

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 39 - Τεύχος 1 - Ιανουάριος - Μάρτιος 2000



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύntαξη <i>A. Παπαδαντωνάκη</i>	4
2. Διεθνές Βραβείο 2001 του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών	7
3. Γιορτάζοντας το Παρελθόν της Νοσηλευτικής Διεκδικούμε το Μέλλον <i>B. Ραφτόπουλος</i>	8
4. Ιστορική Αναδρομή στη Φροντίδα των Εγκαυμάτων <i>Π. Επιτροπάκης, Κ. Ευσταθίου</i>	13
5. Μη παρεμβατικές Θεραπείες των Κατακλίσεων: Laser HeNe και Πολωμένο φως από κλασική Ηλεκτρική Λυχνία <i>Π. Ιορδάνου</i>	19
6. Το Θεωρητικό Πλαίσιο του Πόνου. Μία Νοσηλευτική Αποτίμηση <i>Ε. Πατηράκη - Κουρμπάνη</i>	24
7. Γενική Νοσηλευτική Προσέγγιση της Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους <i>Θ. Κυζιρίδης</i>	33
8. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Ρόλος του Νοσηλευτή <i>A. Σταθαρού</i>	43
9. Οικογενειακή Νοσηλευτική <i>A. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Π. Λάμπρου</i>	51
10. Η Νοσηλευτική στην Ποιότητα Ζωής Ασθενών με χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια <i>M. Παπαδημητρίου, A. Γκότση, E. Κατσαρού, B. Καραβατσέλου, X. Μαρνέρας</i>	62
11. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις κατά την Οξεία και Χρόνια Φάση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας <i>X. Πλατή, M. Πριάμη</i>	73
12. Κατανάλωση Οινόπνευματος κατά τη Διάρκεια της Εγκυμοσύνης και Επιπτώσεις στο Έμβρυο <i>A. Δελtsίδου</i>	84
13. Τσιγγάνες: Υγειονομικές Συμπεριφορές και Προσδιοριστικοί Παράγοντες <i>E. Πατιστέα, Π. Μακροδημήτρι</i>	89
14. Οδηγίες για τους συγγραφείς	100

CONTENTS

1. Editorial <i>A. Papadantonaki</i>	4
2. International Achievement Award 2001 of the International Council of Nurses (ICN)	7
3. Celebrating Nursing past Claiming the Future <i>V. Raftopoulos</i>	8
4. Historical Flashback of Burn Care <i>P. Epitropakis, K. Efstathiou</i>	13
5. Non Intervening Therapies of Pressure Ulcers: HeNe Laser and Polarized Light from Classical Electric Lamp <i>P. Iordanou</i>	19
6. The Theoretical Framework of Pain. A Nursing Appraisal. <i>E. Patiraki-Kourmpani</i>	24
7. General Nursing Approach of Depression in Elderly <i>Th. Kyziridis</i>	33
8. Electro-Convulsive Therapy. The Nurse's Role <i>A. Statharou</i>	43
9. Family Nursing <i>A. Kalokerinou-Anagnostopoulou P. Lamprou</i>	51
10. Nursing in Quality of Life of Patients with Kidney Failure <i>M. Papadimitriou, A. Gotsi, E. Katsarou, V. Karavatselou, Chr. Marneras</i>	62
11. Nursing Interventions During the Acute and Chronic Phase of the Rheumatoid Arthritis <i>Ch. Plati, M. Priami</i>	73
12. Alcohol Abuse During Pregnancy and its Effect on the Embryo <i>A. Deltsidou</i>	84
13. Gypsy-Women: Health Behaviors and Determined Factors <i>E. Patistea, P. Makrodimitri</i>	89
14. Instructions to authors	100

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Χρυσάνθη Πλατή: Αναπλ. Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Μαρία Πριάμη: Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΛΑΤΗ Χ., ΠΡΙΑΜΗ Μ. «Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την οξεία και χρόνια φάση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας». Στο άρθρο αυτό γίνεται αναφορά στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και στα προβλήματα που εκδηλώνονται κατά την διάρκεια της πορείας της νόσου. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για τη διευθέτηση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που εμφανίζονται κατά την περίοδο της οξείας και χρόνιας φάσης της νόσου. **Νοσηλευτική 1: 73-83, 2000**

Εισαγωγή

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μία χρόνια συστηματική νόσος χαρακτηριζόμενη από υποτροπιάζουσες φλεγμονές στις αρθρώσεις και στις σχετικές με αυτές δομές και συνοδεύεται συχνά με ποικιλία εξωαρθρικών εκδηλώσεων.

Η πορεία της νόσου είναι απρόβλεπτη και συστηματική. Η δραστηριότητά της χαρακτηρίζεται από περιόδους εξάρσεων και υφέσεων. Πρόκειται για συστηματική φλεγμονώδη διαταραχή, η οποία επηρεάζει, σε μεγάλο βαθμό, το μυοσκελετικό σύστημα και σε μικρότερη έκταση τις εξωαρθρικές δομές¹.

Εκτιμάται, ότι 37 εκατομμύρια άνθρωποι στις ΗΠΑ πλήττονται από κάποιο τύπο αρθρίτιδας, ενώ 8 εκατομμύρια πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και το 75% αντιστοιχεί στις γυναίκες. Καίτοι, η ΡΑ μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία, η

μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται στην ομάδα 35 έως 45 ετών. Η νόσος δεν έχει φυλετική ή γεωγραφική προδιάθεση. Η ΡΑ είναι ο πιο σοβαρός τύπος αρθρίτιδας, υπό την έννοια της χρόνιας ανικανότητας. Θεωρείται δε σημαντικό πρόβλημα υγείας, αφού καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μετά την καρδιακή νόσο, αν και ο θάνατος από ΡΑ είναι σπάνιος^{2,3}.

Αιτιολογία και παθογένεση

Η αιτία της ΡΑ παραμένει άγνωστη. Δεν είναι σαφές κατά πόσον ένας μοναδικός παράγοντας ή πολλαπλοί εμπλέκονται στην εμφάνιση της νόσου⁴.

Πιθανοί ενοχοποιητικοί παράγοντες θεωρούνται:

Λοίμωξη - Η έρευνα συνεχίζει την αναζήτηση του αιτίου σε ειδικούς λοιμογόνους παθογόνους οργανισμούς και ειδικότερα σε ιούς, οι οποίοι μπορεί να προκαλούν τη νόσο.

Αυτοανοσία - Η μεταβολή της απάντησης του ανοσοποιητικού συντελεί στο σχηματισμό της σύνθεσης αντιγόνου-αντισώματος, το οποίο δραστηριοποιεί τα συστατικά του συμπληρώματος ελκύνοντας τα λευκοκύτταρα πολυμορφοπύρρηνα στις προσβεβλημένες αρθρώσεις. Τα λευκοκύτταρα ευθύνονται για την πέψη της σύνθεσης της ανοσίας και την απελευθέρωση επιβλαβών ενζύμων, τα οποία καταστρέφουν τους αρθρικούς χόνδρους.

Γενετικοί παράγοντες - Συγκεκριμένοι γνωστοί παράγοντες, μπορεί να επηρεάζουν την έκφραση της νόσου. Έχει εντοπιστεί ένας ειδικός τύπος HLA-DR4, ο οποίος συσχετίζεται με την παρουσία της ΡΑ.

Άλλοι παράγοντες - Μεταβολικές και βιοχημικές διαταραχές, διαιτητικές, περιβαλλοντικές, επαγγελματικές και ψυχολογικές, μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στην αιτιολογία ή στην έκφραση της νόσου. Όμως, η συμβολή τους δεν έχει πλήρως τεκμηριωθεί⁵.

