

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ PARKINSON

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Της Σπουδάστρας: ΣΤΡΑΓΑΛΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΟΥΝΗΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- 1)
- 2)
- 3)

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΤΥΧΙΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΑΤΡΑΣ



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	1143 α
----------------------	--------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛΙΔΑ
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ PARKINSON	3
1.ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	3
2.ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	4
3.ΑΛΛΑ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΕΚΤΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON	4
4.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	6
5.ΔΙΑΓΝΩΣΗ	11
6.ΘΕΡΑΠΕΙΑ	11
7.ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ PARKINSON	15
1.ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΣ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	15
2.ΦΥΣΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ	20
3.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ	20
4.ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	21
5.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ PARKINSON ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΑΚΙΝΗΣΙΑ	25
6.ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	29
7.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ PARKINSON	31
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	39
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	42
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	43

Την πτυχιακή μου εργασία την
αφιερώνω στους γονείς μου και
τους ευχαριστώ που με βοήθη-
σαν να φέρω σε πέρας τις σπου-
δές μου.

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην πτυχιακή μου εργασία θα ασχοληθώ με τη νόσο του PARKINSON.

Πρόκειται για μία εξωπυραμιδική ανωμαλία θέσης και κίνησης του σώματος, που σχετίζεται με την απουσία ή την χαμηλή συγκέντρωση της DOPAMINE (νευροδιαβιβαστικής ουσίας) που υπάρχει στα βασικά γάγγλια.

Οι λόγοι για τους οποίους ασχολήθηκα με την ασθένεια αυτή ήταν καθαρά συγκινησιακοί.

Συμπλήρωνα ένα μήνα της πρακτικής μου άσκησης στην νευρολογική κλινική της Πάτρας, όταν μια μέρα έφεραν στην κλινική ένα μεσήλικα (γύρω στα πενήντα) ασθενή με νόσο του PARKINSON. Πήγα να τον δω από κοντά και προσπάθησα να του μιλήσω. Ήταν η πρώτη φορά που έβλεπα τέτοιο ασθενή. Χαρακτηριστικό του ήταν ο τρόμος, το πρόσωπό του έμοιαζε με μάσκα, ενώ περπατούσε με αρκετή δυσκολία. Βρήκα το γιατρό που τον παρακολουθούσε και τον ρώτησα λεπτομέρειες για τη νόσο. Η συγκίνηση που μου προκάλεσε ήταν μεγάλη. Σκέφτηκα πως θα μπορέσει αυτός ο άνθρωπος να σταθεί στη ζωή. Κάθε άνθρωπος είτε υγιής είναι αυτός, είτε ασθενής έχει δικαιώματα στην ζωή έστω και αν η φύση τον εγκατέλειψε.

Είναι δυνατόν να νιώθει απομονωμένος και να αισθάνεται ότι βρίσκεται στο περιθώριο.

Κάθε νοσηλευτής και κάθε νοσηλεύτρια θα πρέπει να βοηθήσουμε όλους αυτούς να ξεπεράσουν τα προβλήματά τους, πρώτα όμως σαν άνθρωποι και μετά σαν νοσηλευτές.

Μας χρειάζονται περισσότερο από κάθε άλλο ασθενή. Πρέπει να μεταδώσουμε την αγάπη μας. Να μην τους αφήνουμε να αρ-

νηθούν την ζωή. Ακόμα και το κράτος θα πρέπει να μεριμνήσει για αυτούς τους ασθενείς.

Ας ευχηθούμε λοιπόν και ας ελπίσουμε για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης στα νοσοκομεία.

Σίγουρα στην εργασία μου αυτή, θα υπάρχουν παραλείψεις και σφάλματα. Ελπίζω, όμως, να μην είναι ουσιώδεις οι παραλείψεις μου και μεγάλα τα σφάλματα.

Η πτυχιακή μου ολοκληρώθηκε με την σημαντική βοήθεια των καθηγητών μου κ.Ν.Κούνη, Παθολόγο-καρδιολόγο, την Δ.Μ. Παπαδημητρίου, καθηγήτρια των Τ.Ε.Ι. Πάτρας, την δ.Κ.Νάνου, Διευθύντρια των Τ.Ε.Ι. Πατρών, το προσωπικό της Νευρολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου. Και θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους αυτούς που με βοήθησαν για να φέρω σε πέρας την πτυχιακή μου εργασία. Οι καθηγητές μου είναι αυτοί που εναπόκεινται να κρίνουν αν η εργασία μου είναι επιτυχημένη.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ PARKINSON

Υπό τον όρο αυτό πρέπει να νοούνται μόνο οι περιπτώσεις της ιδιοπαθούς νόσου, όπου δεν παρεμβαίνει κανέας εξωτερικός παράγοντας και εις την οποία το ανατομικό υπόστρωμα συνίσταται από αλλοιώσεις του νευρικού ιστού.

Σε αντίθεση προς τα παρκινσονικά σύνδρομα (τους συμπτωματικούς παρκινσονισμούς) που παρουσιάζονται με παραπλήσια κλινική εικόνα και προκαλούνται από συγκεκριμένα αίτια (αγγειακής, τοξικής ή λοιμώδους αιτιολογίας), από ανάπτυξη όγκου στην περιοχή των βασικών γαγγλίων, επανειλημένους κρανιοεγκεφαλικούς τραυματισμούς όπως στους πυγμαχούς.

Και ο ρόλος της κληρονομικότητας παρ'ότι είναι λιγότερο εμφανείς δεν επιτρέπεται να παραβλέπεται, πρέπει να αναζητείται. Η νόσος είναι συχνότερη μεταξύ των 40-70 ετών. Συχνότερη ηλικίας έναρξης η έκτη δεκαετία ζωής. Είναι ασυνήθες πριν 30 χρόνια και έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει υψηλότερη συχνότητα στους άντρες. Το τραύμα, κάποια συναισθηματική αναστάτωση έχουν γίνει υπόθεση ότι είναι προδιαθεσικοί ή εκλυτικοί παράγοντες, δεν υπάρχει όμως πειστική απόδειξη. Αυτή η ασθένεια έχει παρατηρηθεί σε όλες τις χώρες και όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Η νόσος είναι συχνή στις Η.Π.Α. είναι περίπου γύρω στις 500.000 ασθενείς, 1% του πληθυσμού. Η επίπτωση σε όλες τις χώρες όπου έχουμε στατιστική ζωής (γεννήσεις-θάνατοι) είναι ίδια.

1. Παθολογοανατομικό υπόστρωμα της νόσου.

Ενώ στο γυμνό οφθαλμό ως μόνη αλλοίωσις αποκαλύπτεται η μείωση του όγκου και της μελαγχρώσεις της μελαίνης ουσίας

του SOMMERING κατά την ιστολογική εξέταση, οι αλλοιώσεις είναι πλέον διάσπαρτοι, κυριαρχούν στην μέλαινα ουσία, την συμπαγή ζώνη αυτής, στον υπομέλαινα τόπο, τα μελαιοφόρα κύτταρα του δικτυωτού σχηματισμού και το ραχιαίο πυρήνα του πνευμονογαστρικού. Ασταθέστερα ανευρίσκονται εκφυλιστικά αλλοιώσεις επίσης στο ραβδωτό σώμα και την ωχρά σφαίρα, και άλλους εξωπυραμιδικούς σχηματισμούς.

2. Αιτιολογία της νόσου

Η υπόθεση υπάρξεως κάποιας διαταραχής του μεταβολισμού ενδυμικού ή άλλου τύπου που αναζητείται γενικά εις τις εκφυλιστικές νόσους, εδώ ενισχύεται από τις πρόσφατες βιοχημικές και Ιστοχημικές έρευνες. Στη νόσο του PARKINSON, οι τιμές ιδιαίτερα της DOPAMINE αποδεικνύονται εξαιρετικά χαμηλές εις τους φαιούς πυρήνες του εγκεφάλου.

Πράγμα που αποδεικνύει διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ ανταγωνιζόμενων βιογενών αμινών, της DOPAMINE ουσίας και ακετυλοχολίνης αφ' ενός, της σεροτονίνης και ισταμίνης αφ' ετέρου.

Η σημασία του ρόλου αυτών των ευρημάτων επιβεβαιώθηκε και από τα ευνοϊκά αποτελέσματα τα οποία είχαν θεραπευτική αγωγή στηριζόμενα, ακριβώς, στην προσπάθεια εξουδετερώσεως αυτής της διαταραχής.

3. Άλλα παρκινσονικά σύνδρομα εκτός της ιδιοπαθούς νόσου του PARKINSON.

Στις παλαιότερες εποχές, το κύριο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα παρείχε ο μετεγκεφαλιτιδικός παρκινσονισμός, η ανάλογος δηλαδή συνδρομή, που επήρχετο εν συνεχεία ληθαργικής

εγκεφαλίτιδας, είτε ως χρόνια μορφή της νόσου, είτε ως όψιμο επακόλουθο μετά πάροδο πολλών ετών από της οξείας νοσήσεως. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες διέτρεξε κατά τρόπο λανθάνουσα η οξεία φάση, η διαφορική διάγνωση εστηρίζετο στο νεαρό ενδεχόμενο της ηλικίας του αρρώστου και τον εμπλουτισμό της συμπτωματολογίας με ορισμένες εκδηλώσεις, όπως οι βολβοστροφες κρίσεις, υπερκινησίαι, σπασμοί συστrophής, ραιβόκρανου, κ.α., οι οποίες δεν παρατηρούνται στην ιδιοπαθή εκφυλιστική νόσο.

Σήμερα, όμως, φαίνεται ότι από μακρού δεν υπάρχουν πλέον νέες περιπτώσεις τοιούτου παρκινσονισμού.

Άλλες λοιμώδοι νόσοι, όπως η πολυμυελίτις και η σύφιλις, οι οποίοι ενοχοποιήθηκαν υπό ορισμένων συγγραφέων ως γενεσεουργά αίτια παρκινσονικής συνδρομής, αποδείχθη πλέον ότι δεν αποτελούν παρά τυχαία συνύπαρξη.

Η αρτηριοσκληήρυνσις, η οποία άλλοτε εθεωρείτο ως ο κύριος αιτιολογικός παράγων της νόσου του PARKINSON σε ηλικιωμένα άτομα παρέχει εξωπυραμιδική εικόνα που στην νευρολογική αξιολόγηση των στοιχείων της είναι σαφώς διάφορος της γνωστής εκφυλιστικής νόσου.

