

Η άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο που οφείλεται σε πολλά αίτια και ορίζεται ως η έκπτωση της μνήμης και άλλων γνωστικών λειτουργιών σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς, η οποία προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες, και η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη των έξι μηνών. Στην άνοια δεν παρατηρούνται μόνο διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών, για τις οποίες έχουν δημιουργηθεί και σταθμιστεί πολλές κλίμακες, αλλά παρατηρούνται και λειτουργικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές συναισθήματος καθώς επίσης και ποικίλες μορφές παραληρήματος για τις οποίες χρειάζονται κλίμακες εκτίμησης της βαρύτητάς τους. Σύμφωνα με τα τελευταία κριτήρια του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV), η άνοια χαρακτηρίζεται από διαταραχές μνήμης και είτε από άλλες γνωστικές διαταραχές είτε από διαταραχές προσωπικότητας. Αυτές οι διαταραχές είναι αρκετές για να επηρεάσουν τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών.

Η Νόσος Alzheimer (NA) αποτελεί την πιο συχνή αιτία άνοιας. Ορίζεται ως η προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα με βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεων του ατόμου. Παρατηρούνται ατομικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια.

Το 1906 ο Alois Alzheimer περιέγραψε την περίπτωση μιας 50χρονης γυναίκας, της Αυγούστας σε μια διάλεξη με θέμα «Μια χαρακτηριστική σοβαρή νόσος του εγκεφαλικού φλοιού που έδωσε σε ψυχιάτρους. Σύμφωνα με τα στοιχεία που υπήρχαν στο φάκελό της, στην ερώτηση για το ποιο είναι το όνομα του συζύγου της απάντησε, σε μια από τις συνεντεύξεις που είχε, «μια στιγμή να σκεφτώ» και στην ερώτηση που αφορά τον προσανατολισμό στο χώρο «Σε ποια οδό μένεις;» απάντησε «αυτό μπορώ να σου το πω, θα πρέπει να περιμένω λίγο».

Η NA είναι η πλέον σημαντική άνοια εξαιτίας της μεγάλης συχνότητάς της και είναι η τέταρτη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων.

Παράγοντες κινδύνου για τη νόσο Alzheimer

Η ΝΑ είναι ένα παράδειγμα «σύνθετης» διαταραχής. Εξ ορισμού σύνθετες διαταραχές προκύπτουν από τη συμβολή ενός ή περισσότερων γονιδίων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Αν και η αιτιολογία της ΝΑ δεν έχει ακόμα καθοριστεί, έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες κινδύνου όπως είναι:

Η ηλικία: Η συχνότητα της νόσου αυξάνει με την ηλικία τόσο ώστε τα ποσοστά πασχόντων από τη ΝΑ σε ηλικία πάνω από 85 ετών φθάνουν το 28-47%. Η προγεροντική και η γεροντική νόσος Alzheimer έχουν την ίδια κλινική και νευροπαθολογική εικόνα με την διαφορά ότι η πρώτη αρχίζει την 5^η και 6^η δεκαετία της ζωής ενώ η γεροντική αρχίζει την 7^η και 8^η δεκαετία, μερικές φορές νωρίτερα, σπανίως όμως αργότερα.

Το οικογενειακό ιστορικό πολλών προσβεβλημένων πρώτου βαθμού συγγενών τετραπλασιάζει το σχετικό κίνδυνο. Σε ορισμένες οικογένειες, στις οποίες η νόσος εμφανίζεται πρώιμα και κληρονομείται με το αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα, φαίνεται ότι υπάρχει ειδικό γονίδιο για τη ΝΑ είτε στο χρωμόσωμα 21 είτε στο 14, είτε στο 1, είτε στο 19. Το ε4 αλληλόμορφο γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης Ε (APOE) αποτελεί παράγοντα κινδύνου και για τη σποραδική και για την οικογενή όψιμη ΝΑ. Ωστόσο το ε4 αλληλόμορφο γονίδιο δεν είναι ούτε απαραίτητο ούτε επαρκές για να προκαλέσει ΝΑ.

Άλλοι ενδεχόμενοι προδιαθετικοί παράγοντες για τη ΝΑ είναι το **γυναικείο φύλο**, το **χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης**, η **παλιά κρανιοεγκεφαλική κάκωση** (αμφιλεγόμενο), το **έμφραγμα του μυοκαρδίου** (αμφιλεγόμενο) και η **κατάθλιψη**. Η **ηλικία του πατέρα**, το **οικογενειακό ιστορικό συνδρόμου DOWN** και η **νόσος του Parkinson** είναι επίσης αμφιλεγόμενοι παράγοντες κινδύνου.

Η διάγνωση της νόσου Alzheimer

Όταν αναλύει κανείς την κλινική φαινομενολογία της άνοιας είναι χρήσιμο να διακρίνει τα συμπτώματα από τα σύνδρομα και από τα νοσήματα. Ο ασθενής ή ο φροντιστής περιγράφει τα συμπτώματα αλλά είναι δουλειά του κλινικού να περιγράψει αρχικά το σύνδρομο και στη συνέχεια μετά από κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις να θέσει τη διάγνωση. Τα συμπτώματα, όπως η απώλεια μνήμης, οι δυσκολίες στο λόγο, η κατάθλιψη και η ψύχωση παρατηρούνται σε διαφορετικά σύνδρομα όπως είναι η άνοια, το παραλήρημα ή το σύνδρομο της αμνησίας. Ο γιατρός έχοντας στο νου του το σύνδρομο και τις εργαστηριακές

εξετάσεις, θέτει τη διάγνωση η οποία μπορεί να είναι ΝΑ, αγγειακή άνοια, άνοια με σωματίδια Lewy, μετωποκροταφική εκφύλιση, ή σπάνιες μορφές άνοιας.

Μερικοί διακρίνουν 3 κλινικά στάδια στη ΝΑ όπου στο πρώτο στάδιο παρατηρούνται διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού ως προς το χρόνο και λιγότερο ως προς το χώρο (κροταφικός και βρεγματικός λοβός), κατονομαστικές και κατασκευαστικές διαταραχές, καθώς και αδιαφορία. Στο δεύτερο στάδιο παρατηρούνται διαταραχές του λόγου, έντονες διαταραχές της μνήμης και του προσανατολισμού, διαταραγμένες ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Στο τελικό στάδιο παρατηρείται ηχολαλία ή βωβότης. Η μνήμη, ο προσανατολισμός και οι νοητικές λειτουργίες δεν μπορούν να ελεγχθούν. Υπάρχει ακράτεια και αρχίζουν να εκπίπτουν και οι κινητικές λειτουργίες.