Παθογένεση

Η παθογένεση της ΡΑ είναι περισσότερο καταλυπή από την αιτιολογία της. Όταν η νόσος βρίσκεται σε δραστηριότητα διαδράμει τέσσερις φάσεις:

Φάση πρώτη - Ο άγνωστος αιτιολογικός παράγοντας αρχίζει τη φλεγμονή της άρθρωσης ή αρθροθυλακίτιδα, οίδημα αρθρικού υμένο και υπέρπαραγωγή αρθρικού υγρού.

Φάση δεύτερη - Ο φλεγμονώδης ιστός του αρθρικού υμένο εισέρχεται στην αρθρική κοιλότητα και καταστρέφει προοδευτικά τον αρθρικό χόνδρο. Πρόκειται για κοκκιωματώδη ιστό «πάνους», ο οποίος στη συνέχεια καταστρέφει το υποχόνδριο οστό.

Φάση τρίτη - Δύσκαμπτες ίνες συνεκτικού ιστού αντικαθιστούν τον πάννου και θολώνουν το χώρο της άρθρωσης. Η ινώδης αγκύλωση συντελεί στη μείωση της κινητικότητας, την κακή θέση και την παραμόρφωση της άρθρωσης.

Φάση τέταρτη - Καθώς ο ινώδης ιστός ασβεστοποιείται, η αγκύλωση του οστού μπορεί να συντελέσει στη συνολική ακινητοποίηση της άρθρωσης⁶.

Κλινικές εκδηλώσεις

Αρθρώσεις

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα αναπτύσσεται ύπουλα. Μην ειδικά ευρήματα όπως είναι η ανο-

ρεξία, κόπωση, απώλεια βάρους και γενικευμένη δυσκαμψία, μπορεί να προηγούνται της έναρξης της νόσου. Η δυσκαμψία αρχίζει να εντοπίζεται σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών.

Μερικοί ασθενείς αναφέρουν ιστορικό επισπευστικών στρεσογόνων παραγόντων όπως λοίμωξη, υπερβολική εργασία, τοκετός, χειρουργική επέμβαση ή συναισθηματική καταπόνηση. Όμως, για όλα τα ανωτέρω δεν υπάρχει επαρκής πληροφορία συσχέτισης των γεγονότων με την έναρξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Ειδική αρθρική συμμετοχή εκδηλώνεται κλινικά με πόνο, δυσκαμψία, περιορισμό κίνησης και σημεία φλεγμονής όπως θερμότητα, οίδημα και ευαισθησία. Τα συμπτώματα στις αρθρώσεις είναι αμφοτερόπλευρα, συμμετρικά και συχνά επηρεάζουν μικρές αρθρώσεις που αφορούν στις εγκύς μεσοφαλαγγικές και μεταφαλαγγικές αρθρώσεις των χειρών, ειδικότερα του 2ου και 3ου δακτύλου. Παράλληλα προσβάλλονται οι αντίστοιχες αρθρώσεις των άκρων ποδών. Ακόμη, μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα και σε μεγαλύτερες περιφερικές αρθρώσεις περιλαμβανομένων καρπών, αγκώνων, ώμων, γονάτων, ισχίων, ποδοκνημικών και γνάθων. Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας⁷.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά ρευματοειδούς αρθρίτιδος

Ηλικία	Νέοι και μεσήλικες
Φύλο	Υπερτερούν οι γυναίκες
Σωματικό βάρος	Μειωμένο
Νοσηρότητα	Συστηματικές εκδηλώσεις
Πληγείσες αρθρώσεις	Μεσοφαλαγγικές, μετακαρποφαλαγγικές μεταταρσοφαλαγγικές, καρπού, γονάτων ποδοκνημικών, συμμετρικές και ως προς τον αριθμό των αρθρώσεων είναι μεγάλος
Διάχυση	Συνήθης
Οζοι	Παρόντες
Αρθρικό υγρό	Φλεγμονώδες
Ακτινογραφίες	Οστεοπόρωση, στένωση, διαβρώσεις
Αναιμία	Συνήθης
Ρευματικός παράγων	Θετικός
Χρόνος ταχύτας καθίζησης	Αυξημένος

Ο ασθενής συχνά παραπονείται για δυσκαμψία, η οποία συνήθως εμφανίζεται κατά την πρωινή έγερση και μετά από περιόδους έλλειψης δραστηριότητας. Η πρωινή δυσκαμψία μπορεί να διαρκέσει από 30' έως αρκετές ώρες ή και περισσότερο, εξαρτώμενη από τη δραστηριότητα της νόσου. Οι εγγύς μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις παρουσιάζουν τυπικό οίδημα. Τα δάκτυλα παίρνουν σχήμα ατράκτου εξαιτίας της υπερτροφίας της άρθρωσης και της πάχυνσης του αρθρικού υμένα (σχήμα 1). Οι αρθρώσεις είναι επώδυνες, ευαίσθητες και θερμές κατά την αφή. Ο πόνος είναι περισσότερο αισθητός κατά την κίνηση, ποικίλει σε ένταση και μπορεί να μην είναι ανάλογος με το βαθμό της φλεγμονής. Η τενοντοαρθρίτιδα συχνά επηρεάζει τον εκτείνοντα και καμπτήρα τένοντα γύρω από τον καρπό και μπορεί να προξενήσει συμπτώματα καρπιαίου σωλήνα.

Καθώς η δραστηριότητα της νόσου προχωρεί η φλεγμονή και η ίνωση του αρθρικού υμένα και των υποστηρικτικών δομών, μπορεί να οδηγήσει σε παραμόρφωση και αναπηρία. Η ατροφία των μυών και η καταστροφή των τενόντων γύρω από την άρθρωση προκαλεί μια αρθρική επιφάνεια η οποία γλιστράει πίσω από τη άλλη (υπεξάρθρωση). Οι τυπικές παραμορφώσεις των χειρών περιλαμβάνουν «ωλένια απόκλιση», «λαιμό κύκνου», παραμόρφωση boutonniere. Επιπλέον, η μετατάρσιος υπεξάρθρωση και η βλαιοσότητα του μεγάλου δακτύλου του ποδός, μπορεί να προκαλέσουν πόνο και δυσκολία κατά τη βάδιση⁸.

Όπως ελέχθει η νόσος προσβάλλει κάθε ηλικία με μεγαλύτερη επίπτωση την τρίτη και τέταρτη δεκαετία ζωής. Όμως, λόγω χρονιότητας της νόσου η προοδευτική επιδείνωση γίνεται περισσότερο εμφανής στην προχωρημένη ηλικία, κατά την οποία επιπλέον της φυσικής φθοράς ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις της νόσου, με συνέπεια τις παραμορφώσεις, την ιδρυματοποίηση και την ακινητοποίηση του ηλικιωμένου στο κρεβάτι.

Εξωαρθρικές εκδηλώσεις

Οι ρευματοειδείς όζοι είναι παρόντες σε ποσοστό 25% των ασθενών με ΡΑ. Η αγγειίτιδα

των μικρών αγγείων, πιστεύεται να είναι το αρχικό γεγονός σχηματισμού των όζων, οι οποίοι εμφανίζονται υποδορίως ως σταθερή και μη ευαίσθητη μάζα, που εντοπίζεται συνήθως στο θύλακα του ωλέκρανου ή κατά μήκος της επιφάνειας του εκτείνοντος του αντιβραχίου. Οι όζοι συνήθως δεν μετακινούνται εκτός εάν προκύψει πρόβλημα εξαιτίας της μεγάλης πιθανότητας υποτροπής. Ακόμη, μπορεί να εμφανιστούν στα μάτια ή τους πνεύμονες, γεγονός, που υποδηλώνει ότι η νόσος βρίσκεται σε δραστηριότητα και η πρόγνωση είναι κακή⁹.

