

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ, Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

«ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER»



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ
ΖΥΓΟΥΡΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΝΙΚΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
κ. ΚΑΡΑΜΠΕΡΗ Ν.**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	Σελ. 5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 6
Ένας αιώνας με τη νόσο Alzheimer	Σελ.6
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	
Σκοπός της μελέτης.....	Σελ. 8
§1^ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ & ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	
1.1 Τι είναι και που οφείλεται η άνοια.....	Σελ. 9
1.2 Τι είναι η άνοια τύπου Alzheimer.....	Σελ. 9
1.3 Ταξινόμηση της άνοιας.....	Σελ. 10
1.4 Ανατομοκλινική ταξινόμηση ανοιών.....	Σελ. 12
1.5 Φυσιολογία Νευρικού Συστήματος.....	Σελ. 13
§2^ο ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	
2.1 Χαρακτηριστικά της νόσου.....	Σελ. 16
2.2 Συχνότητα της νόσου.....	Σελ. 17
2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	Σελ. 19
§3^ο ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ	
3.1 Ποιοι παράγοντες ευθύνονται για την εμφάνιση της άνοιας τύπου Alzheimer	Σελ. 21
3.2 Ποιος έχει αυξημένη πιθανότητα να προσβληθεί.....	Σελ. 21
3.3 Μεταβολικά αίτια.....	Σελ. 23
3.4 Κληρονομικότητα και νόσος Alzheimer	Σελ. 24
3.5 Παθογενετικοί μηχανισμοί.....	Σελ. 24
§4^ο ΔΙΑΓΝΩΣΗ	
4.1 Διάγνωση της νόσου Alzheimer	Σελ. 27
- Συνοπτικά τα βήματα των χειρισμών ανοιακού ασθενούς.....	Σελ. 29
4.2 Ιστορικό και φυσική εξέταση.....	Σελ. 32

4.3 Εργαστηριακή προσέγγιση.....	Σελ. 32
4.4 Χρήσιμες δοκιμές για τη διάγνωση της άνοιας και την παρακολούθηση της πορείας της.....	Σελ. 35
- Διαγνωστικά βήματα για την άνοια.....	Σελ. 36
4.5 Αποκλεισμός αναστρέψιμων ανοιών.....	Σελ. 38
4.6 Σημασία έγκαιρης και σωστής διάγνωσης.....	Σελ. 41
4.7 Πιθανότατη νόσος Alzheimer.....	Σελ. 42

§5° ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

5.1 Αναγνώριση των συμπτωμάτων της νόσου.....	Σελ. 44
5.2 Ταξινόμηση συμπτωμάτων κατά προσβαλλόμενο τομέα.....	Σελ. 45
- Νοητικός τομέας.....	Σελ. 45
- Συναισθηματικός τομέας.....	Σελ. 47
- Κινητικός τομέας.....	Σελ. 47
- Διαταραχές συμπεριφοράς.....	Σελ. 49
5.3 Γενικά συμπτώματα.....	Σελ. 52

§6° ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ – ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ - ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

6.1 Αιματολογικός – Βιοχημικός έλεγχος.....	Σελ. 53
6.2 Εργαστηριακά ευρήματα.....	Σελ. 53
6.3 Περιφερικοί δείκτες.....	Σελ. 55

§7° ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

7.1 Υπάρχει θεραπεία για τη νόσο Alzheimer;	Σελ. 56
7.2 Συμπτωματική αγωγή.....	Σελ. 57
7.3 Φαρμακευτικές θεραπείες για τη νόσο Alzheimer	Σελ. 58
7.4 Φαρμακευτικά σκευάσματα.....	Σελ. 59
7.5 Ψυχολογικές θεραπείες.....	Σελ. 62
7.6 Εναλλακτικές θεραπείες.....	Σελ. 62

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

§8° ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

- 8.1 Πρόγνωση της νόσου AlzheimerΣελ. 65
- 8.2 Πρόληψη της νόσου AlzheimerΣελ. 66
- 8.3 Εκτίμηση δεδομένων - Νοσηλευτική αντιμετώπιση /
Αξιολόγηση.....Σελ. 67

§9° ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

- 9.1 Εισαγωγή ασθενούς στο νοσοκομείο / Νοσηλευτικές
ευθύνες.....Σελ. 74
- 9.2 Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.....Σελ. 77
- 9.3 Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης των
παρεμβάσεων.....Σελ. 80
- 9.4 Καθήκοντα νοσηλευτή.....Σελ. 80

§10° ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

- 10.1 Ψυχική υγιεινή και προφύλαξη του νοσηρού
γέρατος.....Σελ. 83
- 10.2 Ηθικά διλήμματα.....Σελ. 85
- 10.3 Διδασκαλία ασθενούς για την έξοδο απ' το νοσοκομείο.....Σελ. 86

§11° ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

- 11.1 Ανακουφιστικά προγράμματα φροντίδας.....Σελ. 89
- 11.2 Κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας ασθενούς με τη νόσο
Alzheimer.....Σελ. 90
- 11.3 Κατ' οίκον βοήθεια και υποστήριξη του πάσχοντος.....Σελ. 90

§12° ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

- 12.1 Εξελίξεις σχετικά με τη νόσο Alzheimer.....Σελ. 92
- 12.2 Προοπτικές για το μέλλον.....Σελ. 95

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....Σελ. 97

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....Σελ.104

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Alois Alzheimer (1864 – 1915)



Γεννήθηκε στην Κάτω Φρανκονία και πέθανε στο Breslau της Γερμανίας σε ηλικία 51 ετών από μια ασήμαντη ίωση. Δεν άφησε πίσω του πολλά στοιχεία για τη ζωή του. Το όνομά του δόθηκε στη γνωστή ασθένεια γεροντικής άνοιας από τον καθηγητή του, ψυχίατρο Emil Kraepelin, ο οποίος ήθελε να τιμήσει το μαθητή για τις έρευνες του.

Με την περιουσία που άφησε η γυναίκα του ήταν σε θέση να χρηματοδοτήσει ο Αλτσχάιμερ 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 Αλτσχάιμερ 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 Αλτσχάιμερ¹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας αιώνας με τη νόσο Alzheimer ...

Φέτος συμπληρώνονται εκατό χρόνια από την ημέρα που ο Δρ. Άλνους Αλτσχάιμερ την περιέγραψε για πρώτη φορά, το 1906. Έπειτα από έρευνα στους εγκεφαλικούς ιστούς μιας γυναίκας – που πέθανε από κάποια ασυνήθιστη για την εποχή εγκεφαλική ασθένεια – παρατήρησε αφύσικες μάζες-όγκους στον εγκέφαλο της ασθενούς, ένα σημάδι που σήμερα αποτελεί κατεξοχήν σύμπτωμα της νόσου Αλτσχάιμερ.

Από τότε, οι επιστήμονες έχουν εντοπίσει ακόμη περισσότερα συμπτώματα της νόσου. Εγκεφαλικά κύτταρα που σχετίζονται με τη μνήμη καταστρέφονται ή αδρανούν ενώ διακόπτονται οι συνδέσεις μεταξύ κυττάρων και εγκεφαλικών νεύρων. Επίσης έχουν παρατηρηθεί χαμηλά επίπεδα διαφόρων χημικών ουσιών που είναι υπεύθυνες για τη μεταφορά μηνυμάτων μεταξύ των κυττάρων του εγκεφάλου επηρεάζοντας με αυτό τον τρόπο τόσο τη μνήμη όσο και τη συνολικότερη αντίληψη του περιβάλλοντος του ασθενούς.

Η κυριότερη αιτία της νόσου Αλτσχάιμερ είναι η ηλικία, καθώς η νόσος παρουσιάζεται, στην πλειοψηφία των περιστατικών, μετά τα 60 χρόνια. Αν και οι διεργασίες που πραγματοποιούνται στον εγκέφαλο και μπορεί να οδηγήσουν στη νόσο αναγνωρίζονται σε περισσότερες της μίας, μέχρι σήμερα η μόνη που έχει επιστημονικά αποδειχθεί είναι η γονιδιακή μετατροπή μιας πρωτεΐνης που χρησιμοποιείται για τη μεταφορά της χοληστερόλης στο σώμα. Κατά τη μετατροπή αυτή οι πρωτεΐνες ενδέχεται να προκαλέσουν συσσώρευση αμινοξέων στον εγκέφαλο, τοξικών για τα εγκεφαλικά κύτταρα προκαλώντας με αυτό τον τρόπο την καταστροφή τους².

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Σκοπός της μελέτης...

Σε αυτό το σημείο αναφέρεται ότι σκοπός της πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη της Άνοιας τύπου Alzheimer που ευθύνεται για το 50% περίπου του συνόλου των Ανοιών και που προσβάλλει περίπου 19 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως (Mega MS,2002), καθώς επίσης, και να εξασφαλίζει ενημέρωση-στήριξη, ποιότητα φροντίδας και ζωής σε ασθενείς και φροντιστές με Άνοια τύπου Alzheimer.

Οι επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι :

- Ø Η προσέγγιση της Άνοιας και ειδικότερα του τύπου Alzheimer ως νόσου του αιώνα που έχει ξεκινήσει.
- Ø Η ενημέρωση τόσο του κοινού όσο και των Επαγγελματιών Υγείας σχετικά με την Άνοια σαν οντότητα στην καθημερινή πρακτική και η προγνωστική της σημασία.
- Ø Να τονιστεί, αφενός η ανεπάρκεια προληπτικής η θεραπευτικής αγωγής που στηρίζεται αποκλειστικά στο ιατρικό μοντέλο και αφετέρου να τονιστεί η ανάγκη ποιότητας, φροντίδας και ζωής των ασθενών.
- Ø Εντοπισμός ατόμων με συμπτώματα Άνοιας στην κοινότητα, παραπομπή σε ειδικούς ιατρούς και παρακολούθηση από Κοινωνικούς Λειτουργούς τόσο των ίδιων όσο και των φροντιστών τους.
- Ø Η διερεύνηση της σωστής αντιμετώπισης και οι μέθοδοι βοήθειας προς τους φροντιστές τους σε καθημερινή βάση.
- Ø Να διαπιστωθεί και να επισημανθεί η ύπαρξη εξειδικευμένων δομών, επαρκώς στελεχωμένων, που ενημερώνουν και στηρίζουν τους φροντιστές του ασθενή και παράλληλα έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή.
- Ø Η διερεύνηση στο επίπεδο της πληροφόρησης, νομικών και ασφαλιστικών ζητημάτων περί την ασθένεια.

§ 1^ο : ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

1.1 Τι είναι και που οφείλεται η άνοια;

Σύμφωνα με την πρόσφατη επιστημονική γνώση, η πιο συχνή αιτία άνοιας είναι η σταδιακή εκφύλιση των κυττάρων του εγκεφάλου που επιτελούν τη λειτουργία της μνήμης και τις άλλες νοητικές λειτουργίες. Σε κάθε ανθρώπινο εγκέφαλο παρουσιάζεται μια απώλεια κυττάρων με την πάροδο του χρόνου, και αυτό είναι μια φυσιολογική διαδικασία. Ωστόσο, στην νόσο Αλτσχάιμερ η απώλεια αυτή εμφανίζεται σε πολύ εντονότερο βαθμό. Τα αίτια που οδηγούν σε αυτή την καταστροφή κυττάρων δεν έχουν εξακριβωθεί πλήρως μέχρι σήμερα. Η άνοια αποτελεί σήμερα ένα τομέα όπου διεξάγεται έντονη επιστημονική έρευνα³.

1.2 Τι είναι η Άνοια τύπου Alzheimer;

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι μία εκφυλιστική νόσος με προοδευτική εξέλιξη, στα πλαίσια της οποίας προκαλούνται αλλοιώσεις στα κύτταρα του εγκεφάλου που επιτελούν τη λειτουργία της μνήμης.

Η συγκεκριμένη νόσος αποτελεί την συνηθέστερη μορφή άνοιας (διαταραχή εγκεφαλικών λειτουργιών), η οποία μετά πάροδο ορισμένων ετών μπορεί να οδηγήσει σε σταδιακή έκπτωση της αντίληψης, της διανοητικής δραστηριότητας και της προσωπικότητας του ασθενούς.

Η διάρκεια της νόσου διαφέρει σε κάθε ασθενή και μπορεί να διαρκέσει από 2 -20 έτη (η μέση διάρκεια της νόσου είναι 5-15 έτη)⁴.

1.3 Ταξινόμηση Άνοιας

Οι αρχικές προσπάθειες ταξινόμησης της άνοιας είχαν σαν αποτέλεσμα τη διάκρισή της σε προγεροντική και γεροντική. Αυτή αποδείχθηκε αυθαίρετη και ανώφελη, αφού η ίδια παθολογική διεργασία είναι δυνατό να επηρεάσει τόσο τους ηλικιωμένους όσο και τους σχετικά νέους. Εν τούτοις, οι πιο συνηθισμένες μορφές άνοιας συνδέονται με χαρακτηριστικά, αλλά μη ειδικά, γνωσιακά σύνδρομα όπως φαίνονται στον παρακάτω πίνακα 1.

Σύνδρομο	Τυπικά χαρακτηριστικά
1.Κροταφο-βρεγματική άνοια (οπίσθια άνοια).	Πρώιμη διαταραχή της ανάκλησης-αναγνώρισης. Αποπροσανατολισμός στο χώρο. Δυσχέρειες λόγου. Δυσκολίες στον υπολογισμό και στις αναλυτικές ή αφηρημένες εργασίες.
2.Μετωπιαία ή μετωπο-κροταφική άνοια (πρόσθια άνοια).	Πρώιμη μεταβολή της συμπεριφοράς του χαρακτήρα (προσωπικότητας). Απώλεια των συναισθημάτων για τους άλλους (συμπάθεια). Έλλειψη αναστολών. Απρόσφορη, ψυχρή και συχνά περίεργη και ασταθής συμπεριφορά.

<p>3.Υποφλοιώδης άνοια.</p>	<p>Επιβάρυνση της νοητικής διαδικασίας (βραδυφρένεια). Φυσιολογική ανεύρεση λέξεων ακόμα και σε προχωρημένο στάδιο. Συναισθηματική ρηχότητα, έλλειψη κινήτρων, έλλειψη πρωτοβουλίας. Η οπτικό-χωρική λειτουργία διαταράσσεται όψιμα. Συνήθως υπάρχει διαταραχή της μνήμης, αλλά στην αρχή ελαφρά η αναγνώριση διατηρείται. Συχνά, εξωπυραμιδική σημειολογία.</p>
-----------------------------	---

Πίνακας 1

Οι όροι **φλοιώδεις** και **υποφλοιώδης** άνοια μερικές φορές χρησιμοποιούνται για να γίνει διάκριση ανάμεσα σε δύο διαφορετικά ανοϊκά σύνδρομα. Οι όροι δεν υποδηλώνουν ότι οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις περιορίζονται μόνο σε φλοιώδεις ή υποφλοιώδεις δομές.

Οι **φλοιώδεις άνοιες** (όπως και η νόσος του Alzheimer) τυπικά προκαλούν μάλλον εκλεκτικές μεταβολές στην λειτουργία της μνήμης ή στη συμπεριφορά στα πρώιμα στάδια, Η ευελιξία της σκέψης του ασθενούς στις περισσότερες γνωσιακές περιοχές είναι πιθανό να είναι ομαλή, το επίπεδο των κινήτρων και η συναισθηματική ανταπόκριση αναλλοίωτο και πολλές όψεις της αναλυτικής σχέσης άθικτες.

Ο όρος **υποφλοιώδης άνοια** δηλώνει σύνδρομο κατά το οποίο η βραδύτητα της νοητικής διαδικασίας, η μειωμένη κινητοποίηση και η πρωτοβουλία και οι αλλαγές στη διάθεση υπερισχύουν της αποδυνάμωσης των διανοητικών λειτουργιών⁵.

1.4 Ανατομοκλινική ταξινόμηση ανοιών

Οι άνοιες εκδηλώνονται με συμπτώματα που άλλοτε μοιάζουν να οφείλονται σε βλάβες που γίνονται κυρίως στο φλοιό του εγκεφάλου και άλλοτε σε βλάβες κέντρων που βρίσκονται χαμηλότερα.

∅ Νόσοι με χαρακτηριστικά φλοιώδους άνοιας.

1. Νόσος Alzheimer,
2. Νόσος Pick.

∅ Νόσοι με χαρακτηριστικά υποφλοιώδους άνοιας.

1. Νόσος Parkinson,
2. Νόσος Wilson,
3. Νόσος Huntington,
4. Θαλαμικές βλάβες,
5. Προϊούσα υπερπυρινική παράλυση,
6. Τοξικές και μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες,
7. Νωτιοπαρεγκεφαλικές εκφυλίσεις,
8. Υποφλοιώδη έμφρακτα,
9. Υδροκέφαλος.

∅ Νόσοι με μικτά χαρακτηριστικά

1. Πολυεμφρακτική άνοια,
2. Άνοια με σωματίδια Lewy,
3. Μετά από λοίμωξη, AIDS, σύφιλη, τραύμα, ανοξία, τοξικά αίτια, όγκο,

4. Σκλήρυνση κατά πλάκας,
5. Στερητικά σύνδρομα,
6. Ενδοκρινικές διαταραχές.
7. Νόσος Creutzfeld-Jacob

Όλες οι άνοιες εμπεριέχουν και τις δύο ανατομικές μορφές και μάλλον δεν υπάρχουν αμιγείς φλοιώδης και υποφλοιώδης.

Υπάρχει όμως, πρακτική σημασία στη διάκριση αυτή, λόγω της διαφορετικής κλινικής εικόνας και πιθανώς της φαρμακευτικής παρέμβασης^{6,7}.

1.5 Φυσιολογία νευρικού συστήματος

Ο νευρώνας, ένα κύτταρο ειδικά σχεδιασμένο για να διαβιβάζει πληροφορίες σε άλλα νευρικά, μυϊκά ή αδενικά κύτταρα, αποτελεί τη βασική λειτουργική μονάδα του εγκεφάλου.

Ο νευρώνας αποτελείται από ένα κυτταρικό σώμα, που περιλαμβάνει τον πυρήνα, και από μία αγωγή ίνα, το νευράξονα ο οποίος μπορεί να χορηγεί παράπλευρους κλάδους πριν από την απόληξη του. Στην πορεία του ο νευρώνας σχηματίζει στα άκρα των κλάδων συνάξεις με άλλους νευρώνες. Οι νευρώνες εκπέμπουν σήματα διαβιβάζοντας ηλεκτρικές δόσεις κατά μήκος του νευρώνα τους. Πολλοί νευράξονες καλύπτονται από ένα στιβαδωμονωτικό έλυτρο μυελίνης, το οποίο επιταχύνει την αγωγή του ηλεκτρικού σήματος κατά μήκος του νευρώνα.

Οι νευρικές δόσεις διαπερνούν την κυτταρική μεμβράνη επιτρέποντας σε φορτισμένα άτομα ή μικρά μόρια να μπαίνουν και να βγαίνουν από το κύτταρο. Η ροή των ιόντων μέσα από την μεμβράνη

δημιουργεί ένα ηλεκτρικό ρεύμα το οποίο παράγει μικρές αλλαγές δυναμικού ανάμεσα στις δύο πλευρές της μεμβράνης. Φθάνοντας στα κύτταρα ενός νευρώνα, αυτές οι αλλαγές δυναμικού πυροδοτούν την απελευθέρωση ειδικών χημικών ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι διαβιβάζουν την ώση στον νευρώνα.

Ο πρώτος νευροδιαβιβαστής που αναγνωρίστηκε είναι η ακετυλοχολίνη. Η ακετυλοχολίνη απελευθερώνεται από νευρώνες που συνδέονται με τους σκελετικούς μυς από νευρώνες που ελέγχουν τους χτύπους της καρδιάς, μεταβιβάζει επίσης μηνύματα ανάμεσα σε νευρώνες του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Από πρόσφατες ανακαλύψεις, φαίνεται ότι έχει μεγάλη σημασία στις διανοητικές δραστηριότητες. Δεδομένου ότι οι νευρώνες που απελευθερώνουν ακετυλοχολίνη εμφανίζονται άδειοι σε ασθενείς με τη νόσο Alzheimer, η εύρεση τρόπων επανάκτησης αυτής της χημικής ουσίας αποτελεί κύριο στόχο της σύγχρονης έρευνας.

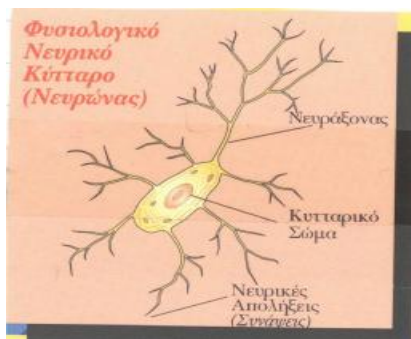
Η δοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη είναι πολύ διαδεδομένες στον εγκέφαλο και στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Η δοπαμίνη, που βρίσκεται σε τρία κυκλώματα του εγκεφάλου, πιστεύεται ότι παίζει ρόλο στην κίνηση και στη σχιζοφρένεια. Η νορεπινεφρίνη εκκρίνεται από τα επινεφρίδια ως απάντηση στο στρες ή σε γεγονότα που προκαλούν εγρήγορση. Ανεπάρκεια στο νευροδιαβιβαστή αυτό παρατηρείται σε ασθενείς με τη νόσο Alzheimer ή με το σύνδρομο Korsakoff, μια διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών που συνδέεται με το χρόνια αλκοολισμό.

Σεροτονίνη. Υπάρχει σε πολλούς ιστούς ιδιαίτερα στα αιμοπετάλια, στο βλενογόνο του γαστρεντερικού σωλήνα και στον εγκέφαλο. Στον εγκέφαλο η σεροτονίνη εμπλέκεται σε καταστάσεις

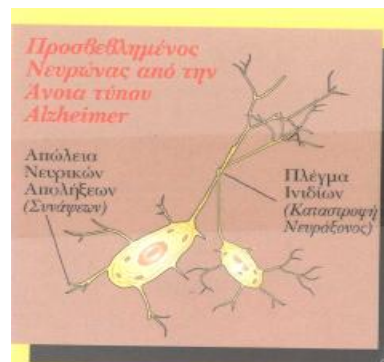
συνειδητότητας, διάθεσης, κατάθλιψης και άγχους.

