

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Οι «Πρώτες Βοήθειες» είναι ενέργειες, με σκοπό την αντιμετώπιση καταστάσεων, που είναι απειλητικές για τη ζωή του πάσχοντα.

Με τις «Πρώτες Βοήθειες» δεν επιδιώκεται να θεραπευθεί ο πάσχων, αλλά να επιβραδυνθεί η εξέλιξη του φαινομένου και να αποφευχθούν τυχόν, επιπλοκές.

Δεν υπάρχει διαφοροποίηση στην παροχή πρώτων βοηθειών, στα άτομα με ειδικές ανάγκες, σε γενικές γραμμές παρά μόνον σε κάποιες ειδικές κατηγορίες, όπως στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, από επιληψία, από αυτισμό και από σύνδρομο Down.

ΓΕΝΙΚΑ

Διατήρηση της ψυχραιμίας

Έπειτα πρέπει να θυμηθούμε 3 βασικές αρχές:

1) ΖΗΤΩ ΒΟΗΘΕΙΑ 📞

- Είμαι μόνος

Πρώτα θα ειδοποιήσω και μετά όλα τ' άλλα

- Είμαστε δύο

Ο ένας ασχολείται με το "τραυματία" ο άλλος πάει να ζητήσει βοήθεια.

Στο τηλέφωνο πρέπει να δώσουμε ακριβείς πληροφορίες, όπως:

- ☐ Το τηλέφωνο απ' όπου καλούμε
- ☐ Το μέρος που βρισκόμαστε και κάθε πληροφορία που θα βοηθήσει στο να φτάσουν οι βοήθειες ταχύτερα
- ☐ Το περιστατικό (Έγκαυμα, τραυματισμό, πνιγμό . . .) και τι μέσο χρειάζεται ο πάσχων (φορείο, καρέκλα . . .)
- ☐ Το όνομά μας.

2) ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΩ - ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΑΙ

Παίρνουμε πάντα τα κατάλληλα μέτρα για να μη γίνουμε εμείς το 2^ο θύμα

3) ΕΚΤΙΜΩ – ΒΟΗΘΩ

Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

Όποια και να είναι η αιτία του προβλήματος εξετάζουμε 3 πράγματα απαντώντας σε 3 ερωτήσεις με την εξής σειρά προτεραιότητας :

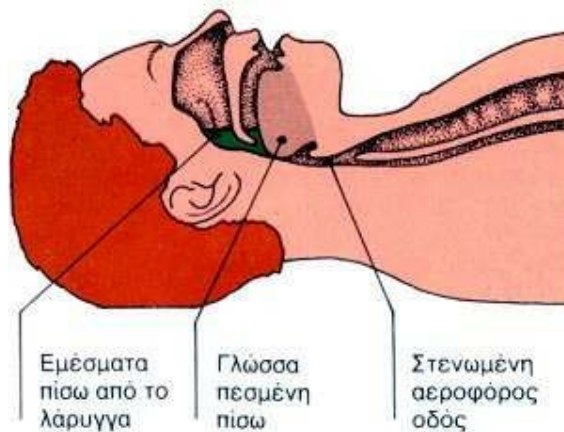
- **ΑΝΑΠΝΕΕΙ ; (Ανασηκώνεται ο θώρακας; βγαίνει αέρας από τη μύτη;)**

Έλεγχος της αναπνοής

Για να εξακριβώσετε αν ο πάσχων αναπνέει πλησιάστε **το αυτί στο στόμα του** και παρατηρήστε το θώρακα και την κοιλιά του. Αν ο πάσχων αναπνέει θ' ακούσετε και θα νοιώσετε αναπνοές και θα δείτε να κινούνται ο θώρακας και η κοιλιά του. Όταν έχει σταματήσει η αναπνοή, είναι σχεδόν βέβαιο ότι ο πάσχων θα έχει απώλεια των αισθήσεων, αλλά δεν είναι πάντα εύκολο να διαπιστώσει κανείς τότε ακριβώς σταματά η αναπνοή.

Διάνοιξη των αεροφόρων οδών.

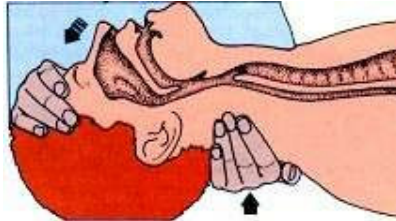
Όταν ο πάσχων έχει απώλεια των αισθήσεων, οι αεροφόρες οδοί μπορεί να έχουν στενέψει ή κλείσει, κάνοντας την αναπνοή δύσκολη ή και αδύνατη. Αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους.



Μπορεί το κεφάλι να γέρνει προς τα εμπρός στενεύοντας τη δίοδο του αέρα, μπορεί να έχει εξαφανιστεί ο έλεγχος των μυών του φάρυγγα με αποτέλεσμα πτώση της γλώσσας προς τα πίσω και φράξιμο της διόδου του αέρα και, τέλος, μπορεί να έχουν μαζευτεί στο πίσω μέρος του φάρυγγα εκκρίσεις και εμέσματα - λόγω της ελάττωσης των αντανακλαστικών - και να φράζουν τη δίοδο του αέρα.

Όταν οι αεροφόρες οδοί είναι ανοιχτές, ο πάσχων μπορεί ν' αρχίσει ν' αναπνέει αυτόματα. Αν δεν αρχίσει, τοποθετήστε τον στη θέση Ανάνηψης. Αν και πάλι δεν αναπνέει, πρέπει ν' αρχίσετε την εφαρμογή τεχνητής αναπνοής.

Μέθοδος: Τοποθετήστε τη μια παλάμη κάτω από τον αυχένα του πάσχοντα και την άλλη στο μέτωπό του και σπρώξτε το κεφάλι του προς τα πίσω. Έτσι θα προκληθεί έκταση του κεφαλιού και του τραχήλου και διάνοιξη των αεροφόρων οδών.



Μετακινήστε την παλάμη σας από τον αυχένα και σπρώξτε το πηγούνι του προς τα επάνω. Μ' αυτό τον τρόπο η γνάθος μετατοπίζεται και ανασηκώνει τη γλώσσα, που έτσι παύει να κλείνει τις αεροφόρες οδούς.



Καθαρισμός των αεροφόρων οδών

Με τον πάσχοντα στην προηγούμενη θέση, θα πρέπει, αν είναι δυνατό, να αφαιρεθεί κάθε ξένο σώμα, π.χ. εμέσματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες ή τροφές, που



μπορείτε να δείτε ή να ψηλαφίσετε. Για να το κατορθώσετε, γυρίστε το κεφάλι του πάσχοντα προς τα πλάγια, ενώστε τα δύο πρώτα δάχτυλα, βάλτε τα μέσα στο στόμα, κάμψτε τα και “σαρώστε” το εσωτερικό του στόματος. **Ποτέ, όμως, δεν πρέπει να χάνετε χρόνο ψάχνοντας για τυχόν κρυμμένα ξένα σώματα στις αεροφόρες οδούς.**

Τεχνητή αναπνοή

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να εξασφαλίσετε τον αερισμό του πάσχοντα είναι να φυσήξετε αέρα από τους πνεύμονές σας στους δικούς του φυσώντας στο στόμα του (τεχνητή αναπνοή Στόμα με Στόμα). Μερικές φορές, ωστόσο, αυτό είναι αδύνατο και θα πρέπει να χρησιμοποιήσετε κάποια άλλη μέθοδο τεχνητής αναπνοής

ΤΕΧΝΗΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΤΟΜΑ ΜΕ ΣΤΟΜΑ

Ο αέρας που εκπνέουμε περιέχει περίπου 16% οξυγόνο, δηλαδή ποσότητα μεγαλύτερη από όση χρειάζεται για να διατηρηθεί η ζωή. Κατά την τεχνητή αναπνοή Στόμα με Στόμα φυσάτε αέρα από τους πνεύμονές σας στο στόμα ή στη μύτη του πάσχοντα (ή, σε παιδιά, ταυτόχρονα στο στόμα και στη μύτη) για να γεμίσετε τους πνεύμονές του. Κάθε φορά που απομακρύνετε το στόμα σας, ο πάσχων εκπνέει, καθώς το ελαστικό τοίχωμα του θώρακα επανέρχεται στην αρχική του θέση. Η αναπνοή Στόμα με Στόμα επιτρέπει την Παρακολούθηση των τυχόν κινήσεων του θώρακα, που θα δείξουν ότι οι πνεύμονες του πάσχοντα γεμίζουν αέρα ή ότι ο πάσχων αναπνέει πάλι μόνος του, καθώς και την παρατήρηση τυχόν μεταβολών του χρώματός του.

Η τεχνητή αναπνοή Στόμα με Στόμα μπορεί να εφαρμοστεί από άτομα κάθε ηλικίας και στις περισσότερες περιπτώσεις. Η εκτέλεσή της είναι ευκολότερη όταν ο πάσχων είναι ξαπλωμένος ανάσκελα, αλλά θα πρέπει ν' αρχίσει αμέσως σ' οποιαδήποτε θέση κι αν βρίσκεται αυτός. Οι πρώτες τέσσερις αναπνοές πρέπει να δοθούν γρήγορα. Ο πάσχων μπορεί ν' αρχίσει ν' αναπνέει ξανά μόνος του σ' οποιαδήποτε φάση, αλλά μπορεί και να χρειάζεται βοήθεια ως τη σταθεροποίηση της αναπνοής στο φυσιολογικό ρυθμό.



