

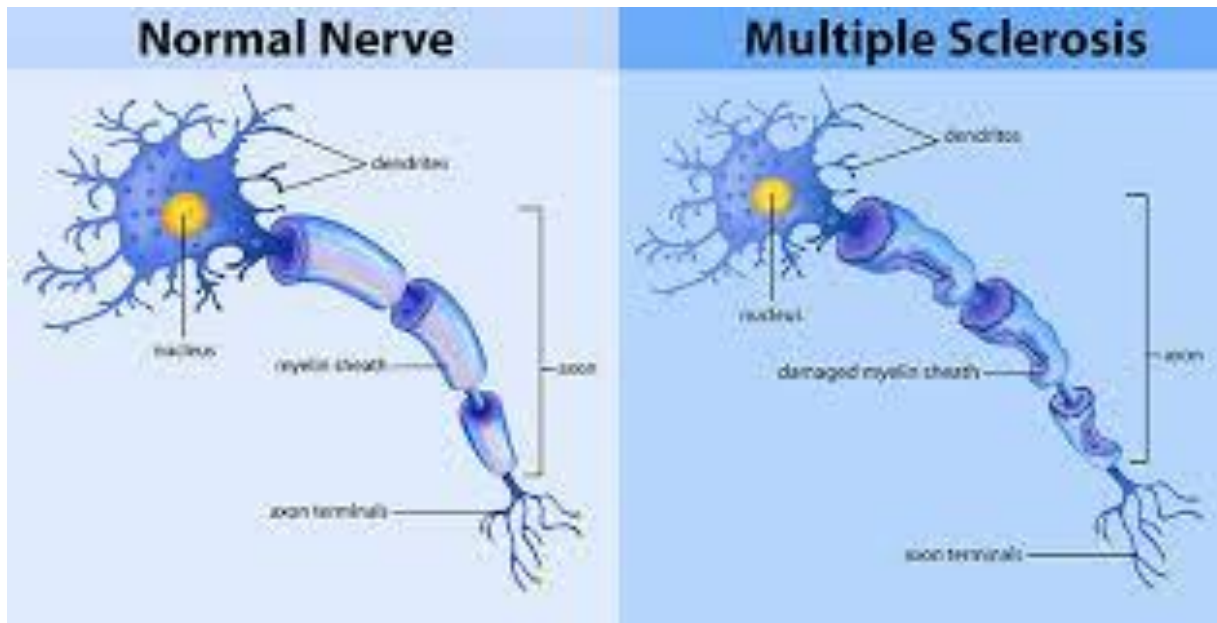


Multiple Sclerosis & Nursing Care

Dr. Reza Shabanlari

بیماری Multiple Sclerosis

- به معنی اسکروز متعدد یا زخم های چندگانه
- بیماری خودایمنی مزمن و پیشرونده در سیستم عصبی مرکزی تاثیر
- آسیب میلین در اثر تحریک سیستم ایمنی
- ضایعات دمیالینه در مغز، طناب نخاعی و عصب چشمی



اپیدمیولوژی

• سن:

• بیماری سنین جوانان می باشد و بیشتر در سنین بین 20 تا 40 سالگی تشخیص داده می شود.

• جنس: زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان

• پراکندگی:

• خطر ابتلا به بیماری در افراد جامعه یک در هزار می باشد

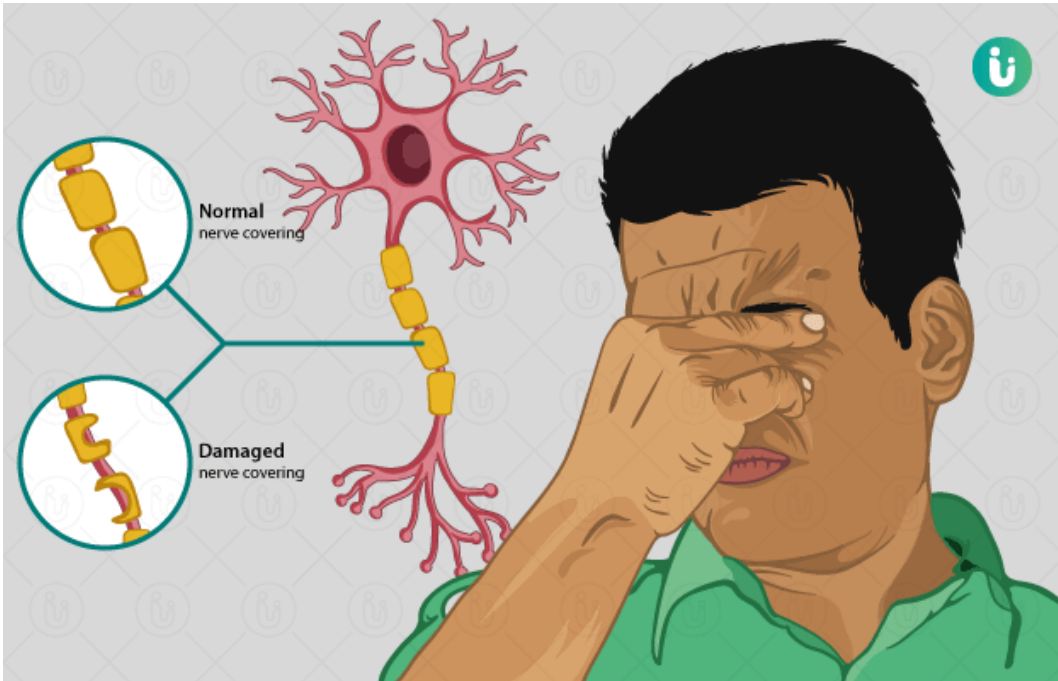
• بین 250000 تا 350000 نفر در ایالات متحده