Ο εγκέφαλος ασθενών με τη νόσο Alzheimer έχει λιγότερα από το φυσιολογικό επίπεδα ακετυλοχολίνης και μονοαμινών λόγω της απώλειας ειδικών κυτταρικών ομάδων που συνθέτουν αυτούς τους διαβιβαστές στο εγκεφαλικό στέλεχος.

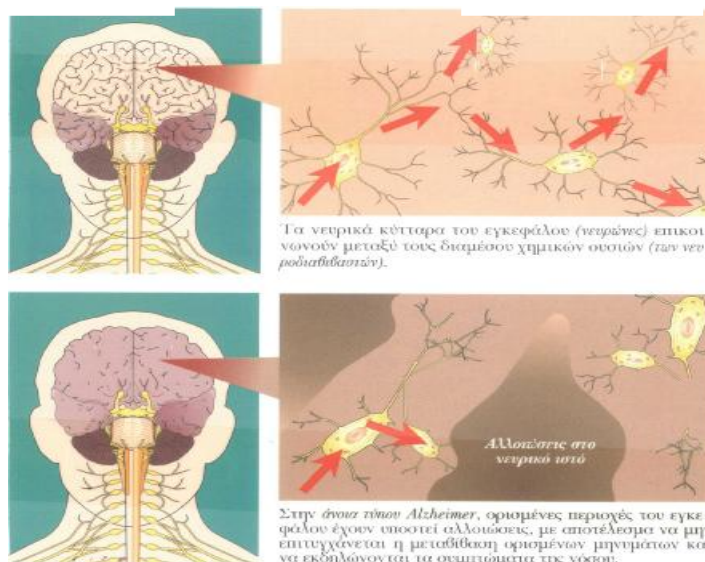
Η αιτία του θανάτου των νευρώνων δεν είναι γνωστή. Οι πιθανές αιτίες περιλαμβάνουν βλάβες της κυτταρικής μεμβράνης, διαταραχές στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών, διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, επιδράσεις νευροτοξικών ουσιών και τη κληρονομικότητα⁸.



Εικόνα 1



Εικόνα 2



Ε
ι
κ
ό
ν
α

3

§ 2^ο : ΕΠΙΠΤΩΣΗ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

2.1 Χαρακτηριστικά της νόσου

Η φλοιώδης ατροφία εδώ είναι διάχυτη, επικρατεί συχνά στον μετωπιαίο λοβό και χαρακτηρίζεται παθολογοανατομικά από την τυπική «ινιδώδη εκφύλιση» του Alzheimer, την κοκκιο-αγγειώδη εκφύλιση και την εμφάνιση αφθόνων «γεροντικών πλακών».

Χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι οι πάσχοντες από ατροφία τύπου Alzheimer δίνουν για αρκετά μεγάλο διάστημα την εντύπωση υγιών ανθρώπων.

Εστιακές νευρολογικές εικόνες παρατηρούνται πολύ συχνά στην νόσο (ημιπληγία, μονοπληγία, παραπάρεση, παρεγκεφαλιδικές διαταραχές και επιληπτικές κρίσεις). Κυριαρχεί το απρακτικό – αγνωσικό στοιχείο, παρατηρείται υπέρταση που απολήγει σε σπαστικότητα και εμφανίζονται πολύ συχνά εστιακά νευρολογικά σύνδρομα. Κατά επεισόδια ή και μόνιμα.

Η ΝΑ χαρακτηρίζεται από διάχυτη προσβολή των φλοιϊκών λειτουργιών, όπως ακολούθως:

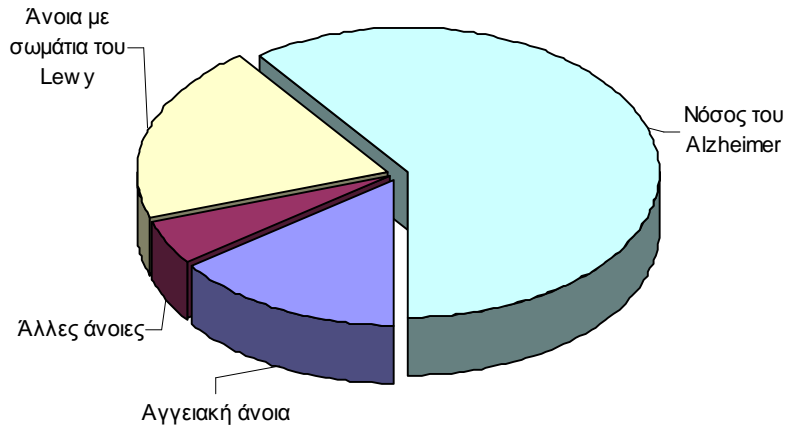
1. αφασία: απώλεια ή μείωση του λόγου λόγω εγκεφαλικής δυσλειτουργίας
2. απραξία: ανικανότητα εκτέλεσης μαθημένων κινήσεων σε παραγγελία
3. αγνωσία: ανικανότητα νοηματικής αναγνώρισης ή σύνδεσης κατόπιν αισθητικού ερεθίσματος
4. αναριθμησία: ανικανότητα εκτέλεσης αριθμητικών υπολογισμών

5. αγραφία: ανικανότητα γραφής
6. αλεξία: ανικανότητα ανάγνωσης⁹.

2.2 Συχνότητα της νόσου

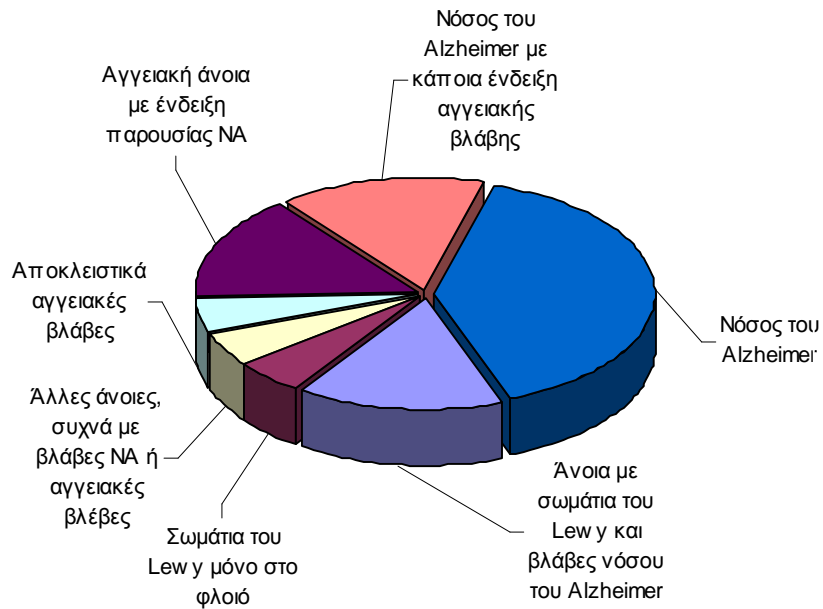
Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή άνοιας: Αποτελεί το 60-70% όλων των ανοιών. Από την ασθένεια αυτή πάσχει περίπου ένας στους 20 ανθρώπους άνω της ηλικίας των 65 ετών. Υπολογίζεται ότι 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη και 15 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τη νόσο Αλτσχάιμερ. Ο όρος "άνοια Αλτσχάιμερ" συνοψίζει σήμερα τα περιστατικά που παλαιότερα αποκαλούνταν "γεροντική άνοια" (άνοια σε ανθρώπους άνω των 65 ετών) και "προ-γεροντική άνοια" (άνοια σε ανθρώπους κάτω των 65 ετών). Πρόσφατες μελέτες δείχνουν επίσης ότι η "αρτηριοσκλήρυνση" αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που προδιαθέτει και πολλές φορές συνυπάρχει με την άνοια Αλτσχάιμερ. Όλο και περισσότερες γυναίκες αναγνωρίζουν τις ευκαιρίες και δυνατότητες που τους προσφέρει αυτή η περίοδος της ζωής τους και χρησιμοποιούν εποικοδομητικά την νεοαποκτηθείσα ελευθερία και αναπροσαρμόζουν τα σχέδια και τις δραστηριότητες τους. Αντιμετωπίζουν την εμμηνόπαυση με μεγαλύτερη αισιοδοξία απ' ό,τι στο παρελθόν, σαν μία ευκαιρία για να αποκτήσουν ωριμότητα και απελευθέρωση. Έχουν επίσης την τάση να δείχνουν μεγαλύτερη επιθυμία να αντεπεξέλθουν στα προβλήματα υγείας της μέσης ηλικίας³.

**ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΤΗΝ ΤΕΤΑΡΤΗ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΙΣ
ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ
ΠΑΘΗΣΕΙΣ, ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΚΑΙ ΤΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ**



Διάγραμμα 1

Νόσοι οι οποίες προκαλούν άνοια – αμιγείς ασθένειες



Διάγραμμα 2

Νόσοι οι οποίες προκαλούν άνοια – μικτές ασθένειες

Πίνακας Επιπολασμού κατά ηλικίες :

Ετών	Ποσοστό
60	1%
65	2%
70	4%
75	8%
80	16%
85	32%
90	64%

Πίνακας 2

2.3 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η νόσος Alzheimer διακρίνεται σε γεροντική και προγεροντική, όπως αναφέρθηκε. Η γεροντική άνοια προσβάλλει περίπου το 10% των ατόμων άνω των 65 ετών, το 20% των ατόμων άνω των 80 ετών και 22-35% των ατόμων άνω των 85 ετών. Η ετήσια επίπτωση της νόσου είναι 0,5%, ενώ στο 10% των περιπτώσεων η νόσος αρχίζει πριν από το 65^ο έτος της ηλικίας¹⁰.

Η νόσος δεν έχει φυλετική, εθνολογική ή γεωγραφική κατανομή και προσβάλλει και τα δύο φύλλα, αλλά δυο φορές περισσότερες γυναίκες. Αυτό αποτελεί στατιστικό λάθος, διότι οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 6 χρόνια περισσότερο από τους άντρες. Λαμβάνοντας υπόψη το στοιχείο αυτό, ο κίνδυνος άνοιας σε γυναίκες 65 ετών είναι 35% ενώ για τους άντρες είναι 15%¹¹.

Σε όλο τον κόσμο, πάσχουν από την νόσο Alzheimer 15 εκατομμύρια στην Ευρώπη 3,5 και 4 εκατομμύρια στην Αμερική. Ποσοστιαία οι πιθανότητες να προσβληθεί κάποιος από την νόσο Alzheimer είναι μια στις 1000 για ηλικία από 40 έως 65 ετών. Μια στις 10 για ηλικία 65 έως 85 ετών και μια στις 5 για ηλικίες πάνω από 85 ετών.

Από έρευνες που έχουν γίνει στη Μεγάλη Βρετανία, Ηνωμένες Πολιτείες και Καναδά προκύπτει ότι : στη Μεγάλη Βρετανία 670.000 άτομα έχουν κάποιο τύπο άνοιας, ενώ περισσότεροι από τους μισούς πάσχουν από την νόσο Alzheimer.

Στον Καναδά 350.000 άτομα πάσχουν από την νόσο Alzheimer, 12-15% των ατόμων είναι ηλικίας 65 ετών και άνω και το 50% των ατόμων άνω των 85 ετών.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες 4.000.000 άνθρωποι πάσχουν από νόσο Alzheimer, ενώ 1.000.000 απ' αυτούς βρίσκονται στα ιδρύματα¹².

Σήμερα η νόσος Alzheimer αποτελεί το τέταρτο συχνότερο αίτιο θανάτου για τους ηλικιωμένους. Δεν υπάρχουν επιδημιολογικά στοιχεία για την επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα και επομένως μπορεί να ειπωθεί ότι η νόσος παρουσιάζει ανάλογα ποσοστά εμφάνισης με τα διεθνή.

Μέχρι το έτος 2030, 9 άτομα στα 100 ηλικίας 65, θα πάσχουν από την νόσο Alzheimer. Αυτό σε απόλυτους αριθμούς σημαίνει ότι σε 35 χρόνια, 678 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον πλανήτη θα είναι καταδικασμένοι σε έναν αργό και βασανιστικά θάνατο¹³.

§3^ο ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

3.1 Ποιοι παράγοντες ευθύνονται για την εμφάνιση της άνοιας τύπου Alzheimer

Η αιτιολογία της άνοιας τύπου Alzheimer δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή. Είναι γνωστό ότι στον εγκέφαλο των ασθενών με άνοια παρατηρείται συσσώρευση πρωτεϊνικών εναποθέσεων (γεροντικές πλάκες). Επίσης παρατηρείται σημαντική μείωση του νευροδιαβιβαστή **ακετυλοχολίνη**. Η ακετυλοχολίνη είναι απαραίτητη για την φυσιολογική δραστηριότητα των εγκεφαλικών κυττάρων που επιτελούν τις γνωστικές λειτουργίες. Η μείωση της συσχετίζεται με την εμφάνιση των πλακών και των *νευροϊνιδιακών πλεγμάτων* που σχηματίζονται από την εκφύλιση των νευρικών κυττάρων.

Οι επιστήμονες θεωρούν ότι στην αιτιολογία της άνοιας τύπου Alzheimer πιθανώς συμμετέχουν γενετικοί (κληρονομικοί) παράγοντες. Επίσης, περιβαλλοντικοί ή λοιμώδεις παράγοντες πιθανώς επηρεάζουν την φυσική πορεία της νόσου, αν και κάτι τέτοιο δεν έχει επιβεβαιωθεί πλήρως⁴.

3.2 Ποιος έχει αυξημένη πιθανότητα να προσβληθεί

Δεν υπάρχει κάποια ένδειξη ότι κάποια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων είναι πιθανότερο να αναπτύξει τη νόσο του Αλτσχάιμερ. Είναι πιο πιθανό, ένας συνδυασμός παραγόντων να οδηγεί στην εμφάνιση της.

Ωστόσο, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αργούν ή έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο, σε σύγκριση με άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. (Ίσως, στα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, τα συμπτώματα της νόσου συγκαλύπτονται για κάποιο διάστημα)¹⁴.

Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες

- παρουσία απολιποπρωτεΐνης E-e4 (ΑΠΟΕ) στο χρωμόσωμα 19, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου από 2-10 φορές. Η προγνωστική αξία είναι άνευ σημασίας αφού μέχρι σήμερα δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστούν προληπτικές παρεμβάσεις ούτε υπάρχει θεραπεία για την άνοια. Πολύ δε περισσότερο που δεν προσδιορίζεται ο χρόνος εμφάνισης της.
- 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, E, 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 υπέρτασης¹⁵.

Αμφισβητούμενοι παράγοντες

- χαμηλό μορφωτικό επίπεδο,
- περιορισμένες ικανότητες προφορικής και γραπτής γλώσσας,
- ιστορικό επιληπτικών κρίσεων,
- έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ψευδαργύρου ,
- έκθεση σε μεγάλες ποσότητες αλουμινίου¹⁵.

3.3 Μεταβολικά αίτια

Τα μεταβολικά αίτια διαχωρίζονται στις παρακάτω κατηγορίες :

- Νάτριο, Κάλιο
- Συστηματικά νοσήματα :
 - 1) Λοίμωξη (νευρικότητα, ευερεθιστότητα),
 - 2) Διαβήτης,
 - 3) Παχυσαρκία,
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Αναιμία(Δεν οξυγονώνονται σωστά οι ιστοί και ο εγκέφαλος),
- Υπερθυρεοειδισμός / υποθυρεοειδισμός,
- Κακοθρεψία (κυρίως σε νέα άτομα)=>απίσχυανση (διαταραχές ψυχισμού, καταστροφή άμυνας οργανισμού),
- Φλεγμονές (μηνιγγίτιδες, εγκεφαλίτιδες),
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (επιληψίες, νευρώσεις),
- Εγκεφαλικά επεισόδια (αισθητική αφασία : πρόβλημα στον λόγο και στην αντίληψη),
- Υποσκληρίδιο αιμάτωμα,

- Επίσχεση ούρων,
- Ειλεός,
- Διαταραχές ύπνου(υπνική άπνοια 1-40sec, κακός ύπνος
=> κόπωση, ευερεθιστότητα, νευρικότητα),
- Φυτοφάρμακα (Μαγγάνιο κ.λ.π)¹⁶.

3.4 Κληρονομικότητα και Ν.Α

Πρόσφατα αποδείχτηκε ότι η κληρονομικότητα, παίζει κατά 80% ρόλο στην εκδήλωση Αλτσχάιμερ. Αυτό έδειξε πρόσφατη έρευνα του Πανεπιστημίου της Νότιας Καλιφόρνια. Οι ερευνητές έθεσαν υπό παρακολούθηση 392 ζευγάρια διδύμων, ηλικίας 65 ετών και άνω εκ των οποίων στο ένα μέλος είχε διαγνωστεί η νόσος. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με ισάριθμη ομάδα διδύμων που δεν είχαν προσβληθεί από αυτή. Η μελέτη επιβεβαίωσε το ρόλο που παίζει ο γενετικός μηχανισμός στην εμφάνιση της νόσου χωρίς όμως να μειώνεται ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων στην ασθένεια¹⁷.

3.5 Παθογενετικοί μηχανισμοί

Η βιολογική βάση της νόσου Alzheimer δεν είναι γνωστή, δεν είναι όμως και τελείως άγνωστη¹⁸. Ερευνητές έχουν ανακαλύψει ότι ο ιππόκαμπος (περιοχή του εγκεφάλου, σημαντική για το σχηματισμό και την αποθήκευση της μνήμης) υφίσταται εκτεταμένη καταστροφή στη νόσο Alzheimer¹⁹.

Στους εγκεφάλους των πασχόντων από τη νόσο Alzheimer, παρατηρείτε ατροφία και μείωση του βάρους του εγκεφάλου, φλοιώδης ατροφία. Ιδίως στο μετωπιαίο, στον κροταφικό και τον ινιακό λοβό. Οι δύο σημαντικές παράμετροι που αποτελούν το παθογενετικό υπόστρωμα των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου είναι η απώλεια των νευρώνων και οι διαταραχές των συνάψεων¹⁸.

Τα ελλείμματα στη νόσο Alzheimer οφείλονται σε εκτεταμένη καταστροφή των εγκεφαλικών φλοιϊκών κυττάρων. Καθώς οι γνωστικές λειτουργίες είναι το αποτέλεσμα της επικοινωνίας μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων, η απώλεια αυτών των νευρώνων και των συνδέσεων τους προκαλεί τις κλινικές εκδηλώσεις της άνοιας.

Οι νευρώνες του ΚΝΣ έχουν σχηματιστεί μέχρι την εικοστή περίπου εβδομάδα της εμβρυϊκής ζωής. Η ανάπτυξη του εγκεφάλου από την εμβρυϊκή περίοδο μέχρι την ενηλικίωση χαρακτηρίζεται από τον σχηματισμό πολύπλοκων συνδέσεων μεταξύ των νευρώνων. Η διαδικασία αυτή σχετίζεται με αύξηση στον αριθμό και το μέγεθος των νευρωνικών αποφύσεων καθώς και με αύξηση της ποσότητας της μυελικής που τις περιβάλλει. Καθώς δεν είναι δυνατός ο σχηματισμός νέων νευρώνων μετά από την 20^η εβδομάδα της κύησης, η ύπαρξη υπεραριθμών κυττάρων είναι ένα χαρακτηριστικό του ΚΝΣ.

Πέντε φορές περισσότερα από αυτά που χρειάζονται νευρικά κύτταρα σχηματίζονται κατά την ανάπτυξη του εγκεφάλου, με τους πιο πολλούς νευρώνες να αποτελούν ένα είδος εφεδρείας. Αυτό σημαίνει ότι σχεδόν το 80% των νευρώνων σε μια περιοχή του εγκεφάλου πρέπει να καταστραφεί προκρινόμενου να εμφανιστούν τα συμπτώματα.

Μελέτες που έχουν συγκρίνει τον αριθμό των νευρικών κυττάρων σε εγκεφάλους νέων (<20) και ηλικιωμένων (>60) ατόμων έχουν δείξει ότι η φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια του 30% περίπου των νευρικών κυττάρων στις πιο πολλές

περιοχές του εγκεφάλου. Έτσι, καθώς το 70% τουλάχιστον των νευρώνων παραμένει, δεν παρατηρούνται κλινικά ελλείμματα. Σε μια νόσο, όμως, όπως είναι αυτή του Alzheimer, ο ρυθμός εκφύλισης των εγκεφαλικών νευρώνων αυξάνει²⁰.

§4^ο ΔΙΑΓΝΩΣΗ

4.1 Διάγνωση της νόσου Alzheimer

- Ø Η διάγνωση της νόσου γίνεται με βάση το ιστορικό και την εξέταση των συμπτωμάτων. Η αξιολόγηση αφορά το νευρικό σύστημα και την ψυχοδιανοητική σφαίρα. Θα πρέπει να εξαιρεθούν κάποια νοσήματα που προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με την άνοια τύπου Alzheimer. Οι δοκιμασίες μνήμης -ψυχομετρικά tests (παραρτήματα)-, αιματολογικές εξετάσεις και αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου μπορεί να αποτελούν μέρος της διαγνωστικής διαδικασίας⁴.
- Ø Η διάγνωση ενισχύεται επίσης από παρουσία εκσεσημασμένης γενικευμένης ατροφίας σε διαδοχικές υπολογιστικές τομογραφίες (CT) του εγκεφάλου. Η οριστική διάγνωση επαφίεται στην ιστοπαθολογοανατομική ανάδειξη των πλακών αμυλοειδούς και των νευροινιδικών σχηματισμών. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται μόνο με βιοψία ή αυτοψία²¹.
- Ø Αφού καθοριστεί ότι υπάρχει ανοϊκό σύνδρομο χωρίς κάποια εμφανή αιτία από συστηματικό νόσημα, ο κλινικός ιατρός πρέπει να επιχειρήσει την ειδική διαφορική διάγνωση σε επίπεδο συγκεκριμένης νόσου χρησιμοποιώντας τα κατάλληλα κριτήρια για την νόσο του Alzheimer, την αγγειακή άνοια, τη νόσο σωματίων του Lewy, ή την άνοια μετωπιαίου λοβού. Η καλύτερη μέθοδος για το διαχωρισμό αυτό είναι η προσεκτική λήψη του ιστορικού, όπου θα σημειώνεται, επισταμένως η φυσική εξέλιξη της διαταραχής²².