Είναι η προτιμότερη μέθοδος τεχνητής αναπνοής για **ΟΛΕΣ** τις περιπτώσεις που ο πάσχων δεν αναπνέει εκτός από κάποιες εξαιρέσεις¹ που αναφέρονται παρακάτω. Αν δεν είναι δυνατή η χρησιμοποίηση του στόματος, ικανοποιητικός αερισμός του πάσχοντα μπορεί να κατορθωθεί και από τη μύτη. **ΠΡΟΣΟΧΗ:** Δώστε τα πρώτα τέσσερα φουσημάτα όσο είναι δυνατόν πιο γρήγορα χωρίς να χάνετε χρόνο ψάχνοντας για τυχόν κρυμμένα ξένα σώματα στις αεροφόρες οδούς. **Μέθοδος:** Αφαιρέστε κάθε φανερό εμπόδιο από το πρόσωπο και χαλαρώστε κάθε τι που μπορεί να σφίγγει το λαιμό του πάσχοντα. Ανοίξτε τις αεροφόρες οδούς και αφαιρέστε όλα τα ξένα σώματα που βλέπετε μέσα στο στόμα ή στο φάρυγγα του πάσχοντα.

Ανοίξτε το στόμα σας καλά, πάρτε βαθιά εισπνοή, κλείστε τα ρουθούνια του πάσχοντα με τα δάχτυλά σας και εφαρμόστε τα χείλη σας γύρω από το ανοιχτό στόμα του. (Για Τεχνητή Αναπνοή Στόμα με Μύτη κλείστε το στόμα του πάσχοντα με τον αντίχειρα και εφαρμόστε τα χείλη σας γύρω από τα ρουθούνια του).



Κοιτάζοντας προς το θώρακα του πάσχοντα φουσήξτε τον αέρα της εκπνοής σας προς τους πνεύμονές του, ώσπου να δείτε το θώρακά του να ανεβαίνει όσο πιο ψηλά γίνεται.

Σηκώστε το κεφάλι του ψηλά και βγάλτε από τους πνεύμονές σας τον αέρα που μπορεί να υπάρχει ακόμα. Παρακολουθήστε το θωρακικό τοίχωμα που κατεβαίνει και πάρτε βαθιά εισπνοή και επαναλάβετε την εμφύσηση. Δώστε τις

¹ Οι μόνες περιπτώσεις στις οποίες δεν πρέπει να εφαρμόζεται η τεχνητή αναπνοή Στόμα με Στόμα είναι μερικές δηλητηριάσεις, όπου η περιοχή γύρω από το στόμα του πάσχοντα έχει δηλητήριο, που μπορεί να επηρεάσει και το άτομο που παρέχει τις Πρώτες Βοήθειες. Μπορεί επίσης να μην είναι εύκολη η εφαρμογή της όταν ο πάσχων έχει σοβαρά τραύματα στο πρόσωπο, παρουσιάζει συχνούς εμετούς ή είναι μπρούμυτα και δεν μπορεί να γυρίσει.

τέσσαρες πρώτες εμφυσήσεις όσο πιο γρήγορα μπορείτε, χωρίς να περιμένετε την πλήρη κάθοδο του θώρακα του πάσχοντα στα μεσοδιαστήματα τους.

Ελέγξτε το παλμό του πάσχοντα για να βεβαιωθείτε ότι η καρδιά του λειτουργεί. Εάν η καρδιά χτυπά κανονικά συνεχίστε τις εμφυσήσεις με το ρυθμό της κανονικής αναπνοής (16-18 φορές το λεπτό) ώσπου να αποκατασταθεί η φυσιολογική αναπνοή του πάσχοντα υποβοηθώντας την, όταν αυτή χρειάζεται και προσαρμόζοντας τη συχνότητά σας στη συχνότητα της αναπνοής του. Όταν ο πάσχων αρχίσει ν' αναπνέει με κανονικό ρυθμό τοποθετήστε τον στην ΘΕΣΗ ΑΝΑΝΗΨΗΣ.

Εάν η καρδιά του πάσχοντα δεν χτυπά, θα πρέπει να αρχίσετε αμέσως, εξωτερική συμπίεση του θώρακα.



Υποστήριξη της κυκλοφορίας του πάσχοντα.

Η συνέχιση της τεχνητής αναπνοής είναι άσκοπη αν η καρδιά του πάσχοντα δεν χτυπά, γιατί το οξυγονωμένο αίμα δεν μπορεί να κυκλοφορήσει. Μετά τα τέσσερα πρώτα φουσίματα θα πρέπει να ελέγξετε προσεκτικά αν υπάρχουν καρδιακοί παλμοί. Πρέπει να θυμάστε πάντα ότι ενώ, μερικές φορές είναι αποδεκτό να ενισχύσετε την αναπνοή που εξασθενίζει, η λειτουργία της καρδιάς απορυθμίζεται εύκολα γι' αυτό αν ή καρδιά χτυπά, έστω και αδύναμα, δεν πρέπει να επιχειρείτε εξωτερική συμπίεση του θώρακα.

Καρδιοπνευμονική ανάνηψη στα παιδιά

Τεχνητή αναπνοή σε παιδιά ηλικίας 1-8 ετών

1. Ελέγξτε το παιδί

- Προσδιορίστε εάν το παιδί ανταποκρίνεται.
- Σκουντήξτε το ελαφρά ή κουνήστε τον ώμο του ρωτώντας το: «Είσαι καλά;».
- Ζητήστε βοήθεια.
- Τοποθετήστε το παιδί ανάσκελα.

2. Διατηρήστε ανοικτούς τους αεραγωγούς

- Γονατίστε δίπλα στους ώμους του παιδιού και ανασηκώστε ελαφρά το πηγούνι του με το ένα σας χέρι, ενώ με το άλλο πιέζετε προς τα κάτω το μέτωπό του. Αυτό φέρνει το κεφάλι προς τα πίσω, σε μία ουδέτερη θέση.

3. Ελέγξτε την αναπνοή

- Πλησιάστε το αυτί σας κοντά στη μύτη και το στόμα του παιδιού.
- Διατηρήστε ανοικτούς τους αεραγωγούς.
- **Προσέξτε** εάν κινείται ο θώρακας.
- **Ακούστε** εάν αναπνέει από το στόμα ή τη μύτη.
- **Αισθανθείτε** την αναπνοή στο αυτί σας.

4. Κάντε δύο (2) αναπνοές, εάν δεν αναπνέει

- Διατηρήστε τη θέση του κεφαλιού προς τα επάνω.
- Κλείστε τα ρουθούνια του παιδιού με τα δάχτυλα του χεριού που κρατάει το μέτωπο.
- Τοποθετήστε το στόμα σας στο στόμα του παιδιού.
- Κάντε του 2 αναπνοές από 1 έως 1,5 δευτερόλεπτο.
- Προσέξτε εάν θα ανασηκωθεί ο θώρακας του παιδιού. Εάν δεν ανασηκωθεί, οι αεραγωγοί εμφανίζουν απόφραξη. Τοποθετήστε πάλι το παιδί σε θέση για τη διάνοιξη των αεραγωγών και δοκιμάστε ξανά αναπνοές.
- Απομακρύνετε το στόμα σας από το στόμα του παιδιού στο διάστημα μεταξύ των αναπνοών, ώστε το παιδί να μπορεί να εκπνεύσει.

5. Ελέγξτε για ενδείξεις κυκλοφορίας

- Το παιδί έχει κυκλοφορία εάν υπάρχει αναπνοή ή ανταπόκριση στις αναπνοές διάσωσης, βήχας ή κίνηση.
- Δέκα (10) δευτερόλεπτα είναι αρκετά για να ελέγξετε την κυκλοφορία.
- Εάν δεν υπάρχουν ενδείξεις κυκλοφορίας ή δεν είστε απολύτως σίγουρος, ξεκινήστε τις μαλάξεις στο στήθος.

6. Εφαρμόστε θωρακικές συμπίεσεις (μαλάξεις)

- Τοποθετήστε το κάτω μέρος της παλάμης στο χαμηλότερο τμήμα του στέρνου του παιδιού.
- Πιέστε προς τα κάτω τον θώρακα στο $\frac{1}{3}$ έως $\frac{1}{2}$ του βάθους του θώρακα. Επαναλαμβάνετε με συχνότητα 100 φορές ανά λεπτό.

7. Κύκλοι

- Πραγματοποιήστε 5 θωρακικές συμπίεσεις και 1 αναπνοή. Επαναλάβετε αυτόν τον κύκλο.

