικοτινικού οξέως, υδροκέφαλος)

⇒ Παρουσία άνοιας που να αντιστοιχεί στην παραπάνω περιγραφή

Σε μερικές περιπτώσεις οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου ALZHEIMER και μιας αγγειακής νόσου μπορούν να συνδυάζονται. Πρέπει να γίνει διπλή διάγνωση όταν οι εκδηλώσεις της μίας και της άλλης νόσου είναι και οι δυο παρούσες. Όταν μια αγγειακή άνοια προηγείται της νόσου ALZHEIMER, μπορεί να είναι δύσκολο να γίνει η διάγνωση της τελευταίας μόνο από τα κλινικά στοιχεία.

Για τη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- Καταθλιπτικές διαταραχές
- Παραλήρημα
- Αμνησιακό οργανικό σύνδρομο
- Άλλη πρωτοπαθής άνοια π.χ. νόσος του Parkinson
- Δευτεροπαθής άνοια, συνδυασμένη με άλλες νόσους ή τοξικώσεις
- Νοητική καθυστέρηση ελαφρά, μέσης βαρύτητας ή βαριά 6

2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

I. Ιστορικό, φυσική εξέταση, εξέταση γνωσιακών λειτουργιών.

Νευρολογική εξέταση για τον εντοπισμό νόσων που παρουσιάζουν και ανοϊκές διαταραχές.

II. Κλίμακες και tests που χρησιμοποιούνται.

1. Σύντομη εξέταση νοητικής κατάστασης:κλίμακα Mini Mentalstate Examination,με την οποία διαπιστώνεται η παρουσία άνοιας.

Η κλίμακα περιλαμβάνει :

- § Έλεγχο προσανατολισμού με ερωτήσεις του τύπου :τι μήνα έχουμε ;
- § Καταγραφή. Θα σας πω τρεις λέξεις και θα επαναλάβετε μετά από μένα και να τις θυμάστε όταν θα σας ξανακάνω την ερώτηση
- § Συγκέντρωση. Δυνατότητα αριθμητικών πράξεων.
- § Ανάκληση. Επαναλάβετε τις 3 λέξεις που σας είχα ζητήσει παραπάνω.
- § Κατονομασία. Δείχνουμε στον ασθενή δυο αντικείμενα και ζητούμε να τα κατονομάσει .
- § Επανάληψη. Ζητάμε στον ασθενή να επαναλάβει μετά από εμάς.
- § Εκτέλεση εντολών. Περιλαμβάνει 3 στάδια:Δίνουμε στον ασθενή ένα λευκό χαρτί και του λέμε 1.Να πάρει το χαρτί στο δεξί του χέρι 2.Να το διπλώσει στη μέση 3.Να το αφήσει στο πάτωμα .
- § Αντίδραση. Δείχνουμε στον ασθενή ένα χαρτί που να γράφει με κεφαλαία "κλείσε τα μάτια σου" και του λέμε να κάνει ότι γράφει το χαρτί .

§ Αυτόματη γραφή. Δίνουμε στον ασθενή χαρτί και μολύβι και του λέμε να γράψει μια ολοκληρωμένη πρόταση που να περιλαμβάνει υποκείμενο-ρήμα .

§ Αντιγραφή. Ζητάμε από τον ασθενή να αντιγράψει ένα σχήμα από 2 πεντάγωνα που τέμνονται .

§ Συνολικό άθροισμα . Έχει καθοριστεί σαν όριο άνοιας η βαθμολογία 23 σε σύνολο 30 σε άτομα με 8 χρόνια εκπαίδευσης

Άλλες κλίμακες που χρησιμοποιούνται, είναι :

2. Geriatric Perpression screening scale, η οποία χρησιμοποιείται για την διάγνωση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους με στοιχεία διάκρισης από την άνοια.
3. Global Deterioration scale του Reiberg, η οποία εκτιμά τη βαρύτητα της νόσου και διακρίνει επτά στάδια.
4. Geroutopsy chological observation scale for activities of baily living, η οποία παρακολουθεί και εκτιμά την πορεία της νόσου μέσα από καθημερινές δραστηριότητες,
5. Mental status Questionnaine, το οποίο είναι test μνήμης και εκτιμά το βαθμό ανεπάρκειας αυτής.⁸

III.Αποκλεισμός αναστρέψιμων ανοιών πού πραγματοποιείται κάνοντας τις παρακάτω εξετάσεις :

Αιματολογικός/βιοχημικός έλεγχος, που περιλαμβάνει γενική αίματος, γενική ούρων, ΤΚΕ, ουρία, κρεατίνη, σάκχαρο, SGOT, Sept, γGt, TSH, T3, T4, ασβέστιο, αλκαλική φωσφατάση, έλεγχος λοιμώξεων, έλεγχος για παρανεοπλασματική εκδήλωση, έλεγχος για νοσήματα του κολλαγόνου π.χ. ερυθματώδης λύκος, μέτρηση B-12βιταμίνης –φολλικού. Μέτρηση ομοκυστεΐνης.

Ανατομική απεικόνιση που περιλαμβάνει αξονική και μαγνητική τομογραφία και εξετάζει με μεγαλύτερη τεχνική ευκολία την ανατομία του κροταφικού λοβού, την διεύρυνση των αυλάκων του εγκεφάλου και ειδικότερα της περιποκάμπειας αύλακας, αποτέλεσμα της ατροφίας του ιπποκάμπου. Οι εξετάσεις αυτές είναι αξιόπιστες σε ποσοστό 70% των ασθενών με ήπια νόσο, 84% με μέτρια βαρύτητα και 96% με σοβαρή νόσο.

Η λειτουργική απεικόνιση του εγκεφάλου επιτυγχάνεται με δυο εξετάσεις :το PET και το SPECT. Οι εξετάσεις αυτές μας δίνουν την ευκαιρία να απεικονιστούν σε δυο ή τρεις διαστάσεις και σε πολλά επίπεδα παράμετροι, όπως μεταβολική δραστηριότητα, αιματική ροή του εγκεφάλου καθώς και η λειτουργία των νευροδιαβιβαστών.⁸

2.8 Περιφερικοί δείκτες

Είναι νέες τεχνικές που αναπτύσσονται και περιλαμβάνουν τη μέτρηση ουσιών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Αναλυτικότερα, οι κύριοι βιολογικοί δείκτες της νόσου είναι το β-αμυλοειδές και η πρωτεΐνη.

Οι δοκιμασίες αυτές δεν είναι διαθέσιμες στην καθημερινή κλινική πράξη.⁹

2.9 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

1) Αγγειακές άνοιες. Σε αυτή την κατηγορία υπάγονται ποικίλες αγγειακές εγκεφαλικές καταστάσεις όπως τα μεγάλα έμφρακτα, μικρά κενотоπιώδη, η νόσος τουBins Wanger, αμυλοειδική αγγειοπάθεια, μικρά φλοιώδη έμφρακτα.

2) Άνοια με σωμάτια hewy.

3) Άνοιες μετωπιαίου λοβού. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνεται η νόσος του Pick, οι άνοιες ακαθόριστης ιστολογικής εικόνας, η άνοια με οιδηματώδεις χρωματολυτικούς νευρώνες καθώς και η μετωπιαία άνοια με μυατροφία.

4) Άνοια από υδροκέφαλο χαμηλής πίεσης.

5) Υποφλοιώδεις και εκφυλιστικές άνοιες. Στην ομάδα αυτή κατατάσσονται :η νόσος του Huntington, η νόσος του Wilson, η νόσος του Parkinson.

6) Νοσήματα της πρωτεΐνης Prion.

7) Σύνδρομα εστιακής φλοιώδους ατροφίας. Εδώ υπάγονται η προοδευτική αφασία και η προοδευτική οπίσθια φλοιώδης ατροφία.

8) Μεταβολικής και τοξικής αιτιολογίας, σε αυτά υπάγονται τα ανοϊκά σύνδρομα που οφείλονται σε έλλειψη βιταμίνης B12, υποθυρεοειδισμό, αλκοολισμό.

9) Λοιμώξεις που μπορεί να εκδηλωθούν με ανοϊκό σύνδρομο είναι η νευροσύφιλη, χρόνιες μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτις από απλό έρπητα, το AIDS, η νόσος του Whipple.

10) Συχνά νευρολογικά νοσήματα όπως πρωτοπαθείς και μεταστατικοί όγκοι, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα, το τραύμα και η σκλήρυνση κατά πλάκας.

11) Ψυχιατρικά νοσήματα : παραλήρημα, ψυχικές διαταραχές, ψευδοάνοια, ελαφρά διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών.

12) Διαφοροδιάγνωση από τη φυσιολογική διεργασία της γήρανσης.⁹



ΠΙΝΑΚΑΣ

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ

	Ασθενής με άνοια	Φυσιολογικός ηλικιωμένος
Ξεχνά	Όλο το γεγονός	Μέρος του γεγονότος
Καθυστερημένη ανάκληση ονομάτων	Συχνή	Σπάνια
Ακολουθεί προφορικές εντολές	Σταδιακή ανικανότητα	Συνήθως ικανός
Παρακολούθηση ιστορίας στην τηλεόραση	Σταδιακή ανικανότητα	Παραμένει η συνήθης ικανότητα
Αριθμητικοί λογαριασμοί	Σταδιακή ανικανότητα	Μπορεί να είναι πιο αργός από πρώτα
Ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης	Σταδιακή ανικανότητα	Ικανός
Αντίδραση σε ότι ξεχνά	Έλλειψη επίγνωσης	Τονίζει το πρόβλημα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

3.1 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

ΣΤΑΔΙΟ 1: Κατά το στάδιο αυτό δεν παρατηρούνται διαταραχές ανωτέρων λειτουργιών αντικειμενικά και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.

ΣΤΑΔΙΟ 2: Παραπονείται για διαταραχές μνήμης.

ΣΤΑΔΙΟ 3: Παρατηρείται ήπια νοητική καθυστέρηση, π.χ. μειωμένη απόδοση, δυσκολία να ανακαλεί γνωστά ονόματα, χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστο μέρος κ.α.

ΣΤΑΔΙΟ 4: Εμφανίζει μέτρια νοητική καθυστέρηση. Για παράδειγμα, παρουσιάζει κενά μνήμης, μειωμένη γνώση σε τρέχοντα και πρόσφατα γεγονότα, αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολεύεται στο χειρισμό οικονομικών, αδυναμία σε σύνθεση εργασίας, απόσυρση από προβληματικές καταστάσεις.

ΣΤΑΔΙΟ 5: Έναρξη της άνοιας. Ο ασθενής είναι πλέον εξαρτημένος. Δυσκολεύεται να ανακαλέσει βασικά στοιχεία, όπως τηλέφωνο, όνομα πολύ γνωστών κ.α.