• براساس آمارا نجمن مالتیپل اسکروزیس ایران؛ 70 هزار بیمار

• بالاترین آمار بیماری ام اس را شهر اصفهان دارا می باشد

خصوصیت بیماری مالتیپل اسکلروزیس

- نواحی متعدد مبتلا در مغز و طناب نخاعی
- علائم نورولوژیک متعدد طی زمان
- پلاکها نواحی اسکلروزه (نشانه بارز بیماری)

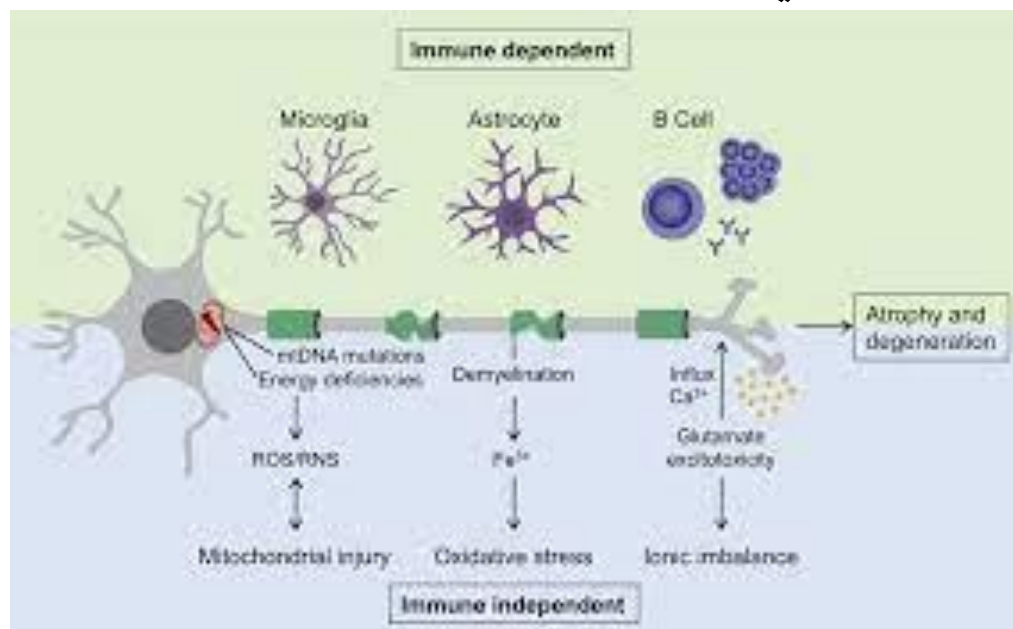


تاریخچه بیماری MS

- رابرت کارسول (۱۸۵۷-۱۷۹۳) که استاد انگلیسی آسیب‌شناسی و ژان کروویلهر (۱۸۷۳-۱۷۹۱)، بسیاری از جزئیات بالینی این بیماری را تشریح کرده و به تصویر درآورده بودند، اما نتوانستند آن را به عنوان یک بیماری مجزا تشخیص دهند.
- سال ۱۸۶۸ ژان مارتین شارکو، عصب‌شناس فرانسوی، اولین فردی بود که به تصلب (عصبی) متعدد به عنوان یک بیماری مجزا پی برد.
- بر اساس مشاهدات آسیب‌شناختی و بالینی خود نام این بیماری را **sclerose en plaques** گذاشت.