8. Ελέγξτε για ενδείξεις κυκλοφορίας και αναπνοής

- Μετά από περίπου ένα λεπτό, ελέγξτε για ενδείξεις κυκλοφορίας και αναπνοής. Εάν η κυκλοφορία και η αναπνοή έχουν αποκατασταθεί, μείνετε με το παιδί. Εάν δεν υπάρχουν ενδείξεις τραυματισμού, τοποθετήστε το παιδί σε πλάγια θέση.
- Εάν έχει αποκατασταθεί η κυκλοφορία αλλά το παιδί δεν αναπνέει, ξεκινήστε αναπνοές 1 κάθε 3 δευτερόλεπτα.
- Εάν δεν έχει αποκατασταθεί η κυκλοφορία, συνεχίστε τον κύκλο των αναπνοών και των μαλάξεων, ξεκινώντας από τις μαλάξεις.

9. Καλέστε για βοήθεια

- Εάν είστε μόνος όταν ξεκινήσετε την καρδιοπνευμονική ανάνηψη, συνεχίστε τη για 1 λεπτό (20 κύκλοι ή αναπνοές διάσωσης). Διακόψτε την ανάνηψη όσο χρειάζεται για να καλέσετε τις Πρώτες Βοήθειες (166) και ξεκινήστε την αμέσως μετά. Συνεχίστε την καρδιοπνευμονική ανάνηψη έως ότου το παιδί αρχίσει να αναπνέει και έχει ενδείξεις κυκλοφορίας ή έως ότου έρθει βοήθεια.
- **Βρέφη** : εφαρμόζουμε το στόμα μας στο στόμα **και** τη μύτη του βρέφους δίνοντας ελαφρές εμφυσήσεις με ρυθμό 20 το λεπτό
- **Παιδιά** : εφαρμόζουμε το στόμα μας στο στόμα **και** τη μύτη, ή το στόμα μόνο του παιδιού δίνοντας ελαφρές εμφυσήσεις με ρυθμό 20 το λεπτό στόμα

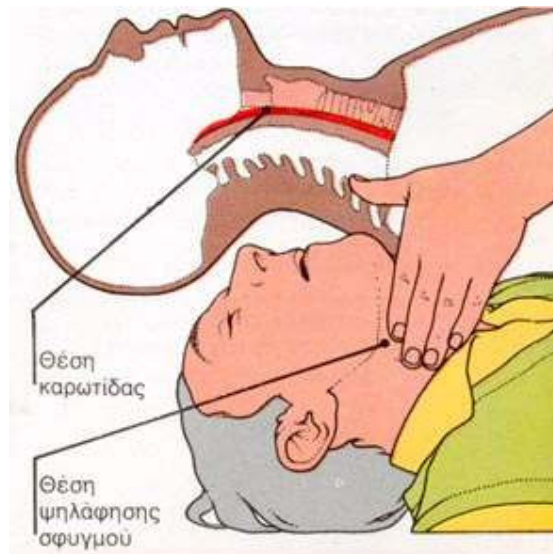
Αναζήτηση καρδιακών παλμών.

Πριν αρχίσετε την εξωτερική συμπίεση του θώρακα είναι πολύ σημαντικό να βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχουν καρδιακοί παλμοί. Αν και ο πάσχων μπορεί να παρουσιάζει κυάνωση γύρω από τα χείλη του, όταν η καρδιά δεν λειτουργεί, ο μόνος αξιόπιστος τρόπος για να βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχουν καρδιακοί παλμοί είναι να ελέγξετε την παρουσία σφυγμού στην καρωτίδα.

ΠΩΣ ΘΑ ΠΑΡΕΤΕ ΤΟΝ ΣΦΥΓΜΟ

Με τις άκρες των δακτύλων (δείκτη, μέσου και παράμεσου) και ποτέ με τον αντίχειρα

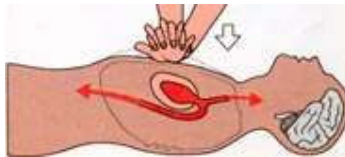
- 1) Τα τοποθετούμε από την εσωτερική πλευρά του πήχη από την μεριά του αντίχειρα . Λίγο πιο κεντρικά από το κοκαλάκι που εξέχει στον καρπό και λίγο προς το μέσο προς τους τένοντες.
- 2) Πιέζουμε σταθερά τόσο όσο να αισθανθούμε το σφυγμό, όχι όμως τόσο πολύ ώστε να τον σταματήσουμε.
- 3) Ελέγχουμε τον αριθμό των σφίξεων ανά λεπτό, την ένταση και την κανονικότητα τους.
- 4) Ο φυσιολογικός αριθμός σφίξεων ανά λεπτό σε ενήλικους σε ηρεμία είναι 60 έως 90 και όσο πιο γυμνασμένος είναι κάποιος τόσο πιο μικρό αριθμό σφίξεων έχει. Ενώ στα βρέφη είναι 120 σφυγμοί ανά λεπτό ώσπου να ενηλικιωθούν .



Ο καρωτιδικός σφυγμός μπορεί να ψηλαφηθεί στην κοιλότητα που σχηματίζεται μεταξύ του λάρυγγα και των γειτονικών μυών.(Ο σφυγμός του καρπού δεν είναι αξιόπιστος δείκτης). Ο έλεγχος πρέπει να ξαναγίνει μετά το πρώτο λεπτό και στη συνέχεια να επαναλαμβάνεται κάθε τρία λεπτά. Ο καρωτιδικός σφυγμός θα επανέλθει μόνο αν η καρδιά αρχίσει να ξαναλειτουργεί. Για να είναι αποτελεσματική, ο πάσχων πρέπει να είναι ξαπλωμένος πάνω σε κάποια σκληρή επιφάνεια. Μόλις αντιληφθείτε την επάνοδο του σφυγμού στην καρωτίδα, σταματήστε την εξωτερική συμπίεση του θώρακα, συνεχίστε όμως αν χρειάζεται. την τεχνητή αναπνοή

Εξωτερική συμπίεση του θώρακα.

Όταν η καρδιά δεν χτυπά, μπορείτε να υποδυθείτε τους παλμούς της συμπιέζοντας το θώρακα. Η πίεση της περιοχής αριστερά κάτω από το μέσο του στέρνου προκαλεί αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης, με αποτέλεσμα την προώθηση του αίματος από την καρδιά προς τις αρτηρίες. Με την άρση της πίεσης ο θώρακας ξαναπαίρνει την αρχική του θέση και το αίμα ρέει από τις φλέβες, ξαναγεμίζοντας τις καρδιακές κοιλότητες καθώς αυτές διαστέλλονται.



Η τεχνητή αναπνοή προηγείται πάντα της εξωτερικής συμπίεσης του θώρακα και συνοδεύεται απ' αυτήν.

Μέθοδος: Ξαπλώστε τον πάσχοντα ανάσκελα σε μια σκληρή επιφάνεια. Γονατίστε δίπλα του, με το πρόσωπό σας προς το θώρακά του στο ύψος στο ύψος της καρδιάς. Εντοπίστε το κάτω ημιμόριο του στέρνου, βρείτε τη στερνική εντομή, επάνω και τη στερνοπλευρική γωνία κάτω. Τοποθετήστε τους αντίχειρές σας στο μέσο της απόστασής τους.



Τοποθετήστε την παλάμη του ενός χεριού στο κέντρο του ημιμόριου του στέρνου, χωρίς να ακουμπάτε τα δάχτυλά σας στα πλευρά. Πάνω σ' αυτό το χέρι τοποθετήστε την παλάμη του άλλου και μπλέξτε τα δάχτυλα των δύο χεριών.

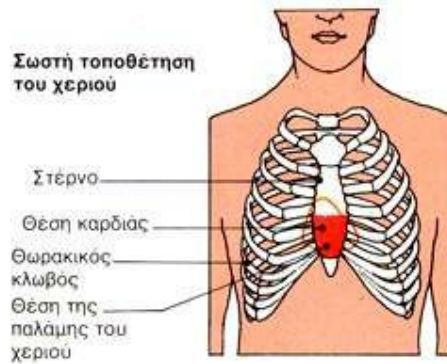


Κρατήστε τα χέρια σας τεντωμένα και κινήστε το σώμα σας προς τα εμπρός ώσπου αυτά να γίνουν κάθετα προς το σώμα του πάσχοντα. Πιέστε το κάτω ημιμόριο του στέρνου (4-5 εκατοστά για τους ενήλικες). Μετά ξαναγυρίστε στην προηγούμενη θέση σταματώντας την πίεση. Συμπληρώστε 15 συμπίεσεις με ρυθμό 80 το λεπτό (για να βρείτε το σωστό ρυθμό μετράτε ένα και δύο και τρία κ.ο.κ.)



Ξαναγυρίστε το κεφάλι του πάσχοντα και αφού ξανανοίξετε τις αεροφόρες οδούς, δώστε δύο εμφυσήσεις με τη μέθοδο "Στόμα με Στόμα". Συνεχίστε με 15 συμπίεσεις του θώρακα και 2 ακόμα πλήρεις εμφυσήσεις και ελέγξτε ξανά αν η καρδιά λειτουργεί μετά το πρώτο λεπτό. Στη συνέχεια η καρδιακή λειτουργία ελέγχεται κάθε τρία λεπτά ή μετά από 12 κύκλους συμπίεσεων-εμφυσήσεων.