Συνύπαρξη πυραμιδικών και ψευδοπρομηκικών διαταραχών εξέλιξης κατά ώσεις και έλλειψις των παθογνωμικών χαρακτήρων της ιδιοπαθούς PARKINSON. Η ίδια κριτική ισχύει και για άλλες περιπτώσεις, που δυνατό να προσβληθούν τα βασικά γάγλια από οποιαδήποτε άλλη αιτία, όπως όγκος του εγκεφάλου, επανειλημμένους τραυματισμούς επί πυγμάχων και άλλου τύπου εκφυλιστικές ή δυσμεταβολικές νόσους, όπως είναι η δυσκαμ-

πτική μορφή της χορείας του HUNTINGTON.

Επίσης, ορισμένες δηλητηριάσεις, όπως δια μονοξειδίου του άνθρακα και μαγγανίου, δυνατό να προκαλέσουν παρκινσονική συνδρομή, που ευκόλως όμως διαφορτίζεται από την ιδιοπαθή νόσο.

Τέλος, ιδιαιτέρως, πρέπει να τονιστεί ο ιατρογενής παρκινσονισμός, που προκαλείται κυρίως από τα νεώτερα ψυχοφάρμακα, τα παράγωγα της προμαζίνης και κυρίως της φαινοθειαζίνης και της βουτυροφαινόμης. Το ακινητικό καιδυσκιαμπτικό σύνδρομο, όπως και ο τρόμος, από απόψεως σημειολογικής δυνατόν να υποδύεται πλήρως την συμπτωματολογία της γνησίας νόσου, ενώ δυνατόν να επέλθουν και βοβλοστροφες κρίσεις και δυστονικές-υπερκινητικές εκδηλώσεις, που χαρακτηρίζουν τον μεταληθαργικόν παρκινσονισμό. Μόνο η γνώσις της λήψεως τοιούτων φαρμάκων και η υποχώρηση μετά την διακοπή τους διαφορίζει κατ'ουσίαν την κλινική συνδρομή.

4. Κλινική Εικόνα

Η εισβολή κατά κανόνα είναι ανεπαίσθητος, βραδεία και προοδευτική και συχνά γίνεται αντιληπτή από το περιβάλλον πριν συνειδητοποιηθούν οι διαταραχές υπό του ιδίου του αρρώστου.

Άλλοτε, τα πρώτα συμπτώματα είναι υποκειμενικά και συνίσταται εις αίσθημα βάρους, παραισθησίας ή και μυϊκούς πόνους εις ένα από τα άνω άκρα και κυρίως κατά τον ώμο.Ενίστε τέλος, η έναρξις ή μάλλον η συνειδοποίησις της νόσου επέρχεται απότομα και συνδέεται προς κάποιο περιστατικό συμβάν.

Ιδιαίτερη σημασία εδόθη σε δύο εξωγενείς παράγοντες: Πρώτο εις περιφερικό τραυματισμό ενός άνω άκρου το οποίο στη συνέχεια αρχίζει να εμφανίζει τρόμο και, Δεύτερο σε έντονες συγκινησεις, από συγκλονιστικά γεγονότα, όπως στην Ελλάδα επανειλημμένων επεσημάνθη η έναρξις σε περιτοχές που επλήγησαν από τους σεισμούς. Συνήθως τα πρώτα συμπτώματα της νόσου το ένα μόνο πλευρό και μάλιστα συχνότερα μόνο το ένα άκρο. Με την εξέλιξη όμως της παθήσεως, οι χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της τείνουν προς γενίκευση. Κατά τα αρχικά στάδια, σπανίως προβάλλουν εις το προσκήνιο της κλινικής εικόνας όλα τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το παρκισονικό σύνδρομο.

Συχνότερα εμφανίζεται πρώτα ο τρόμος και ακολουθεί η δυσκαμψία και τη βραδυκινησία. Είναι δυνατό όμως, να συμβεί και το αντίθετο.

Στατικός (παρκισονικός) τρόμος: Πρόκειται για αδρό, ρυθμικό τρόμο, με μέση συχνότητα τεσσάρων έως πέντε ταλαντεύσεων ανά δευτερόλεπτο, που τις περισσότερες φορές εντοπίζεται στο ένα ή και τα δύο χέρια και σπανιότερα στη γνάθο ή τη γλώσσα. Το κύριο χαρακτηριστικό του γνώρισμα είναι ότι εμφανίζεται όταν το μέλος βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας υποχωρεί δε, τουλάχιστον προσωρινά, κατά την εκούσια κίνησή του.

Αν το μέλος που εμφανίζει τον τρόμο βρίσκεται σε πλήρη χάλαση ο τρόμος συνήθως εξαφανίζεται, ο μέσος όμως ασθενής σπάνια πετυχαίνει μια τέτοια κατάσταση. Σε μερικές περιπτώσεις, ο τρόμος είναι συνεχής, ενώ, σε άλλες ποικίλλει από μέρα σε μέρα και με την εξέλιξη της νόσου επεκτείνεται από μια ομάδα μυών σε άλλη.

Στην τρομώδη παράλυση, ο τρόμος τείνει να είναι μάλλον ήπιος και να περιορίζεται λίγο πολύ σε περιφερικούς μύς, ενώ, στο μετεγκεφαλιτιδικό παρκισονισμό και την ηπατοφακοειδή εκφύλιση συχνά εμφανίζει μεγάλη έκταση και αφορά κεντρικούς μύς.

Σε πολλές περιπτώσεις, παρατηρείτε ποικίλου βαθμού ακαμψία πλαστικού τύπου στο μέρος που εμφανίζει τον τρόμο να πιάνει ένα ποτήρι γεμάτο νερό, να το φέρνει στα χείλη του και να πίνει όλο το περιεχομένό του, χωρίς να χυθεί ούτε μια σταγόνα.

Οι άρρωστοι αυτοί συχνά γράφουν με μικρά σπασμωδικά γράμματα (Μικρογραφία). Το βάδισμα είναι επιταχυνομένου τύπου. Ο συνδυασμός του στατικού τρόμου, της βραδύτητας της κινήσεως, της ακαμψίας και των καμπτικών στάσεων του σώματος χωρίς γνήσια παράλυση, αποτελεί το σύνδρομο PARKINSON που καλείται και αμυοστατικό σύνδρομο. Η ακριβής παθολογοανατομική βλάβη που προκαλεί τον στατικό τρόμο δεν είναι γνωστή. Στην τρομώδη παράλυση και στον μετεγκεφαλιτιδικό σύνδρομο PARKINSON, οι ορατές βλάβες αφορούν κατά κύριο λόγο τη μέλαινα ουσία.

Στην ηπατοεγκεφαλική εκφύλιση, όπου το σύνδρομο αυτό συνδυάζεται με παρεγκεφαλιτιδική αταξία, οι βλάβες είναι περισσότερο διάχυτες. Παρόμοιος τρόμος, χωρίς ακαμψία βραδύτητα κινήσεως, καμπτικές στάσεις του σώματος ή ανέκφραστο πρόσωπο παρατηρείται σε ηλικιωμένα άτομα. Αντίθετα από την νόσο του PARKINSON δεν εξελίσσεται σε κινητική αναπηρία και συνήθως δεν ανταποκρίνεται στα αντιπαρκισονικά φάρμακα.

Στην κάθε συγκεκριμένη περίπτωση δεν είναι πάντα δυνα-

τόν να προβλεφθεί αν αποτελεί το αρχικό σημείο της νόσου του PARKINSON.

Επιταχυνόμενο βάδισμα: Ο όρος <<επιταχυνόμενο>> αποδίδει ικανοποιητικά την ακούσια επιτάχυνση του βαδίσματος, που χαρακτηρίζει τόσο την τρομώδη παράλυση, όσο και το μετεγκεφαλοτιδικό σύνδρομο PARKINSON. Η ακαμψία και το μικρό, συρτό βήμα μαζί με την επιτάχυνση, αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά αυτού του βαδίσματος. Όταν σ' αυτά προστεθούν ο τυπικός τρόμος, ακαμψία και η βραδύτητα των κινήσεων, δεν απομένει σχεδόν καμμία αμφιβολία για την διάγνωση.

Η γενική στάση του ασθενούς είναι καμπτική, τα άλλα δε εμφανή χαρακτηριστικά είναι η δυσκαμψία και η ακινησία του σώματος.

Παρατηρείται, σχεδόν, έλλειψη των αυτόματων κινήσεων που γίνονται κατά το κάθισμα, την ανόρθωση και τη βάδιση, η κεφαλή δεν στρέφεται όταν ο ασθενής κοιτάζει πλάγια, τα άνω άκρα σπάνια διασταυρώνονται.

Τα χέρια κρατιούνται σφιχτά σαν να προετοιμάζονται για γράψιμο, το δε πρόσωπο είναι ανέκφραστο σχεδόν σαν προσωπίδα. Η ελαφρά αυτή γενικευμένη δυσκαμψία είναι επίσης συνηθής σε ψυχεατρικούς ασθενείς που λαμβάνουν φαινοθειαλινικά φάρμακα.