Η αγγειίτις μπορεί να ευθύνεται για μια μεγάλη ποικιλία συστηματικών επιπλοκών όπως περιφερική νευροπάθεια, μυοπάθεια, καρδιοπνευμονική συμμετοχή και ισχαιμικά έλκη δέρματος. (σχήμα 2,) .

Επιπλοκές

Στις δυνατές επιπλοκές περιλαμβάνονται λοιμώξεις, οστεοπόρωση, αμυλοείδωση και το σύνδρομο του Sjogren. Η συμπίεση της σπονδυλικής στήλης συμβαίνει εξαιτίας της αστάθειας των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης.

Διαγνωστική μελέτη

Καίτοι, δεν υπάρχει μοναδική πειστική εργαστηριακή απόδειξη, όμως υπάρχουν αρκετά ευρήματα, τα οποία βοηθούν στη διάγνωση της ΡΑ, σε συνδυασμό με το ιστορικό και τη φυσική εξέταση. Η μέτρια αναιμία συναντάται πολύ συχνά. Ο χρόνος ταχύτητας της καθίζησης (ΤΚΕ) αυξάνει σε ποσοστό 85% των ασθενών γι' αυτό είναι σκόπιμο να παρακολουθείται η ανταπόκριση του ασθενούς στη θεραπεία.

Ο ρευματοειδής παράγων είναι αντίσωμα, το οποίο κυκλοφορεί στην τάξη της ανοσοσφαιρίνης-M σε (τίτλο) μεγαλύτερο από 1:160 περίπου στο 80% των περιπτώσεων. Τα αντιπυρηνικά αντισώματα ANA και η δοκιμασία για κύτταρα ερυθρηματώδους λύκου LE μπορεί να είναι θετικά σε μικρότερες εκατοστιαίες αναλογίες στους ασθενείς.

Η ανάλυση του αρθρικού υγρού μπορεί να δείξει αυξημένη θολώτητα και μειωμένη γλοιότητα. Ο αριθμός των κυττάρων είναι υψηλότερος

- . Αντιφλεγμονώδη
- . Χλωροκίνες, άλατα χρυσού, πενικιλλαμίνες
- . Στεροειδή ενδοαρθρικά και συστηματικά
- 3. Καλά ισορροπημένη διαίτα
- 4. Νάρθηκες
- 5. Φυσικοθεραπεία
- 6. Διορθωτικές ορθοπεδικές επεμβάσεις¹²

Φαρμακολογικές παρεμβάσεις

Η συμβολή της ασπιρίνης στη θεραπεία της ΡΑ είναι θεμελιώδης. Αρχικά, οι ασπιρίνες χορηγούνται σε επαρκείς δόσεις, προκειμένου να διατηρηθεί το αντιφλεγμονώδες αποτέλεσμα.

Τελευταία, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σκευάσματα είναι χρήσιμα, στις περιπτώσεις εκείνες που ο ασθενής δεν ανέχεται τη χορήγηση μεγάλων δόσεων ασπιρίνης. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σκευάσματα χορηγούνται μία ή δύο φορές την ημέρα σε μια προσπάθεια να διευκολυνθεί η λήψη τους από τον ασθενή. Φαρμακευτικά σκευάσματα που συντελούν στην ύφεση της νόσου είναι τα ανθελonoσιακά, οι πενικιλλαμίνες και η χρυsoθεραπεία.

Τα ανθελonoσιακά χορηγούνται σε ασθενείς με ΡΑ, η οποία επιμένει. Ομως για να γίνουν ορατά τα αποτελέσματά τους απαιτούνται 4-6 εβδομάδες. Εξαιτίας της εναπόθεσης του φαρμάκου στη χρωστική στιβάδα του αμφιβληστροειδούς, μπορεί να προκληθεί μη αναστρέψιμη βλάβη, γι' αυτό απαιτείται οφθαλμολογική παρακολούθηση για 4 έως 6 μήνες.

Η χρυσοθεραπεία και η πενικιλλαμίνη μπορεί να συστήνονται σε ασθενείς, των οποίων η νόσος επιμένει παρά τη χορηγηθείσα συντηρητική θεραπεία. Τα φάρμακα αυτά πρέπει να μελετώνται όταν ο ασθενής αναφέρει αθροιστικά αποτελέσματα και είναι πρόθυμος να υποβληθεί σε μία μακροχρόνια θεραπεία, καθώς και σε συχνό εργαστηριακό έλεγχο. Το ακριβές αποτέλεσμα της χρυσοθεραπείας και της πενικιλλαμίνης στη θεραπεία της ΡΑ δεν είναι γνωστό.

Το methotrexate από το στόμα απεδείχθει αποτελεσματικό στη θεραπεία της ΡΑ, η οποία δεν απαντά στην κανονική θεραπεία. Ομως πρέπει να μελετάται η ασφάλεια της παρατετα-

μένης θεραπείας και η μακροπρόθεσμη επίδραση του φαρμάκου στην ηπατική λειτουργία.

Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται με διάφορους τρόπους προκειμένου να ελέγξουν τη νόσο. Συνήθως χορηγούνται ενδοαρθρικά και συστηματικά. Οι επαναληπτικές ενδοαρθρικές εγχύσεις πρέπει να είναι αραιές. Δηλαδή, η παρέμβαση δεν πρέπει να γίνεται ενωρίτερα από 6 μήνες και όχι περισσότερες από 3 εγχύσεις, επειδή συνοδεύονται από νέκρωση και collapsus των ιστών.

Τελευταία έχουν προταθεί αρκετά θεραπευτικά σχήματα με διάφορους συνδυασμούς, τα οποία στοχεύουν στο σύντομο έλεγχο της φλεγμονής, παράλληλα οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ελάχιστες και η δοσολογία μικρή.

Πάντως δεν έχει σημασία το είδος της θεραπευτικής αγωγής. Η μακροχρόνια κορτιζονοθεραπεία συντελεί στην εξάρτηση με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Οι ασθενείς με μακροχρόνια χορήγηση στεροειδών φαρμάκων πρέπει να υποβάλλονται σε ειδική εκπαίδευση από τους νοσηλευτές, καθώς και συχνή νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση^{6,10} (σχήμα 3).

Άλλες προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση της ΡΑ είναι η τοποθέτηση ειδικών ναρθήκων στις φλεγμονώδεις αρθρώσεις, καθώς και διορθωτικές ορθοπεδικές χειρουργικές παρεμβάσεις.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Η πρόληψη της ΡΑ, δεν φαίνεται δυνατή προς το παρόν. Ομως, στα εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται στην κοινότητα πρέπει να περιλαμβάνονται πληροφορίες σχετικές με την πρόωπη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της ΡΑ. Οι πληροφορίες παρέχονται με ομιλίες και ειδικά έντυπα. Επί υποψίας ΡΑ οργανώνονται ειδικά εξατομικευμένα προγράμματα που καλύπτουν την οξεία φάση και τη φάση της αποκατάστασης. Για την επιτυχία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων οι νοσηλευτές συνεργάζονται και με τα άλλα μέλη της ομάδας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση

Για τη διευθέτηση της ΡΑ, ο κυριότερος αντικειμενικός σκοπός είναι: μείωση της φλεγ-

μονής, ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και πρόληψη ή διόρθωση της παραμόρφωσης της άρθρωσης. .

Ενα περιεκτικό καθημερινό πρόγραμμα για ασθενή με οξεία φάσηΡΑ μπορεί να περιλαμβάνει: αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ανάπαυση, προστασία αρθρώσεων, θεραπευτική θερμότητα, άσκηση και εκπαίδευση ασθενούς και οικογένειας.

Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο μέλος της ομάδας υγείας και εργάζονται πολύ στενά με όλα τα μέλη,προκειμένου να επανακτηθεί η επιδεινωμένη λειτουργικότητα από τις επιπτώσεις της χρόνιας νόσου και να βοηθηθεί ο ασθενής να κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές στον τρόπο της καθημερινής του ζωής¹³.

Αντιμετώπιση του πόνου

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αρχίζουν με μία προσεκτική εκτίμηση των παρακάτω παραμέτρων.

- α). Των φυσικών αναγκών
 - . κατάσταση αρθρώσεων
 - . πόνος εντόπιση, ένταση
 - . οίδημα
 - . κινητικότητα αρθρώσεων
 - . γενική κατάσταση υγείας
- β). Των ψυχοκοινωνικών αναγκών
 - . υποστήριξη οικογένειας
 - . σχέσεις συζύγων
 - . συναισθηματικό stress
 - . επάγγελμα και επαγγελματική εξέλιξη
- γ). Των περιβαλλοντικών αναγκών
 - . τρόπος και μέσα μεταφοράς
 - . τροποποιήσεις περιβάλλοντος χώρου¹⁴.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η εκπαίδευση του ασθενούς βασίζεται στη διεργασία της συμβουλευτικής και πραγματοποιείται από γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι προσωπική με τον ασθενή και να ενισχύεται με εικόνες και ενημερωτικά φυλλάδια.

Τα μόνα άτομα που βρίσκονται 24 ώρες το 24ωρο πλησίον του αρρώστου είναι οι νοσηλευτές. Το προνόμιο αυτό τους δίνει τη δυνατότητα να παρατηρούν συμπεριφορές, σημεία και

συμπτώματα, να εντοπίζουν μεταβολές στην πορεία της υγείας του αρρώστου, να επικοινωνούν και να λειτουργούν ως μεσολαβητές μεταξύ αρρώστου και μελών της ομάδας. Η συμβολή τους αυτή ειδικά για τα άτομα που υποφέρουν από ΡΑ, η οποία διακρίνεται για τις συχνές εξάρσεις και υφέσεις, γίνεται πιο σημαντική, επειδή προτείνει το είδος της πληροφορίας που χρειάζεται ο κάθε ασθενής. Ενα καλά δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία¹⁵.

Ψυχική κατάσταση ασθενούς

Η εκπαίδευση συνήθως απευθύνεται σε άτομα που έχουν λίγες ή καθόλου ιατρικές γνώσεις. Για τούτο, μία σαφής περιγραφή της διεργασίας της νόσου θα πρέπει να δίδεται σε γλώσσα κατανοητή για το ευρύ κοινό. Επιπλέον, οι σχετικές πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα φυλλάδια πρέπει επίσης να είναι απλές, κατανοητές και εκλαϊκευμένες. Ακόμη, τονίζεται στον ασθενή και στους συγγενείς του, να υπογραμμίζουν όσες λέξεις ή φράσεις απαιτούν περισσότερη διευκρίνιση, ενώ οι νοσηλευτές σε δεδομένη ευκαιρία δίνουν τις απαραίτητες εξηγήσεις¹⁶.

Φαρμακοθεραπεία

Τά φάρμακα παίζουν σημαντικό ρόλο στη θεραπεία των περισσότερων ρευματικών νοσημάτων. Σημαντική παράμετρο για την επιτυχία της θεραπείας αποτελεί η συμμόρφωση του ασθενούς σ' αυτήν.

Όταν το φάρμακο συνταγογραφείται θα πρέπει να ζυζυγείται η συγκατάθεση του ασθενούς αν αποδέχεται τη θεραπεία ή όχι σεβόμενοι το βασικό δικαίωμα του ασθενούς για πληροφορημένη συγκατάθεση ειδικότερα, όταν τα φάρμακα προκαλούν παρενέργειες όπως συμβαίνει με την ΙΜ χορήγηση του χρυσού ή τη D πενικιλλαμίνη. Η δράση και οι παρενέργειες γίνονται γνωστές στον ασθενή.

Οι έρευνες δείχνουν ότι, όσο πιο καλά είναι πληροφορημένος ο ασθενής, τόσο πληρέστερα συμμορφώνεται στη φαρμακοθεραπεία. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να παίρνει τις σχετικές με τα φάρμακα πληροφορίες στο σπίτι του για

μελλοντικές αναφορές. Σχετικά με τους ηλικιωμένους συγχυτικούς ασθενείς, τα φυλλάδια δίνονται για τους συγγενείς, φίλους, γείτονες, γιατρούς και κοινοτικούς νοσηλευτές.

Ασκήσεις

Οι ασθενείς πρέπει να πληροφορούνται για την πιθανή ανάπτυξη της νόσου, καθώς και την ανάγκη να αποφεύγουν την κάμψη και την σύσπαση των αρθρώσεων. Η πληροφορία αυτή ενισχύεται με την παροχή ειδικών φυλλαδίων με εικόνες που δείχνουν τις σωστές ασκήσεις και συνδυάζεται με το πρόγραμμα ασκήσεων του ασθενή.

Είναι σημαντικό να πεισθεί ο ασθενής για τη μακροχρόνια ωφέλεια που θα προκύψει από τις καθημερινές ασκήσεις, οι οποίες πρέπει να είναι παθητικές ή ενεργητικές, βοηθούμενες και από ισομετρικές. Οι κατευθύνσεις για τον τύπο και τη διάρκεια των ασκήσεων θα δοθούν από φυσικοθεραπευτή¹⁷.

Προστασία αρθρώσεων

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να αποβλέπουν στην ενθάρρυνση και τη διδασκαλία του αρρώστου να βρει τρόπους που θα ελαττώσουν το stress των αρθρώσεων. Ο άρρωστος πρέπει να διδαχθεί πως να τροποποιεί τις διάφορες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του, χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές που απλοποιούν τις διαδικασίες και ελαττώνουν τον κόπο. Η διατήρηση της ενέργειας απαιτεί προσωπικό σχεδιασμό. Η εργασία πραγματοποιείται εναλλασσόμενη με περιόδους ανάπαυσης. Ακόμη, δεν πρέπει να γίνονται όλες σε μία ημέρα, αλλά να κατανέμονται σε όλες τις ημέρες της εβδομάδος και να μοιράζονται και με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Η χρησιμοποίηση συσκευών με τις οποίες ο άρρωστος κερδίζει χρόνο και ενέργεια πρέπει να επιδιώκονται, αλλά και κάθε σύγχρονο τεχνολογικό μέσο που έχει αυτές τις ιδιότητες. Η συμβολή του εργασιοθεραπευτή στην προστασία των αρθρώσεων και στη διδασκαλία χρησιμοποίησης των βοηθητικών μέσων είναι αναγκαία. Στον πίνακα 5. παρατίθενται συμβουλές που αφορούν την προστασία των μικρών αρθρώσεων.

