

Τ.Ε.Ι.: Π Α Τ Ρ Α Σ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Νοσηλευτική φροντίδα  
ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστριας: Καρτάλη Ελευθερία

Υπεύθυνος Καθηγητής

Μιχάλης Δημητρίου

Επιτροπή εγκρίσεως

πτυχιακής εργασίας

1) Μιχάλης Δημητρίου

2) Κυριακή Νάνου

3)

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα.....



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	644 B'
----------------------	--------

I

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελ.
Πρόλογος .....	III
Αφιέρωση .....	IV
Κεφάλαιο I	
Εισαγωγή : Νευρικό σύστημα	
Σκλήρυνση κατά πλάκας .....	1
Κεφάλαιο II	
Αιτιολογία - Παθογένεια .....	6
Προδιαθεσιακοί παράγοντες .....	7
Συχνότητα επιδημιολογία .....	8
Κεφάλαιο III	
Κλινική εικόνα .....	11
Διάγνωση .....	14
Θεραπευτική προσπέλαση .....	18
Κεφάλαιο IV	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας	19
Κεφάλαιο V	
Περιπτώσεις ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.....	32
1η περίπτωση	
Εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας εφαρμόζοντας τη μέθοδο της διεργασίας ....	35
2η περίπτωση	
" " " " " " .....	40

II

Κεφάλαιο VI

Επίλογος ..... 47

Βιβλιογραφία ..... 49

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην εργασία αυτή γίνεται αναφορά στην σκλήρυνση κατά πλάκας σε όλες της ηλικίες.

Αναφέρονται και εξετάζονται οι παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της νόσου καθώς και η σωστή αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου. Επίσης γίνεται αναλυτική αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Τονίζεται επίσης η συμβολή της ιατρικής καθώς και της νοσηλευτικής επιστήμης που σκοπός τους είναι η αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του ασθενή.

Είχα την ευκαιρία να δω από κοντά περιπτώσεις ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας και να γνωρίσω τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι και η οικογενειά τους. Σε δυο τέτοιες περιπτώσεις αναφέρεται εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας, οι οποίες αναφέρονται αναλυτικά.

Θέλω να ευχαριστήσω τον καθηγητή που ήταν υπεύθυνος για την εργασία μου, ιατρός Μιχάλης Δημητρίου που βοήθησε δίνοντάς μου αρκετή βιβλιογραφία, την καθηγήτρια Κυριακή Νάνου για τις οδηγίες για τη συγγραφή της νοσηλευτικής διεργασίας, και τέλος όλους όσους με βοήθησαν για τη συλλογή στοιχείων.

Α φ ι έ ρ ω σ η

Αφιερώνω αυτή την εργασία στους γονείς μου, με όλο τον σεβασμό και την αγάπη μου, που μου συμπαραστάθηκαν καθ' όλη την διάρκεια συγγραφής της.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

### Εισαγωγή : Νευρικό σύστημα

1.1. Το νευρικό σύστημα βρίσκεται εξαπλωμένο σε ολόκληρο το σώμα και ρυθμίζει την λειτουργία όλων των οργάνων και καθιστά ικανό τον οργανισμό να αντιδρά στο περιβάλλον σαν ένα σύνολο. Διαιρείται σε δύο μεγάλα τμήματα : α) Το εγκεφαλονωτιαίο ή ζωικό νευρικό σύστημα που διακρίνεται σε Κεντρικό Ν.Σ. και σε περιφερικό Ν.Σ. και β) Το φυτικό αυτόνομο νευρικό σύστημα σε παρα-συμπαθητικό.

Το πρώτο ρυθμίζει τις κινήσεις και τις αισθήσεις

Το δεύτερο ρυθμίζει την ανταλλαγή της ύλης.

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από δύο ειδών ιστούς το Νευρικό ιστό που είναι υπεύθυνος για την διάδοση των ερεθισμάτων και το Νευρογλοιακό ιστό που είναι υπεύθυνος για την στήριξη και θρέψη του νευρικού ιστού.

### 1.2. ΝΕΥΡΑ : ΚΙΝΗΤΑ - ΑΙΣΘΗΤΙΚΑ - ΜΙΚΤΑ

Τα κινητά ή φυγόκεντρα νεύρα μεταβιβάζουν διεγέρσεις από τον εγκέφαλο και το Νωτιαίο Μυελό προς τους μύς του σώματος και υπό την επίδραση τους γίνεται η συστολή των μυών και οι κινήσεις του σώματος. Κάθε κινητικό νεύρο εμφύεται από μία ομάδα νευρικών κυττάρων που βρίσκονται μέσα στο Κ.Ν.Σ. και το σύνολό τους αποτελεί τον εκφυτικό πυρήνα του νεύρου. Απ' αυτούς τους πυρήνες αυτοί των εγκεφαλικών νεύρων βρίσκονται μέσα στο εγκεφαλικό στέλεχος ενώ των νωτιαίων νεύρων μέσα στα πρόσθια κέρατα της φαιάς ουσίας του Ν.Μυελού. Οι

κινητικοί πυρήνες των νεύρων δέχονται διεγέρσεις από την κινητική χώρα του φλοιού των ημισφαιρίων.

Τα αισθητικά ή κεντρομόλα νεύρα μεταβιβάζουν διεγέρσεις από τα διάφορα όργανα του σώματος προς το Κ.Ν.Σ.

Τα νεύρα αυτά εκφύονται από τα γάγγλια του ζωικού νευρικού συστήματος και αποτελούν συνεπώς τον εκφυτικό πυρήνα τους.

Αμιγή αισθητικά νεύρα είναι το οσφρητικό, το οπτικό και το ακουστικό νεύρο.

Τα μικτά νεύρα είναι σύνθετα νεύρα και αποτελούνται από ένα κινητικό και ένα αισθητικό νεύρο ταυτοχρόνως.

#### ΤΜΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

Όπως αναφέρθηκε διακρίνεται σε:

A) Εγκεφαλονωτιαίο Ν.Σ. το οποίο διακρίνεται επιμέρους σε:

- 1) κεντρικό Ν.Σ.
- 2) περιφερικό Ν.Σ.

I) Το κεντρικό Ν.Σ. αποτελείται από :

- 1) το Νωτιαίο μυελό
- 2) τον εγκέφαλο.

II) Το περιφερικό νευρικό σύστημα αποτελείται από :

- 1) από 12 εγκεφαλικές συζυγίες
- 2) από 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων

B) Αυτόνομο ή φυτικό που διακρίνεται σε :

- 1) συμπαθητικό
- 2) παρασυμπαθητικό

Ακόμα υπάρχει η



ΛΕΥΚΗ ΟΥΣΙΑ που είναι το άθροισμα εμύελων νευρικών ινών κυρίως και νευρογλοιακών κυττάρων στο Κ.Ν.Σ. και επιτελούν την ίδια λειτουργία

και η

ΦΑΙΑ ΟΥΣΙΑ που είναι το άθροισμα κυτταρικών σωμάτων, δενδριτών αμύελων κυρίως νευρικών ινών και νευρογλοιακών κυττάρων στο Κ.Ν.Σ.

### 1.3. Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Είναι νόσος της νεαρής ενήλικης ηλικίας με χαρακτηριστική εξέλιξη εξάρσεων και υφέσεων στις περισσότερες περιπτώσεις. Η ποικιλία των συμπτωμάτων της νόσου έκανε τον BUZZARD στα 1897 να πει χαρακτηριστικά : " Το όνομα που θα ταίριαζε καλύτερα στην Σ.Κ.Π. είναι ΥΣΤΕΡΙΑ ".

Είναι απομυελινωτική νόσος. Σχεδόν κάθε βλάβη του νευρικού συστήματος προκαλεί εκφύλιση του μυελίνου έλυτρου των νευρικών ινών που αντικαθίσταται από πλάκες. Σε ορισμένα νοσήματα η εκφύλιση αυτή γίνεται αυτόματα χωρίς γνωστή αιτία. Η απώλεια του μυελίνου έλυτρου διαταράσσει την αγωγή των ώσέων μέσα από τους άξονες με αποτέλεσμα την απώλεια λειτουργίας στο ανάλογο μέρος του σώματος.

Οι πλάκες απομυελίνωσης αναπτύσσονται σε ορισμένα σημεία του νωτιαίου μυελού, στην παρεγκεφαλίτιδα, στο εγκεφαλικό στέλεχος στα ημισφαίρια ή στις οπτικές οδοούς.

Τα περιφεριακά νεύρα δεν προσβάλλονται. Στις περισσότερες

περιπτώσεις η νοσηρή εξεργασία προχωρεί με επεισόδια, με υφέσεις διαφορετικής διάρκειας ενώ σε άλλες εμφανίζει εξελικτική με διαλείματα πορεία, με σπαστική παραπάρεση και σημεία από την παρεγκεφαλίτιδα ή από εγκεφαλικό στέλεχος. Αν και υπάρχουν πολλές σχετικά ελαφρές περιπτώσεις με υποτροπές ύστερα από πολλά χρόνια, παροδικές χωρίς σωματικά κατάλοιπα, υπάρχουν από το άλλο μέρος περιπτώσεις που η νόσος προχωρεί αδυσώπητα προκαλώντας βαριά αναπηρία και σπάνια το θάνατο σε ένα ή δύο χρόνια. Τελικά οι περισσότεροι άρρωστοι καταλήγουν ανάπηροι με προοδευτική παραπληγία και αταξία. Ιστοπαθολογικά βρίσκονται πολλές πλάκες απομυελίνωσης και γλοίωσης σε όλο το νευρικό σύστημα, που αφορούν κυρίως την λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, με συχνή κατανομή γύρω από τις φλέβες ή τις κοιλίες, ενώ σπάνια προσβάλλεται και η φαιά ουσία.

Ο εγκέφαλος ασθενούς που προσβλήθηκε από Σ.Κ.Π. μακροσκοπικά συνήθως δεν εμφανίζει τίποτα το παθολογικό. Αντίθετα η επιφάνεια του νωτιαίου μυελού εμφανίζεται ανώμαλη. Οι απομυελινωτικές περιοχές είναι σαφώς περιγεγραμμένες και φαιόχρωμες. Εντοπίζονται στην λευκή ουσία με μεγαλύτερη συχνότητα πρώτα περικοιλιακά, μετά στο οπτικό νεύρο και το οπτικό χίασμα και τέλος στον νωτιαίο μυελό.

Οι νέες βλάβες αφήνουν άθικτους τους νευράξονες παρουσιάζουν μερική ή πλήρη καταστροφή της μυελίνης, ήπια εκφύλιση της νευρολογίας και αστροκυτταρική αντίδραση, καθώς και

περιαγγειακή διήθηση με μονοπύρηννα και λεμφοκύτταρα.

Αργότερα οι βλάβες διηθούνται από μικρογλοιακά φαγο-  
κύτταρα και τα αστροκύτταρα αυξάνουν σε αριθμό και μέγεθος.

Πολύ παλιές βλάβες είναι φτωχές σε κύτταρα ή δεν έχουν  
καθόλου κύτταρα. Ευκαιριακά μπορεί να εντοπιστούν μακροφάγα  
και λεμφοκύτταρα. Οι νευράξονες μπορεί να είναι άθικτοι.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο            Ι Ι

2.1.    Αιτιολογία και Παθογένεια.

Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη. Στην έρευνα για την αιτιολογία και την παθογένεια της νόσου, εξακολουθούν να κυριαρχούν δύο υποθέσεις : 1) Εμπλοκή κάποιου αδικού ιού με παρατεταμένη λανθάνουσα περίοδο δράσης και 2) Εμπλοκή κάποιου ανασολογικού μηχανισμού.