Κατά το βάδισμα, ο κορμός κάμπτεται μπροστά, τα δε άνω άκρα φέρονται σε ελαφρά κάμψη, πιο μπροστά από τον κορμό, χωρίς να αιωρούνται. Τα κάτω άκρα είναι δύσκαμπτα και λυγισμένα στα γόνατα και τα ισχία. Τα βήματα είναι μικρά, τα δε πόδια μόλις που ανασηκώνονται από το έδαφος καθώς ο ασθενής τα σέρνει προχωρώντας. Όταν πια αρχίσει η μετακίνηση

προς τα εμπρός ή πίσω το άνω μέρος του σώματος προχωρεί πιο μπροστά από το κάτω μέρος σαν ο ασθενής να κινηγάει το κέντρο βάρους του. Τα βηματα γίνονται ολοένα και πιο γρήγορα, ο δε άρρωστος μπορεί και να πέσει αν δεν του προσφερθεί βοήθεια. Αυτή είναι η επιτάχυνση που μπορεί να παρατηρηθεί όταν ο ασθενής βαδίζει μπροστά ή πίσω, λαμβάνοντας τη μορφή προωθήσεως ή οπισθοδρομήςσεως. Η διαταραχή έγκειται στην τάλαντωση του σώματος από τη μια πλευρά στην άλλη, έτσι ώστε τα πόδια μόλις ανασηκώνονται από το πάτωμα και στην κίνησή τους τόσο γρήγορα, ώστε το άτομο να <<προφθάνει>> το κέντρο βάρους του όταν προχωρεί μπροστά. Στους μετεγκεφαλιτιδικούς ασθενείς παρατηρούνται, σε μερικές περιπτώσεις και άλλοι ασυνήθεις τύποι βαδίσματος, π.χ. μπορεί να αδυνατούν να κάνουν το πρώτο βήμα γιατί δεν μπορούν να σηκώσουν το ένα πόδι ή να μην μπορούν να αρχίσουν να βηματίζουν προς τα εμπρός όπου κάνουν ένα μικρό πήδημα ή ένα μικρό βήμα προς τα πίσω. Τα βάδισμα μπορεί να αρχίζει με μια σειρά από μικρά βήματα που μεταχωρούν σε περισσότερο ομαλό βηματισμό. Σε μερικές περιπτώσεις, οι ασθενείς αυτοί μπορούν και τρέχουν καλύτερα από όσο βαδίζουν ή βαδίζουν προς τα πίσω καλύτερα παρά προς τα εμπρός.

Άλλο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η δυσαρθρία: Ομιλία μονότονη, βραδεία, χαμηλή, με επιβράδυνση της ενάρξεως και συχνές διακοπές. Ενίοτε παρατηρείται επιτάχυνση της ομιλίας (ταχυλαλία) ή επαναλαμβάνονται οι τελευταίες συλλαβές λέξεων ή ολόκληρη λέξη ή και μικρές φράσεις (παλιλαλεία).

Το δέρμα του προσώπου λείον και στίλβο, λόγω αυξημέ-

νης σηγηματόρροιας. Σπάνια επέρχονται τα φυσιολογικά ακούσια και αυτόματα <<ανοιγοκλεισίματα>> των βλεφάρων. Η συναισθηματική κατάσταση των αρρώστων φαίνεται κυρίως εις την έκφραση του βλέματος που παραμένει ζωηρή. Ως εις της ελλείψεως των φυσιολογικών αυτόματων κινήσεων καταπόσεως σιέλου, τούτο συσσωρεύεται στο στόμα και εκρέει από τα χείλη. Η σιελόρροια αυτή άλλοτε είναι τόσο έντονη, ώστε ο ασθενής να είναι υποχρεωμένος να κρατά στο χέρι του συνέχεια μαντήλι για να σκουπίζει το στόμα του. Το ρινοβλεφαρικό αντανακλαστικό είναι ζωηρόν και δεν εξαντλείται. Το νοητικό επίπεδο, στις συνηθισμένες τουλάχιστον μορφές παράμένει άθικτον παρά την εντόπιση του βραδυψυχισμού που παρέχει ο ασθενής. Αντιθέτως, όμως, συχνά διαπιστούντων καταθλιπτικές αντιδράσεις που επιδεινώνουν την όλη εικόνα.

5. Διάγνωση

Η διάγνωση μπαίνει κυρίως από την κλινική εικόνα της νόσου.

6. Θεραπεία

Συντηρητική θεραπεία: Η θεραπεία με φάρμακα δεν είναι απαραίτητη στις αρχές της πορείας του παρκισονισμού. Τα φάρμακα τα διακρίνουμε σε δύο κατηγορίες: α) Με ντοπαμινεργή δράση και β) αντιχολινεργική δράση. Η επιλογή μπορεί να γίνει ανάλογα με την α) βαρύτητα της καταστάσεως, β) επικρατούσα συμπτωματολογία, γ) με την αιτιολογία του παρκισονισμού. Η θεραπεία πρέπει να αρχίζει με μικρές δόσεις, θεραπεία εκλογής για τον ιδιοπαθή παρκισονισμό είναι η θεραπεία υποκατάστασεως με λεβοντόπα της ανεπάρκειας των βασικών γαγγλίων,

στο νευρομεταβιβαστή (DOPAMINE). Στον μετεγκεφαλιτιδικό παρκισονισμό ή λεβοντόπα είναι λιγότερο δραστική. Ενώ δεν πρέπει να τη χορηγούμε σε φαρμακευτικό παρκισονισμό.

Τα αντιχολινεργικά φάρμακα: τα δίνουμε σε ελαφρές εκδηλώσεις και επιλέγονται για την θεραπεία του: φαρμακευτικού και μετεγκεφαλιτιδικού παρκισονισμού. Η δράση τους πιστεύεται ότι συνίσταται στην καταστολή της χολινεργικής σχετικής υπερδραστηριότητας.

Η λεβεντόπα έχει καλύτερη δράση στην βραδυκινησία και την δυσκαμψία παρενέργειες: Ναυτίες, εμέτους, υπόταση κ.λ.π. ενώ τα αντιχολινεργικά φάρμακα στον τρόμο και την δυσκαμψία. Καλό είναι να μην δίνονται μαζί δύο αντιχολινεργικά φάρμακα γιατί αυξάνονται οι πιθανότητες για ανεπιθύμητες ενέργειες. Από αλόγιστη χρήση τους μπορεί να έχουμε ψυχικές διαταραχές. Ακόμη μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση σε άτομα μεγάλης ηλικίας.

Αντιπαρκισονικά φάρμακα

Ντοπαμινεργά

LEVEDOPA

BENJERATIDEL NUDROCNTARIDE

CARBIDOPA

AMANTADINE HYDROCNORIDE

BROMOCRIPTINE

METHANOSULFOMINE

Αντιχολινεργικά

BENZNEXOJ HYDROCHALORIDE

BIPERIDEN

ORPHCHADRINE EYDROCHLORIDE

Α. Αμαντίδη: Οι άρρωστοι με ελαφρά συμπτώματα μπορούν να βοηθηθούν. Παρενέργειες: Ανησυχία, σύγχυση, κατάθλιψη, ναυτία, δυσκοιλιότητα, ανορεξία κ.λ.π..

Β. Καρβιντόπα: Αναστέλει το ένζυμο που είναι υπεύθυνο για την διάσπαση της λεβεντόπα προς ντοπαμίνη. Όταν η λεβεντόπα χορηγείται σε συνδυασμό με την καρβιντόπα η εξωεγκεφαλική διάσπαση της λεβεντόπα εμποδίζεται. Αυτό μειώνει την ποσότητα της λεβεντόπα που απαιτείται για ενεργητικά αποτελέσματα και μειώνει τις παρενέργειες ναυτία, εμετός, καρδιακές ανωμαλίες κ.λ.π.. Το <<SINEMET>> περιέχει καρβιντόπα και λεβεντόπα. Η θεραπεία αρχίζει με μικρή δόση π.χ. 1 δισκίο SINEMET 10/100 τρεις φορές τη μέρα και αυξάνεται βαθμιαία ανάλογα με την ανταπόκριση.

Γ. Βρωμοκρυπτίνη: Δρα απ'ευθείας στους υποδοχείς της DOPAMINE που έχει χρησιμοποιηθεί ως βοηθητική θεραπεία στο παρκινσονισμό: Παρενέργειες: Ανορεξία, ναυτία, εμετός, διανοητικές διαταραχές κ.λ.π.. Δεν την δίνουμε σε ασθενείς με ιστορικό ψυχιατρικής νόσου ή πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Χειρουργικά μέτρα: Γίνεται θαλαμοτομία. Επιφυλάσσει για τον άρρωστο που είναι νέος, έχει κυρίως ετερόπλευρο πόνο και ακαμψία που δεν έχουν ανταπόκριση στα φάρμακα.

<<Νέες ελπίδες για όσους έχουν πάρκινσον>> μια είδηση που δημοσιεύθηκε στο ιατρικό περιοδικό <<Ιατρική επιθεώρηση>> τον Απρίλιο του 1987. Στο Ιατρικό Κέντρο <<Λα Πατζα>> του Μεξικού έγινε για πρώτη φορά με επιτυχία σε δύο άντρες, που σχεδόν είχαν παραλύσει από PARKINSON, μεταμόσχευση ιστών από το επινεφρίδιο στον εγκέφαλο. Με αυτόν τον τρόπο, κύτταρα που παράγουν ντοπαμίνη, μεταφέρθηκαν στον εγκέφαλο και οι δύο ασθενείς σε λίγες ημέρες άρχισαν να ζουν κανονικά.

Η χειρουργική φαίνεται ότι θα παίρνει τα πράγματα στα

χέρια της. Η μέθοδος δεν θα βοηθήσει όπως πιστεύουν οι ειδικοί μόνο στους ασθενείς με PARKINSON αλλά θα ανοίξει μια νέα εποχή για μεταμφυτεύσεις ιστών στον εγκέφαλο.

7. Εξέλιξη της νόσου

Η πορεία της νόσου είναι κατά κανόνα προοδευτική, με διαφορετικό όμως ρυθμό επιδεινώσεως από άρρωστο σε άρρωστο. Η αρχική μονόπλευρος συμπτωματολογία τείνει προς γενίκευση και συν τω χρόνω η εμφάνιση αξονικών συμπτωμάτων (διαταραχές βαδίσσεως, ισορροπίας, δυσαρθρίας) επιτείνει την αναπηρία.

Εκ των μορφών της νόσου με επικράτηση του ενός από τα συμπτώματα της παρκινσονικής τριάδος είναι καλύτερης προγνώσεως οι περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από τρόμο, και χειρότερος αυτές στις οποίες κυριαρχεί η δυσκαμψία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ PARKINSON

Στη νευρολογική νοσηλευτική σπουδαίο ρόλο παίζει η παρατηρητικότητα, αφού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών και η νοσηλεύτρια με τις σωστές της παρατηρήσεις θα είναι η πηγή πληροφοριών για τη διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα αλλά και για την διαπίστωση των νοσηλευτικών προβλημάτων.

Οι οργανικές βλάβες πολλές φορές δεν αποκαθίστανται πλήρως λειτουργικά. Έτσι, η αποκατάσταση των νευρολογικών ασθενών είναι μία διεργασία που χρειάζεται:

- α) Καθοδήγηση
- β) απασχόληση
- γ) φυσικοθεραπεία
- δ) ψυχαγωγία
- ε) επανεκπαίδευση και πολλή υπομονή.