Πίνακας 5. Δραστηριότητες για την προστασία των μικρών αρθρώσεων

1. Αποφύγετε θέσεις που προκαλούν παραμορφώσεις
 - . Μην χρησιμοποιείτε μαξιλάρια κάτω από τα γόνατα
 - . Χρησιμοποιείτε καλά βρεγμένο σφουγγάρι αντί να συνθλίβετε τα χέρια σας
2. Χρησιμοποιείτε τις δυνατότερες αρθρώσεις για οποιαδήποτε εργασία
 - . Όταν σηκώνετε από την καρέκλα σπρώξτε την με τις παλάμες, παρά με τα δάκτυλα
 - . Μεταφέρατε το καλάθι του πλυντηρίου με τα δυο σας χέρια και ποτέ με τα δάκτυλα
3. Μοιράστε το βάρος σε όλες τις αρθρώσεις και όχι σε μερικές
 - . Γλυστρίστε τα αντικείμενα αντί να τα σηκώνετε
 - . Κρατείστε τα πακέτα πλησίον του σώματος για υποστήριξη
4. Αλλάζετε συχνά θέσεις
 - . Μην κρατάτε βιβλίο ή άλλο αντικείμενο στα χέρια σας για πολύ χρόνο
 - . Αποφεύγετε να κρατάτε μολύβι ή να κόβετε χαρτικά για πολύ χρόνο με το μαχαίρι
5. Αποφεύγετε επαναληπτικές κινήσεις
 - . Μην πλέκετε για πολύ χρόνο
 - . Όταν καθαρίζετε να ξεκουράζεστε συχνά
6. Τροποποιείτε τις μικροεργασίες για να αποφύγετε το stress των αρθρώσεων
 - . Αποφύγετε βαριές δουλιές
 - . Καθείστε σε σκαμπό αντί να στέκεστε όρθια¹⁸.

Δίαιτα

Για τη ΡΑ δεν απαιτείται ειδική διαίτα. Η ισορροπημένη διαίτα είναι αναγκαία. Η φλεγμονή, ο πόνος, η κόπωση, η περιορισμένη κινητικότητα και η κατάθλιψη δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο, ο οποίος συνοδεύει τη νόσο και πολύ συχνά εμπλέκεται στην όρεξη και ελαττώνει τη δυνατότητα του ασθενούς να προμηθευτεί και να προετοιμάσει το φαγητό του.

Για παχύσαρκους ασθενείς ένα λογικό πρόγραμμα απώλειας βάρους είναι αναγκαίο, προκειμένου να ανακουφιστούν οι αρθρώσεις από το stress που τους προκαλεί το περιττό βάρος.

Το αλάτι πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή και τούτο γιατί τα φάρμακα αυτά κατακρατούν νερό στον οργανισμό. Επιπλέον, τα στεροειδή αυξάνουν την όρεξη και συντελούν στην αυξημένη πρόσληψη θερμίδων. Πολλές φορές και ο πιο πειθαρχημένος ασθενής αισθάνεται μεγάλη πίεση όταν εμφανίζονται τα συμπτώματα του συνδρόμου Cushing's. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ενθαρρύνεται ο ασθενής να διατηρεί την ισορροπημένη διαίτα, να μην τροποποιήσει τη δόση του φαρμάκου ή να το διακόψει απότομα. Μετά τη διακοπή της θεραπείας, το βάρος προσαρμόζεται προοδευτικά στο φυσιολογικό¹⁹.

Ο άρρωστος και η νόσος του

Οι ασθενείς με ΡΑ χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά προβλήματα που τους προξενεί η νόσος. Οι νοσηλευτές καλούνται να εξηγήσουν στον ασθενή το σκεπτικό του σχεδιασμού και τις προτεραιότητες που έχουν θέση για κάθε καθημερινή δραστηριότητα.

Η ατομική υγιεινή παίζει σημαντικό ρόλο στην προώθηση του αισθήματος ευεξίας και στην ποιότητα της ζωής του. Ο αυτοεξυπηρετούμενος ασθενής διδάσκεται πως πρέπει να φροντίζει την ατομική του υγιεινή, σύμφωνα πάντοτε με τους περιορισμούς που του θέτει η νόσος. Ενδεικτικά αναφέρονται μερικά παραδείγματα: Για το μπάνιο τοποθετείται ειδικό πλαστικό πατάκι για να μην γλυστράει, σκαμπό για να κάθεται και ειδικά στηρίγματα για να στερεώνεται. Ακόμη μπορεί να χρησιμοποιεί ειδικό τρίφτη σώματος και ειδική κτένα για το χτένισμα. Τα ρούχα πρέπει να είναι ευρύχωρα και αντί για κουμπιά να έχουν αυτοκόλλητο κούμπωμα (σχήμα 4). Μαχαιροπήρουνα με ειδική λαβή βοηθούν στο φαγητό, καθώς και ειδικές συσκευές για το άνοιγμα μεταλλικών κουτιών πρέπει να χρησιμοποιούνται. Η τουαλέτα πρέπει να είναι έτσι διαμορφωμένη με ειδικό μαξιλάρι στη λεκάνη και στηρίγματα στα πλάγια ώστε να διευκολύνεται ο ασθενής.

Στην περίπτωση κατακεκλιμένου ασθενούς. Όταν ο ασθενής έχει εισαχθεί στο νοσοκομείο

την ευθύνη της φροντίδας του και της διδασκαλίας των συγγενών του έχουν οι νοσηλευτές. Η φροντίδα επικεντρώνεται στη διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος, στην καλή λειτουργία του εντέρου, στη θρέψη, στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και γενικότερα στην κάλυψη όλων των βιο-ψυχο-κοινωνικών αναγκών του²⁰.

Το σύστημα αξιών του ασθενούς και η αντίληψή του για τη φύση και την πορεία της νόσου πρέπει να μελετώνται προσεκτικά. Ακόμη, αξιολογείται το υποστηρικτικό σύστημα του ασθενούς, το οποίο καλείται να παίξει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενούς, ο οποίος απειλείται συνεχώς από τα προβλήματα της νόσου όπως περιορισμός κινητικότητας, κόπωση, απώλεια αυτοεκτίμησης, φόβος ανικανότητας, παραμορφώσεις μόνιμες αναπηρίες, από τις πολλαπλές αγκυλώσεις των αρθρώσεων και κλινοστατισμός²¹.

