

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ
MULTIPLE SCLEROSIS



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΦΑΣΣΑΡΗ ΑΡΓΥΡΩ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΖΗΣΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2010

*Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Θεόδωρο Ζήση, καθηγητή
του τμήματος Νοσηλευτικής στα ΤΕΙ Πάτρας
που με βοήθησε σε κάθε βήμα αυτής της εργασίας
μέχρι την ολοκλήρωσή της*

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Εισαγωγή	7
Μέρος 1 ⁰	
Κεφάλαιο 1 ⁰	
1.1 Δομή και λειτουργία του νευρικού συστήματος	9
1.2 Ανατομία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ)	10-12
1.3 Προστασία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ)	13
1.4 Το αντανακλαστικό τόξο	14
1.5 Η σημασία της μυελίνης των νεύρων	15-17
Κεφάλαιο 2 ⁰	
2.1 Ορισμός της Σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ)	18
2.2 Ιστορική ανασκόπηση	18-20
2.3 Αιτιολογία-παθογένεση της ΣΚΠ	20-21
2.4 Ιστοπαθολογικά ευρήματα	21
2.5 Κλινική εικόνα	22-23
2.6 Πορεία της νόσου	24-25
Κεφάλαιο 3 ⁰	
3.1 Εργαστηριακά ευρήματα στη ΣΚΠ	26-27
3.2 Διάγνωση της ΣΚΠ	27-28
3.3 Θεραπεία της ΣΚΠ	28-29
3.4 Μηχανισμός δράσης της ιντερφερόνης	30-31
3.5 ΣΚΠ και εγκυμοσύνη	32-34
3.6 Πρόγνωση	34
Μέρος 2 ⁰	
Κεφάλαιο 1 ⁰	
1.1 Η νοσηλευτική στη νευρολογία	36-45
1.2 Οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και η ΣΚΠ	46-47

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

1.3 Οι οικογένειες, το μέλλον και η φύση της ΣΚΠ	47
1.4 Η ΣΚΠ και το δυναμικό της οικογένειας	48-51
1.5 Σύζυγοι και σύντροφοι	51-53

Κεφάλαιο 2⁰

2.1 Συμβιώνοντας με την πάθηση	54
2.2 Κόπωση και ΣΚΠ	55-58
2.3 Κατάθλιψη στη ΣΚΠ	58-59
2.4 Αμνησία στη ΣΚΠ	59-60
2.5 Ψυχολογική υποστήριξη	60
2.6 Ασκήσεις που ανακουφίζουν από τη σπαστικότητα	60-63

Μέρος 3⁰

Κεφάλαιο 1⁰

Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

1.1 1 ⁰ Περιστατικό	65-69
1.2 2 ⁰ Περιστατικό	70-73
1.3 3 ⁰ Περιστατικό	75-77

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 78-79

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 80-82

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση της νόσου που καλείται Σκλήρυνση κατά πλάκας σε ότι αφορά τον ορισμό, την αιτιολογία, τη συμπτωματολογία, διάγνωση και θεραπεία, καθώς και τη διερεύνηση των ψυχολογικών και σωματικών προβλημάτων που απορρέουν από τη νόσο αυτή και επηρεάζουν αρνητικά τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους.

Οι περισσότερες πληροφορίες εστιάζονται στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των ασθενών και στους παράγοντες που ευθύνονται για την κακή ποιότητα ζωής των ασθενών.

Όσον αφορά τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου υπάρχει μια ποικιλομορφία, γιατί εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως η θέση, ο αριθμός και η βαρύτητα των παθολογοανατομικών βλαβών.

Η συμβίωση με μια τόσο ιδιόμορφη νόσο δεν είναι εύκολη. Η οικογένεια του ασθενούς μπορεί να τον βοηθήσει να αποδεχτεί αυτή τη νέα κατάσταση. Η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειάς του για τη φύση της ασθένειας αυτής μπορεί να βοηθήσει στην επίτευξη της θεραπευτικής προσέγγισης.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the disease called multiple sclerosis in terms of definition, justification, symptoms, diagnosis and treatment, as well as exploring the psychological and physical problems resulting from the disease and adversely affect patients and their families.

Most of the information focused on psychopathological manifestations of patients and the factors responsible for poor quality of life.

With respect to clinical manifestations of the disease there is a diversity, it depends on many factors such as location, number and severity of histopathological lesions.

The partnership with such a strange disease is not easy. The patient's family can help him accept this new situation. Informing the patient and family about the nature of this disease can help to achieve the therapeutic approach.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αποφάσισα να ασχοληθώ με την Σκλήρυνση κατά πλάκας και ειδικότερα με τα προβλήματα του ασθενή που πάσχει από τη συγκεκριμένη νόσο, γιατί πιστεύω ότι είναι μια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο τον πάσχοντα αλλά και ολόκληρη την οικογένειά του, καθώς και το φιλικό και κοινωνικό περιβάλλον του.

Μέσα από την εργασία μου θα προσπαθήσω να δώσω μια ολοκληρωμένη εικόνα της νόσου, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό τι είναι Σκλήρυνση κατά πλάκας και να απαντηθούν βασικές απορίες που μπορεί να υπάρχουν.

Είναι απαραίτητο να προσαρμόσουμε τη ζωή μας ανάλογα με τις αλλαγές που επιφέρει στις σχέσεις και στον τρόπο ζωής μας η ασθένεια αυτή.

Πάρα πολλοί ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας ζουν αποδοτικά και ευτυχισμένα .

Το μήνυμά μου είναι ότι η Σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι το τέλος του κόσμου, με την ελπίδα ότι η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης θα διαμορφώσει μια νέα και πιο ελπιδοφόρα πραγματικότητα.

ΜΕΡΟΣ 1⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Νευρικό σύστημα είναι το σύστημα με το οποίο ο οργανισμός αισθάνεται τα ερεθίσματα από το περιβάλλον του, τα επεξεργάζεται και αντιδρά κατάλληλα σε αυτά. Η λειτουργία αυτή (αντίληψη ερεθισμάτων –επεξεργασία –κατάλληλη αντίδραση) είναι κοινό χαρακτηριστικό των ανώτερων ζώων. Στον άνθρωπο είναι αναπτυγμένη στον ανώτερο βαθμό, και γι' αυτό συγκριτικά με τα ζώα. Έχει κατακτήσει την ικανότητα να κατανοεί τον κόσμο που τον περιβάλλει και να επεμβαίνει δραστικά σε αυτόν.

Το νευρικό σύστημα είναι ένα οργανικό σύστημα που περιλαμβάνει:

- Αισθητικούς υποδοχείς που καταγράφουν τις μεταβολές τόσο του εξωτερικού περιβάλλοντος, όσο και του εσωτερικού, δηλαδή των συνθηκών που επικρατούν μέσα στο ίδιο το σώμα. Οι αισθητικοί αυτοί υποδοχείς είτε είναι διάσπαρτοι είτε απαρτίζουν πολύπλοκα όργανα (π.χ. τα μάτια και τα αυτιά), τα λεγόμενα αισθητήρια όργανα.
- Κεντρομόλες οδούς που μεταφέρουν τα ερεθίσματα από τους αισθητικούς υποδοχείς στις κεντρικές μονάδες επεξεργασίας του συστήματος.
- Κεντρικές μονάδες επεξεργασίας που επεξεργάζονται τα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα και δίνουν εντολή για αντιδράσεις.
- Φυγόκεντρες οδούς που μεταφέρουν τις εντολές αντίδρασης από τις κεντρικές μονάδες προς τα όργανα του σώματος, π.χ. προς τους μύες.¹

Στον άνθρωπο, το νευρικό σύστημα διαιρείται στο κεντρικό και περιφερικό τμήμα. Το κεντρικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, το περιφερικό νευρικό σύστημα περιλαμβάνει όλα τα νεύρα που διαβιβάζουν νευρικά ερεθίσματα από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό στα εκτελεστικά όργανα του σώματος. Τα νεύρα που συνδέονται με τον εγκέφαλο καλούνται κρανιακά νεύρα και εκείνα που βγαίνουν από το νωτιαίο μυελό είναι τα νωτιαία νεύρα.^{2,13}

1.2 ANATOMIA TOY KENTRIKOY NEYRIKOY SYSTHMATOS (ΚΝΣ)

Οι διάφοροι τύποι νευρικών κυττάρων δεν βρίσκονται <<ως έτυχε>> στο σώμα. Κύτταρα του ίδιου είδους συγκεντρώνονται και σχηματίζουν ιστούς.

Οι **νευρικοί ιστοί** διακρίνονται σε:

α . Νευρώνες, οι οποίοι έχουν εξειδικευτεί στη διέγερση, στη μεταφορά και στην επεξεργασία των διεγέρσεων (κινητικοί, συνδετικοί, αισθητικοί). Οι νευρώνες ποικίλουν σε σχήμα και μέγεθος και έχουν μια ή περισσότερες αποφυάδες, που εκφύονται από το πρωτόπλασμα. Μπορούν να ταξινομηθούν, ανάλογα με τον αριθμό των αποφυάδων τους, σε μονόπολους, δίπολους και πολύπολους.

β . Συμπληρωματικά ή υποστηρικτικά κύτταρα, τα οποία δεν δέχονται ούτε μεταφέρουν νευρικές ώσεις. Παραδείγματα τέτοιων κυττάρων είναι η νευρογλοία στους νευρώνες στο ΚΝΣ, τα κύτταρα του Schwann στις περιφερικές νευρικές ίνες και τα πορευτικά κύτταρα που στηρίζουν τους νευρώνες στα γάγγλια του περιφερικού νευρικού συστήματος.³

Το ΚΝΣ είναι όργανο με λειτουργίες απαρτίωσης και συντονισμού. Αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.⁴

□ **Ο εγκέφαλος** αποτελείται από κάτω προς τα πάνω, από τον προμήκη μυελό, τη γέφυρα, το μέσο εγκέφαλο (μεσεγκέφαλο), την παρεγκεφαλίδα, το διεγκέφαλο και τον τελικό εγκέφαλο(εγκεφαλικά ημισφαίρια).

Τα **εγκεφαλικά ημισφαίρια** είναι δυο, το δεξιό και το αριστερό, που χωρίζονται από ένα μεγάλο αυλάκι και είναι τοποθετημένα πάνω από ένα τμήμα του στελέχους, το θάλαμο. Η επιφάνεια των εγκεφαλικών ημισφαιρίων είναι σημασμένη από πολλαπλές αυλακώσεις ή έλικες, που σχηματίζουν ένα σχήμα παρόμοιο με εκείνο ενός χάρτη. Το σχήμα αυτό είναι εκπληκτικά σταθερό από άτομο σε άτομο. Η επιφάνεια του κάθε ημισφαιρίου μπορεί να υποδιαιρεθεί σε

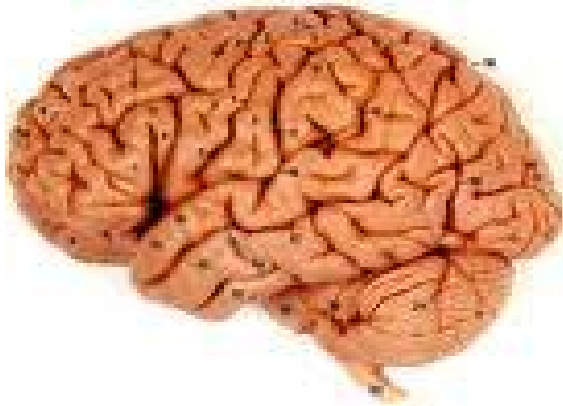
χωριστές περιοχές (ή λοβούς): τη μετωπιαία, την κροταφική, τη βρεγματική και την ινιακή. Κάθε λοβός μπορεί περαιτέρω να υποδιαιρεθεί σε κέντρα για τον έλεγχο της κινητικότητας, του λόγου, της αισθητικότητας, της σκέψης, των συναισθημάτων, της όρασης, της ακοής και ενός τεράστιου συνδυασμού άλλων χαρακτηριστικών που περιλαμβάνουν το όλο φάσμα της φυσικής και ψυχολογικής κατασκευής του ανθρώπου.²

Ο προμήκης μυελός, η γέφυρα και ο μεσεγκέφαλος συναπαρτίζουν το **εγκεφαλικό στέλεχος** που περιέχει τα κυτταρικά σώματα των εγκεφαλικών νεύρων και τις περιοχές που ελέγχουν την αναπνοή και την κυκλοφορία.

Το στέλεχος του εγκεφάλου και η **παρεγκεφαλίδα** παίζουν σημαντικό ρόλο στον έλεγχο των κινήσεων.

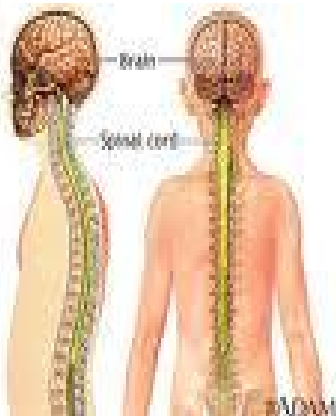
Ο **διεγκέφαλος** περιλαμβάνει τον οπτικό θάλαμο, σπουδαίο σταθμό προσδιορισμού της κατεύθυνσης όλων των κεντρομόλων αισθητικών ώσεων (από το δέρμα, τα μαλλιά, τα αυτιά και από άλλα τμήματα του εγκεφάλου) και τον υποθάλαμο. Ο υποθάλαμος παίζει σπουδαίο ρόλο στην απαρτίωση του νευρικού συστήματος με το ενδοκρινικό, μέσω της υπόφυσης με την οποία συνδέεται.

Ο **τελεγκέφαλος** (τελικός εγκέφαλος) αποτελείται από πυρήνες και φλοιώδεις περιοχές. Η εξωτερική επιφάνεια του τελικού εγκεφάλου, ο εγκεφαλικός φλοιός αποτελεί τη θέση αφετηρίας όλων των συνειδητών και πολλών υποσυνείδητων ενεργειών και είναι ο σταθμός συλλογής και επεξεργασίας των αισθητικών εντυπώσεων, των αισθημάτων και της αντίληψης, η έδρα της μνήμης κλπ.⁴



□ **Ο νωτιαίος μυελός** είναι μια κυλινδρική νευρική κολώνα που συνεχίζεται προς τα άνω με τον προμήκη μυελό του στελέχους και προς τα κάτω μέσα στη σπονδυλική στήλη μέχρι το επίπεδο του δεύτερου οσφυϊκού σπονδύλου. Ο μυελός εξέρχεται από την κρανιακή κοιλότητα από το μείζον τρήμα (ινιακό). Η κατώτερη οσφυϊκή και ιερή μοίρα της σπονδυλικής στήλης περιέχουν μια ομάδα νεύρων που προέρχονται από τον κατώτερο νωτιαίο μυελό και περνάνε στα κάτω άκρα και τα πυελικά σπλάχνα. Επειδή αυτά μοιάζουν με την ουρά ενός αλόγου ονομάζονται ιππουρίδα.

Μια τομή του νωτιαίου μυελού δείχνει ότι αυτός ο σχηματισμός αποτελείται από μια κεντρική περιοχή σχήματος Η, από γκριζόχρωμο ιστό που περιβάλλεται από ένα υπόλευκο υλικό. Η κεντρική περιοχή που μοιάζει με Η ονομάζεται **φαιά ουσία** και περιέχει τα κυτταρικά σώματα των νευρώνων του νωτιαίου μυελού. Το υπόλοιπο ονομάζεται **λευκή ουσία** και περιλαμβάνει τους άξονες και τους δενδρίτες των νευρώνων του νωτιαίου μυελού ως και τους μακρούς άξονες των νευρώνων με κυτταρικά σώματα εντοπιζόμενα στον εγκέφαλο. Έτσι η λευκή ουσία περιέχει τους άξονες των νευρώνων του νωτιαίου μυελού που στέλνουν ερεθίσματα προς τα πάνω, στον εγκέφαλο, όπως και τους άξονες των εγκεφαλικών νευρώνων που στέλνουν ερεθίσματα κάτω στους νευρώνες του νωτιαίου μυελού. Αυτές οι αξονικές οδοί μηνυμάτων είναι τοποθετημένες σε ξεχωριστές δέσμες στη λευκή ουσία και ονομάζονται ανιούσες ή κεντρομόλες ή κατιούσες νωτιαίες οδοί.



1.3 ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΟΙ ΜΗΝΙΓΓΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΝΩΤΙΑΙΟ ΥΓΡΟ

Το κεντρικό νευρικό σύστημα, εκτός από την προστασία που προσφέρει ο οστεώδης σκελετός του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης, καλύπτεται από μια μεμβράνη με τρεις στοιβάδες, **τις μήνιγγες**. Οι μήνιγγες αποτελούνται από (1) τη *σκληρή μήνιγγα*, μια σκληρή ινώδη μεμβράνη ακριβώς κάτω από το οστόν του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης, (2) την *αραχνοειδή μήνιγγα*, μια μεσαία στοιβάδα, σε στενή επαφή με την υπερκείμενη σκληρή μήνιγγα και (3) τη *χοριοειδή μήνιγγα*, μια ευαίσθητη μεμβράνη που έρχεται σε στενή επαφή με την επιφάνεια του νωτιαίου μυελού.

Ο χώρος μεταξύ αραχνοειδούς και χοριοειδούς μήνιγγας είναι ο *υπαραχνοειδής* χώρος, γεμάτος από ένα διαφανές υγρό, το *εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY)* που επίσης κυκλοφορεί μέσω της εσωτερικής επιφάνειας του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Το ENY χρησιμεύει για να στηρίζει το κεντρικό νευρικό σύστημα σε ένα <προσκέφαλο> από υγρό κι έτσι εξασκεί μια προστατευτική δράση. Παίζει επίσης ρόλο στο μεταβολισμό του εγκεφάλου και του νωτιαίου υγρού με τη μεταφορά των θρεπτικών ουσιών και την απομάκρυνση των άχρηστων προϊόντων.