Με βάση τα κριτήρια βαρύτητας, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών του Αμερικανικού Ψυχιατρικού Συλλόγου (DSM-III-R), μπορεί να διακρίνει κανείς τη ΝΑ σε **ήπια**, όταν παρατηρείται διαταραχή στην εργασία και στις κοινωνικές υποχρεώσεις, αλλά παραμένει η δυνατότητα για ανεξάρτητη ζωή, με σχετικά ανέπαφη κρίση και επαρκή προσωπική υγιεινή, σε **μέσης βαρύτητας**, όταν απαιτείται κάποια επίβλεψη και η ανεξαρτησία είναι προβληματική και **σοβαρή**, όπου απαιτείται συνεχής επίβλεψη, διότι υπάρχει αδυναμία για διατήρηση έστω και ελάχιστης προσωπικής υγιεινής και ο ασθενής ή είναι ασυνάρτητος ή παρατηρείται βωβότης.

Προσέγγιση του ασθενούς

A. Νευροψυχολογική εκτίμηση

Οι επικρατέστερες κλίμακες για την εκτίμηση των γνωστικών διαταραχών είναι η Mini Mental State Examination (MMSE), η Cambridge Cognitive Examination for the Elderly (CAMCOG) (νοητικές λειτουργίες μόνο), η Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS) (νοητικές λειτουργίες και διαταραχές συμπεριφοράς), η Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia (FRSSD) (λειτουργική κλίμακα των καθημερινών δραστηριοτήτων), κ.ά. ανάλογα με το πού επικεντρώνει την έρευνα και τα ενδιαφέροντά του ο μελετητής.

Για την εκτίμηση και προσέγγιση του αρρώστου με άνοια απαιτείται η χρησιμοποίηση μιας μικρής νοητικής κλίμακας (MMSE-η πλέον ευρέως διαδεδομένη) και μιας εκτεταμένης για την καλύτερη παρακολούθηση του αρρώστου, όπως είναι η ADAS ή η CAMCOG.

Συμπτωματολογία της νόσου Alzheimer στα πρώτα στάδια της νόσου. Τα κύρια προβλήματα στην πρώιμη διάγνωση της ΝΑ είναι από τη μια η δυσκολία διαφοροδιάγνωσης από το φυσιολογικό γήρας και τις άλλες άνοιες και από την άλλη η έλλειψη ενημέρωσης του κοινού, και των γιατρών ακόμη, για τα διάφορα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι περισσότερα από 100 αίτια μπορεί σήμερα να ενοχοποιούνται για άνοια. Ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από άνοια και γνωστικές διαταραχές αυξάνεται συνεχώς-υπολογίζεται ότι ο αριθμός των ασθενών σε όλο τον κόσμο θα πλησιάσει τα 160 εκατ. το 2050 και οι γιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το αντικείμενο αυτό, θα βρεθούν μπροστά στο φαινόμενο αυτό χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να θέσουν με ακρίβεια τη διάγνωση, διότι παρόλη την εξέλιξη που έχει υπάρξει η πρώιμη διάγνωση και η διαφορική διάγνωση της ΝΑ παραμένει ένα πρόβλημα. Σύμφωνα με τα γενικώς αποδεκτά διεθνή κριτήρια κατά τη Διεθνή Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD-10), το DSM-IV ή και αυτά που όρισε η Εταιρεία της Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, η διάγνωση οποιασδήποτε μορφής άνοιας γίνεται κλινικά, όταν έχουν περάσει ήδη δέκα χρόνια από την έναρξη των εκφυλιστικών αλλοιώσεων στον εγκέφαλο του ασθενούς, διότι απαραίτητη κλινική προϋπόθεση για τη διάγνωση είναι ή να συνυπάρχουν διαταραχές και σε άλλες γνωστικές λειτουργίες εκτός από τη μνήμη ή να έχουν αρχίσει οι δυσκολίες στην καθημερινή δραστηριότητα ή την κοινωνική ζωή του ατόμου.

Τα συμπτώματα που μπορούν να βοηθήσουν τον κλινικό στην πρώιμη διάγνωση της ΝΑ αλλά και η πορεία των συμπτωμάτων αυτών στο χρόνο είναι τα εξής:

1. **Μνήμη.** Η επεισοδιακή μνήμη, δηλαδή η μνήμη των προσωπικών πληροφοριών που έχουν αποκτηθεί σε συγκεκριμένο χωρο-χρονικό περιβάλλον, είναι η πρώτη που διαταράσσεται στα πρώτα στάδια της ΝΑ. Η αμνησία ή η απώλεια της μνήμης είναι ένα από τα πλέον πρώιμα συμπτώματα. Η αμνησία είναι πιο εξεσημασμένη για τα πρόσφατα γεγονότα ενώ αρχικά οι παλαιές μνήμες διατηρούνται.
2. **Εκτελεστικές λειτουργίες.** Δοκιμασίες στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν οι ασθενείς με ΝΑ είναι εκείνες στις οποίες το άτομο πρέπει να χρησιμοποιεί συγχρόνως δύο διαφορετικές πληροφορίες. Η Δοκιμασία Ιχνηλάτησης Β (Trail Making Test Β), στην οποία απαιτείται το άτομο να εναλλάσσει γράμματα και αριθμούς με κάποια συγκεκριμένη σειρά, είναι δύσκολη για ασθενείς με ΝΑ.