Ερευνάται ακόμη η πιθανότητα η Σ.Κ.Π. να αποτελεί μεταλοιμώδες φαινόμενο μετά από κάποια ιογενή λοίμωξη.

Κοινές ιογενείς λοιμώξεις αλλά και ειδικές όπως η ηπατίτις, πολυομυελίτις, έρπης ζωστήρας και ιλαρά, αποτέλεσαν κατά καιρούς αντικείμενο έρευνας και συσχετισμού με την Σ.Κ.Π. Προσπάθειες ενοχοποίησης του ιού της ιλαράς έγιναν πάρα πολλές και παρά το γεγονός ότι βρέθηκαν αυξημένοι τίτλοι αντισωμάτων του ιού σε ασθενείς με Σ.Κ.Π. δεν βρέθηκαν ενδείξεις τροποποίησης της κυτταρικής ανοσίας.

Άλλες έρευνες που μελέτησαν την ικανότητα αντίδρασης των λεμφοκυττάρων έναντι των ιών γρίπης και ευλογιάς δεν διαπίστωσαν οποιαδήποτε διαφορά της δραστηριότητας αυτής σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης και πρότειναν ότι η ανεπαρκής κυτταρική αντίδραση σε αυτούς τους ιούς αποτελεί συνέπεια της Σ.Κ.Π. και όχι αιτιολογικό παράγοντα.

Η εμπλοκή κάποιου ανασολογικού μηχανισμού στην παθογένεια της Σ.Κ.Π. συγκέντρωσε το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών. Η σχέση του συστήματος HLA και της Σ.Κ.Π.

τονίσθηκε κατ' επανάληψη σε έρευνες φυλετικών ομάδων.

Διαπιστώθηκε στενή σχέση του αντιγόνου DW2 και της Σ.Κ.Π. σε ασθενείς νέγρους της Βόρειας Αμερικής, ενώ το DW2 είναι σπάνιο μεταξύ των υγείων νέγρων της Β.Αμερικής.

Οι μέχρι τώρα έρευνες δείχνουν ότι ανοσολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται στην παθογέννεση της Σ.Κ.Π.

Η παρουσία ολιγονιλωνικής IgG στο εγκεφαλικό υγρό ασθενών με Σ.Κ.Π., η παραγωγή της IgG στην απομυελινοψτική πλάκα και η πτώση των λεμφοκυττάρων με κατασταλτική δράση σε σχέση με την υποτροπή της Σ.Κ.Π. είναι στοιχεία που δηλώνουν επαρκώς την συμμετοχή των ανοσοποιητικών μηχανισμών στην παθογέννεση της Σ.Κ.Π.

Τελικώς φαίνεται πιθανό ότι γενετικά και ανασολογικά προδιατεθειμένα άτομα, αντιδρούν σε ιογενή λοίμωξη με ανώμαλη κυτταρική ή και χημική ανοσία. Αργότερα ο ίδιος ο ιός ή και ένας μη ειδικός περιβαλλοντικός παράγοντας (πυρετός, stress, διαιτητικός παράγοντας) μπορεί να κινητοποιεί μια αυτοανοσοποιητική πρόσβαση στην μυελίνη, που εκδηλώνεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου. Η έρευνα ωστόσο για την αιτιολογία και παθογένεια της νόσου βρίσκεται σε εξέλιξη (Λογοθέτης 1988).

## 2.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Η παρατήρηση απέδειξε ότι ορισμένες καταστάσεις εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα πριν να εκδηλωθούν τα κύρια συμπτώματα της Σ.Κ.Π. ή πριν από τις εξάρσεις της και

θεωρήθηκαν προδιαθεσικοί παράγοντες. Μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης έχουν τρεις καταστάσεις : η φλεγμονή, το τραύμα και η εγκυμοσύνη.

α) Φλεγμονή. Η συχνότητα γρίπης ή άλλων φλεγμονοδών καταστάσεων σε διάφορες μελέτες φθάνει από 5-50%.

β) Τραύμα . Με Alpine και Compston βρήκαν ότι η συχνότητα τραυματισμού 3 μήνες πριν την εκδήλωση της ήταν ελαφρά μεγαλύτερη από ότι σε τυχαίο δείγμα ασθενών.

γ) Εγκυμοσύνη. Στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει ο αριθμός των ιώσεων της Σ.Κ.Π. τους πρώτους τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Το γεγονός αυτό πιθανολογεί την εμπλοκή ορμονικών μεταβολών στην εμφάνιση της Σ.Κ.Π.

### 2.3. Συχνότητα - επιδημιολογία.

Η νόσος σχετίζεται με διάφορες γεωγραφικές περιοχές και αυτό είναι ένα σοβαρό στοιχείο για να υποστηριχθεί η άποψη της ιογενούς αιτιολογίας της νόσου. Εκτός από την Γεωγραφική κατανομή έχουμε και την Οικογενή εμφάνιση και τους Εκλυτικούς παράγοντες.

α) Γεωγραφική κατανομή. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι παρατηρήσεις σχετικά με την επίδραση της μετανάστευσης στην εμφάνιση της νόσου.

Εντοπίσθηκε ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου σε ενήλικους βορειοευρωπαϊούς μετανάστες που εγκαταστάθηκαν στην Νότια Αμερική ήταν μεγάλος, ενώ οι πιθανότητες αυτές μειώνονταν για τα άτομα που μετανάστευσαν στην παιδική ηλικία

και τα παιδιά που γεννήθηκαν εκεί. Παρατηρήθηκε ακόμη ότι η μετανάστευση ατόμων από περιοχές χαμηλού κινδύνου σε περιοχές υψηλού κινδύνου αυξάνει την συχνότητα εμφάνισης της νόσου.

Γενικά παρατηρήθηκε ότι η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους, τόσο στο Βόρειο όσο και στο Νότιο ημισφαίριο και ότι οι ζώνες με μεγαλύτερη συχνότητα είναι η Βόρεια Ευρώπη, η Νότια Αυστραλία και η Νέα Ζηλανδία.

Η επίπτωση της νόσου για περιοχές μακριά από τον Ισημερινό φθάνει το 30-60 σε 100.000 πληθυσμού, ενώ για χώρες της Ν.Ευρώπης η επίπτωση υπολογίζεται από 6-40 για 100.000 πληθυσμού (Λογοθέτης 1988).

Στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στον Ν.Εβρου ο επιπολασμός της Σ.Κ.Π. υπολογίσθηκε σε 10,1/100.000 κατοίκους.

β) Οικογενής εμφάνιση. Η νόσος σε ποσοστό περίπου 5% είναι οικογενής, συνήθως μεταξύ αδελφών. Η νόσος προσβάλλει τόσο μονογενείς όσο και δικογενείς διδύμους με την ίδια συχνότητα. Η συνεχή και χρόνια έκθεση των ατόμων μιας οικογένειας από τη νόσο φαίνεται ότι είναι ο σημαντικότερος παράγοντας από οποιονδήποτε γενετικό παράγοντα. Η προσβολή αμφοτέρων των συζύγων είναι εξαιρετικά σπάνια.

γ) Εκλυτικοί παράγοντες. Διάφορα γεγονότα τα οποία προηγούνται πριν την έναρξη της νόσου δυνατόν να θεωρηθούν ως εκλυτικοί παράγοντες, αν και ο τρόπος της ενεργείας τους είναι άγνωστος. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι λοιμώξεις των

αναπνευστικών οδών, τα ειδικά εμπύρετα νοσήματα, οι χειρουργικές επεμβάσεις κ.ά.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι Ι Ι

3.1. Κλινική εικόνα.

Η νόσος αρχίζει στις μικρές ηλικίες μεταξύ 15 - 35 ετών, και χαρακτηρίζεται από διασπορά της συμπτωματολογίας της σε χρόνο και στο Κ.Ν.Σ. Η εμφάνισή της μπορεί να είναι ξαφνική και θορυβώδης ή βραδεία και η πορεία της χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις. Η διάρκεια των συμπτωμάτων μπορεί να είναι από λίγες ώρες μέχρι και εβδομάδες, οι δε περίοδοι υφέσεως μπορεί να διαρκέσουν και χρόνια.

Ανάλογα με την πορεία και βαρύτητα της νόσου μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις μορφές: α) Οξεία Μορφή

β) Ελαφριά Μορφή

γ) Υποτροπιάζουσα Μορφή

δ) Χρόνια Προϊούσα μορφή

α) Οξεία Μορφή: Με εκρηκτική έναρξη και επακόλουθη γρήγορη εξέλιξη και κατάληξη ή με θεαματική βελτίωση και μακρά ύφεση.

β) Ελαφριά Μορφή: Με αραιές και ελαφρές εξάρσεις (κυρίως με οπτικές και αισθητικές διαταραχές) με γρήγορη αποκατάσταση και με μακρές υφέσεις με ελάχιστα μόνιμα υπολείμματα. Στη μορφή αυτή ανήκει το 20% των περιπτώσεων.

γ) Υποτροπιάζουσα Μορφή: Είναι η συνηθισμένη μορφή με πολλές εξάρσεις από την αρχή που αφήνουν ικανού βαθμού ανοπηρίες (σοβαρότερες συνήθως τα πρώτα 5 χρόνια). Στη μορφή αυτή ανήκει το 65% των περιπτώσεων.

δ) Χρόνια Προιούσα Μορφή: Με βραδεία προιούσα εξέλιξη σε άτομα συνήθως μεγαλύτερα των 30 ετών. Στη μορφή αυτή ανήκουν το 10 - 15% των περιπτώσεων.

Με βάση την κατανομή των βλαβών διακρίνουμε:

α) γενικευμένη μορφή (με διαταραχές από τα οπτικά νεύρα, το στέλεχος την παρεγκεφαλίδα και τον νωτιαίο μυελό) β) νωτιαία μορφή (με σπαστικό αταξικό βάδισμα και ορθοκυστικές διαταραχές) και γ) παρεγκεφαλιδική μορφή (με αταξία ως κύρια εκδήλωση).

Τα συμπτώματα της νόσου έχουν τέτοια ποικιλομορφία ώστε η περιγραφή τους μπορεί να καταλήξει στην μονοτονία ενός καταλόγου.

Σε ποσοστό περίπου 30% η νόσος αρχίζει με διαταραχές οράσεως ενώ σε ποσοστό 11% με αισθητικές διαταραχές. Υπολογίζεται ότι σε ποσοστό 75% οι άρρωστοι παρουσιάζουν σπαστικοαταξικές εκδηλώσεις, διαταραχές από την κύστη και οπτική ατροφία.

Οι οπτικές διαταραχές μπορεί να είναι θάμβος μέχρι και απώλεια όρασης και διπλωπία. Η οπισθοβολβική νευρίτιδα πολλές φορές αποτελεί το πρωιμότερο σύμπτωμα της Σ.Κ.Π. αν και πολλές φορές αποτελεί σύμπτωμα φλεμονόδων καταστάσεων ή μετεμβολιακή επιπλοκή.

Η αδυναμία των ακρών είναι ένα από τα πιο κοινά συμπτώματα της νόσου. Διαταραχές της ούρησης που περιλαμβάνουν ακράτεια και επίσχεση είναι επίσης συχνό

σύμπτωμα της Σ.Κ.Π.

Αισθητικές διαταραχές είναι επίσης συχνές εκδηλώσεις της Σ.Κ.Π. και διακρίνονται σε υποκειμενικές και αντικειμενικές.

Το σημείο LHERMITTE είναι αρκετά συχνό σύμπτωμα στην αρχική εγκατάσταση της νόσου και παρατηρείται μετά από κάμψη ή εκταση του αυχένα.