- Ø Η νευροαπεικόνιση μπορεί να φανεί χρήσιμη - συνήθως με αξονική τομογραφία καθώς και με μαγνητική τομογραφία, όλο και πιο συχνά - εκεί όπου το ιστορικό υποδηλώνει αγγειακή άνοια. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι η αξονική τομογραφία με τομές υπό κατάλληλη γωνία, ώστε να γίνεται εμφανής η ανατομία του κροταφικού λοβού, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη καθώς είναι ευαίσθητη στο εντοπισμό της ατροφίας και στην καταγραφή της συνεχιζόμενης μεταβολής. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι χρήσιμο όταν υπάρχει υπόνοια άνοιας μετωπιαίου λοβού, δεδομένου ότι παραμένει φυσιολογικό ακόμα και σε μετρίου βαθμού άνοια. Στη νόσο του Alzheimer, μη εξειδικευμένες ανωμαλίες παρουσιάζονται πρώιμα σε όλες τις περιπτώσεις²².
- Ø Η διάγνωση της ΝΑ γινόταν μέχρι σήμερα με την μέθοδο του αποκλεισμού. Έπρεπε δηλαδή να αποκλειστούν όλες οι υπόλοιπες γνωστές αιτίες άνοιας μετά από εξαντλητικό έλεγχο και να καταλήξει τελικά ο κλινικός γιατρός στη διάγνωση της ΝΑ. Η διαδικασία αυτή δεν είναι πλέον απαραίτητη εφόσον οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών, έχουν καθορίσει με σαφήνεια αφενός τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου και την πορεία της και αφετέρου έχουν προσφέρει πολύτιμες ενδείξεις από το παρακλινικό έλεγχο. Η διαγνωστική πρόοδος στους τομείς της εκτίμησης των γνωστικών λειτουργιών, της νευροαπεικόνισης, της ηλεκτροφυσιολογίας, του εντοπισμού περιφερικών δεικτών, της νευροπαθολογίας και του γενετικού ελέγχου, επιτρέπουν πλέον την πρώιμη διάγνωση της νόσου με βεβαιότητα 90%.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ ΤΑ ΒΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ ΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ

ΠΙΘΑΝΗ ΑΝΟΙΑ:

Ø Νευρολογική εξέταση

Η νευρολογική εξέταση του ασθενούς με ΝΑ συχνά αποκαλύπτει διαταραχές στη μνήμη ιδιαίτερα την πρόσφατη, διαταραχές στον προσανατολισμό στο χρόνο, αφασικές, απραξικές και αγνωσικές διαταραχές.

Εξωπυραμιδικά σημεία είναι συχνά στη ΝΑ, έντονη όμως εξωπυραμιδική συμπτωματολογία με βραδυκινησία, δυσκαμψία, σημαντική διαταραχή στη βάδιση, θα πρέπει να κατευθύνει τη διαγνωστική μας σε άλλες νοσολογικές οντότητες.

Ø Νευροψυχολογικές δοκιμασίες

Οι νευρολογικές διαδικασίες διερευνούν και εκτιμούν τις βασικές γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι η προσοχή, η αντίληψη, η μνήμη μέσω αυτών ανιχνεύουν και αφασικές, αγνωσικές και απρακτικές διαταραχές. Η συμβολή της νευροψυχολογίας στη πρόωμη διάγνωση της ΝΑ είναι ιδιαίτερα σημαντική. Κατά κανόνα οι νευροψυχολογικές διαταραχές προηγούνται των νευροαπεικονιστικών.

Η ευρύτερα εφαρμοσμένη νευροψυχολογική διαδικασία είναι η Mini Mental State Examination -MMSS- (παράρτημα Ι). Τα προτερήματά της είναι ότι είναι σύντομη, καλά δομημένη, αξιόπιστη και ευαίσθητη στη θεραπεία με αντοχολινεστερασικούς παράγοντες. Εμπεριέχει εκτίμηση του προσανατολισμού, της μνήμης, της προσοχής,

την κατανόηση του γραπτού λόγου, της γραφής και της αντιγραφής σχημάτων. Πρόσφατα έχουν εισαχθεί στην καθημερινή πρακτική οι σφαιρικές και λειτουργικές δοκιμασίες, οι οποίες μπορούν να εντοπίσουν πρώιμα τα λειτουργικά και νοητικά ελλείμματα και τις διαταραχές στη ΝΑ.

Οι λειτουργικές διαδικασίες είναι πολύ χρήσιμες στο να διαπιστώσουν αρχικά την ύπαρξη ενός ανοιακού συνδρόμου και βοηθούν σημαντικά και πρώιμα στην εντόπιση της ΝΑ. Η ΝΑ αναγνωρίζεται σαν πιθανή υπεύθυνη αιτία αποδιοργάνωσης από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :

- α) Απώλεια των εκτελεστικών λειτουργιών, δηλαδή της ικανότητας να εκτελεί κάποιος πλήρως τα επαγγελματικά του καθήκοντα.
- β) Απώλεια της ικανότητας να διεκπεραιώνει κανείς πολύπλοκες καθημερινές δραστηριότητες όπως να ρυθμίζει τα οικονομικά του και να προετοιμάζει πολύπλοκα γεύματα.
- γ) Απώλεια της ικανότητας να πραγματοποιεί βασικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως είναι η ένδυση και η ατομική υγιεινή.
- δ) Απώλεια της ικανότητας να διεκπεραιώνει βασικές σωματικές λειτουργίες όπως η ομιλία ή βάδιση.

Ø Νευροαπεικόνιση

Η μαγνητική τομογραφία είναι εκείνη που έχει αποδείξει ότι η ατροφία του εγκεφάλου είναι ένα πρώιμο σημείο της ΝΑ και μπορεί να διαπιστωθεί σε πολύ πρώιμα στάδια.

Το SPECT στη ΝΑ συνήθως δείχνει κροταφοβρεγματική ελάττωση της αιματικής ροής και μερικές φορές και μετωπιαία. Έκτος από την αξία του στη πρώιμη διάγνωση, το SPECT χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η

ανταπόκριση στη φαρμακευτική αγωγή.

Το PET στη ΝΑ αναδεικνύει κροταφοβρεγματικό και μετωπιαίο υπομεταβολισμό, ενώ σχετικά διασώζεται ο οπτικός και αισθητικοκινητικός φλοιός. Οι μεταβολές αυτές είναι σχετικά ασύμμετρες και αυτή η ασυμμετρία σχετίζεται με την ηλικία έναρξης της νόσου. Το PET έχει την δυνατότητα να βοηθήσει στη διαφορική διάγνωση της ΝΑ, ακόμη και σε πολύ πρώιμα στάδια²³.

Ø Περιφερικοί δείκτες

Στον όρο περιφερικοί δείκτες εμπεριέχονται όλες οι νέες νίνο τεχνικές, που έχουν ενταχθεί για την διάγνωση της ΝΑ. Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν διαγνωστικούς δείκτες παρόντες στο αίμα, το ΕΝΥ και άλλους ιστούς.

Οι περιφερικοί δείκτες της ΝΑ σχετίζονται με τον εντοπισμό στο ΕΝΥ ουσιών σημαντικών για την παθογένεια της νόσου. Έχουν ήδη διαπιστωθεί αυξημένα επίπεδα πρωτεΐνης T και ουμπικιτίνης στο ΕΝΥ στη ΝΑ.

Ø Δοκιμασία μυδρίασης

Η ανάγκη για μια έγκαιρη, απλή, μη επεμβατική και ειδική διαγνωστική δοκιμασία για τη ΝΑ, έδωσε την ώθηση στους επιστήμονες να τεκμηριώσουν την χρησιμότητα μιας απλής μεθόδου πρόκλησης μυδρίασης. Χρησιμοποίησαν ένα χολινεργικό ανταγωνιστή, την τροπικαμίδη για να προκαλέσουν διάταση της κόρης σε μια ομάδα ασθενών με ΝΑ, σε μια ομάδα ασθενών με άλλου τύπου άνοια και σε μια

ομάδα με φυσιολογικούς μάρτυρες. Οι ασθενείς με ΝΑ παρουσίασαν μια υπερευαίσθησία στην αντίδραση της κόρης στο φάρμακο, απαντώντας με εκσεσημασμένη μυδρίαση, ενώ η αντίδραση των υπόλοιπων ασθενών και των υγιών μαρτύρων ήταν μια πολύ μικρή μεταβολή στο μέγεθος της κόρης²³.

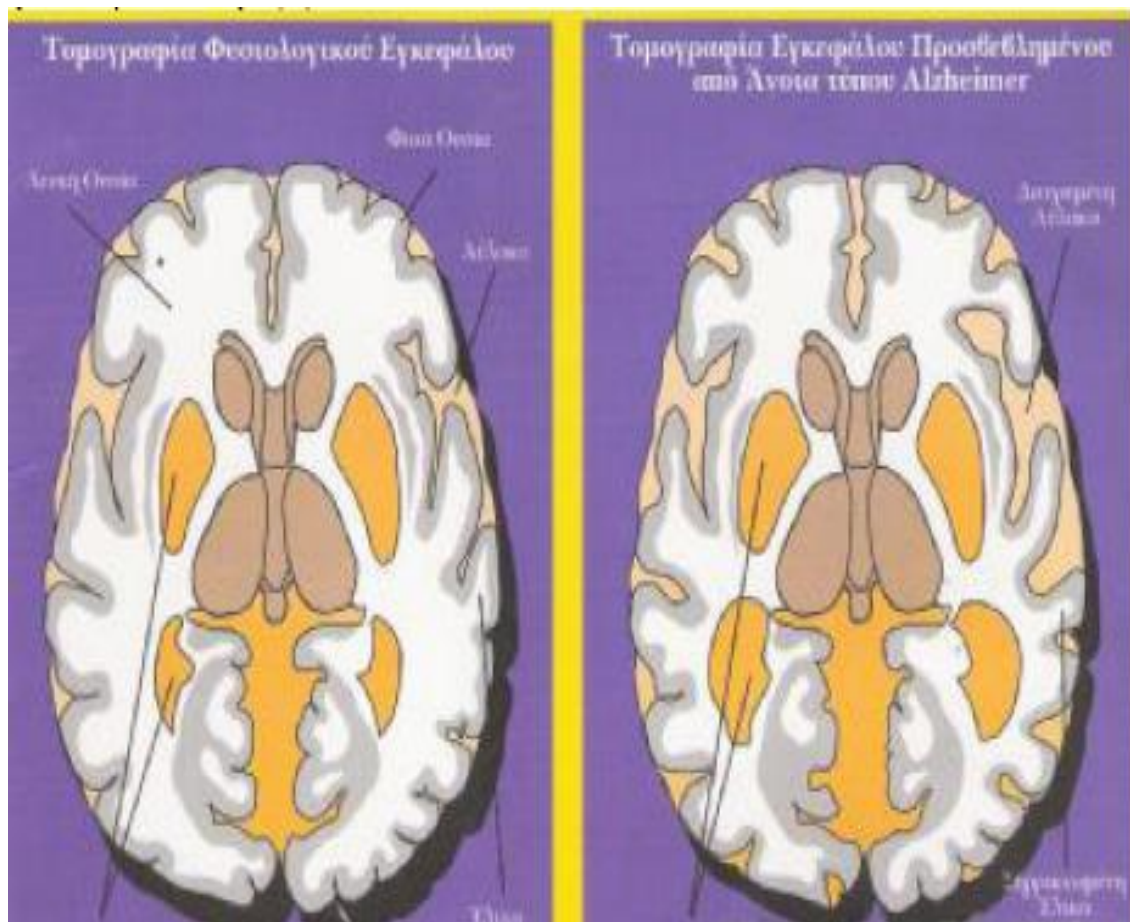
4.2 Ιστορικό και φυσική εξέταση

Πιθανώς να ζητηθεί από τον περιθάλποντα να δώσει πληροφορίες για την συμπεριφορά του συγγενή ή του φίλου του, π.χ δυσκολίες στο ντύσιμο, στο πλύσιμο, στη διαχείριση των οικονομικών, στα ραντεβού, στο να ταξιδέψει μόνος του, να τα καταφέρει στη δουλειά και στο νοικοκυριό. Το άτομο θα εξετασθεί νευροψυχολογικά. Αυτό αφορά την ανεύρεση διαταραχών στη μνήμη, στη γλώσσα, στο σχεδιασμό και στην προσοχή. Συχνά χρησιμοποιείται μια απλή διαδικασία που ονομάζεται Mini-Mental State Examination. Σε αυτή ζητείται από το άτομο να απαντήσει σε ερωτήσεις, όπως : Τι ημερομηνία έχουμε σήμερα; Σε ποια πόλη βρισκόμαστε; Πως ονομάζεται αυτό; (δείχνεται ένα ρολόι). Επίσης, συχνά χρησιμοποιείται και η δοκιμασία ωρολογίου -clock test- (παράρτημα II). Ένα άλλο τμήμα της εξέτασης είναι να ακολουθεί κανείς μια σειρά από απλές οδηγίες²⁴.

4.3 Εργαστηριακή προσέγγιση

Γίνονται μια σειρά από εξετάσεις (π.χ δείγμα αίματος και ούρων), προκειμένου να αποκλειστεί η πιθανότητα άλλων νοσημάτων που θα

μπορούσαν να εξηγήσουν το ανοϊκό σύνδρομο, ή νοσημάτων που θα μπορούσαν να επιδεινώσουν μια ήδη υπάρχουσα περίπτωση νόσου Αλτσχάιμερ. Επιπρόσθετα σ' αυτές, έχουν αναπτυχθεί μερικές μέθοδοι απεικόνισης του εγκεφάλου που δίνουν εικόνες του ζώντος εγκεφάλου και επομένως, μπορούν να αποκαλύψουν διαφορές μεταξύ των εγκεφάλων ατόμων με Ν.Α και των μη προσβεβλημένων. Αυτές οι εξετάσεις παρέχουν έναν ακίνδυνο και ανώδυνο τρόπο εξέτασης του εγκεφάλου ενός ζώντος ατόμου. Παρόλο που δεν μπορούν να οδηγήσουν σε μια βέβαιη διάγνωση της νόσου, μερικοί γιατροί μπορεί να χρησιμοποιήσουν μία ή περισσότερες από τις τεχνικές αυτές για να δώσουν περισσότερο βάρος σε μια πιθανή ή δυνατή διάγνωση²⁵.



Εικόνα 4

MRI (Μαγνητική Τομογραφία)	Εξαιρετικά λεπτομερή εικόνα του εγκεφάλου.
CT (Αξονική Τομογραφία)	Μετρά το πάχος μιας δομής του εγκεφάλου.
SPECT (Τομογραφία Εκπομπής Φωτονίων)	Μετρά τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο.
PET (Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων)	Ανιχνεύει αλλαγές στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο εγκέφαλος κάποιου με Ν.Α.

Πίνακας 3

4.4 Χρήσιμες δοκιμασίες για τη διάγνωση της άνοιας και την παρακολούθηση της πορείας της

Η διάγνωση και εν συνεχεία παρακολούθηση του περιστατικού μπορούν να βοηθηθούν και να διευκολυνθούν από σειρά δοκιμασιών, οι οποίες είναι εύχρηστες για κάθε επαγγελματία υγείας και επαρκές για να καθοδηγήσουν κάθε είδους θεραπευτική παρέμβαση, χωρίς να είναι απαραίτητα χρονοβόρες^{6,26}.

Η νευροψυχολογική εξέταση μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη διάγνωση της άνοιας ελαφριάς μορφής, ειδικά όταν εκτιμάται καθυστέρηση στην ανάκληση μιας ανάμνησης.

Τα νευροψυχολογικά τεστ μπορούν να προσδιορίσουν την απόδοση σε ποικίλους γνωστικούς τομείς, μεταξύ των οποίων ο προσανατολισμός και η συγκέντρωση, οι λειτουργίες της γλώσσας, η ικανότητα οπτικοκινητικού συντονισμού, η μνήμη, η αφηρημένη σκέψη και αντίληψη και οι εκτελεστικές λειτουργίες. Η εκτίμηση της απόδοσης

ενός ατόμου σε τέτοιου είδους δοκιμασίες μπορεί να βοηθήσει :

α) στη διάγνωση της άνοιας σε άτομα με υψηλές προνοσηρά νοητικές ικανότητες, β) στη διάκριση μεταξύ των ασθενών με εστιακές εγκεφαλικές βλάβες και γ) στη διαφοροποίηση ορισμένων μορφών άνοιας.

Η νευροψυχολογική εξέταση πρέπει να ερμηνευθεί σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες κλινικές πληροφορίες, όπως το ιστορικό γνωστικής έκπτωσης το οποίο βασίζεται σε πληροφορίες που αντλούνται από τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς, ενδείξεις διαταραχής των καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, μορφωτική υποδομή, εξέταση για κατάθλιψη, αισθητηριακές διαταραχές, καθώς και σε άλλους παράγοντες πέρα από την άνοια, οι οποίοι μπορούν να εξηγούν τη μειωμένη απόδοση²⁰.

Καθεμία από τις δοκιμασίες που επιλέχθηκαν απαιτεί 5 με 10 λεπτά της ώρας, δηλαδή συνολικά 45 λεπτά, αν απαιτείται εκτέλεση όλων, αφότου αποκτηθεί μια εξοικείωση.



Εικόνα 5

ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΒΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΥΝ :

1. Τη διαπίστωση ότι κάποιο άτομο παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα άνοιας. Η πιο διαδεδομένη δοκιμασία που βοηθάει σε μια πρώτη σχετική διάγνωση είναι η **Mini-Mental State Examination -MMSE-** (παράρτημα I).
2. Το **FAQ**, το οποίο είναι μια μέτρηση των λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου, βασισμένο σε πληροφοριοδότες, οι οποίοι αξιολογούν τους εξεταζόμενους σε δέκα πολύπλοκες, ανωτάτου επιπέδου δραστηριότητες.
3. Διάκριση μεταξύ άνοιας και κατάθλιψης και κατά συνέπεια τον αποκλεισμό του ενδεχόμενου να βρίσκεται κάποιος ενώπιον μιας κατάθλιψης που υποδύεται συμπτώματα άνοιας.
4. Παράθεση μιας δοκιμασίας της **Geriatric Depression Scale-15 -GDS-15-** (παράρτημα III), η οποία προσδιορίζει την παρουσία κατάθλιψης, με κάποια εξειδίκευση στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, καθώς αυτά είναι τα πιο συχνά θύματα της άνοιας.
5. Στάδια της άνοιας. Όταν πειστούμε ότι πρόκειται για άνοια, κάτι που μπορεί να επιβεβαιωθεί με αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία είναι πιθανόν να αναδείξει ατροφία του εγκεφάλου, τότε προέχει να διαπιστώσουμε σε ποιο στάδιο της νόσου βρίσκεται ο ασθενής.
6. Ταυτόχρονα, είναι χρήσιμο να πιθανολογήσουμε αν πρόκειται για άνοια αγγειακής αιτιολογίας (πολυεμφρακτική) ή για εκφυλιστική, έχοντας κατά νου ότι η εκφυλιστική και η αγγειακή άνοια μπορούν να συνυπάρχουν. Γι' αυτό το λόγο παρατίθεται η κλίμακα **Haschinski** (διάκριση μεταξύ εκφυλιστικής και πολυεμφρακτικής άνοιας), η οποία βοηθάει

στη διάκριση και η οποία αποτελεί χρήσιμο ιατρικό «εργαλείο».

7. Η πορεία της νόσου πρέπει να εκτιμάται με την κλίμακα που προσδιορίζει τα στάδια της νόσου, την κλίμακα **Reisberg**. Εύχρηστες είναι οι κλίμακες που μετράνε τις λειτουργικές δυνατότητες του ασθενούς σε συνάρτηση με τις καθημερινές του συνήθειες. Η μέτρηση των **Activities of Daily Living -IADL-** (παράρτημα IV), γίνεται με πολλά ερωτηματολόγια.
8. Τέλος, χωρίς να είναι κάτι που έχει άμεση σχέση με τη διάγνωση της άνοιας, παρατίθενται τρία ερωτηματολόγια σχετικά με τη σωστή διατροφή και τα προβλήματα διατροφής του ατόμου με άνοια. Είναι δεδομένο ότι κάθε ηλικιωμένο άτομο, πόσο μάλλον ο ανοϊκός ασθενής, βρίσκεται πολύ συχνά σε κατάσταση κακής διατροφής, η οποία επιδεινώνει τη γενική τους κατάσταση. Η **Mini Nutritional Assessment (MNA)** αναπτύχθηκε ως μία προσπάθεια προσδιορισμού της διατροφικής κατάστασης του ατόμου, με σκοπό της λήψης ειδικής μέριμνας σχετικά με το ζήτημα αυτό.
9. Ερωτηματολόγιο Αρνητικής Διατροφικής Συμπεριφοράς για άτομα με άνοια (**AFB, Blandford Scale, Aversive Feeding Behavior Inventory for demented patients**). Παρατίθεται διότι μέσα από τις ερωτήσεις που περιέχει, γίνονται εμφανείς όλοι οι λόγοι για τους οποίους ένα άτομο με άνοια μπορεί να παρουσιάζει προβλήματα διατροφής.
10. Αξιολόγηση στην Κλίμακα Συμπεριφοράς Διατροφής (**EBS**). Παρατίθεται διότι αποτελεί ένα σύντομο και εύχρηστο ερωτηματολόγιο, που αξιολογεί τον βαθμό εξάρτησης σε ότι αφορά τη διατροφή του ατόμου με άνοια^{7,27,28}.