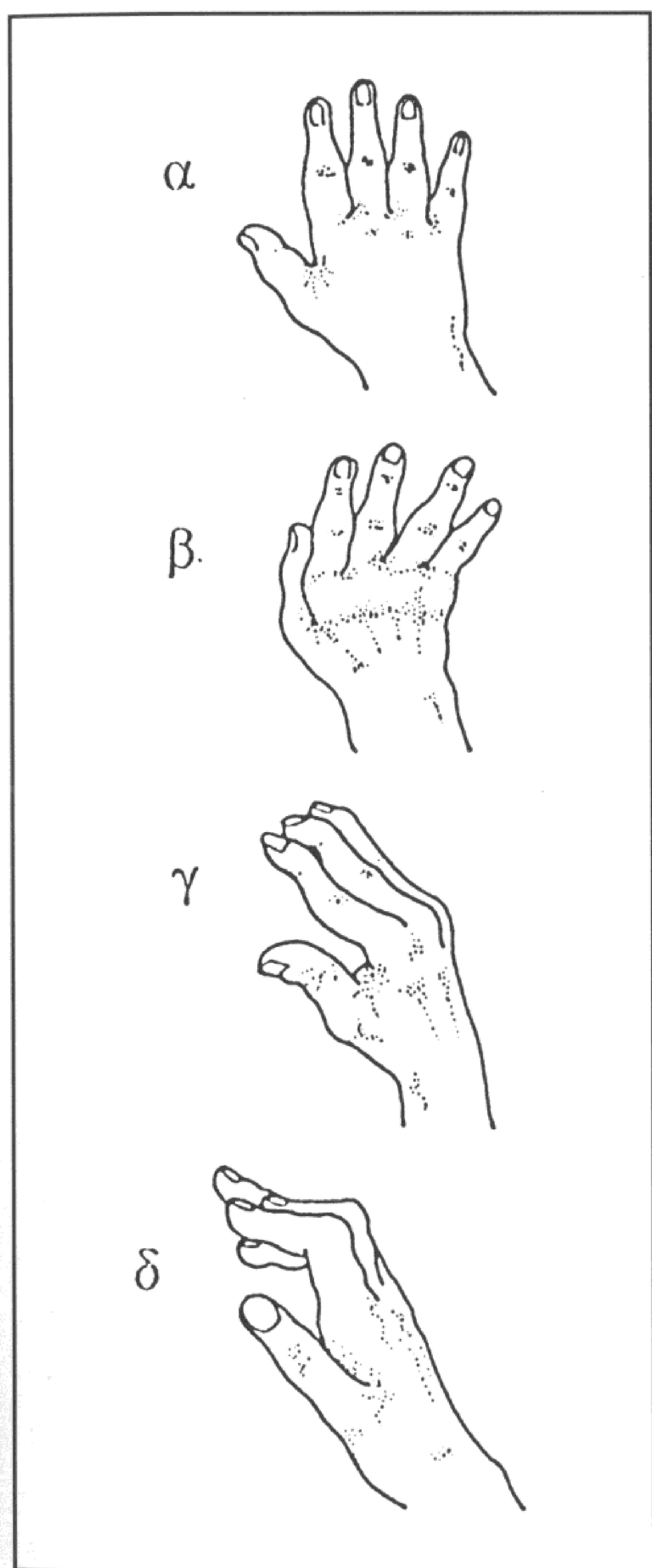
Τα παραπάνω προβλήματα σε συνδυασμό και με την ανικανότητα του αρρώστου να καλύψει τις βασικές του ανάγκες οδηγούν στην εξάρτηση του αρρώστου από τους άλλους, γεγονός, που προκαλεί την αντίδραση του ασθενούς, η οποία είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με θυμό, άρνηση και απόσυρση²². Η κατάθλιψη προκύπτει από την επιδείνωση της φυσικής κατάστασης του αρρώστου, ο οποίος μπορεί να απορρίψει ακόμη και την υποστήριξη που τόσο πολύ την έχει ανάγκη.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην ψυχολογική υποστήριξη ασθενούς και συγγενών είναι σημαντικός. Αφουγκράζονται προσεκτικά τα μηνύματα απελπισίας που εκφράζει ο ασθενής με τη συμπεριφορά του, καθώς και την αμηχανία των συγγενών του που βλέπουν τον άρρωστό τους να υποφέρει, οι νοσηλευτές προσπαθούν να τους βοηθήσουν παρέχοντας ενθάρρυνση και πρακτικές συμβουλές²³. Παράλληλα συζητούν το πρόβλημα με τα μέλη της μάδας για εντατικότερη υποστήριξη.

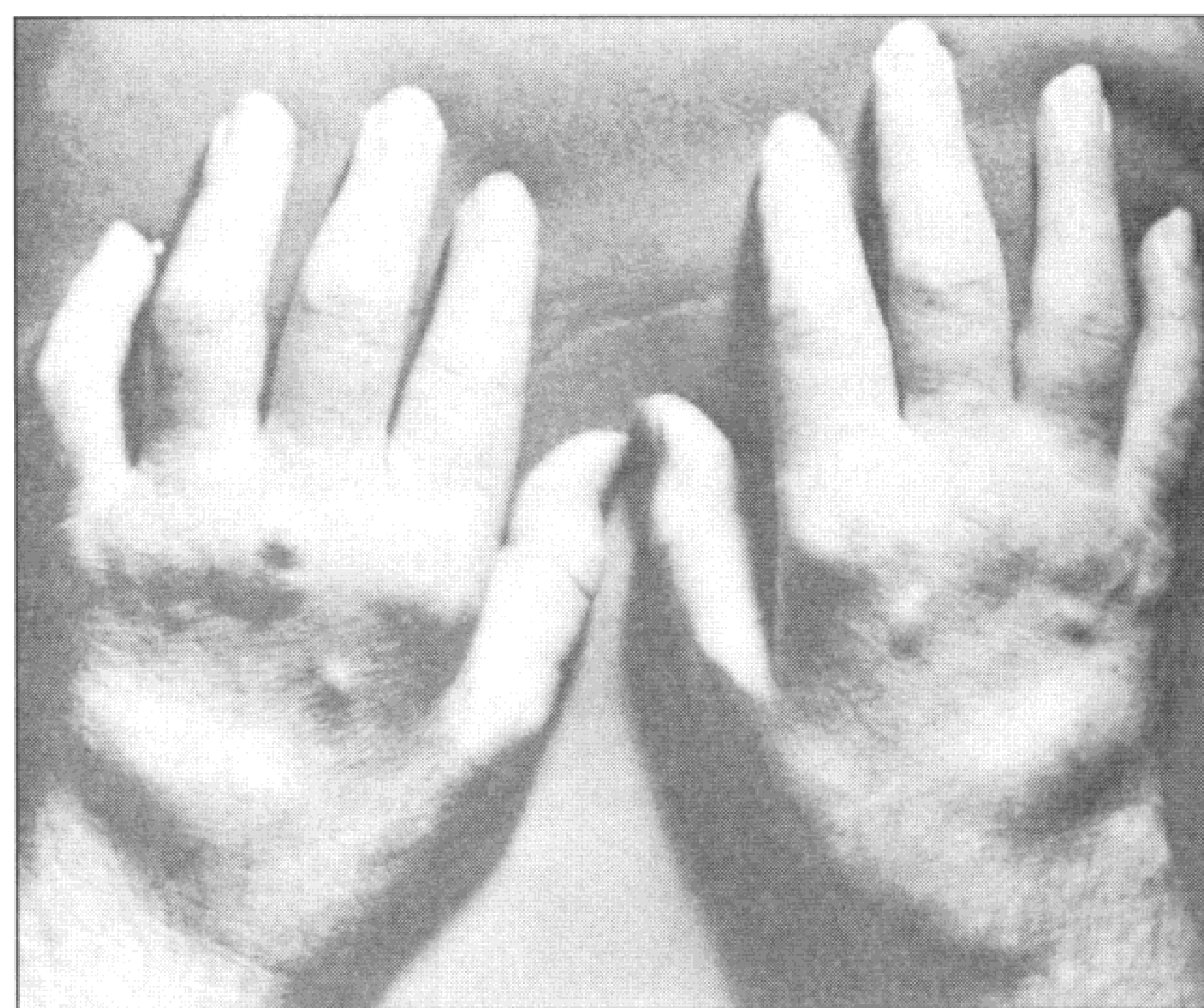
Plati Ch., Priami M. «Nursing interventions during the acute and chronic phase of the rheumatoid arthritis». The article refers to the

rheumatoid arthritis and the problems, which are manifested during the courses of the disease. The emphasis was given to nursing interventions with the primary objectives in the prevention of the disease