Η δυσαρθρία και δυσφαγία που παρατηρείται σπανίως στην Σ.Κ.Π. οφείλονται σε προσβολή της παρεγκεφαλίδος και των φλοιοπρομηκικών συνδέσεων αντίστοιχα.

Η νευραλγία τριδύμου πολλές φορές είναι σύμπτωμα της Σ.Κ.Π. ενώ τα TICS στους μύς του προσώπου σε άτομα ηλικίας κάτω των 40 χρόνων μπορεί επίσης να είναι σύμπτωμα της Σ.Κ.Π.

Η έκπτωση της ακοής είναι ασυνήθιστο σύμπτωμα της Σ.Κ.Π. και οφείλεται κατά μία άποψη σε προσβολή των διασυνδέσεων κοχλίου με λημνίσκο.

Σύμφωνα με τις περιοχές της βλάβης έχουμε και τα ανάλογα συμπτώματα. Συγκεκριμένα όταν η περιοχή βλάβης είναι:

α) Στο Νωτιαίο Μυελό, οι εκδηλώσεις είναι: αδυναμία, αταξία, παράλυση, αισθητικές απώλειες, διαταραχές -  
- δυσλειτουργίες εντέρου κύστης και σεξουαλικές.

β) Στο εγκεφαλικό στέλεχος και τη παρεγκεφαλίτιδα, οι εκδηλώσεις είναι: διαταραχές κρανιακών νεύρων, διπλωπία, νυσταγμός, ζάλη, δυσαρθρία, διαταραχή στον έλεγχο των προσωπικών μυών, δυσκολία στην κατάποση και μύσηση, τρόμος, ασταθές βάδισμα.

γ) Στα εγκεφαλικά ημισφαίρια, οι εκδηλώσεις είναι: αστάθεια, ευφορία, διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

Αν και είναι γεγονός ότι σχεδόν κάθε νευρολογικό σύμπτωμα μπορεί να παρατηρηθεί κάποτε στην σκλήρυνση κατά πλάκας, υπάρχουν ορισμένοι συνδυασμοί συμπτωμάτων που παρατηρούνται ιδιαίτερα συχνά και χαρακτηρίζουν τη νόσο.

### 3.2. Διάγνωση.

Η ποικιλία των συμπτωμάτων, ο χρόνος έναρξης της νόσου, το χαρακτηριστικό ιστορικό των υφέσεων και εξάρσεων και η πολυεστιακή σημειολογία, σε συνδυασμό με διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις που θα αναφερθούν πιο κάτω, αποτελούν τις βάσεις πάνω στις οποίες ο κλινικός γιατρός θα στηρίξει την διάγνωση της Σ.Κ.Π.

Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν στην ταξινόμηση των ασθενών είναι τα παρακάτω.

#### α) Βεβαία Σ.Κ.Π.

I. Ιστορικό μιας οξείας οπισθοβολβικής νευρίτιδας, ή ιστορικό ενός επεισοδίου παραισθησίας, κινητικής αδυναμίας, διπλωπίας, αστάθειας ή οποιουδήποτε συμπτώματος που εμφανίζεται στην Μ.Σ., με τάση για βελτίωση ή πλήρη αποκατάσταση. Τα παραπάνω ακολουθούνται από μία ή περισσότερες υποτροπές. Η κλινική σημειολογία του αρρώστου είναι ενδεικτική πολλαπλών βλαβών στο Κ.Ν.Σ.

II. Βαθμιαία εμφάνιση παρεπληγίας που ακολουθείται από υποτροπές και σημεία ενδεικτικά προσβολής του εγκεφαλικού

στελέχους, των ημισφαιρίων του εγκεφάλου ή του οπτικού νεύρου.

β) Δυνατή Σ.Κ.Π.

I. Στην διάρκεια του πρώτου επεισοδίου, κλινική ένδειξη πολλαπλών βλαβών οι οποίες έχουν καλή αποκατάσταση. Κατά την συνεχή παρακολούθηση του αρρώστου, σχετική ή πλήρης απουσία νέων συμπτωμάτων μετά τον πρώτο χρόνο, αλλά ύπαρξη μίας τάσης μεταβολής της αρχικής πυραμιδικής ή άλλης σημειολογίας, ή περιστασιακή εμφάνιση εκτατικού πελματιαίου αντανακλαστικού, νυσταγμού, τρόμου ή κροταφικής λεύκανσης της θηλής.

II. Ιστορικό ενός ή περισσότερων επεισοδίων οξείας οπισθοβολβικής νευρίτιδας, συνοδευόμενης ή ακολουθούμενης από συνήθως ηπίου βαθμού πυραμιδική ή άλλη σημειολογία. Κλινικά δεν υπάρχουν ενδείξεις υποτροπής.

γ) Πιθανή Σ.Κ.Π.

I. Ιστορικό παρόμοιο με την περίπτωση (I) της Δυνατής Σ.Κ.Π. αλλά με ασυνήθιστα ευρήματα, ή φτωχή σημειολογία, ή ανεπαρκή πληροφόρηση από την κλινική παρακολούθηση.

II. Ιστορικό προιούσης παραπληγίας με έναρξη συνήθως στη μέση ηλικία, χωρίς ένδειξη υποτροπής ή υποχώρησης ή βλάβης έξω από τον νωτιαίο μυελό, που να ερευνηθήκε κατάλληλα, με εξετάσεις ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται η μυελογραφία, για να αποκλεισθούν άλλες αιτίες της προιούσας παραπληγίας.

3.3. Εξετάσεις για την Διάγνωση της Σ.Κ.Π.

α) Εργαστηριακή διερεύνηση του Εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Στο 1/3 των ασθενών από Σ.Κ.Π. και ιδιαίτερα σ' εκείνους με οξεία εισβολή της νόσου, μπορεί να υπάρχει ελαφρά ή μέτρια αύξηση των λευκοκυττάρων που συνήθως είναι μικρότερη των 50 ανά κ.εκ. Η λευκοκυττάρωση θεωρείται ένδειξη της έξαρσης της νόσου.

Το 50 % περίπου των ασθενών παρουσιάζει ελαφρά με μέτρια αύξηση της ολικής πρωτεΐνης και λιγότεροι από 4 % των ασθενών έχουν πρωτεΐνη ENY πάνω από 100 mg %

Η ανίχνευση ολιγοκλωνικής γ.σφαιρίνης και ο παθολογικός δείκτης της IgG σε ποσοστό πάνω από 90 % των ασθενών αποτελούν σοβαρά διαγνωστικά στοιχεία.

Με την μέθοδο ανοσοφθορισμού ανιχνεύτηκαν επίσης υψηλά επίπεδα βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης στην οξεία φάση της Σ.Κ.Π. Το επίπεδο της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης είναι χαμηλότερο στην χρόνια υποτροπιάζουσα Σ.Κ.Π. και φυσιολογικό στις περιόδους ύφεσης.

Τελικά η ποιοτική και ποσοτική εκτίμηση της IgG του ENY αποτελεί σήμερα ένα από τα σοβαρότερα διαγνωστικά κριτήρια της Σ.Κ.Π.

β) Προσδιορισμός των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας.

Έχει διαπιστωθεί ότι σε ποσοστά 53 % το αντιγόνο HLA-DW2 είναι θετικό σε ασθενείς με Σ.Κ.Π., ενώ στους μάρτυρες το ποσοστό δεν ξεπερνά το 18 %. Παρατηρήθηκε ακόμη ότι η παρουσία των HLA-DW2 έχει σχέση με την πορεία της νόσου.

γ) Προκλητά δυναμικά.

Τα προκλητά δυναμικά κατέχουν σημαντική θέση ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που συμπληρώνουν την διάγνωση της Σ.Κ.Π. Είναι εύκολη και ανώδυνη μέθοδος και βοηθά στην διάγνωση με τον εντοπισμό κλινικώς σιωπηλών βλαβών, την επιβεβαίωση των βλαβών που δίνουν σημειολογία, και με την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου.

Τα ευρήματα δεν είναι ειδικά της Σ.Κ.Π. αφού μπορούμε να τα συναστήσουμε σ' ένα μεγάλο αριθμό παθήσεων.

δ) Μαγνητική τομογραφία.

Συμβάλλει στην διάγνωση της Σ.Κ.Π. με την απεικόνιση των απομυελινωτικών πλακών. Η συμβολή της είναι πολύ μεγαλύτερη από εκείνη της Αξονικής Τομογραφίας.

#### 3.4. Κλινική πορεία - πρόγνωση.

Κατά τον Mc Alpine το 30 % υποτροπιάζουν μέσα σ' ένα χρόνο, το 20 % σε δύο χρόνια, ένα άλλο 20 % σε 5 - 9 χρόνια και ένα 10 % σε 10 - 30 χρόνια. Στο υπόλοιπο 10 % η πορεία εξελίσσεται ανώμαλα από την αρχή.

Η διάρκεια της νόσου ποικίλει. Μικρός αριθμός ασθενών αποβιώνει σε λίγους μήνες ή χρόνια από την αρχική προσβολή, αλλά η μέση διάρκεια είναι 30 χρόνια.

Μετά από 25 χρόνια νόσησης το 1/2 των επιζώντων συνήθως εργάζεται και τα 2/3 έχουν βαρεία αναπηρία.

### 3.5. Θεραπευτική προσπάθεια.

Αιτιολογική θεραπεία της νόσου δεν υπάρχει. Τα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι ανασοκατασταλτικά.

Η ACTH και τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται στην διάρκεια εξάρσεων της νόσου. Η μακροχρόνια χορήγηση τους δεν έδειξε να επηρεάζει την προοδευτική εξέλιξη της νόσου, αλλά απεναντίας δημιούργησε υπόνοιες ότι μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα νέας υποτροπής.

Για την πρόληψη των υποτροπών χρησιμοποιούνται οι αντιμεταβολίτες. Η αζαθιοπρίνη φαίνεται να περιορίζει σημαντικά τις υποτροπές. Οι παρενέργειες της σε συνδυασμό με το μακροχρόνιο της θεραπείας είναι παράγοντες που δημιουργούν σοβαρούς προβληματισμούς για τη χρήση της.

Η κυκλοφωσφάμιδη και η αραβινοσίδη δείχνουν να επηρεάζουν ευνοϊκά την πορεία ασθενών με Σ.Κ.Π. Ο μεγάλος κίνδυνος λευχαιμίας και καρκίνου κύστεως τα κάνει δύσχρηστα.

Οι προσπάθειες με το λινολεϊνικό οξύ δεν έδωσαν μέχρι στιγμής ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

Φάρμακα όπως η διεζεπάμη η θαντρολένη και η βαλοφένη μπορεί να βοηθήσουν στην μείωση της σπαστικότητας. Ακόμα η προπαθελίνη βοηθά στην ελάττωση της επιτακτικότητας και στην ακράτεια της ούρησης.

Ενδοραχιαίες εγχύσεις φαινόλης δίδονται σε προχωρημένα στάδια. Τέλος μεγάλη βοήθεια μπορεί να προσφέρει η φυσικοθεραπεία.



Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας

Η νοσηλευτική αξιολόγηση των συμπτωμάτων, αναγκών και προβλημάτων ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας βασίζεται στην προσωπική γνωριμία και επικοινωνία, στην άμεση παρατήρηση της καταστάσεως και των εκδηλώσεων του ασθενή καθώς και στην εξασφάλιση πληροφοριών από την οικογένεια.

Η νοσηλεύτρια παίζει σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση της ψυχικής διάθεσης του ασθενή.