Αμέσως μόλις η καρδιά ξαναρχίσει να λειτουργεί, διακόψτε τις συμπίεσεις και συνεχίστε την τεχνητή αναπνοή μέχρι να αποκατασταθεί η φυσιολογική αναπνοή του πάσχοντα, υποβοηθώντας την, αν προσαρμόζοντας το ρυθμό σας στο δικό του. Τοποθετήστε τον πάσχοντα σε ΘΕΣΗ ΑΝΑΝΗΨΗΣ.



Έλεγχος της ανταπόκρισης του πάσχοντα. Όταν η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εφαρμοστεί με επιτυχία, θα παρουσιαστεί ξανά ο καρδιακός σφυγμός. Επίσης θα βελτιωθεί το χρώμα του προσώπου και των χειλιών, καθώς θ' αρχίσει να κυκλοφορεί αίμα που περιέχει οξυγόνο. Όταν ο πάσχων δεν αναπνέει το χρώμα του γίνεται κυανό (κυάνωση).

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ- (ΑΝΑΝΗΨΗ) από δύο άτομα

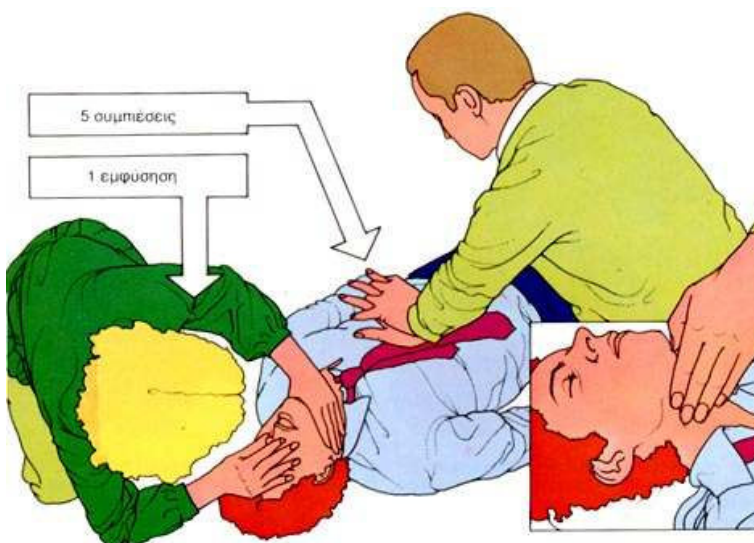
Όταν οι πρώτες βοήθειες παρέχονται από δύο άτομα, το ένα θα αναλάβει τη διατήρηση των αεροφόρων οδών, την εκτέλεση της τεχνητής αναπνοής "Στόμα με Στόμα" και τον έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας. Το άλλο θα εφαρμόσει την εξωτερική συμπίεση του θώρακα. Αν η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση παρατείνεται τα δύο άτομα μπορούν ν' αλλάζουν θέσεις για να μειώσουν την κόυρασή τους. Επίσης εργάζονται πιο εύκολα αν τοποθετηθούν το ένα από τη μία και το άλλο από την άλλη πλευρά του πάσχοντα. Το ένα άτομο παίρνει θέση στο κεφάλι του πάσχοντα και το άλλο γονατίζει στα πλάγια του σώματός του στο ύψος του θώρακα.

Το πρώτο ανοίγει αμέσως τις αεροφόρες οδούς, δίνει τις πρώτες 4 εμφυσέςεις και μετά ελέγχει την καρδιακή λειτουργία. Αν η καρδιά δεν λειτουργεί, το δεύτερο άτομο εκτελεί 5 συμπίεσεις του θώρακα. Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση συνεχίζεται με τον εξής τρόπο: Το πρώτο άτομο ανοίγει τις αεροφόρες οδούς και δίνει μόνο μια εμφύσηση και το δεύτερο εκτελεί 5 συμπίεσεις του θώρακα. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται με ρυθμό 60 συμπίεσεων στο λεπτό, ώσπου η καρδιά να ξαναρχίσει να λειτουργεί. Για να έχετε σωστό ρυθμό μετράτε 1001,1002 κ.ο.κ.

Ο έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας πρέπει να γίνεται μετά το πρώτο λεπτό και στη συνέχεια κάθε τρία λεπτά ή κάθε 12 πλήρεις κύκλους.

Προσοχή:

Το άτομο που κάνει την τεχνητή αναπνοή δίνει την εμφύσηση στη φάση της χαλάρωσης κάθε πέμπτης συμπίεσης, ώστε να μην διακόπτεται η εξωτερική συμπίεση του θώρακα.



Η ΘΕΣΗ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Οι πάσχοντες που έχουν χάσει τις αισθήσεις τους, αλλά που αναπνέουν και η καρδιά τους χτυπά, τοποθετούνται στη θέση Ανάνηψης. Η θέση αυτή εξασφαλίζει ότι οι αεροφόρες οδοί θα μείνουν ανοιχτές, ότι η γλώσσα δεν μπορεί να πέσει στο πίσω μέρος του φάρυγγα, ότι το κεφάλι και ο τράχηλος θα μείνουν σε θέση έκτασης και άρα οι αεροφόρες οδοί διευρυμένες και ότι τα εμέσματα ή άλλα υγρά που θα βρεθούν στο στόμα του πάσχοντα θα ρέουν ελεύθερα προς τα έξω. Η θέση των κάτω άκρων εξασφαλίζει την απαραίτητη σταθερότητα για τη στήριξη του σώματός του σε μια ασφαλή και άνετη θέση. Η τεχνική που περιγράφεται μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις κακώσεις ή την κατάσταση του πάσχοντα ώστε να μην προκληθούν επιπρόσθετες βλάβες.

Η θέση ανάνηψης μπορεί να μην είναι ιδανική, στην αρχή, αν ο πάσχων πρόκειται να υποβληθεί σε εξέταση. Επίσης δεν είναι ιδανική όταν έχει κάκωση της σπονδυλικής στήλης. Ωστόσο θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί αμέσως, αν η αναπνοή του αρχίσει να γίνεται δύσκολη ή θορυβώδης και δεν διορθώνεται με την διάνοιξη των αεροφόρων οδών ή αν ο πάσχων πρόκειται να μείνει χωρίς επιτήρηση.

Η σειρά των ενεργειών για το γύρισμα ενός ατόμου ξαπλωμένου ανάσκελα, που περιγράφεται εδώ, δεν είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί ολόκληρη, όταν ο πάσχων βρίσκεται ήδη ξαπλωμένος στο πλευρό ή μπρούμυτα. Αν φορά γυαλιά θα πρέπει να του τα βγάλετε για να μην τραυματιστούν τα μάτια του καθώς θα τον γυρίζετε.

Γονατίστε με το σώμα όρθιο, στα πλάγια του πάσχοντα και σε ορθή γωνία σε σχέση με αυτόν, σε απόσταση περίπου 25 εκατοστών και στο ύψος του θώρακά του. Στρέψτε το κεφάλι του Πάσχοντα προς το μέρος σας και κάμψτε το προς τα πίσω, κρατώντας το σαγόνι προς τα εμπρός, στη θέση των ανοιχτών αεροφόρων οδών.



Τοποθετήστε το χέρι του πάσχοντα που βρίσκεται προς το μέρος σας στα πλάγια παράλληλα με το σώμα του, με την παλάμη κάτω από το γλουτό και να είναι δυνατό η παλάμη να κοιτάει προς τα πάνω. Φέρτε το άλλο μπράτσο του πάσχοντα μπροστά στο στήθος του. Κρατώντας την κνήμη που βρίσκεται προς το άλλο μέρος σε σχέση με σας, κάτω από το γόνατο ή από το σφυρό, φέρτε τη προς το μέρος σας και σταυρώστε την πάνω στην άλλη.



Με το ένα χέρι προστατέψτε και στηρίξτε το κεφάλι του πάσχοντα και με το άλλο πιάστε γερά τα ρούχα του στο ύψος του ισχίου που βρίσκεται στο άλλο μέρος, σε σχέση με σας, τραβήξτε το σώμα γρήγορα προς το μέρος σας και στηρίξτε το στο γόνατά σας γυρισμένο στο πλευρό.



Εξακολουθώντας να συγκρατείτε το σώμα του πάσχοντα με τα γόνατά σας διορθώστε και πάλι τη θέση του κεφαλιού ώστε να διατηρηθούν ανοιχτές οι αεροφόροι οδοί. Κάμψτε το μπράτσο του πάσχοντα που βρίσκεται από πάνω βάλτε το στην κατάλληλη θέση να υποστηρίξει τον κορμό του.



Κάμψτε το γόνατο του πάσχοντα που βρίσκεται από πάνω και τραβήξτε το μπροστά, ώστε να υποστηρίξει το κάτω μέρος του σώματός του.