3. **Λόγος.** Προβλήματα με το λόγο είναι συχνά στη ΝΑ αλλά προέχουν σε κάποιες άλλες άνοιες, όπως είναι οι μετωποκροταφικές άνοιες και η πρωτοπαθής προοδευτική αφασία, όπου συχνά παρατηρείται βωβότης. Στη ΝΑ το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η δυσκολία στην ανεύρεση των λέξεων (κατονομαστική δυσφασία).
4. **Διαταραχές της ευπραξίας.** Οι δυσκολίες με σύνθετες πράξεις χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με ΝΑ. Τα πρώτα συμπτώματα της δυσπραξίας περιλαμβάνουν λιγότερη προσοχή στο ντύσιμο, αποφυγή σύνθετων εργασιών στο σπίτι, δυσκολία σε σύνθετες οικονομικές υποθέσεις. Στα τελευταία στάδια της νόσου ο ασθενής χρειάζεται επίβλεψη στο μπάνιο και στο ντύσιμο, δυσκολεύεται να χρησιμοποιήσει μαχαίρι και πιρούνι.
5. **Διαταραχές συμπεριφοράς.** Διαταραχές συμπεριφοράς παρατηρούνται συχνά σε αρρώστους με ΝΑ. Στα πρώτα στάδια παρατηρείται παθητική, διεγερτική και εγωκεντρική συμπεριφορά που δεν έχει σχέση με τη βαρύτητα της νόσου. Λανθασμένες πεποιθήσεις ή ιδέες όπως «το σπίτι αυτό δεν είναι δικό μου» είναι συχνές (10-30%) στη ΝΑ. Αρκετές φορές υπάρχουν παραισθήσεις, όπως «ότι έρχονται κλέφτες στο σπίτι μου». Οι ασθενείς πιστεύουν ότι τους έχουν κλέψει και στη συνέχεια ενοχοποιούνται διάφορα πρόσωπα. Το 1/3 των αρρώστων με αγγειακή άνοια έχουν πιο σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς, κατάθλιψη και άγχος από τους αρρώστους με ΝΑ με το ίδιο επίπεδο νοητικής έκπτωσης.
6. **Διαταραχές του συναισθήματος.** Η διαταραχή του ελέγχου του συναισθήματος στην αρχή εμφανίζεται ως φόβος, έλλειψη χαμόγελου και κραυγές και στη συνέχεια εμφανίζεται υπομimία (δηλαδή ο άρρωστος δεν μπορεί να μιμηθεί κινήσεις και δεν μπορεί να εκφραστεί με το πρόσωπο) και ευφορία που συνδυάζεται με μυθοπλασίες. Αυτή η κατάσταση είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωστεί από μανία ή υπομανία, όπως είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί από κατάθλιψη, όταν ο άρρωστος δεν έχει διάθεση και αναφέρει σκέψεις αυτοκτονίας. Η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση, η υπομimία, η ελάττωση της ομιλίας μπορεί να κάνουν δύσκολη τη διαφορική διάγνωση από την κατάθλιψη.

Ως σύνοψη των παραπάνω η Εταιρεία για τη Νόσο Alzheimer των ΗΠΑ συνέταξε έναν κατάλογο προειδοποιητικών σημείων, που μάλλον αποτελούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου και άλλων συναφών διαταραχών που προκαλούν άνοια. Αυτά

είναι: 1) Η απώλεια μνήμης που επηρεάζει τις ικανότητες στη δουλειά. 2) Η δυσκολία στην πραγματοποίηση γνωστών εργασιών. 3) Προβλήματα στο λόγο. 4) Αποπροσανατολισμός κυρίως στο χρόνο αλλά και στον τόπο. 5) Ανεπαρκής ή μειωμένη κρίση. 6) Προβλήματα με την αφηρημένη σκέψη. 7) Τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος θέση. 8) Μεταβολή στη διάθεση ή τη συμπεριφορά. 9) Μεταβολές στην προσωπικότητα. 10) Απώλεια της πρωτοβουλίας.

B. Νευρολογική εξέταση

Στα πρώτα στάδια της νόσου, εκτός από την έκπτωση των ανώτερων – νοητικών-γνωστικών λειτουργιών δεν παρατηρούνται άλλες νευρολογικές εκπτώσεις, καθόσον οι πυραμιδικοί, οι αισθητικοί και οι παρεγκεφαλιδικοί νευρώνες προσβάλλονται τελευταίοι.

Γ. Διαγνωστικά κριτήρια της ενδεχόμενης νόσου Alzheimer

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την άνοια τύπου Alzheimer κατά DSM – IV

είναι τα ακόλουθα:

A. Εμφάνιση πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που εκδηλώνονται με δύο από τα παρακάτω:

1. Διαταραχή της μνήμης (ανικανότητα εκμάθησης νέων πληροφοριών ή αδυναμία ανάκλησης νέων πληροφοριών).

2. Ένα ή περισσότερα από τα κατωτέρω:

α. Αφασία (διαταραχές του λόγου).

β. Απραξία (διαταραχή της ικανότητας κινητικών δραστηριοτήτων παρά την ακέραιη κινητική λειτουργία).

γ. Αγνωσία (αδυναμία αναγνώρισης ή ταυτοποίησης αντικειμένων παρά την ακέραιη αισθητική ικανότητα).

δ. Διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία (π.χ., σχεδιασμός, οργάνωσης, συνέπεια, αφαιρετική ικανότητα).

B. Τα γνωστικά ελλείμματα στα κριτήρια A1 και A2 προκαλούν σημαντική διαταραχή στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και αντιπροσωπεύουν σημαντική έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας.

Γ. Η πορεία χαρακτηρίζεται από βαθμιαία έναρξη και συνεχιζόμενη νοητική έκπτωση.

Δ. Οι γνωστικές διαταραχές στα κριτήρια A1 και στα A2 δεν πρέπει να οφείλονται στα κατωτέρω:

1. Άλλες καταστάσεις του νευρικού συστήματος που προκαλούν προοδευτικά προβλήματα στη μνήμη και στις άλλες γνωστικές λειτουργίες.
2. Συστηματικές διαταραχές που είναι γνωστό ότι προκαλούν άνοια.
3. Καταστάσεις που προκαλούν διάφορες ουσίες.

Ε. Οι διαταραχές δεν παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν ταιριάζει περισσότερο σε άλλη σημαντική διαταραχή (π.χ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια).

Δ. Εργαστηριακή διάγνωση

Περιλαμβάνονται οι ακόλουθες: α) εξέταση αίματος, β) εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού, γ) ποσοτικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, δ) αξονική τομογραφία, ε) μαγνητική τομογραφία και στ) ποζιτρονική τομογραφία (PET).