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

Πολλές απ' τις διαγνωστικές εξετάσεις είναι επώδυνες και με επικίνδυνες επιπλοκές για τον άρρωστο και γι' αυτό ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην ετοιμασία του αρρώστου και την πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών είναι εξαιρετικής σημασίας.

1. Γενική εκτίμηση της κατάστασως του αρρώστου.

1. Πηγές πληροφοριών: α) Πληροφορίες μπορούμε να πάρουμε από τον ίδιο τον άρρωστο, την οικογένειά του, τους συγ-

γενείς του, και από άλλα προηγούμενα ιατρικά δελτία.

2. Ιστορικό υγείας: - Παρόντα προβλήματα του ασθενή:

- α) Εμφάνιση και διάρκεια
- β) Ποιότητα πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- γ) Ένταση πόνου ή άλλων ενοχλημάτων
- δ) Παράγοντες που τον μειώνουν
- ε) Παράγοντες που τον επιδεινώνουν
- στ) Αποτελέσματα των τελευταίων διαγνωστικών εξετάσεων.
- ζ) Προβλήματα και παράπονα που έχουν σχέση με αυτά

Παρελθούσες νόσοι

Ρωτάμε τον ασθενή αν υπήρξε κάποιο τραύμα αξιοσημείωτο ή και νόσος. Κάποια προηγούμενα νευρολογικά προβλήματα όπως πονοκέφαλοι, ζαλάδες, σπασμοί, απώλεια συνείδησης.

Κοινωνικό ιστορικό

Προσέχουμε σε κάθε μεταβολή της συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις του αρρώστου. Πως μπορεί να επηρεαστεί το πρόβλημα του αρρώστου στην καθημερινή ζωή του;

3. Διανοητική και ψυχική κατάσταση:

- Επίπεδο συνείδησης - Βαθμός αντίδρασης στα ερεθίσματα -

- α) Πλήρης αντίληψη του περιβάλλοντος
- β) Συγχυτικός
- γ) Παραληρηματικός
- δ) Ληθαργικός
- ε) Κωματώδης

- Γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά -

- α) Τεταμένος
- β) Θλιμένος
- γ) Με ευεξία.

δ) Συνεργάσιμος

ε) Απρεπής συμπεριφορά

-Διανοητική λειτουργία του ασθενούς-

α) Προσανατολισμός στο χώρο, χρόνο και τα πρόσωπα

β) Δυνατότητα υπολογισμών

γ) Μνήμη πρόσφατων γεγονότων (ο άρρωστος να ανακαλέσει τρία γεγονότα μέσα στο χρόνο της εξέτασής του)

δ) Μνήμη μακρινών γεγονότων (ο άρρωστος να ανακαλέσει ιστορικά δεδομένα όπως ονόματα προέδρων ή Πρωθυπουργών)

ε) Κρίση και ικανότητα επίλυσης προβλήματος.

-Διεργασία σκέψης-

α) Ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή έμμονες ιδέες

β) Βαθμός επίγνωσης που αφορά τα προβλήματα και την κατάσταση του.

-Φλοιώδης αισθητική λειτουργία-

α) Ικανότητα αναγνώρισης των διαφόρων ερεθισμάτων.

1) Οπτικά ερεθίσματα

2) Ακουστικά ερεθίσματα

3) Απτικά ερεθίσματα

β) Ικανότητα αναγνώρισης μερών του σώματος και των μεταξύ των σχέσεων.

-Φλοιώδης κινητική λειτουργία-

Ικανότητα να εκτελέσει πράξεις που χρειάζονται δεξιοτεχνία, όταν δεν υπάρχει παράλυση.

-Ομιλία-

α) Ακουστική αντίληψη: Ικανότητα του ασθενή να αναγνωρίζει, διατηρεί και κατανοεί αυτό που ακούει.

β) Ακουστική έκφραση: Ικανότητα να μιλά και να εκφράζει τις δι-

εργασίες σκέψης του με λόγια.

γ) Οπτική αντίληψη: Ικανότητα να αναγνωρίζει, διατηρεί και κατανοεί το γραπτό λόγο.

δ) Γραπτή έκφραση: Ικανότητα έκφρασης των σκέψεων γραπτά (όταν δεν υπάρχουν κινητικές διαταραχές):

Χρήση χεριού

α) Αριστερού

β) Δεξιού

4. Κρανιακά νεύρα

- Οσφρητικό: Δοκιμασία κάθε ρώθωνα ξεχωριστή χρησιμοποιώντας γνωστές μυρωδιές.

- Οπτικό:

α) Οπτική οξύτητα

β) Οπτικά πεδία

γ) Βυθοσκοπήση οπτικής θηλής

1) Κατάσταση οπτικής θηλής

2) Αγγειακή κατάσταση

- Κοινό κινητικό:

α) Συστολή κόρης και προσαρμογή

β) Συμμετρία και κινήσεως βολβών

γ) Νυσταγμός

δ) Βλεφαρόπτωση

- Τραχιλιακό

- τρίδυμο

α) Αισθητική απόκριση

1) Αντανικλαστική κερατοειδούς

2) Δέρματος προσώπου, πρώτον 2/3 της γλώσσας και των δο-

ντιών σε απτική ερεθίσματα:

3)Κινητική δύναμη των μασητήρων μυών

-απαγωγό

-Προσωπικό

α)Αισθητικό:απόκριση των πρώτων 2/3 της γλώσσας σε γευστικά ερεθίσματα.

β)Κινητικό:Συμμετρία του προσώπου σε έντονες εκφράσεις.

-ακουστικό

α)Ακοή:1)Αμοτερόπλευρη ακουστική οξύτητα σε ακουστικό ερέθισμα.

2)Συμμετρική απόκριση σε δονούμενο διαπασών που τοποθετούνται στη μέση του μετώπου (δοκιμασία RINNE).

3)Αν η αέρια αγωγή είναι καλύτερη από την οστεΐνη ελέγχεται με το διαπασών (δοκιμασία WEBBER)

β)Λειτουργία λαβυρίνθικης ισορροπίας.

1)Νυσταγμός θέσης

2)Δοκιμασία θερμική

-Γλωσσοφαρυγγικό

α)Αισθητικό:Απόκριση του πίσω 1/3 μέρους της γλώσσας σε ερεθίσματα γευστικά και απτικά.

β)Κινητικά:Αντανακλαστικό κατάποσης

-Παραπληρωματικό:Μυϊκή δύναμη και όγκος του τραπεζοειδούς και στερνοκλειδομαστοειδούς μυός.

Κινήσεις ώμου, κεφαλής

-Υπογλώσσιο:βλάβη του ενός νεύρου:Ατροφία εκείνου του ημίσεως. Προβολή της γλώσσας, στρωφή προς την αδύνατη πλευρά.

Αμφοτερόπλευρη παράλυση:αδυναμία κίνησης γλώσσας.

-Πνευμονογαστρικό:Συμμετρία κίνησης της μαλθακής υπερώας.

5.Κινητική λειτουργία

-Αξιολόγηση των μυϊκών ομάδων των άνω και κάτω άκρων αριστερά και δεξιά για:

- α) Συμμετρία
- β) Δύναμη
- γ) Τόνο
- δ) Βαθιά τενόνεια αντανακλαστικά

6. Αξιολόγηση δερμοτομών για απόκριση σε:

- α) πόνο (καρφίτσα ασφαλείας)
- β) Γρήγορες εναλλασσόμενες κινήσεις χεριών και δακτύλων.
- γ) Βάδιση στα δάκτυλα.

Φυσική εκτίμηση

- α) Ακούσιος τρόμος
- β) Διαταραγμένες εκούσιες κινήσεις
- γ) Αυτόνομη δυσλειτουργία
- δ) Κατάθλιψη
- ε) Διανοητικές, αισθητικές και αντανακλαστικές λειτουργίες μειωμένες.

Προβλήματα του αρρώστου

- 1) Μεταβολές στην άνεση
- 2) Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό
- 3) Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, δευτεροπαθείς προς τη δυσκολία στην κίνηση.
- 4) Αυτοαντίληψη
- 5) Μεταβολές στην θρέψη: Κακή θρέψη, εξαιτίας απώλειας της όρεξης, ναυτίας και εμέτων αδυναμίας σίτισης.
- 6) Ελλατωματική κίνηση: ελάτωση μυϊκού τόνου και κινήσεων.
- 7) Σύγχυση: έλλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα χρόνο, χώρο κ.λ.π..

8) Διεργασίες σκέψης ελλατωματικές: Μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση.

9) Μεταβολές στο επίπεδο συνειδησίας.

10) Μεταβολές στην λειτουργία εσωτερικών οργάνων κυκλοφορικού, αναπνευστικού, ουροδόχου κύστεως κ.λ.π..

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων με χημική και υποστηρικτική θεραπεία.

Με την εμφάνιση και πρόοδο των συμπτωμάτων ο άρρωστος πρέπει να αξιολογείται κλινικά, με ακριβή καταγραφή των ευρημάτων.

Κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι ο τρόμος, η δυσκαμψία των μυών και η αδυναμία έναρξης κινήσεων ή εκτέλεσή τους γρήγορα και αποτελεσματικά. Λόγω της δυσκαμψίας βλέπουμε τον άρρωστο να δυσκολεύεται να σηκώσει το βραχίονα π.χ. να κτενίσει τα πίσω μαλλιά του, να σηκωθεί από την καρέκλα ή να γυρίσει απότομα. Όλα λοιπόν αυτά τα συμπτώματα πρέπει να τα παρατηρούμε προσεχτικά και να μπορούμε να τα αξιολογήσουμε. Η επιδεξιότητα της παρατήρησης είναι ένα από τα λειτουργικά κλειδιά της νοσηλεύτριας, γιατί δια μέσου αυτής μπορεί να μαθευτεί για την σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενή. Η νοσηλεύτρια με την παρατήρηση θα προσπαθήσει να καταλάβει την συμπεριφορά του αρρώστου έτσι ώστε να μπορέσει να τον βοηθήσει και να λύσει τα προβλήματά του.