اتیولوژی

- دلایل دقیق مالتیپل اسکلروزیس مشخص نیستند.
- احتمالاً از یک تغییر در سیستم ایمنی، یا تماس با عوامل محیطی (عوامل عفونی) یا هر دو ایجاد می شود.
- سیستم ایمنی نقش مهمی در پاتوژن MS دارد.
- سیستم ایمنی نقش مهمی در پاتوژن مالتیپل اسکلروزیس دارد.
- یک حمله اتوایمون علیه میلین خودی یا آنتی ژنهای الیگودندریتی خودی توسط ماکروفاژها، سلولهای T کشنده، لنفوکینها و آنتی بادیها هنگامیکه به مغز راه می یابند.



اتیولوژی:

- نقش ژن ها در بیماری مالتیپل اسکلروزیس
- نقش ژنتیک بعنوان يك جزء اصلي در بروز واکنش خود ایمنی
- داشتن سابقه خانوادگی از بیماری (3% بیشتر)
- دو قلوهای یکسان که دارای ژنهای مشابهی هستند در خطر بیشتری می باشند (10%)
- برخی بیماری های خود ایمنی خاص: بیماری های تیروئیدی، دیابت نوع 1 و یا بیماری های التهاب روده



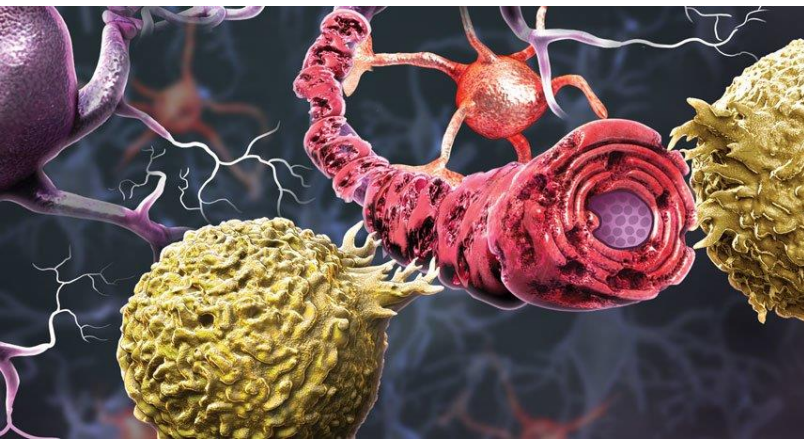
اتیولوژی:

- عوامل محیطی:
- حداقل يك یا چند عامل محیطی دخیلند.
- از انواع ویروسها(سرخک، اوریون، سرخجه، آبله و ایشتن بار)
- نژاد: افراد سفیدپوست بیشتر در معرض خطر برای ابتلا به این بیماری قرار دارند. افراد آسیایی، آفریقایی و یا بومیان آمریکا، کمترین خطر را دارند.
- آبوهوا: ام اس در افرادی که در آبوهوای معتدل زندگی می‌کنند شایع‌تر است.
- استعمال دخانیات
- کمبود نور خورشید و ویتامین D
- چاقی نوجوانی:

پاتوفیزیولوژی

- هدایت جریان عصبی در آکسون‌های میلینه دارای الگوی جهشی است
- انتقال ایمپالس عصبی از یک گره به گره دیگر، بدون دیپلاریزه شدن غشای آکسونی زیر غلاف میلین در حفاصل بین دو گره صورت می‌گیرد.
- این وضعیت موجب افزایش چشمگیری در سرعت هدایت جریان در اعصاب میلینه در مقایسه با اعصاب غیرمیلینه می‌شود.
- در بیماری دمیلینه‌شدن و شواهد تخریب میلین در اولین مراحل تخریب بافتی دیده می‌شود.
- سلول‌های پیش‌ساز اولیگودندروسیت زنده باقی می‌مانند. حتی در بسیاری از ضایعات تعداد آن‌ها از حد نرمال نیز بیشتر است، اما این سلول‌ها به سلول‌های بالغ تولیدکننده میلین تمایز نمی‌یابند.
- ممکن است تخریب نسبی یا کامل آکسون‌ها، به‌ویژه در ضایعاتی که شدیداً التهابی هستند، دیده شود.