Η συνεχής επικοινωνία της Νοσηλεύτριας με τον ασθενή είναι πολύ αναγκαία. Ο ασθενής πρέπει να τους βλέπει όχι μόνο σαν άτομα που εκτελούν το καθήκον τους αλλά και σαν ανθρώπους με στοργή και αγάπη που είναι πάντα έτοιμοι να προσφέρουν τη βοήθειά τους. Πρέπει να προετοιμάζεται ο ασθενής με τις απαραίτητες γνώσεις για τις νοσηλευτικές εμπειρίες που πρόκειται να έχει, γιατί έτσι μόνο θα αποκτήσει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτή/τρια.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μία νόσος που απαιτεί την προσοχή και την παρέμβαση της νοσηλεύτριας για την άμεση αντιμετώπιση των προβλημάτων.

4.1. Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου.

I. Πηγές πληροφοριών

α) Αρρώστος

β) Οικογένεια

γ) Άλλα άτομα του περιβάλλοντός του

δ) Ιατρικό δελτίο

## II. Ιστορικό υγείας

α) Παίρνεται ατομικό και οικογενειακό ιστορικό για διαπίστωση τυχόν εμφάνισης σκλήρυνσης κατά πλάκας παλιότερα στον ασθενή ή σε μέλος της οικογένειάς του.

β) Αναφέρει ο ασθενής ή η οικογένειά του αν εμφανίζει διαταραχές όρασεως ή αισθητικές διαταραχές όρασεως ή αισθητικές διαταραχές ή ακόμα αν παρουσιάζει σπαστικοαταξικές διαταραχές.

γ) Παίρνονται πληροφορίες για τυχόν διαταραχές από την κύστη.

## III. Φυσική εκτίμηση

α) Ανάλογα με τα αρχικά συμπτώματα της νόσου

β) Παρακολουθούνται οι κινήσεις του αρρώστου

γ) Παίρνονται τα ζωτικά σημεία

## IV. Διαγνωστικές εξετάσεις

α) Γενική αίματος

β) Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών

γ) Ηλεκτρολύτες (Κ, Να, ερυθρών)

δ) Καλλιέργεια ούρων

ε) Γενική ούρων

στ) Ε Ν Υ

ζ) Ακτινολογικός έλεγχος

η) Μαγνητική τομογραφία

θ) Βιοψία Μυός

#### 4.2. Προβλήματα του ασθενή

Ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή λόγω των ευρείων συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν την νόσο.

#### 4.3. Σκοποί και φροντίδα

α) Ακρίβης αναγνώριση της απομυελινωτικής εξεργασίας σε ασθενή με ένα σύμπτωμα νευρολογικής δυσλειτουργίας.

β) Προστασία του ασθενή από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μία έξαρση.

γ) Βοήθεια του ασθενή να κατανοήσει ότι η ασθένειά του είναι επεισοδιακή και εμφανίζεται με κρίσεις, και να την αντιμετωπίσει.

δ) Χορήγηση στεροειδών με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα όταν παραγγέλλονται.

ε) Εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής με απόλυτη ακρίβεια όσον αφορά το χρόνο και τη δόση.

στ) Αγωγή ασθενή με δυσκολίες έγερσης από το κρεβάτι.

ζ) Αγωγή ασθενή με διαταραχές όρασης.

η) Αγωγή δυσλειτουργίας εντέρου.

θ) Διατήρηση της καλύτερης δυνατής λειτουργίας της κύστης για αποφυγή ουρολοιμώξεων.

ι) Αγωγή ασθενή με αισθητικές διαταραχές.

#### 4.4 Παρέμβαση

Στη συνέχεια αναφέρω αναλυτικά τις νοσηλευτικές δραστηριότητες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας.

- Κατά την εισαγωγή λοιπόν ασθενή με συμπτώματα σκλήρυνσης κατά πλάκας α) παίρνεται ένα πλήρες ιστορικό του παρόντος προβλήματος και των προηγούμενων επεισοδίων δυσλειτουργίας.
- β) Γίνεται μία προσεκτική εκτέλεση νευρολογικής εξέτασης.
- γ) Πλήρης και σωστή αναγραφή των ευρημάτων.
- δ) Προβλήματα συγκινησιακής απόκρισης του ασθενή.
- ε) Σύγκριση ευρημάτων με εκείνα των γιατρών.
- στ) Επανεκτίμηση σε τακτικά διαστήματα της νευρολογικής κατάστασης και σύγκρισής τους με εκείνα της βασικής γραμμής.

Η καλή νοσηλεύτρια πρέπει να αναγνωρίζει τους παράγοντες που έχουν δυσάρεστα αποτελέσματα αποτελέσματα στην υγεία του.

α) Η αύξηση θερμοκρασίας με ενβάπτιση σε ζεστό νερό ή κατά την διάρκεια ζεστού, υγρού καιρού. Η καλή νοσηλευτική φροντίδα για την αντιμετώπιση της αύξησης της θερμοκρασίας επιτυγχάνεται με τα εξής:

Α) Γίνεται συχνή και σωστή λήψη θερμοκρασίας, σωστή καταγραφή στα θερμομετρικό διάγραμμα.

Β) Συστηματική περιποίηση των χειλέων για την αντιμετώπιση της ξηρότητας από τον πυρετό και την πρόληψη δημιουργίας ραγάδων στα χείλη.

Γ) Καλώς και συχνός καθαρισμός του δέρματος από τον ιδρώτα και αλλαγή νυχτικού.

Δ) Σε υψηλό πυρετό κάνουμε λουτρό σε θερμοκρασία του σώματος αν η κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει.

Ε) Τέλος χορηγούμε αντιπυρετικά κατόπιν εντολής του ιατρού για την αποφυγή σπασμών.

Β) Εκτός από την αύξηση της θερμοκρασίας ένας άλλος παράγοντας για να επιδεινωθεί η κατάσταση του ασθενή είναι οι ενέσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει πότε είναι αναγκαίο να γίνει μία ένεση ή η αποφυγή της όταν δεν είναι τελείως απαραίτητη.

γ) Η νοσηλευτική ευθύνη στην αξιολόγηση και στην ανάπτυξη προγράμματος με κανονική ανάπαυση και δραστηριότητα διότι η κόπωση μπορεί να επιφέρει δυσάρεστα αποτελέσματα.

δ) Επίσης πρέπει να γνωρίζει ότι ένα σύμπτωμα είναι παρεπίπτουσας μόλυνσης έτσι ώστε να γίνει έγκαιρη διαπίστωση και σωστή θεραπεία άλλων ασθενειών. Ακόμη πρέπει να έχει υπόψη της τις ορμονικές μεταβολές που μπορεί να προέλθουν στον ασθενή.

Επειδή η ασθένεια αυτή είναι επεισοδιακή είναι φυσικό κάθε απώλεια μίας νέας λειτουργίας να συνοδεύεται από μία διεργασία λύπης στην οποία παλιές και καινούργιες αγωνίες έρχονται στην επιφάνεια και μπορεί γι' αυτό να συνοδεύεται από κατάθλιψη. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι έτοιμη να απαντήσει στις ερωτήσεις του ασθενή με ακρίβεια, να τον ενθαρρύνει με λόγια στηριγμένα πάνω σε ρεαλιστικές βάσεις. Να του δοθεί η δυνατότητα να εκφράσει αυτός και η οικογένειά του τους φόβους και την αγωνία που τους διακατέχει.

Εκτός από τις συμβουλές που μπορεί να παρέχει η

νοσηλεύτρια στον ασθενή και στην οικογένειά του ζητάει βοήθεια και από την υπόλοιπη ιατρική ομάδα (κοινωνικούς λειτουργούς - επισκέπτρια). Κάνει ενέργειες για να πάρει ενίσχυση ο ασθενής από την πολιτεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες για να του εξεσφαλιστεί, λόγω της μακροχρόνιας πορείας της ασθένειας, ιατρική φροντίδα, εκπαιδευτική και επαγγελματική βοήθεια. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η καλή σχέση μεταξύ της νοσηλεύτριας και του ασθενή είναι αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας. Με κάθε επεισόδιο ο ασθενής πρέπει να αναπτύξει νέα κατανόηση και προσαρμογή.

Για να έχουμε τα καλύτερα αναμενόμενα αποτελέσματα κατά την φαρμακευτική αγωγή πρέπει να εφαρμόζεται με απόλυτη ακρίβεια η δόση και ο χρόνος χορήγησης των φαρμάκων:

- α) Προσεκτική εξήγηση του θεραπευτικού σχήματος στον ασθενή με γραπτές οδηγίες.
- β) Διδασκαλία του ασθενή πως να αναγνωρίζει τις παρενέργειες π.χ. Έλκος στομάχου, παχυσαρκία, μεταβολές της ψυχικής διάθεσης.
- γ) Διδασκαλία του ασθενή πως να αποφεύγει τις παρενέργειες με τη χρησιμοποίηση I) αντιόξινων II) ειδικής διαίτας.
- δ) Διδασκαλία του ασθενή να αναφέρει όποια σημεία ιογενούς ή μικροβιακής μόλυνσης ενώ θα θεραπεύεται με ανασοκατασταλτικά.

Όλα τα παραπάνω έχουν σαν σκοπό την μη εμφάνιση ή την μείωση στο ελάχιστο των παρενεργειών. Ενώ καθήκον της

νοσηλεύτριας είναι η παρακολούθηση και η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή σε σύγκριση με την αρχική του κατάσταση.

Ένα από τα άμεσα προβλήματα που αφορά ασθενή με σκλήρυνση κατα πλάκας είναι και η δυσκολία έγερσης από το κρεβάτι, που οφείλεται στις κινητικές και αισθητικές διαταραχές οι οποίες προκαλούνται από τις αλλοιώσεις του Ν.Μ. και του εγκεφάλου. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι παροδικές ή να αφήσουν υπόλειμμα. Η συμβολή της Νοσηλεύτριας σ' αυτό το πρόβλημα είναι η χρησιμοποίηση μηχανικών μέσων για την εξασφάλιση και διατήρηση της έγερσης καθώς και η επιβεβαίωση ότι ο ασθενής ξέρει και μπορεί να τα χρησιμοποιήσει. Επίσης η ανάπτυξη θεραπευτικού σχήματος ανάπαυσης και δραστηριότητας για τη διατήρηση του τόνου και της μάζας των μυών. Για την απαλλαγή της σπαστικότητας εφαρμόζεται μασάζ. Λόγω της μη δυνατότητας έγερσης του ασθενή από το κρεβάτι η νοσηλεύτρια πρέπει να υποβάλλει τον ασθενή σε συστηματική προληπτική αγωγή η οποία συνίσταται μεταξύ άλλων: στην συχνή αλλαγή θέσεως εφόσον αυτό δεν επηρεάζει την κατάσταση του ασθενή, στην παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζονται για τυχόν εμφάνιση ερυθροτήτων, στην προσοχή κατά την τοποθέτηση και αφαίρεση της σκωραμίδας, διατήρηση των κλινοσκεπεσμάτων καθαρών και τεντομένων κ. ά.

Ένας ακόμη παράγοντας που βοηθάει στην γρήγορη έγερση του ασθενή από το κρεβάτι είναι η φυσιοθεραπεία που

εξασφαλίζει ασκήσεις εκτάσεως.

Κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο γίνεται σχεδιασμός συνέχειας της φροντίδας στο σπίτι με τη βοήθεια των αρμοδίων της κοινοτικής νοσηλευτικής.

Ανάμεσα στα προβλήματα ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας συγκαταλέγονται και οι διαταραχές της όρασεως. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας του ασθενή και να αναγράφονται με ακρίβεια τα ευρήματα.

Οι σκοποί της φροντίδας της νοσηλεύτριας όταν υπάρχει διαταραχή της όρασεως είναι η απαλλαγή από σημεία και συμπτώματα, η πρόληψη υποτροπής, η θεραπεία της υπόκειμενης αιτίας και η πρόληψη μόνιμης απώλειας της όρασης.

Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρησιμοποίηση στερινοειδών και λήψη μέτρων για πρόληψη παρενεργειών και προστασία από δευτεροπαθή βλάβη της διαταραχής της όρασης. Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντας την πιθανότητα ατυχήματος λόγω της διαταραχής της όρασεως συμβουλεύει τους οικείους του ασθενή να μην τον αφήνουν μόνο όταν σηκώνεται από το κρεβάτι και παρακολουθεί και η ίδια αν εκτελούνται οι οδηγίες της. Αν ο ασθενής είναι μόνος του τον συμβουλεύει πως όταν χρειάζεται κάτι ή είναι ανάγκη να σηκωθεί από το κρεβάτι να την ειδοποιεί.

Η βλάβη της σπονδυλικής στήλης μπορεί να διαταράξει την κανονική κένωση του εντέρου, προκαλώντας κατακρότηση κοπράνων ή απώλεια. Η κατάσταση επιδεινώνεται εξ αιτίας της ακινησίας. Η απώλεια και η ανάγκη βοήθειας για κένωση είναι ταπεινωτική



εμπειρία. Η νοσηλεύτρια γνωρίζοντάς το μεταχειρίζεται τον ασθενή με λεπτότητα. Στην αρχή δίνοντας συμβουλές που θα βοηθήσουν στην κανονική κένωση σχετικές, με τη δίαιτα και τη δραστηριότητά του. Αν δεν υπάρχει αποτέλεσμα στο πρόβλημα τότε το αντιμετωπίζουμε λαμβάνοντας τα εξής νοσηλευτικά μέτρα όπως εφαρμογή υποθέτου και υποκλυσμός. Όταν υπάρξει κάποιο αποτέλεσμα μετά την εφαρμογή των μέτρων πρέπει να γίνεται καλή περιγραφή των κενώσεων και να γράφεται στο διάγραμμα καθώς και ο αριθμός αυτών.

Οι αλλοιώσεις του Ν.Μ. μπορεί να διαταράξουν τη φυσιολογική λειτουργία της κύστης προκαλώντας κατακράτηση ούρων. Ο ασθενής με το πρόβλημα κατακρατήσεως μπορεί να εμφανίσει μολύνσεις και επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας. Η νοσηλεύτρια οφείλει να διακρίνει συμπτώματα κατακρατήσεως όπως είναι η ανάγκη προσπάθειας για ούρηση, οι μικρές και συχνές ουρήσεις κ.ά. Οι ενέργειες της νοσηλεύτριας για την αντιμετώπιση της κατακρατήσεως στην αρχή είναι: η τοποθέτηση του αρρώστου σε κατάλληλη θέση, η χορήγηση υγρών και η προσπάθεια να ουρήσει με φυσικά μέσα όπως το άνοιγμα της βρύσης κ.λ.π.

Τέλος αν δεν έχουμε κάποια αποτελέσματα τότε γίνεται καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως, ο οποίος πρέπει να γίνεται τόσο συχνά όσο χρειάζεται. Ακόμα πρέπει να γίνεται μιά ακριβή μέτρηση των ούρων όταν ζητείται από το γιατρό. Για τη λήψη άσηπτων ούρων για καλλιέργεια παίρνουμε δείγμα από τον

καθετήρα. Ο καθετήρας πρέπει να αλλάζεται αμέσως μόλις γεμίσει, και να τοποθετείται προσεκτικά έτσι ώστε να μη δημιουργούνται τραυματισμοί.

Παρ' όλα αυτά η νοσηλεύτρια δεν ξεχνάει την ψυχολογική υποστήριξη που έχει ανάγκη ο ασθενής και τον ενθαρρύνει συνεχώς να εκφράσει τα αισθήματά του.

Τέλος πρέπει να αναφέρουμε και την αγωγή του ασθενή με αισθητικές διαταραχές η οποία περιλαμβάνει α) Λήψη ιστορικού της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. β) Λήψη ιστορικού του ασθενούς για τυχόν εμπειρίες ανώμαλων αισθήσεων. γ) Μείωση εκτίμησης του πόνου και του θερμού καθιστούν τον ασθενή επιρρεπή σε μολύνσεις και κακώσεις του δέρματος τις οποίες ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται.

Η παρέμβαση και εδώ της νοσηλεύτριας είναι αναγκαία και αφορά τα εξής σημεία:

- α) Διδασκαλία του ασθενή για τη σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης και αφορά κάθε αλλαγή που διαπιστώνεται στο δέρμα.
- β) Εξασφάλιση τρόπου ελέγχου μερών που είναι δύσκολη η επισκόπησή τους.
- γ) Προστασία δέρματος με αλλαγή θέσης και έγκαιρη θεραπεία των μολύνσεων ή ερεθισμών. (κατακλίσεις)
- δ) Σχολαστική καθαριότητα του δέρματος.

Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να τονίσουμε ότι δεν υπάρχει ειδική θεραπεία της νόσου, η οποία εμφανίζεται και υποχωρεί

το ίδιο ξαφνικά. Η γενική αντιμετώπιση του ασθενή απαιτεί λεπτότητα και σύνεση. Συνιστάται η αποφυγή κοπώσεως αλλά παράλληλα θα πρέπει να καταβάλλεται πάσα δυνατή προσπάθεια ώστε ο ασθενής να συνεχίσει να ασκεί το επάγγελμά του όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τελειώνοντας αναφέρω μερικές γνώσεις για τις εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται για την διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας και αφορούν την νοσηλεύτρια.

Η κλινική σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων είναι σημαντική για τη διάγνωση της νόσου και εφαρμογή της θεραπείας. Αυτό αναμφίβολα είναι έργο του ιατρού. Η γνώση όμως της κλινικής σημασίας των εργαστηριακών εξετάσεων από την νοσηλεύτρια την εμπλουτίζει με πολύτιμες πληροφορίες που την κάνουν ικανή.

- Για ασφαλή και ακίνδυνη άσκηση των καθηκόντων της, δηλαδή, την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον άνθρωπο που πάσχει και

- Για την εκπλήρωση του πολυδιάστατου ρόλου της, δηλαδή, την πρόληψη, τη θεραπεία, αποκατάσταση υγείας και την ανακούφιση του πάσχοντα ανθρώπου.

Εχοντας υπ' όψη τα παραπάνω αρχίζουμε τη μελέτη μερικών από τις εργαστηριακές εξετάσεις που γίνονται για τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Καλλιέργεια ούρων. Με αυτή διαπιστώνεται η παρουσία των παθογόνων μικροοργανισμών. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει

ότι βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της καλλιέργειας αποτελεί η άσηπτη λήψη των ούρων. Πρέπει να αποφεύγεται, όσο το δυνατό, ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως, επειδή εγκυμονεί κινδύνους εγκατάστασης μόλυνσης ή ακόμη και προκλήσεως μικροβιαίμιας. Η καταλληλότερη μέθοδος είναι η συγκέντρωση δείγματος ούρων κατά τη διάρκεια της ουρήσεως και κυρίως στη μέση της ουρήσεως. Ο τρόπος αυτός συγκεντρώσεως άσηπτων ούρων προϋποθέτει προσεκτικό πλύσιμο της περιοχής των έξω γεννητικών οργάνων με απλό σαπούνι και νερό (όπως και στην απλή εξέταση των ούρων) ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί ώστε τα ούρα να μην έλθουν σε επαφή με το δέρμα της ακροπισθίας ή των χειλέων του αιδοίου, απ' όπου είναι δυνατόν να πάρουν μικρόβια. Εάν μολαταύτα είναι αναγκαίος ο καθετηριασμός θα πρέπει να γίνει με άσηπτες συνθήκες. Το δείγμα των ούρων που συγκεντρώθηκε μ' αυτό τον τρόπο αποστέλλεται στο μικροβιολογικό εργαστήριο για καλλιέργεια.

Οσφυονωτιαία Παρακέντηση: Με αυτήν παίρνεται νωτιαίος μυελός. Η λήψη του υγρού γίνεται για μικροβιακή ή χημική εξέταση προς διάγνωση της ασθένειας. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση εκτελείται από έμπειρο ιατρό. Η τήρηση, κατά το δυνατό, απόλυτης ασηψίας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ασφαλή εκτέλεση της νοσηλείας. Για την εκτέλεση αυτής της παρακεντήσεως είναι απαραίτητα η συγκατάθεση του πάσχοντος. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να γνωρίζει τόσο το τι θα πρέπει να κάνει πριν την παρακέντηση όσο και μετά από αυτήν. Οι

κινήσεις της θα πρέπει να είναι σταθερές και σίγουρες. Ακόμα θα πρέπει να γνωρίζει ότι οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά και μετά την εκτέλεση αυτής της παρακέντησεως είναι μεγάλοι και πολλοί όπως : Πόνοι και διαταραχές της αισθητικότητας των κάτω άκρων, συμπτώματα μηνιγγισμού, μόλυνση του εγκεφαλονωτιαίου σωλήνα, σπάσιμο της βελόνας μέσα στο νωτιαίο σωλήνα κ.ά. Σε όλη τη διάρκεια της παρακέντησης η νοσηλεύτρια θα πρέπει να μιλάει στον ασθενή και να του δίνει κουράγιο. Έτσι θα νιώσει πιο άνετα και θα συνεργάζεται, ταυτόχρονα θα ξεχνάει τις δυσάρεστες εμπειρίες που περνάει.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V

Περιπτώσεις ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας

Νοσηλευτική Διεργασία

1η περίπτωση

Ο ασθενής Σμαίλης Αριστοτέλης 31 ετών συνοδευόμενος από την γυναίκα του ήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου στις 3-5-91 αναφέρει ότι εδώ και 10 ημέρες έχει θάμβος οράσεως. Ενώ εδώ και δύο ημέρες προστέθηκε και διπλωπία, κυρίως προς τα (ΑΡ). Εγινε αμέσως εισαγωγή στην Νευρολογική Κλινική για διερεύνηση. Ερωτήθηκε αν είχε ποτέ άλλοτε ενοχλήματα, μας αποκάλυψε πως το 1985 είχε Δυσαρθρία μετά από έντονο stress, έκανε ακτινολογικό έλεγχο ο οποίος ήταν αρνητικός.

Τα ευρήματα απο τη φυσική εξέταση έδειξαν πάρευση απαγωγού προς τα ΑΡ.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που έγιναν έδειξαν:

ΗΤ = 41 , Λευκά 7000 ΜΜ, Τύπος Λευκών: Π = 60    Π = 33

ΜΜ = 2    Η = 4    Β-1    ΤΚΕ = 2 ΜΜ, Ουρία = 32 ΜΓ/ΔΛ

Κρεατίνη = 1,1 ΜΓ/ΔΛ, Σάγγαρο = 84 ΜΓ/ΔΛ, Κ = 4,8 ΜΕΓ/ΛΤ

Να = 143 ΜΓ/ΔΛ , Χοληστερίνη = 150 ΜΓ/ΔΛ, Τριγλυκερίδια

= 46 ΜΓ/ΔΛ    SGPT = 11 JU/ΛΤ    SGOT = 17 JU/CT, CPK = 50

CDH = 166.

Εγινε πλήρη εξήγηση από τον ιατρό για την ανάγκη της παρακέντησης αλλά ο ασθενής δεν βέχθηκε και έμεινε αμετάπειστος μέχρι το τέλος.