Από την στιγμή που ο άρρωστος θα μπει στο νοσοκομείο η νοσηλεύτρια θα προσπαθήσει να καταλάβει αν συνεργάζεται. Μια καλή και σωστή συνεργασία μεταξύ αρρώστου-νοσηλεύτριας οπωσδήποτε θα φέρει καλά αποτελέσματα από την πλευρά της υγείας

του αρρώστου. Κάτι άλλο που θα πρέπει να παρατηρήσει η νοσηλεύτρια είναι ο βαθμός εντάσεως του αρρώστου, θα πρέπει να τον ενθαρρύνει, να συζητά τους φόβους του και να προσπαθήσει να ελαττώσει το άγχος του. Η κινητική δραστηριότητά του αρρώστου πρέπει επίσης να παρατηρείται. Όταν ο ασθενής παρουσιάζει βραδυκινησία, δυσκαμψία, τρόμο πρέπει προσεκτικά να σημειωθούν. Μπορεί, επίσης, να παρατηρηθεί η έκφραση του προσώπου. Το μασκοειδές προσωπείο είναι γνώρισμα του παρκισονικού ασθενή. Η φανερό εικόνα της δυστυχίας με λυπημένη ή με ελλειπή λάμψη ματιών και τις γωνίες του στόματος γυρισμένες προς τα κάτω είναι γνωρίσματα του καταθλιπτικού ασθενή. Η κατάθλιψη παρατηρείται συχνά στους παρκισονικούς ασθενείς. Παρατηρείται ακόμα, το επίπεδο συνείδησης του ασθενή. Ο ασθενής, δηλαδή, παρατηρείται δια το βαθμό αντίληψης με το περιβάλλον του. Αν έχει σύγχυση ή είναι αποπροσανατολισμένος.

Σύγχυση είναι η διανοητική κατάσταση του ασθενή όπου είναι δυνατό να σκεφτεί καθαρά, δεν γνωρίζει την κατάσταση την οποία βρίσκεται ενώ αποπροσανατολισμός είναι η ελαττωματική ικανότητα του ασθενή να γνωρίζει ποιός είναι. Κάτι άλλο που μπορεί να παρατηρηθεί είναι η ομιλία του ασθενή. Στους παρκισονικούς ασθενείς παρουσιάζεται δυσαρθρία.

Η συγκινησιακή απόκριση του αρρώστου πρέπει να αξιολογείται.

Η συγκίνηση είναι ένα αίσθημα το οποίο διαφέρει σε ένταση. Οι πιο συνηθισμένες συγκινήσεις είναι η χαρά, η λύπη, η αγάπη, το μίσος, ο φόβος κ.λ.π. Όλες αυτές λοιπόν μπορεί άνετα να επηρεάσουν την φυσική λειτουργία του σώματος. Βλέπουμε τον άρρωστο να κλαίει ή να γελάει, μια απότομη

αλλαγή ευφορίας και μελαγχολίας. Τον βλέπουμε, ακόμα, να εννευρίζεται, να γίνεται απαιτητικός. Μπορεί ο άρρωστος να οδηγηθεί και στην αυτοκτονία αν δεν προλάβουμε. Η αδελφή θα προσπαθήσει να κατανοήσει όλες αυτές τις εκδηλώσεις του ασθενούς ως αποτέλεσμα της νόσου. Δεν κατακρίνει, ούτε και σχολιάζει τη συμπεριφορά του. Θα προσπαθήσει να δημιουργήσει ψυχική άνεση και ασφάλεια στον ασθενή, ώστε να βελτιωθεί η ψυχική του διάθεση, να ελατωθεί το άγχος και ο φόβος του θανάτου.

Η υπομονή, η κατανόηση, η συμπάθεια και η λεπτότητα είναι απαραίτητα προσόντα που πρέπει να καλλιεργεί η αδελφή όταν νοσηλεύει τέτοιου είδους ασθενείς. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ενθαρύνει τον ασθενή για να συζητήσει τα προβλημάτά του μαζί της. Έτσι θα διασφαλίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή στον εαυτό του. Πρέπει να δημιουργήσει η αδελφή και φυσική και πνευματική επαφή με τον ασθενή. Θα πρέπει να του δείξει ότι αισθάνεται και καταλαβαίνει τα προβλήματά του και ότι έχει την συμπάθειά του. Να τον προλάβει ώστε να μην αισθάνεται μοναξιά. Είναι πολύ άσχημο το αίσθημα της μοναξιάς για τον ασθενή και οπωσδήποτε επιβαρυντικό στοιχείο για την κατάσταση της υγείας του. Καλό είναι λοιπόν να τον ενθαρρύνει, να κάνει απλές εργασίες ώστε να μην σκέφτεται το πρόβλημα της νόσου του.

Ακόμα, και η ψυχαγωγία θα παίξει σπουδαίο ρόλο στην υγεία του ασθενή. Ο ασθενής μπορεί να ψυχαγωγηθεί με διάφορους τρόπους όπως το διάβασμα, πηγαίνοντας στον κινηματογράφο, ακόμα με το να ασχοληθεί με κάτι που του αρέσει και που όμως δεν τον κουράζει, όπως για παράδειγμα περιποίηση στον ανθόκηπό του. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής λόγω της αρ-

ρώστιας του αντιδράσεις εχθρικά η αδελφή καλό είναι να παραμένει αδιάφορη.

Κάθε άλλο που πρέπει να χαρακτηρίζει την αδελφή είναι η ικανότητα της να ακούει τον ασθενή έστω κι αν αυτός γίνεται εκνευριστικός. Θα έχει αντίκτυπο στην ψυχική του κατάσταση όταν αυτή δείξει ότι πλήττει. Μια άλλη τεχνική που μπορεί να χρησιμοποιήσει η αδελφή είναι η συμβουλευτική. Σκοπός της είναι να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει τα προβλήματά του και να βρει δικές τους λύσεις. Κατά την συζήτηση, ο ασθενής θα ενθαρρυνθεί πρώτα να μιλήσει για την κατάσταση, ώστε ο σύμβολος να διαλέξει από την συζήτηση τις περιοχές που εμφανίζονται σαν βάση δυσκολίας και μετά να ζητήσει απ' τον ασθενή να τις προσδιορίσει.

Είναι σημαντικό η αδελφή να επιβεβαιώσει τον ασθενή ότι η τελική απόφαση είναι δική του και μόνο δική του. Σε περίπτωση αποτυχίας το σφάλμα δεν είναι του συμβούλου και ο ασθενής, μαθαίνει να δεχτεί την ευθύνη της απόφασής του. Αν η αδελφή συμβούλεψει σε περίπτωση αποτυχίας μπορεί να κατηγορηθεί απ' τον ασθενή και έτσι θα καταστραφεί κάθε ευκαιρία της αδελφής να ενεργήσει σαν σύμβουλος.

-Με την κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να βελτιωθούν τα συμπτώματα όπως:

- α) Τρόμος
- β) Δυσκαμψία
- γ) Βραδύτητα
- δ) Αυτόνομη δυσλειτουργία

Η εκλογή του φαρμάκου θα εξαρτηθεί από την ακριβή εκτίμηση της νευρολογικής καταστάσεως. Η φαρμακευτική θεραπεία

περιλαμβάνει :

- α) L-DOPA
- β) Συνδυασμός L-DOPA και CARBIDOPA
- γ) Αντιχολινεργικά
- δ) Αντιϊσταμινικά

Κατά την λήψη του ιστορικού θα πρέπει να ληφθούν υπόψη, διάφοροι παράγοντες όπως: α) ηλικία (διαφορετική δοσολογία ανάλογα με την ηλικία), β) υπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, γ) Άλλα φάρμακα που μπορεί να παίρνει ο ασθενής.

Βασικό ρόλο παίζει η παρακολούθηση των ασθενών αυτών που παίρνουν τέτοια φάρμακα. Μπορεί να παρουσιαστούν διαταραχές σε άλλα συστήματα όπως είναι:

- α) Γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία-εμετός)
- β) Κινητικές ανωμαλίες
- γ) Καρδιαγγειακές ή αναπνευστικές μεταβολές, και
- δ) Ψυχοτροπικές μεταβολές.

Θα πρέπει να γίνει διδασκαλία στον άρρωστο για πρόληψη και αντιμετώπιση από τις ανεπιθύμητες ενέργειες:

- α) Να παίρνει φάρμακα που περιέχουν L-DOPA με το φαγητό.
- β) Να αλλάζει θέση για να αποφεύγονται οι ζαλάδες και η ορθοστατική υπόταση.
- γ) Να ελέγχει την λήψη αλκοόλης.
- δ) Να μην χειρίζεται βαριά μηχανήματα όταν είναι νυσταλέος.
- ε) Να τρώει σκληρά γλυκά για να ενεργοποιεί την έκκριση του σάλιου.

Νοσηλευτική φροντίδα σε περίπτωση που άρρωστος με νόσο του PARKINSON βρίσκεται σε ακινησία.

1. Ατομική υγιεινή του ασθενή: Η αδελφή βοηθάει τον ασθε-

νή στην ατομική του υγιεινή. Η καθημερινή φροντίδα του δέρματος είναι απαραίτητη γιατί μπορεί να προλάβει τις κατακλίσεις. Ο άρρωστος παρουσιάζει πολλές επιδρώσεις χρειάζεται λοιπόν συχνή και σωστή καθαριότητα του δέρματος. Ακόμα παρατηρείται άφθονη σεελόρροια. Καλό είναι να δώσουμε ένα μαντήλι στον άρρωστο ώστε να μην αισθάνεται άσχημα κατά την έκκριση του σάλιου. Σε περίπτωση καθετηριασμού πρέπει να εφαρμοστεί καλή και σωστή καθαριότητα της περιοχής. Αλλαγή του καθετήρα σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς και αλλαγή του ουροσυλλέκτη. Σε περιπτώσεις απώλειας εξασφαλίζουμε καλή φροντίδα της κύστεως προς αποφυγή μόλυνσεως. Η ατομική καθαριότητα του ασθενή συντελεί στην τόνωση του ηθικού, στην ανάπαυση και στο αίσθημα ανέσεως και ευεξίας.

2. Διατροφή του ασθενούς: Πρέπει να γίνεται σωστή φδιατροφή. Τα φαγητά να είναι ευκολομάσητα. Όταν υπάρχει δυσκολία καταπόσεως ο ασθενής μπορεί να τραφεί με οισοφαγικό καθετήρα.