Διάγνωση της νόσου Alzheimer

Η άνοια μπορεί να παρατηρηθεί σε περισσότερες από 60 διαταραχές, επομένως η διαφορική διάγνωση της άνοιας είναι απαραίτητη για πολλούς λόγους, και συγκεκριμένα: α) υπάρχουν άνοιες αναστρέψιμες και άνοιες θεραπεύσιμες, β) ανακαλύπτονται όλο και περισσότερα φάρμακα για τη νόσο Alzheimer τα οποία πρέπει να χορηγούνται μόνο στους αρρώστους που πάσχουν από τη νόσο, έτσι ώστε το κόστος της θεραπείας των ανοιών να διατηρείται όσο το δυνατόν μικρότερο.

Παραδείγματα ανοιών αναστρέψιμων και θεραπεύσιμων είναι αυτές που οφείλονται σε: 1) Δομικές αλλαγές: α) Υποσκληρίδιο αιμάτωμα, β) όγκοι, γ) υδροκέφαλος χαμηλής πίεσης. 2) Λοιμώδη αίτια: α) Οξεία ή υποξεία συστηματική λοίμωξη (με πυρετό) οιασδήποτε αιτιολογίας π.χ. πνευμονία, β) Χρόνιες φλεγμονές. 3) Μεταβολικές διαταραχές: α) Ηλεκτρολυτικές διαταραχές Να δευτεροπαθής σε διουρητική θεραπεία, αφυδάτωση, β) Σακχαρώδης διαβήτης, υπό- ή υπεργλυκαιμία, γ) Αζωθαιμία. Ουραιμία, δ) Τοξίνες. 4. Διαιτητικές διαταραχές: α) Έλλειψη B1, β) Έλλειψη B12, γ) Έλλειψη φολικού. 5. Νοσήματα του κυκλοφορικού. 6) Νοσήματα του αναπνευστικού. 7) Φάρμακα: α) Ασύνητη χρήση φαρμάκων, β) Αλκοόλη, γ) Απαγορευμένες ουσίες, δ) κακή χρήση φαρμάκων. 8) Ψυχιατρικές διαταραχές: α) Κατάθλιψη, β) Μανία, γ) Άγχος, δ) Παράνοια, Παραφρένεια-Όψιμη Σχιζοφρένεια. 9)

Ενδοκρινολογικές διαταραχές: α) Θυροειδοπάθεια – Υπό ή υπερθυροειδοπάθεια, β) Υπό- ή υπερασβεστιαμία.

Παραδείγματα κύριων ανοιών οι οποίες δεν είναι αναστρέψιμες είναι οι εξής: 1) η ΝΑ, 2) η άνοια με σωμάτια Lewy, 3) η αγγειακή άνοια, 4) η νόσος του Pick, 5) η αλκοολική άνοια, 6) η μετατραυματική άνοια, 7) η μικτού τύπου άνοια, 8) οι μετωπιαίες άνοιες, 9) οι μετωποκροταφικές άνοιες, 10) η νόσος του Parkinson, 11) η σκλήρυνση κατά πλάκας, 12) η νόσος του Jakob-Creutzfeldt, 13) η νόσος του Huntington και 14) η προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση.

Ετερογένεια της νόσου Alzheimer. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει διαφορά στην κλινική σημειολογία μεταξύ της προγεροντικής και της γεροντικής ΝΑ. Στην προγεροντική μορφή παρατηρούνται συμπτώματα βλάβης κυρίως στο βρεγματικό λοβό ενώ στη γεροντική μορφή παρατηρείται πιο γενικευμένη σημειολογία (νοητικές διαταραχές λόγω συμμετοχής όλων των λοβών). Η λευκοαραίωση παρατηρείται συχνότερα στη γεροντική μορφή ενώ στην προγεροντική παρατηρείται συχνότερα εγκεφαλοπάθεια της φαιάς ουσίας. Καταστροφή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού παρατηρείται στη γεροντική μορφή πιθανώς λόγω μικροαγγειοπάθειας, διότι δεν υπάρχουν άλλοι λόγοι καταστροφής του αιματοεγκεφαλικού φραγμού (φλεγμονή, αιμορραγία, αυτοάνοσα νοσήματα, νεοπλάσματα).

Διαφορική διάγνωση της νόσου Alzheimer

Διαταραχές μνήμης που σχετίζονται με την ηλικία-γήρας. Συγκρίνοντας τις μεταβολές που παρατηρούνται στο γήρας με αυτές της ΝΑ συμπεραίνεται ότι οι διαφορές είναι μάλλον ποσοτικές παρά ποιοτικές. Η δυσκολία στη διαφορική διάγνωση μεταξύ άνοιας και διαταραχών μνήμης που σχετίζονται με την ηλικία (Age Associated Memory Impairment, AAMI), συναντάται στα πρώτα στάδια της γεροντικής άνοιας καθώς στις προχωρημένες μορφές της άνοιας δεν τίθεται διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα

Τα κριτήρια για να καταταγεί ένας άρρωστος στην ομάδα της AAMI είναι τα εξής:

1. Ηλικία του αρρώστου τουλάχιστον 50 ετών.
2. Παράπονα απώλειας μνήμης στην καθημερινή ζωή.
3. Τιμές σε καλά αξιολογημένες κλίμακες με τουλάχιστον μία τυπική απόκλιση κάτω από το μέσο όρο των νεαρών ενηλίκων.
4. Ενδείξεις ακέραιης νοητικής λειτουργίας

5. Απουσία άνοιας (τιμή MMSE μεγαλύτερη του 24).

Τα κριτήρια αποκλεισμού από την ομάδα των ασθενών με ΑΑΜΙ είναι τα εξής:

1. Διαταραχή της συνείδησης.
2. Νευρολογικές διαταραχές που σχετίζονται με νοητική έκπτωση.
3. Ιστορικό λοιμώδους ή φλεγμονώδους διαταραχής του εγκεφάλου.
4. Ενδείξεις αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (τιμή Hachinski μεγαλύτερη του 4).
5. Ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης.
6. Κατάθλιψη (τιμή Hamilton 13 ή μεγαλύτερη).
7. Ιστορικό αλκοολισμού ή φαρμακευτικής εξάρτησης.
8. Παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με νοητική έκπτωση.
9. Χρησιμοποίηση φαρμάκων που επηρεάζουν τη νοητική λειτουργία.