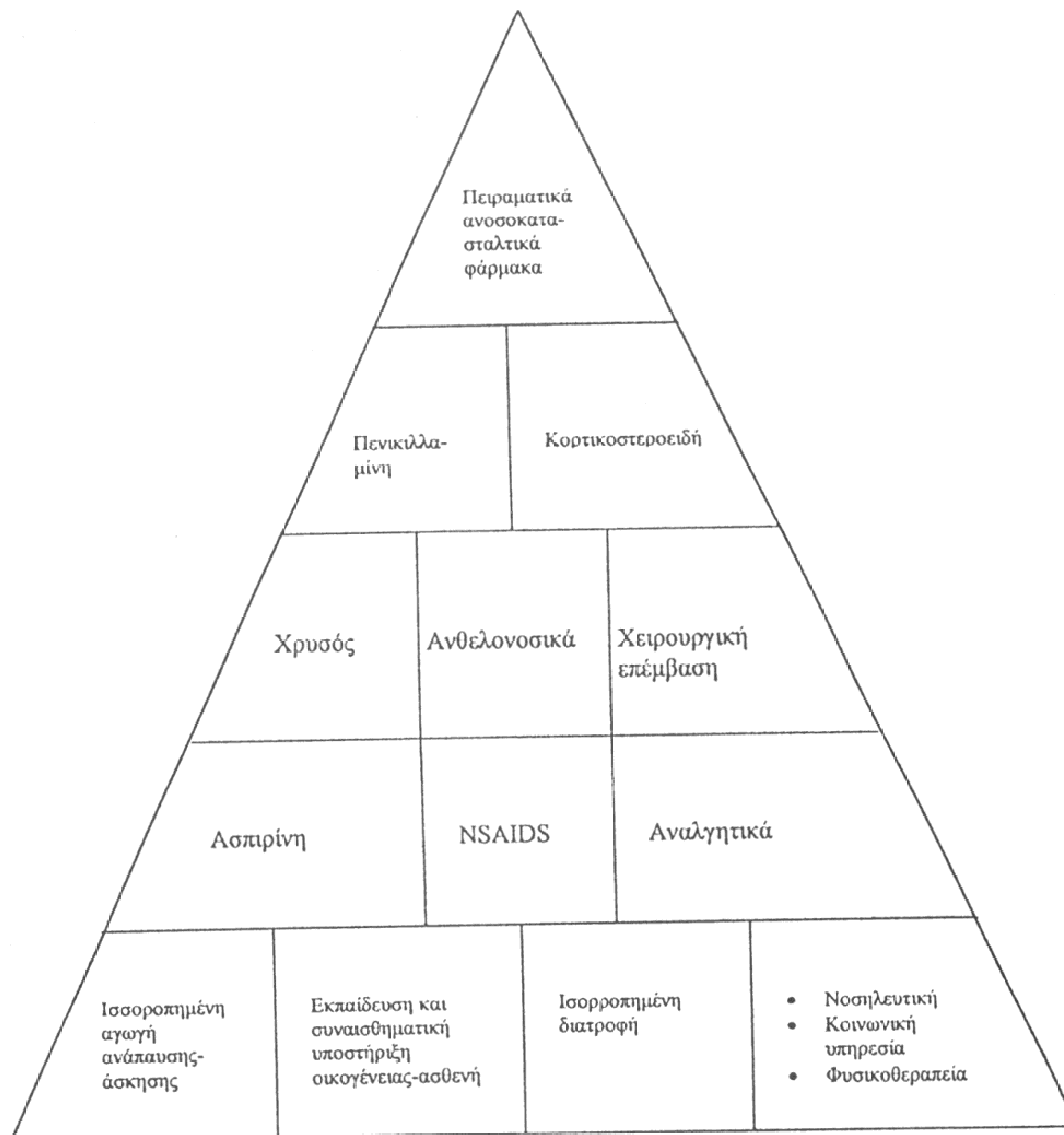
and the management of the biological and psychological problems that are appeared during the periods of remission and exacerbation of the disease activity. **Nosileftiki 1: 73-83, 2000.**



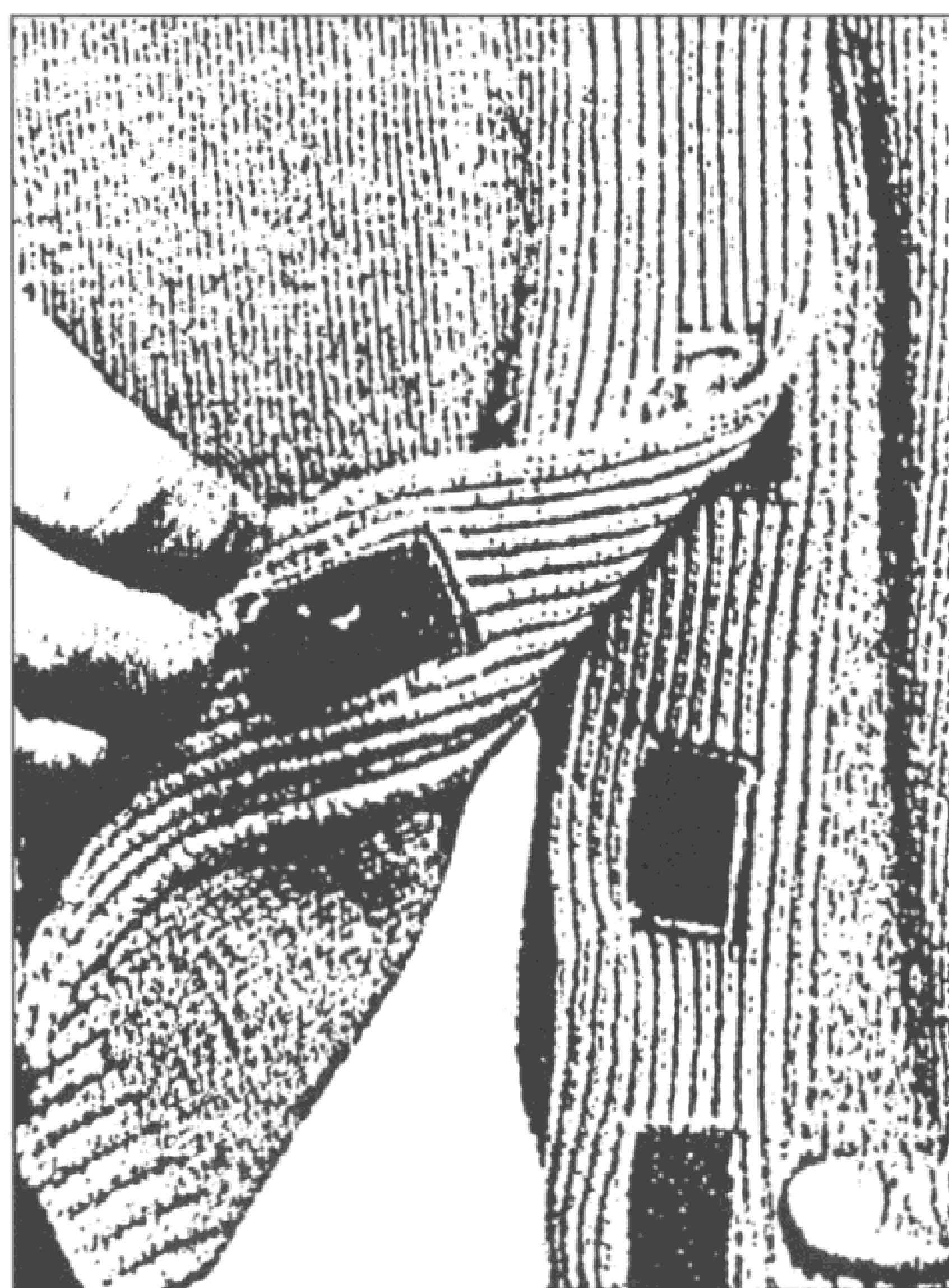
Σχήμα 1. Παραμορφώσεις προκαλούμενες από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα (α) πρώιμο ατρακτοειδές οίδημα των εγγύς μεταφαλαγγικών αρθρώσεων, (β) ωλένεια απόκλιση δακτύλων, (γ) παραμόρφωση δακτύλων «λαιμός κύκνου», (δ) παραμορφώσεις δακτύλων «Boutonniere».



Σχήμα 2. Βλάβες ρευματοειδούς αρθρίτιδος



Σχήμα 3. Θεραπευτική πυραμίδα για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Αρχικά δοκιμάζονται τα δύο χαμηλότερα θεραπευτικά επίπεδα. Όταν τα βασικά φάρμακα αποδειχτούν ανεπαρκή, η θεραπεία συνεχίζεται στο επόμενο επίπεδο και προχωρεί στην κορυφή.