ΣΤΑΔΙΟ 6: Μέτρια άνοια. Ξεχνά το όνομα της συζύγου, το δικό του, θυμάται μερικά γεγονότα του παρελθόντος και αδυνατεί να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα και εμπειρίες. Δυσκολεύεται στην κανονική και αντίστροφη μέτρηση. Χρειάζεται βοήθεια στις συνήθεις καθημερινές ασχολίες. Ρυθμός ύπνου διαταραγμένος, διαταραχές χαρακτήρα και συναισθήματος με εκδηλώσεις, όπως παραληρητικής συμπεριφοράς-ομιλία σε καθρέφτη-ψυχαναγκαστικά και αγχώδη συμπτώματα, διεγέρσεις ή και βίαιη συμπεριφορά, γνωσιακή αβουλία με αδυναμία σκέψης και προσδιορισμού πράξεως.

ΣΤΑΔΙΟ 7: Σοβαρή άνοια. Ο ασθενής χάνει κάθε λεκτική ικανότητα, παρουσιάζει ακράτεια ούρων, χάνει βασικές ψυχοκινητικές ικανότητες, όπως περπάτημα, χρειάζεται βοήθεια για την τουαλέτα, φαγητό κ.α. Γενικά το άτομο είναι εξαρτημένο.⁴

3.2 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

3.2.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Βρέθηκαν :

- 1) Χαμηλές τιμές B12 βιταμίνης
- 2) Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης
- 3) Μειωμένα επίπεδα ακετολοχολίνης, χολινοακετυλερανσφεράσης, σωματοστατίνης και μονοαμινών λόγω της απώλειας ειδικών ομάδων που συνθέτουν αυτούς τους διαβιβαστές στο εγκεφαλικό στέλεχος.⁹

3.2.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η αξονική τομογραφία(CT) εκτιμά με γραμμικές μετρήσεις ,όπως :αμφιμετωπιαία, αμφι-κερκοφόρος διάμετρος, διάμετρος της τρίτης κοιλίας ή των πλαγίων κοιλιών, την εγκεφαλική ατροφία. Οι μετρήσεις αυτές δεν έδειξαν αξιοσημείωτες διαφορές σε σύγκριση υγιών και ανοϊκών ατόμων. Με πολύπλοκους υπολογισμούς, βρέθηκαν αξιόλογες διαφορές οι οποίες όμως δεν είχαν χρησιμότητα στην καθημερινή πράξη. Στα πρώτα στάδια η αξονική τομογραφία μπορεί να μην προσφέρει καμία βοήθεια.

Η μαγνητική τομογραφία(MRI) δεν είναι προσιτή στην κλινική πράξη, έχει όμως το πλεονέκτημα της συσχέτιση της ατροφίας με περιοχές μειωμένου μεταβολισμού στο PET(τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων).

Η CERAD (consortium to establish registry of Alzheimer Disease)πρότεινε ένα πρωτόκολλο εκτίμησης με MRI που συντάχτηκε από 14

επιφανείς νευροακτινολόγους και το οποίο εκτιμά 7 στοιχεία :την ολική εγκεφαλική ατροφία, τη συλβείο αύλακα, την κροταφική περιοχή, το κροταφικό κέρασ της τρίτης κοιλίας, την πλάγια κοιλία και εγκεφαλικές αύλακες σε συνδυασμό με την εκτίμηση της λευκής ουσίας.

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική στη διαγνωστική προσπάθεια της νόσου Alzheimer. Κατέστη δυνατή η ανίχνευση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας πριν ακόμη από την εμφάνιση της κυτταρικής απώλειας και πριν η CT και η MRI δείξουν αλλοιώσεις.

Έχει αναφερθεί μια σχέση μεταξύ της μείωσης του μεταβολισμού της γλυκόζης του εγκεφάλου, της κυτταρικής απώλειας και της γλοίωσης. Ο μεταβολισμός του οξυγόνου, ο τοπικός μεταβολισμός της γλυκόζης και η αιματική ροή μετρώνται με σύγχρονες τεχνικές, καθώς επίσης εκτιμώνται και οι διάφοροι νευροδιαβιβαστές, χολινεργικοί, σεροτονινεργικοί, ντοπαμινεργικοί και το PET με τις έγχρωμες εικόνες του, δίνει μια αντικειμενική διαγνωστική πληροφόρηση.

Έχουν περιγραφεί μεταβολές των φλοιωδών κροταφο-βρεγματικών και μετωπιαίων περιοχών σε ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο. Οι μεταβολές όμως ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή. Έχουν περιγραφεί υποομάδες ασθενών με νόσο Alzheimer, όπου ο υπομεταβολισμός προέχει στις κροταφό-βρεγματικές, στις πλάγιες ρινεγκεφαλικές και μετωπιαίες περιοχές. Οι υποομάδες αυτές χαρακτηρίζουν περισσότερο ποιοτικώς τη νόσο παρά τη βαρύτητά της.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4⁰

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Συγκεκριμένη θεραπεία δεν υπάρχει. Εφόσον η νόσο είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη, όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων ώστε να εξασφαλιστεί ικανοποιητική και κατά το δυνατόν άνετη ζωή για τον ασθενή.

Η στρατηγική βελτίωσης ή επιβράδυνσης της συμπτωματικής επιδείνωσης στη νόσο Alzheimer περιλαμβάνει τις ακόλουθες συνιστώσες :

- i. Τη θεραπεία ενίσχυσης των γνωστικών ελλειμμάτων
- ii. Τη νευροπροστατευτική θεραπεία
- iii. Την αντιμετώπιση άλλων νευρολογικών ή ψυχιατρικών συμπτωμάτων της νόσου(κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, ψυχωτική συμπτωματολογία, επιληπτικές κρίσεις
- iv. Τη γενική μη φαρμακευτική υποστήριξη προς τον ασθενή και την οικογένεια του.

4.2 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

Οι αναστολείς της χολινεστεράσης είναι η πιο καλά μελετημένη ομάδα ουσιών στη νόσο. Βελτιώνουν τα γνωστικά συμπτώματα και προσωρινά τουλάχιστον, μειώνουν το ρυθμό νοητικής έκπτωσης. Παρουσιάζουν ήπια ή μέτρια μεν, αλλά βεβαιωμένη αποτελεσματικότητα. Τα διεθνώς χρησιμοποιούμενα σήμερα στην καθημερινή κλινική πράξη αντιχολινεστερασικά φάρμακα επιτυγχάνουν σε ικανό ποσοστό βελτίωση ασθενών ή σταθεροποίηση της κατάστασης.

Φάρμακα που δρουν ανακουφιστικά είναι :

⇒ Τακρίνη. Έχει σχεδιαστεί για τη θεραπεία διαταραχών της μνήμης και προκαλεί μια σύντομη επιβράδυνση της νόσου στο 20% περίπου των ασθενών. Μπορεί να παρουσιάσει γαστρεντερικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ηπατοτοξικότητα.

⇒ Δονεπεζίλη(Aricept). Το φάρμακο χαρακτηρίζεται από υψηλή πρωτεϊνική δέσμευση, μακρά ημιπερίοδο ζωής και επίτευξη σταθερής κατάστασης σε 3 εβδομάδες. Μεταβολίζεται από το ήπαρ και αποβάλλεται κυρίως από τους νεφρούς.

⇒ Ριβαστιγμίνη(Exelon/Novartis). Το μεγαλύτερο ποσοστό του φαρμάκου διέρχεται τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισέρχεται στο ΚΝΣ, όπου προκαλεί ψευδό μη-αναστρέψιμη αναστολή της

χολινεστεράσης που διαρκεί περίπου 10 ώρες, πολύ περισσότερο από το χρόνο παραμονής της στο πλάσμα. Η ριβαστιγμίνη μεταβολίζεται σχεδόν αποκλειστικά από το ένζυμο-στόχο και απεκκρίνεται από τους νεφρούς χωρίς να έχει καμία μεταβολική δράση στα ηπατικά μικροσωματικά ένζυμα. Επιπλέον έχει μικρή σύνδεση με τις πρωτεΐνες του πλάσματος. Έτσι σε μεγάλες κλινικές μελέτες έδειξε ότι δεν έχει αλληλεπιδράσεις με φάρμακα που χορηγούνται για πολλές συνυπάρχουσες παθήσεις, στα ηλικιωμένα άτομα με άνοια. Τέλος βελτιώνει τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών με άνοια Alzheimer.

⇒ Γκαλανταμίνη(Reminyl/Janssen-Cilag). Παρουσιάζει διπλό μηχανισμό δράσης. Είναι ασθενής αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης (Ache), αλλά ταυτόχρονα και κυρίως ενισχύει τη χολινεργική νευρομεταβίβαση.

Άλλα αντιχολινεστερασικά φάρμακα :βενλακρίνη, ο μη αναστρέψιμος αναστολέας μετριφονάτη και η φυσοστιγμίνη σε φαρμακοτεχνική μορφή διαδερμικής απορρόφησης.

Νοοτρόπα φάρμακα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ουσίες με αποτελεσματικότητα που θεωρείται μικρότερη απ'αυτή των αντιχολινεστερασικών φαρμάκων. Κύρια φάρμακα της κατηγορίας αυτής είναι η νιμοδιπίνη, η πιρακετάμη, η ανιρασετάμη και η αλφοσκερική χολίνη.⁵



ΠΙΝΑΚΑΣ₅

	Τακρίνη	Δονεπεζύλη	Ριβαστιγμίνη	γκαλανταμίνη
Χημική κατηγορία μορίου	Αμινοακριδίνη	Πιπεριδίνη	Καρβαμικό	Αλκαλοειδές
είδος αναστολής	Αναστρέψιμη	Αναστρέψιμη	Ψευδο-μη- αναστρέψιμη	Αναστρέψιμη
εκλεκτικότητα ChE	BuChE, AChE	AchE	AChE,BuChE	AChE
εκλεκτικότητα G 1	-	-	+	
Αλλοστερική ενεργοποίηση				
nAChR	-	-	-	+
Αύξηση συγκέντρωσης				
nAChR	-	+	-	+
Δοσολογικό σχήμα	10-40 mg qid	5-10 mg qd	1,5-6 mg bid	4-12 mg bid
Τιτλοποίηση	Ανά 6 εβδομάδες	Σε 4-8 εβδομάδες	Ανά 2-4 εβδομάδες	Ανά 4 εβδομάδες
TII2 (h)	3	70	1	7
Πρωτεϊνική σύνδεση (%)	55	96	40	17.7
Κύριος μεταβολισμός	Ήπαρ (CYP 1 A2)	Ήπαρ (CYP2D6, CYP3A4)	Χολινεστεράση	Ήπαρ (CYP2D6, CYP3A4)
Κύρια απέκκριση	;	Νεφροί	Νεφροί	Νεφροί
Κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες	Ηπατοτοξικότητα. Μόνο χολινεργικές	χολινεργικές	Μόνο χολινεργικές	Μόνο χολινεργικές
Παρακολούθηση				
ηπατικών ενζύμων	+			
Μηνιαίο Κόστος μέγιστης δόσης (€)	-	121.55	105	124.54

4.3 ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι φαινοθειαζίνες και άλλα αντιψυχωτικά φάρμακα συνταγογραφούνται συχνά σε ασθενείς με νόσο Alzheimer, με σκοπό να ελαττώσουν τη διαταραχή της συμπεριφοράς. Όμως πολλά νευροληπτικά έχουν αντιχολινεργική δράση και είναι πιθανό ότι αυτό επιταχύνει την εξέλιξη των γνωστικών διαταραχών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες των νευροληπτικών. Η τακτική είναι να ξεκινά με μικρές δόσεις, τις οποίες αυξάνει με αργό ρυθμό.