- با پیشرفت ضایعات، تکثیر **آستروسیت‌ها** بارز می‌شود (گلیوز)



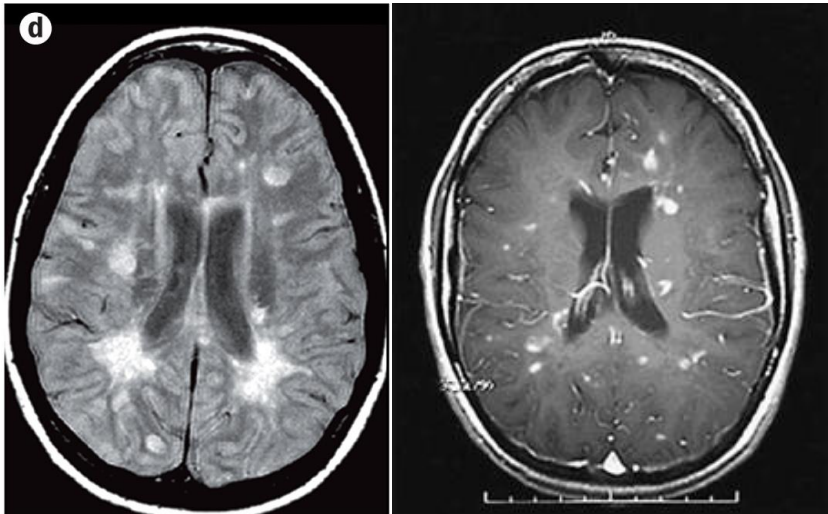
پاتولوژی

- علت نامگذاری آن نواحی متعدد اسکاری که بطور ماکروسکوپی روی مغز قابل دیدن است .
plaque نواحی صورتی یا خاکستری با حاشیه مشخص که براحتی از ماده سفید اطرافش قابل تشخیص است. گاهی این پلاکها در ماده خاکستری هم است. سایز آنها متنوع است:
1-2 mm -several cm حتی تخریب کلی یا قسمتی آکسون و در موارد خیلی شدید
.cavitation

- رابطه بین تعداد و سایز پلاکها (plaque burden) و شدت علائم بالینی و Symptom بیمار دقیق نیست. بنابراین فردی با extensive plaque burden ممکن است mild symptom داشته باشد یا بر عکس در برخی افراد Severely Disabled تنها تغییرات پاتولوژیک مینور مشهود باشد.

تشخیص بیماری

- هیچ تست اختصاصی که جهت تشخیص MS به کار رود، وجود ندارد، بلکه بیماری بر اساس سابقه و یافتن ههای بالینی تشخیص داده می شود.
- اسکن ام آر آی: استفاده از کنتراست اجازه می دهد MRI برای تشخیص ضایعات فعال و غیر فعال در مغز و نخاع شما.
- آزمون بالقوه تحریک کننده:
- آزمایش مایع مغزی نخاعی (LP): باندهای اولیگوکلونال
- آزمایش خون:



بیماری های دیگر که علائم مشابهی دارند

- بیماری لایم
- لوپوس
- سندرم
- سیفلیس
- اچ آی وی / ایدز

سير بیماری

- سير باليني آن متنوع بوده و مي تواند از يك سير كاملا خوش خيم تا سير پيشرونده و ناتوان كننده متغير باشد.

درگير كردن جوانان و ناتوان كنندگي در سنين باروري و بازدهي اهميت ويژه اي به اين بيماري شده است

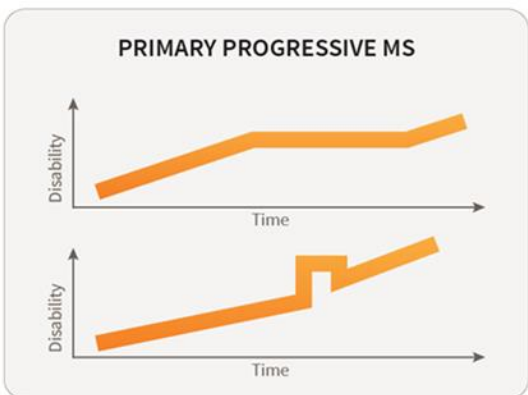
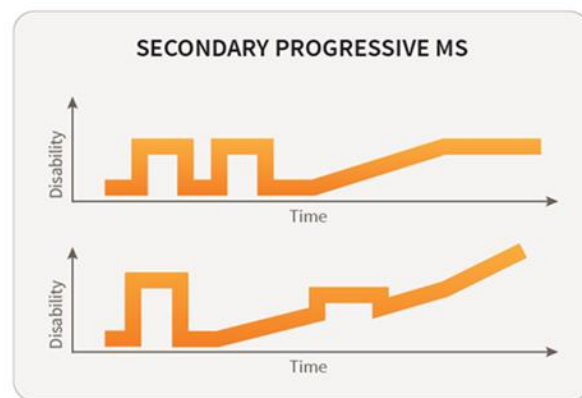
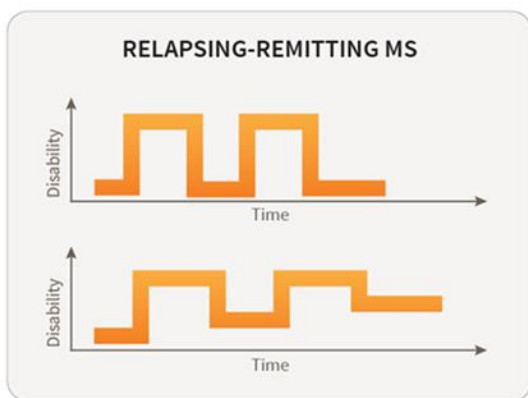
انواع MS