Νόσος του Pick: Η διάρκεια της νόσου ποικίλλει από 2-11 χρόνια, με μέση διάρκεια ζωής 5 χρόνια. Βαθμιαία ο άρρωστος παρουσιάζει ακράτεια και παραμένει κατακεκλιμένος. Θεραπεία δεν υπάρχει παρά μόνο συμπτωματική, ανακουφιστική και προφύλαξη από δευτεροπαθή αίτια θανάτου. Δεν υπάρχει κλινική ή εργαστηριακή εξέταση που να την ξεχωρίζει από τη ΝΑ. Κλινικά, σε μερικές περιπτώσεις νόσου του Pick οι διαταραχές της προσωπικότητας, του προσανατολισμού και της προσοχής προσβάλλονται περισσότερο απ' ό,τι η μνήμη στα πρώτα στάδια της νόσου.

Η διαφορική διάγνωση από τη ΝΑ γίνεται μόνο με βιοψία, στην οποία παρατηρούνται απώλεια νευρώνων ιδιαίτερα στην εξωτερική στιβάδα του φλοιού, κυτταροπλασματικά έγκλειστα στους εναπομείναντες νευρώνες (σωμάτια του Pick) και οιδηματώδεις νευρώνες.

Σύνδρομο Kluver-Bucy: Χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, μεταβολές στον τρόπο διατροφής και της χρησιμοποίησης του στόματος, υπερσεξουαλικότητα, τάση του ασθενούς να εξερευνά το περιβάλλον, λαιμαργία, συνεχή κίνηση ακόμα και όταν βρίσκεται στο κρεβάτι, ευερεθιστότητα, κατάργηση των αναστολών και αδιαφορία για τα συναισθήματα των άλλων. Η διαφορική διάγνωση από τη νόσο του Pick είναι πολύ δύσκολη.

Αγγειακή άνοια: Τα διαγνωστικά κριτήρια της αγγειακής άνοιας κατά DSM-IV είναι τα ακόλουθα:

- A. εμφάνιση έκπτωσης πολλών γνωστικών λειτουργιών που εκδηλώνονται και με δύο από τα παρακάτω:

1. Διαταραχές μνήμης (αδυναμία μάθησης νέων πληροφοριών και ανάκλησης πρόσφατων πληροφοριών).

2. Μία ή περισσότερες από τις κατωτέρω γνωστικές διαταραχές:

A) Αφασία (διαταραχές του λόγου).

B) Απραξία (αδυναμία κινητικών δραστηριοτήτων παρά το ακέραιο της κινητικής λειτουργίας).

Γ) Αγνωσία (αδυναμία αναγνώρισης ή ταυτοποίησης αντικειμένων παρά το ακέραιο της αισθητικής λειτουργίας).

Δ) Αδυναμία στην εκτελεστική λειτουργία (π.χ. προγραμματισμός, οργάνωση, τάξη, αφαιρετική ικανότητα).

B. Τα γνωστικά ελλείμματα των κριτηρίων A1 και A2 προκαλούν σημαντικές διαταραχές στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και αντιπροσωπεύουν σημαντική έκπτωση από την προηγούμενη λειτουργική κατάσταση.

Γ. Εστιακά νευρολογικά συμπτώματα και σημεία (π.χ. αύξηση των τενοντίων αντανάκλασεων, εκτατική πελματιαία απάντηση (Babinski), ψευδοπρομηκική παράλυση, διαταραχές βάδισης, αδυναμία κάποιου άκρου ή εργαστηριακά ευρήματα που επιβεβαιώνουν αγγειοπάθεια του εγκεφάλου (π.χ. πολλαπλά φλοιικά και υποφλοιώδη έμφρακτα), που θεωρούνται αιτία των ανωτέρω διαταραχών.

Δ. Τα ανωτέρω ευρήματα δεν πρέπει να παρατηρούνται κατά την πορεία ενός παραληρήματος

Μικτού τύπου άνοια: Το 10-15% των αρρώστων με άνοια μπορεί να πάσχει από μικτού τύπου άνοια. Χαρακτηριστικά κλινικά ευρήματα αυτών των αρρώστων είναι ότι έχουν προδιαθετικούς παράγοντες, παρουσιάζουν οξεία επιδείνωση και έχουν συναισθηματική ακράτεια. Στα πρώτα στάδια η προσωπικότητα διατηρείται περισσότερο από ό,τι στη γεροντική άνοια. Τα κλινικά χαρακτηριστικά βοηθούν περισσότερο από τις κοινές εργαστηριακές εξετάσεις αλλά δεν είναι αρκετά για τη διάγνωση πριν από το θάνατο.

Άνοια του μετωπιαίου λοβού όχι τύπου Alzheimer χωρίς χαρακτηριστικά ιστολογικά ευρήματα: Τα πρώτα συμπτώματα αρχίζουν στην προγεροντική ηλικία, με μέσο χρόνο έναρξης τα 54 χρόνια. Η μέση διάρκεια της νόσου είναι 7,5 χρόνια (3-17). Δεν υπάρχει διαφοροποίηση όσον αφορά το φύλο, και κληρονομικότητα

αναφέρεται στο 60%. Στα πρώτα στάδια κυριαρχούν οι διαταραχές προσωπικότητας, συμπεριφοράς και λόγου. Δυσκολία με τις αριθμητικές πράξεις αναφέρεται ως πρώιμη διαταραχή. Οι διαταραχές προσωπικότητας είναι μάλλον μη ειδικές και είναι δύσκολο να ερμηνευθούν ως εκφράσεις οργανικού εγκεφαλικού νοσήματος. Ακόμα και στενοί συγγενείς έχουν δυσκολία στο να πουν με βεβαιότητα πότε ξεκίνησε το πρώτο σύμπτωμα και επομένως η διάρκεια της νόσου δεν μπορεί να εκτιμηθεί σωστά. Ειδικότερα, οι διαταραχές προσωπικότητας που εμφανίζονται αρχικά είναι η έλλειψη αναστολών, κρίσεως, η ανησυχία και η ευερεθιστότητα. Στη συνέχεια ο άρρωστος γίνεται εγωκεντρικός και δεν ενδιαφέρεται για τους φίλους και τους συγγενείς του.

Η διάγνωση βασίζεται στην καλή κλινική εκτίμηση που ενισχύεται με νευροψυχολογικές δοκιμασίες και νευροαπεικονιστικές μεθόδους. Απαραίτητες κλίμακες για τη διάγνωση είναι μια κλίμακα για τη διάγνωση της ΝΑ, μια κλίμακα για την άνοια του μετωπιαίου λοβού και η κλίμακα Hachinski για τον αποκλεισμό της αγγειακής άνοιας.