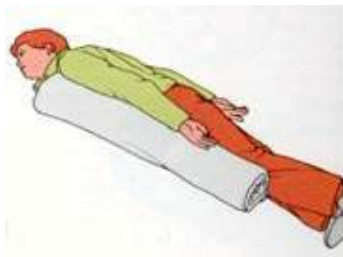
Βγάλετε προσεκτικά το άλλο χέρι του πάσχοντα κάτω από το σώμα του, αρχίζοντας από τον ώμο, και αφήστε το απλωμένο παράλληλα με τον κορμό, ώστε να εμποδίζει το κύλισμα του πάσχοντα προς τα πίσω.



Όταν ο πάσχων είναι βαρύς ίσως χρειαστεί να χρησιμοποιήσετε και τα δύο χέρια σας για να τον γυρίσετε. Σ' αυτή την περίπτωση πιάστε γερά τα ρούχα του στους ώμους και στα ισχία και τραβήξτε τον προς το μέρος σας, ώστε ν' ακουμπήσει στους μηρούς σας. Αν υπάρχουν κι άλλα άτομα, κάποιος μπορεί να στηρίζει το κεφάλι καθώς εσείς θα γυρίζετε το σώμα, ή να τραβά και με τα δύο του χέρια από το ισχίο καθώς εσείς θα τραβάτε από τους ώμους με το ένα χέρι και θα στηρίζετε το κεφάλι με το άλλο. Ίσως χρειαστεί κάποιος να γονατίσει απέναντί σας και να σπρώχνει τον πάσχοντα καθώς εσείς θα τραβάτε.



Η παραπάνω μέθοδος δεν πρέπει να εφαρμόζεται όταν ο πάσχων έχει κατάγματα, όταν βρίσκεται σε περιορισμένο χώρο ή αν δεν είναι δυνατό να καμφθούν τα άκρα του και να χρησιμοποιηθούν σαν υποστηρίγματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις η θέση ανάνηψης μπορεί να διατηρηθεί αν τοποθετηθεί στο έδαφος, παράλληλα με το σώμα του πάσχοντα, μια κουβέρτα τυλιγμένη ρολό. Η μέθοδος αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για τη μεταφορά του πάσχοντα πάνω σε φορείο σε θέση ανάνηψης.



Βρέφη : Τοποθετούμε 2 δάκτυλα στο θώρακα, και ασκούμε μια ελαφριά πίεση, 1,5-2,5cm με ρυθμό 100/min

Παιδιά : Τοποθετούμε 1 χέρι στο θώρακα και ασκούμε ελαφριά πίεση, 2,5-3,5 cm με ρυθμό 100/min

⇒ ΠΡΟΣΟΧΗ !!! Σταματάω την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μόνο αν αρχίσει ο πάσχων να αναπνέει μόνος του και έχει καρδιακή λειτουργία. Ειδικά συνεχίζετε μέχρι να έρθει ο ιατρός.

- Αν έχει σφυγμό προχωράτε στην επόμενη ερώτηση.

- **ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ; = επαφή με περιβάλλον, απαντάει;**

Αν αναπνέει και έχει σφυγμό, μπορεί όμως να μην έχει επαφή με το περιβάλλον, τότε τον γυρίζω στο πλάι

ΑΝΑΠΝΕΕΙ; ΕΧΕΙ ΣΦΥΓΜΟ; ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙ;

ΣΠΑΣΜΟΙ

Οι σπασμοί συνήθως οφείλονται σε επιληψία. Δεν είναι τίποτα το επικίνδυνο και με ιατρική βοήθεια μπορεί να προληφθούν ή να περιορίσουν την συχνότητα τους. Ο μόνος κίνδυνος που υπάρχει είναι αν συμβούν καθώς το άτομο οδηγεί ή αν χτυπήσει όπως πέφτει στο πάτωμα .

- 1) Για να μην χτυπήσει ο ασθενής θα πρέπει να έχει ελεύθερο χώρο και τίποτα να μη του εμποδίσει τις κινήσεις του γιατί μπορεί να τραυματιστεί. Δεν υπάρχει ο κίνδυνος να δαγκώσει την γλώσσα του και γι' αυτό δεν είναι απαραίτητο να βάλουμε μαντήλι στο στόμα του και ιδιαίτερα απαγορεύεται η τοποθέτηση του χεριού μας στο στόμα του γιατί το μόνο που θα καταφέρουμε είναι να πονέσει το χέρι μας.
- 2) Συνήθως μετά τους σπασμούς ο άρρωστος χάνει τις αισθήσεις του. Τότε πρέπει να τον γυρίσουμε πλάγια με ανυψωμένο το κεφάλι του σε μικρή έκταση ώστε να είναι ελεύθερη η αναπνευστική οδός και ν' αποφευχθεί ο εμετός, όταν συνέλθει πρέπει να μείνει ήρεμος και ήσυχος για ένα χρονικό διάστημα.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Είναι η χρόνια διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Οφείλεται σε ανεπαρκή έκκριση της Ινσουλίνης από το πάγκρεας, ή σε μειωμένη δραστηριότητα της ινσουλίνης. Συχνά συνυπάρχουν διαταραχές του μεταβολισμού των πρωτεϊνών και των λιπών.

Τα αίτια του σακχαρώδη διαβήτη είναι η κληρονομικότητα και η επιδημιολογία (ιοί).

Διακρίνεται σε:

- ❑ Ινσουλινικοεξαρτώμενο, Τύπου I, Νεανικό
 - Παρουσιάζεται σε άτομα κάτω των 14 ετών
 - Παρουσιάζεται σε αδύνατα άτομα
 - Αντιμετωπίζεται με ενέσιμη ινσουλίνη
- ❑ Μη Ινσουλινικοεξαρτώμενο, Τύπου II, Ωρίμου ηλικίας.
 - Παρουσιάζεται σε άτομα μεγαλύτερα των 40 ετών
 - Παρουσιάζεται σε παχύσαρκα άτομα (90%)

Παρουσιάζεται σε ποσοστό 4-5% του πληθυσμού (ένα στα 300 παιδιά το χρόνο). Σε δείγμα 10.000 ατόμων:

- ❑ Ένα άτομο σε ηλικία μικρότερη των 20 ετών
- ❑ Δέκα άτομα σε ηλικία μεταξύ των 20 και 40 χρόνων.
- ❑ Εκατό άτομα σε ηλικία μεταξύ 50 και 60 χρόνων
- ❑ Εξήντα άτομα μεγαλύτερα των 60 χρόνων
- ❑ Οι γυναίκες είναι περισσότερες από τους άνδρες

Τα συμπτώματα του σακχαρώδους διαβήτη είναι:

- ❑ Δίψα
- ❑ Πείνα
- ❑ Συχνουρία
- ❑ Νυσταγμός και κούραση
- ❑ Ξηρότητα στόματος και χειλιών
- ❑ Διαταραχές όρασης
- ❑ Χάσιμο βάρους
- ❑ Κνησμός γεννητικών οργάνων, δερματοπάθειες

Η διάγνωση γίνεται με τεστ ούρων και αίματος

Η θεραπεία προβλέπει:

- ❑ Δίαιτα (λίγες θερμίδες)
- ❑ Τακτικά γεύματα (5 – 6 ημερησίως)
- ❑ Άσκηση
- ❑ Ινσουλίνη (2 – 3 mgr ημερησίως)

Ο διαβήτης, η ψηλή πίεση και η καταστροφή του εγκεφάλου

Σε πολλούς ανθρώπους, ένας από τους μεγαλύτερους φόβους που δημιουργούνται καθώς αυξάνεται η ηλικία τους και γερνούν, είναι ο κίνδυνος να προσβληθούν από την ασθένεια Αλτσχάιμερ.

Όμως πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι στο 33% των ανθρώπων που παρουσιάζουν άνοια, δηλαδή εκφυλισμό του εγκεφάλου τους με απώλεια των πνευματικών τους δυνατοτήτων, η αιτία δεν είναι η ασθένεια Αλτσχάιμερ.

Η άνοια που παρουσιάζεται στο εν λόγω ποσοστό, οφείλεται σε βλάβες των μικρών αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου. Οι βλάβες αυτές δημιουργούνται διαχρονικά και συσσωρευτικά από παθήσεις όπως ο διαβήτης και η ψηλή πίεση.

Το σημαντικό αυτό συμπέρασμα προέκυψε από ιστολογικές εξετάσεις εγκεφάλων 221 ανδρών και γυναικών που πέθαναν και οι οποίοι παρουσίαζαν πριν από το θάνατο τους απώλεια των γνωστικών τους ικανοτήτων και άνοια.

Οι ιστολογικές εξετάσεις των εγκεφάλων των ανθρώπων που όταν ζούσαν είχαν άνοια έδειξαν:

1. Στο 45% υπήρχαν παθολογικές αλλαγές που παρατηρούνται στη νόσο Αλτσχάιμερ.
2. Στο 10% υπήρχαν αλλοιώσεις με σωματίδια Lewy. Οι αλλοιώσεις αυτές είναι χαρακτηριστικές μιας εκφυλιστικής πάθησης του εγκεφάλου με άνοια που ονομάζεται άνοια με σώματα Lewy. Μερικοί γιατροί πιστεύουν ότι η πάθηση αυτή είναι μια παραλλαγή της νόσου Αλτσχάιμερ ή και της νόσου Πάρκινσον.
3. Στο 33% των περιπτώσεων, υπήρχαν καταστροφικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου που προκαλούνται από τις βλάβες των μικρών αγγείων οι οποίες δημιουργούνται σε ασθενείς με διαβήτη και ψηλή πίεση που δεν ελέγχουν σωστά την πάθηση τους.