Ο υπαραχνοειδής χώρος έχει τουλάχιστο δυο σπουδαίες ιατρικές χρήσεις: (1) μπορεί να χορηγηθούν αναισθητικά φάρμακα σ' αυτό το χώρο κατά τη νωτιαία αναισθησία και (2) είναι εύκολη η εισαγωγή μιας λεπτής βελόνας μέσω των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να τραβηχτεί μια μικρή ποσότητα ENY για να χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση ορισμένων νευρολογικών νοσημάτων. Αυτό ονομάζεται οσφυονωτιαία παρακέντηση.

1.4 ΤΟ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ ΤΟΞΟ

Η βασική μονάδα της ολοκληρωμένης νευρωνικής δράσης στο νευρικό σύστημα είναι το αντανακλαστικό τόξο. Αυτό το τόξο αποτελείται από: έναν υποδοχέα (όργανο), έναν αισθητικό νευρώνα, μια ενδονωτιαία σύναψη, έναν κινητικό νευρώνα και ένα εκτελεστικό όργανο. Το κλασσικό παράδειγμα αυτού του αντανακλαστικού είναι η απόσυρση μετά από επώδυνο ερέθισμα.

Ένα επώδυνο ερέθισμα ενεργοποιεί τους υποδοχείς του πόνου στο δέρμα που δημιουργούν ένα νευρικό ερέθισμα στους δενδρίτες ενός αισθητικού νευρώνα. Αυτό φθάνει στο κυτταρικό σώμα στο γάγγλιο της οπίσθιας ρίζας, περνά πάνω από το νευρωνικό κυτταρικό σώμα και μετά κατά μήκος του άξονα και μέσα στο άνω κέρασ της νωτιαίας φαιάς ουσίας. Σε αυτό το σημείο ένας μικρός νευρώνας ενεργοποιείται κατά μήκος μιας σύναψης και μεταδίδει το ερέθισμα στους δενδρίτες και το κυτταρικό σώμα ενός κινητικού νευρώνα που εντοπίζεται στο κάτω ή πρόσθιο κέρασ της νωτιαίας φαιάς ουσίας. Ο κινητικός νευρώνας στη νωτιαία φαιά ουσία ενεργοποιείται και μεταδίδει το ερέθισμα κατά μήκος του άξονά του, που εξέρχεται από το νωτιαίο μυελό μέσω της πρόσθιας ρίζας και κατά μήκος ενός περιφερικού νεύρου για να προκαλέσει τη μυϊκή σύσπαση που επιτρέπει την απόσυρση από το επώδυνο ερέθισμα. (Στην πραγματικότητα, στον πόνο πολλοί υποδοχείς ενεργοποιούνται ταυτόχρονα και επομένως τα πάρα πάνω γεγονότα συμβαίνουν συγχρόνως σε χιλιάδες νευρώνες για να επιτευχθεί η απόσυρση με τη σύσπαση των σκελετικών μυών.)²

1.5 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΥΕΛΙΝΗΣ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ

Ένα νεύρο περιέχει μια ή περισσότερες δεσμίδες νευρικών ινών (νευράξονες). Πρόκειται για αμύελες και εμμύελες ίνες ποικίλου πάχους. Ο νευράξονας, μετά την έξοδό του από το ΚΝΣ, περιβάλλεται από μονωτικό λιπιδικό υλικό, τη **μυελίνη** (έλυτρο μυελίνης), που είναι μείγμα λιποειδών- λευκωμάτων.

Το έλυτρο μυελίνης παριστάνει μονωτική στοιβάδα.

Κάθε 1-2 mm παρουσιάζεται μια περίσφιξη, ο κόμβος του Ranvier. Κατά την αγωγή του ερεθίσματος από τον υποδοχέα στο νωτιαίο μυελό και αντιστρόφως από το νωτιαίο μυελό στο μυ, οι κόμβοι αυτοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην ταχεία προώθηση της ώσης (μεταφορά του ερεθίσματος με ώσεις). Όσο παχύτερο είναι το έλυτρο μυελίνης, τόσο μεγαλύτερη είναι η ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος μέσω του νεύρου.

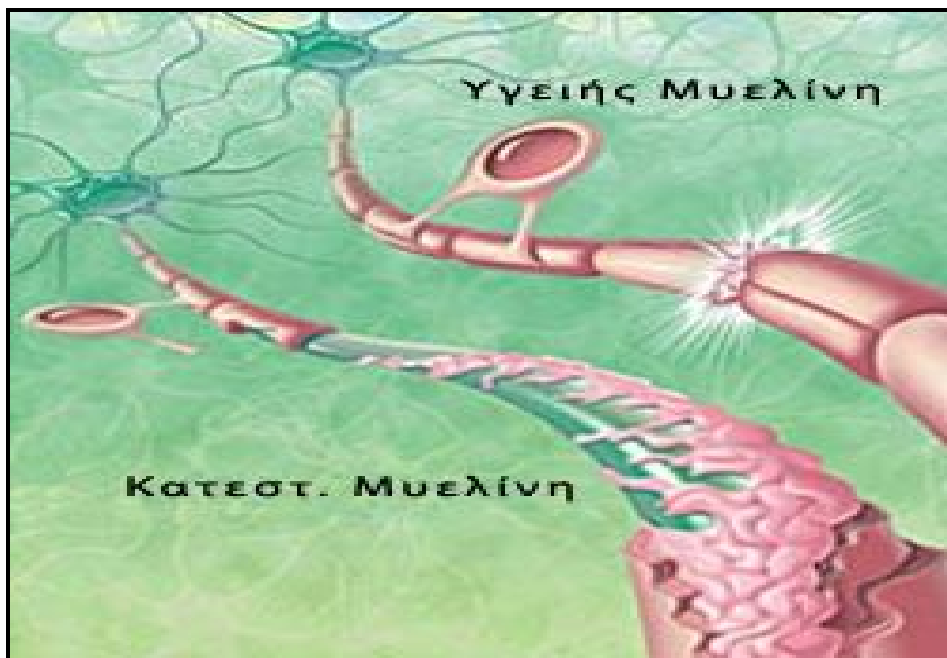
Νευρική ώση: Κάθε νευρικό κύτταρο μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτελείται από τρία λειτουργικά διαφοροποιημένα μέρη: *τη μεμβράνη- υποδοχέα*, όπου εισέρχεται το σήμα, συνήθως με τη μορφή χημικής ουσίας, *την αγώγιμη περιοχή*, η οποία είναι το τμήμα του νευρικού κυττάρου που απαντά στο ηλεκτρικό ερέθισμα, και *τη μεμβράνη με δυνατότητες διαβίβασης*, όπου το σήμα μεταβιβάζεται στο επόμενο κύτταρο με τη βοήθεια χημικής ουσίας, η οποία ελευθερώνεται από τη νευρική ίνα.

Μετάδοση της νευρικής ώσης στις αμύελες ίνες: Όταν το εσωτερικό της ίνας σε κάποιο σημείο είναι αρνητικό, ρεύμα ρέει μεταξύ αυτού του σημείου και της γειτονικής ηρεμώσας περιοχής της μεμβράνης. Το ρεύμα αυτό θα προκαλέσει την εκπόλωση της γειτονικής περιοχής, η οποία με τη σειρά της, θα διεγείρει τη γειτονική μεμβράνη. Δυναμικό ενέργειας θα εμφανιστεί όταν η αρχική περιοχή έχει επαναπολωθεί. Η κάθε περιοχή που διεγείρεται, διεγείρει με τη σειρά της το

Σκλήρυνση κατά Πλάκα

επόμενο τμήμα της μεμβράνης κι έτσι η νευρική ώση προωθείται κατά μήκος της ίνας.

Μετάδοση της νευρικής ώσης στις εμμύελες ίνες: Σε μια εμμύελη ίνα, η περιοχή που τελεί υπό διέγερση διεγείρει το ηρεμούν γειτονικό τμήμα όπως και στις αμύελες ίνες. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι αυτό συμβαίνει μόνο στους κόμβους του Ranvier, δηλαδή η νευρική ώση μεταφέρεται από κόμβο σε κόμβο. Η ύπαρξη μυελώδους ελύτρου επιταχύνει τη μεταφορά της ώσης κατά μήκος της ίνας. Συνεπώς, η πρακτική διαφοροποίηση μεταξύ αμύελων και εμμύελων ινών βασίζεται στο ότι οι τελευταίες μεταβιβάζουν πολύ πιο γρήγορα τις νευρικές ώσεις.



Η ταχύτητα της ώσης εξαρτάται, όχι μόνο από τη διάμετρο της νευρικής ίνας, αλλά και από το πάχος των ελύτρων μυελίνης. Υπάρχουν διάφορες κατατάξεις

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

των νευρικών ινών ανάλογα με το πάχος των ελύτρων, το οποίο φυσικά επηρεάζει την ταχύτητα αγωγής της ώσης. Μια από αυτές αναφέρεται στον πίνακα 1.1.³

Πίνακας 1.1 Κατάταξη νευρικών ινών σύμφωνα με το πάχος του ελύτρου μυελίνης και την ταχύτητα αγωγής		
Νευρική ίνα	Διάμετρος (mm)	Ταχύτητα νευρικής ώσης (m/s)
Aα	15	70-120
Aβ	8	30-70
Aγ	5	15-30
Aδ	3	12-30
B	3	5-15
C	1 (αμύελη)	0,5-2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΚΠ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια νευρολογική νόσος που προσβάλλει κυρίως νέους ενήλικους μεταξύ των 20 και 40 ετών και χαρακτηρίζεται από την εκφύλιση και τελική εξαφάνιση του μυελίνου περιβλήματος των νευρικών ινών σε διάφορα τμήματα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.²

Είναι χρόνια, αυτοάνοση διαταραχή με υποτροπιάζοντα επεισόδια απομυελίνωσης-καταστροφής της μυελίνης των νευρικών ινών και με σχηματισμό πολλών μικρών πλακών στο ΚΝΣ. Συγκεκριμένα αποσυντίθενται οι περιοχές της μυελίνης που περιβάλλουν τα νεύρα και η μυελίνη αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό.¹⁴

Η ΣΚΠ χαρακτηρίζεται ως **νόσος διεσπαρμένη σε τόπο και χρόνο**, με τυπικά γνωρίσματα που ερμηνεύουν αφενός τη μεγάλη ποικιλομορφία των κλινικών συμπτωμάτων της και αφετέρου την πορεία της κατά ώσεις, με χαρακτηριστικές εξάρσεις και υφέσεις των κλινικών εκδηλώσεων της. Η ανεύρεση σε νεκροτομές μεγαλύτερου αριθμού απομυελινωτικών εστιών απ'ότι με κλινικές ή εργαστηριακές μεθόδους αποτελεί άλλο ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της νόσου. Αυτές οι κλινικά σιωπηρές εστίες πιθανολογείται ότι ευθύνονται για μερικά από τα δυσερμήνευτα ή λιγότερο μελετημένα συμπτώματα της νόσου, όπως οι ψυχονοητικές διαταραχές^{3,15}

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Το πρώτο πιθανό περιστατικό ΣΚΠ εμφανίζεται στην Ολλανδία το 1395 σε μια έφηβη 16 ετών, η οποία, μετά από μια πτώση στον πάγο κάνοντας πατινάζ, παρουσίασε διαπεραστικό πόνο και κινητικές διαταραχές στα πόδια. Μετά από μερικά χρόνια η αναπηρία αυξήθηκε, με επιδείνωση της κινητικής λειτουργίας, αισθητηριακές διαταραχές και διαλείπουσα τύφλωση στο ένα μάτι. Η ασθενής πέθανε το 1433.

Η επόμενη γνωστή περιγραφή της ΣΚΠ χρονολογείται το 19^ο αιώνα, όταν δίνεται η πρώτη προσωπική μαρτυρία ασθενούς για τη νόσο, μέσω του ημερολογίου του Sir Augustus d'Este, ο οποίος περιέγραψε την πορεία της νόσου που είχε διάρκεια 26 έτη και διαγνώστηκε αναδρομικά ως ΣΚΠ. Τα συμπτώματα που κατέγραψε ήταν αταξία, μούδιασμα από τη μέση και κάτω, σπασμούς στη διάρκεια της νύχτας, μείωση της όρασης, αστάθεια βαδίσματος και γενικευμένη μυϊκή αδυναμία.¹⁷

Σ'έναν από τους διάσημους νευρολόγους του δεύτερου μισού του 19^{ου} αιώνα, τον Jean-Martin Charcot, αποδίδεται η πρώτη σαφής περιγραφή των κλινικών εκδηλώσεων της ΣΚΠ. Ο Charcot περιέγραψε λεπτομερώς την πλήρη συμπτωματολογία της ΣΚΠ και τη διαφοροποίησε οριστικά από την τρομώδη παράλυση. Υποστήριξε ότι η ΣΚΠ χαρακτηρίζεται από σπαστική παραπληγία, αταξία, τρόμο κατά τις εκούσιες κινήσεις, διαταραχές του λόγου, οφθαλμολογικές ανωμαλίες και νυσταγμό. Οι διαλέξεις του με θέμα <<νευρικές παθήσεις>> ήταν πολύ γνωστές και άσκησαν μεγάλη επιρροή σε πολλούς επιστήμονες. Ένας από αυτούς ήταν και ο Βιεννέζος νευρολόγος Sigmund Freud, ο οποίος, με αφορμή μια διάλεξη του Charcot στο Παρίσι, άρχισε να ενδιαφέρεται για την υστερία.³

Στη συνέχεια, η νόσος άρχισε να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο. Μέχρι και το 1904 είχαν ήδη δημοσιευτεί πάνω από 1100 σχετικές εργασίες. Το 1885, ο νευρολόγος Joseph Francois Felix Babinski παρουσίασε τη διδακτορική του διατριβή με θέμα <<Μελέτη ανατομική και κλινική πάνω στη σκλήρυνση κατά πλάκας>>. Το όνομά του όμως έγινε γνωστό το 1896, όταν παρουσίασε μια εργασία πάνω στο <<φαινόμενο των δακτύλων του ποδιού>>, στο οποίο αργότερα δόθηκε η ονομασία <<αντανακλαστικά Babinski>>.¹⁷

Στην Αγγλία η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1873 από τον Moxon και ονομάστηκε νησιδική σκλήρυνση, όπως επιβεβαιώθηκε από τον William Gowers το 1888. Στη Γερμανία η νόσος ονομάστηκε **Πολλαπλή Σκλήρυνση**.

Την εποχή στην οποία έζησαν και εργάστηκαν οι Charcot και Babinski, από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα έως τις αρχές του 20^{ου}, η Κλινική Νευρολογία ήκμασε και ανακαλύφθηκαν πολλές από τις γνωστές νευρολογικές παθήσεις. Σημεία και συμπτώματα έγιναν οδηγός για τη διαλεύκανση των μυστηρίων του ΚΝΣ. Χάρη στη βοήθεια των ευρημάτων από το ΕΝΥ, των προκλητών δυναμικών και της μαγνητικής τομογραφίας, η Παθολογική Ανατομία διαδραμάτισε ένα πολύ σπουδαίο ρόλο στην τεκμηρίωση της κλινικής διάγνωσης.

Σήμερα, μετά από 130 χρόνια περίπου, εξακολουθούμε να μη γνωρίζουμε ακριβώς την αιτία που προκαλεί τις σκληρυντικές βλάβες, οι οποίες είναι διάσπαρτες στον εγκέφαλο των ασθενών που εμφανίζουν ΣΚΠ. ³

2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ ΤΗΣ ΣΚΠ

Η αιτιολογία της ΣΚΠ παραμένει μέχρι στιγμής άγνωστη. Παρότι κατά το παρελθόν έχουν δημοσιευτεί αρκετές υποθέσεις, καμία δεν έχει προσφέρει ικανοποιητική ερμηνεία. Η επικρατέστερη θεωρία είναι ότι η ΣΚΠ αποτελεί επίκτητη αυτοάνοση νόσο με πολυπαραγοντική αιτιολογία. Πιθανολογείται ότι ένας ιός με μεγάλο χρόνο επώασης προκαλεί μια παθολογική ανοσολογική αντίδραση σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα και καταστρέφει τις πρωτεΐνες της μυελίνης. ⁵

Η πιθανότητα ύπαρξης γενετικής προδιάθεσης στηρίζεται στη διαφορετική επίπτωση της νόσου στις διάφορες ανθρώπινες φυλές. Αξίζει να σημειωθεί ότι η επίπτωση της ΣΚΠ είναι σπάνια στη μαύρη φυλή και ακόμα πιο σπάνια στην κίτρινη φυλή. Ο κίνδυνος της ΣΚΠ είναι μικρότερος μεταξύ των Ινδιάνων και των μαύρων στην Αμερική, σε σύγκριση με τους λευκούς.

Σε καμία περίπτωση η ΣΚΠ δεν είναι μεταδοτική νόσος αλλά ούτε και κληρονομική. Ωστόσο, η συχνότητα της είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη σε συγγενείς πασχόντων από ΣΚΠ (παιδιά, αδέρφια) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Το δεδομένο αυτό πιθανόν να υποδηλώνει γενετική σύνδεση ή

έκθεση σε κοινό περιβαλλοντικό παράγοντα, δεν αποκλείει όμως το συνδυασμό και των 2. Τελευταία, ελέγχθηκε η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και οι αλληλεπιδράσεις αυτού με λοιμώδεις παράγοντες, όπως πρωτόζωα, βακτηρίδια και σπειροχαίτες. Το ενδεχόμενο η ΣΚΠ να οφείλεται σε λοίμωξη κατά την παιδική ηλικία είναι πολύ πιθανό. Η παρουσία ιών θα μπορούσε να αποτελεί μια εξήγηση για την πορεία της νόσου, η οποία χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις.