Η νόσος μπορεί να οδηγήσει σε τροχαία ατυχήματα γιατί ο άρρωστος γίνεται απρόσεκτος, πλησιάζει τα όρια ταχύτητας και αγνοεί τα σήματα οδικής κυκλοφορίας. Ο άρρωστος συμφωνεί ότι έχει αλλάξει ο τρόπος οδήγησης αλλά δεν πιστεύει ότι είναι παράξενο, σε αντίθεση με τον ασθενή με ΝΑ ο οποίος κάνει αυτοκριτική και αγχώνεται για τις δυσκολίες της οδήγησης.

Οι περισσότεροι ασθενείς με άνοια του μετωπιαίου λοβού αρνούνται ότι πάσχουν και δεν βρίσκουν λόγο για ιατρική παρακολούθηση. Εντούτοις αρκετοί ασθενείς παραπονιούνται για διάφορες σωματικές ενοχλήσεις, όπως πόνο, υποχονδρίαση και απαιτούν ιατρικές εξετάσεις. Το ΗΕΓ είναι φυσιολογικό στα πρώτα στάδια της άνοιας του μετωπιαίου λοβού ενώ είναι πάντα παθολογικό στη ΝΑ.

Η παλλιλαλία, η ηχολαλία, η βωβότης και η αμιμία είναι τυπικά στην άνοια του μετωπιαίου λοβού και στη νόσο του Pick ενώ είναι σπάνια στη νόσο του Alzheimer, στην οποία πολύ πιο συχνά παρατηρείται σφαιρική αφασία, λογόκλονος, αυξημένος μυϊκός τόνος και επιληπτικές κρίσεις.

Διαγνωστικά εργαλεία

Η κλίμακα που χρησιμοποιείται ευρέως σε όλον τον κόσμο ως εργαλεία σάρωσης και αρχικής γνωστικής εκτίμησης του ασθενούς με άνοια είναι η **Σύντομη της Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination, MMSE)**, το οποίο όμως εξετάζει μερικές από τις γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι ο προσανατολισμός στο

χρόνο και τον χώρο, η εγχάραξη νέων πληροφοριών, η ανάκληση, η συγκέντρωση, οι αριθμητικοί υπολογισμοί, η κατασκευαστική ικανότητα, η ευπραξία, η κατονομασία, η ικανότητα ανάγνωσης και κατανόησης και η γραφή. Ο ασθενής με ΝΑ πέφτει 3-4 βαθμού στο MMSE το χρόνο. Το διαγνωστικό όριο για την άνοια είναι 23/24 παγκοσμίως, ενώ η μέγιστη βαθμολογία είναι 30.

Η *κατά την Ομάδα του Cambridge Εξέταση των Ανώτερων Γνωσιακών Λειτουργιών (CAMCOG)* εξετάζει 11 γνωστικές λειτουργίες και εμπεριέχει το MMSE. Είναι σταθμισμένο στην Ελλάδα και η βαθμολογία του κυμαίνεται από 0 – σοβαρή άνοια- μέχρι 107 – που είναι το ανώτερο γνωστικό όριο. Το διαγνωστικό όριο για τους Έλληνες είναι το 76. Εξετάζει προσανατολισμό, γλώσσα, μνήμη προσοχή/συγκέντρωση, μνήμη/ανάκληση, γλώσσα: ευπραξία, απτική αντίληψη, αριθμητικοί υπολογισμοί, μνήμη: ανάκληση, αφαιρετική σκέψη, οπτική αντίληψη, αντίληψη χρόνου.

A. Αξιολόγηση λειτουργικών διαταραχών

Η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών προκαλεί βαθμιαία έκπτωση και των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς με αποτέλεσμα αρχικά τη μη καλή απόδοση του ασθενούς στην εργασία που βαθμιαία εξελίσσεται σε πλήρη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησής του. Δεν μπορεί ποτέ κανείς να προβλέψει το επίπεδο της λειτουργικότητας από τη γνωστική κατάσταση ούτε και το αντίθετο. Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενούς πρέπει πάντα να συμπληρώνει τη γνωστική εκτίμηση. Θεωρείται μάλιστα ότι η εκτίμηση της λειτουργικότητας είναι περισσότερο χρήσιμη από οποιαδήποτε άλλη εκτίμηση διότι τα λειτουργικά ελλείμματα καθορίζουν τις ανάγκες του ασθενούς.

Μία κλίμακα εξέτασης της λειτουργικότητας του ασθενούς είναι η Κλίμακα Λειτουργικής-Γνωστικής Εκτίμησης (Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia, FRSSD) η οποία αξιολογεί λειτουργίες όπως η διατροφή, το ντύσιμο, η ακράτεια, η ομιλία, ο ύπνος, η αναγνώριση προσώπων, η ατομική υγιεινή, η μνήμη ονομάτων, η μνήμη γεγονότων, η εγρήγορση, η σφαιρική σύγχυση, ο προσανατολισμός στο χώρο, η συγκινησιακή κατάσταση και η κοινωνική απαντητικότητα.

B. Αξιολόγηση μη γνωστικών διαταραχών

Διαταραχές συμπεριφοράς: Οι διαταραχές συμπεριφοράς δεν εμφανίζονται στα πρώτα στάδια της νόσου Alzheimer, αποτελούν όμως σχεδόν το πρώτο σύμπτωμα στην άνοια με σωμάτια Lewy, καθώς το ποσοστό εμφάνισης των διαταραχών συμπεριφοράς στα πρώτα στάδια στην άνοια αυτή φτάνει το 80%. Μία από τις κλίμακες που αξιολογεί τις διαταραχές συμπεριφοράς είναι το Νευροψυχολογικό Ερωτηματολόγιο του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια – Λος Άντζελες (UCLA Neuropsychiatric Inventory, NPI) (Cummings & Miller, 1990). Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει την ύπαρξη των εξής συμπτωμάτων:

1. Παραισθήσεις (π.χ. Ο/Η ασθενής πιστεύει ότι οι άνθρωποι προσπαθούν να του/της κάνουν κακό, να τον/την κλέψουν; Έχει πει ότι τα μέλη της οικογένειάς του/της δεν είναι αυτοί που λένε ότι είναι και ότι το σπίτι του/της δεν είναι δικό του/της;)
2. Ψευδαισθήσεις (π.χ. Έχει ο/η ασθενής ψευδαισθήσεις όπως να βλέπει πράγματα ή ανθρώπους που δεν υπάρχουν ή να ακούει ανύπαρκτες φωνές; Φαίνεται ότι βλέπει, ακούει ή βιώνει καταστάσεις που δεν υπάρχουν; Βιώνει παθολογικές εμπειρίες, ακούει παράξενες φωνές ή βλέπει παραστάσεις που δεν υπάρχουν;)
3. Διέγερση-Επιθετικότητα (π.χ. Υπάρχουν περίοδοι που ο/η ασθενής αρνείται να συνεργαστεί ή δεν αφήνει τους συγγενείς να τον βοηθήσουν; Είναι δύσκολο να τον/την κουμαντάρουν;)
4. Κατάθλιψη-Δυσφορία (π.χ. Φαίνεται ο/η ασθενής λυπημένος ή καταθλιπτικός; Λέει ότι αισθάνεται λυπημένος ή καταθλιπτικός;)
5. Άγχος (π.χ. Είναι ο ασθενής πολύ νευρικός, ανήσυχος, φοβισμένος χωρίς κάποιον ιδιαίτερο λόγο;)
6. Ευφορία-Αγαλλίαση (π.χ. Ο ασθενής φαίνεται πάρα πολύ χαρούμενος χωρίς κάποιον συγκεκριμένο λόγο; Έχει συνεχή και μη φυσιολογική καλή διάθεση ή χιούμορ όταν οι άλλοι δεν έχουν;)
7. Απάθεια-Αδιαφορία (π.χ. Ο ασθενής έχασε το ενδιαφέρον του για τον κόσμο γύρω του; Έχασε το ενδιαφέρον του στο να κάνει πράγματα ή να αρχίζει καινούργιες δραστηριότητες; Είναι δύσκολο να μπει σε μια συζήτηση ή να συμμετέχει σε μια ομάδα;)

8. Έλλειψη αναστολών (π.χ. Ο ασθενής φαίνεται ότι λειτουργεί ενστικτωδώς χωρίς να σκέπτεται; Λέει ή κάνει πράγματα τα οποία δεν γίνονται συνήθως δημόσια; Κάνει πράγματα που συνήθως ενοχλούν τους γύρω του;)
9. Ευερεθιστότητα (π.χ. Ο ασθενής εύκολα ταρασσεται ή είναι ευερέθιστος; Η διάθεσή του αλλάζει πολύ γρήγορα;)
10. Παθολογική κινητική συμπεριφορά (π.χ. Ο ασθενής βηματίζει συνέχεια, κάνει συνέχεια τα ίδια πράγματα, όπως ανοίγει και κλείνει συρτάρια ή συνέχεια μαζεύει πράγματα;)

Σε όλες τις παραπάνω ερωτήσεις ζητάμε από το φροντιστή να μας καθορίσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα της παθολογικής κινητικής συμπεριφοράς.

Διαταραχές συναισθήματος: Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι συχνότερα στα πρώτα στάδια της άνοιας και σπανίζουν στα τελευταία στάδια. Κλίμακες που χρησιμοποιούνται για την εξέταση της κατάθλιψης είναι η **Κλίμακα Κατάθλιψη του Hamilton** (Rating Scale for Depression) (Hamilton, 1965) και η **Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης** (Geriatric Depression Scale, GDS) (Sheikh & Yesavage, 1986). Η πρώτη κλίμακα χρησιμοποιείται ευρέως ανεξάρτητα ηλικίας και η δεύτερη έχει σταθμιστεί κυρίως σε ηλικιωμένους. Και οι δύο κλίμακες είναι σταθμισμένες στην Ελλάδα.

Γ. Κλίμακες για την παρακολούθηση των ασθενών σε θεραπείες

Μία κλίμακα που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των καινούργιων φαρμάκων στην άνοια τύπου Alzheimer είναι η **Κλίμακα Εκτίμησης της Νόσου Alzheimer** (Alzheimer Disease Assessment Scale, ADAS) Rosen, Mohs, & Davis, 1984). Είναι μια ευαίσθητη και αξιόπιστη νευρο-ψυχολογική δοκιμασία που αποτελείται από 11 ερωτήσεις-θέματα που αφορούν τη μνήμη, τον λόγο, τον προσανατολισμό, την κατασκευαστική ικανότητα, την ανάκληση των λέξεων, την αναγνώριση των λέξεων, την ευπραξία, τη συγκέντρωση, τη κατονομασία και την εκτέλεση εντολών.

Δ. Κλίμακες για τη διαφορική διάγνωση της ΝΑ

Μία κλίμακα που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη διαφορική διάγνωση της ΝΑ από την αγγειακή άνοια είναι η **Κλίμακα του Hachinski** (Hachinski, Iliff, Zihkla, Du Bulay, McAllister, Marshall, Russel, & Symon, 1975) η οποία χρησιμοποιείται

κυρίως από νευρολόγους γιατί προϋποθέτει τη νευρολογική εξέταση. Από πολλούς θεωρείται ότι δεν είναι αξιόπιστη κλίμακα.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα νευρολογική κλίμακα που χρησιμοποιείται για τη διαφορική διάγνωση της άνοιας από το οξύ παραλήρημα είναι η κλίμακα *Μέθοδος Εκτίμησης της Σύγχυσης* (Confusion Assessment Method) που παρατίθεται παρακάτω.

Μέθοδος Εκτίμησης της Σύγχυσης (Confusion Assessment Method).

Η κλίμακα αυτή είναι μια νευρολογική εξέταση που χρησιμοποιείται για την ανίχνευση του παραληρήματος.