4.4 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Τα παλαιά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν σημαντική αντιχολινεργική δράση, ωστόσο η θεωρητική δράση τους στη γνωστική έκπτωση όσο και η πτωχή ανοχή που δείχνουν σε αυτά οι ηλικιωμένοι, οδηγούν πολλούς ειδικευμένους ιατρούς να προτιμούν να χορηγούν τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονικής ως πρώτη θεραπευτική επιλογή.

4.5 ΥΠΝΩΤΙΚΑ

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι οι β-ενδοδιαζεπίνες αυξάνουν τη σύγχυση στους ασθενείς με άνοια. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται όσο είναι δυνατό. Τα νεότερα υπνωτικά είναι πιθανότητα προτιμότερα, ενώ στις περιπτώσεις άνοιας με διαταραχή νυχτερινού ύπνου που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί η χλωρμεθειαζόλη.¹⁰

4.6 ΝΕΥΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ-ΝΕΥΡΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν :

- Αντιοξειδωτικά-νευροπροστατευτικά φάρμακα [Βιταμίνη - Eviol/Gar, Σελεγιλίνη –Procythol/Sanofi, Ginkgo biloba, Μεμαντίνη, Μελατονίνη].
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη
- Οιστρογόνο
- Αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου που έχουν ενοχοποιηθεί ως αιτίες για τη νόσο Alzheimer.
- Πρόληπτική αγωγή.⁵

4.7 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Λόγω της μη καθοριστικής αποτελεσματικότητας της θεραπείας και επειδή η νόσος, ανεξάρτητα από το αν η όποια θεραπεία επιβράδυνε την πορεία της, συνέχισε το δρόμο της προς τα επόμενα στάδια εξέλιξης της, είναι πολλοί οι συγγενείς και φροντιστές (55% σύμφωνα με έρευνες) που καταφεύγουν σε εναλλακτικές θεραπείες.

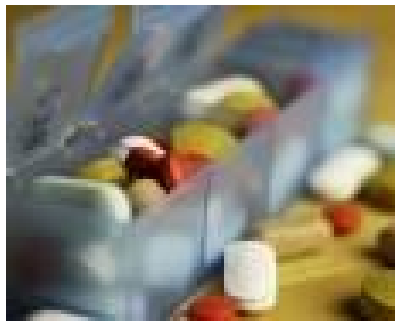
Σπάνια έβλαψαν τον άρρωστο, αλλά δεν είναι γνωστές περιπτώσεις που ο άρρωστος ωφελήθηκε. Θα πρέπει στις περιπτώσεις αυτές να λαμβάνεται υπόψη και η τάλαιπωρία του ασθενούς ή και η οικονομική του επιβάρυνση.

Αυτές οι εναλλακτικές θεραπείες περιλαμβάνουν :

- § Χορήγηση βιταμινών.
- § Είδη «υγιεινής διατροφής».
- § Φυτικά φάρμακα.
- § Διάφορα φάρμακα που κυκλοφορούν ελεύθερα με ένδειξη ότι αυξάνουν τη διαύγεια του πνεύματος.
- § Δοκιμές φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε άλλες παθήσεις.
- § Δοκιμές διαφόρων μηχανημάτων που λειτουργούν στις ανώτερες λειτουργίες.
- § Αρωματοθεραπεία με μασάζ.

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι συγγενείς είναι ορισμένες φορές ευχαριστημένοι από τις θεραπείες αυτές.

Οι θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις ουσιαστικά δεν ωφελούν. Μπορεί βέβαια να βελτιώσει το ηθικό των φροντιστών, που συνεχίζουν την προσπάθεια θεραπείας των ασθενών τους. Αυτονόητο είναι ότι όταν προστεθεί μια δραστηριότητα, όπως η επίσκεψη ενός μασέρ στο καθημερινό πρόγραμμα και η παρουσία του ατόμου και η δραστηριότητα είναι μία ευχάριστη πρόσθετη δραστηριότητα, λογικό είναι να έχει ευεργετικά αποτελέσματα.¹¹



4.8 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη μη φαρμακευτική θεραπεία τεράστια σημασία έχει η σωστή εκπαίδευση των υπολοίπων μελών της οικογένειας στην αντιμετώπιση του ασθενούς και την τροποποίηση του περιβάλλοντος με στόχο την αποτροπή ατυχημάτων και τη δημιουργία κλίματος ηρεμίας και συναισθηματικής αποδοχής. Ακόμα, το σημαντικότερο όλων, είναι η διαρκής προτροπή του ασθενούς στην εκτέλεση εργασιών όπως :η ατομική του καθαριότητα, το περπάτημα, το διάβασμα και οτιδήποτε μπορεί να κρατήσει τις νοητικές διεργασίες του ασθενούς σε δράση.¹²

Τέτοιες μη φαρμακευτικές θεραπείες είναι :

- § Σωματική άσκηση.
- § Κοινωνικοποίηση ασθενούς.
- § Βοήθεια σε δεξιότητες.
- § Βοήθεια σε προβλήματα συμπεριφοράς και χειρισμός τους.

- § Εκπαίδευση φροντιστών.
- § Κοινωνική υποστήριξη.
- § Οικονομική υποστήριξη.
- § Υποστήριξη από δομές και υπηρεσίες.
- § Ψυχολογική υποστήριξη συγγενών/φροντιστών.
- § Άλλες (απλά συνοδευτικές άλλων θεραπειών :μουσική, δράμα, φωνητική).¹³

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πορεία της νόσου είναι προοδευτική και τα ακραία όρια επιβίωσης είναι μεταξύ 2 και 10 ετών. Το ένα στάδιο διαδέχεται το επόμενο και τελικά ο ασθενής καταλήγει να μείνει στο κρεβάτι σε φυτική κατάσταση λόγω καχεξίας ή λοιμώδους νοσήματος.

Η έγκαιρη διάγνωση, πράγμα πολύ δύσκολο, παίζει το σημαντικότερο ρόλο. Ο εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να γίνεται στα αρχικά στάδια της νόσου και περιλαμβάνει το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία και άλλες εξετάσεις που θα αποκλείσουν τυχόν οργανικό υπόστρωμα της νόσου.

Το σίγουρο είναι ότι όλοι ξεχνάμε που και που, αλλά ανακαλούμε αντικείμενα και πρόσωπα με λίγη προσπάθεια. Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer ξεχνούν συχνά, δεν ανακαλούν ποτέ και ρωτούν συνεχώς τα ίδια και τα ίδια ξεχνώντας την απάντηση που του έχει δοθεί.¹⁴

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Εφόσον η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη δεν υπάρχουν ειδικές συμβουλές για την πρόληψη της. Χρήσιμες είναι οι συμβουλές για του συγγενείς ώστε να αντιμετωπίζουν όσο το δυνατό καλύτερα τα προβλήματα συμπεριφοράς του πάσχοντος.

Δεδομένο των διαταραχών της πρόσφατης μνήμης θα πρέπει τα αντικείμενα στο σπίτι του πάσχοντος να μην αλλάζουν θέση και να μην του αναθέτονται εργασίες που απαιτούν ιδιαίτερες μνημονικές ικανότητες.

Οι καθημερινές ασχολίες είναι καλό να προγραμματίζονται σε μια συγκεκριμένη ώρα κάθε μέρα. Αυτό ισχύει και για το βραδινό ύπνο ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο αϋπνίας.

Σε πιο προχωρημένο στάδιο οι διαταραχές της συμπεριφοράς είναι έκδηλες και ο ασθενής μπορεί να επιμένει σε ορισμένες ιδέες ή σκέψεις οι οποίες δεν είναι αναγκαστικά ορθές. Π.χ. να πιστεύει ότι κάποιος οικείος του τον κλέβει. Η περίπτωση αυτή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με κατανόηση και υπομονή. Βέβαια σε περίπτωση ψυχοκινητικής διέγερσης θα πρέπει να απευθύνεστε στον ιατρό του.

Σε προχωρημένο στάδιο οι διαταραχές της μνήμης είναι πλέον σοβαρές και ο ασθενής μπορεί να μην αναγνωρίζει ακόμη και τα παιδιά του.

Παρ'όλα αυτά η αντιμετώπιση με αγάπη και κατανόηση είναι σημαντική για τον ασθενή.

Σε τελικό στάδιο δεν υπάρχει πλέον δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και ο ασθενής έχει ανάγκη μόνιμης φροντίδας είτε κατ'οίκον είτε σε ειδικό ίδρυμα.¹⁵

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1⁰

1.1 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από νόσο Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν. Και τούτο συμβαίνει γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει :

- 1) Τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους, την βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα.
- 2) Τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις :

- i. Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
- ii. Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.
- iii. Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.⁴

1.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μην μιλάει καθόλου.

Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο είναι η τροφή και το νερό σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκών ασθενών-νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνον το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ διαθέτουν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους.

Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του κατάσταση.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους άλλους ανοϊκούς ασθενείς, προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια, κ.α.

Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι παρακάτω οδηγίες :

- Να μιλάτε σε κανονικό τόνο.
- Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
- Να αποφεύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνεται θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνεται απλές οδηγίες, που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μια πράξεις.
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνετε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.

- Û Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε την σύγχυση.
- Û Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Û Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Û Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε την συμπεριφορά του απέναντι σας.
- Û Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στην μνήμη του λειτουργούν με δύο τρόπους :

- 1) Διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και
- 2) Πως αντιλαμβάνεται την φάση του κύκλου της ζωής του.

Η μουσική που συνήθιζε το άτομο να ακούει έχει βρεθεί ότι ηρεμεί, αλλάζει την διάθεση και τον ανακουφίζει από το άγχος και τον εκνευρισμό.

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει την λεκτική ικανότητα του ασθενή. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις, όπως ένα χάδι, ένα απαλό χτύπημα στην πλάτη, ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις, που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές.