4.5 Αποκλεισμός αναστρέψιμων ανοιτών που 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 ερυθριμανώδης λύκος. Μέτρηση B-12 βιταμίνης – φολικού. Μέτρηση ομοκυστεΐνης.

Ανατομική απεικόνιση που περιλαμβάνει αξονική και μαγνητική τομογραφία και εξετάζει με μεγαλύτερη τεχνική ευκολία την ανατομία του κροταφικού λοβού, την διερεύνηση των αυλακών 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 δύο εξετάσεις : α) το PET και β) το SPECT. Οι εξετάσεις αυτές μας δίνουν την δυνατότητα να απεικονιστούν σε δύο ή τρεις διαστάσεις και σε πολλά επίπεδα παράμετροι, όπως η μεταβολική δραστηριότητα, η αιματική ροή του εγκεφάλου καθώς και η λειτουργία των νευροβιαβιβαστών¹⁸.

ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (1-7) ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ
ΕΞΕΤΑΣΗ
(ΚΑΤΑ REISBERG)

1. Καμία νοητική έκπτωση	Κανένα παράπονο νοητικής ανεπάρκειας. Δεν υπάρχει ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.
2. Πολύ ελαφρά νοητική έκπτωση	Το άτομο παραπονεύεται για ανεπάρκεια μνήμης, κυρίως στους παρακάτω τομείς : α) ξεχνά που έχει τοποθετήσει γνωστά αντικείμενα, ξεχνά ονόματα που γνώριζε μέχρι πρόσφατα καλά. Καμία αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.
3. Ελαφρά νοητική έκπτωση	Η πρώτη σαφής ένδειξη εκδήλωσης άνοιας. Εκδηλώσεις σε περισσότερους από έναν τομείς : α) Ο ασθενής μπορεί να χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστες περιοχές, β) οι συνάδελφοι εντοπίζουν την σχετικά χαμηλή απόδοση του ασθενή, γ) ανικανότητα στην εξεύρεση λέξεων και ονομάτων η οποία εντοπίζεται από τους οικείους, δ) ο ασθενής μπορεί να διαβάζει ένα κείμενο και να συγκρατεί πολύ λίγα από αυτό, ε) ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει μειωμένη ικανότητα στο να θυμάται ονόματα πρόσφατων γνωριμιών, ζ) ο ασθενής μπορεί να χάνει ή να τοποθετεί σε λάθος μέρος κάποιο αντικείμενο αξίας, στ) η ανικανότητα συγκέντρωσης μπορεί να είναι εμφανής κατά τις κλινικές εξετάσεις.
4. Μέτρια νοητική έκπτωση	Σαφείς ενδείξεις ανεπάρκειας σε κλινικές συνεντεύξεις. Οι ενδείξεις εμφανίζονται στους κατωτέρω τομείς : α) ελαττωμένη γνώση πρόσφατων γεγονότων, β) ίσως εμφανίσει μερική μείωση της μνήμης όσον αφορά την

	<p>προσωπική του ιστορία, γ) αδυναμία συγκέντρωσης στην εκτέλεση μαθηματικών πράξεων, δ) μειωμένη ικανότητα μετακίνησης, διαχείρισης των οικονομικών του κ.λ.π.</p>
<p>5. Σχετικά σοβαρή νοητική έκπτωση</p>	<p>Ο ασθενής δεν μπορεί πια να επιβιώσει χωρίς κάποια βοήθεια. Ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί κατά την διάρκεια των κλινικών συνεντεύξεων σοβαρά γεγονότα της πρόσφατης ζωής του όπως σε εξεύρεση διευθύνσεων, τηλεφώνων, ονόματα κοντινών συγγενών και άλλων προσωπικών στοιχείων. Τακτικά αποπροσανατολίζεται χρονικά ή τοπικά. Ένα μορφωμένο άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολία στην αντίστροφη μέτρηση κατά τετράδες ή δυάδες. Τα άτομα στο στάδιο αυτό συγκρατούν τη γνώση πολλών κύριων συμβάντων που αφορούν είτε τα ίδια είτε άλλα άτομα. Θυμούνται το όνομά τους, της συζύγου τους και των παιδιών τους. Δεν χρειάζονται βοήθεια για το πλύσιμο και το φαγητό αλλά μπορεί να εμφανίσουν κάποια δυσκολία στην επιλογή του ρούχου που θα φορέσουν.</p>
<p>6. Σοβαρή νοητική έκπτωση</p>	<p>Περιστασιακά μπορεί να ξεχνούν το όνομα της συζύγου τους από την οποία εξαρτάται η επιβίωση τους. Σε μεγάλο βαθμό δεν θυμούνται τα πρόσφατα γεγονότα και τις εμπειρίες της ζωής τους. Συγκρατούν κάποια γνώση της παρελθούσας ζωής τους αν και μόνο επιγραμματικά και συγκεχυμένα. Γενικά δεν γνωρίζουν το περιβάλλον τους, το χρόνο, την εποχή κ.λ.π. Μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία στο μέτρημα από και προς το 10 και παραπάνω. Θα χρειασθούν κάποια βοήθεια με την άσκηση των καθημερινών τους λειτουργιών όπως εμφάνιση ακράτειας,</p>

	<p>θα χρειασθούν βοήθεια στις μετακινήσεις τους και περιστασιακά θα επιδείξουν ικανότητα μετακίνησης σε γνωστά μέρη. Εμφανίζονται διαταραχές του προγράμματος ύπνου – εγρήγορσης. Σχεδόν πάντα θυμούνται το όνομά τους. Συχνά συνεχίζουν να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα πρόσωπα του περιβάλλοντός τους.</p>
<p>7. Πολύ σοβαρή νοητική έκπτωση</p>	<p>Όλες οι λεκτικές ικανότητες έχουν χαθεί. Συχνά δεν υπάρχει καθόλου έναρθρος λόγος μόνο μούγκρισμα. Ακράτεια ούρων και κοπράνων και χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο και στο φαγητό. Βασική απώλεια ψυχοκινητικών ικανοτήτων π.χ ικανότητα βάδισης. Το μυαλό μοιάζει να μην μπορεί να πει πια στο σώμα τι να κάνει. Συχνά παρουσιάζονται γενικευμένα και φλοιώδη σημεία και συμπτώματα.</p>

Πίνακας 4

4.6 Σημασία έγκαιρης και σωστής διάγνωσης

1. Προσπάθεια αντιμετώπισης :

Αιτιολογική θεραπεία, αν πρόκειται για αναστρέψιμη άνοια.

Έγκαιρη έναρξη θεραπείας, αν πρόκειται για αγγειακή νόσο ή νόσο με επιπρόσθετη αγγειακή επιβάρυνση.

Σε αρχικά, κυρίως στάδια άνοιας, γίνονται προσπάθειες θεραπείας με ορισμένα φάρμακα.

Χρήση ειδικών φαρμάκων, σύμφωνα με την άποψη του ιατρού.

2. Προετοιμασία οικογένειας και συνθηκών διαβίωσης :

- Οργάνωση αντιμετώπισης, διαχείριση περιστατικού.
- Σχεδιασμός αντιμετώπισης.
- Ενημέρωση, εκπαίδευση οικογένειας.
- Κοινωνική υποστήριξη.
- Οικονομική υποστήριξη.
- Ψυχολογική υποστήριξη συγγενών / φροντιστών.
- Γνώση υπηρεσιών.
- Διαθεσιμότητα υπηρεσιών.

Ο εκπαιδευόμενος και προετοιμασμένος ψυχολογικά συγγενής / φροντιστής αντιμετωπίζει καλύτερα το πρόβλημα :

- Επηρεάζει λιγότερο τον ασθενή με τις αντιδράσεις του.
- Επηρεάζει λιγότερο από τα προβλήματα του ασθενούς που αντανακλώνται στη συμπεριφορά του, διαχειρίζεται καλύτερα τη νόσο²⁸.

4.7 Πιθανότητα Ν.Α

Πιθανότητα ΝΑ	
Αναγκαία χαρακτηριστικά	Διαταραχές σε δύο ή περισσότερους γνωστικούς τομείς. Προοδευτική έκπτωση. Απουσία διαταραχών του επιπέδου συνείδησης. Ηλικία έναρξης 40 – 90 έτη. Απουσία συστηματικής νόσου η οποία μπορεί να

<p>Στοιχεία που ενισχύουν τη διάγνωση</p> <p>Πιθανή ΝΑ</p> <p>Βέβαιη ΝΑ</p>	<p>ευθύνεται για την άνοια.</p> <p>Διαταραχές του λόγου, των κινητικών δεξιοτήτων και της αντίληψης</p> <p>Διαταραχές και δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.</p> <p>Αλλαγή της συμπεριφοράς.</p> <p>Οικογενειακό ιστορικό.</p> <p>Εγκεφαλική ατροφία στην αξονική τομογραφία</p> <p>Διακυμάνσεις της κλινικής πορείας</p> <p>Συστηματική ικανή να προκαλέσει άνοια</p> <p>Διάγνωση με παθολογοανατομική εξέταση μετά θάνατον.</p>
--	---

Πίνακας 5

§5^ο ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

5.1 Αναγνώριση των συμπτωμάτων της νόσου

Στα αρχικά στάδια της άνοιας, τα συμπτώματα είναι ήπια και μπορεί να εκληφθούν ως «φυσιολογική γήρανση». **Πρώιμο σύμπτωμα** της νόσου αποτελεί η ελάττωση της μνήμης (αρχίζει να ξεχνά). Αρχικά εξασθενεί η πρόσφατη μνήμη: ο ασθενής ξεχνά πρόσφατα γεγονότα που συνέβησαν την ίδια ημέρα ή και λίγες ώρες νωρίτερα, μπορεί ωστόσο να θυμηθεί πολύ παλαιότερα συμβάντα. Κατά την εξέλιξη της νόσου, η απώλεια μνήμης επιβαρύνεται πολύ περισσότερο. Επίσης επιδεινώνεται ο προσανατολισμός, η αντίληψη, ο λόγος (ψάχνει τις λέξεις) και η ικανότητα αναγνώρισης⁴.

Άλλα συμπτώματα μπορούν επίσης να περιλαμβάνουν:

- Ø Ευερεθιστότητα,
- Ø Κυκλοθυμική διάθεση,
- Ø Κατάθλιψη,
- Ø Αϋπνία,
- Ø Αποπροσανατολισμός ως προς τον τόπο και το χρόνο,
- Ø Απώλεια αναγνώρισης προσώπων του οικείου και συγγενικού περιβάλλοντος,
- Ø Απώλεια ελέγχου κινήσεων,
- Ø Παλιμπαιδισμός,
- Ø Δυσκοιλιότητα,
- Ø Ακράτεια¹⁶.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου, ο ασθενής πιθανόν να μην είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετείται στις καθημερινές δραστηριότητες του όπως η ατομική καθαριότητα, η ένδυση, η διατροφή. Ο ασθενής μπορεί να περιπλανάται ασκόπως ή να παραμένει επί πολλές ώρες ακίνητος. Σε αυτά τα στάδια, απαιτείται 24ωρη φροντίδα του ασθενούς και το βάρος στην οικογένεια είναι μεγάλο.

Ευερεθιστότητα, αγχώδης συμπεριφορά, άσκοπες περιπλανήσεις, μονότονα επαναλαμβανόμενη ομιλία ή παρανοϊκή συμπεριφορά είναι επίσης συνήθη συμπτώματα της νόσου. Ο ασθενής με άνοια μπορεί να εμφανίσει επιθετική συμπεριφορά, ή αντιθέτως να είναι πειθήνιος. Σε τελικά στάδια, ο ασθενής καθηλώνεται στο κρεβάτι και εμφανίζει επιπλοκές όπως κατακλίσεις, διαταραχές θρέψης ή πνευμονία⁴.

5.2 Ταξινόμηση συμπτωμάτων κατά προσβαλλόμενο τομέα:

Ø Νοητικός τομέας

ΑΜΝΗΣΙΑ

Η αμνησία (απώλεια της μνήμης) αποτελεί συχνά το προεξάρχον και συγχρόνως ένα από τα πρωιμότερα συμπτώματα της ΝΑ. Η αμνησία είναι πιο έντονη για τα πρόσφατα γεγονότα, με αποτέλεσμα οι ενθυμήσεις που της μένουν να αφορούν απομακρυσμένα ή πολύ παλαιά γεγονότα.

Δεν είναι ξεκάθαρο γιατί η μνήμη για τα πολύ παλαιά γεγονότα διατηρείται σχετικά καλή.

Στην πράξη, ο ασθενής θυμάται συχνά ακριβείς λεπτομέρειες από την παιδική ή τη νεανική του ηλικία ενώ, του είναι αδύνατο να θυμηθεί

γεγονότα που συνέβησαν την προηγούμενη ημέρα.

Η απώλεια μνήμης συνοδεύεται συχνά από κάποιο βαθμό απώλειας της ευαισθησίας²².

Συμπτώματα απώλειας μνήμης στην ΝΑ

Ο ασθενής:

Πρώιμα σημεία	Ξεχνά ονόματα Φτιάχνει καταλόγους Επαναλαμβάνει τηλεφωνήματα της οικείους του Ξεχνά ραντεβού
Εγκατεστημένη νόσος	Ξεχνά πρόσωπα Είναι ανίκανος να χρησιμοποιήσει καταλόγους Ξεχνά πρόσφατα γεγονότα Αδυνατεί να τηρήσει οποιοδήποτε ραντεβού
Όψιμα σημεία	Ζει στο παρελθόν Συγχέει τα πρόσωπα της οικογένειάς του

Πίνακας 6

Συμπτώματα διαταραχών του λόγου στην ΝΑ

Πρώιμα σημεία	Περιστασιακή δυσκολία εξεύρεσης λέξεων Όχι τόσο καλή άρθρωση Ελαττωμένη ευφράδεια
Εγκατεστημένη	Δυσκολία εξεύρεσης λέξεων στις συνήθεις συζητήσεις

νόσος	Αυξανόμενη τάση για επαναλήψεις Δυσκολία στην παρακολούθηση πολύπλοκων συζητήσεων Εντονότερες παρανοήσεις απ' ό,τι φαίνεται αρχικά
Όψιμα σημεία	Ασυνέχεια λόγου, λόγος χωρίς ειρμό Πλήρης απώλεια κατανοητού λόγου

Πίνακας 7

Ø Συναισθηματικός τομέας

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι συνήθη και πιθανότητα συχνά στα πρώιμα στάδια, αλλά εντοπίζονται λιγότερο συχνά στα πιο προχωρημένα στάδια.

Παρά τις δυσκολίες στη διάγνωση, η κατάθλιψη στη ΝΑ δεν είναι ανθεκτική στη θεραπεία. Ένα ιδιαίτερο πρόβλημα όμως προκύπτει με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, τα περισσότερα από τα οποία έχουν σημαντική αντιχολινεργική δράση²².

Ø Κινητικός τομέας

Συμπτώματα δυσκολίας στην επιτέλεση σύνθετων δεξιοτήτων (δυσπραξία) στη ΝΑ

Πρώιμα σημεία	Λιγότερο προσεγμένη αμφίεση Αποφυγή σύνθετων δεξιοτήτων στο σπίτι Μειωμένη απόδοση στην ατομική υγιεινή, την
----------------------	--

<p>Εγκατεστημένη νόσος</p> <p>Όψιμα σημεία</p>	<p>καθαριότητα κ.λ.π.</p> <p>Δυσκολία με τους σύνθετους οικονομικούς χειρισμούς (π.χ. στις επενδύσεις)</p> <p>Μειωμένη οδηγητική ικανότητα</p> <p>Λάθος ένδυση. Ανάγκη καθοδήγησης ή βοήθειας για την ένδυση και την καθαριότητα</p> <p>Εμφανής αδυναμία για τις εργασίες στο σπίτι</p> <p>Δυσκολία με κάθε είδους οικονομικούς χειρισμούς (π.χ. με την διαχείριση χρημάτων όταν ψωνίζει)</p> <p>Απαγορεύεται να οδηγεί</p> <p>Ανάγκη βοήθειας για την ένδυση και την καθαριότητα</p> <p>Αδυναμία να χειριστεί μαχαίρι και πιρούνι.</p>
--	---

Πίνακας 8

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ

Οι διαταραχές λήψης τροφής μπορεί να περιλαμβάνουν την απώλεια της ικανότητας για χρησιμοποίηση των σκευών φαγητού, την απώλεια της διάκρισης του τι είδους φαγητού τρώγεται, την υπερφαγία (ανάλογη με το σύνδρομο Kluver-Bucy), τις στερεοτυπίες στη λήψη τροφής (π.χ. πάντα λήψη της ίδιας τροφής και κάθε στιγμή) και την ιδεοψυχαναγκαστική λήψη τροφής⁹.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Η αρχιτεκτονική των κύκλων του ύπνου διαταράσσεται έτσι ώστε είναι ξύπνιοι στη μέση της νύχτας όπου μπορεί να προκαλέσουν μεγάλη ενόχληση στους άλλους. Οι διαταραχές του ύπνου, περιλαμβανομένων της νυκτερινής ακαθισίας, της αϋπνίας και της σύγχυσης μέρας / νύχτας,

προσβάλλουν παραπάνω από τα δύο τρίτα των ατόμων με άνοια. Πρέπει να διερευνάται η περίπτωση ύπαρξης πόνου, σωματικής νόσου και κατάθλιψης αφού αυτά μπορεί να είναι αίτια αϋπνίας. Τα υπνωτικά φάρμακα μπορεί να βοηθήσουν τον ύπνο⁹.

Ø Διαταραχές συμπεριφοράς

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Τα άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς συχνά αναφέρουν ότι στα τελευταία στάδια της ασθένειας το πρόσωπο που γνώριζαν και έχουν αγαπήσει, φαίνεται να έχει χαθεί πια. Στα πρώιμα στάδια της ασθένειας, η προσωπικότητα του ασθενή παραμένει αναλλοίωτη, αν και μπορεί να υπάρχει κάποια ενίσχυση των ιδιαίτερων στοιχείων του χαρακτήρα του, μία απόκτηση νέων χαρακτηριστικών ή οξείες αλλαγές στην συμπεριφορά του.

Οι συμπεριφορικές διαταραχές *per se* είναι ίσως, το δυσκολότερο σύμπτωμα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι φροντιστές, και αποτελούν τον κύριο λόγο αναζήτησης ιατρικής συμβουλής, ανεξαρτήτως από το στάδιο της ασθένειας, στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Η παθολογική συμπεριφορά δεν έχει άμεση σχέση με τη βαρύτητα της ασθένειας και μπορεί να είναι παροδική. Το πιο σύνηθες ιδίωμα της συμπεριφοράς, εμφανές από τα πολύ πρώιμα κιάλας στάδια, είναι ο περιορισμός των ενδιαφερόντων και των δραστηριοτήτων.

Εντούτοις είναι η ενεργητικού τύπου αλλαγή της συμπεριφοράς που προκαλεί δυσκολίες στη φροντίδα του ασθενή. Οι συχνότερες διαταραχές της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν περιπλάνηση και υπερκινητικότητα, που παρατηρούνται μέχρι και στο 70% των ασθενών, ενώ η

επιθετικότητα και η βία συμπεριφορά, τις οποίες φοβούνται πολύ οι φροντιστές, συμβαίνουν σε ποσοστό μικρότερο του 20% των ασθενών. Η εκτίμηση των διαταραχών της συμπεριφοράς είναι κρίσιμης σημασίας για τον κλινικό χειρισμό της κατάστασης, γι' αυτό και η συστηματική προσέγγιση του θέματος αναλύεται σε ένα από τα κεφάλαια που ακολουθούν²².

ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η επιθετικότητα είναι ένας ευρύς όρος που συχνά χρησιμοποιείται για να δηλώσει ανησυχία, φωνασκίες ή περιπλάνηση. Η αντιμετώπιση είναι συμπεριφεριολογική, κοινωνικο-περιβαλλοντική και φαρμακοθεραπευτική. Προκύπτει από την υπερένταση – υπερδιέγερση. Θεωρούν όλους τους γύρω εισβολείς – εχθρούς¹⁶.

ΑΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ

Η απάθεια και η αδιαφορία είναι πολύ συχνές αλλά υπό-αναφερόμενες διαταραχές συμπεριφοράς, αφού οι απαθείς άρρωστοι είναι συχνά ευκολότεροι στην αντιμετώπιση και λιγότερο απαιτητικοί, ειδικότερα σε ιδρύματα περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που ζουν με τους αρρώστους λυπούνται ιδιαίτερα για την έλλειψη πρωτοβουλιών, επικοινωνίας, αισθημάτων και γενικών ενδιαφερόντων των αγαπημένων τους συντρόφων.

Η αντιμετώπιση απαιτεί δομημένες και κατευθυνόμενες δραστηριότητες, όπως και κατανόηση ότι αυτά τα συμπτώματα δεν είναι συνειδητά^{16,22}.

ΆΡΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΩΝ

Η διαταραχή συμπεριφοράς με άρση αναστολών δεν είναι τόσο συχνή όσο η απάθεια αλλά είναι αρκετά συχνή ώστε να αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα στην φροντίδα των ατόμων με ΝΑ. Επίσης τυπικά συσχετίζεται με παθολογία του μετωπιαίου λοβού, ειδικότερα της κογκο-βασικής περιοχής. Η υπερσεξουαλικότητα έχει επίσης αναφερθεί σε παθολογία του κροταφικού λοβού, για παράδειγμα στο σύνδρομο Kliver- Bucy αντι-ανδρογόνα και θηλεοποιητικές ορμόνες χρησιμοποιούνται μερικές φορές ως την τελευταία λύση σε άνδρες με πολύ προβληματική συμπεριφορά²².