Σε ασθενείς με διαβήτη και ψηλή πίεση που δεν ακολουθούν σωστή θεραπεία που προσφέρει καλό έλεγχο της νόσου τους, δημιουργούνται βλάβες στον εγκέφαλο τους. Αυτές είναι το αποτέλεσμα πολλών μικρών εγκεφαλικών επεισοδίων που περνούν απαρατήρητα από τους ασθενείς.

Τα εν λόγω εγκεφαλικά επεισόδια είναι πολύ μικρά και είναι το αποτέλεσμα των βλαβών που επιφέρει ο διαβήτης ή η ψηλή πίεση στα μικρά αγγεία του εγκεφάλου. Οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται ότι αυτά συμβαίνουν.

Σταδιακά όμως οι αρνητικές επιπτώσεις στον εγκέφαλο συσσωρεύονται. Μετά από ένα σημείο αρχίζουν να χάνονται βασικές γνωστικές ικανότητες και άλλες νοητικές δυνατότητες. Τελικά ο ασθενής παθαίνει άνοια όπως στη νόσο Αλτσχάιμερ με τραγικές συνέπειες.

Οι νέες αυτές πληροφορίες πρέπει να μας προβληματίσουν. Σε μια εποχή που δεν υπάρχει κατάλληλη πρόληψη και θεραπεία για τη νόσο Αλτσχάιμερ, διαπιστώνουμε ότι 33% των περιπτώσεων άνοιας οφείλονται σε παθήσεις όπως ο διαβήτης και η υψηλή πίεση όπου πολλά μπορούν να γίνουν για την πρόληψη και αντιμετώπιση τους.

Οι ασθενείς με διαβήτη και υψηλή πίεση πρέπει να καταλάβουν καλά ότι είναι στο χέρι τους να προστατεύουν τον εγκέφαλο τους από καταστροφικές αλλοιώσεις που μπορεί να δημιουργήσει η πάθηση τους. Οι κίνδυνοι του διαβήτη και της υψηλής πίεσης δεν είναι μόνο για την καρδιά και τους νεφρούς. Είναι απαραίτητο να ακολουθούν μια σωστή θεραπεία για να προστατεύουν και τον εγκέφαλο τους.

Επιπρόσθετα η εν λόγω έρευνα που έγινε στο Σηάτλ των Ηνωμένων Πολιτειών από γιατρούς του πανεπιστημίου της Ουάσινγκτον από το 1994 έως το 2006 και κάλυψε 3.400 άνδρες και γυναίκες, μας πληροφορεί ότι από αυτούς που παρουσιάζουν άνοια πριν από το θάνατο τους, 55% είχαν προσβληθεί από Αλτσχάιμερ ή άνοια με σώματα Lewy. Αυτό μας δείχνει πόσο επιτακτικό είναι να βρεθούν όσο το δυνατό πιο γρήγορα νέα φάρμακα για τη θεραπεία και νέοι αποτελεσματικοί τρόποι πρόληψης ή καθυστέρησης επιδείνωσης των εν λόγω ασθενειών.

Συμπερασματικά θα συγκρατήσουμε ότι:

- Για μείωση του κινδύνου προσβολής των ηλικιωμένων από άνοια, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται μέτρα πρόληψης του διαβήτη και της υψηλής πίεσης.
- Οι ασθενείς με τις εν λόγω παθήσεις πρέπει να γνωρίζουν ότι εάν δεν ακολουθούν ορθά τη θεραπεία τους, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο τους να προσβληθούν από καρδιακή πάθηση (στεφανιαία νόσο της καρδιάς, έμφραγμα, καρδιακή ανεπάρκεια), νεφρική ανεπάρκεια και εκφυλισμό του εγκεφάλου τους με άνοια.

Ο Διαβήτης και οι επιπλοκές του

Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των ασθενών με διαβήτη αυξάνεται με δραματικό ρυθμό, εντούτοις τόσο το πλατύ κοινό όσο και οι ασθενείς οι ίδιοι, δεν γνωρίζουν όσο θα έπρεπε τις επιπλοκές της νόσου.

Ο κίνδυνος των επιπλοκών αυτών είναι ακόμη μεγαλύτερος λόγω του ότι στις πλείστες περιπτώσεις, εξελίσσονται αθόρυβα, με ύπουλο τρόπο χωρίς ο ασθενής να αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα αυτών που συντελούνται όταν ο διαβήτης δεν ελέγχεται σωστά.

Βασικά ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να προκαλέσει καταστροφές σε όλο το σώμα. Από την καρδιά ως τους νεφρούς και από τα μάτια ως τα πόδια, ο διαβήτης στην ανεξέλεγκτη πορεία του μπορεί να προκαλέσει σοβαρές βλάβες σε όλους τους ιστούς και τα όργανα.

Λόγω της άγνοιας που επικρατεί στο θέμα του διαβήτη, η θνησιμότητα και η νοσηρότητα που προκύπτει ενώ θα μπορούσαν να προληφθούν και να μειωθούν στο ελάχιστο, αντίθετα σημειώνουν μια απειλητική άνευ προηγουμένου αύξηση.

Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι σχεδόν 30% των ασθενών που έχουν προσβληθεί από διαβήτη δεν το γνωρίζουν. Η παγκόσμιος επιδημία παχυσαρκίας που είναι γενεσιουργός αιτία για την πρόκληση διαβήτη, βρίσκεται σε έξαρση επηρεάζοντας όχι μόνο ενήλικες αλλά και παιδιά.

Ο διαβήτης τύπου 2 συνήθως προσβάλλει ενήλικες. Οφείλεται στο γεγονός ότι ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει σωστά την ινσουλίνη που παράγει. Στην εποχή μας όλο και περισσότεροι έφηβοι και παιδιά, κυρίως λόγω παχυσαρκίας, παρουσιάζουν διαβήτη τύπου 2.

Ο διαβήτης τύπου 1 που εκδηλώνεται κυρίως στην παιδική και εφηβική ηλικία, χαρακτηρίζεται από έλλειψη παραγωγής της ινσουλίνης από το πάγκρεας. Η αντιμετώπιση του, περιλαμβάνει υποχρεωτικά τη χορήγηση ινσουλίνης.

Η διατροφή και η σωματική άσκηση είναι βασικοί τρόποι αντιμετώπισης του διαβήτη. Στο διαβήτη τύπου 2 μπορεί να χρειαστούν και φάρμακα από το στόμα για τη μείωση του ζαχάρου στο αίμα και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί και ινσουλίνη.

Ο κακός έλεγχος του διαβήτη, αφήνει χρόνια στο αίμα ψηλά επίπεδα ζαχάρου και λιπιδίων όπως η κακή χοληστερόλη LDL. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε μικροαγγειοπάθειες που εκδηλώνονται σε όλα τα ζωτικά όργανα.

Οι ασθενείς που δεν ελέγχουν ορθά το διαβήτη τους δεν αντιλαμβάνονται ότι οι βλάβες συνεχίζουν να εγκαθίστανται. Όταν τα προβλήματα στα όργανα εκδηλώνονται, είναι πλέον αργά. Οι ζημιές που έχουν υποστεί δεν είναι ανατρέψιμες.

Οι συχνότερες και σοβαρότερες επιπλοκές του διαβήτη είναι:

1. Εγκεφαλικά επεισόδια
2. Νεφρική ανεπάρκεια
3. Ακρωτηριασμοί στα κάτω μέλη, που επηρεάζουν την κνήμη, τα πόδια ή τα δάκτυλα των ποδιών
4. Απώλεια όρασης που οδηγεί σε τύφλωση
5. Γυναίκες που είχαν διαβήτη πριν την εγκυμοσύνη τους ή γυναίκες που αναπτύσσουν διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη, έχουν περισσότερες πιθανότητες επιπλοκών όπως γέννηση νεκρού παιδιού, συγγενείς ανωμαλίες του παιδιού και ανάγκη για καισαρική τομή

Κάθε χρόνο ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με διαβήτη που δεν ελέγχουν σωστά τη νόσο τους, απειλούνται με επιπλοκές ή χάνουν τη ζωή τους λόγω γρίπης ή πνευμονίας

Οι διαβητικοί δεν είναι αβοήθητοι μπροστά στο δύσκολο αυτό πρόβλημα. Μπορούν να μειώσουν στο ελάχιστο τους κινδύνους τους ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες των γιατρών και των διαιτολόγων τους.