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή, σύζυγοι, αδέρφια, κ.α., στην

προσπάθειά τους να παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.

Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι :

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη, για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Να προτείνει να γραφούν τα στοιχεία του ασθενούς, η διεύθυνση και το τηλέφωνο, ώστε αν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
- Να δώσει οδηγίες σχετικές με το διαιτολόγιο του ασθενή. Οι ερευνητές τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της νόσου και των γενικότερα ανοιών.
- Να συστήσει ειδικό έντυπο εκτιμήσεως της διατροφικής καταστάσεως του ασθενούς (Mini Nutritional Assesment-MNA)
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη με σκοπό την μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα των θυμάτων της νόσου Alzheimer και της άνοιας είναι αναγκαίο να διαθέτουν ψυχικό σθένος και ηρωισμό. Και τούτο γιατί πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλινδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται κατά τρόπο που ποτέ δεν θα τον ενέκριναν. Επομένως στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών πρέπει να περιληφθεί ειδική μέριμνα για εκείνους που παρέχουν φροντίδα.^{4,23}

1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Προκειμένου να διαγνωσθούν τα νοσηλευτικά προβλήματα του υπερήλικα γίνεται η αξιολόγηση του ως εξής :

1. Χρησιμοποιούνται πηγές πληροφοριών όπως, ο υπερήλικας και η οικογένεια του, οι φίλοι του και άλλα πρόσωπα που έχουν κάποια σημασία γι' αυτόν.

2. Λαμβάνεται το νοσηλευτικό ιστορικό στο οποίο περιέχονται πληροφορίες, όπως :

Διατροφή: εάν έχει όρεξη για φαγητό, συνήθειες διατροφής. Αξιολόγησε την απώλεια της όρεξης για φαγητό, εάν παρουσιάζει και προσπάθησε να εντοπίσεις την αρχή. Διερεύνησε δυνατότητες ατόμου κάλυψης διατροφής.

Ισοζύγιο υγρών: αξιολόγησε το άτομο για αφυδάτωση, υπερυδάτωση, παρουσία οιδημάτων.

Στόμα: διερεύνησε ύπαρξη ξηρότητας, ρωγμών, ελκών, ερεθισμό ούλων, καλή εφαρμογή ξένων δοντιών (όταν υπάρχει ξένη οδοντοστοιχία)

Σωματικό βάρος: διαπίστωσε, αν παρουσίασε αλλαγές στο σωματικό βάρος.

Κένωση εντέρου: αξιολόγησε, αν έχει φυσιολογική κένωση του εντέρου, εάν χρησιμοποιεί βοηθητικά για την κένωση, εάν έχει απώλειες κοπράνων κ.λ.π.

Ούρηση: εκτίμησε εάν έχει φυσιολογική ούρηση ή παρουσιάζει δυσουρία, νυκτουρία, ολιγουρία, πολυουρία, απώλεια ούρων κ.λ.π.

Αξιολόγησε ζωτικά σημεία: εκτίμησε την παρουσία δύσπνοιας, κυάνωσης, ταχυκαρδίας, ζάλης, οιδημάτων κ.λ.π.

Δραστηριοποίηση: ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, ανάπαυσης, συνήθειες ύπνου και αριθμός ωρών που κοιμάται το 24ωρο.

Υγεία: διερεύνησε μήπως παρουσιάζει ουσιαστικά προβλήματα υγείας, όπως παρουσία λοίμωξης, χρόνια νοσήματα, αλλεργία, κ.λ.π.

Αλλαγές στις αισθήσεις: προσδιόρισε, ανωμαλίες στην όραση, ακοή, αν χρησιμοποιεί γυαλιά ή ακουστικά. Αξιολόγησε τη συμπεριφορά του στον πόνο και στις αλλαγές της θερμοκρασίας.

Ευχέρεια κινήσεων: προσδιόρισε, αν υπάρχει εναρμόνιση των κινήσεων και ιδιαίτερα των λεπτών, αν παρουσιάζει περιορισμό ή δυσκολία στις κινήσεις και αξιολόγησε την αντοχή του, εάν κυκλοφορεί και τα μέσα μεταφοράς που χρησιμοποιεί.

Επικοινωνία: χρησιμοποιεί τον προφορικό λόγο; Μήπως παρουσιάζει προβλήματα επικοινωνίας; Αξιολόγησε μήπως στην επικοινωνία του υπάρχουν πρόσωπα που έχουν ιδιαίτερη σημασία γι' αυτόν.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας: εκτίμησε πως αντιμετώπισε καταστάσεις προηγούμενης έντασης και περιπτώσεις απώλειας.

Άγχος: διερεύνησε την παρουσία άγχους και προσδιόρισε τα αίτια (απώλειες, οικονομική ανασφάλεια, απομόνωση), μετακίνησε σε ιδρύματα.

Κοινωνικότητα: διαπίστωσε τυχόν αλλαγές της κοινωνικότητας του και διερεύνησε τα αίτια (απώλειες, οικονομική φτώχεια, μόνωση).

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: συγκέντρωσε πληροφορίες σχετικά με το επάγγελμα που ασκεί/ασκούσε, εάν έχει σύνταξη ή και άλλους οικονομικούς πόρους, αν έχει ιατρική ασφάλιση, κ.λ.π

3. Φυσική εξέταση. Με την φυσική εξέταση θα συγκεντρωθούν στοιχεία για τη συμπλήρωση του νοσηλευτικού ιστορικού.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰

2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

2.1.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Κάθε σπίτι είναι οργανωμένο για άτομα υγιή. Κάθε ασθένεια επιβάλλει στην οικογένεια νέους σχεδιασμούς.

Για να ζήσουν χωρίς ατυχήματα τα άτομα με νόσο Alzheimer σε ένα σπίτι, χωρίς συνεχή ανάγκη για βοήθεια, με περισσότερες πιθανότητες να συντηρηθεί η αυτονομία επί μακρόν, και επομένως να υπάρχει μικρότερη ανάγκη από την παρουσία του νοσηλευτή, πρέπει να γίνουν ορισμένες μεταβολές.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει πάντα υπόψιν του ότι η κάθε μεταβολή που γίνεται στο σπίτι, αυξάνει τη σύγχυση του ατόμου με άνοια. Το άτομο με

άνοια έχει μάθει πού να βρίσκει διάφορα πράγματα και ίσως αυξηθούν τα προβλήματα αν μετακινηθούν πολλά πράγματα. Επομένως οι μεταβολές που θα γίνουν και μάλιστα έγκαιρα, θα πρέπει να κάνουν σεβαστές τις συνήθειες του ατόμου σε απλά πράγματα.

- Επομένως πρέπει να πάρετε μέτρα ασφαλείας στο σπίτι, αλλά όχι τέτοια που να περιορίζουν τις δυνατότητες ανεξαρτησίας του ατόμου με άνοια. Το άτομο με άνοια μπορεί να προστατευθεί από πιθανή φυγή του από το σπίτι με διάφορους τρόπους και όχι με το να κλειδωθεί η πόρτα. Ένα σημείωμα ραμμένο στα ρούχα του με τη διεύθυνση του, μια ενημέρωση μόλις διαγνωστεί η άνοια στις τοπικές αρχές ώστε αν χαθεί να βρεθεί εύκολα.

- Οι πόρτες δεν πρέπει να έχουν κλειδιά πάνω. Τα κλειδιά του αυτοκινήτου και του σπιτιού δεν πρέπει να είναι προσιτά.

- Αντικείμενα καθημερινής χρήσης, όπως και οι αναγκαίες πόρτες (π.χ. τουαλέτας) πρέπει να είναι προσιτά.

- Τα φάρμακα δεν πρέπει να είναι προσιτά γιατί υπάρχει η πιθανότητα να ξαναπάρουν ένα φάρμακο που έχουν ήδη πάρει. Το ίδιο ισχύει και με επικίνδυνες ουσίες.

-Ο φωτισμός πρέπει να είναι επαρκής, ενώ ένα φως μόνιμα αναμμένο κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι πολλαπλά χρήσιμο.

-Χερούλια στις σκάλες, στο μπάνιο ή το ντους, όπως χαλάκι για να μην γλιστράει είναι κατά κανόνα απαραίτητα.

-Στην ντουλάπα θα πρέπει να βρίσκονται τα ρούχα που φοράει και να μην είναι πολλά, ώστε να μην μπερδεύεται.

-Αν το άτομο καπνίζει, ίσως χρειαστεί να κρατάει ο νοσηλευτής τη φωτιά του και τα τσιγάρα του για ασφάλεια.

-Να υπάρχει σε εμφανές σημείο δίπλα στο τηλέφωνο ο αριθμός τηλεφώνου του ιατρού του, του κοντινού νοσοκομείου, της τοπικής αστυνομίας, των υπηρεσιών του νερού, του ηλεκτρικού, και τεχνικών για όποιες επιδιορθώσεις, άμεσων συγγενών, κάποιου γείτονα και ταξί που μπορεί να χρειαστεί.

-Τα σκουπίδια δεν πρέπει να είναι εύκολα προσιτά, επειδή συμβαίνει συχνά σε ασθενείς με άνοια να πετούν κάτι πολύτιμο.

-Όπλα δεν πρέπει να είναι προσιτά.¹⁷

2.1.2. ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ

Είναι ιδιαίτερα λεπτό θέμα και πολύ δύσκολο στον χειρισμό του. Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται κάποιο ατύχημα αποτελεί μερικές φορές αφορμή για την διάγνωση της άνοιας. Μια έρευνα στη Σουηδία έδειξε ότι το 20% των ατυχημάτων έγιναν από άτομα, στον εγκέφαλο των οποίων βρέθηκαν σαφείς αλλοιώσεις τύπου Alzheimer, παρότι δεν έχει γίνει ποτέ διάγνωση.

Είναι δεδομένο ότι δεν πρέπει να οδηγεί ένα άτομο με άνοια, διότι ήδη από τα πρώτα στάδια της νόσου, διπλασιάζονται οι πιθανότητες ατυχήματος. Αιτία δεν είναι πιθανώς η στιγμιαία σύγχυση, αλλά η συνεχής επιβράδυνση των ανώτερων λειτουργιών.

Η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου, αλλά και οι πρακτικές δυσκολίες που θα προκύψουν από τη διακοπή της οδήγησης απαιτούν λεπτούς χειρισμούς. Υπάρχουν πολλοί τρόποι ώστε να επιτευχθεί αυτό χωρίς να θυμώσει ο ασθενής.