ΠΕΡΙΠΛΑΝΗΣΗ

Η περιπλάνηση είναι συχνή κατάσταση, δύσκολη να αντιμετωπισθεί και πολύ πιο πολύπλοκη από ότι αρχικά μπορεί να φανεί. Μπορεί να είναι άσκοπη, ή μπορεί να έχει σκοπό, όπως για παράδειγμα την αναζήτηση κάποιου χαμένου συντρόφου. Μπορεί να αποτελεί μέρος μιας γενικής αγχώδους κατάστασης, ή εκδήλωση ακαθισίας ως αποτέλεσμα φαρμακευτικής αγωγής που χρησιμοποιήθηκε για θεραπεία επιθετικότητας, ή ακόμα σύμπτωμα μελαγχολίας. Συχνή και ασταμάτητη κινητικότητα έχει αναφερθεί σε περισσότερους από τους μίσους ασθενείς με ΝΑ, βηματισμοί περίπου στο ένα τρίτο και περιπλάνηση περίπου στο ένα τέταρτο αυτών.

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τον τύπο της περιπλάνησης. Για τον πιο συχνό τύπο της άσκοπης περιπλάνησης, σημαντικός είναι ο καλός σχεδιασμός του χώρου διαμονής του ασθενούς. Η χρήση μουσικοθεραπείας ή δημιουργικών δραστηριοτήτων μπορεί επίσης να βοηθήσει. Η φαρμακοθεραπεία έχει περιορισμένο ρόλο^{22,29}.

ΚΡΑΥΓΕΣ

Οι διαταραχές συμπεριφοράς με ενοχλητικές φωνές μπορεί να αποτελέσουν εφιάλτη για οποιονδήποτε γύρω από τον ασθενή. Η λεκτική επιθετικότητα συμβαίνει περίπου στο ένα τρίτο των ιδρυματοποιημένων ασθενών. Μερικές φορές οι κραυγές σκοπεύουν στην απόσπαση της προσοχής των άλλων ή τη βοήθεια τους, άλλες φορές είναι εκδηλώσεις υποκείμενης κατάθλιψης ή σωματικού πόνου, αλλά συχνά πάλι δεν μπορεί να εξηγηθεί η σημασία τους.

Η αντιμετώπιση κατευθύνεται στη άρση της υποκείμενης αιτίας, αν αυτή μπορεί να αναγνωρισθεί. Οι τεχνικές συμπεριφοράς περιλαμβάνουν την παροχή προσοχής ή άλλων παροχών όταν ο ασθενής είναι ήσυχος ή η αδιαφορία γι' αυτόν ή η χρήση περιόδων απουσίας από κοντά του σε παρατεταμένα επεισόδια κραυγών^{22,29}.

5.3 Γενικά συμπτώματα

Υπερένταση

Υπερδιέγερση (Ανάγκη για αναμμένο φως)

Διαταραχή ακουστικής αντίληψης

Διαταραχή κρίσης, αφηρημένης σκέψης, σχεδιασμού

20% παρουσιάζει εικόνα Parkinson

20% παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις

Γενικά αγνοούν ότι έχουν πρόβλημα

Πίνακας 9

§6^ο ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ – ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

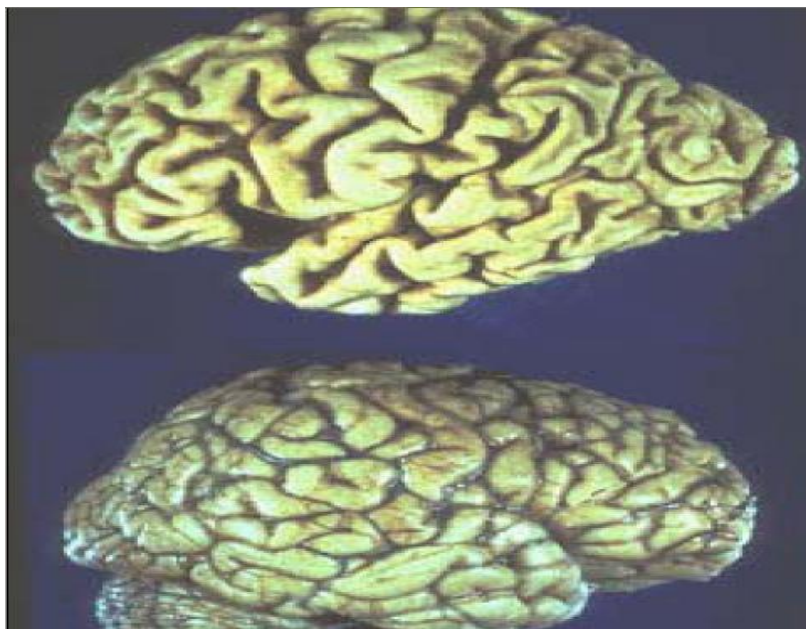
6.1 Αιματολογικός – Βιοχημικός έλεγχος

Βρέθηκαν :

- 1) Χαμηλές τιμές B12 βιταμίνης,
- 2) Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης,
- 3) Μειωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης, χολινοακετυλερανσφεράσης, σωματοστατίνης και μονοαμινών λόγω της απώλειας ειδικών ομάδων που συνθέτουν αυτούς τους διαβιβαστές στο εγκεφαλικό στέλεχος³¹.

6.2 Εργαστηριακά ευρήματα

Η άνοια παρουσιάζει μακροσκοπικές και μικροσκοπικές ανατομικές βλάβες. Μακροσκοπικός παρατηρείται ατροφία κροταφικού και βρεγματικού λοβού.



Εικόνα 6

Οι ατροφίες που υπάρχουν συνάδουν με τα κλινικά συμπτώματα που παρουσιάζονται στη νόσο. Η ατροφία του κροταφικού λοβού, του οποίου περιοχή με ιδιαίτερη λειτουργική σημασία είναι ο ιππόκαμπος, αποτελεί την αιτία της αδυναμίας καταγραφής νέων πληροφοριών, με αποτέλεσμα τις διαταραχές της λεγόμενης "πρόσφατης μνήμης". Η ατροφία του βρεγματικού λοβού έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή των κατασκευαστικών δεξιοτήτων, που θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα της νόσου. Σε όψιμα στάδια της νόσου παρατηρείται διάχυτη φλοιώδης κεντρική ατροφία.

Μικροσκοπικός παρουσιάζονται δυο ειδών βλάβες, οι γεροντικές πλάκες και οι νευροϊνδιακοί θύσανοι. Οι γεροντικές πλάκες κατανέμονται κυρίως στον ιππόκαμπο και στο βρεγματικό λοβό. Συντίθεται από β-αμυλοειδές, πρωτεΐνη που προέρχεται από τον παθολογικό μεταβολισμό μιας άλλης πρωτεΐνης, της "πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς" (APP). Οι "νευροϊνδιακοί θύσανοι" είναι ενδοκυττάριοι σχηματισμοί αποτελούμενοι από περιελιγμένα νευροϊνίδια, τα οποία περιέχουν μια υπερφωσφορυλιωμένη πρωτεΐνη γνωστή ως πρωτεΐνη τα (tau).

Χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η μεγάλη απώλεια νευρώνων διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων. Τις μεγαλύτερες απώλειες παρουσιάζουν οι χολινεργικοί νευρώνες και ακολουθούν οι σεροτονινεργικοί και οι νοραδρενεργικοί. Η μεγάλη έλλειψη ακετυλοχολίνης ώθησε στην ιδέα της χρησιμοποίησης φαρμάκων για ενίσχυση της ακετυλοχολίνης³⁰.

6.3 Περιφερικοί δείκτες

Οι κύριοι βιολογικοί δείκτες της νόσου είναι το β-αμυλοειδές που βρέθηκε στους ασθενείς με ΝΑ είναι σημαντικά μειωμένο και η πρωτεΐνη T η οποία είναι αυξημένη¹⁵.

§7^ο ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

7.1 *Υπάρχει θεραπεία για την νόσο Alzheimer ;*

Προς το παρόν ,δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Στόχος των νέων αυτών φαρμάκων είναι να ενισχύσουν την δραστηριότητα της «ακετυλοχολίνης», η οποία είναι η βασική ουσία με την οποία επικοινωνούν μεταξύ τους τα κύτταρα του εγκεφάλου που επιτελούν την λειτουργία της μνήμης³.

Συγκεκριμένη θεραπεία για την νόσο δεν υπάρχει .Εφόσον η νόσος είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων ώστε να εξασφαλισθεί ικανοποιητική και κατά το δυνατόν άνετη ζωή για τον ασθενή .Η φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται ,όταν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια της νόσου, επιτυγχάνουν κάποια καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου. Το δυσάρεστο είναι ότι με τα σημερινά μέσα δεν επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Ωστόσο η έρευνα συνεχίζεται.

Τα φάρμακα που κυκλοφορούν ή δοκιμάζονται στοχεύουν στην νευροπροστασία .Η κυριότερη νευροχημική διαταραχή στη νόσο του Alzheimer είναι η έκπτωση του χολινεργικού συστήματος. Όλα τα φάρμακα που κυκλοφορούν με νευροπροστατευτική δράση είναι αναστολείς της ακετυλχολινεστεράσης^{3,4}.

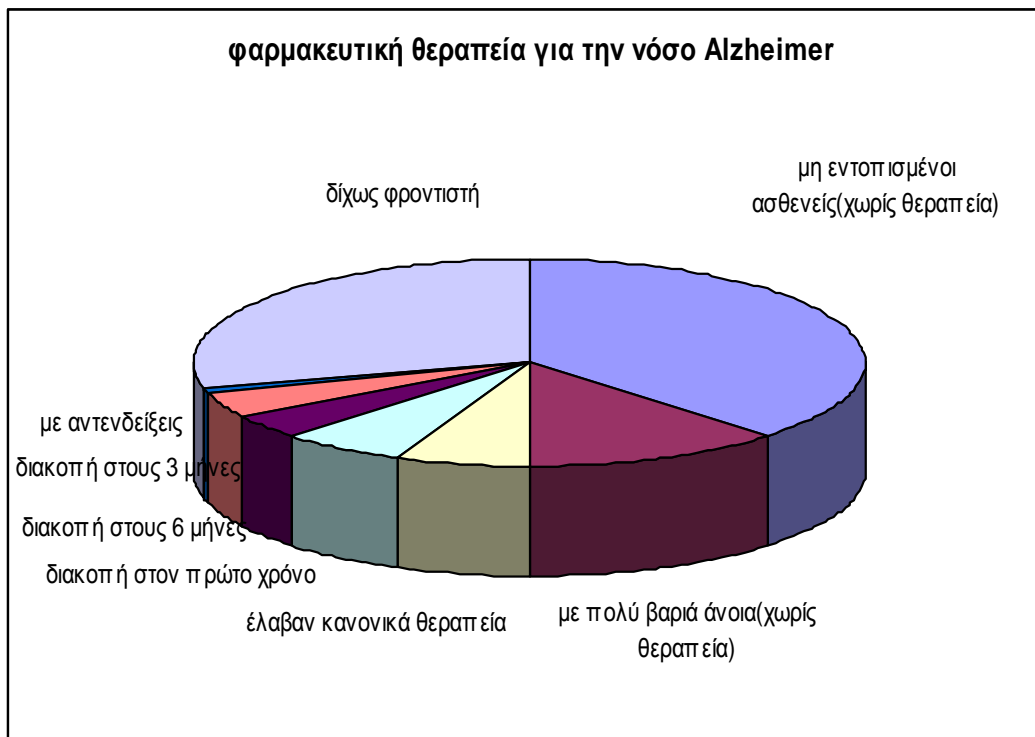
Για την καταπολέμηση της νόσου χρησιμοποιούνται διάφορα σκευάσματα, τα οποία στηρίζονται σε κάποια θεωρία που δεν αποδείχθηκε στην πράξη μέχρι σήμερα. Ίσως να έχουν πρακτική εφαρμογή. Η χορήγηση αντιοξειδοτικών φαρμάκων στηρίχθηκε στην συσχέτιση αυξημένων ελευθέρων ριζών και κυτταρικής εκφυλίσεως.

Δηλαδή η δράση τους περιορίζει τις ελεύθερες ρίζες. Ακόμα τα οιστρογόνα και τα αντιφλεγμονώδη μη στεροειδή αναφέρεται ότι παρέχουν κάποια προστασία.

Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση της άνοιας, τόσο μεγαλύτερο το όφελος. Κατ' αρχήν, θα πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας ότι υπάρχουν μερικές νοσολογικές καταστάσεις οι οποίες προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της άνοιας τύπου Alzheimer, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά^{3,4,15}.

7.2 Συμπτωματική αγωγή

Στους ηλικιωμένους που παρουσιάζουν ευερεθιστότητα η χορήγηση θειοριδαζίνης (50 χλσγ) μία φορά ή δύο φορές την ημέρα ή εν' ανάγκη και αλοπεριδόλη (2 χλσγ) δύο φορές την είναι χρήσιμη. Στους ηλικιωμένους οι οποίοι παρουσιάζουν παρανοϊκές ιδέες χορηγούνται ηρεμιστικά και επί διεγερτικών καταστάσεων χορηγείται αλοπεριδόλη³².



Διάγραμμα 3

7.3 Φαρμακευτικές θεραπείες για τη νόσο του Alzheimer

Διαθέσιμες σήμερα ή πολύ σύντομα στο μέλλον:

- Ø Αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης.
- Ø Τακρίνη .
- Ø Δονεπεζίλη.
- Ø Exelon.

Ολοκληρωμένες κλινικές δοκιμές / κοντά στην ολοκλήρωση:

- Ø Άλλοι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης.
- Ø Μουσκαρινικοί αγωνιστές.

Απαιτούνται κλινικές δοκιμές:

- Ø Βιταμίνη Ε / άλλες αντιοξειδωτικές ουσίες.
- Ø Μη στερεοειδείς αντιφλεγμονώδεις παράγοντες.

Υπό ανάπτυξη:

- Ø Παράγοντες που μετατρέπουν την APP.
- Ø Αναστολείς της κινάσης της πρωτεΐνης Ταυ^{4,22}.

7.4 Φαρμακευτικά σκευάσματα

Τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα μπορούν να ταξινομηθούν αναλόγως της ενέργειάς τους (του τρόπου δράσης) .Ο κατάλογος που ακολουθεί περιλαμβάνει τους διαφορετικούς τύπους εγκεκριμένων φαρμάκων μέχρι την παρούσα δημοσίευση⁴.

Σκευάσματα ειδικά για τη θεραπεία της άνοιας .

Αναστολείς χολινεστεράσης:

Σκευάσματα με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της άνοιας. Αυξάνουν τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης που είναι απαραίτητη για φυσιολογική δραστηριότητα των εγκεφαλικών κυττάρων που επιτελούν τη λειτουργία της μνήμης .

Βελτιώνουν και καθυστερούν την επιδείνωση των συμπτωμάτων (μνήμη, διαταραχές της συμπεριφοράς, καθημερινές δραστηριότητες). Λοιποί φαρμακευτικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση επιμέρους συμπτωμάτων^{4,22}.

Αντιψυχωτικά:

Μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση ψευδαισθήσεων και αγχώδους συμπεριφοράς – ευερεθιστότητας. Πρέπει να χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις ώστε να αποφεύγονται ανεπιθύμητες ενέργειες (εξωπυραμιδικές διαταραχές, επιδείνωση γνωστικής λειτουργίας).

Οι φαινοθειαζίνες και άλλα αντιψυχωσικά φάρμακα συνταγογραφούνται συχνά σε ασθενείς με τη νόσο του 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. Στην πράξη, τα αντιψυχωσικά φάρμακα αποτελούν ένα σημαντικό συστατικό της στρατηγικής για την αντιμετώπιση μίας διαταραγμένης συμπεριφοράς, η οποία δεν μπορεί να ελεγχθεί με άλλα μέσα, όμως θα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή^{22,33}.

Αντικαταθλιπτικά:

Μπορούν να συμβάλλουν στον έλεγχο της κατάθλιψης που εμφανίζεται σε ορισμένους ασθενείς.

Η κατάθλιψη στην άνοια είναι μία κατάσταση που επιδέχεται θεραπείας, παρότι η εκτίμηση της απόκρισης στη θεραπεία είναι δύσκολη. Τα παλαιά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν σημαντική αντιχολινεργική δράση και τόσο η θεωρητική δράση τους στη γνωστική έκπτωση (θεωρείται ότι την επιτυγχάνουν), 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 σεροτονίνης (SSRIs) ως πρώτη θεραπευτική

επιλογή. Στην άνοια, έχουν γίνει σχετικά λίγες κλινικές δοκιμές αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με εξαίρεση τις μελέτες για τη σιταλοπράμη^{4,33}.

Αγχολυτικά:

Μπορούν να συμβάλουν στον έλεγχο της μόνιμης αγχώδους συμπεριφοράς – ευερεθιστότητας. Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση βενζοδιαζεπινών (εξάρτηση ,επιδείνωση γνωστικής λειτουργίας)²².

Υπναγωγά:

Δρουν κατά των συμπτωμάτων αϋπνίας.

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι οι βενζοδιαζεπίνες αυξάνουν τη σύγχυση στους ασθενείς με άνοια. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν. Τα νεότερα υπνωτικά είναι πιθανότατα προτιμότερα, ενώ στις περιπτώσεις άνοιας με διαταραχές του νυκτερινού ύπνου που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να χρησιμοποιηθεί η χλωρμεθειαζόλη. Παρόλα αυτά, θα πρέπει να δοκιμάζονται πάντα πρώτα οι συμπεριφερολογικές μέθοδοι ελέγχου του κύκλου του ύπνου^{4,22}.

Υπακτικά:

Δρουν κατά των συμπτωμάτων της δυσκοιλιότητας ,εφόσον αυτό απαιτηθεί⁴.

7.5 Ψυχολογικές θεραπείες

Η ανάκλαση παραστάσεων του παρελθόντος με τη χρήση φωτογραφικού υλικού, αναμνηστικών αντικειμένων, μπορεί να διατηρήσει την εγρήγορση του ασθενούς. Η συζήτηση σχετικά με τα πρόσωπα της οικογένειας, τους φίλους και τα γεγονότα του παρελθόντος, μπορούν να ανεβάσουν τη διάθεση του και να συντηρήσουν την διανοητική του επάρκεια για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Στα πρώιμα στάδια της νόσου, η ψυχοθεραπεία μπορεί να συμβάλλει στον έλεγχο των καταθλιπτικών εκδηλώσεων ή των συμπτωμάτων αγχώδους συμπεριφοράς – ευερεθιστότητας.

Μπορούν να βοηθήσουν επίσης η εργασιοθεραπεία, μουσικοθεραπεία και ειδικές ασκήσεις φυσιοθεραπείας.

Σημαντικό ρόλο μπορούν να παίξουν οι σύλλογοι συγγενών των ασθενών

με άνοια, παρέχοντας πληροφορίες αλλά και στηρίζοντας ψυχολογικά τόσο τον ασθενή όσο και την οικογένεια του⁴.

7.6 Εναλλακτικές θεραπείες

Οι εναλλακτικές θεραπείες σπάνια έβλαψαν τον άρρωστο αλλά δεν είναι γνωστές περιπτώσεις που ο άρρωστος ωφελήθηκε. Έρευνες δείχνουν πως οι συγγενείς είναι γενικά ευχαριστημένοι από τις θεραπείες αυτές οι οποίες περιλαμβάνουν :

- Ø Χορήγηση βιταμινών
- Ø Είδη «υγιεινής διατροφής».

Ø Διάφορα φάρμακα που κυκλοφορούν ελεύθερα με ένδειξη ότι αυξάνουν τη διαύγεια του πνεύματος.

Ø Δοκιμές φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε άλλες παθήσεις.

Ø Δοκιμές διαφόρων μηχανημάτων που λειτουργούν στις ανώτερες λειτουργίες.

Ø Αρωματοθεραπεία με μασάζ.

Οι θεραπείες αυτές προσέγγισης ουσιαστικά δεν ωφελούν. Μπορεί βέβαια να βελτιώσει το ηθικό των φροντιστών, που συνεχίζουν την θεραπεία προσπάθειας των ασθενών τους. Αυτονόητο είναι ότι όταν προστεθεί μία δραστηριότητα στο καθημερινό πρόγραμμα, λογικό είναι να έχει ευεργητικά αποτελέσματα²⁸.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

§8^ο ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

8.1 Πρόγνωση της Νόσου Alzheimer

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 τους έχει δοθεί¹⁹.



Εικόνα 7

8.2 Πρόληψη της Νόσου Alzheimer

Εφόσον η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη δεν υπάρχουν ειδικές συμβουλές για την πρόληψη της. Χρήσιμες είναι οι συμβουλές για τους συγγενείς ώστε να αντιμετωπίζουν όσο το δυνατόν 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. Π.χ. είναι εύκολο ο ασθενής να ξεχάσει το φαγητό στην φωτιά.

Οι καθημερινές ασχολίες είναι καλό να προγραμματίζονται σε μια συγκεκριμένη ώρα κάθε μέρα. Αυτό ισχύει και για τον 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 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 ίδρυμα³⁴.

8.3 Εκτίμηση Δεδομένων- Νοσηλευτική Αντιμετώπιση / Αξιολόγηση.

Η νευροφυσιολογική εξέταση μπορεί να δείξει προοδευτική επιδείνωση της διανοητικής και φυσικής κατάστασης. Αναφέρονται επίσης σημαντικά άλλα στοιχεία του ασθενούς, όπως είναι ήπια απώλεια μνήμης, έλλειψη ενδιαφέροντος για το περιβάλλον του και ελαττωμένη προσοχή. Όσο η νόσος εξελίσσεται, τόσο η απώλεια μνήμης γίνεται μεγαλύτερη, ειδικότερα για τα πρόσφατα γεγονότα, ενώ παραμένει αναλλοίωτη για τα παρελθόντα. Η προσωπικότητα αρχίζει να επιδεινώνεται και εμφανίζονται συμπτώματα από την κινητική σφαίρα. Στο τελικό στάδιο, δεν υπάρχει συντονισμός κεφαλής και οφθαλμών, δεν ελέγχεται το παχύ έντερο και η ουροδόχος κύστη, το άτομο δεν αναγνωρίζει τα άτομα της οικογένειάς του, η προφορική επικοινωνία είναι συνήθως ασυνάρτητος και το βάδισμα είναι αταξικό. Υπάρχει απώλεια βάρους επειδή ο ασθενής λησμονεί να μασάει^{20,35}.