3. Πρόληψη ή έλεγχο των αναπνευστικών λοιμώξεων: Αποφυγή μόλυνσεως-μακριά από άτομα με κρυολόγημα . Δεν θα πρέπει να εκτίθεται σε ρεύματα αέρος, ο άρρωστος έχει πολλές επιδρώσεις.

4. Η αδελφή φροντίζει για την πρόληψη των επιπλοκών και ιδιαίτερα των μονίμων μυϊκών συσπάσεων. Η πρόληψη επιτυγχάνεται:

- Με την κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενούς στο κρεβάτι.
- Με ασκήσεις.
- Με έγερση από την κλίνη και βαθμιαία επιστροφή στις συνηθισμένες δραστηριότητες.

Η χρόνια ελλατωμένη κυκλοφορία σε ένα μυ, διατηρούμενο

σε σύσπαση, για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να συντελέσει σε μόνιμη βράχυνση των μυϊκών ινών. Η άσκηση προλαμβάνει την μυϊκή ατροφία και τις μόνιμες μυϊκές συσπάσεις οι οποίες καθιστούν τα άκρα άχρηστα και εμποδίζουν την ατομική περποποίηση και την μετακίνηση του ασθενή. Η παρουσία της αδελφής κατά την εκτέλεση των ασκήσεων ή την έγερση του ασθενούς από την κλίνη αποτελεί μέτρο ασφάλειας.

5. Άσκηση του ασθενούς: Αν υπάρχει φυσικοθεραπευτής στο νοσοκομείο καλεέται από τον θεράποντα ιατρό να εκτιμήσει την ικανότητα του ασθενούς για κίνηση και να προγραμματίσει φυσικοθεραπεία. Η αδελφή μπορεί να μάθει τις ασκήσεις τις οποίες εδιδάχθη ο ασθενής, παρακολουθεί τον ασθενή όταν τις εκτελεί και τις παρατηρήσεις της, της αναφέρει στον γιατρό.

6. Η αδελφή βοηθά τον ασθενή να μάθει εκ νέου να ομιλεί. Όταν παρουσιάζει διαταραχές στην ομιλία (δυσarthρία): Οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται συχνά στο διάστημα της μέρας και να διαρκούν λίγο ώστε να προλαμβάνεται η αποτυχία η κόπωση και η αποθάρρυνση του ασθενούς. Η αδελφή επαινεί κάθε μικρά πρόοδο του ασθενούς και εκφράζει την χαρά της για να ενισχύσει την αυτοπεποίθησή του. Η αδελφή μπορεί να χρησιμοποιήσει και τεχνικές επικοινωνίες π.χ. μορφασμούς χειρονομίες κ.λ.π..

7. Η αδελφή βοηθάει τον ασθενή να αυτοεξυπηρετείται: Μετά από διδασκαλία που γίνεται από την αδελφή ή τον φυσικοθεραπευτή ο ασθενής αρχίζει:

- 1) Να ανασηκώνει τον εαυτό του ορθώς επί της κλίνης.
- 2) Να γυρίζει στα πλάγια

- 3) Να εξετάζει το δέρμα του με την βοήθεια καθρέφτη. Ιδιαίτερα τους γλουτούς για τυχόν ερυθρότητα.
- 4) Να μπορεί να ντύνεται και να αφαιρεί τα ρούχα του.
- 5) Να σηκώνεται στην πολυθρόνα.
- 6) Να μπορεί να πηγαίνει στην τουαλέτα.
- 7) Να ανασηκώνεται από την καρέκλα κάθε 20' για την αποφυγή πιέσεως των ισχύων.

Με το να μπορεί ο ασθενής να αυτοεξυπηρετείται ενισχύεται ψυχολογικά και μπορεί να επιστρέψει στην κανονική του ζωή.

8) Η αδελφή βοηθάει το ασθενή να αναπτύξει και να διατηρήσει καλές διαπροσωπικές σχέσεις. Η επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους γίνεται πιο έντονη με την ασθένεια. Η αδελφή φροντίζει ώστε ο ασθενής να έχει ευκαιρία επικοινωνίας με αγαπημένα του πρόσωπα και να ξεκουράζεται με την ψυχική αυτή επαφή. Έτσι ο άρρωστος δεν αισθάνεται κοινωνικά απομονωμένος.

9) Η αδελφή βοηθάει τον ασθενή να αποδεχτεί την πραγματικότητα της αναπηρίας του. Κάθε ασθενής έχει την ανάγκη μιας πτώσεως χρόνου δια να εξοικειωθεί με την απώλεια μιας λειτουργίας του σώματός του.

Εάν το ανάπηρο άτομο μάθει να συγκεντρώνει την προσοχή του στις ικανότητες τις οποίες του απόμειναν, παρά στην αναπηρία του, θα πετύχει μια ικανοποιητική προσωπική και κοινωνική ζωή. Η αδελφή του βοηθάει να ευρύνει τον ορίζοντα των ενδιαφερόντων του, επαινεί τα προτερήματα της προσωπικότητάς του, την θέληση, την υπομονή του.

10) Η αδελφή συνεργάζεται με την οικογένεια για την αποκατά-

σταση του ασθενή.

Αποκατάσταση του ασθενή

Η αποκατάσταση του ασθενή περιλαμβάνει: Συχνές νευρολογικές εξετάσεις και συζητήσεις με τον άρρωστο και σύγκριση των ευρημάτων με εκείνη της βασικής γραμμής. Αναφορά κάθε αλλαγής από προηγούμενες εκτιμήσεις στην ιατρική ομάδα και άλλους ειδικούς. Επαναξιολόγηση πηγών που θα βοηθήσουν τον άρρωστο για επαγγελματική και ψυχική αποκατάσταση. Συχνή ενίσχυση της συγκινησιακής υποστήριξης του ασθενή. Σωστή λήψη των φαρμάκων. Σε περίπτωση παρενεργειών από τα φάρμακα (ναυτία-έμετοι) θα πρέπει να έρθει σε επαφή με τον θεράποντα γιατρό.

Θα πρέπει να γίνει ενημέρωση στην οικογένειά του εκτός από το γιατρό και από την νοσηλεύτρια. Η αδελφή επαναλαμβάνει και διευκρινίζει τις εξηγήσεις του γιατρού που αφορούν για παράδειγμα τα φάρμακα κ.λ.π.. Τους κατευθύνει πως να συμμετέχον σπών καθημερινή φροντίδα του. Για τους παρκινσονικούς ασθενείς που βρίσκονται σε ακινησία, συμβουλεύει την οικογένεια για την καθαριότητα του ασθενή, την διατροφή του την ψυχολογική του υποστήριξη. Η απασχόληση των ασθενών στο σπίτι θα τους βοηθήσει πολύ στην αποκατάστασή τους, καθώς και η ψυχαγωγία τους.

Βασικό μέλημα της οικογένειας είναι η προστασία των ασθενών από τον κίνδυνο των ατυχημάτων, τόσο μέσα στο σπίτι όσο και έξω απ' αυτό. Τα άτομα αυτά δεν θα πρέπει να κυκλοφορούν μόνα τους, είναι επικίνδυνο να χτυπήσουν. Ακόμα και μέσα στο σπίτι θα πρέπει να παρθούν μέτρα ασφαλείας, προς αποφυγή ατυχημάτων. Να γίνει φυσικοθεραπεία κατόπιν εντολής

γιατρού. Στην αποκτάσταση του ασθενούς καλούνται να βοηθήσουν εκτός του ιατρού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου η επισκέπτρια αδελφή, η κοινωνική λειτουργός, και η κατ'οικίαν νοσηλεύτρια.

Αξιολόγηση

- 1) Απόκριση στην φαρμακευτική θεραπεία
- 2) Με το πέρασμα του χρόνου μπορεί να μειωθούν τα αποτελέσματα.
- 3) Η CARBIDOPA ενισχύει την L-DOPA και πρέπει να παρακολουθείται για ανεπιθύμητες ενέργειες.
- 4) Σύγκριση της φυσικής και συγκινησιακής κατάστασεως με τα βασικά δεδομένα για αναθεώρηση της φροντίδας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 3ο

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ PARKINSON

Ιστορικό 1

Ο ασθενής Τσίγκας Γεώργιος ετών 50 νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική του Νοσοκομείου <<Άγιος Ανδρέας>> από 22/7/1988

Κύριο ενόχλημα εισαγωγής του ασθενή

Η δυσαρθρία - νόσος PARKINSON

Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει πληροφορίες για την νόσο.

Ιστορικό παρούσας νόσου

Η σύζυγος του ασθενή αναφέρει δυσαρθρία το πρωί της ημέρας της εισαγωγής του, είχε προηγηθεί επίσκεψη του παθολόγου στο σπίτι, ο οποίος φόρτισε συναισθηματικά τον άρρωστο λόγω της προσθήκης φαρμάκων σε αυτά που ήδη έπαιρνε. Η δυσαρθρία κράτησε ½ ώρα και μετά επανήλθε η ομιλία του. Κατά την διάρκεια της ίδιας ημέρας η δυσαρθρία, επανήλθε 3 φορές.

Ατομικό Ιστορικό

Αναφέρονται αϋπνίες από βετίας (θάνατος του αδελφού του)

Προηγούμενο Ιστορικό

Το 1986 εγχείρηση Βουβωνοκώλης και νόσο του PARKINSON από 5ετίας.

Μελαγχολικές ιδέες (κατάθλιψη) από βετίας.

Από την αντικειμενική νευρολογική εξέταση.

Αναφέρονται από 1 έτους μικρές διαταραχές στην μνήμη. Έλλειψη φυσιολογικών αυτόματων κινήσεων καταπόσεων.

Πρόσωπο ανέκφραστο.