Σε ότι αφορά τους βιολογικούς δείκτες παρακολούθησης του διαβήτη τους, είναι καλό οι ασθενείς να έχουν τις ακόλουθες βασικές γνώσεις:

1. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c, είναι ένας αξιόπιστος δείκτης της διαχρονικής εξέλιξης του ζαχάρου στο αίμα τους. Η τιμή της στο αίμα, δείχνει που περίπου κυμαινόταν το επίπεδο ζαχάρου του αίματος κατά τους τρεις μήνες που προηγήθηκαν της μέτρησης.
2. Ο στόχος είναι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη στο αίμα να είναι χαμηλότερη του 7%. Αυτό ισοδυναμεί με επίπεδα γλυκόζης που κυμαίνονταν κατά μέσο όρο στα 150 mg/dl. Πρέπει να προσθέσουμε ότι υπάρχουν τώρα έρευνες που δείχνουν ότι είναι προτιμότερο τα επίπεδα της HbA1c να διατηρούνται ακόμη πιο χαμηλά

3. Η κακή χοληστερόλη LDL πρέπει να διατηρείται κάτω από 100

4. Η αρτηριακή πίεση να βρίσκεται πιο κάτω από 130/80

Η πρόκληση όμως και η μεγάλη δυσκολία για τους διαβητικούς, είναι να μπορέσουν διαχρονικά και πρακτικά για όλη τους τη ζωή να κάνουν την ορθή φαρμακευτική και διατροφική αντιμετώπιση προσαρμόζοντας τη ζωή τους στις ανάγκες της ασθένειας. Για παράδειγμα πρέπει η σωματική άσκηση να είναι καθημερινή αφού είναι γνωστό ότι μειώνει τις ανάγκες του οργανισμού σε ινσουλίνη.

Χρειάζονται βοήθεια για να πετύχουν τους στόχους αυτούς. Πρέπει να έχουν μια σχέση εμπιστοσύνης με το γιατρό τους και με τους άλλους επαγγελματίες της υγείας όπως οι διαιτολόγοι τους.

Παράλληλα μια συνεχής υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους στο επαγγελματικό περιβάλλον, μπορεί να τους προσφέρει ανεκτίμητες υπηρεσίες.

Οδηγίες για τους πάσχοντες που ασκούνται

- ❑ Να ασκούνται 3 φορές την εβδομάδα.
- ❑ Η άσκηση να διαρκεί 45' – 60' κάθε φορά.
- ❑ Οι ασκήσεις (αερόβιες ή αναερόβιες) εξαρτώνται από το ποσοστό του σακχάρου.
- ❑ Οι ασκούμενοι δεν πρέπει να ασκούνται ποτέ μόνοι.
- ❑ Να λαμβάνουν συχνά υγρά για να αποφύγουν την αφυδάτωση.
- ❑ Να ασκούνται 2 – 4 ώρες μετά την ένεση της ινσουλίνης.
- ❑ Η ένεση να γίνεται στο μηρό, στην κοιλιά, ή στο βραχίονα.
- ❑ Να φορούν σωστά παπούτσια για να αποφύγουν τις μολύνσεις.

Όσον αφορά στις πρώτες βοήθειες για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, το μόνο που θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα είναι η ιδιαίτερη προσοχή για τον μη τραυματισμό τους, δεδομένου ότι είναι δυσκολότερη η πήξη του αίματος.

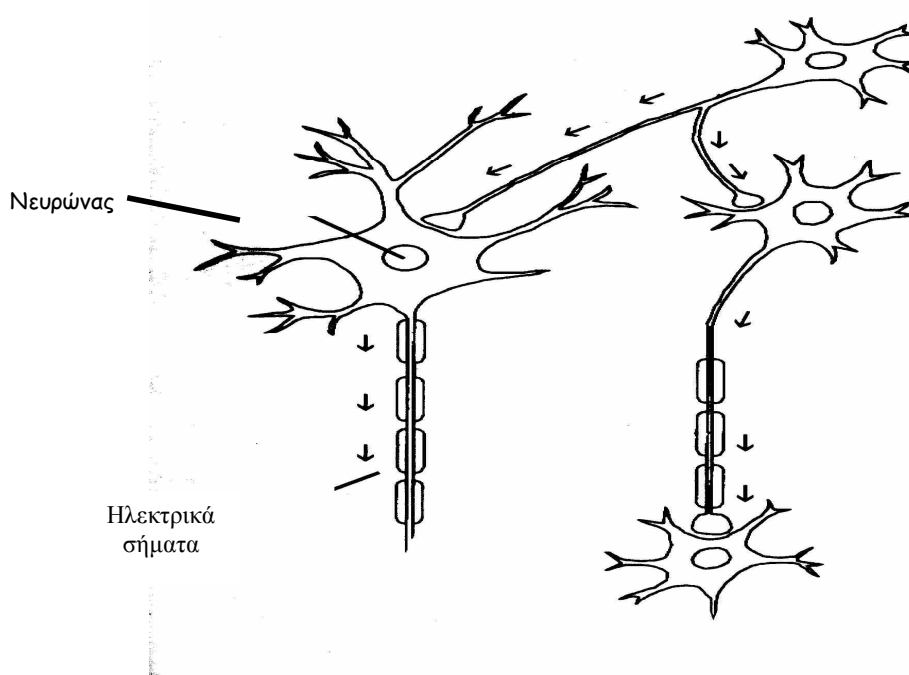
Ακόμα, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο της θεραπείας, για να μην υπάρχει το φαινόμενο της υπογλυκαιμίας, ή της υπεργλυκαιμίας

Για όλα τα παραπάνω, τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, αλλά και τα άτομα του στενού περιβάλλοντός τους, θα πρέπει να ενημερώνονται από τους θεράποντες ιατρούς και να τηρούν τις εντολές τους σχολαστικά.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

1. Τι ακριβώς είναι η Επιληψία ;

Η Επιληψία είναι μια διαταραχή της λειτουργίας των ηλεκτρικών κυκλωμάτων του ανθρώπινου εγκεφάλου που οδηγεί στην περιστασιακή εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων.



Τα τρισεκατομμύρια κύτταρα του εγκεφάλου (οι νευρώνες) έρχονται σε επαφή μεταξύ τους και επικοινωνούν χρησιμοποιώντας ηλεκτρικά και χημικά σήματα (με την χρήση χημικών ουσιών που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές). Υπό φυσιολογικές συνθήκες η ηλεκτροχημική αυτή δραστηριότητα είναι απόλυτα ελεγχόμενη και ισορροπημένη και εξυπηρετεί όλες τις φυσιολογικές δραστηριότητες του ανθρώπινου εγκεφάλου (σκέψεις, συναισθήματα, κίνηση, συντονισμός των υπόλοιπων οργάνων του σώματος κλπ). Εάν για οποιοδήποτε λόγο η ηλεκτροχημική αυτή δραστηριότητα χάσει την ισορροπία της, δημιουργούνται ανεξέλεγκτες ηλεκτρικές εκφορτίσεις μέσα στον εγκέφαλο και τότε μπορεί να προκληθούν κρίσεις Επιληψίας.

Μια απλοϊκή αλλά παραστατική αναλογία είναι η «παρομοίωση» της Επιληψίας με ένα περίπλοκο ηλεκτρικό πείνακα του οποίου ορισμένα καλώδια ή ασφάλειες είναι ελαττωματικά και έχουν την τάση να βραχυκυκλώνουν. Ένα

βραχυκύκλωμα στον πίνακα θα «ρίξει» τον γενικό διακόπτη ενώ ένα βραχυκύκλωμα στα εγκεφαλικά κυκλώματα θα προκαλέσει μια επιληπτική κρίση.

2. Ποια είναι τα συμπτώματα της Επιληψίας ;

Η κύρια εκδήλωση της Επιληψίας είναι οι επιληπτικές κρίσεις. Ανάλογα με το είδος και την βαρύτητα της Επιληψίας οι κρίσεις μπορεί να εμφανίζονται από εξαιρετικά σπάνια έως πολύ συχνά. Στο μεσοδιάστημα των κρίσεων το άτομο είναι κατά κανόνα φυσιολογικό και δεν υπάρχουν άλλες εκδηλώσεις που να δείχνουν ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας. Οι κρίσεις μπορεί να εμφανίζονται τόσο στην διάρκεια της εγρήγορσης όσο και στην διάρκεια του ύπνου. Συνήθως εμφανίζονται απροειδοποίητα και χωρίς καμία εξωτερική αφορμή ενώ λιγότερο συχνά συγκεκριμένοι εξωτερικοί παράγοντες, που ονομάζονται *εκλυτικοί παράγοντες*, μπορεί να είναι η αφορμή – και όχι η αιτία – για μια κρίση σε άτομα που ήδη έχουν την σχετική προδιάθεση. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η χρήση οινόπνευματων ποτών, η στέρηση του ύπνου (παρατεταμένο ξενύχτι) και η έκθεση σε επαναλαμβανόμενα φωτεινά ερεθίσματα (τηλεόραση, ρυθμικά φώτα σε discotheques, χώρους διασκέδασης κ.λ.π.). Ειδικά στα παιδιά σαν εκλυτικός παράγοντας μπορεί να λειτουργήσει και μια συνηθισμένη ασθένεια με ή χωρίς πυρετό.