Έπειτα από κάποια στιγμή της εξέλιξης της νόσου το άτομο με άνοια δεν ξαναοδηγεί από μόνο του. Μπορεί να έχει πια ξεχάσει τη διαδικασία ή την αναγκαιότητα.^{13,17}

2.1.3. Νοσηλευτική παρέμβαση για την αποφυγή ατυχημάτων

Τα πιο συχνά ατυχήματα οφείλονται στα προβλήματα μνήμης και την έλλειψη κρίσης, την βραδύτητα των αντιδράσεων, τις δυσκολίες στη μετακίνηση, τα προβλήματα όρασης ή ακοής κ.λ.π.

- Αν τους πιέζουν για να κάνουν κάτι η πιθανότητα ατυχήματος αυξάνεται.

-Πρέπει ο νοσηλευτής να τον προσέχει μην πει κάποια επικίνδυνη ουσία, γιατί θα πρέπει να τον πάει στον ιατρό παίρνοντας μαζί το μπουκάλι από το οποίο μπορεί να ήπια, προκειμένου να διευκολύνει τον ιατρό.

-Οι πτώσεις είναι πολύ συχνές στα άτομα με άνοια με ιδιαίτερα επώδυνες συνέπειες. Γι' αυτό θα πρέπει οι ηλικιωμένοι :

- Να φορούν παπούτσια με χαμηλό τακούνι και καλή εφαρμογή που δεν γλιστρούν και κατά προτίμηση, όχι δερμάτινα.
- Να καλούν συχνά τον ειδικό για τη φροντίδα των κάτω άκρων.
- Να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο και να διατηρούν την όραση τους σε καλή κατάσταση
- Όταν παρουσιάζουν αστάθεια βαδίσματος να χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα όπως μαστούνι, πατερίτσες, περιπατητικά τετράποδα ή τρίποδα, σιδερένιες μπάρες στους τοίχους και στηρίγματα στο λουτρό και την τουαλέτα.
- Να αποφεύγουν να περπατούν σε συνωστισμένους χώρους.
- Να εφαρμόζουν προσαρμοστικές συμπεριφορές όπως :
 - ο Να μην σηκώνονται απότομα όταν είναι ξαπλωμένοι.
 - ο Όταν μετακινούνται από το σκοτάδι στο φως να κλείνουν για λίγο τα μάτια τους για να προσαρμοστούν στο φως.
 - ο Όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι, να στηρίζονται σε σταθερά έπιπλα.
 - ο Να βαδίζουν προσεκτικά σε ανώμαλο έδαφος και να μην φορούν μακριές ρόμπες.^{4,19}

2.1.4 Νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση των δραστηριοτήτων

Διατηρώντας το άτομο με άνοια ορισμένες δραστηριότητες, όσο αυτό είναι εφικτό, βελτιώνετε η δική του ποιότητα ζωής.

Το άτομο με άνοια διατηρεί την αυτοπεποίθηση του και την αυτοεκτίμησή του. Οι δυνατότητες του μεταβάλλονται ανάλογα με το στάδιο της άνοιας στο οποίο βρίσκεται και ανάλογα με τη διάθεσή του.

Οι δραστηριότητες επιτρέπουν τη διατήρηση δεξιοτήτων, την έκφραση συναισθημάτων, ενώ προδίδουν κάποιο ενδιαφέρον και κάποια ευχαρίστηση στην καθημερινή ρουτίνα.

Πρέπει να προτείνει ο νοσηλευτής κάποιες δραστηριότητες, διότι σε κάποια στιγμή της πορείας της αρρώστιας θα πάψει το άτομο με άνοια να παίρνει πρωτοβουλίες.

Έτσι μπορεί ο νοσηλευτής να προτείνει τα εξής :

- Τις δραστηριότητες στις οποίες συνήθιζε να επιδίδεται στο παρελθόν.
- Περιπάτους.
- Βοήθεια στις δουλείες του σπιτιού.
- Συνοδεία σε επισκέψεις σε σπίτια γνωστών ή συγγενών.
- Παιχνίδια επιτραπέζια και χαρτιά, όχι όμως με ανταγωνιστικό τρόπο.
- Χορό, να ακούει μουσική.
- Να έχει ένα σκύλο ή μια γάτα στο σπίτι.
- Να βλέπει άλμπουμ με παλιές φωτογραφίες.
- Να βλέπει βιβλία με εικόνες της εποχής του.
- Να βλέπει τηλεόραση, αλλά όσο προχωράει η άνοια μπορεί να δημιουργεί σύγχυση. Προτείνετε κάποιο αγαπημένο πρόγραμμα και όχι για πολλή ώρα.
- Τέλος, επισκέψεις σε πάρκο, ζαχαροπλαστείο, μουσείο κ.λ.π.^{11,18,19}

2.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

2.1.1 Νοσηλευτική παρέμβαση για τις δυσκολίες σε σχέση με την προσωπική υγιεινή

Για τους περισσότερους ενήλικες το πλύσιμο είναι μια προσωπική και ιδιωτική διαδικασία.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι διακριτικοί όταν βοηθούν και όταν προσπαθούν να πείσουν το άτομο με άνοια να διατηρείται καθαρό. Είναι σημαντικό να σέβεται ο νοσηλευτής την αξιοπρέπεια του ατόμου με άνοια. Γι' αυτό θα πρέπει ο νοσηλευτής να κάνει τα εξής :

- ü Να σέβεται την ανάγκη για ηρεμία και την αξιοπρέπεια του ατόμου που πάσχει από άνοια.
- ü Να παρέχει επαρκή βοήθεια, χωρίς να του στερεί την ανεξαρτησία του.
- ü Να τον καθησυχάζει σχετικά με τη θερμοκρασία και το βάθος του νερού, την ολισθηρότητα.
- ü Να μην επιμένει να κάνει μπάνιο συχνότερα απ' ότι έχει συνηθίσει και να αρκεστεί σε ένα ντους, αν το μπάνιο είναι πολύ δύσκολο.
- ü Να κάνει το μπάνιο μια ευχάριστη δραστηριότητα.
- ü Να σκεφθεί τη χρήση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής αντί για το παραδοσιακό ξυράφι, μπορεί ο ασθενής να δυσκολεύεται να το χειριστεί και κατά συνέπεια να κοπεί.
- ü Να σκεφτεί τρόπους να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση του. Π.χ. καλλωπισμός.
- ü Να προσπαθήσει να βρει ένα εύκολο χτένισμα.
- ü Να διαχωρίσει το μπάνιο από το λούσιμο, αν είναι δύσκολο να γίνουν και τα δυο ταυτόχρονα.
- ü Να προσέχει τα νύχια στα δάχτυλα των ποδιών και των χεριών.
- ü Να κάνει το μπάνιο ένα ασφαλές περιβάλλον.
- ü Να πλένει ορισμένα μέρη του σώματος σταδιακά κατά τη διάρκεια της ημέρας, εάν το πλύσιμο δημιουργεί εντάσεις.^{18,20}

2.2.2. Νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση της στοματικής υγιεινής

- ü Ενημερώστε το άρρωστο και ζητείστε τη συνεργασία του.

- Û Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.
- Û Δώστε στο άρρωστο πλάγια ή καθιστή θέση.
- Û Αφαιρέστε πρώτα την τεχνητή οδοντοστοιχία όταν υπάρχει και τοποθετήστε την πάνω σε καθαρή ή αποστειρωμένη γάζα ή χαρτοβάμβακο.
- Û Τοποθετείστε την σε νεφροειδές στο νιπτήρα για να μην πέσει και σπάσει.
- Û Τοποθετείστε την πετσέτα γύρω από τον τράχηλο και το νεφροειδές κοντά, ανάλογα με τη θέση του.
- Û Βουρτσίστε με οδοντόκρεμα ή σαπουνίστε- σύμφωνα με την συνήθεια του αρρώστου-τα δόντια προς όλες τις κατευθύνσεις και ξεπλύνετε καλά, πάνω από το νεφροειδές.
- Û Βοηθήστε να ξεπλύνει το στόμα του με το ποτήρι ή καλαμάκι και να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.
- Û Αν η κατάσταση του δεν επιτρέπει βούρτσισμα, τυλίξτε βαμβάκι στη σπάτουλα, εμβαπτίστε το σε αντισηπτικό διάλυμα και καθαρίστε τις επιφάνειες του στόματος.
- Û Τοποθετήστε πρώτα την επάνω και μετά την κάτω οδοντοστοιχία..
- Û Επαλείψτε τα χείλη με γλυκερίνη αν κρίνετε απαραίτητο.
- Û Ελέγχετε τη στοματική κοιλότητα για πιθανή στοματίτιδα, έλλειψη αισθητικότητας, αιμορραγία, πόνο.²¹

2.2.3 Νοσηλευτική παρέμβαση για ακράτεια ούρων

- Û Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
- Û Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
- Û Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποίο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.

- Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πύελου και με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση.
- Όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά, τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας folley μόνιμος. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται όταν αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός. Η τοποθέτηση καθετήρα κύστεως σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη ουρολοιμώξεως. Ακολουθούν μερικές πρακτικές συμβουλές που διευκολύνουν τη ζωή του ηλικιωμένου στο σπίτι.^{18,20}

Πρακτικές συμβουλές

- § Χορηγείστε υγρά κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- § Σταματήστε την χορήγηση υγρών τρεις ώρες πριν από την κατάκλιση.
- § Δώστε τη δυνατότητα στον ηλικιωμένο να πηγαίνει στην τουαλέτα σε τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε δυο ώρες.
- § Αποθαρρύνετε τη συχνότερη ούρηση.
- § Καταγράψτε τη συχνότητα της ακράτειας και ενημερώστε το γιατρό.
- § Επιλέξτε κατάλληλα ενδύματα, ώστε να αφαιρούνται γρήγορα και να μην προκαλούν καθυστέρηση κατά την ούρηση.
- § Εξασφαλίστε μοναχικότητα και αρκετό χρόνο, ώστε να αδειάσει η κύστη καλά.
- § Χορηγείστε τα διουρητικά τις πρωινές ώρες, για να αποφεύγεται η νυχτερινή διούρηση.
- § Επιλέξτε μια θέση για τον ηλικιωμένο να είναι πλησίον της τουαλέτας.
- § Τοποθετείστε υπερυψωμένη τουαλέτα.
- § Ρυθμίστε το ύψος του κρεβατιού για να μπορεί να σηκώνεται εύκολα.
- § Αποφύγετε τη χορήγηση υγρών που ερεθίζουν την κύστη και προκαλούν γρήγορη εκκένωση, όπως καφές, χυμό φρούτων και οиноπνευματώδη ποτά.
- § Αποφύγετε το κάπνισμα στο δωμάτιο του ηλικιωμένου διότι αναφέρεται ότι ερεθίζει την κύστη και την καθιστά ευαίσθητη.
- § Αντικαταστήστε τις πάνες όταν παλιώνουν ώστε να είναι αποτελεσματικές.
- § Διατηρείστε το δέρμα καθαρό και στεγνό.
- § Χρησιμοποιείτε σαπούνι μη ερεθιστικό καθώς και μαλακές και βαμβακερές πάνες.