• سندرم یک علامت مجزای بالینی (CIS) Clinically isolated syndrome

• عود کننده و فروکش یابنده Relapsing Remitting

• پیشرونده اولیه Primary progressive

• پیشرونده ثانویه Secondary progressive



Relapsing course can be:

- Active or inactive
- Worsening or not worsening

Progressive courses can be:

- Active with or without progression
- Not active with or without progression

حملات حاد بیماری ام اس

• تجویز وریدی کورتیکواستروئیدها (متیل پردنیزولون)

• IVIG

• پلاسمافورز (Ca)

درمان‌های تعدیل‌کننده فرم‌های SPMS و RRMS

- اینترفرون- β
- گلاتیرامر استات
- ناتالیزوماب
- فینگولیمود
- دی‌متیل‌فومارات
- تری‌فلونامید
- میتوکسانترون هیدروکلراید
- آلتوزوماب

علائم بیماری:



خستگی

- تاثیر عمده ای بر تمام جنبه های زندگی فرد مبتلا دارد
- شدت خستگی در افراد مختلف و حتی در یک فرد، در زمان های مختلف متفاوت است.
- در اثر برخی عوامل ایجاد یا تشدید می شود
- توانایی انجام فعالیت فیزیکی و نیز توانایی تمرکز یا هر دو ممکن است دچار اختلال شود.
- عوامل تشدید کننده:

- هوای گرم و مرطوب
- حمام داغ
- فعالیت های شدید بدنی
- غذای سنگین
- سیگار و استعمال دخانیات
- استرس های روحی، افسردگی
- تغییر تناسب بدنی
- آنمی

استفاده از روش های آرام سازی (ولی باید توجه داشت که در روش های آرام سازی نباید انقباض و انبساط فعال ماهیچه ها صورت بگیرد زیرا منجر به افزایش اسپاسم می شود).

فهرستی از فعالیت های روزانه توسط خود بیماران تهیه شود و کارها اولویت بندی شده و کارهای زائد حذف شود

ورزش های هوازی ملایم

از سیگار، الکل، غذاهای چرب و سنگین و داغ اجتناب شود.

داشتن وضعیت بدنی مناسب حین فعالیت

داشتن فعالیت و استراحت بطور متناوب

جلوگیری از بالا رفتن دمای بدن

اشکال در بلع

- درگیری اعصاب زوج 6،9،10،12
- اشکال در جویدن، چسبیدن غذا داخل دهان، اشکال در حرکت لقمه غذا در داخل دهان، سرفه در حین تناول غذا یا پس از آن، ترشح بزاق فراوان و جاری شدن آن از دهان به بیرون، ایجاد حالت خفگی در زمان بلع
- توجه به کاشکسی

- 1- غذاهای شل و نرم استفاده کند
- 2- در هنگام خوردن، وضعیت بدن خود را اصلاح کند
- 3- در محیطی آرام و بدون تنش غذا بخورد
- 4- با عجله غذا نخورد
- 5- غذا خوب جویده شود و لقمه ها با فاصله تناول شود
- 6- از صحبت کردن در حین خوردن غذا پرهیز کند
- 7- پس از غذا حتماً مقداری آب بنوشد (برقراری تعادل میان مایعات و غذاهای جامد)
- 8- حداقل تا نیم ساعت پس از غذا دراز نکشد.
- 9- در دسترس بودن ساکشن

اختلالات ادراری

- اختلالات مثانه در 70% بیماران دیده می شود.
- بی اختیاری ادراری، فوریت در ادرار، تکرر، از دست دادن حس مثانه، احتباس ادراری، تاخیر در شروع ادرار مهمترین اختلالات هستند.
- عفونت های مجاری ادراری (UTI)، نارسایی کلیوی در صورت بی توجهی به اختلالات ادراری

توجه به احساس نیاز بیمار جهت تخلیه ادرار و تهیه لوازم مورد نیاز برنامه ی زمان بندی شده منظمی برای دفع ادرار تهیه گردد.
از مصرف زیاد نوشیدنی های حاوی کافئین مانند چای پررنگ و قهوه پرهیز کند.
در صورت وجود یبوست حتماً باید اقدامات درمانی برای آن صورت گیرد.
به بیمار آموزش داده شود تا هر 2 ساعت یکبار مقادیر معینی مایع بنوشد و سپس نیم ساعت بعد به دفع ادرار بپردازد.
استفاده از تایمر یا ساعت مچی زنگ دار برای بیماران فاقد حس کافی در بیمارانی که مثانه بطور کامل تخلیه نمی شود برنامه سونداژ متناوب استفاده شود (یعنی هر 6 ساعت یکبار سونداژ انجام می شود و اگر حجم ادرار بیش از 500 سی سی باشد، در آن صورت هر 4 ساعت یکبار سونداژ صورت می گیرد.)