Δέχθηκε όμως να κάνει ακτινολογικό έλεγχο και το CT - εγκεφάλου έδειξε: Το κοιλιακό σύστημα και τα μόρια της μέσης γραμμής απεικονίζονται φυσιολογικά. Δεν ανεδείχθησαν αγγειακού τύπου βλάβες ούτε αλλοιώσεις της λευκής ουσίας. Ο ασθενής υπέσθει σε πλεκροφυσιολογικό έλεγχο: ΗΕΓ: Φυσιολογικό διάγραμμα. Οπτικά προκλητά δυναμικά: λανθάνοντες χρόνοι παθολογικοί αμφωτέρων των οφθαλμών. Η ταχύτητα αγωγής στο έπαρμα P100 είναι για το ( ΑΠ) μάτι = 140 m sec και για το (Δ) μάτι = 115 m sec.

Οφθαλμολογική εξέταση :  $V \begin{matrix} 10/10 \\ 67/30 \end{matrix}$  πάρευση έξω οφθαλμού (AP) βυθός χωρίς φανερές αλλοιώσεις.

Κρίθηκε σκόπιμα να γίνει βιοψία μυός. Η μαγνητική τομογραφία έδειξε στη λευκή ουσία παρακοιλιακώς, στα μηνοειδή και ωοειδή κέντρα αυτής, στις έσω κάψες το στέλεχος και τα μέσα παρεγκεφαλικά σκέλη παρατηρούνται.

Όλες οι εξετάσεις δείχνουν αισθητές εστίες, ευρήματα συμβατά με αλλοιώσεις απόμυελωτικής νόσου.

Η τελική διάγνωση είναι Νευρολοίμωξη.

Ακολουθήθηκε η εξής φαρμακευτική αγωγή Tabl. Phezolon 5mg, προοδευτικά ελατωμένη δόση και Tabl. Zantac 1x2.

Ακόμη οι οδηγίες του γιατρού ήταν : άναλος δίαιτα, μέτρηση σακχάρου, μέτρηση και παρακολούθηση ΑΠ και ζύγισμα κάθε ημέρα.

Ο ασθενής μετά την ειδική φαρμακευτική αγωγή και την εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που του δόθηκε αποχωρεί

από την κλινική στις 23-5-91, απαλλαγμένος απ' την αρχική συμπτωματολογία της ασθένειας. Είναι καλά όμως πληροφορημένος απ' το γιατρό, ότι αναλόγως το πως θα αντιδράσει ο οργανισμός του μπορεί να επέλθουν σοβαρότερες επιπλοκές. Παρόλ' αυτά έχει υποστηριχθεί κατάλληλα ψυχικά από όλους τους φορείς της κλινικής, και φυσικά απ' τα μέλη της οικογένειάς του, έτσι ώστε αφού βέβαια ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού να μπορεί βγαίνοντας απ' την κλινική να συνεχίσει και πάλι μία φυσιολογική ζωή.

- Οι οδηγίες του γιατρού είναι:
- 1) Αναλος δίαιτα
  - 2) Μέτρηση σαγχάρου αίματος  
κάθε εβδομάδα
  - 3) Μέτρηση ΑΠ κάθε 2 - 3  
ημέρες
  - 4) Ζύγισμα καθημερινά.



Ιστορικό Ι

Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα αρρώστου με σκλήρυνση κατά πλάκας

εφαρμόζοντας την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
1η μέρα  Φόβος του ασθενή για το καινούργιο περιβάλλον	Να εξοικειωθεί ο ασθενής με το περιβάλλον και να μη νιώθει ανασφάλεια	Προσέγγιση και συζήτηση με τον ασθενή για τους λόγους που δημιουργούν αυτή τη ψυχολογική κατάσταση	Πλησίασα τον ασθενή και συζήτησα μαζί του τους λόγους για τους οποίους νιώθει φόβο και έμαθα ότι δεν είχε τόσο ευχάριστες εμπειρίες απο κάποια προηγούμενη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Τον καθησυχάζω διαβεβαιώνοντάς τον ότι δεν υπάρχει λόγος να ανησυχεί.	Μετά από τη συζήτηση που είχα με τον ασθενή διαπίστωσα ότι είχα κερδίσει την εμπιστοσύνη του, ένιωθε περισσότερη ασφάλεια και είχε μειωθεί ο φόβος και η ανησυχία του.
Απορία και αγωνία της οικογένειας του για την κατάσταση του ασθενή.	Να λυθούν οι απορίες που υπάρχουν στους οικείους του και καθησυχασή τους με εξηγήσεις σχετικά με αυτή την αρρώστια	Συζήτηση και διαφώτιση των οικείων του και καθησυχασή αυτών.	Συζήτησα με την οικογένειά του σχετικά με την αρρώστια, δηλ. τα συμπτώματα, την εξέλιξη και τη θεραπεία λύνοντας έτσι τις απορίες τους. Τους υποστήριξα ότι δεν πρέπει να ανησυχούν γιατί την εξέλιξη και την πορεία της αρρώστιας κανείς δεν μπορεί να την προκαθορίσει.	Δέχθηκαν τις εξηγήσεις ευχάριστα ακούγοντας με προσοχή ότι τους έλεγα ρωτώντας παράλληλα για κάτι που δεν καταλάβαιναν. Η αγωνία τους μειώθηκε και με ευχαρίστησαν για την διαφώτιση που τους έγινε.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Μη αποδοχή παρακεντήσεως Ε Ν Υ.	Να αποδεχθεί ο ασθενής την παρακέντηση.	Συζήτηση και εξήγηση του σκοπού της παρακέντησης.	Εξηγώ στον ασθενή το σκοπό και την ανάγκη αυτής της ενέργειας που έχει σαν αποτέλεσμα την διάγνωση του προβλήματός του.	Μετά από προσπάθεια και εξηγήσεις και άλλων νοσηλευτών ο ασθενής παραμένει στην αρχική του απόφαση λόγω φόβου για τυχόν επιπλοκές. Δυστυχώς δεν μπορέσαμε να τον μεταπειάσουμε.
Ο ασθενής ακόμα έχει κάποια αγωνία λόγω αβεβαιότητας για το σχέδιο του γιατρού και της νοσηλευτικής φροντίδας.	Να αποδεχθεί ο ασθενής το ιατρικό και νοσηλευτικό σχέδιο χωρίς αμφιβολίες.	Ενημέρωση του γιατρού για αυτό το πρόβλημα του ασθενή και συζήτηση μαζί του για όλο το προγραμματισμένο σχέδιο νοσηλείας του.	Μαζί με το γιατρό γίνεται μία ολοκληρωμένη συζήτηση. Τους εξηγούμε όλες τις εξετάσεις που πρέπει να κάνει χωρίς φόβο και χωρίς δισταγμό για να μπορέσουμε να τον βοηθήσουμε θετικά.	Ο ασθενής φαίνεται ανακουφισμένος λόγω πληροφοριών. Δέχεται όλες τις απαιτούμενες εξετάσεις χωρίς καμιά διαμαρτυρία και συνεργάζεται σιωπηλώς.
Ο ασθενής είναι πολύ σιωπηλός και φαίνεται να έχει αγωνία για κάτι.	Να μάθω γιατί ο ασθενής κλείστηκε στον εαυτό του και γιατί είναι τόσο ανήσυχος.	Συζήτηση με τον ασθενή τι τον προβληματίζει και ποιοί είναι οι φόβοι του.	Ρώτησα τον ασθενή αν έχει κάποιο παραπονο ή κάποια επιθυμία η οποία του έχει μείνει απραγματοποίητη, και την οποία εγώ θα μπορούσα να τον βοηθήσω να την ξεπεράσει. Συζητώ και με την οικογένειά του μήπως αυτοί ξέρουν για πιά λόγο ο ασθενής έχει πέσει σε κατάθλιψη. Τους πληροφορώ πως χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη και δε πρέπει με τίποτα να τον παρεμελιώμε.	Ο ασθενής ήταν επιφυλακτικός. Απαντούσε μόνο όταν του γινόταν μία ερώτηση. Ανοίχτηκε όμως για λίγο και τότε μου εξέφρασε πως έχει αγωνία λόγω αβεβαιότητας των αποτελεσμάτων από τις εξετάσεις. Η οικογένειά του συμφώνησε ακούγοντας τα προβλήματα που έχει πλέον ο ασθενής και έδειξαν προθυμία να βοηθήσουν τον ασθενή.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
	Να ηρεμήσει ο ασθενής και να συνεργάζεται.	Συζήτηση με τον γιατρό και αποφασίστηκε μόλις βγουν τα αποτελέσματα να ενημερωθεί ο ασθενής.	Μόλις λάβαμε τα αποτελέσματα μαζί με το γιατρό επισκευθήκαμε τον ασθενή και τον ενημερώσαμε για τα αποτελέσματα των εξετάσεων.	Ο ασθενής δέχτηκε ψύχραιμα τα αποτελέσματα των εξετάσεων.
Λόγω των συμπτωμάτων (διπλωπία-θαμβος οράσεως) ο ασθενής δεν είναι ικανός να φροντίσει την ατομική του υγιεινή επειδή φοβάται τυχόν πτώση του.	Διατήρηση καλής υγιεινής και καθαρισμός του δέρματος.	Ετοιμασία του ασθενούς για μπάνιο και καθυστέρηση πως θα έχει κάθε βοήθεια.	Βοήθησε τον ασθενή να σηκωθεί από το κρεβάτι και τον μετέφερε στο μπάνιο. Παρακολούθηση και βοήθεια όση ώρα κάνει μπάνιο για τυχόν πτώση του μέσα σ'αυτό. Μαζί με την γυναίκα του τον βοηθώ να φορέσει καθαρές πυτζάμες και να πλύνει τα δόντια του. Μεταφέρεται στο κρεβάτι όπου του περιποιώ τα νύχια των χεριών και των ποδιών. Καθισμένος πιά στο κρεβάτι μπορεί μόνος του να χτενίσει τα μαλλιά του. (πριν τον βάλουμε τον ασθενή στο κρεβάτι αλλάξαμε τα κλινοσκεπάσματα).	Αισθάνεται πύομορφα ο ασθενής με καθαρό ιματισμό και ξεκούραστος μετά το μπάνιο. Δεν παρουσίασε κανένα πρόβλημα σε όλη τη διάρκεια της πρώτης περιποίησης
Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα όταν έρχεται το φαγητό. Παραπονειέται πως το φαγητό του είναι πάντα λίγο ανάλατο και άγευστο.	Να φάει ο ασθενής για να μην παρουσιάσει άλλα προβλήματα.	Ενημέρωση του ασθενούς σε σχέση με το φαγητό του.	Εξήγησα στον ασθενή πως το φαγητό του είναι λίγο κ' ανάλατο διότι σύμφωνα με τις εντολές του γιατρού πρέπει να ακολουθεί κάποιο δίαιτο	Εφαγε το φαγητό του αλλά όχι με όρεξη και σε όλη τη διάρκεια του γεύματος παραπονειόταν.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Ζητάει εξηγήσεις και δείχνει το φόβο του όταν αρχίσει η φαρμακευτική αγωγή.	Αντιμετώπιση των προβλημάτων του με τα φάρμακα.	Ενημέρωση του γιατρού και εξήγηση του ασθενούς.	Από το γιατρό έγινε λεπτομερής εξήγηση στον ασθενή σχετικά με την φαρμακευτική του αγωγή. Πάιρνει tabl zantac 1x2 και tabl presolon 5 mg προοδευτικά ελαττωμένη δόση.	Λαμβάνει χωρίς αντιρήσεις τα φάρμακα μετά από τις πληροφορίες που του δόθηκαν.
Δυναμικό πρόβλημα αγωνίας λόγω προβλεψίως μακροχρόνιας αρρώστιας και πιθανότητας αναπηρίας.	Να δείξουμε στον ασθενή ότι η ασθένειά του μπορεί να μην τον ενοχλήσει για αρκετά χρόνια και θα μπορεί να συμπεριφέρεται φυσιολογικά χωρίς κανένα πρόβλημα.	Ζητήθηκε βοήθεια από την κοινωνικό λειτουργό για να βρεθεί μία λύση.	Έγινε συνάντηση με την κοινωνική λειτουργό η οποία κατανόησε το πρόβλημα του ασθενούς και αποφασίστηκε μία συνάντηση με έναν ομοιοπαθή. Ακόμα λέμε στην οικογένειά του πως ο ασθενής χρειάζεται όσο ποτέ άλλοτε την συμπαράσταση και την υποστήριξή τους.	Από τις προφορικές δηλώσεις του ασθενή καταλαβαίνουμε ότι έχει αμφιβολίες αλλά δέχεται να γίνει η συνάντηση. Η οικογένειά του τον υποστηρίζει και του δείχνει στοργή και κατανόηση.
Ο ασθενής είναι πολύ σιωπηλός και φαίνεται να έχει αγωνία για κάτι.	Να μάθω γιατί ο ασθενής κλείστηκε στον εαυτό του και γιατί είναι τόσο ανήσυχος.	Κανονίστηκε η συνάντηση μέσω της κοινωνικού λειτουργού και έτσι πραγματοποιήθηκε.	Πήρα τον ασθενή και τον μετέφερα σε ένα δωμάτιο όπου θα γινόταν η συνάντηση για να υπάρξουν παρεμβολές. Τους αφήσαμε μό τους για να συζητήσουν με την ψυχία τους.	Η συνάντηση αποδείχθηκε πολύ θετική για την ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Ο ασθενής μετά φαινόταν πολύ πιο ήρεμος και συνεργάσιμος. Αρχισε πάλι να δείχνει όρεξη για την ζωή και να ενδιαφέρεται για τη οικογένειά του.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Μετά την καλύτερευση των συμπτωμάτων ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία του να φύγει από την κλινική.	Του εξηγούμε πως πρέπει να μείνει στην κλινική όσο το κρίνουν οι γιατροί αναγκαίο.	Συζήτηση με τον γιατρό για την επιθυμία του ασθενούς να φύγει από την κλινική.	Γίνονται οι τελευταίες εξετάσεις για να δούμε την τωρινή κατάσταση του ασθενούς και να αποφασισθεί αν μπορεί ο ασθενής να φύγει από την κλινική.	Η κατάσταση του ασθενούς μας είναι πολύ καλή τόσο ψυχολογικά είναι υποστηρικτός όσο και σωματικά. Τα αρχικά του συμπτώματα έχουν αποχωρήσει. Τα αποτελέσματα ευχαριστούν πολύ τον ασθενή.
Εξοδος (20η ημέρα)	Συστάσεις κ' οδηγίες για παιρετέρω φροντίδα στο σπίτι.	Πλήρη ενημέρωση.	Δόθηκαν οδηγίες για τα φάρμακα που θα συνεχίστούν, το διαιτολόγιο που θα ακολουθήσει, τις εξετάσεις σακχάρου που θα πρέπει να κάνει κάθε εβδομάδα και την μέτρηση ΑΠ κάθε 2-3 μέρες. Ακόμα πρέπει να προσέχει το βάρος κ' να ζυγίζεται κάθε μέρα	Δέχτηκε και αυτός και η οικογένειά του τις συστάσεις ευχαρίιστα κάνοντας ερωτήσεις σε ότι είχαν απορία. Ευχαρίστησαν τέλος το νοσηλευτικό προσωπικό και έφυγαν.