Αποπροσανατολισμός

Παρατηρήθηκαν στον ασθενή οξείες μεταβολές στον προσανατολισμό που δεν υπήρχαν πριν, ως προς το χρόνο και τον τόπο;

Ναι Όχι

Διαταραχή της μνήμης

Παρατηρήθηκαν στον ασθενή οξείες μεταβολές στη μνήμη που δεν υπήρχαν πριν, όπως αδυναμία να θυμάται γεγονότα ή δυσκολία στο να θυμάται οδηγίες;

Ναι Όχι

Διαταραχές Αντίληψης

Παρατηρήθηκαν στον ασθενή οξείες μεταβολές στην αντίληψη που δεν υπήρχαν πριν, π.χ. ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή λανθασμένες ερμηνείες (π.χ. να σκέπτεται ότι κάποιο αντικείμενο κουνιέται χωρίς να συμβαίνει κάτι τέτοιο);

Ναι Όχι

Ψυχοκινητική διέγερση

Παρατηρήθηκαν στον ασθενή οξεία, εξεσημασμένη ελάττωση της κινητικότητας που δεν υπήρχε πριν, όπως να μένει στην ίδια θέση για πολύ χρόνο, ή να μετακινείται πολύ αργά;

Ναι Όχι

Αλλαγή στο ωράριο του ύπνου

Παρατηρήθηκε στον ασθενή οξεία διαταραχή στο ωράριο του ύπνου έτσι ώστε να κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας και να μη κοιμάται το βράδυ;

Ναι Όχι

Αιφνίδια εμφάνιση των συμπτωμάτων

Εκτός από τις προηγούμενες έξι καταστάσεις υπάρχουν άλλες ενδείξεις οξείας μεταβολής της νοητικής κατάστασης του ασθενούς;

Ναι Όχι

Διαταραχή της προσοχής

- 1) Παρουσίασε ο ασθενής οξείες διαταραχές στη συγκέντρωση της προσοχής, π.χ. διασπάται εύκολα ή είναι δύσκολο στο να συγκεντρωθεί και να προσέξει τι έχει λεχθεί;

Όχι. Ναι, αλλά σε ήπια μορφή. Ναι, αλλά σε σοβαρή μορφή. Αβέβαιο.

- 2) (Εάν η διαταραχή είναι παρούσα ή παθολογική). Παρουσιάζει αυτή η διαταραχή διακυμάνσεις, δηλαδή εμφανίζεται και εξαφανίζεται ή αυξάνεται ή ελαττώνεται σε σοβαρότητα;

Όχι. Ναι. Αβέβαιο. Όχι κατάλληλο.

Διάσπαση της σκέψης

Σκέφτεται ο ασθενής αποδιοργανωμένα και η σκέψη αυτή εκφράζεται με ασυνάρτητο λόγο ή παράλογη ροή ιδεών ή απρόβλεπτη μεταφορά από υποκείμενο σε υποκείμενο;

Ναι Όχι

Μεταβολή στο επίπεδο συνειδήσεως

Σε ποιο επίπεδο συνειδήσεως θα τοποθετούσατε τον ασθενή;

Φυσιολογικό. / Υπερευαίσθητος (πολύ ευαίσθητο σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, θυμώνει πολύ εύκολα). / Ληθαργικός (νυσταλέος, που εύκολα ξυπνάει). /

Προκωματώδης (δυσκολία στο να ξυπνήσει). / Κωματώδης (δεν ξυπνάει). /

Ακαθόριστο.

Η Κλίμακα της Γλασκώβης Coma είναι μία κλίμακα που χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του επιπέδου συνείδησης του ασθενή. Η κλίμακα GCS χρησιμοποιείται κυρίως κατά τη φυσική εξέταση ασθενών με τραύμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η επαναλαμβανόμενη αξιολόγηση της κλίμακας καθορίζει αν η εγκεφαλική λειτουργία του ασθενή βελτιώνεται ή επιδεινώνεται. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών η κλίμακα GCS χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των ασθενών που έχουν ένδειξη άμεσης διασωλήνωσης.

Η κλίμακα δημοσιεύθηκε μέσα 1974 από το Graham Teasdale και Bryan J. Jennett, καθηγητές της νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο της Γλασκώβης.

Η Κλίμακα αποτελείται από τρεις δοκιμασίες: (α) άνοιγμα ματιών, (β) προφορική απάντηση, (γ) κινητική αντίδραση. Η ελάχιστη βαθμολογία είναι 3 και η μέγιστη 15. Σκορ μικρότερο του 8 παραπέμπει σε κώμα και βαθμολογία 3 σε εγκεφαλικό θάνατο. Υποστήριξη σε ΜΕΘ απαιτείται όταν το σκορ είναι μεταξύ 7 και 9.

Αξιολόγηση αντιδράσεων:

Άνοιγμα ματιών: μάτια που ανοίγουν αυθόρμητα (4 βαθμοί)

σε προφορικό παράγγελμα (3 βαθμοί)

στον πόνο (2 βαθμοί)

καμία αντίδραση (1 βαθμός)

Προφορική απάντηση: προσανατολισμένη (ερωτήσεις για το όνομα, την ηλικία, το έτος, κ.ά) (5 βαθμοί)

συγκεχυμένη (4 βαθμοί)

απρόσφορη ομιλία-μονοσύλλαβη λέξη (3 βαθμοί)

ακατανόητοι ήχοι, ακατάληπτη ομιλία (2 βαθμοί)

καμία αντίδραση (1 βαθμός)

Κινητική αντίδραση: υπακούει σε εντολές (6 βαθμοί)

εντοπίζει τον πόνο (5 βαθμοί)

αποσύρει-αδύναμη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (4 βαθμοί)

ανώμαλη κάμψη σε επώδυνα ερεθίσματα (3 βαθμοί)

ανώμαλη έκταση σε επώδυνα ερεθίσματα (2 βαθμοί)

καμία αντίδραση (1 βαθμός).

Διαταραχή πανικού

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής πανικού είναι οι επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες Προσβολές Πανικού, που συνοδεύονται για τουλάχιστον ένα μήνα ή περισσότερο από επίμονη ανησυχία (άγχος) του ατόμου μήπως του ξανασυμβεί κάποια Προσβολή Πανικού, από ανησυχία και στενοχώρια για τις επιπτώσεις της ή τις συνέπειες των προσβολών (π.χ. μήπως πεθάνει από καρδιά, μήπως τρελαθεί κ.ά) ή από σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τις προσβολές (π.χ. παραίτηση από τη δουλειά του). Για να μπει η διάγνωση της Διαταραχής Πανικού πρέπει να έχουν υπάρξει επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες Προσβολές Πανικού με τουλάχιστον μία από τις προσβολές να έχει ακολουθηθεί για 1 μήνα (ή περισσότερο) από ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: (α) επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως υπάρξουν κι άλλες προσβολές, (β) στενοχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής. (γ) σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς, που σχετίζεται με τις προσβολές.

Τα άτομα που έχουν Διαταραχή Πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα κι ο φόβος οδηγούν στην ανάπτυξη Αγοραφοβίας.