- § Προτού τοποθετήσετε την πάνα και αφού έχετε στεγνώσει το δέρμα, επαλείψτε το με μια κρέμα δέρματος.
- § Μη χρησιμοποιείται πούδρα.
- § Όταν εντοπίσετε σημεία φλεγμονής ειδοποιείτε το γιατρό.⁴

2.2.4 Νοσηλευτική παρέμβαση για τη διάρροια

- ü Παρακολούθηση υγρών και ηλεκτρολυτών και διόρθωση των ελλειμμάτων.
- ü Διακοπή φαρμάκων που θεωρούνται υπεύθυνα για τη διάρροια.
- ü Καλλιέργεια κοπράνων όταν υπάρχει υποψία μικροβιακού παράγοντα.
- ü Έλεγχος για κοπρόσταση.
- ü Αποφυγή αεριούχων ποτών.
- ü Χορήγηση ελαφράς δίαιτας.
- ü Αποφυγή στρεσογόνου παράγοντα.
- ü Συνεργασία με το γιατρό για την αντιμετώπιση ενδεχομένων επιπλοκών, όπως αστάθεια, κακουχία, καρδιακή αρρυθμία.¹⁸

2.2.5 Νοσηλευτική παρέμβαση για τη δυσκοιλιότητα

Ο στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποβλέπει στην επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου με :

- ü Εξάλειψη της δυσκοιλιότητας.
- ü Διευθέτηση της κοπροστάσεως με δακτυλική εξέταση ορθού.
- ü Διευθέτηση της συγχύσεως όπου υπάρχει.
- ü Διακοπή φαρμάκων που συμβάλλουν στο πρόβλημα.
- ü Υποκλυσμούς μέχρι το έντερο να καθαρίσει.
- ü Διδασκαλία του ατόμου για αλλαγή τρόπου ζωής και καθορισμό τακτής ώρας που θα πηγαίνει στην τουαλέτα εφόσον μπορεί

- Û Χρησιμοποίηση απορροφητικού υλικού μιας χρήσεως και σχολαστική φροντίδα περινέου.
- Û Χρησιμοποίηση αποσμητικών συσκευών για την εξουδετέρωση της κακοσμίας.
- Û Σχολαστική ατομική υγιεινή και προσεκτική φροντίδα του δέρματος, που αποτελεί και την πιο σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση, για την πρόληψη των κατακλίσεων και των λοιμώξεων.

2.2.6 Νοσηλευτικά μέτρα για τη δυσκοιλιότητα

- Û Ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
- Û Προτροπή για πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών.
- Û Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα.
- Û Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Û Διδασκαλία σχετική με την κατάχρηση των υπακτικών.
- Û Καθιέρωση προγράμματος ασκήσεων.
- Û Διευθέτηση ψυχολογικών προβλημάτων.^{4,18}

2.2.7. Νοσηλευτική παρέμβαση για προβλήματα διατροφής

- Û Διδάσκεται ο ηλικιωμένος ή οι συγγενείς του να χορηγούν τροφή σε ποσότητα και ποιότητα ανάλογη με τις ανάγκες του ηλικιωμένου.
- Û Προσαρμόζονται τα σιτία με την κατάσταση του στόματος και των δοντιών και γενικότερα του πεπτικού συστήματος.
- Û Δίνεται άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς.
- Û Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες, π.χ, αρθρίτιδα, διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπήρουνα και άλλα είδη

φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα, να μην μετακινούνται και να είναι εύχρηστα.

Û Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει τη διάθεση.

Û Ελέγχεται η σχέση της δράσεως των φαρμάκων που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.

Û Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού αν είναι κανονική.

Û Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του.

Û Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα, η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως.

2.2.8. Νοσηλευτική παρέμβαση των επιληπτικών κρίσεων

1) Αγωγή του αρρώστου που βρίσκεται σε κατάσταση σπασμών

Παρέμβαση :

Û Προστασία από βλάβη.

Û Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού με τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση.

Û Η συνείδηση επανέρχεται μέσα σε 2-5 min.

Û Επαναπροσανατολισμός του αρρώστου μετά την κρίση.

Û Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης.

Û Διαπίστωση και άρση που προκαλεί την κρίση, όπως μη λήψη του φαρμάκου, λοίμωξη.

2) Άριστη νοσηλευτική αγωγή για πρόσληψη και έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων.

Παρέμβαση :

Διαγνωστική :

- Û Διενεργείται ακριβής παρατήρηση, λαμβάνεται ιστορικό και γίνεται φυσική εξέταση.
- Û Ηλεκτροκαρδιογράφημα και άλλες εξετάσεις.
- Û Εξηγούνται οι διαγνωστικές εξετάσεις και ο άρρωστος ετοιμάζεται γι'αυτές.

Θεραπευτική :

- Û Παρακολούθηση για αποτελεσματικότητα των αντισπασμωδικών.
- Û Παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες.

Παροχή συμβουλευτικής και εκπαίδευση αρρώστου, οικογένειας και κοινότητας.

3. Βοήθεια του αρρώστου να καταλάβει τη φύση των επιληπτικών κρίσεων και το ρόλο του στην αγωγή τους.

Παρέμβαση :

- Û Διδασκαλία του αρρώστου πώς να διαχειρίζεται τα φάρμακα.
- Û Επεξήγηση των λόγων που βρίσκονται πίσω από κάθε περιορισμό: κολύμβηση, οδήγηση και χειρισμός βαρίων μηχανημάτων απειλούν τη ζωή του αρρώστου, αν κατά τη διάρκεια τους συμβεί επιληπτική κρίση.²²

2.2.9. Νοσηλευτική παρέμβαση στο ντύσιμο

- Û Προσπαθήστε να παρέχεται βοήθεια χωρίς να παίρνετε τον έλεγχο.
- Û Δώστε στον ασθενή αρκετή ώρα να ντυθεί.
- Û Περιορίστε την επιλογή σε 2 ρούχα.
- Û Αφήνετε διακριτικά τα καθαρά ρούχα.
- Û Εξαφανίστε τα ακατάλληλα ρούχα από την ντουλάπα.
- Û Να είστε διακριτικοί σε περιπτώσεις ακράτειας ή ανικανότητας του να αλλάξει λερωμένα ρούχα.

Χρήσιμα είναι τα αυτοκόλλητα κουμπώματα, μακριά φερμουάρ, παντοφλέ παπούτσια, στηθόδεσμοι που κουμπώνουν μπροστά, φαρδιά ρούχα με φαρδιά μανίκια.²⁰

2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΝΟΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

2.3.1. Νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση μιας καλής επικοινωνίας

Η επικοινωνία με το άτομο με νόσο Alzheimer, δε μπορεί να μπει σε κανόνες. Εξαρτάται από το ίδιο το άτομο και τις δυνατότητές του, καθώς και από το στάδιο της άνοιας. εξαρτάται από τον νοσηλευτή και των συνήθως παραγόντων στο σπίτι.

Οι τρόποι επικοινωνίας επομένως ποικίλουν :

- Να διευκολύνετε τον ασθενή να κάνετε μαζί κάποιες δραστηριότητες .
- Να στρέφεται τη συζήτηση σε κάποια γεγονότα από το παρελθόν ή σε άτομα του παρελθόντος ή και να βλέπεται μαζί παλιές φωτογραφίες .
- Το να επικοινωνείτε με λόγια δεν θα είναι πάντα εφικτό. Η ασθένεια δυσκολεύει τη λεκτική επικοινωνία και πρέπει να μάθετε να καταλαβαίνετε καταστάσεις που εκφράζονται με άλλα μέσα.
- Σε κάθε απόπειρα σας να επικοινωνήσετε, θα πρέπει να βεβαιώνετε ότι η προσοχή του ατόμου με άνοια είναι στραμμένη σε εσάς. Έτσι προσπαθήστε να κάνετε τα βλέμματα σας να συναντηθούν, να είστε κοντά για να βλέπει τα χείλια σας, τις εκφράσεις σας και τις κινήσεις σας.

- Απότομες και βιαστικές κινήσεις αναστατώνουν το άτομο με άνοια και δυσκολεύουν την επικοινωνία. Μιλάτε ήρεμα, με σύντομες, απλές και σαφείς προτάσεις. Δυνατή φωνή ή απότομο ύφος μπορεί να εκληφθεί σαν κριτική ή μάλωμα.
- Κάντε μια ερώτηση τη φορά. Δώστε πολύ χρόνο για την απάντηση. Μπορεί να χρειαστεί να επαναλάβετε τις ερωτήσεις.
- Να απευθύνεστε στο άτομο με άνοια με ευγένεια, με το όνομά του, όχι σαν να μιλάτε σε παιδάκι, ούτε αγενώς, επειδή θεωρείτε ότι δεν καταλαβαίνει.
- Ακούτε προσεκτικά και υπομονετικά την απάντηση. Βοηθήστε να βρει τις λέξεις. Μαντέψτε τι θέλει να πει και προτείνετε το ως απάντηση, αλλά περιμένετε την επιβεβαίωση. Βοηθείστε με κινήσεις των χεριών και του σώματος. Διακριτικά, ώστε να μην νιώσει μειωμένος.
- Το χιούμορ είναι ιδιαίτερα βοηθητικό και για τα άτομα με άνοια. Το να του κρατάτε το χέρι, να είστε δίπλα του δείχνοντας ότι τον θέλετε, διευκολύνει την επαφή.^{11,17,18}

2.3.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε διαταραχή νοητικής και αντιληπτικής λειτουργίας

- Λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer συνήθως αντανakλούν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευρισμένο και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτού. Αν δεν κερδηθεί

η προσοχή τους, παρερμηνεύουν τα λόγια και τις πράξεις των νοσηλευτών και γίνονται συγχυτικοί και τρομαγμένοι.

- Û Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σ'αυτούς τους αρρώστους.
- Û Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η επιφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Û Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελάττωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.
- Û Επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων. Η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Όταν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη κάποιας απόφασης.
- Û Υπομονετική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι'αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.
- Û Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. Π.χ. «εδώ είναι τα γυαλιά σας» (παύση)- «πάρτε τα γυαλιά σας απ' τη θήκη»(παύση)- «βάλτε τα γυαλιά σας».
- Û Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων.
- Û Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση του φωτισμού και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Παροχή απαλής μουσικής.

- Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.
- Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαιτολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και οι γνωστικές λειτουργίες.
- Τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου στο δωμάτιο του, π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας με το όνομα του κάθε προσώπου σε αντίστοιχη ετικέτα, για ενίσχυση της άνεσης της εμπιστοσύνης και της μνήμης.
- Απασχόληση του αρρώστου με συχνές αναμνηστικές ασκήσεις αναθεωρώντας παλιές εμπειρίες κατά προτίμηση ευχάριστες. Έτσι χρησιμοποιείται η λειτουργική μακρόχρονη παλιά μνήμη και δημιουργούνται αισθήματα ευχάριστα ενώ ελαττώνονται η μοναξιά, η δυσθυμία, ο θυμός κ.α.
- Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτηση της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.
- Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για τον άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθάει τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και

των οικογενειών τους. Π.χ. διδάσκονται πώς να οργανώσουν αναμνηστικές ασκήσεις, πώς να διατηρούν σταθερό το περιβάλλον και τη ρουτίνα της ημέρας και πώς να δείχνουν υπομονή και κατανόηση.²³

2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

2.4.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση επιθετικότητας

- Û Παραμείνετε ήρεμοι και με αυτοκυριαρχία.
- Û Προσπαθήστε να αποσπάσετε τον ασθενή.
- Û Αποφύγετε να τον αντιμετωπίσετε ή προσπαθήστε να τον συγκρατήσετε.
- Û Φροντίστε για τη δική σας ασφάλεια.(αφήνετε πάντα στον εαυτό σας μια έξοδο κινδύνου.
- Û Βρείτε κάποιον εκπαιδευμένο να σας διδάξει πως να αποφύγετε ένα δυνατό κράτημα.
- Û Μιλήστε για το τι συνέβη και για τα συναισθήματα σας με κάποιον που εμπιστεύεστε.
- Û Προσπαθήστε να βρείτε την αιτία που προκάλεσε αυτή την κατάσταση, ώστε να την εμποδίσετε να συμβεί πάλι στο μέλλον.²⁰

2.4.2 Νοσηλευτική αντιμετώπιση απάθειας

- Û Μην αναγκάζετε το άτομο με άνοια να κάνει κάτι χωρίς τη θέληση του.
- Û Ενθαρρύνετε δραστηριότητες στις οποίες τα καταφέρνουν και οι οποίες ασκούν το μυαλό και το σώμα.
- Û Ενθαρρύνετε τον να κάνει κάτι στο οποίο τα καταφέρνει.
- Û Συγχαρείτε το γι' αυτό που κατόρθωσε.
- Û Αφήστε τον να σταματήσει μόλις κουραστεί ή το θελήσει.
- Û Προσπαθήστε να κινήσετε το ενδιαφέρον του.(ευχάριστες δραστηριότητες, περίπατοι, μουσική κ.α.).²⁰

2.4.3 Νοσηλευτική αντιμετώπιση άγχους

- Û Καθησυχάστε το άτομο και προσπαθήστε να έχετε σωματική επαφή.
- Û Ανταποκριθείτε στα εκφραζόμενα αισθήματα του.
- Û Εάν είναι δυνατό, προσπαθήστε να του αποσπάσετε την προσοχή, απομακρύνετε την αιτία του άγχους.
- Û Εάν το πρόβλημα είναι πάρα πολύ έντονο, συμβουλευτείτε τον γιατρό.
- Û Προσπαθήστε να διατηρήσετε ένα σταθερό περιβάλλον και δημιουργήστε συνθήκες ρουτίνας.
- Û Προσπαθήστε να περιορίσετε πιθανές πηγές άγχους.
- Û Προσπαθήστε να έχετε καλή διάθεση.²⁰

2.4.4 Νοσηλευτική αντιμετώπιση στις ψευδαισθήσεις

- Û Προσπαθήστε να εξηγήσετε και να επιβεβαιώσετε τον ασθενή σας, χωρίς να προκαλείτε τα «πιστεύω» του. Επιμένοντας στην άποψη σας το μόνο που θα καταφέρετε είναι να αποθαρρύνεται και να απογοητεύσετε τον ασθενή. Μπορεί να τον βοηθήσετε, καθησυχάζοντας τον και προσπαθώντας να τον κάνετε να νιώσει άνετα. Μια άλλη προσέγγιση είναι να του εξηγήσετε ότι εσείς δεν έχετε την ικανότητα να ακούσετε ή να δείτε αυτό που εκείνος ακούει ή βλέπει αλλά παρ'όλα αυτά, καταλαβαίνετε πως θα πρέπει να νιώθει.
- Û Προσπαθήστε να του αποσπάσετε την προσοχή. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, θα πρέπει να έχετε το άτομο σε κάποια απόσταση, έτσι ώστε να μην κινδυνέψετε.
- Û Μην χρησιμοποιείτε φυσικούς περιορισμούς, διότι δεν είναι ξεκάθαρο πως θα ερμηνευθεί αυτό.
- Û Μην αμφισβητείτε αμέσως τα «πιστεύω» του, σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι σωστά.

- Û Συμβουλευτείτε γιατρό. Οι ψευδαισθήσεις πολλές φορές, ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα κάποιας λοίμωξης ή από παρενέργεια κάποιου φαρμάκου. Είναι σημαντικό να επικοινωνήσετε με το γιατρό ώστε να ελέγξει αυτές τις πιθανότητες.
- Û Προσπαθήστε ν'ανακαλύψετε την αιτία και να αλλάξετε το περιβάλλον. Ανακαλύπτοντας την αιτία που έχει πυροδοτήσει την ψευδαίσθηση, μπορείτε να την εμποδίσετε από το να επαναληφθεί. Για το λόγο αυτό είναι καλό να προσπαθήσετε να απομακρύνετε αντικείμενα τα οποία δεν είναι απαραίτητα, φροντίζοντας οι αλλαγές που θα κάνετε στο χώρο να μην είναι ακραίες και να δημιουργήσουν την αίσθηση ενός αγνώστου περιβάλλοντος.^{20,24}

2.4.5 Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά

- Û Προσπαθήστε να μην δείξετε ότι σοκαριστήκατε ή ενοχληθήκατε, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερβολική αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς.
- Û Αν το άτομο αντανάζεται, προσπαθήστε να το πείσετε να κάνει κάτι άλλο, δώστε του κάτι άλλο να ασχοληθεί, αποσπάστε την προσοχή του πάρτε το μακριά από δημόσιους χώρους ή άλλους ανθρώπους.
- Û Αν το άτομο κάνει μια ανάρμοστη σεξουαλική επίθεση, προσπαθήστε να μείνετε ήρεμοι, πληροφορήστε το, ευγενικά, ότι οι προτάσεις του δεν είναι αποδεκτές ή ότι έκανε κάποιο λάθος, μη πάρετε το θέμα προσωπικά, μη ρίξετε το φταίξιμο στον εαυτό σας και το τέλος συζητήστε το με κάποιο άτομο που εμπιστεύεστε.

Ü Ψάξτε για μια πιθανή εξήγηση για τη συμπεριφορά αυτή, καθώς μπορεί να μην είναι κατά βάθος σεξουαλική.

Για παράδειγμα μια συνεχής ανησυχία που μοιάζει με αυνανισμό μπορεί να προέρχεται από την προσπάθειά του να χαλαρώσει τα ρούχα του και να πάει τουαλέτα. Το να βγάλει τα ρούχα του, μπορεί να θεωρηθεί αναξιοπρεπές, ενώ στην πραγματικότητα το άτομο μπορεί να ζεσταίνεται και να προσπαθεί να δροσιστεί. Η φαγούρα μπορεί να οφείλεται σε μια λοίμωξη του ουροποιητικού ή στο ότι κάποιο ρούχο είναι άβολο. Η στενή επαφή, μπορεί να αντανakλά την ανάγκη για ασφάλεια, ζεστασιά ή ανθρώπινη επαφή.^{20,21,24}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.

Στις 25/06/2006 εισήχθη στο νοσοκομείο "ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ" ο κύριος Δ.Σ., 84 ετών.

Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, ο οποίος προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω αναιμίας, χωρίς άλλα συνωδά συμπτώματα εκτός της καταβολής. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκαν ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκότων, οιδήματα στα κάτω άκρα, ενώ η δακτυλική εξέταση από το ορθό ήταν αρνητική για αίμα ή μέλαμα.

Αντικειμενικά ευρήματα:

Α.Π. : 120/60 mmHg :
Σ.Φ. : 85/min.
Θερμ. : 36,4
Αν. : 19/μή

Εργαστηριακά ευρήματα:

Ht. : 21,4 gr% Hb.: 9 gr%
Λευκά : 9.300 Κ.ε. αίματος
Τ.Κ.Ε. :42
Ουρία: 49 md/dl

Σάκχαρο: 98 md/dl

K: 3,9 mEq/lit.

Na: 135 mEq/lit.

Ερυθρά: 2.500.000 κ.ε. αίματος

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών και ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου (σιδηρούχος δεξτρόνη).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρέμεινε απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς να εμφανίσει πρόβλημα από το καρδιοαναπνευστικό.

Η θεραπευτική αγωγή η οποία ξεκίνησε από την πρώτη ημέρα της νοσηλείας του, ήταν η ακόλουθη:

- Turb. Dracanyl 2 εισπνοές X 4
- Inh. Atrotent 0,5 ml X3
- ΠS Pancoran IXI
- Tabl. Tildiem 60 mg. IX2
- Tabl. Moduretic 1 κάθε δεύτερη ημέρα
- Amb. Infeon 1 ml. Κάθε δεύτερη ημέρα