Ο μηχανισμός της αρχικής καταστροφής της μυελίνης παραμένει άγνωστος. Οι ίνες που έχουν υποστεί απομυελίνωση παρουσιάζουν οριακή δυνατότητα αγωγής των ερεθισμάτων, η οποία επιδεινώνεται περισσότερο όταν παρεμβληθούν και άλλοι παράγοντες, όπως κόπωση, αύξηση θερμοκρασίας του σώματος, καταστάσεις stress κλπ.³

2.4 ΙΣΤΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Το πλέον παθολογοανατομικό εύρημα της ΣΚΠ είναι οι εστίες απομυελίνωσης, γνωστές ως σκληρυντικές βλάβες ή πλάκες, στη λευκή ουσία του εγκεφάλου. Οι πλάκες αυτές ανευρίσκονται διάσπαρτες στη λευκή ουσία και σε διάφορα τμήματα του ΚΝΣ. Ο αριθμός των ώσεων, η χρονιότητα και η βαρύτητα της νόσου αποτελούν συνήθως συνάρτηση του αριθμού των πλακών, η θέση των οποίων καθορίζει τη μορφή και τη σοβαρότητα των κλινικών συμπτωμάτων. Στις χρόνιες βλάβες η απώλεια μυελίνης προκαλεί ουλές, που είναι ορατές κατά το νεκροτομικό έλεγχο ως **σκληρυντικές πλάκες**.³

2.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα συμπτώματα της ΣΚΠ συχνά εξελίσσονται με εξάρσεις και υφέσεις. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη συμπτωματολογία έναρξης και εξέλιξης της νόσου, καθώς τα συμπτώματα εξαρτώνται από την εντόπιση των βλαβών στο ΚΝΣ. Η έναρξή της ΣΚΠ μπορεί να είναι μονο- ή πολυσυμπτωματική, βαρύτερη ή ηπιότερη, με τάση πλήρους ή μερικής υποχώρησης των συμπτωμάτων με την πάροδο του χρόνου.

Τα συνηθέστερα σημεία και συμπτώματα της ΣΚΠ μπορεί να περιλαμβάνουν θάμβος οράσεως, νυσταγμό, δυσαρθρία, δυσφαγία, δυσκοιλιότητα, αταξία, τρόμο, πόνο, κόπωση, μυϊκή ατονία, σπαστικότητα, υπερβολική εφίδρωση, μειωμένη αντίληψη της αίσθησης των δονήσεων και του χώρου, παράλυση ενός ή περισσότερων άκρων και διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος.

Οι συνηθέστερες διαταραχές της ΣΚΠ είναι:

- *Οπτική νευρίτιδα.* Θεωρείται η πλέον συχνή εκδήλωση και είναι ο πιο κλασικός τρόπος έναρξης της νόσου. Χαρακτηρίζεται από μειωμένη οπτική οξύτητα, υπεραιμία, οίδημα οπτικής θηλής, ελαττωμένη αντίδραση στο φως και διαταραχές των οπτικών πεδίων (διπλωπία). Η οπτική οξύτητα μειώνεται αμέσως και σημαντικά. Μέσα σε λίγες μέρες υποχωρούν τα συμπτώματα και σε 1-2 εβδομάδες αρχίζει να βελτιώνεται η όραση, για να επανέλθει αργότερα στο φυσιολογικό.
- *Διαπυρηνική οφθαλμοπληγία.* Συνοδεύεται από νυσταγμό.
- *Σημείο του Lhermitte.* Εμφανίζεται ως αίσθηση διόδου ηλεκτρικού ρεύματος.
- *Αναπηρία.* Η αιφνίδια αδυναμία και τα κινητικά συμπτώματα είναι δυνατό να προκαλέσουν σπαστικότητα (δυσκαμψία, σύρσιμο των ποδιών και αδυναμία του ασθενούς να τρέξει).

Τα διάφορα συμπτώματα της ΣΚΠ μπορούν να εμφανίζονται όλα μαζί, οπότε η κλινική εικόνα συμπληρώνεται αμέσως, ή να αποτελούν ξεχωριστές

προσβολές, που μπορούν να ερμηνευτούν ως έναρξη οποιασδήποτε νευρολογικής πάθησης.³

Πίνακας 2.5. Συμπτώματα και σημεία της ΣΚΠ⁵

Συμπτώματα (αρχικά)	Ποσοστό των ασθενών %
Παραισθησία	37
Διαταραχή βάδισης	35
Αδυναμία των κάτω άκρων ή ασυνέργεια	17
Απώλεια όρασης	15
Αδυναμία των άνω άκρων ή ασυνέργεια	10
Διπλωπία	10

Σημεία	Ποσοστό των ασθενών %
Απούσες κοιλιακές αντανακλάσεις	81
Αύξηση αντανακλαστικών	76
Αταξία των κάτω άκρων	57
Εκτατικές πελματιαίες απαντήσεις	54
Εξασθενημένη αίσθηση δόνησης	47
Οπτική νευροπάθεια	38
Νυσταγμός	35
Τρόμος κίνησης	32
Σπαστικότητα	31
Ελαττωμένη αίσθηση πόνου	22
Δυσαρθρία	19
Παραπάρεση	17

2.6 ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μπορεί να υπάρξει ένα διάστημα μηνών ή ετών μετά από το αρχικό επεισόδιο προτού να εμφανιστούν περαιτέρω νευρολογικά συμπτώματα. Νέα συμπτώματα μπορούν να αναπτυχθούν έπειτα ή τα αρχικά μπορεί να επανεμφανιστούν και να εξελιχθούν. Οι υποτροπές μπορεί να προκληθούν από λοίμωξη. Στις γυναίκες οι υποτροπές είναι πιθανότερες στους 3 μήνες περίπου μετά τον τοκετό. Η άνοδος στη θερμοκρασία του σώματος μπορεί να προκαλέσει παροδική επιδείνωση στους ασθενείς με ένα εγκατεστημένο και σταθερό έλλειμμα. Με το χρόνο -και μετά από ένα αριθμό υποτροπών και συνήθως με ελλιπή ύφεση- ο ασθενής μπορεί να γίνει όλο και περισσότερο μη λειτουργικός από την αδυναμία, τη δυσκαμψία, τις αισθητικές διαταραχές, την αστάθεια των άκρων, την ελαττωμένη όραση και την ακράτεια ούρων.⁵

Η ΣΚΠ, βάσει της πορείας της και της κλινικής εμφάνισης της, ταξινομείται σε τέσσερις μορφές:

A. Η ΣΚΠ με *εξάρσεις/υφέσεις (relapsing/remitting)* χαρακτηρίζεται από σαφώς καθορισμένες υποτροπές, με πλήρη ή ατελή αποκατάσταση. Η νόσος στο διάστημα των υποτροπών δεν εξελίσσεται. Σχεδόν στα 2/3 των ασθενών γίνεται διάγνωση αυτής της μορφής ΣΚΠ, αλλά οι περισσότεροι θα αναπτύξουν στη συνέχεια δευτεροπαθή προϊούσα μορφή.

B. Η *δευτεροπαθής προϊούσα (secondary progressive)* ΣΚΠ χαρακτηρίζεται από εξέλιξη με ή χωρίς υποτροπές, ελάσσονες υφέσεις ή περιόδους σταθερότητας.

Γ. Η *πρωτοπαθής προϊούσα (primary progressive)* ΣΚΠ είναι συνηθέστερη στους άντρες και σε όσους εμφάνισαν όψιμα τη νόσο. Χαρακτηρίζεται από εξέλιξη, με παροδικές περιόδους σταθερότητας ή ύφεσης.

Δ. Η *προϊούσα με εξάρσεις (progressive relapsing)* ΣΚΠ είναι η πιο σπάνια μορφή της νόσου και διακρίνεται από την πρωτοπαθή προϊούσα από την εμφάνιση σαφών υποτροπών.

Σε όλες τις μορφές της ΣΚΠ η πορεία είναι μεταβλητή. Η νόσος μπορεί να είναι κακοήθης, με ταχεία εξέλιξη προς τη σοβαρή αναπηρία, ή καλοήθης, με αποτέλεσμα το άτομο να παραμένει πλήρως λειτουργικό. Ο βαθμός αποκατάστασης από τις υποτροπές είναι απρόβλεπτος. Η ύφεση μπορεί να είναι πλήρης, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της νόσου, ή μπορεί το άτομο να παραμένει με μόνιμη νευρολογική ανικανότητα. Το 1989, οι Weinshenker et al μελέτησαν 1099 ασθενείς με ΣΚΠ, με εξάρσεις/υφέσεις κατά την έναρξη. Το 30-40% των ασθενών αυτών ανέπτυξαν δευτεροπαθή προϊούσα μορφή μέσα σε 6-10 χρόνια και το 58% σε 11-15 χρόνια.^{3,19}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3⁰

3.1 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΣΚΠ

Οι εργαστηριακές εξετάσεις μπορούν να βοηθήσουν στην υποστήριξη της κλινικής διάγνωσης και να αποκλείσουν άλλες διαταραχές, αλλά οι ίδιες δεν αιτιολογούν μια οριστική διάγνωση της ΣΚΠ.⁵

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει παθολογικό εργαστηριακό εύρημα, η διάγνωση της νόσου μπορεί να ενισχυθεί από εξετάσεις στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ), ηλεκτροφυσιολογικό έλεγχο και από τις νεότερες απεικονιστικές μεθόδους.³

Εγκεφαλονωτιαίο υγρό: δείχνει ελαφρά αύξηση των μονοπύρηνων λευκοκυττάρων και φυσιολογικό ή ελαφρώς αυξημένο λεύκωμα.⁶

Επίσης, προσδιορίζεται η βασική πρωτεΐνη της μυελίνης (MBP) η οποία είναι αυξημένη κατά την περίοδο των εξάρσεων των συμπτωμάτων. Ιδιαίτερα αυξημένη είναι και η σφαιρίνη (IgG) που αντιπροσωπεύει ποσοστό άνω του 25% των ολικών πρωτεϊνών του ΕΝΥ. Κατά την ηλεκτροφόρηση του ΕΝΥ των ασθενών με ΣΚΠ σε Άγαρ παρατηρείται ετερογενής χρώση στην περιοχή της γ-σφαιρίνης και εμφάνιση διάφορων ζωνών, που ονομάζονται ολιγοκλωνικές.³

Ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις: Α) **προκλητά δυναμικά** (οπτικά, ακουστικά, σωματοαισθητικά). Γίνεται εγγραφή προκλητών απαντήσεων από το φλοιό του εγκεφάλου. Ανωμαλίες παρατηρούνται στο 70-80% των ασθενών.

Β) **ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.** Διαταραχές διαπιστώνονται στο 35% των ασθενών με ΣΚΠ. Γ) **Ηλεκτρονυσταγμογραφία.** Συμβάλλει στη μελέτη της διαπυρηνικής οφθαλμοπληγίας.³

Απεικονιστικές εξετάσεις ελέγχου του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού: Αξονική τομογραφία (CT) και μαγνητική τομογραφία (MRI). Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να ανιχνεύσει τις υποκλινικές βλάβες και έχει γίνει απαραίτητη στην τεκμηρίωση της διάγνωσης της ΣΚΠ. Στους ασθενείς που

παρουσιάζονται με τη νωτιαία μορφή της διαταραχής και με κανένα στοιχείο διάσπαρτης νόσου, η MRI του μυελού ή η μυελογραφία μπορεί να καταστεί απαραίτητη για να αποκλειστεί η πιθανότητα μιας μονήρους συγγενής ή επίκτητης, χειρουργικά ιάσιμης βλάβης. Η περιοχή του ινιακού τρήματος πρέπει να απεικονιστεί, για να αποκλειστεί η πιθανότητα μιας βλάβης, όπως η δυσμορφία Arnold-Chiari, στην οποία μέρος της παρεγκεφαλίδας και της κατώτερης γέφυρας μετατοπίζονται στο αυχενικό κανάλι, προκαλώντας μικτά πυραμιδικά και παρεγκεφαλιδικά ελλείμματα στα άκρα.^{5,18}



3.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΣΚΠ

Η διάγνωση της ΣΚΠ είναι ως επί το πλείστον κλινική. Η νόσος προκαλεί χαρακτηριστικές βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα και χαρακτηριστικά σημεία και συμπτώματα. Από το ιστορικό των ασθενών αντλούνται πληροφορίες για παρελθόντα ή πρόσφατα συμπτώματα που πιθανόν να αγνοήθηκαν, αλλά θα μπορούσαν να αποτελούν εισαγωγικές εκδηλώσεις της νόσου. Η ασφαλής διάγνωση περιλαμβάνει το συνδυασμό του ιστορικού, της αντικειμενικής νευρολογικής εξέτασης και των εργαστηριακών εξετάσεων.³ Πιθανή ΣΚΠ διαγιγνώσκεται όταν οι ασθενείς έχουν στοιχεία πολυεστιακής νόσου της λευκής ουσίας, αλλά είχαν μόνο μια κλινική ώση ή έχουν ένα

ιστορικό τουλάχιστον δυο κλινικών επεισοδίων, αλλά σημεία μιας μοναδικής βλάβης. ⁵

3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΚΠ

Προς το παρόν δεν υπάρχει θεραπεία για τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Ενδείκνυται ένα εξατομικευμένο, οργανωμένο και λογικό θεραπευτικό πρόγραμμα, για απαλλαγή του αρρώστου από συμπτώματα και για παροχή συνεχούς υποστήριξης. Πολλοί άρρωστοι βρίσκονται σε σταθερή κατάσταση και χρειάζονται μόνο διακεκομμένη θεραπεία, που στοχεύει στον έλεγχο των συμπτωμάτων ενώ άλλοι βιώνουν σταθερή εξέλιξη της νόσου. ⁷

Στους ασθενείς με τη νόσο των εξάρσεων και υφέσεων, η θεραπεία με ιντερφερόνη β-1α, που δίνεται ενδομυϊκά εβδομαδιαίως ή η ιντερφερόνη β-1β, που δίνεται υποδόρια μέρα παρά μέρα, μειώνει το ποσοστό υποτροπής. Το Glatiramer acetate (ένα μίγμα τυχαίων πολυμερών που μιμούνται τη σύσταση των αμινοξέων της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης), που δίνεται καθημερινά με υποδόρια έγχυση, είναι επίσης αποτελεσματικό. Εκτός από την επίδρασή τους στις υποτροπές, η ιντερφερόνη β-1α και το Glatiramer acetate μπορούν επίσης να καθυστερήσουν την έναρξη της σημαντικής ανικανότητας στους ασθενείς με τη μορφή των εξάρσεων. Οι ενδοφλέβιες εγχύσεις ανοσοσφαιρίνης (IVIg) μπορούν επίσης να μειώσουν το ποσοστό υποτροπής στη μορφή των εξάρσεων και υφέσεων, αλλά οι θεραπευτικές ενδείξεις είναι ακόμα πρώιμες.

Τα κορτικοστεροειδή βοηθούν στην επιτάχυνση της αποκατάστασης από τις οξείες υποτροπές, αλλά η έκταση της ίδιας της αποκατάστασης δεν αλλάζει. Η μακροχρόνια χορήγηση στεροειδών δεν αποτρέπει τις υποτροπές και δεν πρέπει να χορηγηθεί λόγω των μη αποδεκτών παρενεργειών. Δεν υπάρχει κανένα τυποποιημένο πρόγραμμα θεραπείας με κορτικοστεροειδή, αλλά η θεραπευτική αγωγή που χρησιμοποιείται πιο συχνά είναι η ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη (1 γρ. καθημερινά) για 3-5 μέρες, που ακολουθείται από του

στόματος θεραπεία με πρεδνιζόνη (1mg/kg την ημέρα για μια εβδομάδα, με γρήγορη μείωση κατά τη διάρκεια των επόμενων 1-2 εβδομάδων). Για τις ήπιες ώσεις, μερικοί νοσοκομειακοί γιατροί προτιμούν την από του στόματος θεραπεία με πρεδνιζόνη 60 ή 80 mg/ημέρα ή δεξαμεθαζόνη 16 mg/ημέρα, που δίνεται για μια εβδομάδα με γρήγορη σταδιακή ελάττωση κατά τη διάρκεια των επόμενων 2 εβδομάδων.

Καμία συγκεκριμένη ανοσορυθμιστική θεραπεία δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική στην πρωτογενή προϊούσα σκλήρυνση και η αντιμετώπιση γίνεται με συμπτωματικά μέτρα.

Η συντήρηση της γενικής υγείας και η συμπτωματική θεραπεία δεν πρέπει να παραμεληθούν στην περιεκτική αντιμετώπιση της ΣΚΠ. Η άσκηση και η φυσιοθεραπεία είναι σημαντικές άλλα η υπερβολική άσκηση πρέπει να αποφευχθεί, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των περιόδων οξείας υποτροπής. Η κόπωση είναι ένα σοβαρό πρόβλημα για πολλούς ασθενείς και ανταποκρίνεται μερικές φορές στην αμανταδίνη ή σε ένα από τα αντικαταθλιπτικά εκλεκτικής αναστολής της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Η θεραπεία για τη σπαστικότητα απαιτείται συχνά, όπως και η επιθετική αντιμετώπιση των προβλημάτων της κύστης και του εντέρου. Η θεραπεία για άλλες πτυχές της προχωρημένης σκλήρυνσης, όπως τα γνωσιακά ελλείμματα, ο πόνος, ο τρόμος και η αταξία είναι λιγότερο επιτυχής.⁵

3.4 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗΣ

Οι μηχανισμοί με τους οποίους ασκεί την ευεργετική δράση της η ιντερφερόνη δεν έχουν πλήρως διαλευκανθεί. Η ιντερφερόνη β-1β δεσμεύεται στους ειδικούς υποδοχείς των κυττάρων προκαλώντας το σχηματισμό πολυάριθμων πρωτεϊνών, οι οποίες διαμεσολαβούν στην πρόκληση βιολογικών επιδράσεων.

A) Αντενδείξεις

Η χορήγηση ιντερφερόνης αντενδείκνυται στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- Εγκυμοσύνη
- Ασθενείς με ιστορικό υπερευαισθησίας στη β-ιντερφερόνη ή την ανθρώπινη λευκωματίνη
- Ασθενείς με ιστορικό σοβαρής καταθλιπτικής διαταραχής
- Ασθενείς με μη αντιρροπούμενη ηπατική πάθηση
- Ασθενείς με επιληψία, η οποία δεν ελέγχεται επαρκώς με τη φαρμακευτική αγωγή

B) Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση ιντερφερόνης

Η διαταραχή του συναισθήματος και ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η ιντερφερόνη πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό επιληπτικών κρίσεων και κατάθλιψης, σε ασθενείς με καρδιοπάθειες, μυελοκαταστολή, αναιμία ή θρομβοκυτταροπενία. Είναι δυνατό να εμφανιστούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας (βρογχόσπασμος, αναφυλαξία και κνίδωση).