2η περίπτωση

Ο ασθενής Ζωγραφάκης Κων/νος, ετών 32 ήρθε στις 16-9-91 στα Ε.Ι του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Πάρθηκε αμέσως το ιστορικό του ασθενή το οποίο μας αποκάλυψε τα ακόλουθα: Προ 3μήνου ο ασθενής παρουσίαζε εμβοές ώτων και αίσθημα ζάλης με τάση προς εμετό. Τα ανώτερα συμπτώματα, επί 2/μηνιο είχαν περιοδικότητα ως προς τη διάρκεια. Εξετάσθηκε από ΩΡΛ. γιατρό. Δεν βρέθηκε όμως παθολογία. Τον τελευταίο μήνα ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων αλλά πριν μια βδομάδα παρουσίασε αιμωδίες και δυσαισθησίες στο ΑΡ ημίσωμα. Για τα ανώτερα κρίθηκε αναγκαίο η εισαγωγή του στη Νευρολογική Κλινική για έλεγχο.

\*Αναφέρει επίσης ότι το οικογενειακό ιστορικό είναι ελεύθερο. Ενώ τα ευρήματα από την φυσική εξέταση δεν έδειξαν τίποτα εκτός από νυσταγμό 2ου βαθμού προς τα (ΑΡ).

Εγινε αμέσως Γενικός αιματολογικός και Βιοχημικός έλεγχος ο οποίος έδειξε τα εξής: ΗΤ = 46,4%, Λευκά = 7340 MM. Τύπος Λευκών: Πολυμορφ. = 52 Λ = 40, MM/ = 31, Η = 33, ΤΚΕ = 6MM Ουρία = 77 MG/DL, Ουρικό οξύ : 5,8 mg/DL, Κρεατίνη = 1,1 MG/DL, Σάκχαρο = 77 MG/DL, Κ = 39 MEQ/LT, Να = 141 MEQ/LT, Χοληστερίνη = 219 MG/DL, Τριγλυκερίδια = 209 MG/DL.

Μετά τα παραπάνω αποτελέσματα κρίθηκε αναγκαίο να γίνει οσφυνωτισία παρακέντηση. Το υγρό που πάρθηκε ήταν άχρωμο, βιαιές.

Την επόμενη μέρα έγινε ακτινολογικός έλεγχος. Εκ του

γενομένου ελέγχου δεν ανεδείχθησαν εστιακές αλλοιώσεις. Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου έδειξε εστίες υψηλής εντάσεως σήματος στην T2 ακολουθία που πιθανότατα αντιστοιχούν σε απομυελινωτικές εστίες στις περιοχές αυτές.

Ενώ ο ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος έδειξε φυσιολογικό διάγραμμα. Και τα οπτικά προκλητά δυναμικά: Παθολογικός λανθάνων χρόνος αριστερά (136 m sec).

Στις 20-9-91 ακολούθησε η εξής θεραπευτική αγωγή:

Presolon 40 mg και Zantac 1x2. Το Presolon σταδιακά μειώθηκε ενώ το Zantac κόπηκε εντελώς.

Μετά από 9 μέρες παραμονής στο νοσοκομείο ο ασθενής εξήλθε. Η κατάσταση του βελτιωμένη ως προς τις αιμωδίες. Η μόνη αγωγή που δόθηκε στον ασθενή ήταν Presolon 30 mg με σταδιακή διακοπή.

Ιστορικό II

Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα αρρώστου με σκλήρυνση κατά πλάκας εφαρμόζοντας την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Αγχος και αγωνία για το ξένο προς αυτον περιβάλλον όπως και για τις εξετάσεις που πρόκειται να κάνει	Να εξαληφθεί το άγχος του και να νοιώσει ότι βρίσκεται σε οικείο περιβάλλον.	Προσέγγιση και προσανατολισμός του ασθενή στο τμήμα. Και εξήγηση του ασθενή ως προς τις εξετάσεις.	Αυτοσυστήθηκα στον ασθενή, του εξήγησα πως είμαι στο προσωπικό της Νοσηλευτικής Μονάδος του τμήματος και πως αν έχει κάποια επιθυμία να χτυπάει το κουδούνι χωρίς κανένα δισταγμό. Του σύστησα τα άλλα άτομα μέσα στο δωμάτιο και επίσης του ανέφερα τις εξετάσεις που είναι αναγκαίες να κάνει.	Δείχνοντας αυτό το ενδιαφέρον προς τον ασθενή το αποτέλεσμα ήταν να ηρεμήσει και να αποκτήσει εμπιστοσύνη ως προς το Ιατρικό και νοσηλευτικό πρόγραμμα.
Μη αποδοχή του ασθενή στην παρακέντηση.	Να αποδεχθεί ο ασθενής την παρακέντηση.	Συζήτηση με τον ασθενή και εξήγηση για το τι πρόκειται να του γίνει.	Πλησιάζω τον ασθενή με χαμόγελο και του δείχνω τον δίσκο της παρακέντησης. Του εξηγώ γιατί πρέπει να εφαρμοστεί αυτή η εξέταση και ποιά τα αποτελέσματα που θα μας αποκαλύψη.	Ο ασθενής έδειξε ενδιαφέρον κατάλαβε πως είναι μεν λίγο επώδυνο και στιγμιαίο αλλά πάρα πολύ χρήσιμο και αναγκαίο για την καλή και σωστή διάγνωση του προβλήματός του. Αποδέχτηκε τελικά την παρακέντηση η οποία εκτελέστηκε με επιτυχία.



Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Ανησυχία λόγω αναμονής των αποτελεσμάτων των εξετάσεων	Να πρεμψεί και να είναι ψυχολογικά σε καλή κατάσταση έτσι ώστε να δεχθεί τα αποτελέσματα όποια και να είναι.	Ζητήθηκε να επισκεφτεί ο γιατρός τον ασθενή και να του δώσει τις απαιτούμενες πληροφορίες.	Ο γιατρός επισκέφτηκε τον ασθενή συζήτησε μαζί του και του είπε προκτικά τα αποτελέσματα των εξετάσεων και ποιά είναι η τελική διάγνωση. Σε όλη τη συζήτηση ήμουν κοντά στον ασθενή για να μην αισθάνεται μόνος, τον παρακολουθούσα και έβλεπα τις αντιδράσεις του.	Ο ασθενής ήταν επιφυλακτικός άκουγε με προσοχή και απαντούσε όταν του γινόταν μία ερώτηση. Έδειχνε καθαρά την ανησυχία και τον φόβο του όταν έμαθε την διάγνωση.
Ζητάει εξηγήσεις και δείχνει τον φόβο του και τις αμφιβολίες του όταν του δόθηκαν τα φάρμακα.	Να δεχθεί τα φάρμακα και να γίνει σωστά η φαρμακευτική αγωγή που επέβαλε ο γιατρός στον ασθενή.	Εξήγηση του ασθενή για τα φάρμακα που πρόκειται να πάρει και την ενέργειά τους.	Του εξηγώ πως πρόκειται να πάρει δύο φάρμακα το predolon 40 mg και το zantac 1x2 του λέω την ιδιότητα των φαρμάκων και τα αποτελέσματα που περιμένουμε να έχουμε.	Μετα τις πληροφορίες λαμβάνει χωρίς αντιρρήσεις τα φάρμακα
Επειδή είναι μόνος του στη κλινική δεν κάνει πρωινή περιποίηση γιατί φοβάται να σηκωθεί από το κρεβάτι.	Διατήρηση καλής υγιεινής του ασθενή και καθαρισμός του δέρματος.	Ετοιμασία των αντικειμένων που χρειάζονται για την πρωινή περιποίηση.	Ρώτηρα τον ασθενή αν έχει καθαρές πυζάμες. Όταν μου τις έδωσε τον βοήθησα να σηκωθεί από το κρεβάτι και τον μετέφερα στο μπάνιο. Έκανε μπάνιο και μετά τον βοήθησα να φορέσει τις καθαρές πυζάμες του. Όση ώρα έπλενε τα δόντια του άλλαξα τα κλινοσκεπάσματα και όταν ήταν έτοιμος τον πήγα στο κρεβάτι, του έκοψα τα νύχια και του είπα πως όταν έρθει το φαγητό θα τον βοηθούσα.	Αισθάνεται πιο όμορφα ο ασθενής μετά το μπάνιο και με καθαρό αιματισμό. Βελτιώνεται το αίσθημα της γεύσης με την πλύση του στόματος.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Κλείνεται στον εαυτό του και δεν θέλει να μιλήσει με κανένα	Να ανοιχτεί και να συζητήσει το πρόβλημά του.	Επίσκεψη του ασθενούς.	Μίλησα με τον ασθενή μετά από πολύωρη προσπάθεια μου είπε πως αισθάνεται μόνος και φοβάται για τυχόν αναπηρία. Σκέφτεται πως θα τα βγάλει πέρα οικονομικά και δεν ξέρει πως θα το δεχτεί η οικογένειά του. Αργότερα ενημέρωσα την οικογένειά του ( μητέρα - αδερφή ) και ζητείται από αυτήν να τον επισκέπτεται πιο συχνά, και να τον υποστηρίξει. Ακόμα και φίλοι.	Δέχτηκε επισκέψεις από φίλους και συγγενείς και συζήτησε μαζί τους. Μετά το επισκεπτήριο είναι χαρούμενος και δείχνει ξένοιαστος. Η συνεργασία μαζί του μετά το επισκεπτήριο είναι ευχάριστη
Το οικονομικό πρόβλημα παραμένει και προβληματίζει τον ασθενή.	Να βοηθηθεί ο ασθενής όσο γίνεται πάνω σ' αυτό το πρόβλημα.	Να γίνει μία επίσκεψη με την κοινωνικό λειτουργό και να δούμε αν μπορούμε και με ποιό τρόπο θα βοηθήσουμε τον ασθενή σ' αυτό το πρόβλημα.	Κάλεσα την κοινωνικό λειτουργό και μίλησα μαζί της. Επισκεφτήκαμε μετά τον ασθενή και του δηλώσαμε τι πιθανότητες έχουμε και τι βοήθεια μπορούμε να του προσφέρουμε, σε περίπτωση ανικανότητας εργασίας του ασθενούς λόγω αναπηρίας από την ασθένεια.	Δείχνει εμπιστοσύνη στις δηλώσεις μας και φαίνεται ανακουφισμένος. Η ψυχική κατάσταση του ασθενούς είναι πολύ καλή πλέον.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Ο ασθενής παρουσιάζει νυσταγμό 2ου βαθμού προς τα (ΑΡ) και αυτό τον ανησυχεί.	Να βελτιωθεί ή να εξαφανισθεί αυτό το σύμπτωμα.	Στην επίσκεψη να γίνει προσεκτική εξέταση.	Στην πρωινή επίσκεψη έγινε προσεκτική εξέταση κατά Weber-Rinne και Schwabach. Με τον τονοδότη έγιναν οι εξετάσεις και αναγράφονταν τα αποτελέσματα. Επιβεβαιώθηκε η φαρμακευτική αγωγή και η συνέχισή της. Ποτέ δεν ξεχνάμε την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζεται ο ασθενής.	Δείχνει εμπιστοσύνη στη νοσηλευτική φροντίδα και τις ιατρικές οδηγίες. Φέρεται ήρεμα και συνεργάζεται.
Μετά την υποχώρηση των πρώτων συμπτωμάτων του εκφράζει έντονα την επιθυμία του να φύγει από την κλινική. Δεν μπορεί άλλο να κάθεται δίχως να δουλεύει.	Να συγκεντρωθεί στην ανάρρωσή του και να μην βιάζεται να φύγει.	Να τον επισκέπτομαι πιο συχνά και να μην τον αφήνω μόνο για πολλές ώρες για να μην σκέφτεται τα οικονομικά.	Όποτε έχω ελεύθερο χρόνο πηγαίνω και του κρατώ συντροφιά, συζητάμε για όλα τα προβλήματα που έχει και τον απασχολούν. Βέβαια δεν παραμελώ τους άλλους ασθενείς και όταν ερχεται κάποιος φίλος ή συγγενής φεύγω κ' υπόσχομαι πως θα ξαναπάω.	Δεν ξαναεξέφρασε την επιθυμία του να φύγει αντίθετα συνεργάζεται επίμονα για την ολοκλήρωση των συμπτωμάτων.
Ο ασθενής από τομα παρουσίασε πυρετό.	Να μειωθεί ο πυρετός.	Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του πυρετού.	Παρακολούθηση της θερμοκρασίας κάθε 3 ώρες. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων Αντιπυρετικά.	Μετά την εφαρμογή των μέτρων αυτών ο πυρετός άρχισε να υποχωρεί και την επόμενη ημέρα η θερμοκρασία κυμαινόταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Προβλήματα του ασθενούς	Σκοπός της φροντίδας	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
8η ημέρα Βελτίωση ως προς τις αιμωδίες.	Να μην ξαναπαρουσιαστούν.	Εξέταση από το γιατρό και εκτίμηση.	Εγινε πλήρης έλεγχος για την φυσική κατάσταση του ασθενή. Μετά του έγιναν ερωτήσεις και ο ασθενής απαντούσε προσεκτικά. Τον ενημέρωσα πως την άλλη μέρα μπορούσε να αποχωρήσει από την κλινική μετά τις οδηγίες του γιατρού.	Το πρόβλημά του έχει αποκατασταθεί και είναι ψυχολογικά ικανός για μία ομαλή πορεία της ζωής του.
Εξοδος 9η ημέρα	Πλήρη ενημέρωση του ασθενή για την κατάστασή του.	Συστάσεις και οδηγίες για την περαιτέρω φροντίδα στο σπίτι και την φαρμακευτική αγωγή.	Δόθηκαν οδηγίες για τα φάρμακα που θα συνεχίστούν, θα παίρνει <i>presolon</i> 30 mg με σταδιακή διακοπή. Να μην αρχίσει δουλειά απότομα και να μην κουράζεται. Του δόθηκαν εξηγήσεις το πότε λειτουργούν εξωτερικά νευρολογικά ιατρεία για κάθε ενδεχόμενο.	Δέχτηκε τις συστάσεις ευχάριστα ρωτώντας σε ότι δεν κατάλαβαινε. Μαζί με τον γαμβρό του έφυγε από το νοσοκομείο ευχαριστώντας πρώτα το νοσηλευτικό προσωπικό για την φροντίδα που του πρόσφερε.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    V I

Ε π ί λ ο γ ο ς

Ολοκληρώνοντας την εξέταση της Σκλήρυνσης κατά πλάκας από ιατρική και νοσηλευτική θεώρηση, θεωρώ απαραίτητο να επισημάνω ότι οι μεγάλες αποκλίσεις που εμφανίζει ο ανά τον κόσμο επιπολασμός και η συχνότης της νόσου έχουν κατά καιρούς συνδεθεί με ποικίλους παράγοντες (κλιματολογικές συνθήκες του τόπου, διαιτολογικές συνθήκες των λαών, βιοτικό επίπεδο κ.λ.π.) κυρίως όμως την απόσταση της χώρας από τον ισημερινό της γης.

Η αναλογία πασχόντων μεταξύ γυναικών και ανδρών είναι ίδια. Η αναφερόμενη σε πολλές εργασίες υπεροχή των γυναικών είναι πιθανόν να αφορά ορισμένες μόνο ηλικίες και την περίοδο της τεκνολογίας. Η μέση ηλικία ενάρξεως της νόσου επίσης δεν διαφέρει μεταξύ γυναικών και ανδρών. Είναι το 30ον ετος της ηλικίας όπως άλλωστε αναφέρω και στην εργασία μου. Εκείνο όμως που θέλω να σημειώσω είναι ότι η Σ.Κ.Π. αποτελεί κατ'εξοχήν πάθηση της νεαρής ηλικίας. Όσον αφορά τη μέση διάρκεια νοσήσεως και αυτή δεν διαφέρει ουσιαστικά μεταξύ γυναικών και ανδρών και είναι τα (6) περίπου χρόνια. Η επιβίωση των αρρώστων σήμερα είναι μεγαλύτερη, λόγω της καλύτερης υγειονομικής περιθάλψεως.

Η Ελλάδα τέλος ανήκει στις χώρες με μέση κυρίως συχνότητα της νόσου.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας-ου είναι πολύ σπουδαίος γιατί η πάθηση αυτή απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις καθώς και ανάλογη πείρα στη νοσηλεία της. Είναι ένα από τα κύρια πρόσωπα σε όλη την διάρκεια της πορείας της νόσου και πρέπει να ξέρει να χειρίζεται τον ασθενή με λεπτότητα και ευαισθησία, διότι ο ασθενής είναι συντετριμένος ψυχικά και σωματικά λόγω της μακροχρόνιας πορείας της νόσου.

Ακόμα η νοσηλεύτρια, πέρα από την προσφορά της στον ασθενή *καθώς έχει να διαφωτίσει και να ενημερώσει την οικογένειά του σχετικά με την κατάσταση ... και την εξέλιξη της νόσου.*

Τηρώντας όλα τα παραπάνω πετυχαίνεται η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με σκλήρυνση κατά πλάκας που επιφέρει όχι την ίαση της νόσου αλλά την επιβράδυνσή της.

Βιβλιογραφία

Διακογιάννης Αγαπιτός "Κλινική Νευρολογία" BRAIN.

Εκδοτικός οίκος : Αφοί Π. Σακκούλα. Θεσ/νίκη - Αθήνα 1976.

ISRAELS WECHSLER M.D. "Κλινική Νευρολογία" Έκδοση 8η

W.B.Samuders COMPAN Έκδόσεις : Κοβάνης. Θεσ/νίκη 1959.

Καφαντάρη Μ.Πέτρου. "Στοιχεία Ανατομικής του ανθρώπου εν  
συσχετισμό προς την λειτουργική νευρολογία και της  
εφαρμοσμένης ανατομικής". Νέα στοιχειοθετική . Τεύχος 2ο 1-7  
και 171 - 174. Απρίλιος 1985.

Λογοθέτου Α. Ιωάννου. "Εισαγωγή εις την Νευρολογία". Τόμος  
2ος Έκδόσεις : ΥΙΩΝ Φ. Τριανταφύλλου. Θεσ/νίκη 1979

Λογοθέτου Α. Ιωάννου "Νευρολογία". Universitg studio press.  
Έκδόσεις: Επιστημονικά βιβλία και περιοδικά. Θεσ/νίκη 1988.

Μαργαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Φ. "Γενική Παθολογική  
Χειρουργική Νοσηλευτική". Εκδοτικός Οίκος:  
Έκδοση ενότη, τόμος Α Μέρος Α Αθήνα 1986.

Μπαλογιάννης Σ. "Σκλήρυνση κατά πλάκας".

Ελληνική Ιατρική τόμος 49, τεύχος 3 : 1 - 15. Μάρτιος  
1983.

Παθολόγου Α.Β. με συνεργασία Κυρέτα Δ., Σκαρπαλέζου  
Σπ. Φιλίππου "Εξωτερική Παθολογία". Εκδόσεις: Α.Καραβία  
Θεσ/νίκη 1959

Ρέκλου Σ. Αναστασίου. "Νευρολογία" Διατριβή Ιατρού  
Νευρολ/ψυχιάτρου. Μέρος Β'. Αθήνα 1972.

Σοχίνη Άννα - Καρδάση, Πάνου Μαρία.

"Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική" Νοσηλευτικές  
Διαδικασίες Τόμος 2ος - Μέρος Α Εκδόσεις: Βήτα Αθήνα 1985

Ταυρίδη Ν. Γεωργίου "Μαθήματα Νευροχειρουργικής" Τόμος Α  
Α.Π.Θ. Δαπάναις της Πολιτείας Θεσ/νίκη 1978

Τσκανίκας Κ., Κυλιντιρέας Κ., Παπαγεωργίου Κ.Θ.

"Αποτελέσματα και Στατιστικές" MATERIA MEDICA GRECIA

Τεύχος 13 440 - 444 Αύγουστος 1985