Στη συνέχεια αναφέρονται τα κυριότερα προβλήματα, οι νοσηλευτικές φροντίδες, καθώς και τα αποτελέσματα που επέφερε η παρέμβαση της νοσηλευτικής ομάδας.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αύξηση της αρτηριακής πίεσης.(150/80 mm/Hg)	Μείωση της αρτηριακής πίεσης και διατήρησή της σε φυσιολογικά επίπεδα.	Συχνή λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων. Χορήγηση ελαφράς διαίτας.	Γίνεται τριώρη λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. Χορηγήθηκε 1/5 Catapresan μετά από ιατρική εντολή. Το Catapresan εξαιτίας της αγγειοδιαστολής που προκαλεί, επιφέρει πτώση της αρτηριακής πίεσης.	1/5 ώρα μετά την χορήγηση Catapresan, η αρτηριακή πίεση έπεσε(130/70mmHg). Συνεχίζεται η παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Δύσπνοια	Απαλλαγή του ασθενούς από δύσπνοια.	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.</p> <p>Χορήγηση O₂</p> <p>Διατήρηση της θρέψης και ενυδάτωσης και φυσιολογικής κένωσης του εντέρου.</p> <p>Καλός αερισμός του θαλάμου.</p>	<p>Έγινε τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.</p> <p>Χορηγήθηκε O₂ με ρινικό καθετήρα.</p> <p>Γίνεται παρακολούθηση των αερίων αίματος και των ηλεκτρολυτών του ορού για την έγκαιρη διάγνωση μεταβολών στην οξεοβασική ισορροπία.</p> <p>Εξασφαλίστηκε δροσερός αέρας στο θάλαμο του ασθενούς με συχνό αερισμό αυτού.</p>	<p>Παρατηρήθηκε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p> <p>Συνεχίζεται η χορήγηση O₂</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Απουσία κένωσης.	Λήψη μέτρων για κένωση εντέρου.	Χορήγηση υγρών.	Χορηγούνται στον ασθενή άφθονα υγρά από το στόμα και παρεντερικά. Δίνεται στον ασθενή τροφή με υπόλειμμα (δημητριακά, γάλα, γιαούρτι και άλλα).	Οι προσπάθειες δεν απέδωσαν ο ασθενής δεν είχε κένωση και χορηγήθηκαν υπακτικά μετά από ιατρική εντολή (1sup. γλυκερίνη 1X1).
Κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων, λόγω ακινησίας.	Λήψη μέτρων για την πρόληψη του κινδύνου αυτού.	Συχνή αλλαγή θέσεως. Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος.	Αλλάζεται θέση του ασθενούς κάθε δυο ώρες, για την αποφυγή παρατεταμένης πίεσης. Γίνεται καθημερινή περιποίηση δέρματος στις ευαίσθητες περιοχές (πτέρνες, αγκώνες, ωμοπλάτες, ινίο, κεφαλή, κόκκυγας).οι περιοχές αυτές σαπουνίζονται με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι.	Στεγνώνετε καλά το δέρμα(τι υγρασία ευνοεί τη δημιουργία κατακλίσεων). Τοποθετήθηκαν μαξιλάρι κάτω από τις πτέρνες και τι μέση για άρση της πίεσης στις περιοχές αυτές. Ο ασθενής δεν εμφανίζει κατάκλιση κατά τη παραμονή του στο νοσοκομείο.

2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 12/05/2006 κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του στο νοσοκομείο "ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ", ο κύριος Κ.Μ., 65 ετών συνταξιούχος, παρουσίασε αφασικές διαταραχές. Διεγνώσθη αγγειακό επεισόδιο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής πριν το επεισόδιο, ήταν περιπατητικός χωρίς κανένα πρόβλημα. Επιπλέον πριν 1 χρόνο έκανε εγχείρηση για αιμάτωμα στο κεφάλι.

Έλεγχος κατά διαστήματα :

Πνεύμονες :δύσπνοια.

Κοιλία :κοιλιακά αντανακλαστικά ελαττωμένα δεξιά.

Ορθόν :μυϊκός τόνος ελαττωμένος δεξιά.

Άκρα :δεξιά ημιπάρεση άνω και κάτω άκρου. Ανακλαστικά δεξιά νωθρά και αριστερά κατά φύση.

Νευρικό :αφασία εκπομπής ενώ δεν παρατηρείται σημαντική αφασία αντίληψης. Δεν παρατηρείται αυχενική δυσκαμψία.

Οφθαλμοί :μυδρίαση οφθαλμού με σύνδρομο καταρράχτη και καταργημένο αντανακλαστικό φωτός.

Στόμα :πάρεση δεξιού κατώτερου προσωπικού νεύρου.

Καρδία :αρρυθμία.

Εργαστηριακές εξετάσεις :

Ερυθρά :4.670.000 κ.ε. αίματος

Αιματοκρίτης :41,8 gr%

Αιμοσφαιρίνη :14,5 gr%

Λευκά :7.400 κ.ε. αίματος

Σάκχαρο :119 mg/dl

Ουρία :45 mg/dl

Διάγνωση : Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Σκληρυντική καρδιοπάθεια. Πνευμονοπάθεια.

Πορεία νόσου : Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαρεία.

Δεν έχει κένωση από την ημέρα της εισαγωγής του.

Τρέφεται με πολτώδεις τροφές.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Οιδήματα κάτω άκρων.	Υποχώρηση των οιδημάτων.	<p>Ανύψωση των κάτω άκρων.</p> <p>Εφαρμογή άναλου διαίτας.</p> <p>Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</p> <p>Καθημερινό ζύγισμα.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς να μην παίρνει πολλά υγρά.</p> <p>Συγκριτική μέτρηση των οιδημάτων και άκρων με μεζούρα.</p>	<p>Τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τα πόδια του ασθενούς ώστε να είναι ελαφρώς ανασηκωμένα.</p> <p>Ο ασθενής ξεκίνησε άναλο διαίτα(το αλάτι ευνοεί την κατακράτηση υγρών).</p> <p>Μετριοούνται και καταγράφονται καθημερινά τα αποβαλλόμενα και προσλαμβανόμενα υγρά.</p> <p>Ο ασθενής παίρνει από το στόμα 1000cc υγρά σε καθημερινή βάση.</p>	<p>Τα οιδήματα άρχισαν να υποχωρούν από την τέταρτη ημέρα της νοσηλείας του.</p> <p>Ο ασθενής μετά την εφαρμογή της άναλου διαίτας, είχε 1500cc ούρα.</p> <p>Την Πέμπτη ημέρα της νοσηλείας του, ο ασθενής ζύγισε λιγότερα κιλά.</p> <p>Το βάρος του διατηρείται από την ημέρα αυτή και μετά σταθερό.</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καταβολή δυνάμεων.	Σωματική τοποθέτηση του ασθενούς, ανάκτηση των δυνάμεων.	<p>Ενημέρωση των συγγενικών προσώπων να μην επισκέπτονται όλοι μαζί.</p> <p>Ενθάρρυνση του ασθενούς να κοιμάται αρκετά.</p> <p>Εφαρμογή δίαιτας πλούσιας σε πρωτεΐνες.</p>	<p>Έγινε η ενημέρωση των συγγενών να μην επισκέπτονται όλοι μαζί για την αποφυγή κόπωσης.</p> <p>Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να κοιμάται όσο πιο πολύ μπορεί.</p>	Σταδιακή ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μέσα από την εργασία γίνεται γνωστό ότι η νόσος Alzheimer έχει επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του ασθενή και της οικογένειας του. Επηρεάζει συναισθηματικά τόσο τον ασθενή όσο και τα υπόλοιπα άτομα που περιστρέφονται γύρω από αυτόν. Διαπιστώνοντας κάτι τέτοιο γίνεται αντιληπτό ότι είναι μια ασθένεια που δεν θεραπεύεται μόνο από γιατρούς, αλλά χρειάζεται και μια ομάδα που θα περιλαμβάνει διάφορες ειδικότητες όπως :ψυχίατρος, γηρύατρος, νοσηλεύτης.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ενημέρωση του κοινού, την προσέγγιση, την εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενή που πάσχει από τη συγκεκριμένη νόσο και την εξειδίκευση επιστημόνων αποτελεί η διοργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων και η δημιουργία ειδικών κέντρων.

Επειδή η συνεχόμενη φροντίδα του ασθενούς εξαντλεί τα μέλη του οικογενειακού του περιβάλλοντος θα ήταν χρήσιμο να δημιουργηθούν κέντρα ημερήσιας περίθαλψης που θα παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα του ασθενή και θα ξεκουράζει παράλληλα και την οικογένεια.

Τέλος θα ήταν απαραίτητο να υπάρξει στην Ελλάδα περισσότερη ενημέρωση για την συγκεκριμένη νόσο και γενικότερα για την παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς με νόσο Alzheimer.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. (internet)www.legalink.gr/pavlea/nosos-altsxaimer.html
10/03/06.
2. (internet)www.stress.gr/poy/poy_010.html 24/03/06.
3. (internet)<http://sfr.ee.teiath.gr/htmlselides/multimedia/mmj/html/Alzheimer.html> 10/03/06.
4. Χρυσάνθης Δ.ΠΛΑΤΗ. Αναπληρώτρια καθηγήτρια νοσηλευτικής πανεπιστημίου Αθηνών. "ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". Έκδοση ΣΤ' αναθεωρημένη. Αθήνα 2004.
5. ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER&ΑΛΛΩΝ ΑΝΟΪΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ. Copyright 2003 Ε.Καπάκη, Γ.Παρασκευάς. επιμέλεια/ παραγωγή, κεντρική διάθεση:ΒΗΤΑ ΙΑΤΡ.ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΕΠΕ.
6. Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ALZHEIMER. Γεώργιος Μεντενόπουλος. Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS.Copyright 2004.
7. Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER. Γεώργιος Μεντενόπουλος και Κωνσταντίνος Μπούρας. Γ.Έκδοση UNIVERSITY STUDIO PRESS.Θεσσαλονίκη 2002.
8. Παζοροπούλου-Αβεντισάν Άννα "ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ". Αθήνα 2000.
9. (internet)www.isk.gr/Alzheimer 15/05/06.

10. Simon Lovestou: Μετάφραση-Επιμέλεια ΔΡ. Σωκράτης Γ. Παπαγεωργίου, "ΠΡΩΪΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER". Εκδόσεις Βαγιονάκη-Δημ. Σαπουντζακη, Αθήνα 2000.
11. (internet)<http://care.flash.gr> (ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ALZHEIMER) 21/05/06 .
12. (internet)www.iatriki.gr/publish/koutras/Alzheimer.htm) 21/05/06.
13. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία, "ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER" και άλλες μορφές άνοιας. Εγχειρίδιο για επαγγελματίες υγείας, Αθήνα 2002
14. Pfizer Hellas A.E. "ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER". Ένας πρακτικός οδηγός επιστημονικής ενημέρωσης. Αθήνα 2003.
15. (internet)www.iatronet.gr 10/06/06.
16. T. Lemperiere-A. Feline και συνεργάτες. Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων. Στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα. Υπεύθυνος εκδόσεις : Π. Σακελλαρόπουλος, Β τόμος, εισαγωγή : Άρης Λιάκος, εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2001.
17. Άθανάσιος Μούγιας, "ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ", Εκδόσεις Mendor, Αθήνα 2003.
18. (internet)www.alzheimer disease and nursing care 21/06/06.

19. Alzheimer Europe, "ΖΩΝΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER". Πρακτικός οδηγός για του περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer, Αθήνα 2001.
20. Τσολάκη Μάγδα, "ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER". Πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer. Ελληνική βελτιωμένη έκδοση, Αθήνα 2002.
21. Αθανασάτου Κ. Ελευθερία. "ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ", Έκδοση ΙΑ, αναθεωρημένη, Αθήνα 2001.
22. Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου "ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". 3^{ος} τόμος, Β' έκδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
23. Αφροδίτη Χρ.Ραγιά. "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". Δ' έκδοση βελτιωμένη. Αθήνα 2004.
24. JHHLS-ALZHEIMER'S DISEASE/DIMENTIA, SYMPTOMS,CARE,STAGES.
(internet)www.jewishhome.org/script.asp;subcat/d=48
10/07/06.