Αξιολογείται η αντίδραση του περιβάλλοντος στην υπάρχουσα κατάσταση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Ελλιπής αυτοφροντίδα

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ : Διαταραχή της νοητικής κατάστασης λόγω της νόσου του Alzheimer.

ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ : Παρατηρήσεις ότι δε δύναται να αυτοεξυπηρετείται.

ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Καθορίζεται από τη δυνατότητα ή μη αυτοφροντίδας.

ΕΚΤΙΜΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ : Φυσιολογικό δέρμα, απουσία δυσάρεστης οσμής του σώματος.

<i>Παρεμβάσεις</i>	<i>Λογική</i>
1. Αρχίζει η λειτουργία εκπαίδευσης του παχέως εντέρου και της ουροδόχου κύστεως.	Για την ελάττωση της συχνότητας των ακαθαρσιών.
2. Απαγορεύεται η λήψη υγρών προ της κατακλίσεως. Το μεγαλύτερο μέρος των υγρών χορηγείται κατά τη διάρκεια της ημέρας.	Η χορήγηση με μέτρο υγρών προάγει τον έλεγχο της ουροδόχου κύστεως
3. Ελαττώνονται καφεϊνούχα τα ποτά	Η καφεΐνη δρα διουρητικός..
4. Παρέχεται υγιεινή φροντίδα.	

Πίνακας 10

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Διαταραχές της θρέψεως (μειωμένη).

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ : Επιδείνωση της διανοητικής κατάστασης.

ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ : Άρνηση λήψεως τροφής, απώλεια βάρους, παραμονή των τροφών στο στόμα και συνεχούς πίεσεως για μάσηση.

ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Καθορίζεται από την επίτευξη κατάλληλης θρεπτικής κατάστασης.

ΕΚΤΙΜΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ : Μη περαιτέρω απώλεια βάρους, κατανάλωση ποσού μεγαλύτερο του 40% σε κάθε γεύμα.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από τη νόσο του Alzheimer, είναι δύσκολο να περιγραφούν. Και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου³⁵.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

1. Τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη 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 περιβάλλοντος¹⁵.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ:

ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

- Πορεία διανοητικής έκπτωσης
- Εκδηλώσεις συμπεριφοράς
- Συναισθηματικές εκδηλώσεις
- Λειτουργία και κινητικότητα
- Επιθετική συμπεριφορά
- Ασφάλεια
- Φαρμακευτική αγωγή
- Διατροφή
- Ατομική υγιεινή,
- Προσωπική εμφάνιση,

- Επικοινωνία,
- Εκτίμηση γνώσεων και στάσεων φροντιστών,
- Συμβουλευτική και εκπαίδευση φροντιστών,
- Συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια σε πρακτικά θέματα φροντίδας,
- Παρότρυνση να συνδεθούν οι φροντιστές με δίκτυα υποστήριξης²².

Ειδικότερα, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

- Ø *Πρώτον* : Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του
- Ø *Δεύτερον* : Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικός εξαρτημένη κατάσταση
- Ø *Τρίτον* : Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχοντα.

<i>Παρεμβάσεις</i>	<i>Λογική</i>
1. Διατροφή του ασθενούς. Γίνεται αλλαγή της τροφής και εν ανάγκη πίεση για μάσηση. Για ασθενείς που λησμονούν τη μάσηση, πολτοποιημένη τροφή τοποθετείται στο πίσω μέρος της γλώσσας και προωθείται με τα δάκτυλα.	Οι πολτοποιημένες τροφές δεν έχουν ανάγκη μασήσεως.

<p>2. Αν ο ασθενής λαμβάνει σε κάθε γεύμα ποσό μικρότερο του 20% και υπάρχει περαιτέρω απώλεια βάρους, εφαρμόζεται σωλήνας σίτισης.</p> <p>3. Δίδεται έξτρα φαγητό μεταξύ των γευμάτων</p>	<p>Για την επίτευξη επαρκούς διαιτητικής καλύψεως</p> <p>Αυτό είναι απαραίτητο για να καλυφθούν οι διαιτητικές ανάγκες.</p>
--	---

Πίνακας 11

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Υψηλός κίνδυνος για κάκωση

ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ : Επιδείνωση της διανοητικής κατάστασης δευτερογενώς από τη νόσο του Alzheimer.

ΚΑΘΟΡΙΖΟΜΕΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ : Παρατηρήσεις υπάρξεως συγχύσεως, απώλειας της μνήμης, αταξικού βαδίσματος, περιπλανήσεων, νυχτερινής συγχύσεως, ανησυχίας.

ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ : Καθορίζεται από τη μη ύπαρξη φυσικής κακώσεως.

ΕΚΤΙΜΟΥΜΕΝΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ : Δεν αναφέρονται εκχυμώσεις του δέρματος και πτώσεις³⁵.

Παρεμβάσεις	Λογική
<p>1. Τοποθετούνται ψηλά προστατευτικά στηρίγματα όταν κοιμάται. Ο ασθενής ελέγχεται σε συχνά</p>	<p>Για τη πρόληψη περιπλανήσεων χωρίς επιμέλεια, ειδικά όταν η διανοητική κατάσταση επιδεινώνεται και το βάδισμα</p>

διαστήματα. Χρησιμοποιείται ζώνη στη μέση και τους καρπούς αν είναι αναγκαίο, προκειμένου να προστατευθεί από ενδεχόμενη πτώση. Ελαφρό φως πρέπει να υπάρχει τη νύχτα στο δωμάτιο όταν παρατηρείται νυχτερινή σύγχυση.

2. Χορηγούνται αντιψυχωτικά, όπως η αλοπεριδόλη ή θειοριδαζίνη όταν ο ασθενής καταστεί ανήσυχος και μη ελεγχόμενος. Ελαττώνονται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

3. Ρυθμίζεται το καθημερινό πρόγραμμα ασκήσεων. Φροντίζεται η καθημερινή βάρδια του ασθενούς.

4. Αποφεύγεται η εφαρμογή βίας στον ασθενή. Διατηρούνται χαμηλοί τόνοι. Ομιλούμε βραδέως, με μικρές προτάσεις επειδή είναι δύσκολο να μας

είναι ασταθές.

Η σύγχυση επιδεινώνεται από τη νύχτα και το σκοτάδι.

Για την πρόληψη της αυτοκακώσεως. Τα νευροληπτικά φάρμακα βοηθούν στον έλεγχο της παρανοϊκής συμπεριφοράς.

Η διαταραχή της επικοινωνίας είναι συνήθης πηγή επιδεινώσεως της ανησυχίας.

καταλάβει. (Engram B. 1990).	
------------------------------	--

Πίνακας 12

§9^ο ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

9.1 Εισαγωγή ασθενούς στο νοσοκομείο – Νοσηλευτικές ευθύνες

Ο ηλικιωμένος στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Ως το καταλληλότερο μέρος για την πρώτη γνωριμία μας με τα προβλήματα των ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να θεωρηθεί το ΤΕΠ ενός μεγάλου νοσοκομείου και μάλιστα σε ημέρα γενικής εφημερίας.

Ξεκινώντας κάποιος από το χώρο συντονισμού των περιστατικών με μια γρήγορη ματιά είναι εύκολο να διαπιστώσει ότι την πλειονότητα αποτελούν ασθενείς της τρίτης ηλικίας.

Ο συντονιστής νοσηλευτής με τη λήψη σύντομου ιστορικού προσπαθεί να εντοπίσει την αιτία που οδήγησε τον ηλικιωμένο στο νοσοκομείο. Η περιγραφή που ακολουθεί αποτελεί συνηθισμένη εικόνα εφημερεύοντος νοσοκομείου.

Ένας αριθμός ηλικιωμένων, προφανώς με οξέα προβλήματα υγείας, διακομίζεται στο ΤΕΠ από γηροκομείο ή οίκους ευγηρίας. Συνήθως τα άτομα αυτά συνοδεύονται από κάποιον υπεύθυνο ή από την κοινωνική λειτουργό του ιδρύματος.

Μια δεύτερη κατηγορία ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας ξαναμπάνουν στο νοσοκομείο. Οι συγγενείς που τους συνοδεύουν προκειμένου να τους ανακουφίσουν από το χρόνιο πρόβλημα τους, έστω και παροδικά, ακολουθούν αυτή την τακτική σαν τη μοναδική λύση^{13,15}.

Η τρίτη κατηγορία είναι συνήθως άτομα μοναχικά, εγκαταλελειμμένα, ασυνόδευτα, σχεδόν στο σύνολο τους με δύσκολη επικοινωνία. Τα ηλικιωμένα αυτά άτομα διακομίζονται με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ ή με περιπολικά του «100» που τα συλλέγουν από διάφορα

σημεία.

Μια τετάρτη κατηγορία ηλικιωμένων με οξεία ή χρόνια προβλήματα υγείας φαίνονται αρκετά ήρεμοι, βασισμένοι στο ζωηρό ενδιαφέρον και στην προστατευτική συμπεριφορά των οικείων τους^{13,14,15}.

Οι ηλικιωμένοι οδηγούνται από το συντονιστή νοσηλεύτη στην αντίστοιχη με το πρόβλημα ειδικότητα προκειμένου να υποβληθούν σε εξέταση.

Η απόφαση για εισαγωγή ή όχι του ηλικιωμένου στο νοσοκομείο θα εξαρτηθεί από τις υποκειμενικές πληροφορίες και τα αντικειμενικά ευρήματα που θα προκύψουν από τη σωματική εξέταση και τον εργαστηριακό έλεγχο.

Οι ασθενείς της πρώτης κατηγορίας συνήθως εισάγονται στο νοσοκομείο με την αιτιολογία του οξέος προβλήματος που παρουσιάζουν. Οι συνοδοί (άτομα του ιδρύματος), αφού τακτοποιήσουν τα διαδικαστικά της εισαγωγής, συνοδεύουν τον ηλικιωμένο μέχρι το νοσηλευτικό τμήμα, αφήνουν διεύθυνση και τηλέφωνο για κάθε ενδεχόμενο και φεύγουν. Για τη δεύτερη κατηγορία από ιατρικής πλευράς διατυπώνονται επιφυλάξεις, επειδή από την εκτίμηση των ευρημάτων δεν προκύπτει θέμα εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο με την έννοια του επείγοντος. Βέβαια οι οδηγίες αναφέρουν ότι ο ασθενής χρειάζεται φροντίδα, αλλά όχι σε νοσοκομείο οξέων νοσημάτων όπως το συγκεκριμένο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι λύσεις που προτείνονται είναι επιστροφή στο σπίτι με θεραπευτική αγωγή που του έχει δοθεί ή διακομιδή του ηλικιωμένου σε κάποια κλινική, εφόσον βέβαια τον καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας του. Οι συγγενείς συνήθως δέχονται με δυσφορία τέτοιου είδους εναλλακτικές λύσεις, αντιπαραβάλλοντας σωρεία επιχειρημάτων προκειμένου να επιτύχουν την παραμονή του ηλικιωμένου στο νοσοκομείο^{15,16}.

Ορισμένοι συγγενείς -ευτυχώς λίγοι -εγκαταλείπουν τον ηλικιωμένο επειδή πιστεύουν ότι για την προστασία της υγείας του ευθύνονται οι λειτουργοί της υγείας, ενώ άλλοι διαπραγματεύονται το πρόβλημα με την κοινωνική λειτουργό του νοσοκομείου για κάποια προσωρινή ή μια μονιμότερη διευθέτηση του προβλήματος. Όσο για την τρίτη κατηγορία, τα σχόλια που ακούγονται από εκείνους που εργάζονται μόνιμα στο ΓΕΠ είναι: «Γνωστός πελάτης», «Δε λείπει από καμιά εφημερία», «Κοινωνικό πρόβλημα», «Παραπομπή στην κοινωνική υπηρεσία» κ.ά.

Οι ηλικιωμένοι και των τριών κατηγοριών, που παρουσιάζουν παθολογικό ή κοινωνικό πρόβλημα ή συνδυασμό και των δύο, σκεπτικοί, σιωπηλοί και χωρίς αντίδραση, δείχνουν πως ό,τι συμβαίνει γύρω τους δεν τους αφορά. Αλήθεια, ποιος θα μπορούσε να μαντέψει τι κρύβει πίσω της αυτή η σιωπή!

Η τετάρτη κατηγορία εκπροσωπεί την υγιή μερίδα της κοινωνίας μας, η οποία αντιστέκεται σθεναρά στη λαίλαπα που στο πέρασμα της σαρώνει αξίες, ιδανικά, αρχές, απευαισθητοποιεί συναισθήματα και σκληραίνει συνειδήσεις, σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι άνθρωποι να απορρίπτουν και να εγκαταλείπουν ορισμένες φορές ακόμα και τους γεννήτορες τους. Στην προκειμένη περίπτωση το υποστηρικτικό σύστημα του ηλικιωμένου τον προστατεύει στοργικά και με περισσή αγάπη, τον στηρίζει και τον ενισχύει για να περάσει όσο πιο ανώδυνα θα μπορούσε την τραυματική εμπειρία μέχρι να αποφασιστεί αν θα εισαχθεί στο νοσοκομείο ή αν θα επιστρέψει στο σπίτι.

Το δικαίωμα του ηλικιωμένου να απολαμβάνει ποιότητα ζωής και νοσηλεία, όταν τη χρειάζεται, είναι αναφαίρετο. Δυστυχώς κοινωνικά φαινόμενα, όπως η μεταβολή της παραδοσιακής οικογένειας σε πυρηνική, ο υπογεννητισμός, η αστυφιλία, η ευμάρεια, η κατάλυση των

αρχών και αξιών επηρέασαν τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων. Ειδικότερα η γήρανση του πληθυσμού συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των προβλημάτων υγείας και κατά συνέπεια και στην αύξηση της ζήτησεως υπηρεσιών υγείας. Κοινωνίες που δεν ήταν έτοιμες να δεχτούν τις αλλαγές που αναφέρθηκαν αντιμετωπίζουν πολύπλοκα προβλήματα στη φροντίδα των ηλικιωμένων, με κοινωνικοοικονομικές και ηθικές προεκτάσεις¹⁵.



Εικόνα 8

9.2 Σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει
α) τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα, β) 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 κατευθύνσεις¹⁵:

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

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 μη μιλάει καθόλου .

Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκων 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^{15,36}.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια. Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι εξής οδηγίες^{15,38} :

- Ø Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Ø Να χρησιμοποιείτε γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Ø Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
- Ø Να αποφεύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνετε θετικές οδηγίες.
- Ø Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη ,μνήμη και πολλές λέξεις.
- Ø Να δίνετε απλές οδηγίες ,που δεν χρειάζονται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις.
- Ø Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί .
- Ø Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Ø Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί ,τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο.
- Ø Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Προσπαθήστε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις.
- Ø Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Ø Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή.
- Ø Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή¹⁵.

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη του λειτουργούν με δύο τρόπους: α)διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και β)πώς αντιλαμβάνεται τη φάση του κύκλου της ζωής του. Η

μουσική έχει βρεθεί ότι ηρεμεί, αλλάζει τη διάθεση και τον ανακουφίζει από το άγχος και τον εκνευρισμό^{15,36,37}.

9.3 Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος φθάνει στο σημείο να :

- Εκδηλώνει νοητική και κριτική ικανότητα στο καλύτερο επίπεδο ανάλογα με την έκταση της οργανικής παθολογίας και των υπολειμματικών γνωστικών λειτουργιών.
- Θυμάται εμπειρίες της ζωής του χρησιμοποιώντας λειτουργίες μακρόχρονης μνήμης.
- Απαντά με συνοχή σε απλές συγκεκριμένες ερωτήσεις.
- Δείχνει απουσία ανοικτού άγχους, φόβου και σύγχυσης.
- Ακολουθεί επαναλαμβανόμενες συγκεκριμένες οδηγίες.
- Διατηρεί υπολειμματικές αισθητηριακές / αντιληπτικές λειτουργίες.
- Συμμετέχει σε μερικές αποφάσεις στην καθημερινή ζωή, π.χ. διαλέγει αγαπημένες τροφές ή τι θα φορέσει.
- Εκδηλώνει προσανατολισμό σε πρόσωπα, τόπο και χρόνο³⁹.

9.4 Καθήκοντα νοσηλεύτη

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει τη λεκτική ικανότητα του ασθενή .Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις όπως ένα χάδι , ένα απαλό κτύπημα στην πλάτη ,ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και μικρές πράξεις που 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 του ασθενή γίνεται περισσότερο σύνθετη γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του, στην προσπάθειά τους να του παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση. Γι' αυτό καθήκον του νοσηλεύτη 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 για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Να συνεργαστεί μαζί τους στο σχεδιασμό ενός προγράμματος κοινωνικοποιήσεως του ασθενή.
- Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Να προτείνει να γράφουν τα στοιχεία του ασθενούς, η διεύθυνση και το τηλέφωνο, ώστε όταν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
- Να δώσει οδηγίες σχετικές με το διαιτολόγιο του ασθενή.

- Να συστήσει ειδικό έντυπο εκτιμήσεως της διατροφικής καταστάσεως του ασθενούς (Mini-Nutritional Assessment-MNA).
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής έντασης.

Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα των θυμάτων της νόσου περιληφθεί ειδική μέριμνα για εκείνους που παρέχουν τη φροντίδα. Η αξιολόγηση πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να καλύπτει όλες τις βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές και οικονομικές παραμέτρους της ζωής, να εξατομικεύεται και να προσαρμόζεται σύμφωνα με το στάδιο της εξέλιξης της νόσου, με σκοπό να βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής τους και να ανακουφίζονται αυτοί που σηκώνουν το βάρος της φροντίδας τους.

Ανάμεσα στις τόσες απώλειες που υφίστανται τα θύματα της νόσου του Alzheimer η απώλεια της επικοινωνίας με τους άλλους είναι ίσως η μεγαλύτερη³⁹.

§10^ο ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

10.1 Ψυχική υγιεινή και προφύλαξη του νοσηρού γήρατος

Δοθέντος ότι η προσωπικότητα είναι ενιαία, αλλά και μονιστική ουσιαστικά, όπως έχουμε αναπτύξει σε προηγούμενα κεφάλαια, γίνεται φανερό, πως το μυαλό (ο εγκέφαλος σαν φυσικό - πνευματική έκφραση) υπόκειται στις ίδιες γενικές νομοτέλειες με εκείνες του σώματος όσο περισσότερο, λόγου χάρη, ασκείται, τόσο περισσότερο αναπτύσσεται και διατηρεί την ζωντάνια του.

Δεν υπάρχει μόνον συνάρτηση μεταξύ υγείας και γήρατος (μακροζωίας), αλλά και μεταξύ γυμναστικής και γήρατος. Κανείς τεμπέλης, επί παραδείγματι, δεν είναι δυνατόν ούτε να δημιουργήσει, αλλά ούτε και να μακροημερεύσει.

Γι' αυτό θεωρούμε ως πολύ ορθή την αντίληψη του Αμερικανού, Hurry Sombel, πού θεωρεί δολοφονική τη συνήθεια να εγκαταλείπουν οι γέροντες κάθε δράση σωματική ή πνευματική. Στο νευρικό σύστημα, το οποίο ασκείται, σημειώνονται επωφελείς βιοχημικές αλλαγές. Χωρίς άσκηση το μυαλό χάνει τη μεταβολική του ικανότητα και γίνεται «άτονο». Η εργασία, η υγιεινή γυμναστική, οι άλλες φυσικές ασκήσεις, καθώς και ή ενεργός ανάπαυση, καθώς απεκάλυψε ο Σετσένωφ και ανέπτυξε ο Παυλώφ, αποτελούν βασικούς μοχλούς για την προφύλαξη από το νοσηρό γήρας. Οι παρατηρήσεις πού κάμαμε, γράφει ο Τσεμποτάρεφ, σε μεσόκοπους ανθρώπους, πού ασχολούνται στις «ομάδες υγείας», μαρτυρούν ότι κάτω από την επίδραση των συστηματικών ασκήσεων επέρχεται μία βαθιά αναδιάρθρωση στον οργανισμό τους : βελτιώνεται ή ανταλλαγή της ύλης, μειώνεται το επίπεδο χοληστερόλης στο αίμα, αποκαθίσταται ως ένα βαθμό η

ελαστικότητα των αγγείων κι «ανανεώνεται» ή αντιδραστικότητα των πιο σοβαρών οργάνων^{15,37}.

Αλλά και η ορθολογιστικά οργανωμένη, η δημιουργική, η συνειδητή εργασία, που προσφέρει όφελος στην κοινωνία κι η βαθιά εσωτερική ικανοποίηση, αποτελούν πολύ σοβαρούς παράγοντες, που καθορίζουν όχι μονάχα την υγεία, αλλά, κατ' επέκταση, και την μακροζωία. Το αντίθετο ακριβώς συμβαίνει με την αδράνεια, πού αποτελεί ίσως τον μεγαλύτερο κίνδυνο της υγείας. Ακόμα πιο σημαντική θεωρούμε την λίαν αισιόδοξη άποψη ενός άλλου Σοβιετικού στοχαστή, οποίος συνιστά να μην υποτάσσεται κανείς στο γήρας. «Υποτάξτε το εσείς, προσθέτει, δια της κινητοποιήσεως όλων των δυνάμεων και της θελήσεως σας να εργαστείτε. Η χαρά της ζωής δεν έγκειται στο να ζει κανείς απλώς. Όλα τα ζωντανά όντα ζουν, αλλά, αυτό δεν σημαίνει τίποτε. Η χαρά της ζωής έγκειται στο να ζει κανείς ενσυνείδητος μαζί με τους άλλους ανθρώπους, να εργάζεται και να αγωνίζεται μαζί με αυτούς για το γενικό καλό. ...».