Γ) Φαρμακευτικές και τροφικές αλληλεπιδράσεις με την ιντερφερόνη

Δεν είναι γνωστή η αλληλεπίδραση φαρμάκων ή τροφίμων με την ιντερφερόνη. Λόγω έλλειψης κλινικής εμπειρίας, η χρήση ιντερφερόνης παράλληλα με ανοσοτροποποιητικές ουσίες, εκτός από τα κορτικοειδή, δεν συνίσταται. Οι ιντερφερόνες έχει αναφερθεί ότι μειώνουν τη δραστηριότητα των ενζύμων του κυτοχρώματος P450. χρειάζεται προσοχή όταν χορηγείται ταυτόχρονα με

οποιοδήποτε φάρμακο που έχει επίδραση στο αιμοποιητικό σύστημα. Τέλος με τη χορήγηση ιντερφερόνης φαίνεται ότι σχετίζονται χαμηλά επίπεδα ασβεστίου και υψηλά επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα.

Δ) Περίληψη των ανεπιθύμητων ενεργειών της ιντερφερόνης

ΣΚΠ με υφέσεις/εξάρσεις:

- Συμπτώματα τύπου γρίπης
- Εξάνθημα
- Αύξηση του μυϊκού πόνου
- Υπέρταση
- Κατάθλιψη

Δευτεροπαθής προϊούσα ΣΚΠ:

- Αντιδράσεις στα σημεία των ενέσεων (77,5%)
- Συμπτώματα τύπου γρίπης (66,4%)
- Υπέρταση (37,8%)
- Υπέρταση (3,9%)
- Αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων
- Παθολογικός αριθμός των λευκοκυττάρων

Οι ηπατικές ανωμαλίες τείνουν να υποχωρήσουν με την αναπροσαρμογή της δοσολογίας.³



3.5 ΣΚΠ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ένα από τα κυρίαρχα θέματα που αφορούν τις γυναίκες με ΣΚΠ, είναι η επίδραση της κύησης στη νόσο. Από διάφορες μελέτες υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής βελτίωσης της ΣΚΠ κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και επιδείνωσης της μετά τον τοκετό. Η σχέση μεταξύ της πορείας της ΣΚΠ και της κύησης έχει εξεταστεί σε διάφορες επιστημονικές μελέτες, στις οποίες διαπιστώθηκε μείωση στο ποσοστό υποτροπής κατά τη διάρκεια της κύησης, με συνολικά 121 υποτροπές σε σύνολο 1119 κυήσεων και δείκτη υποτροπής 0,14 ανά έτος. Μετά όμως από τον τοκετό, ο δείκτης υποτροπών ανά έτος ανήλθε στο 0,1.

Εκτίμηση της επίδρασης της κύησης στη σκλήρυνση κατά πλάκας

Αρκετοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν την επίδραση της ΣΚΠ στην εγκυμοσύνη. Στη Σουηδία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των κρίσεων της ΣΚΠ κατά τη διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, διαπιστώθηκε σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα κρίσεων στους επόμενους 8 μήνες μετά τον τοκετό. Επιπρόσθετες παρατηρήσεις από την έρευνα έδειξαν μικρότερο κίνδυνο έξαρσης της νόσου όταν η γυναίκα έμενε έγκυος μετά την έναρξη της ΣΚΠ, σε σύγκριση με τις πάσχουσες μη έγκυες γυναίκες. Έτσι οι ερευνητές συμπέραναν ότι η κύηση έχει ευνοϊκή επίδραση, τόσο στη βραχυχρόνια όσο και στη μακροχρόνια πρόγνωση. Από την άλλη πλευρά, διατυπώνονται σημαντικές επιφυλάξεις για τα συμπεράσματα των συγγραφέων όσον αφορά τη μακροπρόθεσμη επίπτωση της νόσου μετά την κύηση.

Υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες για την εκτίμηση της επίδρασης της κύησης στην πορεία της ΣΚΠ, για το λόγο ότι οι πάσχουσες που αποφασίζουν να μείνουν έγκυες έχουν πιθανόν ηπιότερη μορφή ΣΚΠ, ενώ αντίθετα, εκείνες με πιο σοβαρή μορφή της νόσου είναι λιγότερο πιθανό να επιλέξουν να τεκνοποιήσουν.

Χρήση ιντερφερόνης κατά την κύηση

Δεν είναι γνωστό αν η ιντερφερόνη μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο έμβρυο όταν χορηγείται σε έγκυες γυναίκες ή αν μπορεί να επηρεάσει την ανθρώπινη ικανότητα αναπαραγωγής. Σε ελεγχόμενες κλινικά μελέτες, έχουν αναφερθεί αυτόματες αποβολές σε γυναίκες με ΣΚΠ. Η ανασυνδυασμένη ανθρώπινη ιντερφερόνη σε μελέτες με πιθήκους έχει αποδείξει εμβρυοτοξική δράση, προκαλώντας το θάνατο του εμβρύου όταν χορηγείται στα υψηλότερα δοσολογικά σχήματα. Επομένως, οι ιντερφερόνες αντενδείκνυνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία πρέπει να λαμβάνουν τα κατάλληλα αντισυλληπτικά μέτρα. Αν η ασθενής μείνει έγκυος ή σχεδιάζει να μείνει έγκυος, πρέπει να ενημερωθεί για τους πιθανούς κινδύνους και να διακοπεί η αγωγή. Σε κάθε περίπτωση όμως, μετά τον τοκετό, θα πρέπει να γίνει επανέναρξη της φαρμακευτικής αγωγής με ιντερφερόνη όσο το δυνατόν γρηγορότερα (με την προϋπόθεση ότι το βρέφος δεν θηλάζει), για να μειωθεί ο κίνδυνος της υποτροπής μετά τον τοκετό.³

Συμπεράσματα

Η γνώση όσον αφορά τη σχέση εγκυμοσύνης και ΣΚΠ είναι περιορισμένη. Παρόλα αυτά, πολλά συμπεράσματα μπορούν να επισημανθούν από τη διεθνή βιβλιογραφία:

- Το ποσοστό των υποτροπών της ΣΚΠ μειώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αυξάνεται σημαντικά τους τρεις πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, για να μειωθεί στη συνέχεια στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα
- Παρότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός προκαλούν μεταβολές στα ποσοστά υποτροπής, δεν παρουσιάζεται καμία επίδραση στη μακροπρόθεσμη πρόγνωση της ανικανότητας
- Ο θηλασμός δεν φαίνεται να έχει επιβλαβείς συνέπειες στην πορεία της νόσου

- Η ΣΚΠ δεν φαίνεται να επηρεάζει τις συνθήκες εγκυμοσύνης και τοκετού, καθώς και την υγεία του βρέφους
- Είναι σαφές ότι τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες με ΣΚΠ δεν πρέπει να αποθαρρύνονται να μείνουν έγκυες. Οι εξισορροπητικές επιδράσεις στο δείκτη υποτροπής στην κύηση με αυτόν της περιόδου μετά τον τοκετό και η ένδειξη ότι μπορεί να υπάρχει ευνοϊκή επίδραση της κύησης στην πορεία της ΣΚΠ, θα πρέπει να συζητηθούν με την ενδιαφερόμενη.³



3.6 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Μπορεί να προσδοκάται, τουλάχιστον η μερική αποκατάσταση από ένα οξύ επεισόδιο, αλλά είναι αδύνατο να προβλεφθεί πότε θα εμφανιστεί η επόμενη υποτροπή. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που τείνουν να καταδείξουν μια ευνοϊκότερη πρόγνωση περιλαμβάνουν το θήλυ φύλο, την έναρξη πριν από την ηλικία των 40 και τα πρωτοεμφανιζόμενα συμπτώματα με οπτικές ή σωματοαισθητικές, παραπυραμιδικές ή παρεγκεφαλιδικές δυσλειτουργίες. Αν και κάποιος βαθμός ανικανότητας είναι πιθανό να υπάρξει τελικά, περίπου οι μισοί από όλους τους ασθενείς είναι μόνο ήπια ή μερικώς με μη καλή λειτουργικότητα, 10 χρόνια μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.¹²

ΜΕΡΟΣ 2⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ

Η νευρολογική νοσηλευτική είναι ένας από τους πιο ενδιαφέροντες κλάδους της Νοσηλευτικής. Σ' αυτή σπουδαίο ρόλο παίζει η παρατηρητικότητα, αφού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών. Ο νοσηλευτής με τις σωστές του παρατηρήσεις, είναι πηγή πληροφοριών για διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα, αλλά και για διατύπωση νοσηλευτικών προβλημάτων.

Οι οργανικές βλάβες, πολλές φορές, δεν αποκαθίστανται πλήρως λειτουργικά. Έτσι, η αποκατάσταση των νευρολογικών αρρώστων είναι μια διεργασία που χρειάζεται καθοδήγηση, απασχόληση, φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγία επανεκπαίδευση και πολύ υπομονή.

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

Πολλές από τις διαγνωστικές εξετάσεις είναι επώδυνες και με επικίνδυνες επιπλοκές, για τον άρρωστο. Γι' αυτό, ο ρόλος του νοσηλευτή στην ετοιμασία του αρρώστου και στην πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών, είναι εξαιρετικής σημασίας.⁷

Γενική νοσηλευτική εκτίμηση

Ιστορικό υγείας

1. Παρόντα προβλήματα

- I. Εμφάνιση και διάρκεια
- II. Ποιότητα πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- III. Ένταση πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- IV. Παράγοντες που μειώνουν ή επιδεινώνουν τον πόνο
- V. Αποτελέσματα τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων
- VI. Προβλήματα και παράπονα που έχουν σχέση με αυτά

2. Παρελθούσες νόσοι

- I. Ιστορικό ανάπτυξης (τραύμα κατά τον τοκετό)
- II. Προηγούμενα νευρολογικά προβλήματα (πονοκέφαλος, ζάλη, σπασμοί, απώλεια συνείδησης)
- III. Αξιοσημείωτο τραύμα ή νόσος

3. Οικογενειακό ιστορικό (εκτίμηση τυχόν κληρονομικών ανωμαλιών)

4. Κοινωνικό ιστορικό

- I. Προσοχή σε κάθε μεταβολή συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις του αρρώστου
- II. Πώς επηρεάζει το πρόβλημα του αρρώστου την καθημερινή του ζωή

Διανοητική-ψυχική κατάσταση

1. Επίπεδο συνείδησης-βαθμός αντίδρασης στα ερεθίσματα

- I. Πλήρης αντίληψη του περιβάλλοντος
- II. Συγχυτικός
- III. Παραληρηματικός
- IV. Ληθαργικός
- V. Κωματώδης

2. Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά

- I. Τεταμένος
- II. Θλιμμένος
- III. Με ευεξία
- IV. Συνεργάσιμος
- V. Με απρεπή συμπεριφορά

3. Διανοητική λειτουργία

- I. Προσανατολισμός στο χώρο, χρόνο και πρόσωπα
- II. Δυνατότητα υπολογισμών
- III. Μνήμη πρόσφατων γεγονότων (ο άρρωστος να ανακαλέσει τρία γεγονότα μέσα στο χρόνο της εξέτασης)
- IV. Μνήμη μακρινών γεγονότων (ο άρρωστος να ανακαλέσει ιστορικά δεδομένα, όπως ονόματα προέδρων ή πρωθυπουργών)
- V. Κρίση και ικανότητα επίλυσης προβλήματος

4. Διεργασία σκέψης

- I. Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή έμμονες ιδέες
- II. Βαθμός επίγνωσης που αφορά τα προβλήματα και την κατάστασή του

5. Φλοιώδης αισθητική λειτουργία

- I. Ικανότητα αναγνώρισης των διάφορων ερεθισμάτων (οπτικά, ακουστικά, απτικά ερεθίσματα)
- II. Ικανότητα αναγνώρισης τμημάτων του σώματος και των μεταξύ τους σχέσεων

6. Φλοιώδης κινητική λειτουργία: Ικανότητα να εκτελεί πράξεις που χρειάζονται δεξιοτεχνία, όταν δεν υπάρχει παράλυση

7. Ομιλία

- I. Ακουστική αντίληψη: ικανότητα να αναγνωρίζει, να διατηρεί και να κατανοεί αυτό που ακούει
- II. Ακουστική έκφραση: ικανότητα να μιλά και να εκφράζει τις διεργασίες σκέψης του με λόγια

- III. Οπτική αντίληψη: ικανότητα να αναγνωρίζει, να διατηρεί και να κατανοεί το γραπτό λόγο
- IV. Γραπτή έκφραση: ικανότητα έκφρασης των σκέψεων γραπτά (όταν δεν υπάρχουν κινητικές διαταραχές)
- V. Χρήση χεριού (αριστερού και δεξιού)

Κρανιακά νεύρα

1. Οσφρητικό: δοκιμασία κάθε ρουθουνιού ξεχωριστά χρησιμοποιώντας γνωστές οσμές
2. Οπτικό
 - I. Οπτική οξύτητα
 - II. Οπτικά πεδία
 - III. Βυθοσκόπηση (κατάσταση οπτική θηλής και αγγειακή κατάσταση)
3. Κοινό κινητικό
 - I. Συστολή κόρης και προσαρμογή
 - II. Συμμετρία και κινήσεις βολβών
 - III. Νυσταγμός
 - IV. Βλεφαρόπτωση
4. Τροχλιακό: κινήσεις των βολβών
5. Τρίδυμο: αντανακλαστικό κερατοειδούς, δέρματος προσώπου, πρώτων 2/3 της γλώσσας και των δοντιών σε απτικά ερεθίσματα και κινητική ισχύς των μασητήρων μυών
6. Απαγωγό: κίνηση του βολβού προς τα έξω
7. Προσωπικό
 - I. Αισθητικό: απόκριση των πρώτων 2/3 της γλώσσας σε γευστικά ερεθίσματα
 - II. Κινητικό: συμμετρία του προσώπου σε έντονες εκφράσεις

8. Ακουστικό

- I. Ακοή : αμφοτερόπλευρη ακουστική οξύτητα σε ακουστικό ερέθισμα, συμμετρική απόκριση σε δονούμενο διαπασών, που τοποθετείται στη μέση του προσώπου (δοκιμασία Weber). Αν η αέρινη αγωγή είναι καλύτερη από την οστέινη. Έλεγχος με το διαπασών (δοκιμασία Rinne)
- II. Λειτουργία λαβυρινθικής ισορροπίας: νυσταγμός θέσης, θερμική δοκιμασία

9. Γλωσσοφαρυγγικό

- I. Αισθητικό: απόκριση του οπίσθιου 1/3 της γλώσσας σε ερεθίσματα γευστικά και απτικά
- II. Κινητικό: αντανακλαστικό κατάποσης

10. Πνευμονογαστρικό: συμμετρία κίνησης της μαλθακής υπερώας όταν προφέρει τη συλλαβή «χα»

11. Παραπληρωματικό: μυϊκή ισχύς και όγκος του τραπεζοειδούς και του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός. Κινήσεις ώμου, κεφαλής.

12. Υπογλώσσιο

- I. Βλάβη του ενός νεύρου: ατροφία εκείνου του ημίσεος, προβολή της γλώσσας, στροφή της προς την αδύνατη πλευρά
- II. Αμφοτερόπλευρη παράλυση: αδυναμία κίνησης της γλώσσας

Κινητική λειτουργία

Αξιολόγηση των μυϊκών ομάδων και των άνω και κάτω άκρων, αριστερά και δεξιά για: συμμετρία, ισχύ, τόνο και εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά

Αισθητική λειτουργία

Αξιολόγηση δερμοτομιών για απόκριση σε: πόνο (καρφίτσα ασφαλείας), ελαφρά αφή (βαμβάκι), θέση, δόνηση (διαπασών), θερμοκρασία

Λειτουργία παρεγκεφαλίδας

Αξιολόγηση ισορροπίας και συντονισμού: μάτι-χέρι (δοκιμασία δάχτυλου στη μύτη), γρήγορες εναλλασσόμενες κινήσεις χεριών-δαχτύλων, βάδιση στα δάχτυλα.⁷

Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας-παρέμβαση

1. Ακριβής αναγνώριση της απομυελωτικής εξεργασίας σε άρρωστο με συμπτώματα ή σημεία νευρολογικής δυσλειτουργίας

- Πλήρες ιστορικό του παρόντος προβλήματος και προηγούμενων επεισοδίων δυσλειτουργίας
- Εκτέλεση προσεκτικής νευρολογικής εξέτασης
- Πλήρης και σωστή αναγραφή των ευρημάτων
- Προβλήματα συγκινησιακής απόκρισης του αρρώστου
- Σύγκριση ευρημάτων με εκείνα των γιατρών
- Επανεκτίμηση, σε τακτικά διαστήματα, της νευρολογικής κατάστασης και σύγκρισή της με εκείνης της βασικής γραμμής.

2. Προστασία του αρρώστου από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση της νόσου. Αναγνώριση παραγόντων που έχουν τέτοιο αποτέλεσμα.

- Αύξηση της θερμοκρασίας με εμβάπτιση σε ζεστό νερό ή κατά τη διάρκεια ζεστού, υγρού καιρού
- Ενέσεις
- Κόπωση
- Παρεμπίπτουσες λοιμώξεις
- Ορμονικές μεταβολές

Παρέμβαση

• Χλιαρά ή κρύα μπάνια

- Αποφυγή ένεσης όταν δεν είναι τελείως απαραίτητη
- Ανάπτυξη προγράμματος με κανονική ανάπαυση και δραστηριότητα, με αύξηση των περιόδων ανάπαυσης κατά τα συμπτωματικά επεισόδια ή κατά τη διάρκεια άλλων νόσων

3. Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και ότι εμφανίζεται με κρίσεις, και διδασκαλία τρόπων αντιμετώπισης τους. Με την κάθε απώλεια μιας νέας λειτουργίας θα υπάρχει και το ερώτημα πόση από αυτή τη λειτουργία θα επανέλθει. Επομένως, κάθε απώλεια συνοδεύεται από μια διεργασία λύπης, στην οποία, παλιές και καινούριες αγωνίες έρχονται στην επιφάνεια και μπορεί, γι' αυτό, να συνοδεύεται από κατάθλιψη.