Σχήμα 4. Τροποποίηση στο κούμπωμα της ενδυμασίας

Βιβλιογραφία

1. Jacono J, Jacono B, Cano P, Segami M, Rubin L. «An epidemiological study of theumatoid arthirtis in a Northen Ontario clinical practice: the role of ethnicity» J Adv Nurs 1996, 24: 31-35.
2. Mahat G. Prerceived stressors and coping strategies among individuals with rheumatoid arthritis. J Adv Nurs 1998,98: 1144-1150.
3. Mahat G. «Rheumatoid arthritis» Am J Nurs 1998, 98: 42-46.
4. Downe-Wamboldt B, Melanson P. Emotions, coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis W J N R, 1995, 17: 250-265.
5. Lewis S, Collier J. Medical-Surgical Nursing: assessment and management of clinical problems. New York, McGraw-Hill Book co, 1983.
6. Γαρδίκια Κ. Ειδική Νοσολογία (2η εκδ) Αθήνα: Παρισιάνος 1977.
7. Belza B, Henke C, Yelin E, Epstein W, Gilliss C. Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis, Nursing Research 1993, 42: 93-99.
8. Barke M, Flaterty M. Coping strategies and health status of elderly arthritic women. J Adv Nurs 1993, 18: 7-13.
9. Phelps R. Syrgery- a Process of enablement. Nursing 1985, 44: 1311-1314.
10. Iisselbacher K, Adams R, Braunwal E, Petersdorf R and Wilson J. Principles of Internal Medicin Ninth Edition London McGraw-Hill International book co 1980.
11. Mayco K J. Pain a different approach. Nursing 1984, 31: 924-925.
12. Hosking S. Reumatoid arhtritis fundamental nursing care. Nursing 1984, 31: 900-902.
13. Broen S, Williams A. Women's experience of rheumatoid arhritis. J Adv Nurs 1995, 21: 695-701.
14. Hoeman S. Rehabilitation/ Restoretive care in the community St. Lous The CV Mosby co, 1990.
15. Peasnell I. Maintaining mobility and independence. Nursing 1984, 31: 919-920.
16. Hawkes H. Rheumatoid arthritis-a Personal account. Nursing 1984, 31: 918.
17. Ailinger R, Schneitzer E. Patients' explanation of rheumatoid arhritis. W J N R 1993, 15: 340-351.
18. Bretherick C. Physiotherapeutic measures. Nursing, 1984, 31: 922-923.
19. Gallez P. Patient education and self-management. Nursing 1984,31: 916-917.
20. Freis JE. General approach to the rheumatic disease patient. In W. Kelly, T. Harris, S. Ruddy and C. Sledge (Eds) Texbook of rheumatology (2nd ed) Pliladelphia W.B. Saunders 1984.
21. Burckhagdt CS. The impact of arthritis on quality of life. Nursing Research 1985, 34: 11-16.
22. Perry A, Potter P. Clinical Nursing Skills and techniques. St Louis, The CV Mosby co, 1986.
23. Shesson S. Social and emotional aspects of rheumatoid arthritis. Nursing 1984, 31: 914-915.

από 30.000 ανά μικρολίτρο, ενώ στη σύνθεσή του επικρατούν τα πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα. Η λευκωματίνη και η σφαιρίνη είναι αυξημένες, ενώ το συμπλήρωμα και η τιμή της γλυκόζης είναι ελαττωμένα. Φλεγμονώδεις αλλαγές της άρθρωσης μπορεί να επιβεβαιωθούν με βιοψία ιστών¹⁰.

Τα ακτινολογικά ευρήματα με-μη ειδική διαγνωστική αξία μπορεί να παρουσιάσουν αφαλάτωση οστών και οίδημα μαλακών μορίων κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών της νόσου. Αργότερα, το διάστημα της άρθρωσης στενεύει, ακολουθεί καταστροφή του αρθρικού χόνδρου, διάβρωση, υπεξάρθρωση και οι παραμορφώσεις⁶.

Στον πίνακα 2, παρουσιάζονται τα ευρήματα σε τέσσερα στάδια.

Πίνακας 2. Στάδια ρευματοειδούς αρθρίτιδος

Στάδιο 1ο

Δεν παρατηρούνται ακτινολογικές μεταβολές

Στάδιο 2ο

Ακτινολογικά φαίνονται σημεία οστεοπόρωσης, μπορεί να υπάρχει ελαφρά βλάβη στα υποχόνδρια οστά και στους χόνδρους. Ίσως υπάρχει περιορισμός κινήσεων χωρίς παραμορφώσεις

Στάδιο 3ο

Ακτινολογικά, παρατηρείται βλάβη στα οστά, παραμορφώσεις στις αρθρώσεις χωρίς αγκυλώσεις

Στάδιο 4ο

Ακτινολογικά εμφανίζεται ίνωση ή αγκύλωση οστών. Μπορεί να υπάρχει εκτεταμένη ατροφία μυών και αλλοιώσεις μαλακών μορίων όπως οι όζοι⁵.

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο ασθενής γνωρίζει ότι η κρίση της νόσου είναι χρόνια. Η διαθέσιμη θεραπεία πρέπει να αποσκοπεί: 1) στη μείωση της φλεγμονής της άρθρωσης και του πόνου, 2) στη διατήρηση της κίνησης και αυτοχής της άρθρωσης και 3) στην πρόληψη της παραμόρφωσης. Στη συνέχεια αναφέρονται αρχές που σχετίζονται με την προστασία των αρθρώσεων (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Αρχές Προστασίας των Αρθρώσεων

- * Διατηρείστε καλή στάση και κατάλληλη μηχανική σώματος
- * Διατηρείστε φυσιολογικό βάρος σώματος
- * Χρησιμοποιείτε βοηθητικά μέτρα, όταν υπάρχει ένδειξη
- * Αποφύγετε θέσεις που προκαλούν απόκλιση και stress
- * Κατά την εργασία σας, υιοθετείστε τρόπους με ελάχιστο stress
- * Αποφύγετε εργασίες που προκαλούν πόνο
- * Αναπτύξτε τεχνικές που βοηθούν σε ένα οργανωμένο βάδισμα
- * Αποφύγετε κινήσεις που απαιτούν μεγάλη και επίμονη δύναμη

Η προσωπική και προσεκτική παρακολούθηση και το εξατομικευμένο πρόγραμμα θα αποτρέψουν τον ασθενή να καταφύγει σε ψευδείς και επικίνδυνες πρακτικές. Ένα καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα θα πρέπει να λάβει υπόψη του αρκετούς παράγοντες όπως:

1. κατάσταση λειτουργικότητας της άρθρωσης
2. βαθμός δραστηριότητας της νόσου
3. φύλο, ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακές ευθύνες ανταπόκριση ασθενούς στη θεραπεία και
4. αποτελέσματα προηγούμενης θεραπείας¹¹ (πίνακας 4).

Πίνακας 4. Αντιμετώπιση Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας

Διαγνωστικά

1. Λήψη καλού ιστορικού και εκτέλεση φυσικής εξέτασης
2. Εργαστηριακή μελέτη
 - . Χρόνος ταχύτητας καθίζησης
 - . Συγκολλητινοαντιδράσεις
 - . Κύτταρα ερυθματώδους λύκου
 - . Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων
 - . Αντιπυρηνικά αντισώματα
3. Ακτινολογικός έλεγχος
4. Ανάλυση αρθρικού υγρού

Θεραπευτικά

1. Ανάπαυση και προστασία αρθρώσεων
2. Φαρμακευτική αγωγή