Βάδιση με μικρούς βηματισμούς

Τρόμο κυρίως στο αρ.άνω άκρο και στο δεξιό κάτω άκρο

Ομιλία κολλώδη

Δυσκαμψία

Ο ασθενής δυσκολεύεται να βαδίσει, να φάει

Ευρήματα από άλλα συστήματα

Αναφέρει δυσκοιλιότητα

Ευρήματα από τον πατακλινικό έλεγχο

Ht=

Λευκά=

ΤΚΕ= 45 MM HR

Ουρία=35 MG%

Σάκχαρο=77 MG%

K=4,8 MG/IT

Γενική ούρων= Κορ

A/a κρανίου=Κορ

Αξονική τομογραφία στις 10/8/1988 χωρίς σαφή παθολογικά ευρήματα

Αγωγή: SIT NOOTROP

TABL PENSUTIN 75 MG, S=1X2

TABL SAROTRN RCTURD 25 MG, S;2X1

TABL SINRMENT S:½ Xη - TABL MALOX S:1X1

Οδηγίες: Να γίνονται συχνές νευρολογικές εξετάσεις

Νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή

Ενημερώνουμε τον ασθενή για κάθε νοσηλεία που του γίνεται

1)Ο ασθενής αγωνιά λόγω αβεβαιότητας για το σχέδιο φροντίδας του γιατρού και την πρόγνωση: Ζητάμε από το γιατρό να έρθει σε επαφή με τον άρρωστο και να συζητήσει μαζί του για τα σχέδια του. Με αυτό τον τρόπο ανακουφίζουμε και καθησυχάζουμε τον άρρωστο.

- 2) Ανικανότητα του ασθενή να φροντίσει την ατομική του υγιεινή λόγω των συμπτωμάτων του όπως τρόμος, δυσκαμψία: Η ατομική καθαριότητα του ασθενή αποτελεί καθήκον και ευθύνη της αδελφής και ο ασθενής μας αισθάνεται άνετα. Βοηθάμε τον ασθενή με μπάνιο στο κρεβάτι καθημερινά. Καθαρίζουμε τα δόντια, χτενίζουμε τα μαλλιά του, κόβουμε τα νύχια.
- 3) Ανικανότητα να φάει και να ντυθεί ο ασθενής: Βοηθάμε τον άρρωστο ο οποίος λόγω των συμπτωμάτων του δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Όσο αφορά την διατροφή του τα φαγητά να είναι ευκολομάσητα λόγω δυσκολίας καταπόσεως.
- 4) Πρόβλημα αγωνίας του ασθενή για τις διάφορες εξετάσεις που γίνονται: Για τον εργαστηριακό έλεγχο ενημερώνουμε τον ασθενή από το βράδυ να μείνει νηστικός. Για τις διαγνωστικές εξετάσεις όπως ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, η αδελφή πρέπει:
 - Να ετοιμάσει τον άρρωστο και τους δικούς του με διδασκαλία και ενθάρρυνση
 - Να συνοδεύσει και να ενθαρρύνει τον άρρωστο κατά την διάρκεια της εξέτασης
 - Βοήθεια του γιατρού κατά την εξέταση
 - Προσεχτικές παρατηρήσεις στον άρρωστο μετά την εξέταση
- 5) Αναφέρεται πρόβλημα δυσκοιλιότητας του ασθενή: Κάνουμε καθημερινή έρευνα π.μ.-μ.μ. Αν δεν ενεργηθεί με κάποιο φάρμακο, κάνουμε υποκλυσμό.
- 6) Προβλήματα του ασθενή, όπως τρόμος-δυσκαμψία-μικροί βηματισμοί αντιμετωπίζονται με την αντιπαρκισινικά φάρμακα: Μετά από εντολή του γιατρού θα ποέπει να δώσουμε τα σωστά φάρμακα στην σωστή δοσολογία: Προσοχή στις ανεπιθύμητες ενέργειες (ναυτία, έμετος, ψυχικές διαταραχές, προβλήματα από άλ-

λα συστήματα όπως το κυκλοφοριακό).

Για την δυσκαμψία κάνουμε φυσικοθεραπεία οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται συχνά.

- 7) Δυναμικό πρόβλημα δυσαρθρίας του ασθενή: Τόνωση του ηθικού και ψυχολογική υποστήριξη: Μπορούμε να κάνουμε συχνά ασκήσεις χωρίς όμως να κουράζουμε τον ασθενή. Ακόμα με διάφορες χειρονομίες μπορούμε να συνεννοούμαστε με τον ασθενή.
- 8) Πρόβλημα κατάθλιψης του ασθενή: Ψυχολογική υποστήριξη. Απομάκρυνση του άγχους, απασχολούμε τον ασθενή με ευχάριστα πράγματα ώστε να ξεχνάει το πρόβλημά του.
- 9) Δυναμική αίσθηση μοναξιάς: Εκτός από την σύζυγό του ο ασθενής δεν έχει κανένα άλλο δικό του πρόσωπο κοντά του. Μπορούμε να επικοινωνήσουμε με τα παιδιά του που βρίσκονται μακριά αν αυτό δεν μπορεί να το κάνει η σύζυγός του.
- 10) Πρόβλημα αγωνίας για τα οικονομικά: λόγω προβλέψεως μακροχρόνιας θεραπείας, Ζητάμε την βοήθεια της κοινωνικής λειτουργού.

Ιστορικό 2

Ο ασθενής Τσιρογιάννης Ευάγγελος ετών 47 νοσηλεύτηκε στη νευρολογική κλινική <<Αγίου Ανδρέα>> από 21/9/1987 μέχρι 2/10/1987

Λόγοι εισαγωγής

Αδυναμία-δυσκαμψία στο δεξ. άνω άκρο

Ο ασθενής είναι σε θέση να μας δώσει πληροφορίες

Ιστορικό παρούσης νόσου

Ο ασθενής εργάζεται σε γραφείο και κατά την διάρκεια του τελευταίου 18μηνου εμφανίστηκε δυσχέρεια στο δεξ. άνω άκρο κατά την επιτέλεση λεπτών κινήσεων (γράψιμο) και των καθημερι-

νών του ασχολιών.

Η κατάσταση προοδευτικά επιδεινώνεται.

Προηγούμενο ιστορικό

1)Αρτηριακή υπέρταση, 2)Γαστρίτιδα

Ευρήματα από την φυσική εξέταση

Δυσκαμψία στο δεξιό άνω και κάτω άκρο

Μελαγχολικές ιδέες με προεξέχον το αντιδραστικό στοιχείο

Ευρήματα από τον παρακλινικό έλεγχο

Ht=37%

Λευκά=6.900

Ουρία=13 MG%

Σάκχαρο=81 MG%

K= 4,3 MEQ/LT

Na=143 MEQ/LT

Κρεατινίνη 0,7 MG%

ΗΚΓφσημα:φυσιολογικό

ΗΕΓ:Διάγραμμα φυσιολογικό

Αξονική τομογραφία: χωρίς σαφή παθολογικά ευρήματα

Διάγνωση:Νόσος PARKINSON

Αγωγή: SINEMET TABL 250 MG ½X4 ημερησίως

CAPOTEN TABL 1X1 ημ.

MODUTETIC TABL ½ μέρα παρά μέρα

Οδηγίες: Εξήλθε με βελτίωση και με την φαρμακευτική αγωγή που αναφέρεται - Συστήθηκε 20 μέρες αναρρωτική άδεια και επανέλεγχος στα ΕΞ.Ιατρεία

Νοσηλευτική φροντίδα

1)Ο ασθενής παρουσιάζει πρόβλημα ανησυχίας: Ξαφνικά ευφανίζεται η αδυναμία και η δυσκαμψία του δεξ.άνω άκρου. Η κατάσταση αυτή βάζει σε ανησυχία τον ασθενή. Θα πρέπει να τον καθη-

συχάσουμε και να τον υποστηρίξουμε ψυχολογικά. Να απομακρύνουμε το άγχος του, που θα είναι επιβαρυντικός παράγοντας για το άλλο πρόβλημα του ασθενή την αρτηριακή υπέρταση.

2) Δυναμικό πρόβλημα αρτηριακής υπέρτασης του ασθενή: Συχνή μέτρηση της Α-Π. Σε περίπτωση αύξησής της και κατόπιν εντολής γιατρού χορηγούμε αντιυπερτασιακά φάρμακα.

3) Στην αντιμετώπιση της δυσκαμψίας: Δίνουμε φάρμακα. Προσοχή στις παρενέργειες των φαρμάκων. Δεν θα πρέπει να ερεθίσουμε το στομάχι (υπάρχει προηγούμενο ιστορικό γαστρίτιδας) θα πρέπει να γίνει φυσικοθεραπεία για να προλάβουμε την παραπέρα επιδείνωση της καταστάσεως

4) Μελαγχολικές ιδέες με προεξέχον το αντιδραστικό στοιχείο: Είναι φυσικό ο ασθενής να αντιδρά εχθρικά. Βρίσκεται ξαφνικά από την μια φυσιολογική κατάσταση σε μια μη φυσιολογική κατάσταση. Ο ασθενής δεν μπορεί να επιτελέσει λεπτές κινήσεις και τις καθημερινές του εργασίες. Η αδελφή δεν θα πρέπει να σχολιάσει την συμπεριφορά του, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει ψυχική άνεση στον ασθενή και ασφάλεια. Η υπομονή, η κατανόηση, η συμπάθεια και η λεπτότητα είναι απαραίτητα προσόντα που πρέπει να καλλιεργήσει η αδελφή για να βοηθήσει τέτοιους ασθενείς.

Ιστορικό 3

Η ασθενής Τριανταφύλλου Ευθυμία ετών 71 νοσηλεύτηκε στη Νευρολογική Κλινική του Νοσοκομείου <<Άγιος Ανδρέας>> από 17/8/1987 μέχρι 8/9/1987

-Λόγοι Εισαγωγής

Ρύθμιση αντιπαρκισονικής αγωγής

Ιστορικό παρούσης νόσου

Η ασθενής υποφέρει από νόσο PARKINSON από το 1970 και παρακολουθείται από Ιατρό γιαντρό από το 1974. Είναι σε αγωγή με PARODRI 4X3 και MADOPUR 2X3. Εισάγεται για διακοπή και επανέναρξη της φαρμακευτικής αγωγής.

Προηγούμενο Ιστορικό

Ελεύθερο

Ευρήματα από την φυσική εξέταση

Μέτρια εξοπυραμιδική δυσκαμψία, κυρίως στο αρ.άνω άκρο με σημείο τροχού και με τρόμη πρεμίας στο ίδιο άκρο και τη γλώσσα. Ρινοβλεφαρικό αντανακλαστικό που δεν εξαντλείται. Γενικότερα επιβράδυνση των κινήσεων με κατάργηση των συνοδών κινήσεων των άνω άκρων.