Παρέμβαση

- Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να απαντήσει με ακρίβεια στις ερωτήσεις του αρρώστου
- Παροχή ενθάρρυνσης στηριγμένης πάνω σε ρεαλιστικές βάσεις
- Παροχή ευκαιριών στον άρρωστο και της οικογένειά του να εκφράσουν τα συναισθήματά τους
- Βοήθεια του αρρώστου από το κράτος και τις κοινωνικές υπηρεσίες, για να εξασφαλίσει κατοικία και οικονομική ενίσχυση, ιατρική φροντίδα και εκπαιδευτική και επαγγελματική βοήθεια.

Η επίτευξη μιας καλής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου είναι ένα πολύπλοκο αλλά αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας. Με κάθε νέο επεισόδιο, ο άρρωστος πρέπει να αναπτύσσει νέα κατανόηση και προσαρμογή. Ένας από του λίγους σταθερούς παράγοντες στη ζωή του αρρώστου θα είναι μια αξιόπιστη πηγή της φροντίδας του.

4.Αγωγή αρρώστου με δυσκολία έγερσης από το κρεβάτι.

Παρέμβαση

- Εξασφάλιση μηχανικών μέσων για υποβοήθηση και διατήρηση της ικανότητας για έγερση
- Επιβεβαίωση ότι ο άρρωστος γνωρίζει και μπορεί να χρησιμοποιεί σωστά αυτά τα μέσα
- Ανάπτυξη θεραπευτικού σχήματος και δραστηριότητας, για διατήρηση του τόνου και της μάζας των μυών
- Εφαρμογή μασάζ για απαλλαγή από σπαστικότητα
- Σχεδιασμός για συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, με τους αρμόδιους από την κοινοτική νοσηλευτική

5. Αγωγή του αρρώστου με διαταραχές όρασης.

Η οπτική νευρίτιδα αποτελεί συχνή εκδήλωση στη ΣΚΠ

Παρέμβαση

- Χρησιμοποίηση στεροειδών και λήψη μέτρων για πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών
- Εξασφάλιση προστασίας από βλάβη οφειλόμενη σε διαταραχή της όρασης
- Εκτίμηση ανάγκης για αλλαγή δραστηριοτήτων, όπως η οδήγηση.

6. Αγωγή δυσλειτουργίας του εντέρου

Η βλάβη της σπονδυλικής στήλης μπορεί να διαταράξει την κανονική κένωση του εντέρου, προκαλώντας κατακράτηση κοπράνων ή απώλειες. Η κατάσταση επιδεινώνεται εξαιτίας ακινησίας.

Παρέμβαση

- Διαπαιδαγώγηση εντέρου
- Εξασφάλιση συμβουλών για δίαιτα και δραστηριότητα, που θα βοηθήσουν στην κανονική κένωση

- Η απώλεια είναι ταπεινωτική εμπειρία όπως και η ανάγκη βοήθειας για κένωση. Μεταχείριση του αρρώστου με λεπτότητα και ευκαιρίες για έκφραση των συναισθημάτων του.

7. Διατήρηση της καλύτερης δυνατής λειτουργίας της κύστης για αποφυγή ουρολοιμώξεων. Οι βλάβες στο νωτιαίο μυελό μπορεί να διαταράξουν τη φυσιολογική λειτουργία της κύστης προκαλώντας είτε κατακράτηση είτε απώλειες. Η ακινησία αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ουρολοιμώξεων.

Παρέμβαση

- Κατάρτιση, σε συνεργασία με τον άρρωστο, προγράμματος ούρησης
- Για λήψη ούρων για καλλιέργεια, χρησιμοποίηση «καθαρού δείγματος» ή αποστειρωμένου δείγματος κατευθείαν από τον καθετήρα
- Έγκαιρη θεραπεία και νέα καλλιέργεια ούρων μετά το πέρας της θεραπείας
- Καθετηριασμός τόσο συχνά όσο χρειάζεται
- Ενθάρρυνση για έκφραση συναισθημάτων

8. Αγωγή αρρώστου με αισθητικές διαταραχές. Παρακολούθηση για αυξημένη ή ελαττωμένη αίσθηση, ερεθισμάτων και για τυχόν εμπειρίες παραισθησιών, όπως το αίσθημα ηλιακού εγκαύματος, μυρμηκίασης. Η μειωμένη αίσθηση πόνου και θερμού καθιστούν τον άρρωστο επιρρεπή σε λοιμώξεις και κακώσεις δέρματος, τις οποίες ο ίδιος δεν αντιλαμβάνεται.

Παρέμβαση

- Διδασκαλία του αρρώστου για τη σπουδαιότητα αυτοεξέτασης και αναφοράς κάθε αλλαγής που διαπιστώνεται στο δέρμα του
- Εξασφάλιση τρόπου ελέγχου των περιοχών του σώματος που είναι δύσκολη η επισκόπησή τους
- Προστασία δέρματος με αλλαγή θέσης και έγκαιρη θεραπεία λοιμώξεων ή ερεθισμών

9. Αγωγή αρρώστου με διαταραχές λόγου και κατάποσης

Παρέμβαση

- Εξασφάλιση υπηρεσιών λογοθεραπευτή, για ενίσχυση μυών και βελτίωση δυσαρθρίας
- Παρακολούθηση για εισπνοή τεμαχιδίων τροφής εξαιτίας διαταραγμένης κατάποσης
- Είναι συχνά ευκολότερο για τους αρρώστους να καταπίνουν τροφές κρύες με έντονη γεύση

Αξιολόγηση

Αναμενόμενα αποτελέσματα. Ο άρρωστος:

- Δείχνει βελτιωμένη νευρολογική λειτουργία
- Αντιμετωπίζει τη δυσλειτουργία κύστης και εντέρου
- Διατηρεί ακέραιο δέρμα
- Παρουσιάζει ανεξαρτησία στην αυτοφροντίδα του
- Χρησιμοποιεί στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος

1.2 ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ, ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ Η ΣΚΠ

Αναφορικά με την έμφαση που δίνεται στη σωματική παθολογία που συνδέεται με τη ΣΚΠ, η αρχική μέριμνα είναι η αναζήτηση της θεραπείας μεμονωμένης εξασθένησης ή λειτουργικών προβλημάτων. Το μεγαλύτερο μέρος της επιστημονικής προσοχής στρέφεται στην επίτευξη θεραπειών μέσω μιας παράλληλης σχέσης ανάμεσα σε γιατρό ή νοσηλεύτη και ασθενή. Οι κοινωνικές προεκτάσεις είναι σημαντικές σε πολλούς τομείς της επιστημονικής διαχείρισης της κατάστασης.

Πρώτον, η ασθένεια συχνά εμφανίζεται σε μια περίοδο κρίσιμων αποφάσεων για τη ζωή όπως ο γάμος, η απόκτηση παιδιών, επέκταση εργασιών. Έτσι για τους νοσηλευτές και άλλους επιστημονικούς συμβούλους η κατανόηση και ο χειρισμός των σωματικών συνεπειών της ασθένειας θα μπλεχτεί με ανησυχίες των ασθενών και των οικογενειών τους για το μέλλον. Θα θελήσουν να μάθουν ή να προβλέψουν ή τουλάχιστον θα προσπαθήσουν να μαντέψουν τις συνέπειες της σωματικής τους κατάστασης για το μέλλον τους.

Δεύτερον, το μεγαλύτερο μέρος του χειρισμού της ΣΚΠ, όπως και η περισσότερη φροντίδα γενικά, θα συμβεί μέσα σε άτυπες και οικογενειακές καταστάσεις όπου η καθημερινή περιποίηση θα γίνεται από τα μέλη της οικογένειας. Οι επιστημονικές συμβουλές θα περνούν τόσο μέσα από τις αξίες, τάσεις και δραστηριότητες των μελών της οικογένειας όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς. Έτσι, η αποτελεσματικότητα και η επιτυχία των θεραπειών θα εξαρτάται εν μέρει από την εκτίμηση του κεντρικού ρόλου της οικογένειας στο χειρισμό της κατάστασης.

Ο Burnfield εξηγεί τη σημασία της συμμετοχής της οικογένειας στη ΣΚΠ λέγοντας: *Όταν κάποιος έχει ΣΚΠ όλη η οικογένεια έχει ΣΚΠ επίσης*. Αυτό σημαίνει ότι όλη η οικογένεια πρέπει να φτάσει στα πλαίσια της ΣΚΠ στις διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια, καθώς επίσης και στα συναισθήματα για τον ίδιο τους τον εαυτό. Όμως μπορεί να δημιουργηθεί θέμα

αρχικά γύρω από τα σωματικά χαρακτηριστικά και τις συνέπειες της ασθένειας και για το τι μπορεί να σημαίνει για το κάθε άτομο της οικογένειας και για την οικογένεια ολόκληρη.⁸

1.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ, ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΚΑΙ Η ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΣΚΠ

Όταν κάποιος ανακαλύπτει ότι πάσχει από ΣΚΠ δημιουργούνται πλήθος ερωτημάτων τόσο για το δικό του μέλλον όσο και της οικογένειας. Μερικά από τα ερωτήματα που σχετίζονται βασικά με τον εαυτό τους και την πρόγνωση είναι: Σε πόσο καιρό θα μπω σε αναπηρική καρέκλα; Έχω ήπια ή σοβαρή μορφή; Πόσο θα ζήσω;

Άλλα ερωτήματα σχετίζονται με τις σχέσεις τους με τους άλλους και ιδιαίτερα με τις συνέπειες που θα έχει στο παρόν ή στο μέλλον η ασθένεια στην οικογένειά τους. Μπορεί να το μεταδώσω; Πρέπει να παντρευτώ; Πρέπει να κάνω παιδιά; Θα έχουν και τα παιδιά μου ΣΚΠ; Τέτοιες απορίες μπορεί να έχουν και τα άλλα μέλη της οικογένειας. Οι γονείς μπορεί να αναρωτηθούν αν οι ίδιοι έφταιξαν κάπου, οι σύζυγοι αν η ασθένεια περάσει σε αυτούς, τα παιδιά αν την κληρονομήσουν από τους γονείς.

Τέτοιες εκφράσεις ανησυχίας είναι πιθανές ιδιαίτερα σε μια κατάσταση που έχει ανεξερεύνητα αίτια και αβέβαιη πρόγνωση. Η αναζήτηση απαντήσεων είναι δύσκολη, όταν οι γιατροί είναι τόσο πολυάσχολοι, ιδίως σε ένα νοσοκομειακό περιβάλλον, και οι ερωτήσεις τόσο τετριμμένες. Οι ασθενείς και οι οικογένειές τους μπορούν να ευεργετηθούν από τη συχνά πιο ξεκούραστη επαφή με άλλο επιστημονικό προσωπικό, όπως είναι οι νοσηλευτές για να θέσουν τις ερωτήσεις τους για μια διαφορετική και θεμελιώδη κατηγορία.⁸

1.4 Η ΣΚΠ ΚΑΙ ΤΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Αβεβαιότητα, ανησυχίες για το παρελθόν, παρόν και μέλλον και απογοήτευση με ένα υπό πτώση σώμα μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές της στάσης και της συμπεριφοράς. Οι οικογένειες μπορεί να ανταποκριθούν σε τέτοιες καταστάσεις με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Ένας τρόπος χειρισμού της αρχικά καταστρεπτικής κατάστασης για τον ασθενή και την οικογένειά του είναι να την απορρίψουν. Σκέψεις που συνδέονται με την ασθένεια ή τα συναφή συμπτώματα τη και τις συνέπειες μπορεί να είναι αρνητικές σε διαφορετικά επίπεδα με διαφορετικούς τρόπους. Μπορεί να είναι επειδή ο ασθενής θα απορριφθεί εντελώς από την οικογένεια. Αυτό μερικές φορές συμβαίνει με τη συναίνεση του ίδιου του ασθενή καθώς νιώθει ότι η οικογένεια μπορεί να συνεχίσει να ζει με λογικό τρόπο μόνο αν αυτή ξεχαστεί.

Μια λιγότερο ολοκληρωμένη απόρριψη μπορεί να παρατηρηθεί καθώς το άτομο με ΣΚΠ υιοθετεί στάσεις και συμπεριφορές με σημαντική απήχηση στους άλλους κατά την κοινωνική επαφή μαζί του. Ιδιαίτερα οι ασθενείς μπορεί να απορρίψουν πλευρές του εαυτού τους, όταν νιώθουν ότι αυτές οδηγούν σε μια προβληματικά εξάρτηση από τους άλλους π.χ. στα σημεία που φαίνεται ότι έχουν παραδοθεί στη ΣΚΠ. Αυτό μπορεί να κάνει τα άτομα να ψάχνουν απελπισμένα για ανεξαρτησία αλλά και ανίκανα να βρουν και να χρησιμοποιήσουν τη βοήθεια πραγματικά. Από την άλλη πλευρά μπορεί να χάσουν την αυτοπεποίθησή τους και να καταστούν ολοκληρωτικά εξαρτώμενοι από τους άλλους και να απορρίπτουν τα αρνητικά συναισθήματα που συνδέονται με την παροχή βοήθειας. Όπου υπάρχουν τέτοια είδη απόρριψης μπορεί ουσιαστικά να επηρεάσουν τη συμπεριφορά των άλλων, και άτυπα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και τυπικά ανάμεσα στους επιστημονικούς βοηθούς.

Υπάρχει μια βασική απόδειξη ότι πολλοί ασθενείς με ΣΚΠ υιοθέτησαν αυτό που μπορεί να χαρακτηριστεί προσέγγιση αντιμετώπισης και επιθετική

συμπεριφορά στην κατάστασή τους, περιγράφοντας τις ενέργειες τους σαν μάχη κατά της ΣΚΠ. Πράγματι, η προσωπική τους επιβίωση εκλαμβάνεται σαν παράγωγο αυτών των ενεργειών. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να μοιράζονται ή όχι τέτοιες δοξασίες και τη συναφή συμπεριφορά τους. Σε τέτοιες περιπτώσεις τα σωματικά αποτελέσματα της ασθένειας μπορεί να είναι λιγότερο δύσκολα για τη συμβίωση της οικογένειας μαζί τους απ' ό,τι οι διαχειριστικές τακτικές που αλλοιώνουν την προηγούμενη καθημερινή κατανόηση και τις προσδοκίες γύρω από τη στάση και τη συμπεριφορά. Μέρος των δυσκολιών που συναντούν οι οικογένειες είναι εάν θα υποχωρήσουν ή όχι στον ασθενή στην αντιμετώπιση άσχημης ή ασυνήθιστης συμπεριφοράς. Τέτοια συμπεριφορά μπορεί να δικαιολογηθεί με αναφορά στους υποτιθέμενους στόχους της π.χ. αναζήτηση του ελέγχου της κατάστασης ή αναφορικά με τα εξουθενωτικά αποτελέσματα της ασθένειας στην ικανότητα του ασθενή να προσαρμοστεί στους κανόνες της οικογενειακής ζωής. Μεγάλη έρευνα και ανάλυση έδειξε ότι στις μακροχρόνιες ασθένειες υπάρχει η τάση της εσωστρέφειας παρά της διευκόλυνσης στην αναγνώριση σχετικά με την προσοχή που πρέπει να δώσουν στο πρόβλημά τους.

Για κάποιες οικογένειες η συνεχής ενασχόληση με τον ασθενή και τα προβλήματα του μπορεί να υποτιμήσει τη σημαντικότητα των άλλων προβλημάτων της οικογένειας.

Σε μια τέτοια περίπτωση ο θυμός και η πικρία μπορεί να εκφραστούν από τα μέλη της οικογένειας σαν απόσυρση και μπορεί να εκφραστεί μια πικρία από τον ασθενή ότι οι απόψεις του και οι δυσκολίες του δε γίνονται κατανοητές.

Από την άλλη πλευρά μπορεί να υπάρχει σύγκρουση ανάμεσα στο να κάνουμε χάρες τον ασθενή με ΣΚΠ αλλά να μην είμαστε υπερπροστατευτικοί. Υπάρχει όμως ο κίνδυνος με μια τέτοια στάση να αφαιρέσουμε τον κεντρικό οικογενειακό ρόλο του ασθενή και να τον εξαιρέσουμε από τις οικογενειακές αποφάσεις. Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι ασθενείς με ΣΚΠ, μπορεί να θελήσουν ειδική μεταχείριση σε κάποια στιγμή και να εξαγριωθούν σε κάποια

άλλη αν αντιληφθούν ότι χαίρουν εντελώς διαφορετικής μεταχείρισης από τα άλλα μέλη της οικογένειας.

Κάποια νοητική ή μνημονική απώλεια δεν είναι ασυνήθιστη στην πορεία της ασθένειας. Όμως ο τρόπος με τον οποίο φαίνονται τέτοιες απώλειες είναι ποικίλος. Μπορεί να παρουσιαστεί έλλειψη της ικανότητας για συγκέντρωση. Δυσκολία συμμετοχής σε συζητήσεις που απαιτούν λογική άσκηση της σκέψης. Αμνησία σε διάφορες καθημερινές δραστηριότητες.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για αντιμετωπίσουμε αυτές τις νοητικές δυσκολίες από τη στιγμή που θα εμφανιστούν. Όμως η αναγνώρισή τους μπορεί όχι μόνο να είναι προβληματική δεδομένου ότι η απώλεια μπορεί να είναι σταδιακή και επαυξητική, αλλά και επειδή η αναγνώρισή τους είναι μια αναγνώριση των πτωτικών δυνάμεων και η εναλλακτική αίσθηση απώλειας αυτών των λειτουργιών μπορεί να ερμηνευτούν με τρόπους που φοβίζουν τόσο το άτομο που έχει τις δυσκολίες όσο και τα άτομα με τα οποία ζει.