اختلالات دفعی

- یبوست، بی اختیاری و یا احساس فوریت در دفع مدفوع بروز کند که از این میان یبوست شایع تر می باشد.

1. تغییر در رژیم غذایی مانند دریافت غذاهای پرفیبر
2. میزان کافی مایعات (1.5-2 لیتر در روز) و اختصاص زمان مناسب جهت صرف غذا
3. داشتن فعالیت های فیزیکی منظم برای پیشگیری از یبوست ثانویه بی حرکتی
4. تعدیل داروهای که ممکن است با اختلال در عملکرد روده در ارتباط باشد
5. آموزش به بیمار جهت اقدام به اجابت مزاج در صورت احساس دفع؛ که این کار به تخلیه منظم روده ها کمک می کند.
6. بیمار باید یک زمان مشخص را برای اجابت مزاج خود مشخص نماید.
7. بیمار باید به هنگام وضعیت صحیح داشته باشد (به سمت جلو خم شود، زانوها را بالا بیاورد تا بالاتر از باسن قرار گیرد؛ ممکن است به یک چهارپایه جهت گذاشتن زیر پا نیاز باشد).

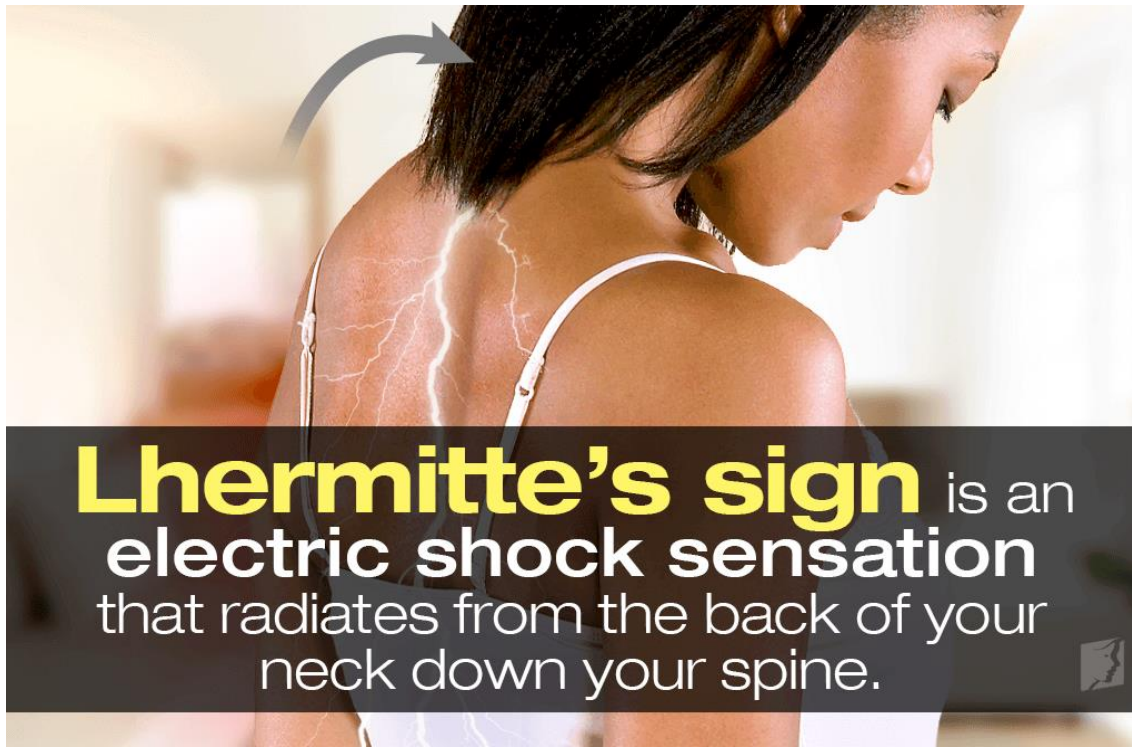
سوزن سوزن شدن و بی‌حسی

- در سوزن سوزن شدن سیگنال‌های متناقض از مغز به اطراف بدن ارسال کند. بعضی اوقات، هیچ سیگنالی ارسال نمی‌شود. این امر باعث بی‌حسی می‌شود.
- محل‌های معمول بی‌حسی در بیماری مالتیپل اسکلروزیس شامل صورت، بازوها، پاها و انگشتان است.
- اختلال در فعالیت‌های دست و پاها