Τέλος ο ακαδημαϊκός Π. Πετρόβσκυ συνιστά την επεξεργασία ενός *κώδικα υγείας* (πού να περιλαμβάνει τους κανόνες, τις συνήθειες και τις πεποιθήσεις εκείνες, που πρέπει να διέπουν κάθε άνθρωπο) και την διείσδυση του στη ζωή με την ίδια δραστηριότητα, όπως συμβαίνει και με τον *ηθικό κώδικα*.

Με τα μέτρα, πάντως, της ψυχικής υγιεινής και προφυλάξεως δεν είναι άσχετοι και άλλοι παράγοντες, αναφορικά με την διαιτητική αγωγή και τις διάφορες παθήσεις κατά την πορεία της ζωής του ανθρώπου, παράγοντες στους οποίους, όμως, δεν θα αναφερθούμε, επιμένοντας ειδικότερα στο ψυχολογικούς παράγοντας^{15,38}.

10.2 Ηθικά διλήμματα

Πολύ συχνά στην κλινική πράξη αναφέρονται ηθικά διλήμματα που συγκρούονται με ηθικούς κανόνες οι οποίοι λειτουργούν πιεστικά στην επιλογή δυο εξίσου επιθυμητών εναλλακτικών λύσεων. Στην προκειμένη περίπτωση η διατήρηση της αυτονομίας συγκρούεται με τα μέτρα που επιβάλλονται προκειμένου να επιτευχθεί η ασφάλεια του ασθενή. Όσο για αυτόν που παίρνει την απόφαση παραμένει αβέβαιος κατά πόσο η απόφαση ήταν ηθικά σωστή, ακόμα και όταν αυτή ήταν επιλεγμένη.

Παρά το γεγονός ότι οι νομοθετικές διατάξεις ρυθμίζουν την επαγγελματική συμπεριφορά μας, έναντι του ασθενή, αναγνωρίζοντας του το δικαίωμα της πληροφόρησης, της συγκατάθεσης, του σεβασμού στην ελεύθερη βούληση του να δεχτεί ή να αρνηθεί τη νοσηλεία, της εξασφάλισης της αυτονομίας του, της προστασίας της υγείας του και της ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας. Εντούτοις στην καθημερινή κλινική πράξη εγείρονται σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που έχουν σχέση με παρεμβάσεις, στάσεις και συμπεριφορές που απαιτούν κάτι περισσότερο από εκείνα που ορίζει ο νόμος. Και αυτό το κάτι έχει τις ρίζες του στην περιοχή των ηθικών διατάξεων και υπαγορεύεται από το νόμο της αγάπης, ο οποίος στρέφεται με δέος προς της αξία και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης υπάρξεως εκδηλώνοντας σεβασμό προς το δώρο της ζωής, άσχετα από την ηλικία που διανύει, το φύλο ή τη φυλή που ανήκει.

Αυτό το κάτι είναι οι παρεμβάσεις, που αν και τόσο απλές στην εκτέλεση τους, έχουν τη δύναμη να χαρίζουν ευτυχία στη δύση της βιολογικής ζωής, με ένα στοργικό βλέμμα, με μια θετική κίνηση, με ένα απλό χέρι στο ρυτιδωμένο πρόσωπο ή στο κυρτωμένο από το χρόνο κορμί.

Αυτό το κάτι είναι οι πράξεις που δεν κοστίζουν και όμως δίνουν τόσα πολλά και επιπλέον μπορούν να γίνουν από όλους μας αρκεί να απλώσουμε τα χέρια. Σύμφωνα με τις σύγχρονες νοσηλευτικές τάσεις, το θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενή σχεδιάζεται από κοινού με τον ίδιο και τους οικείους του.

Ειδικότερα στο σχέδιο της φροντίδας του οι ασθενείς συμμετέχουν ως ισότιμα και ενεργά μέλη της νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου. Η προσφορά ανθρωπιστικής φροντίδας είναι καθήκον και χρέος όλων μας. Αν εμείς αρνηθούμε να τη δώσουμε σήμερα, ίσως αύριο κάποιοι άλλοι αρνηθούν να τη δώσουν σε εμάς^{3,15,38}.

10.3 Διδασκαλία ασθενή για την έξοδο απ'το νοσοκομείο

Η μέρα αποχωρήσεως του ασθενή από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του.

Κατά την αποχώρηση από το νοσοκομείο, ο ασθενής είναι δυνατό να έχει θεραπευθεί μερικώς, να χρειάζεται όμως ειδική φροντίδα, προκειμένου να επανέλθει πλήρως στην προηγούμενη κατάσταση του, π.χ. σε περίπτωση κατάγματος.

Αλλά είναι ακόμα δυνατό η έξοδος ασθενούς από το νοσοκομείο να μην είναι επακόλουθο θεραπείας, αλλά ανάγκη μεταφοράς του σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα για τη συνέχιση ή συμπλήρωση της θεραπείας. Ακόμη, είναι δυνατό να υπάρχει ανάγκη μεταφοράς σε ίδρυμα ανιάτων νοσημάτων ή και μεταφοράς του στο σπίτι, εφόσον η παραμονή του στο νοσοκομείο δεν προσφέρει ειδική υπηρεσία σε αυτόν⁴¹.

Ανάλογα με τις συνθήκες, κάτω από τις οποίες θα βγει ο ασθενής από το νοσοκομείο, γίνεται προετοιμασία τόσο του ίδιου όσο και του άμεσου περιβάλλοντος του για την καλύτερη προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον.

Ο χρόνος προετοιμασίας του ασθενούς και του περιβάλλοντος για την έξοδο από το νοσοκομείο ποικίλλει, και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση του, σωματική και ψυχολογική.

Σε περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής είναι ανίκανος να επιστρέψει στην εργασία του ή να συνεχίσει τις συνηθισμένες του δραστηριότητες, η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου πληροφορείται την αναχώρηση του και τον βοηθά στην προσαρμογή του στις επιβαλλόμενες νέες καταστάσεις.

Τα αισθήματα που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης, χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι διστακτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση, μέχρι σημείου να μη θέλει να βγει από το νοσοκομείο.

Ο/Η νοσηλεύτης/τρια του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους του και την ανησυχία του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον του-της για τα προβλήματα του.

Ο ασθενής που θα συνεχίσει τη λήψη φαρμάκων και μετά από την έξοδο του από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψεως τους οι οδηγίες συνιστάται να γράφονται λεπτομερώς πάνω στο φιαλίδιο του φαρμάκου. Για φάρμακο που μπορεί να έχει παρενέργεια, ενημερώνεται λεπτομερώς τόσο ο ασθενής, όσο και υπεύθυνο μέλος της οικογένειας για τα θεραπευτικά μέτρα που θα χρειαστεί να λάβουν^{40,41}.

Όταν κριθεί από τον ιατρό ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ακολουθεί ειδοποίηση των συγγενών, χορήγηση ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών, ο ασθενής, ο οποίος αποφασίζει να φύγει από το νοσοκομείο χωρίς τη συγκατάθεση του ιατρού, υπογράφει δήλωση ότι φεύγει με τη συγκατάθεση του (και χωρίς έγκριση του ιατρού). Με τη δήλωση αυτή απαλλάσσονται της ευθύνης ο ιατρός και το νοσοκομείο.

Την ημέρα της αποχωρήσεως του ασθενή, εκδίδεται το υπογραφέν από τον ιατρό εξιτήριο και ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο περιπατητικός, με φορητή καρέκλα ή και με φορείο. Στην τελευταία περίπτωση ειδοποιείται έγκαιρα ασθενοφόρο^{40,41}.

§11^ο ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

11.1 Ανακουφιστικά προγράμματα φροντίδας

Ο σκοπός των ανακουφιστικών προγραμμάτων είναι να παρέχουν στα άτομα που φροντίζουν τους πάσχοντες ένα διάλειμμα από την καθημερινή υπευθυνότητα και ένταση. Αν αυτός που κυρίως άμεσα οφείλεται είναι ο συνοδός του πάσχοντα, ο ασθενής επίσης δέχεται ερεθίσματα και ευχαρίστηση. Τρεις μορφές τέτοιας φροντίδας είναι διαθέσιμες

1. Φροντίδα ημέρας, όπου ο ασθενής πηγαίνει σε ένα κέντρο για λίγες ώρες και για μια, δύο ή περισσότερες μέρες τη βδομάδα.
2. Φροντίδα σε ίδρυμα, όπου ο ασθενής διαμένει για μια μικρή περίοδο ημερών ή εβδομάδων σε ένα ίδρυμα με νοσηλευτική δυνατότητα.
3. «ανακούφιση στο σπίτι του ασθενούς και μένει με τον ασθενή επιτρέποντας στον συνοδό του να φύγει για λίγο γνωρίζοντας ότι ο ασθενής είναι υπό επιτήρηση.

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι εκείνη που συχνότερα ζητείται από αυτούς που φροντίζουν τον ασθενή, αν και συχνά είναι πολύ δύσκολο να οργανωθεί. Υπάρχουν πολλά εμπόδια επιφύλαξη εκ μέρους του ασθενούς να δεχθεί εναλλακτική φροντίδα, απροθυμία από τον σύντροφο του ασθενούς να αλλάξει το status quo ή θεώρηση εκ μέρους του των εναλλακτικών υπηρεσιών. Για την φροντίδα στο ίδρυμα υπάρχουν δυσκολίες στη μετακίνηση του ασθενούς και τέλος αντιπάθεια προς τους άλλους ασθενείς που εξυπηρετούνται στο ίδρυμα^{27,36}.

11.2 Κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας ασθενούς με νόσο Alzheimer

Κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας

- Πληροφόρηση ,συμβουλευτική και συντονισμός
- Προσωπική φροντίδα
- Φροντίδα στο σπίτι
- Βοήθεια για τη συντήρηση του σπιτιού
- Διανομή φαγητού
- Σχετικές υπηρεσίες υγείας
- Κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία
- Υπηρεσίες μεταφοράς του ασθενούς
- Ανακουφιστική φροντίδα :κέντρα ημερήσιας φροντίδας
ανακουφιστική φροντίδα στο σπίτι
- Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας ηλικιωμένων

Πίνακας 13

11.3 Κατ' οίκον βοήθεια και υποστήριξη του πάσχοντος

Η κατ' οίκον φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια τύπου Alzheimer απαιτεί τεράστια αποθέματα συμπόνιας, υπομονής και ενεργητικότητας .Παρόλο που οι ασθενής χρειάζονται συνεχή επιτήρηση, η κατ' οίκον διαβίωση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι κατά το δυνατόν φυσιολογική.

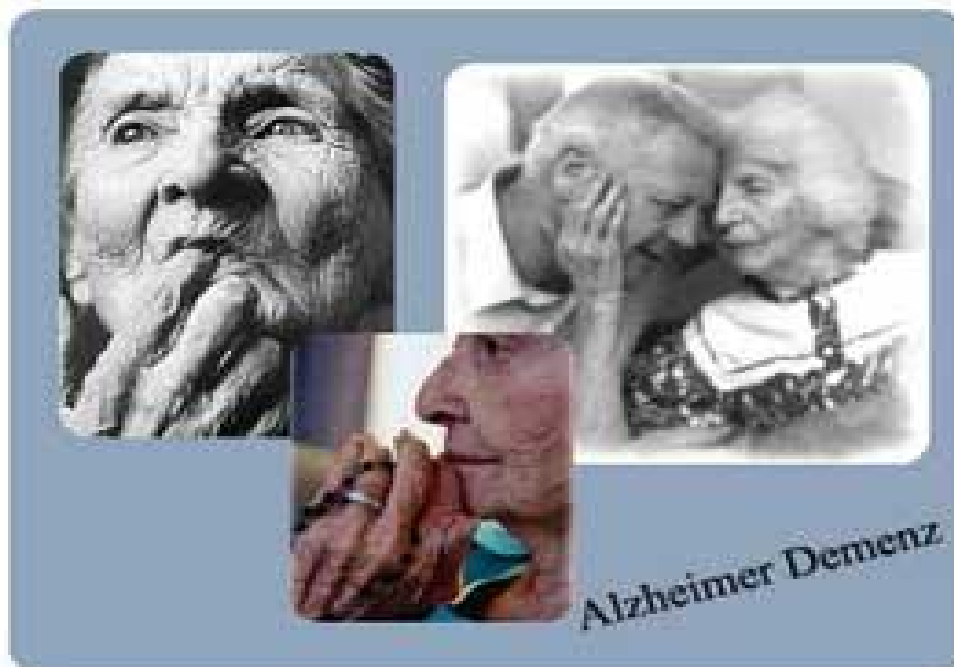
Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει στις συνήθεις δραστηριότητες του σπιτιού, ενώ χρειάζεται να συνομιλεί όσο το δυνατόν περισσότερο. Είναι επίσης σημαντικό να εξασφαλίζεται νοσηλευτική και θεραπευτική υποστήριξη για τον ασθενή που ζει στο σπίτι του.

Στην κατεύθυνση αυτή, θα συμβάλλουν με τις συμβουλές και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και τα διάφορα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι.

Στις δύσκολες φάσεις της νόσου, πολύτιμη θα είναι η συνεισφορά της οικογενείας και του φιλικού περιβάλλοντος του πάσχοντος.

Στα προχωρημένα στάδια της νόσου πιθανόν να απαιτηθεί η μεταφορά του ασθενούς σε ειδικευμένο νοσηλευτικό κέντρο ή οίκο ευγηρίας.

Με την κατάλληλη βοήθεια, η ταλαιπωρία του ασθενούς μπορεί να περιορισθεί σημαντικά και να διαφυλαχθεί τόσο η αξιοπρέπεια, όσο και η ποιότητα της ζωής του⁴.



Εικόνα 9

§12^ο ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

12.1 Εξελίξεις σχετικά με τη νόσο Alzheimer

Ø **Οι χυμοί μπορεί να μειώνουν τον κίνδυνο για νόσο Alzheimer(01-09-06)** Άτομα που έπιναν χυμούς φρούτων ή λαχανικών που ήσαν πλούσιοι σε πολυφαινόλες, τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα, είχαν 76% λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τη νόσο Alzheimer σε σύγκριση με άτομα που κατανάλωναν χυμούς λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα. Άτομα που έπιναν χυμούς φρούτων ή λαχανικών που ήσαν πλούσιοι σε πολυφαινόλες 2 φορές την εβδομάδα, είχαν μειωμένο κίνδυνο κατά 16% σε σύγκριση με αυτούς που έπιναν χυμούς λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα.

Ø **Ασθένεια Alzheimer ,διατροφή, θερμίδες και μακροζωία(15-06-06).** Η υψηλή πρόσληψη θερμίδων από τη διατροφή λόγω κορεσμένων λιπών, προάγει τη δημιουργία των τοξικών πλακών βήτα αμυλοειδούς πρωτεΐνης που είναι χαρακτηριστικές της νόσου Alzheimer.

Η μειωμένη θερμιδική πρόσληψη από τη διατροφή λόγω περιορισμού των υδατανθράκων, είναι σε θέση να προλαμβάνει τη δημιουργία βήτα αμυλοειδούς και να προάγει τη μακροζωία χωρίς βλάβες στον εγκέφαλο.

Ø **Πρόληψη της ασθένειας Alzheimer και Μεσογειακή διαίτα(20-04-06)** Αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι αυτοί που ακολουθούσαν πιστά το Μεσογειακό τρόπο διατροφής, είχαν 40% λιγότερο κίνδυνο προσβολής από τη νόσο Alzheimer σε σύγκριση με αυτούς που είχαν μια συνηθισμένη Αμερικάνικη διατροφή. Οι συμμετέχοντες που ακολουθούσαν σε μέτριο βαθμό τη Μεσογειακή διατροφή, παρουσίαζαν 20% λιγότερο κίνδυνο για τη νόσο. Το συμπέρασμα των γιατρών είναι ότι η προληπτική δύναμη της Μεσογειακής διαίτας κατά της ασθένειας Alzheimer φαίνεται να οφείλεται στο σύνολο των περιεχομένων της και όχι σε ένα από τα συστατικά της.

Ø **Ασθένεια Alzheimer: Καταπολεμείται με σωματική άσκηση(23-01-06)**

Το σημαντικό συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι τα άτομα που εξασκούνταν σωματικά 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, έστω και για 15 λεπτά κάθε φορά, είχαν 30% έως 40% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν Alzheimer σε σύγκριση με αυτούς που έκαναν σωματική άσκηση λιγότερο από 3 φορές την εβδομάδα. Πολύ σημαντική είναι επίσης η διαπίστωση που προέκυψε ότι τα άτομα που ήσαν τα πλέον αδύναμα στην αξιολόγηση των πνευματικών τους ικανοτήτων κατά την έναρξη της μελέτης, επωφελούνταν το περισσότερο από τη σωματική άσκηση. Βασικά αυτό σημαίνει ότι ακόμη και εάν η νόσος του Alzheimer αρχίζει να εκδηλώνεται σε κάποιον, η σωματική άσκηση είναι σε θέση να τον ωφελεί και να επιβραδύνει την επιδείνωση. Επίσης για ηλικιωμένους που ποτέ δεν είχαν κάμει παλιότερα συστηματικά σωματική άσκηση, δεν είναι αργά να αρχίσουν διότι αυτό θα έχει αξιολογές θετικές για αυτούς επιδράσεις.

Ø Νόσος Alzheimer: Φάρμακα καθυστερούν επιδείνωση(18-11-05)

Το συμπέρασμα των ερευνητών είναι ότι τα φάρμακα που μειώνουν τη χοληστερόλη αίματος, πιθανόν να μπορούν πραγματικά να μειώνουν την προοδευτική επιδείνωση της νόσου. Παρόλα αυτά επισημαίνουν ότι η δική τους μελέτη έχει περιορισμούς λόγω του μεγέθους της και του τρόπου σχεδιασμού ή και της μεθοδολογίας της. Για αυτό συνιστούν τη διεξαγωγή μεγαλύτερων τυχαιοποιημένων ερευνών με στόχο την επιβεβαίωση ή όχι των ευρημάτων τους.

Ø Ψάρια και ιχθυέλαια εναντίον της νόσου Alzheimer (26-03-05)

Μετά από 3 έως 5 μήνες (που ισοδυναμούν με μερικά χρόνια ζωής στον άνθρωπο), η συγκριτική μελέτη των εγκεφάλων των διαφόρων ομάδων των ποντικιών, έδειξε ότι η διατροφή πλούσια σε DHA, πετύχαινε μείωση κατά 70% της παραγωγής της αμυλοειδούς ουσίας. Τα συμπεράσματα των ερευνητών είναι ότι η διατροφή πλούσια σε DHA, μπορεί να καθυστερεί την εξέλιξη της νόσου Alzheimer .Ακόμη και σε ασθενείς που έχουν γενετική προδιάθεση για τη νόσο, τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα των ψαριών πιθανόν να μειώνουν την παραγωγή ή να αυξάνουν τη διάσπαση των πλακών αμυλοειδούς που χαρακτηρίζουν την προοδευτική επιδείνωση της νόσου.

Ø Τσάι για προφύλαξη από τη νόσο Alzheimer (08-11-04)

Μια ενδιαφέρουσα πρόσφατη ανακάλυψη Άγγλων ερευνητών από την Αγγλία, δίνει σοβαρές ελπίδες ότι το μαύρο και το πράσινο τσάι, μπορούν να προσφέρουν προστασία εναντίον της νόσου του Alzheimer. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο καφές σε αντίθεση με

το πράσινο και μαύρο τσάι δεν έχει τις ευεργετικές αυτές ιδιότητες. Επίσης οι επιδράσεις του πράσινου τσαγιού διαρκούσαν για μία εβδομάδα ενώ του μαύρου τσαγιού διαρκούσαν μόνο μία μέρα.

Ø **Εμβόλιο εναντίον της νόσου Alzheimer (23-12-00)**

Έχει τώρα αναπτυχθεί ένα εμβόλιο, σε πειραματικό στάδιο, το οποίο φαίνεται προστατεύει από την περαιτέρω εξέλιξη της ασθένειας όπως επίσης φαίνεται να μειώνει τις ήδη δημιουργηθείσες βλάβες στον εγκέφαλο.

Το εμβόλιο αυτό λειτουργεί δημιουργώντας αντισώματα εναντίον της β-αμυλοειδούς πρωτεΐνης η οποία συσσωρεύεται στον εγκέφαλο των ασθενών με Alzheimer. Η πρωτεΐνη αυτή εναποτίθεται μέσα στα κύτταρα του νευρικού κεντρικού συστήματος με αποτέλεσμα να προκαλεί σοβαρές και προοδευτικές βλάβες στις διάφορες καίριες εγκεφαλικές λειτουργίες.

Ερευνητές από τον Καναδά και από τις ΗΠΑ ήδη πριν ένα χρόνο απέδειξαν με πειράματά τους σε ποντικούς ότι το εμβόλιο αυτό **μειώνει την δημιουργία πλακών αμυλοειδούς ουσίας στον εγκέφαλο**⁴².

12.2 Προοπτικές για το μέλλον

Στο τομέα της άνοιας έχουν πραγματοποιηθεί μεγάλες πρόοδοι. Μέσα στις τελευταίες δύο δεκαετίες, η νόσος του Alzheimer αναγνωρίστηκε ως μία από τις κυρίες αιτίες θνησιμότητας και νοσηρότητας, ενώ παράλληλα επιτεύχθηκε η διάκριση της από άλλες μορφές άνοιας. Αναπτύχθηκαν θεραπείες με φάρμακα, τα οποία

αναστρέφουν κατά ένα μέρος την σοβαρή εκφύλιση του χολινεργικού συστήματος και προσφέρουν μερικά επιπλέον έτη με καλή ποιότητα ζωής στους ασθενείς με πρώιμη έως μετρίου βαθμού νόσου του Alzheimer. Η τρέχουσα έρευνα στην μοριακή βιολογία και την γενετική της νόσου υπόσχεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη πιο ισχυρών θεραπειών, οι οποίες επιβραδύνουν την εξέλιξη ή πιθανώς θα μπορούν ακόμα και να προλαμβάνουν την εμφάνιση της νόσου του Alzheimer²².