Για μερικά άτομα τέτοια προβλήματα μπορεί να σημαίνουν απώλεια της ανεξαρτησίας ή να υποδηλώνουν έλλειψη αγάπης, προσοχής ή απώλεια του προηγούμενου ρόλου τους στην οικογένεια. Μπορεί να υποδηλώνει χαλάρωση της ικανότητας να εκφράζει τις επιθυμίες και ανησυχίες του και ιδίως πάνω από όλα απώλεια ελέγχου του εαυτού τους.

Ένα αποτέλεσμα της σταδιακής απώλειας αυτών των ικανοτήτων μπορεί να είναι η αυξημένη διάκριση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας σε σχέση με την αντίληψη των ικανοτήτων του ατόμου με ΣΚΠ και τη δική τους αντίληψη. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών απέδειξε ότι αυτό είναι συνηθισμένο πρόβλημα για τους ασθενείς αυτούς, να έχουν δηλαδή μια αυξημένη αντίληψη για τις ικανότητές τους. Αυτή η διαφοροποίηση από μόνη της είναι δυνατό να συνδέεται με συγκρούσεις. Μπορεί τελικά να καταλήξουμε στο σημείο που το άτομο με ΣΚΠ να είναι ανίκανο να πάρει συγκεκριμένες αποφάσεις. Μερικοί που έχουν χάσει μέρος της νοητικής τους ικανότητας είναι δυνατόν να νιώσουν ότι κάτι τους έχει κλαπεί. Μέλη της οικογένειας μπορεί να νιώσουν ότι η άρση

του δικαιώματος της λήψης αποφάσεων από ένα εξασθενημένο άτομο σημαίνει ότι του κλέβουν την ικανότητα αυτή καθώς και τις πρωτοβουλίες του. Είναι δύσκολο να βεβαιωθούμε για το αν οι πρωτοβουλίες του έχουν εξαφανιστεί σαν αποτέλεσμα βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα ή αν εμφανίζονται μόνο στην περίπτωση που κάποιο μέρος της οικογένειας έχει σφετεριστεί το δικαίωμα λήψης αποφάσεων και πρωτοβουλιών.⁸

1.5 ΣΥΖΥΓΟΙ ΚΑΙ ΣΥΝΤΡΟΦΟΙ

Η ΣΚΠ εμφανίζεται όταν η οικογένεια βρίσκεται στο στάδιο του σχηματισμού ή όταν οι σχέσεις ανάμεσα στους ενήλικες έχουν ήδη εδραιωθεί. Η σύμπτωση της ασθένειας με μια μεγάλη σειρά ανάπτυξης των σταδίων ζωής σημαίνει οπωσδήποτε ότι τα αποτελέσματά της και οι αντιλήψεις της φύσης τους συμπλέκονται με τις προσδοκίες αυτών των σχέσεων. Καθώς πολλές από αυτές τις σχέσεις στην πρώτη ενηλικίωση είναι πολύ εύθραυστες, ποτέ δεν είναι εύκολο να διακρίνουμε τα συγκεκριμένα αποτελέσματα της προστιθέμενης παρουσίας της ασθένειας από τα προβλήματα εκείνα που παρουσιάζονται ενδημικά σε όλες τις σχέσεις.¹⁶

Οι σχέσεις μέσα ή έξω από το γάμο έχουν οράματα και ελπίδες για το μέλλον κατά των οποίων η ένταση και τα προβλήματα που τίθενται από την ασθένεια πρέπει να τοποθετούνται. Οι σχέσεις μπορεί να διακοπούν, από τη στιγμή που θα γίνει γνωστή η διάγνωση της ΣΚΠ. Η αβεβαιότητα και τα πιθανά προβλήματα της ασθένειας μπορεί να προκαλέσουν διάσπαση της σχέσης στην οποία ένα μεγαλύτερο πρόβλημα έχει ήδη δημιουργηθεί. Αντίθετα, υπάρχουν σχέσεις που όχι μόνο επιβιώνουν αλλά και ανθίζουν με την παρουσία της ασθένειας που φαίνεται να ενοποιεί τη συντροφικότητα. Πράγματι, υπάρχουν άτομα που έρχονται πιο κοντά εξαιτίας της παρουσίας της ασθένειας. Όπως τα περισσότερα γεγονότα που εμφανίζονται στη ζωή μας, μπορεί να κατανοηθεί και να αντιμετωπιστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους.

Ούτε η συνέχιση της σχέσης με έναν ασθενή με ΣΚΠ σημαίνει πως είναι κάτι που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Εγείρονται φυσικά σημαντικά ερωτηματικά για την εργασία και την καριέρα, για την απόκτηση και την ανατροφή των παιδιών, για τη φύση της σχέσης στο μέλλον όταν θα παρουσιαστεί σοβαρότερη μορφή αναπηρίας.

Οι περισσότερες σχέσεις θα επιβιώσουν στο ξεκίνημα της ΣΚΠ, αλλά είναι δυνατόν να καταστραφούν στην πορεία. Μερικές οικογένειες λειτουργούν με δεδομένο ότι πρέπει ο ένας σύντροφος να βρίσκεται υπό την εποπτεία του άλλου. Όπου συμβαίνει αυτό είναι σχεδόν απίθανο να μπορούν να φροντίζουν ο ένας τον άλλο χωρίς σημαντική τριβή, και μπορεί ακόμα και να ζούνε χώρια αλλά να συνεχίζουν την επαφή από απόσταση. Έτσι δε μπορεί να θεωρηθεί ότι όλοι οι σύντροφοι θέλουν το καλύτερο ο ένας για τον άλλο. Εγωισμός, αμέλεια και άσχημη συμπεριφορά μπορεί να φανούν και από τις δυο πλευρές. Ένας κίνδυνος του νοσηλευτή είναι να παρασυρθεί σαν θιασώτης αυτής της κατάστασης. Αυτό θα πρέπει να το αποφύγουν προσπαθώντας να καταλάβουν πως θα ερμηνεύσουν και θα ενεργήσουν αποτελεσματικά σε μια τέτοια κατάσταση.^{8,16}

Η απογοήτευση του να υπάρχει ΣΚΠ σε μια σχέση μπορεί να οδηγήσει μαζί με άλλους παράγοντες, στην απειλή ή στην πραγματική χρήση της σωματικής βίας. Πολλά από αυτά τα περιστατικά μπορεί να μην φαίνονται σοβαρά στα άμεσα αποτελέσματά τους. Όμως είναι ενδεικτικά μιας σοβαρής δυσφορίας στη σχέση. Είτε από το φόβο της δραματικής τροπής που μπορεί να πάρει το γεγονός, είτε από τη σιγουριά ότι το συμβάν δεν θα τύχει ιδιαίτερης προσοχής. Από την πλευρά του νοσηλευτή μπορεί να χρειάζεται θάρρος για την εξερεύνηση αυτής της περιοχής και η γνώμη του ειδικού μπορεί να απαιτείται. Στην κρυφή ατζέντα της οικογενειακής ζωής που μπορεί να εκτεθεί μέσα από την επιστημονική επαφή πρέπει να βεβαιωθούν τέτοια συμβάντα, πάντα με τη βοήθεια συναδέλφων και βοηθών.

Οι ενδείξεις λένε ότι μια σειρά σχέσεων ανάμεσα στα άτομα με ΣΚΠ, τους γάμους τους και τη συντροφικότητα τους, είναι τόσο σύνθετη και πολυπρόσωπη όσο και αυτή ανάμεσα σε άτομα χωρίς την ασθένεια.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΣΥΜΒΙΩΝΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ

Με δεδομένο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει μια προοδευτική, αλλά μάλλον αβέβαιη μορφή, δικαιολογεί απόλυτα την αβεβαιότητα που περιβάλλει τον πάσχοντα.

Είναι δύσκολο, αλλά σίγουρα εφικτό, να κατανοηθεί πλήρως ότι η έννοια της αβεβαιότητας δεν σημαίνει απόλυτα ότι το μέλλον θα είναι απελπιστικά δύσκολο. Υπάρχουν πάρα πολλά που μπορεί να κάνει κανείς αν κατορθώσει να απεγκλωβιστεί από το παρελθόν και τις οποιεσδήποτε κρίσεις που τον είχαν ταλαιπωρήσει και να εστιάσει όλη του την προσπάθεια στο παρόν και μόνο.

Ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός στο να δώσει τη δυνατότητα στον ασθενή της χωρίς συναισθήματα ενοχής, απογοήτευσης ή θλίψης. Η ψύχραιμη αντιμετώπιση και κατανόηση των συμπτωμάτων της πάθησης θα αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη όλου του προγράμματος της φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης. Η θετική προσέγγιση να εντοπίσει τα θετικά σημεία και η προσπάθεια, που θα αναπτυχθεί με μέθοδο και υπομονή, θα δώσει τη δυνατότητα στην καλύτερη λειτουργική αποκατάσταση. Η ξεκάθαρη επιλογή των δυνατοτήτων του ασθενή για βελτίωση της κατάστασης και ο εντοπισμός των εφικτών στόχων θα δώσουν τη δυνατότητα για ποιοτική αναβάθμιση της ζωής του.

Η συμβίωση με την πάθηση είναι απόλυτα εφικτή φτάνει μόνο να απομακρυνθούν οι οποιεσδήποτε δυσάρεστες σκέψεις και να εστιάσει το ενδιαφέρον στην καλλιέργεια της ευχάριστης πλευράς της ζωής.⁹

2.2 ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΗ ΣΚΠ

Στη σκλήρυνση κατά πλάκας η κόπωση είναι διαφορετική διότι εμπλέκεται το νευρικό σύστημα. Η προσβολή των κινητικών οδών δίνει αδυναμία, αίσθημα βάρους στους μυς και τρέμουλο ενώ η προσβολή στα αισθητήρια νεύρα δίνει προβλήματα στην όραση, την ακοή, τη γεύση ή την όσφρηση.⁹

Η δυσκολία να διαγνωστεί η κόπωση οφείλεται στο γεγονός ότι δε ρωτάμε τον ασθενή συγκεκριμένα για το σύμπτωμα. Οι περισσότεροι ασθενείς έχουν αποδεχτεί την κόπωση που αισθάνονται ως αναπόφευκτο σύμπτωμα της νόσου και την έχουν αποδεχτεί. Άλλοι πάλι προβάλλουν άλλα συμπτώματα ως πρωτεύοντα και αδιαφορούν για την κόπωση που αισθάνονται χωρίς να συνειδητοποιούν ότι η κόπωση επιδεινώνει τα συμπτώματα.¹⁰

Κόπωση μπορεί να παραχθεί ακόμα και μετά από ένα βαρύ φαγητό, μετά από κάπνισμα ή από υψηλή θερμοκρασία ή μετά από ένα ζεστό μπάνιο. Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου έντονης κόπωσης, μπορούν να επιστρέψουν κάποια παλιά συμπτώματα που πιθανόν να μας παραπλανήσουν ότι πρόκειται για μια καινούρια κρίση. Με ξεκούραση όμως υποχωρούν.

Η κόπωση είναι δυνατόν να επηρεάσει ακόμα και τις σχέσεις ανάμεσα στα ζευγάρια διότι πιθανόν να παρερμηνευτεί και να θεωρηθεί ως αιτία αποφυγής κάποιας εργασίας και κατ' επέκταση επιβάρυνσης του συντρόφου. Θεωρείται από τα πιο αγχώδη συμπτώματα, που αποτελεί την αιτία σε ένα σωρό άλλες περιπτώσεις όπως ψυχολογικές επιβαρύνσεις. Σε αντίθεση με τα εμφανή συμπτώματα όπως είναι το τρέμουλο, η κόπωση καταγράφεται στα αφανή συμπτώματα.⁹

Το σημαντικότερο σημείο της διερεύνησης της κόπωσης είναι η σωστή λήψη του ιστορικού του ασθενούς. Η πρώτη σκέψη του γιατρού και του νοσηλευτή πρέπει να κατευθυνθεί στην αναζήτηση σημείων πιθανής κλινικής επιδείνωσης της νόσου. Στη συνέχεια διερευνάται η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που επιδεινώνουν την κόπωση όπως β-αναστολείς, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, μυοχαλαρωτικά ή ανοσοκατασταλτικά. Ο ασθενής πρέπει να

αναφέρει επίσης άλλα πιθανά συμπτώματα που επιδεινώνουν ή και προκαλούν κόπωση όπως είναι ο πόνος, η διαταραχή του ύπνου και συμπτώματα κατάθλιψης. Ο πόνος είναι ένα ισχυρό σύμπτωμα που μπορεί να μετατρέψει μια ήπια κόπωση σε ιδιαίτερα σοβαρή ενόχληση, ενώ για τη διερεύνηση της κατάθλιψης όταν υπάρχει συμβατή συμπτωματολογία θα ήταν σκόπιμη και η ψυχιατρική παρέμβαση. Μετά τη λήψη του ιστορικού ακολουθεί η λεπτομερής κλινική εξέταση, με την οποία ο θεράπων γιατρός ελέγχει πιθανά νευρολογικά ελλείμματα, καθώς και ένας πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος με σκοπό τον αποκλεισμό συνυπαρχουσών διαταραχών που προκαλούν αίσθημα κόπωσης (αναιμία, θυρεοειδική δυσλειτουργία κλπ).¹⁰

Ψυχολογικά μπορεί να επιβαρυνθεί ο ασθενής, γιατί είναι δύσκολο, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της πάθησης, να γίνει πιστευτός για το επίπεδο της κόπωσης και μπορεί να θεωρηθεί ακόμη και υποχονδριακός. Επιπλέον, μπορεί η πάθηση να μην έχει δώσει ακόμη άλλα συμπτώματα πέραν της εύκολης κόπωσης και της διπλωπίας και κατά συνέπεια μπορεί ήδη να μην έχει διαγνωστεί.

Ο χρόνος ανάπαυσης μετά από μια κρίση είναι αρκετά μεγάλος ώστε να έχουμε πλήρη αποκατάσταση. Για το λόγο αυτό πρέπει να υπάρχει πλήρης κατανόηση από το σύντροφο και την οικογένεια και να γίνεται προσπάθεια επισήμανσης των παραγόντων που προκαλούν την κόπωση ώστε να αποφεύγονται. Γενικά θα λέγαμε ότι το σώμα είναι ξεκούραστο τις πρωινές ώρες και έχει μεγαλύτερη ευκολία στο να καταβάλλει μυϊκό έργο σε σχέση με τις απογευματινές ώρες, που η δραστηριότητες της ημέρας δικαιολογούν την εύκολη κόπωση.⁹

Η αντιμετώπιση της κόπωσης πρέπει να ξεκινήσει από μη φαρμακευτικά μέτρα όπως διακοπή καπνίσματος, ελάττωση κατανάλωσης καφέ και διακοπή πιθανής χρήσης αλκοόλ καθώς επίσης αλλαγή στον τρόπο ζωής και αύξηση της άσκησης.

Οι ασθενείς δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν «εύθραυστοι», αντίθετα πρέπει να ενθαρρύνονται να συνεχίσουν την καθημερινή τους δραστηριότητα. Διαπιστώνουν έτσι ότι όσο προσπαθούν και δοκιμάζουν μια συγκεκριμένη δραστηριότητα γίνεται πιο εύκολη, γεγονός που βοηθάει στην άνοδο του ηθικού και στην αίσθηση ότι αποκτούν έλεγχο της κατάστασής τους.

Προσοχή όμως, η υπερκόπωση μπορεί να οδηγήσει σε αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι ενεργητικοί και απασχολημένοι καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας όσο γίνεται περισσότερο, να μην κοιμούνται πάρα πολύ αλλά να προγραμματίζουν περιόδους ξεκούρασης κατά τη διάρκεια της ημέρας. Όταν όμως χρειάζεται ανάπαυση να προτιμάται η καρέκλα και όχι η κατάκλιση στο κρεβάτι, εφόσον είναι δυνατό.

Για να βοηθηθούν οι ασθενείς να ξεπεράσουν την κόπωση, να αυξήσουν την ενεργητικότητά τους και να μειώσουν την υπερβολή προτείνεται:

- i. Να κοιμούνται κανονικές ώρες και να αποφεύγουν το ξενύχτι μέχρι αργά τη νύχτα
- ii. Να προγραμματίζουν ημερήσιες ή εβδομαδιαίες δραστηριότητες
- iii. Να αναγνωρίζουν τα όρια τους που μπορεί να διαφέρουν από μέρα σε μέρα και να έχουν ελαστικότητα στο πρόγραμμά τους ώστε να μπορεί να διαμορφωθεί ανάλογα
- iv. Ήρεμη δραστηριότητα, σταδιακή, με περιόδους ανάπαυσης όταν υπάρχει παρατεταμένη δραστηριότητα. Μια ιδιαίτερα δύσκολη δραστηριότητα θα πρέπει να γίνεται τμηματικά ή να ζητείται η βοήθεια κάποιου άλλου.

Πρέπει να οριστούν προτεραιότητες για δραστηριότητες που πρέπει να πραγματοποιούνται ενώ άλλες να ακυρώνονται ή να αναβάλλονται.¹⁰

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στο πρόγραμμα των ασκήσεων, γιατί πολλές φορές ο ασθενής θεωρεί ότι όσο περισσότερα κάνει τόσο καλύτερα είναι. Αυτή είναι μια λάθος σκέψη και θα πρέπει να κατανοηθεί πλήρως η θεραπευτική αξία

του διαλείμματος το οποίο πρέπει να επαναλαμβάνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα βάσει συγκεκριμένου προγράμματος και να μην θεωρείται περιττή έννοια ή χάσιμο χρόνου.