درمان خاصی ندارد
مراقبت از گاز گرفتن زبان
اقدامات لازم برای حفظ تعادل
عدم انجام فعالیت‌های خطرناک
جلوگیری از خستگی

علامت لرمیت sing Lhermitte's

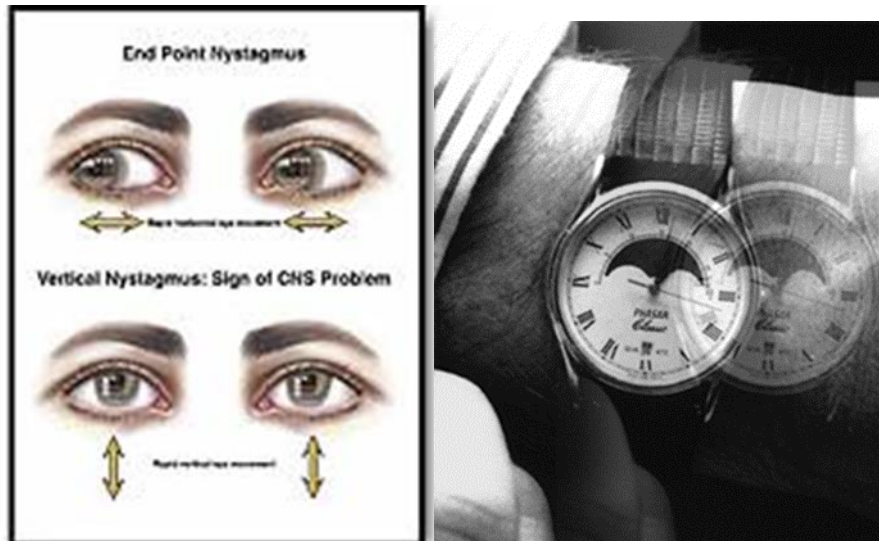
- احساس نوعی شوک الکتریکی است که متعاقب خم کردن گردن به جلو به دلیل تحت کشش قرار گرفتن اعصاب آسیب دیده در گردن ایجاد می شود.



Lhermitte's sign is an electric shock sensation that radiates from the back of your neck down your spine.

مشکلات بینایی

- به دلیل التهاب و دمیلینه شدن عصب بینایی روی می دهد
- وجود ضایعه در قسمت های مربوط به بینایی در مغز (مخچه و یا ساقه ی مغز)
- اشکال مختلف مانند دوبینی، تاری دید، لکه های کور در میدان بینایی (اسکوتوما)، درد در زمان حرکت دادن چشم ، کوررنگی، کاهش دقت بینایی



استفاده از چشم بند یا عینک های مخصوص برای بلوکه کردن ایمپالس های یکی از چشم ها در دوبینی با استفاده از وسایل کمک بینایی میتوان دید بیمار را تقویت نمود. وسایلی که برای بیمار خطرناک هستند، از دسترس خارج شود. محیط دارای نور کافی باشد. بیمارانی که قادر به خواندن مطالب چاپی نیستند، میتوانند از کتاب های ناطق (صوتی) استفاده کنند.

مشکلات شناختی

- اختلالات شناختی با شدت گرفتن بیماری افزایش پیدا می کند
- مهمترین اختلالات: اختلال در تفکر انتزاعی، اختلال در حافظه، اختلال در توجه و تمرکز
- عوامل تشدید کننده: خستگی، بیخوابی، افسردگی، استرس، گرما و عوامل برهم زدن تمرکز فرد

-تهیه لیست کارهایی که باید انجام گیرد

- همواره اشیاء و اجسام در مکانهای مشخص و ثابتی در منزل قرار داده شود.
- کارهای روزانه و مکالمات در محیطی آرام انجام گیرد .
- تکرار اطلاعات تا بهتر به ذهن سپرده شوند و نیز یادداشت نکات مهم و ضروری
- در هر مکالمه ای ارتباط چشمی خود را قطع نکند.
- روزانه ذهن خود را با حل جدول و یا معماها فعال نگه دارند
- همراه داشتن یک تقویم جیبی کوچک برای ثبت ملاقات ها و ..

افسردگی و اضطراب

- افسردگی عمده در بین مبتلایان به MS شایع است. استرس MS همچنین می‌تواند باعث تحریک پذیری، نوسانات خلقی و وضعیتی بنام pseudobulbar شامل دوره‌هایی از گریه و خنده غیرقابل کنترل است.