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

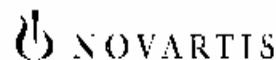
Η αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer μπορεί να έχει πολλές απαιτήσεις για τον κλινικό γιατρό αφού είναι πολύπλοκη στην θεωρία και δύσκολη στην πράξη. Η καλή αντιμετώπιση γνώση της νευροβιολογίας της άνοιας, της νευροψυχολογίας της συνοδού έκπτωσης των λειτουργιών, της ψυχοδυναμικής του ατόμου και των οικογενειακών αλλαγών λόγω της νόσου και την κοινωνιολογία των ευρύτερων επιπλοκών ,καθώς και ικανότητα σύνδεσης πολλαπλών υπηρεσιών υγείας και φροντίδας λαμβανομένων υπ' όψιν των αναγκών των ασθενών, των οικογενειών τους και των άλλων επαγγελματιών που τους φροντίζουν.

Η αναπότρεπτη και μη – θεραπεύσιμη επιδείνωση της νόσου Alzheimer μπορεί πλέον να καθυστερήσει ή ακόμα να σταματήσει προσωρινά λόγω των εξελίξεων των ειδικών φαρμακευτικών θεραπειών. Το μέλλον επιφυλάσσει υποσχέσεις για περαιτέρω προόδους στη φαρμακοθεραπεία. Παρ' όλες αυτές τις εξελίξεις, η βάση της αντιμετώπισης παραμένει στη σχέση μεταξύ αρρώστου, οικογένειας και οικογενειακού γιατρού. Ο γιατρός μπορεί να κερδίσει μεγάλη ικανοποίηση με την συμμετοχή του στην συνεχιζόμενη φροντίδα των ανοϊακών ασθενών που καθορίζετε από τις αρχές που περιγράφηκαν νωρίτερα, με τον προγραμματισμό της αντιμετώπισης από στάδιο σε στάδιο της νόσου και με το αναλύει τα προβλήματα προσεκτικά όταν αυτά ανακύπτουν.

Όπως και με πολλές άλλες ασθένειες ,οι γιατροί είναι μέχρι στιγμής ανίκανοι να παρέχουν την ίαση, αλλά μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να ζήσουν με την κατάσταση και να απολαύσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους σε γενικές γραμμές καταλαβαίνουν αυτές τις προσπάθειες και είναι ευγνώμονες για τον χρόνο και την προσπάθεια που καταβάλετε από τον γιατρό τους^{9,22}.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ____/____/____

ΚΛΙΜΑΚΑ Mini Mental State Examination Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

Το κάθε σκέτη στην κλίμακα θα προσυμβολιστεί κατά βαθμολογία

1. Προσανατολισμός

Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις για να δούμε πως γίνετε η μνήμη σας. Μερικές είναι απλές, μερικές δυσκολότερες.

- 1. Τι έτος έχουμε;
- 2. Ποια εποχή;
- 3. Τι γένος;
- 4. Ποιά ημερομηνία;
- 5. Ποιά μέρα της εβδομάδας;
- 6. Σε ποιά χώρα βρισκόμαστε;
- 7. Σε ποια πόλη;
- 8. Σε ποιά περιοχή ή διεύθυνση;
- 9. Σε ποιά νοσοκομείο;
- 10. Σε ποιά οδό;

2. Καταγραφή

Θα σας πω 3 λέξεις που θέλω να επαναλάβετε μετά απόμένα και να τις θυμάστε όταν σας ξαναρωτήσω

- 11. Λευόν
- 12. Κλειδί
- 13. Μολύβι

3. Συγκέντρωση / Δυνατότητα αριθμητικών πράξεων

Ασκήστε από τα 100 δεκάκια / μονάδες κάθε υσού

Επιλογικά: γράψτε τη λέξη "πύρα" ανά κελό

- | | | | |
|-----|----|----|-----|
| 14. | 93 | -9 | 11 |
| 15. | 86 | -7 | |
| 16. | 79 | -8 | |
| 17. | 72 | -6 | ... |
| 18. | 65 | -7 | ... |

4. Ανάκληση

Επαναλάβετε παρακαλώ τις 3 λέξεις που σας είχα ζητήσει προηγουμένως

- 19. Λευόν
- 20. Κλειδί
- 21. Μολύβι

5. Κατόνερσσία

Ανάστω σε 2 αιχμές 2 αντικείμενα και ζητήστε να τα κάνει κομμάτι - τί είναι αυτό;

- 22. Ρολό
- 23. Μαλιβι

6. Επανάληψη

Ζητήστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από σας:

- 24. Το να χέρι νίβε τί άλλο?

7. Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων

Δώστε στον ασθενή ένα χεράκι και πείτε του:

- 25. Πάρτε το χεράκι στη δεξιά σας χέρι
- 26. Απλώστε το στα πίσω
- 27. Αφήστε το στο γόνατο

8. Αντίδραση

Δείτε στον ασθενή ένα χεράκι που να κινείται με κερσάκις

Κι όμως: "Α ΜΗ ΜΗ ΣΥΓ ΚΑΙ ΠΑΙΣ"

- 28. Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χεράκι του σας δείχνω

9. Αυτόματη γραφή

Δώστε στον ασθενή καρα και μολύβι και πείτε:

- 29. Παρακαλώ γράψτε με ολοκληρωμένη πρόταση, όπου θέλετε. (προσέξτε να κερσέξει υποκείμενο/ρήμα)

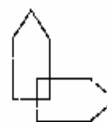
10. Αναγραφή

Ζητήστε από τον ασθενή να αναγράψει ένα σχήμα

στο δυο πεντάγωνο που τίθεται

δηλαδή να διακρίνονται οι 10 γωνίες σε των οποίων οι δυο να τέλειστον οι πρώτες αραχίδια

- 30.



Συνολικό άθροισμα: _____



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΚΛΙΜΑΚΑ AMTS Abbreviated Mental Test Score Συνοπική Δοκιμασία Νοητικής Επίδοσης

Ερωτήσεις		Βαθμοί
1. Πόσων ετών είστε ;	(+ - 1 έτος)	<input type="checkbox"/>
2. Τι ώρα είναι τώρα ;	(+ - 1 ώρα)	<input type="checkbox"/>
3. Πόσα έτος έχουμε ;		<input type="checkbox"/>
4. Πως ονομάζεται το μέρος που βρίσκόμαστε τώρα ;	(ιατρείο, νοσοκομείο κ.λ.π.)	<input type="checkbox"/>
- Παρακαλώ κρατείστε τη μνήμη σας την παρακάτω διεύθυνση. Επενδύστε μετά από εμένα: "Ησακλείου 28, Βόλος"		
5. Πότε είναι τα γενέθλια σας	(ημερομηνία και μήνας)	<input type="checkbox"/>
6. Πότε ξεκίνησε ο Δεύτερος Παγκόσμιος πόλεμος ;	(1939 + - 1 έτος)	<input type="checkbox"/>
7. Πώς ονομάζεται ο σημερινός πρωθυπουργός ;		<input type="checkbox"/>
8. Μπορείτε να αναγνωρίσετε δύο ανθρώπους	(π.χ. δείχνουμε το συγγενή και τον εαυτό μας)	<input type="checkbox"/>
9. Παρακαλώ μετρήστε ανάποδα από το 20 μέχρι το 1.		<input type="checkbox"/>
10. Μπορείτε να θυμηθείτε τώρα τη διεύθυνση που σας έδωσα προηγουμένως	(πρέπει να αναφέρει και τα 3 στοιχεία: οδός, αριθμό, πόλη)	<input type="checkbox"/>
Σύνολο		

CLOCK TEST Δοκιμασία Ωρολογίου

	Βαθμοί
1. Το 12 είναι στη σωστή θέση	2
2. Όλα τα ναύμερα είναι στη σωστή θέση	1
3. Έχει τοποθετήσει τον ένα δείκτη τουλάχιστον όπως του έχει ζητηθεί	2
4. Έχει τοποθετήσει σωστά την ώρα που του έχει ζητηθεί	2
Σύνολο	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

I.A.D.L. Instrumental Activities of Daily Living

Κλίμακα Καθημερινών Δραστηριοτήτων

Κλίμακα καθημερινών δραστηριοτήτων ποσοδοιοζόμενη από το νοσηλευτικό προσωπικό

Α) ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	
1. Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο κανονικά	<input type="checkbox"/>
2. Καλεϊ όρισμένο πολύ γνωστά του νοίμερα	<input type="checkbox"/>
3. Απαντά στα τηλεφώνω, αλλά δεν το χρησιμοποιεί αυθόρμητα	<input type="checkbox"/>
4. Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο αυθόρμητα	<input type="checkbox"/>
5. Ανίκανος να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο	<input type="checkbox"/>
Β) ΤΑ ΨΩΔΙΑ	
1. Ψωδίζει κανονικά	<input type="checkbox"/>
2. Κάνει όρισμένο ψώνω ή περιορισμένος αριθμός αγορών, 3 ή λιγότερα	<input type="checkbox"/>
3. Πρέπει να συνοδεύεται για να ψωνίσει	<input type="checkbox"/>
4. Εντελώς ανίκανος να ψωνίσει	<input type="checkbox"/>
Γ) ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΕΥΜΑΤΩΝ	
* Δεν εφαρμόζεται: Δεν προετοιμάζει ποτέ τα γεύματα	<input type="checkbox"/>
1. Προβλέπει, προετοιμάζει και σερβίρει κανονικά τα γεύματα	<input type="checkbox"/>
2. Προετοιμάζει κανονικά τα γεύματα, εάν και διατεθούν τα ανάλογα υλικά	<input type="checkbox"/>
3. Ξενοει-συνάει και σερβίρει τα προετοιμασμένα γεύματα ή παρα σιμάζει γεύματα, αλλά με λίγο έως πολύ ανεπαρκή τρόπο	<input type="checkbox"/>
4. Είναι ανασάητος να του ετοιμάζει κάποιος τα γεύματα και να του το σερβίρει	<input type="checkbox"/>
Δ) ΟΙΚΙΑΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ	
* Δεν εφαρμόζεται: Δεν έκανε ποτέ του οικιακές εργασίες	<input type="checkbox"/>
2. Διευρεί τα σπίτι του μόνοι του ή με βοήθεια κατά περίπτωση (για τις βάρεις εργασίες)	<input type="checkbox"/>
2. Φέρει εις πέρας ορισμένες καθημερινές ελαφρες εργασίες, όπως πλύσιμο πιάτων στρώσιμο κρεβατιών	<input type="checkbox"/>
3. Φέρει εις πέρας ορισμένες καθημερινές εργασίες αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ένα κανονικό επίπεδο καθαριότητας	<input type="checkbox"/>
4. Έχει ανάγκη βοήθειας για όλες τις οικιακές εργασίες	<input type="checkbox"/>
5. Είναι ανίκανος να συμμετάσκει σε οποιάσδήποτε εργασία	<input type="checkbox"/>
Ε) ΠΛΥΣΙΜΟ ΡΟΥΧΩΝ	
* Δεν εφαρμόζεται: Δεν έχει ποτέ του απολαφθεί με το πλύσιμο των ρούχων του	<input type="checkbox"/>
1. Πλένει μόνοι του όλα του τα ρούχα	<input type="checkbox"/>
2. Πλένει τα μικρά ρούχα της κλάσης κ.λ.π.	<input type="checkbox"/>
3. Όλα τα ρούχα πλένει να πλυνθούν από ένα άλλο άτομο	<input type="checkbox"/>
ΣΤ) ΜΕΣΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ	
1. Χρησιμοποιεί το όχημα μέσο μεταφοράς με τρόπο ανεξάρτητα, ή οδηγεί το αυτοκίνητο του	<input type="checkbox"/>
2. Συνοπώνει τις μετακινήσεις του με ταξί, αλλά δεν χρησιμοποιεί κανένα όχημα μέσο μεταφοράς	<input type="checkbox"/>
3. Χρησιμοποιεί το όχημα μεταφορικό μέσο με την βοήθεια ενός συνοδού	<input type="checkbox"/>
4. Περιορισμένες μετακινήσεις με ταξί ή με αυτοκίνητο και με την βοήθεια κάποιου άλλου	<input type="checkbox"/>
Η) ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	
1. Είναι υπεύθυνος για τη σωστή λήψη των φαρμάκων του (σωστός ρυθμός και δόση)	<input type="checkbox"/>
2. Είναι υπεύθυνος να τη λήψη των φαρμάκων του, εάν του έχουν προετοιμαστεί οι ξεχωριστές δόσεις	<input type="checkbox"/>
3. Είναι ανίκανος να πάρει μόνοι του τα φάρμακά του, ακόμη και εάν του έχουν προετοιμαστεί από πριν σε ξεχωριστές δόσεις	<input type="checkbox"/>
Θ) ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΧΡΗΜΑΤΟΣ	
* Δεν εφαρμόζεται: ποτέ του δεν διαχειρίστηκε χρήματα	<input type="checkbox"/>
1. Διαχειρίζεται τα οικονομικά του με τρόπο αυτόνομο (προϋπολογισμός, σύνταξη επταγών)	<input type="checkbox"/>
2. Χρειάζεται βοήθεια στη διαχείριση των οικονομικών	<input type="checkbox"/>
3. Διαχειρίζεται μόνο πολύ απλές οικονομικές πράξεις	<input type="checkbox"/>
4. Δεν μπορεί να συμμετάσκει σε καμία οικονομική συλλογή	<input type="checkbox"/>
Συνολικό άθροισμα:	

EXELON
for You, for Every

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Ο πίνακας ελέγχου αυτής μπορεί να απονηθεί από οποιοδήποτε άνθρωπο για τον εαυτό του ή για κάποιον δικό του*



Ο συγγενής σας ή ο γνωστός σας:

κάνει μια ερώτηση και την επαναλαμβάνει συνέχεια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει ή έχει δυσκολία στο να θυμάται πρόσφατα γεγονότα ή καταστάσεις;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Χρειάζεται υπενθύμιση για να κάνει τις απλές καθημερινές του δραστηριότητες, όπως αγορές ή να πάρει τα φάρμακά του;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει τα ραντεβού του, τις οικογενειακές υποχρεώσεις ή τις διακοπές;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Φαίνεται λυπημένος, κώφει απόρριψη ή φωνάζει συχνότερα απ' ότ. στα παρελθόν;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει πρόβλημα όταν κάνει υπολογισμούς ή όταν διαχειρίζεται χρήματα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει χάσει το ενδιαφέρον για τις συνηθισμένες δραστηριότητες και τα χόμπι του, όπως το διάβασμα βιβλίων ή εφημερίδων / παρακολούθηση ειδήσεων ή άλλες κοινωνικές ενασχολήσεις;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει την ανάγκη άλλων για τις βασικές του λειτουργίες όπως: το να τρώει, το να ντυνεται, το να κάνει μπάνιο, το να πηγαίνει τουαλέτα

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει γίνει οξύθυμος, παραγμένος, καχύποπτος ή έχει αρχίσει να βλέπει, να ακούει ή να πιστεύει πράγματα που δεν είναι επαρκή;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει ανησυχίες για την ασφάλειά του και ή την διάσκευή της οδήγησής;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Έχει πρόβλημα να μην βρίσκει τις λέξεις που θέλει για να πει που βιάσκει, να μην ολοκληρώνει τις εργασίες του ή να μην μπορεί να ημροδικώσει πρόσωπα και πράγματα με το όνομά τους;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αυτός ο πίνακας ελέγχου δεν προσφέρει μια διάγνωση για όνομα. Εντούτοις, εάν απαντήσεις «Ναι» σε περισσότερες από 5 ερωτήσεις, πρέπει να έρθετε σε επαφή με τον ιατρό σας.

*Psychol Bull 2000;126:69-70

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Ιστοσελίδα** : www.sfr.ee.theiath.gr
2. **Ιστοσελίδα** : www.kathimerini.gr
3. **Ιστοσελίδα** : www.novartis.gr
4. **Ιστοσελίδα** : www.anoia-alzheimer.gr
5. **Marsden David & Fowler tim** = Κλινική νευρολογία, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2001.
6. **Μούγιας Α.** ``Οδηγός για τη νόσο Alzheimer & άλλες μορφές άνοιας``. Έκδ. Mentor, Αθήνα 2003.
- 7 **Ελληνική Γεροντολογική-Γηριατρική εταιρεία** ``Νόσος Alzheimer & άλλες μορφές άνοιας``. Εγχειρίδιο για επαγγελματίες υγείας, Αθήνα 1997.
8. **Βαράκης Γ.-Καραμανδύλης Α.-Κωστόπουλος Γ.-Μητσάκου Α.** ``Τι γνωρίζουμε για τον εγκέφαλο``. Έκδ. Καστανιώτη. Αθήνα 1996.
9. **H.Brodaty**, ``Managing Alzheimer's disease in primary care``.Μετάφραση Γιαννακόδημος,Σ. Η αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Έκδ.(Βαγιονάκη),Αθήνα 1999.
- 10 **Τσίμος Ανδρέας.** Παραδόσεις από την ειδικότητα της ψυχιατρικής Νοσηλευτικής του Ιατρικού Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης στο Ψυχιατρικό νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη 1995.
- 11 **Μεντενόπουλος Γ.** ``Η νόσος του Alzheimer`` , Έκδ.Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Αρμενόπουλου 32, Θεσσαλονίκη 2000.
- 12 **Nursing Times.** ``The Search for the Key to Alzheimer`` , Ιούλιος 1997.
- 13 **Ιστοσελίδα** : www.domi.gr.
- 14 **Ιστοσελίδα** : www.psycrete.gr

- 15 **Πλατή.Χ.** 'Γεροντολογική Νοσηλευτική'. Έκδ.ΣΤ' Αναθεωρημένη, Αθήνα 2004.
- 16 **Παπαθανασόπουλος Δ.** Αναπληρωτής καθηγητής Νευρολογίας, Πρόεδρος Γηριατρικής εταιρείας, 'Η νόσος Alzheimer στα άτομα της τρίτης ηλικίας', Πάτρα 2007.
- 17 **Prevention** (περιοδικό), Τεύχος 7-Μάιος, Αθήνα 2006.
- 18 **Παπαπετρόπουλος Θ.** Πρακτικά 6^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδος, επιμέλεια έκδοσης, Πάτρα 1997.
- 19 **Pfizer Hellas A.E.,** 'Νόσος Alzheimer', Ένας Πρακτικός Οδηγός Επιστημονικής Ενημέρωσης.
- 20 **Βασιλόπουλος Δ.** 'Νευρολογία : Επιτομή Θεωρίας και Πράξης', Έκδ. Πασχαλίδης, Έκδ. 2003.
- 21 **Σκαρπαλέζου.Σ.-Μαλιάρα.Σ.,** 'Μαθήματα Νευρολογίας' Έκδ.(Παρισιάνου.Γ), Αθήνα 1998.
- 22 **S.Lovestone,** 'Early diagnosis and treatment of Alzheimer's disease'. Μετάφραση Παπαγεωργίου.Σ. Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της νόσου Alzheimer. Έκδ.(Βαγιονάκη), Αθήνα 2002.
- 23 **Παπαδημητρίου Α.-Γιαννοπούλου Κ.** 'Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της νόσου Alzheimer', Πρακτικά ετησίων Μετεκπαιδευτικών Ημερίδων Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμέλεια Έκδ.Παπαπετρόπουλος Θ. , Τόμος Β, 2002.
- 24 **Γεωργαράς Α.-Μαλτέζου Μ.** 'Νευρολογία', Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης 2000.
- 25 **Φραγκίσκου Ι.-Χανιώτη,** Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1996.
- 26 **Ψυχογηριατρική Εταιρεία ο «Νέστωρ» - Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία,** 'Πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer και συναφών Ανοιών', Αθήνα 2002.

- 27 **Alzheimer Europe** ``Ζώντας με τη νόσο Alzheimer``, Πρακτικός Οδηγός για τους Περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer, Αθήνα 2005.
- 28 **Μούγιας,Α.** ``Νόσος Alzheimer : έγκαιρη διάγνωση,βοήθεια στην οικογένεια``. Έκδ.Β'(Ελληνική γεροντολογική κ'γηριατρική εταιρεία),Αθήνα 1998.
- 29 **Ιστοσελίδα :** www.psycrete.gr
- 30 **Adam's & Victor's**, ``Νευρολογία``, 2^η Ελληνική Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ.Πασχαλίδης, Αθήνα 2001.
- 31 **Ιστοσελίδα :** www.isk.gr.
- 32 **Μουλόπουλος,Σ.** ``Θεραπευτική Εσωτερικών Νοσών``. Έκδ.Γ'(Παρισιάνου.Γ.), Αθήνα 1998.
- 33 **Ιστοσελίδα :** www.janssen-cilag.gr .
- 34 **Καπαρός Γ.** ``Νευρικό Σύστημα νόσου Alzheimer``, Iatronet.
- 35 **Enegram :** ``Νοσηλευτική Φροντίδα στη Παθολογία και Χειρουργική``, Εκδ. Έλλην, 1995.
- 36 **Ιστοσελίδα :** www.encephalos.gr
- 37 **Ιστοσελίδα :** www.medlook.gr
- 38 **Ιστοσελίδα :** www.iatrikionline.gr
- 39 **Αφροδίτη Χρ. Ραγιά** , ``Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική``, Έκδ. Αθήνα 2005.
- 40 **Dr. Ντολατζάς Θ.** ``Ο γιατρός συμβουλεύει``, Προληπτική Ιατρική, Εκδ. Κορωναίου Σταύρου, Τόμος 1, Εκδ. 2004.
- 41 **Μαλαρινού Μ.Α.-Κωνσταντινίδου Σ.Φ.** 1995.
- 42 **Ιστοσελίδα :** www.medlook.net.