Μακροπρόθεσμα, η έννοια της ξεκούρασης και η εφαρμογή της, ακόμα και αν θεωρείται περιττή ή υπερβολική από το περιβάλλον, είναι μεγάλης θεραπευτικής αξίας.⁹

2.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΚΠ

Συχνά η παρατεταμένη θλίψη οδηγεί στην κατάθλιψη. Ένα σύμπτωμα που επιβαρύνει την όλη κατάσταση και θέτει όχι μόνο τον ασθενή, αλλά και όλη του την οικογένεια κάτω από ένα επιπλέον επιβαρυντικό πρίσμα που δημιουργεί μια διάχυτη μελαγχολία και συχνά μια έντονη απογοήτευση.

Το σύμπτωμα της θλίψης, η τάση για διαρκή απομόνωση, η αδιαφορία για τα πάντα όσο σημαντικά ή ασήμαντα είναι πρέπει να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς αντίδρασης της οικογένειας διότι συχνά, είναι από τα πρώτα ενδεικτικά σημάδια μιας ακολουθούμενης καταθλιπτικής συμπεριφοράς.

Σε συνθήκες κατάθλιψης, ο ασθενής αδυνατεί να συμμετάσχει σε οποιαδήποτε ενεργητική διαδικασία και περιορίζεται απλά στο να γίνεται παθητικός δέκτης και αδιάφορος παρατηρητής εστιάζοντας το βλέμμα του συχνά, επίμονα σε ένα ορισμένο αδιάφορα σημείο. Η οικογένεια θα πρέπει να εντοπίσει έγκαιρα την αδυναμία αντίδρασης του ανθρώπου της έτσι ώστε πριν επιδεινωθεί η κατάσταση, να βοηθηθεί επιπλέον ο ασθενής σε συνεργασία με το θεράποντα είτε με ψυχολογική υποστήριξη είτε με ψυχοφάρμακα ή και με συνδυασμό και των δυο σαν θεραπευτική αγωγή.

Φυσικά δεν σημαίνει ότι κάθε περίοδος άγχους ή στεναχώριας ή και θλίψης ακόμα, θα οδηγήσουν στην κατάθλιψη γιατί ακόμα και τα αρνητικά συναισθήματα θεωρούνται φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια σοβαρή κατάσταση υγείας. Η ψύχραιμη παρατήρηση των αντιδράσεων και της γενικότερης συμπεριφοράς του ασθενή, πρέπει να είναι πιο ευαίσθητοποιημένη για να

παρέχεται η δυνατότητα έγκαιρης βοήθειας ώστε να απομονώνεται αυτό το σύμπτωμα με τις λιγότερο δυνατές συνέπειες.

Η επαφή με φίλους και συγγενείς, οι συζητήσεις, μια μικρή βόλτα, η αλλαγή περιβάλλοντος, θα συμβάλλουν ώστε να επαναδραστηριοποιηθούν οι ψυχολογικές αντιδράσεις που επηρεάζονται θετικά και να κατανοηθεί πλήρως ότι και η κατάθλιψη είναι ένα σύμπτωμα που ταλαιπωρεί αρκετά, και γι' αυτό πρέπει να εντοπιστεί και να αντιμετωπιστεί στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα.⁹

2.4 ΑΜΝΗΣΙΑ ΣΤΗ ΣΚΠ

Άλλο ένα βασανιστικό σύμπτωμα, σπάνιο όμως, το οποίο αποδιοργανώνει το ρυθμό της ζωής του ασθενή και γίνεται αφορμή για παρεξηγήσεις που επηρεάζουν τις σχέσεις με τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του, είναι η αμνησία και η γενικότερη διανοητική έκπτωση που παρατηρείται ιδίως στα τελικά στάδια.

Και αυτό καταγράφεται στα αφανή συμπτώματα και μας παραξενεύει ότι ενώ μπορούμε να θυμηθούμε συγκεκριμένα γεγονότα από το βαθύ παρελθόν δυσκολευόμαστε να θυμηθούμε πρόσφατα συμβάντα των προηγούμενων ημερών. Μέχρι να συνειδητοποιηθεί ότι και αυτό είναι ένα σύμπτωμα της πάθησης και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται θα πρέπει να φροντίζουμε να κατανοούμε τις οποιεσδήποτε περίεργες συμπεριφορές του ασθενή, ο οποίος πιθανόν να έχει αναλάβει τη διεκπεραίωση κάποιας σοβαρής υπόθεσης αλλά να μην κάνει τίποτα κι εμείς να νομίζουμε ότι αδιαφορεί. Οι κρίσεις αμνησίας επιτείνονται όταν ο ασθενής είναι κουρασμένος ή όταν αισθάνεται επιβαρυνμένος ψυχολογικά.

Μια σειρά από τακτικές υπενθύμισης όπως αναλυτική καταγραφή των υποχρεώσεων σε ειδικό για το σκοπό αυτό ημερολόγιο ή ηχητική υπενθύμιση από φορητό κασετόφωνο προορισμένο για το σκοπό αυτό θα βοηθήσουν στη διαδικασία της μνήμης και θα αποτελέσουν χρήσιμο εφόδιο στον ασθενή. Με

υπομονή, χωρίς βιασύνες και με υγιή διάλογο θα λυθούν όλα τα προβλήματα και οι εντάσεις που δημιουργούνται εξαιτίας της αμνησίας.⁹

2.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ο φόβος της τυχόν επιδείνωσης, με όλα τα επακόλουθα, που την περιβάλλουν κατακυριεύει τον ασθενή. Η ψυχολογική επιβάρυνση επηρεάζει την προσωπικότητά του και την εν γένει συμπεριφορά του.

Οι αρνητικές σκέψεις επηρεάζουν κάθε προσπάθεια και θεωρεί ότι τα πράγματα θα δυσκολέψουν για αυτόν και την οικογένειά του. Χρειάζεται πλήρη κατανόηση και συμπαράσταση διότι και αυτή η δύσκολη κατάσταση δεν είναι παρά μόνο ένα σύμπτωμα και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται. Η έλλειψη νέων ενδιαφερόντων και η αδιαφορία του για κοινωνικές και φιλικές συναναστροφές επιτείνουν την κατάσταση, με αποτέλεσμα να κλείνεται πιο πολύ στον εαυτό του.

Θα πρέπει να υπάρχει κατανόηση των υπερβολικών αντιδράσεων και να ενημερώνεται ο θεράπων γιατρός. Μια πιθανή σύσταση σε ψυχολόγο για ψυχολογική υποστήριξη ή ακόμα σε ψυχίατρο να μην θεωρείται υπερβολή ούτε να παρεξηγείται. Ο ειδικός θα βοηθήσει στο να επέλθει η τόσο αναγκαία ψυχική ισορροπία η οποία αν δεν επανέλθει, θα δημιουργήσει σίγουρα μεγαλύτερα προβλήματα.⁹

2.6 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΥΦΙΖΟΥΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η σπαστικότητα είναι το σφίξιμο των μυών, εξαιτίας του αυξημένου μυϊκού τόνου. Ο μυϊκός τόνος αυξάνεται συχνά, όταν οι μύες τεντώνονται ή κινούνται γρήγορα. Η άσκηση είναι ζωτικής σημασίας στη διαχείριση της σπαστικότητας.

Οι παρακάτω συμβουλές μπορεί να αποδειχτούν χρήσιμες:

- ✓ Αποφεύγετε θέσεις που χειροτερεύουν τη σπαστικότητα
- ✓ Ασκήσεις που βοηθάνε είναι αυτές που τεντώνουν τους μύες αργά-αργά σε όλο το εύρος τους

- ✓ Πρέπει να ξέρετε ότι η κίνηση, ενός μύος με σπαστικότητα, σε μια καινούρια θέση μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της σπαστικότητας. Εάν συμβεί αυτό, αφήστε για λίγα λεπτά τους μύες να ηρεμήσουν
- ✓ Όταν ασκήσετε, προσπαθήστε να έχετε το κεφάλι σας σε ίσια θέση χωρίς να γέρνει προς τη μια πλευρά
- ✓ Αν χρησιμοποιείτε φάρμακα για τη σπαστικότητα, ξεκινήστε τις ασκήσεις περίπου μια ώρα αφού πάρετε το φάρμακο
- ✓ Η δοσολογία του φαρμάκου πρέπει να ελέγχεται συχνά, καθώς ο βαθμός της σπαστικότητας αλλάζει
- ✓ Σημαντικές αλλαγές στη σπαστικότητα μπορεί να εμφανιστούν με την παρουσία μιας μόλυνσης, εκδοράς στο δέρμα ή ακόμα από στενά παπούτσια και ρούχα

Σπαστικότητα καμπτήρων μυών

Χαρακτηριστικά

Η σπαστικότητα των καμπτήρων μυών είναι συχνή στα άτομα με ΣΚΠ. Τα ισχία και τα γόνατα είναι λυγισμένα (σε κάμψη) με στροφή των ισχύων προς τα μέσα. Σπανιότερα τα ισχία και τα γόνατα είναι στραμμένα προς τα έξω, τα γόνατα είναι λυγισμένα και τα πόδια έχουν την τάση να δείχνουν προς τα κάτω.

Σπαστικότητα εκτεινόντων μυών

Χαρακτηριστικά

Η σπαστικότητα των καμπτήρων μυών είναι σπανιότερη στα άτομα με ΣΚΠ. Τα ισχία και τα γόνατα είναι τεντωμένα, τα πέλματα πολύ κοντά το ένα στο άλλο ή σταυρωτά με τις πατούσες προς τα κάτω.

Θέσεις σώματος που ανακουφίζουν τη σπαστικότητα

Θέση 1

Ξαπλώστε μπρούμυτα. Αυτή είναι μια πάρα πολύ καλή θέση όταν υπάρχει σπαστικότητα των καμπτήρων μυών του ισχίου και των γονάτων. Να θυμάστε ότι οι μύες χρειάζονται μερικά λεπτά μέχρι να ηρεμήσουν και να χαλαρώσουν στην καινούρια θέση.

Θέση 2

Ξαπλώστε ανάσκελα ή στο πλάι. Αν τα γόνατά σας έχουν την τάση να γυρίζουν προς τα μέσα, δοκιμάστε να τοποθετήσετε ανάμεσά τους ένα μαξιλάρι ή πετσέτα τυλιγμένη ρολό. Μην ξεχνάτε και πάλι ότι οι μύες χρειάζονται μερικά λεπτά μέχρι να προσαρμοστούν και να ηρεμήσουν στην καινούρια θέση. Τα μαξιλάρια πίσω από τα γόνατα (στην κλείδωση), ενισχύουν τη σπαστικότητα των καμπτήρων και πρέπει να αποφεύγονται.

Θέση 3

Ξαπλώστε στο πλάι. Αυτή είναι μια πάρα πολύ καλή θέση αν τα ισχία και τα γόνατά σας παρουσιάζουν σπαστικότητα των εκτεινόντων μυών. Λυγίστε το γόνατο του ποδιού που βρίσκεται από πάνω και ισιώστε το γόνατο του κάτω ποδιού. Μπορείτε επίσης να βάλετε ένα μαξιλάρι ή μια πετσέτα, τυλιγμένη σε ρολό, ανάμεσα στα πόδια σας.

Θέση 4

Ξαπλώστε ανάσκελα, αν τα ισχία σας και τα γόνατα, λόγω σπαστικότητας, έχουν την τάση να παίρνουν μια θέση *βατράχου*, βάλτε ένα μαξιλάρι ή μια πετσέτα τυλιγμένη σε ρολό στο ισχύο σας. Η λεκάνη και το γόνατο πρέπει να είναι στην ίδια ευθεία και τα γόνατα να κοιτάζουν προς το ταβάνι.

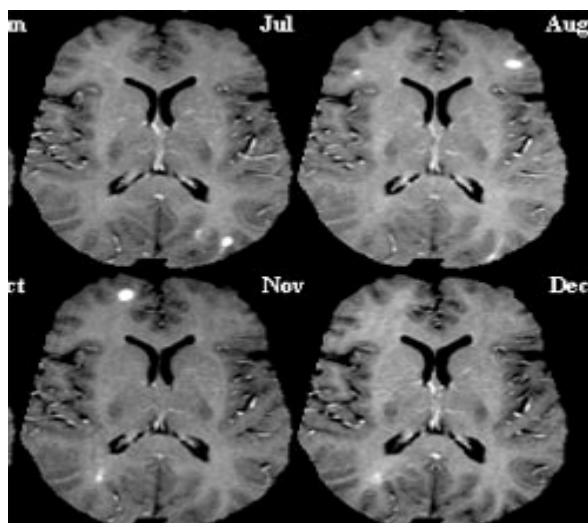
Θέση 5

Αν οι αστράγαλοι και τα πέλματα είναι γυρισμένα σε θέση προς τα κάτω, προσπαθήστε να στρέψετε τους αστραγάλους έτσι ώστε τα δάχτυλα των ποδιών να κοιτάζουν προς το ταβάνι δηλαδή σε μια πιο φυσική θέση. Ο ευκολότερος τρόπος για να το πετύχετε αυτό, είναι να ακουμπήσετε τα πέλματά σας στο κάτω μέρος του κρεβατιού. Σπρώξτε το στρώμα προς τα επάνω και τοποθετήστε ένα μικρό κορδόνι ανάμεσα στο στρώμα και στο κάτω μέρος το κρεβατιού για να μπορούν να χωρέσουν στο κενό οι φτέρνες. Αν το κρεβάτι σας δεν έχει αυτή τη δυνατότητα μπορείτε να φτιάξετε κάτι παρόμοιο. Μπορείτε ακόμα να ζητήσετε από το γιατρό σας νάρθηκες ποδοκνημικής.

Θέση 6

Αν οι αγκώνες σας τείνουν να λυγίζουν και οι ώμοι σας παραμένουν κοντά στο σώμα, προσπαθήστε, όταν ξαπλώνετε στο πλάι, να κρατάτε τα χέρια σας κατά μήκος του σώματος και να τα βάζετε πάνω σε ένα μαξιλάρι, έτσι που οι παλάμες να δείχνουν προς τα κάτω.¹¹

ΜΕΡΟΣ 3⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

1.1 1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η ασθενής Λ.Μ. που πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας, εισήλθε στη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 17/05/2010. Η ασθενής είναι 36 ετών και πάσχει από τη νόσο εδώ και 7 χρόνια. Κατά την εισαγωγή της στην κλινική πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού και οπτικά πεδία. Επίσης ουροδυναμική μελέτη και αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.

Ανευρέθηκαν λοιπόν τα εξής συμπτώματα: διπλωπία, ακράτεια ούρων, αιφνίδια πληγία των κάτω άκρων και ανορεξία.

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ιδιωπία	Επαναφορά της όρασης σε φυσιολογικά επίπεδα	<ul style="list-style-type: none"> Ø Αξιολόγηση της οπτικής ικανότητας Ø Οφθαλμολογική εκτίμηση από οφθαλμίατρο Ø Νευρολογική εκτίμηση από νευρολόγο Ø Καταγραφή των ευρημάτων Ø Λήψη προφυλακτικών μέτρων για την προστασία της σωματικής ακεραιότητας της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> ● Έγινε αξιολόγηση της οπτικής ικανότητας της ασθενούς ● Πραγματοποιήθηκε οφθαλμολογική και νευρολογική εξέταση ● Έγινε καταγραφή των ευρημάτων ● Τοποθετήθηκαν κάγκελα στο κρεβάτι της ασθενούς για την αποφυγή πτώσης της ● Έγινε ενδοφλέβια έναρξη φαρμάκων ύστερα από ιατρική εντολή ● Βοήθεια της ασθενούς στις μετακινήσεις της 	Ύστερα από την έναρξη των φαρμάκων και την προφύλαξη της ασθενούς από τραυματισμούς λόγω ελλιπής όρασης, η κατάστασή της βελτιώθηκε

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2 Ακράτεια ούρων	Επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως	<ul style="list-style-type: none"> Ø Λήψη μέτρων για την αποφυγή ουρολοίμωξης Ø Δημιουργία προγράμματος ούρησης και διδασκαλία της ασθενούς Ø Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως με αυστηρά άσηπτη τεχνική Ø Λήψη μέτρων για την πρόληψη και αποφυγή κατάκλισης 	<ul style="list-style-type: none"> § Έγινε τοπική καθαριότητα § Έγινε εφαρμογή προγράμματος ούρησης και διδασκαλία της ασθενούς για τη σπουδαιότητα της περιοχής § Τοποθετήθηκε καθετήρας folley με αυστηρά άσηπτη τεχνική § Έγινε αλλαγή ιματισμού για την αποφυγή κατακλίσεων 	Με τη λήψη των παραπάνω μέτρων επανακτάται η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστεως και προλαμβάνονται οι επιπλοκές που προκαλεί η κακή λειτουργία της κύστης

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Αιφνίδια πληγία των κάτω άκρων	Βελτίωση της κινητικότητας των κάτω άκρων	<ul style="list-style-type: none"> Ø Λήψη μέτρων για την αποφυγή τραυματισμού Ø Έναρξη φυσιοθεραπείας Ø Λήψη μέτρων για τη μείωση πόνου Ø Διδασκαλία της ασθενούς για την προαγωγή της κινητικότητας 	<ul style="list-style-type: none"> § Συχνή παρακολούθηση της ασθενούς και βοήθεια στις μετακινήσεις της για την αποφυγή πτώσης § Έναρξη φυσιοθεραπείας § Επίδειξη των ενεργητικών και παθητικών ασκήσεων τις ασθενούς και διδασκαλία της για συχνή εκτέλεση των ασκήσεων § Χορήγηση αναλγητικών ύστερα από ιατρική εντολή για τη μείωση του πόνου κατά την εκτέλεση των ασκήσεων 	Μετά τη λήψη των παραπάνω μέτρων η ασθενής εκτελεί τις ασκήσεις και βελτιώνεται η κινητικότητά της

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
4. Ανορεξία	Επαναφορά της όρεξης της ασθενούς για τροφή και αποφυγή προβλημάτων λόγω αδυναμίας και καχεξίας	<ul style="list-style-type: none"> Ø Σχεδιασμός κατάλληλου διαιτολογίου Ø Αιματολογικός έλεγχος Ø Έλεγχος ηλεκτρολυτών και ισοζυγίου Ø Χορήγηση βιταμινών Ø Χορήγηση σκευασμάτων για τη βελτίωση της όρεξης Ø Έλεγχος σωματικού βάρους Ø Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και ατομική υγιεινή 	<ul style="list-style-type: none"> • Ύστερα από συνεννόηση με το διαιτολόγο σχεδιάστηκε προσωπικό διαιτολόγιο της ασθενούς που περιλαμβάνει συχνά και μικρά γεύματα, ευπαρουσίαστα και πλούσια σε κρέας, γάλα, φρούτα και λαχανικά • Πάρθηκε δείγμα αίματος για τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών και τέθηκε σε 3ωρη μέτρηση του ισοζυγίου • Χορηγήθηκαν βιταμίνες και σκευάσματα για τη βελτίωση της όρεξης της ασθενούς • Τέθηκε σε καθημερινό έλεγχο σωματικού βάρους • Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας με hexalen και ατομική υγιεινή 	Με την εφαρμογή των παραπάνω μέτρων βελτιώθηκε η όρεξη της ασθενούς και με την εξασφάλιση σωστής θρέψης αποφεύχθηκαν προβλήματα λόγω αδυναμίας και απώλειας βάρους

1.2 2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο ασθενής Δ.Φ. 43 ετών εισήλθε στη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Ρίου στις 22/06/2010. Κατά την εισαγωγή του πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω εξετάσεις: μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, παρακέντηση ΕΝΥ και ψυχιατρική εξέταση. Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας τα τελευταία 2 χρόνια. Ανευρέθηκαν τα εξής συμπτώματα: έντονο άγχος και ανησυχία για την εξέλιξη της νόσου, κόπωση στα κάτω άκρα και δυσλειτουργία του εντέρου.