مثبت فکر کردن و مثبت رفتار کردن در انطباق با بیماری نقش بسیار حیاتی دارد

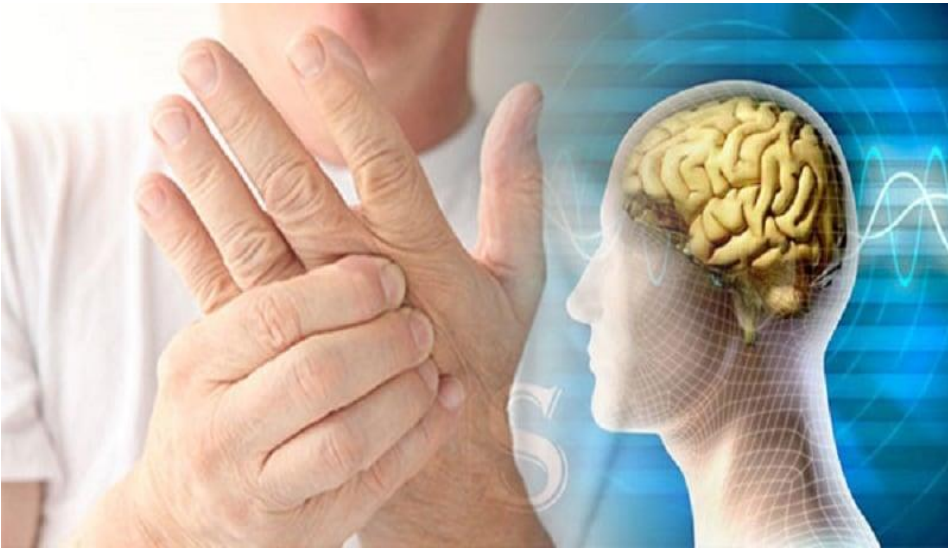
ایجاد تغییرات در الگوی زندگی
گنجاندن فعالیت ورزشی مناسب مانند شنا در برنامه روزانه ، یوگا
انجام فعالیت های هنری که همراه با خلاقیت باشند(مانند نقاشی)
داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی

لرزش Tremor

- حدود ۰.۷۵٪ بیماران از این مشکل رنج می‌برند
- حرکتی غیرارادی و ریتمیک است که می‌تواند عضلات هر قسمت از بدن را گرفتار کند
- شدت و محل آن متغییر است.
- احتمال آسیب به بیمار به علت از بین رفتن تعادل

۱. اگر لرزش خفیفی دارد می‌تواند با نگاه داشتن بازو در کنار بدن آن را کنترل نماید.
- ۲- از خستگی و گرما پرهیز کند.
- ۳- ثابت نگاه داشتن اندام می‌تواند به کاهش لرزش کمک کند .
- ۴- با صلاحدید پزشک معالج می‌تواند از داروهای مربوطه مانند ، داروهای آرام بخش ، پروپرانولول ، کلونازپام ، آمانتادین ، بکلوفن ، و یا پریمیدون کمک بگیرد.
- ۵- فیزیوتراپی، وسائل اورتوپدی و دیگر روش های جراحی نیز در جای خود ممکن است کمک کننده باشند.

درد و اسپاسم



- در 50 تا 80 % بیماران
- اسپاس از خفیف تا شدید و دردناک متغیر است
- معمولاً در پاها بوده اما در سایر نفاط بدن بخصوص کمر هم دیده می شود.
- در اسپاسم فلکسور: عضلات خم شده و قابل صاف شدن درناک است.
- در اسپاسم اکستنسور: اندام راست مانده و امکان خم کردن نیست.
- تشدید به علت خستگی، رطوبت، گرما، تغییر وضعیت ناگهانی، پوشیدن لباس های تنگ
- و ...

- جلوگیری از افزایش دمای بدن
- داشتن تعادل فعالیت و استراحت
- عدم تغییر وضعیت ناگهانی
- فیزیوتراپی
- دارودرمانی

علائم دیگر:

- از دست دادن شنوایی
- تشنج
- مشکلات جنسی
- مشکلات تنفسی
- لکنت زبان



رفتارهای مناسب در نگهداری از بیمار

- فراهم کردن محیطی آرام و بی تنش
- آموزش مهارت هایی مانند کنترل احساسات، غلبه بر ترس و اضطراب و غیره به بیمار
- درک شرایط بیمار و رفتاری متناسب با شرایط زندگی او
- دادن انگیزه به بیمار
- خودداری از احساس ترحم به بیمار
- کمک از روان شناسان برای موقعیت های بحرانی
- رعایت نکات بهداشت روانی و جسمی بیمار
- عضویت در گروه های حمایت کننده





خسته نباشید