Ευρήματα από τον παρακλινικό έλεγχο

Ht=37%

Λευκά=6000

ΤΚΕ=44 MM/HR

Ουρία=47MG%

Σάκχαρο=91MG%

K=3,8 ΜΕQ/LT

Na=146 ΜΕQ/LT

Ca⁺⁺=8,6 MG%

Κρεατινίνη 33 MU/ML

ΗΚΔ=Κ.ορ

Γενική ούρων=φυσιολογικής τιμής

Διάγνωση:Νόσος PARKINSON

Αγωγή:MADOPAR 1X3 PARIODET 1X3

Νοσηλευτική φροντίδα

Στην ασθενή από νοσηλευτικής πλευράς έγιναν τα εξής, Εκτός από τις οδηγίες που δόθηκαν από τον γιατρό, θα πρέπει να

γίνει διδασκαλία και από την νοσηλεύτρια για τα φάρμακα που θα παίρνει. Να παίρνει σωστά τις δόσεις που συστήθηκαν από το γιατρό (όπως βλέπουμε από το ιστορικό οι δόσεις των φαρμάκων μειώθηκαν) προσοχή στις παρενέργειες, σε περίπτωση εμφάνισής τους θα πρέπει να έρθει σε επαφή αμέσως με τον γιατρό. Έχει ανάγκη ακόμη από ψυχολογική υποστήριξη και θα τη βοηθήσουμε με την διδασκαλία, την συζήτηση και την ενθάρρυνση. Η κατάσταση της ασθενούς κατά την έξοδό της βελτιώθηκε και της συστήθηκε επανέλεγχος.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Η νόσος του PARKINSON βλέπουμε να εμφανίζεται συχνότερα στην έκτη δεκαετία της ζωής, μεταξύ 40-70 ετών.

Είναι μια ασθένεια που παρατηρείται σε όλες τις χώρες ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Είναι συχνότερη στις Η.Π.Α. (γύρω στους 500.000 ασθενείς) και την συναντάμε περισσότερο στους άντρες.

Η πορεία της νόσου είναι προοδευτική με διαφορετικό ρυθμό επιδεινώσεως από άρρωστο σε άρρωστο. Η αρχική μονόπλευρη συμπτωματολογία γενικεύεται και επιτείνει την αναπηρία.

Καλύτερης προγνώσεως είναι οι περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από τρόμο (ο ασθενής μπορεί να αυτοσυντηρηθεί, να εργαστεί κ.λ.π.). Ενώ χειρότερης σ' αυτές που υπάρχει η δυσκαμψία.

Τα διάφορα αντιπαρκινσονικά φάρμακα που παίρνουν οι ασθενείς απλώς ελλατώνουν και ανακουφίζουν από τα συμπτώματα, οι παρενέργειες όμως είναι μεγάλες και χρειάζεται προσοχή κατά την χορήγησή τους τόσο από το γιατρό, όσο και από τους νοσηλευτές.

Εκτός από την συντηρητική θεραπεία φαίνεται ότι και η χειρουργική θα πάρει τα πράγματα στα χέρια της, με τις μεταμοσχεύσεις ιστών που γίνονται στον εγκέφαλο με επιτυχία.

Η νόσος αυτή παρουσιάζει ιδιαιτερότητες τις οποίες έχοντας υπόψη μας εμείς καταλαβαίνουμε πόσο αναγκαία είναι η κοινωνική υποστήριξη για να μπορέσουν οι πάσχοντες από αυτή να αντικρύσουν την ζωή με θάρρος και ίσως κάποια ελπίδα.

Ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο από κάθε τι την δικιά μας υποστήριξη, την υποστήριξη της Νοσηλεύτριας-Νοσηλεύτη που με το δικό τους τρόπο θα συμβάλλουν στο δύσκολο έργο της κοινωνικής αποκατάστασης του ασθενή.

Ο παρκινσονικός ασθενής έχει κι αυτός δικαιώματα στη ζωή.

Η κοινωνία μας είναι υποχρεωμένη να του συμπαρασταθεί και να τον βοηθήσει. Πρέπει να ζήσει κι αυτός όπως και κάθε φυσιολογικός άνθρωπος. Να του προκαλέσουμε το ενδιαφέρον για ζωή. Δεν θα πρέπει να υπάρχει το συναίσθημα μειονεξίας, απελπισίας και κοινωνικής κατάπτωσης. Αυτό θα το κατορθώσουμε αν δεν τον απομακρύνουμε από τις διάφορες εκδηλώσεις της ζωής. Θα πρέπει να τον βοηθήσουμε να αποκτήσει ένα επάγγελμα που θα καταστήσει τον ασθενή άτομο πραγματικά υπεύθυνο μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Στην σύγχρονη κοινωνία μας τα άτομα αυτά δεν θα πρέπει να συναντούν δυσχέρειες στην ανεύρεση και διατήρηση του επαγγέλματος. Θα πρέπει να σταματήσει αυτή η κοινωνική προκατάληψη για τη νόσο. Το επάγγελμα βοηθάει το άτομο και οικονομικά. Παράγοντες μόνο που μπορούν να εμποδίσουν την άσκηση του επαγγέλματος είναι και η συνύπαρξη νοητικής καθυστέρησης. Το επάγγελμα με το οποίο θα ασχοληθεί ο παρικισονικός ασθενής θα πρέπει να είναι στα δικά του μέτρα. Ας πούμε το επάγγελμα του οδηγού δεν θα μπορέσει να το ασκήσει ο ασθενής αυτός λόγω των συμπτωμάτων του (τρόμο, βραδυκινησία), όπως δεν μπορεί επίσης να χειριστεί βαριά μηχανήματα.

Η έλλειψη ενδιαφερόντων, η απομόνωση και ο εξοστρακισμός του αρρώστου από την κοινωνία συντελούν στην στένωση του πεδίου των ενδιαφερόντων του και την ελάττωση της ψυχοδιανοητικής του δραστηριότητας. Με την απασχόληση ο ασθενής ξεχνάει τα προβλήματά του, δεν αισθάνεται μοναξιά (έρχεται σε επαφή με άλλα άτομα).

Ένα άλλο θέμα είναι η ασφάλιση αυτών των ατόμων από τη πολιτεία. Τα άτομα αυτά μπορεί να πάθουν ατύχημα (λόγω της αναπηρίας τυ) και φυσικά δεν θα πρέπει να μείνουν στο δρόμο.

Αυτό είναι ένα από τα βασικά μελήματα της πολιτείας και ιδιαίτερα για τους ασθενείς αυτούς.

Ακόμη μπορεί ο ασθενής να βοηθηθεί (αν μάλιστα δεν υπάρχει και κανένας δικός του) με το να μπει σε κάποιο Ίδρυμα που θα του παρέχει τις απαραίτητες φροντίδες.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Λέγοντας νόσο του PARKINSON εννοούμε μόνο τις περιπτώσεις της ιδιοπαθούς νόσου. Ενώ τα παρκινσονικά σύνδρομα παρουσιάζονται με παραπλήσια κλινική εικόνα, προκαλούνται όμως από συγκεκριμένα αίτια (τραυματισμούς, όγκους κ.λ.π.) Στη νόσο του PARKINSON οι τιμές του DOPUMINC είναι χαμηλές στους ορατούς πυρήνες του εγκεφάλου. Η τριάδα των συμπτωμάτων που κυριαρχούν είναι ο τρόμος, η δυσκαμψία και η βραδυκινησία. Τα διάφορα αντιπαρκινσονικά φάρμακα που παίρνει ο ασθενής απλώς ελαττώνουν τα συμπτώματα, προσθέτουν όμως παρενέργειες που είναι επικίνδυνες για τον ασθενή. Οι μεταμοσχεύσεις ιστών στον εγκέφαλο που αρχίζουν να γίνονται μπορεί να βοηθήσουν πραγματικά τον άρρωστο.

Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται περισσότερο ψυχολογική υποστήριξη. Παρατηρούμε καταθλιπτικές αντιδράσεις που επιδεινώνουν την όλη κατάσταση. Η αποκατάσταση των ασθενών αυτών είναι μια διεργασία που χρειάζεται καθοδήγηση, απασχόληση, φυσικοθεραπεία και ψυχαγωγία.

11.Φαρμακιάκης Ν.<<Σημειώσεις Ανατομίας-Φυσιολογίας>>

14, 15 ΠΑΤΡΑ 1986

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. HARRISON: Εσωτερική παθολογία. Τόμος Α' Έκδοση 10η
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος.
Ναυαρίνου 20, 136, 137, 143 Αθήνα 1986
2. KRUPP CHATTON WERDEGAR: Σύγχρονη διαγνωστική και θεραπεία
Τόμος Β' Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος 240, 241,
Αθήνα 1986
3. RAYMOND D. ADAMS, PRINEIPLES OF NEUROLOGY
MAURISE VICTOR THIRD EDITION. 232, Αθήνα 1988

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

4. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΓΟΛΟΓΙΟ, ΕΟΟΡ,
Εκδόσεις Αθήνα 112, 113, 1987
5. ΜΑΚΡΗΣ Ν. <<Σημειώσεις νευρολογίας-ψυχιατρικής>>
σελ. 13, 14, ΠΑΤΡΑ 1986
6. ΜΟΥΣΟΥΡΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Α, <<Σημειώσεις νευρολογίας>>
10, 11 ΠΑΤΡΑ 1986
7. ΠΑΡΑΣΧΟΥ Α; Η νευρολογική θεώρηση του εξοπυραμιδικού μηχανισμού και των εξοπυραμιδικών διαταραχών
NEUROIGIA ET PSYCHΙΑΤΡΙΑ, 41, 42, 1987
8. ΣΑΧΙΝΗ; ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ <<Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική>> Νοσηλευτικές διαδικασίας.
1, 424, 425, 1984
9. ΣΙΑΦΑΚΑΣ Α, ΡΙΝΙΕΡΗΣ Π., ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Γ. <<Ντοπαμινικός μηχανισμός>> Εγκέφαλος. Αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής
τόμος 212, 1976
10. ΣΚΑΡΠΑΛΕΖΟΣ Σ-ΜΑΛΛΙΑΡΑ Σ Μαθήματα νευρολογίας τεύχος δεύτερο. Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος 310, 311, 312, Αθήνα 1975