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1. Έντονο άγχος και ανησυχία για την εξέλιξη της νόσου	Να μειωθεί στο ελάχιστο το άγχος του και να ηρεμήσει όσο το δυνατόν γρηγορότερα	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Ενημέρωση του ασθενή για τη φύση της ασθένειας και την εξέλιξή της ∅ Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή ∅ Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή ∅ Αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να του προκαλέσουν επιπλέον άγχος ∅ Ενθάρρυνση του ασθενή και της οικογένειας του για συμμετοχή σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώσαμε τον ασθενή για την ασθένεια του και την εξέλιξή της • Δημιουργήσαμε κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα σε εμάς και τον ασθενή • Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να μας εκφράσει τα συναισθήματά του • Διδάξαμε τη σημασία της καλής ψυχολογικής κατάστασης για την πορεία της νόσου 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής αποδέχεται την ασθένειά του και έχει κατανοήσει πλήρως τις διαταραχές που πιθανόν θα του προκαλέσει η ασθένεια • Ο ασθενής εκφράζει τα συναισθήματά του • Έχει πάψει να αγχώνεται και δέχεται οποιαδήποτε συμβουλή του δώσουμε

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Κόπωση στα κάτω άκρα	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από το πρόβλημα της κόπωσης στα κάτω άκρα</p> <p>Να προληφθούν οι τραυματισμοί λόγω της κόπωσης και της αστάθειας που προκαλείται από αυτή</p>	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Διδασκαλία για ξεκούραση όταν ο ασθενής νιώθει κόπωση ∅ Προτροπή για μείωση της εργασίας ∅ Διδασκαλία για χρήση βοηθητικών μέσων κατά τη βάρδιση για πρόληψη τραυματισμών ∅ Διδασκαλία για διενέργεια ασκήσεων που ανακουφίζουν από τα συμπτώματα της κόπωσης 	<ul style="list-style-type: none"> • Διδάξαμε στον ασθενή τη σημασία της ξεκούρασης και της μείωσης του σωματικού έργου τις ώρες που νιώθει κόπωση • Έγινε χρήση βοηθητικών μέσων για τη βάρδιση • Διαμορφώσαμε το χώρο κατάλληλα για την αποφυγή τραυματισμού • Με τη βοήθεια του φυσιοθεραπευτή διδάξαμε τον ασθενή να πραγματοποιεί τις ασκήσεις που τον ανακουφίζουν από τα συμπτώματα της κόπωσης • Χορηγήσαμε κορτιζόνη για 6 μέρες μετά από ιατρική οδηγία για την ανακούφιση της κόπωσης και της αστάθειας 	<p>Ο ασθενής ύστερα από ξεκούραση δεν έχει έντονα συμπτώματα κόπωσης</p> <p>Με τα βοηθητικά μέσα που χρησιμοποιήσαμε βελτιώθηκε η βάρδιση και αποφεύχθηκαν τραυματισμοί</p> <p>Με τη χορήγηση της κορτιζόνης έχει μειωθεί η κούραση στα πόδια του ασθενή</p>

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Δυσλειτουργία του εντέρου	<p>Να επανέλθει η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου</p> <p>Να προληφθούν οι επιπλοκές που προκαλεί η κακή λειτουργία του εντέρου</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ø Διδασκαλία του ασθενή για διαπαιδαγώγηση του εντέρου Ø Χορήγησης τροφών πλούσιες σε φυτικές ίνες Ø Χορήγηση υγρών Ø Ενίσχυση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του αρρώστου Ø Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική εντολή Ø Μεταχείριση του αρρώστου με λεπτότητα και ενίσχυσή του για έκφραση των συναισθημάτων του 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Έγινε διδασκαλία του αρρώστου για τη διαπαιδαγώγηση του εντέρου Ø Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες Ø Χορηγήθηκε επαρκής ποσότητα υγρών Ø Χορηγήθηκαν υπακτικά ύστερα από ιατρική εντολή Ø Έγινε ενίσχυση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του αρρώστου Ø Έγινε μεταχείριση του αρρώστου με λεπτότητα και δόθηκαν ευκαιρίες για έκφραση των συναισθημάτων του 	<p>Με τη χρήση των παραπάνω μέτρων επανήλθε η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου</p>

1.3 3^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η ασθενής Α.Π. που πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας εδώ και 9 χρόνια εισήλθε στη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στις 30/06/20010. Η ηλικία της ασθενούς είναι 52 ετών. Κατά την εισαγωγή της πραγματοποιήθηκε λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού και ψυχιατρική εκτίμηση.

Ανευρέθηκαν τα εξής συμπτώματα: κατάκλιση στην κοκκυγική περιοχή, μυϊκή αδυναμία στην περιοχή των κάτω άκρων και διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1.Κατάκλιση στην περιοχή του κόκκυγα	Επούλωση της κατάκλισης Αποφυγή δημιουργίας επιπλέον κατακλίσεων και επιμόλυνσης της υπάρχουσας κατάκλισης	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Περιποίηση της κατάκλισης με αυστηρή χρήση άσηπτης τεχνικής ∅ Αλλαγή θέσεων στο κρεβάτι κάθε 2 ώρες ∅ Διατήρηση του τραύματος αλλά και του υπόλοιπου δέρματος στεγνό και καθαρό ∅ Τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι σε κατάλληλη θέση ώστε να μην πιέζετε το σημείο του τραύματος ∅ Τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων για την επούλωση του τραύματος και συχνή αλλαγή τους 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε περιποίηση της κατάκλισης με αυστηρά άσηπτη τεχνική • Εφαρμόστηκε συχνή αλλαγή της θέσης της ασθενούς στο κρεβάτι ανά 2 ώρες • Διατηρήθηκε το τραύμα αλλά και το υγιές δέρμα καθαρό και στεγνό • Τοποθετήθηκε η ασθενής σε θέση ώστε να μην πιέζετε το σημείο της κατάκλισης • Έγινε τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων για την επούλωση της κατάκλισης • Φροντίσαμε ώστε τα κλινοσκεπάσματα της ασθενούς να είναι καθαρά και τεντωμένα • Χορηγήσαμε τροφές πλούσιες σε λευκώματα και επαρκή ποσότητα υγρών 	Με τη χρήση των παραπάνω μέτρων βελτιώθηκε η κατάκλιση της ασθενούς και προλήφθηκε η δημιουργία επιπλέον κατακλίσεων

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
2. Μυϊκή αδυναμία στην περιοχή των κάτω άκρων	Βελτίωση της κινητικότητας των κάτω άκρων και ανακούφιση από την αδυναμία	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Έναρξη φυσικοθεραπείας ∅ Διδασκαλία για την εκτέλεση των ασκήσεων που θα βελτιώσουν την κινητικότητα της ασθενούς ∅ Εξασφάλιση βοηθητικών μέσων κατά τη βάρδιση για προαγωγή της κινητικότητας της ασθενούς ∅ Τοποθέτηση περιορισμών στο κρεβάτι για την πρόληψη πτώσεων ∅ Χορήγηση μυοχαλαρωτικών και αναλγητικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ξεκίνησε φυσικοθεραπεία • Διδάξαμε την ασθενή σε συνεργασία με το φυσιοθεραπευτή να εκτελεί τις ασκήσεις που θα προάγουν την κινητικότητά της • Εξασφαλίσαμε στην άρρωστη βοηθητικά μέσα και της διδάξαμε τον τρόπο με τον οποίο θα τα χρησιμοποιεί • Τοποθετήσαμε περιορισμούς στο κρεβάτι της ασθενούς για να προληφθούν πτώσεις της από κρεβάτι • Χορηγήσαμε αναλγητικά και μυοχαλαρωτικά ύστερα από ιατρική εντολή για την ανακούφιση της από τον πόνο 	Η ασθενής κατόρθωσε να χρησιμοποιεί καλύτερα τα κάτω άκρα της και προλήφθηκαν οι επιπλοκές που προκαλούσε η μυϊκή αδυναμία

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
3. Διαταραγμένη κρίση και κατανόηση	Να κατανοήσει η ασθενής τη φύση της ασθένειάς της, να την αποδεχτεί και να την αντιμετωπίσει	<ul style="list-style-type: none"> ∅ Δημιουργία κατάλληλου κλίματος ανάμεσα στο νοσηλευτή και την ασθενή ώστε να καταφέρει η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της ∅ Παροχή απαντήσεων στις ερωτήσεις της αρρώστου, πάντα στηριγμένες σε ρεαλιστικές βάσεις ∅ Παροχή της αρρώστου ψυχολογικής υποστήριξης ∅ Εξασφάλιση ενίσχυσης από την πολιτεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες 	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργήσαμε κατάλληλο κλίμα ανάμεσα σε εμάς και την ασθενή ώστε να μας εκφράσει τα συναισθήματά της • Απαντήσαμε με ακρίβεια στις ερωτήσεις της αρρώστου • Φέραμε την ασθενή σε επαφή με ψυχολόγο • Ενθαρρύνσαμε την ασθενή να κατανοήσει και να αποδεχτεί την ασθένειά της • Φέραμε την ασθενή σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες 	Η ασθενής κατανόησε τη φύση της ασθένειάς της, την αποδέχτηκε και είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όποια μορφή Σκλήρυνσης κατά πλάκας κι αν έχει κάποιος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις στη διάγνωση είναι σχεδόν ίδιες με αυτές των ανθρώπων που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα.

Η ΣΚΠ είναι μια χρόνια νόσος με εναλλαγή εξάρσεων και υφέσεων, επομένως υπάρχουν και οι ανάλογες ψυχολογικές διακυμάνσεις αποδοχής και άρνησης.

Η διάγνωση προσδιορίζει μια κατάσταση που θα υπάρχει *για μια ζωή* και που απαιτεί συνεχείς αναπροσαρμογές.

Προσαρμογή στη ΣΚΠ σημαίνει τη χρυσή τομή ανάμεσα στο *καταθέτω τα όπλα* και *αρνούμαι να παραδεχτώ την πραγματικότητα*. Πρόκειται για μια διαδικασία, η οποία θα χρειαστεί σίγουρα μεγάλο χρονικό διάστημα καθώς και τη βοήθεια και την κατανόηση του οικογενειακού, φιλικού και επαγγελματικού περιβάλλοντος.

Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη διατήρηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς σύμφωνα με τη νέα κατάσταση. Το πιο πιθανό είναι ότι τα διάφορα συμπτώματα της νόσου, δεν θα επιτρέψουν στον πάσχοντα να συνεχίσει την καθημερινότητά του με τους ίδιους ρυθμούς και τον ίδιο τρόπο. Επομένως είναι πολύ σημαντικό να προσπαθήσει να προσαρμοστεί και να αποδεχτεί την ανεπιθύμητη πραγματικότητα της πάθησης.

Η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στις διαδικασίες της ζωής έχει καθοριστική σημασία. Για να θέλει να ζήσει αρμονικά, θα πρέπει να θέλει να προσαρμοστεί στο νέο του περιβάλλον. Άλλωστε, όλοι οι άνθρωποι με χρόνια προβλήματα υγείας που παραμένουν δραστήριοι, και, κυρίως, αναλαμβάνουν οι ίδιοι το θέμα της υγείας τους, έχει αποδειχτεί ότι αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της υγείας τους καλύτερα και βελτιώνουν τη στάση της ζωής τους.

Έχει ιδιαίτερη σημασία, ο ασθενής με ΣΚΠ να εστιάσει την προσοχή του στις ικανότητες παρά στις αδυναμίες του. Η ύπαρξη ενός στόχου, όσο μικρός κι αν

Σκλήρυνση κατά Πλάκας

είναι, δίνει νόημα και σκοπό στη ζωή. Είναι προτιμότερο να κατορθώσει αυτό που μπορεί παρά να αποτύχει σε αυτό που δεν μπορεί.

Η ζωή δεν τελειώνει με τη Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Από την άλλη όμως είναι μάταιο να επιμένει κανείς να συνεχίσει να λειτουργεί σαν να μην συμβαίνει απολύτως τίποτα. Θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια πραγματικότητα και να εξακολουθεί να κάνει σχέδια υπολογίζοντάς την, χωρίς όμως να τον αφήσει να τον κυβερνήσει.

*Αφιερωμένο στον πατέρα μου που πάσχει από
τη νόσο εδώ και 8 χρόνια και έχει καταφέρει να
συμβιώνει με την ασθένεια αυτή*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Παπανικολάου Π.: Νευρολογία-Ψυχιατρική, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, έκδοση Ή, Αθήνα 2007, σελ 1-2
2. Αλιβιζάτου-Μοσχοβάκη Ρεγγίνα.: Στοιχεία Φυσιολογίας για αδελφές νοσοκόμες και τους σπουδαστές των ΤΕΙ, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1984, σελ178-182
3. Γρηγοράκης Δ.: Διατροφή και Σκλήρυνση κατά πλάκας, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003, σελ2-8 & 111-113
4. Agamemnon Desropoulos & Stefan Silbernagl.: Εγχειρίδιο Φυσιολογίας με έγχρωμο άτλαντα, Μετάφραση-Επιμέλεια Κωστόπουλος Γ., έκδοση 3^η, Αθήνα 1989, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ 22-23
5. Michael J. Aminoff, David A. Greenberg, Roger P. Simon.: Κλινική Νευρολογία, Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Φώτης Φωτίου., έκδοση 6^η, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, σελ191-194
6. Jacques Wallach,M.D.: Ερμηνεία των Διαγνωστικών Εξετάσεων και Δοκιμασιών, Μετάφραση-Επιμέλεια Παπαναστασίου Δ., Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ 208-209
7. Σαχίνη Α. & Πάνου Μ.: Θεραπευτική αγωγή στη Σκλήρυνση κατά πλάκας., Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, έκδοση 2^η, τόμος 3^{ος}, Αθήνα 1997, εκδόσεις Βήτα, σελ310-313.

8. Lorraine De Souza.: Θεραπευτική προσέγγιση στη σκλήρυνση κατά πλάκας, Αθήνα 1997, εκδόσεις Έλλην, σελ 221-223 & 231-236
9. Κεκάτος Ε. Β.: Σκλήρυνση κατά πλάκας φυσικοθεραπευτική φροντίδα, Αθήνα 2001, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 43-49
10. Μπαϊρακτάρης Χρυσόστομος.: Πολλαπλή Σκλήρυνση Η κόπωση και οι επιπτώσεις της, Πρόγραμμα υποστήριξης ασθενών, έντυπο 4^ο, σελ 4-6
11. Κοτσιρίλου Δ.: επιστημονική επιμέλεια Σιούτης Γ., Κίνηση με Σκλήρυνση κατά πλάκας, Εκδότης Ελληνική εταιρία για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας, σελ 45-49
12. Παπαδόπουλος Ιωάννης.: Σχέση Ιατρού-Ασθενούς Το ισχυρότερο εργαλείο θεραπείας, Αθήνα 2003, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, σελ19
13. Βλάχος Ι.: Νευρικό Σύστημα, Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και Αισθητήρια, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1985, σελ 11-12
14. Σκαρπαλέζου Σ., Μαλιάρα Σ.: Απομυελωτικές παθήσεις του Νευρικού Συστήματος, Μαθήματα νευρολογίας, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1975, σελ 267-268
15. Engram Β.: Προβλήματα του Νευρικού συστήματος, Σκλήρυνση κατά πλάκας, Μετάφραση-Επιμέλεια Καραχάλιος Γ., έκδοση 1^η, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1997, σελ 586-587
16. Κουτσοράκη Ε. & Μπαλογιάννης Σ.: Η συμβίωση με τη Σκλήρυνση κατά πλάκας, Επιπτώσεις στην οικογένεια, Αθήνα 2006, σελ 7-9

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

17. [http://en.wikipedia.org/wiki/ Multiple sclerosis/ historical cases](http://en.wikipedia.org/wiki/Multiple_sclerosis/historical_cases) 17/06/2010
18. [http://www.nationalmssociety.org/ about multiple sclerosis/ what we know about multiple sclerosis/ diagnosing ms](http://www.nationalmssociety.org/about_multiple_sclerosis/what_we_know_about_multiple_sclerosis/diagnosing_ms) 18/06/2010
19. [http://www.medicinenet.com/ multiple sclerosis/ article.htm/ what are the types of multiple sclerosis](http://www.medicinenet.com/multiple_sclerosis/article.htm/what_are_the_types_of_multiple_sclerosis) 21/07/2010