Υπάρχουν πολλά είδη επιληπτικών κρίσεων με εκδηλώσεις που είναι μεταξύ τους τελείως διαφορετικές. Οι επιστήμονες και οι απλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν συχνά διαφορετικούς όρους για να περιγράψουν μια κρίση και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση. Η σύγχυση επιτείνεται περισσότερο από την μη προσεκτική χρήση, από ιατρούς και γονείς, του όρου «σπασμοί» όταν αναφέρονται σε κάθε είδος και μορφή επιληπτικής κρίσης ενώ η ορθή χρήση του όρου αυτού πρέπει να περιορίζεται μόνον στις γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις (δες αμέσως παρακάτω). Η εξοικείωση λοιπόν με τα συνηθέστερα είδη των επιληπτικών κρίσεων και τις λέξεις-όρους που χρησιμοποιούμε για να αναφερθούμε σε αυτές είναι σημαντική.

3. Τα είδη των επιληπτικών κρίσεων

Οι επιστήμονες ταξινομούν τις κρίσεις σε δυο μεγάλες ομάδες: τις εστιακές (ή μερικές) και τις γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις.

A. Στις εστιακές κρίσεις η ηλεκτρική εκφόρτιση περιορίζεται σε μια μόνον περιοχή του εγκεφάλου και οι εκδηλώσεις εξαρτώνται από την δραστηριότητα που, υπό φυσιολογικές συνθήκες, έχει αυτή η περιοχή. Ανάλογα με την περιοχή του εγκεφάλου στην οποία συμβαίνει η επιληπτική εκφόρτιση οι εκδηλώσεις μπορεί να είναι κινητικές (ρυθμικές συσπάσεις ενός ή και των δύο άκρων της μιας μόνον πλευράς του σώματος ή του μισού προσώπου), αισθητικές (μούδιασμα ενός άκρου ή μιας ολόκληρης πλευράς του κορμιού), αισθητηριακές (διαταραγμένη ή αλλοιωμένη όραση ή ακοή ή όσφρηση), ή ψυχικές (εδώ περιλαμβάνονται διάφορα περίεργα αισθήματα, σύγχυση, παραισθήσεις και άλλες εκδηλώσεις).

Το επίπεδο συνείδησης του ασθενούς (δηλαδή η ικανότητα του να αντιλαμβάνεται και να επικοινωνεί με το περιβάλλον του) στην διάρκεια μιας εστιακής κρίσης μπορεί να μην επηρεάζεται καθόλου οπότε μιλάμε για **απλές εστιακές κρίσεις**, ή να επηρεάζεται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό οπότε μιλάμε για **σύνθετες εστιακές κρίσεις**. Στην διάρκεια μιας σύνθετης εστιακής κρίσης ο ασθενής δείχνει σαν «χαμένος», σαν να ζει μια ονειρική κατάσταση, μπορεί να κινείται χωρίς σκοπό ή να έχει αυτοματισμούς. **Αυτοματισμούς** ονομάζουμε κάποιες στερεότυπες κινήσεις που αν και μοιάζουν ότι γίνονται με την θέληση του ασθενούς γίνονται τελείως ασυνείδητα. Για παράδειγμα μπορεί να «τρίβει» τα χέρια του ή την κοιλιά του, να εξακολουθεί να περπατά ή να γράφει ή να κάνει όποια κίνηση έκανε προηγουμένως χωρίς όμως συναίσθηση.

Είναι φανερό ότι ένας ασθενής με απλή εστιακή κρίση έχει πλήρη συναίσθηση του τι του συμβαίνει και μπορεί αργότερα να το περιγράψει με ακρίβεια. Για τον λόγο αυτό μια τέτοια κρίση αναφέρεται πολλές φορές και σαν «αύρα», δηλαδή μια προειδοποίηση για επερχόμενη κρίση. Αντίθετα στην διάρκεια μιας σύνθετης εστιακής κρίσης ο ασθενής δεν έχει καθόλου ή έχει πολύ περιορισμένη αντίληψη των γεγονότων και δύσκολα μπορεί αργότερα να περιγράψει τι του συνέβη.

B. Στις γενικευμένες κρίσεις η ηλεκτρική εκφόρτιση των νευρικών κυττάρων αφορά όλο τον εγκέφαλο και στην διάρκεια τους υπάρχει πλήρης απώλεια της συνείδησης του ασθενούς. Υπάρχουν διάφοροι τύποι γενικευμένων κρίσεων, οι πιο συνηθισμένοι είναι οι εξής :

α) Γενικευμένη τονικοκλονική κρίση: Η έναρξη είναι αιφνίδια, το άτομο συνήθως πέφτει κάτω, υπάρχει ένα γενικευμένο σφίξιμο του κορμιού (τονική φάση) που ακολουθείται από ρυθμικές, έντονες συσπάσεις όλων των άκρων

(κλονική φάση). Τα μάτια είναι ανοιχτά και γυρισμένα προς τα επάνω (βολβοστροφή), το στόμα σφιχτά κλειστό, η αναπνοή βγαίνει με ρόγχο, το πρόσωπο και τα χείλη κυανώνονται (μπλαβίζουν) λόγω πτωχής οξυγόνωσης. Μπορεί να υπάρχουν σιελόρροια καθώς και απώλεια ούρων ή/και κοπράνων. Αυτού του είδους η κρίση συχνά ονομάζεται και **επεισόδιο σπασμών ή κρίση τύπου grand mal** (παλιότερος όρος που η χρήση του καλό είναι να αποφεύγεται).

Μια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση συνήθως διαρκεί λίγο (1-5 λεπτά) και ακολούθως το άτομο αρχίζει να συνέρχεται αλλά είναι συγχυτικό ή διεγερτικό. Συνήθως θέλει να κοιμηθεί και όταν ξυπνά είναι καλά ή έχει πονοκέφαλο. Η φάση αυτή ονομάζεται **μετακρισική φάση** και κρατά από λίγα λεπτά μέχρι και λίγες ώρες. Είναι πολύ σημαντικό να μην συγχέουμε την ίδια την κρίση με την μετακρισική φάση γιατί ενώ η πρώτη χρειάζεται κάποια ειδικά μέτρα αντιμετώπισης η δεύτερη δεν έχει ανάγκη τέτοιων μέτρων.

Αναφέρθηκε ήδη ότι μια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση κρατά συνήθως λίγα λεπτά. Σε ορισμένες όμως περιπτώσεις η διάρκεια της κρίσης παρατείνεται και αυτό συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο για τον ασθενή. Εάν η κρίση διαρκέσει άνω των 30 λεπτών (προκειμένου για παιδιά) ή άνω της 1 ώρας (προκειμένου για ενήλικες) τότε ονομάζεται **επιληπτική κατάσταση ή status epilepticus**. Πρόκειται για την σοβαρότερη μορφή επιληπτικής κρίσης και ο ασθενής έχει άμεση ανάγκη ιατρικής βοήθειας σε καλά εξοπλισμένο Νοσοκομείο.

β) Αφαιρέσεις: Παρατηρούνται συνήθως στα παιδιά, έχουν διάρκεια συνήθως μικρότερη των 30 δευτερολέπτων και χαρακτηρίζονται από την τελείως ξαφνική διακοπή κάθε είδους δραστηριότητας, πλήρη αδυναμία επαφής με το περιβάλλον, πρόσωπο με «χαμένη» έκφραση και απλανές βλέμμα. Το επεισόδιο τελειώνει απότομα και το παιδί συνεχίζει την προηγούμενη δραστηριότητα του (πχ. την συνομιλία του με κάποιον άλλο), χωρίς μετακρισική φάση και χωρίς να έχει αντιληφθεί το παραμικρό από ότι συνέβη. Συνήθως οι αφαιρέσεις επαναλαμβάνονται πολλές φορές (δεκάδες ή και εκατοντάδες) την ημέρα.

Είναι σημαντικό να μην παρερμηνευθούν ως αφαιρέσεις οι συνηθισμένες περιπτώσεις απλής αφηρημάδας όπου το παιδί έχοντας αφιερώσει κάπου άλλου την προσοχή του (παρακολουθεί τηλεόραση, παίζει κάποιο παιχνίδι ή απλά ρεμβάζει) δεν ανταποκρίνεται άμεσα όταν το καλεί ο γονιός. Σε αυτές τις περιπτώσεις δεν υπάρχει ποτέ διακοπή κάποιας ενεργητικής δραστηριότητας που έκανε το παιδί (μίλαγε, έτρωγε, περπατάγε κλπ).

γ) Μυοκλονικές κρίσεις: Πρόκειται για ένα στιγμιαίο τίναγμα ή «τράνταγμα» ενός ή όλων των άκρων ή όλου του κορμιού. Θυμίζουν το απόλυτα φυσιολογικό φαινόμενο των μυοκλονικών συσπάσεων που εμφανίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι στην αρχική φάση του ύπνου τους.

δ) Ατονικές κρίσεις: Πρόκειται για ξαφνική απώλεια του μυϊκού τόνου που οδηγεί το άτομο να καταρρεύσει στο έδαφος, χωρίς προσπάθεια να προστατευθεί, και σχεδόν άμεση ανόρθωση του με τις δικές του δυνάμεις. Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή από έναν τρίτο που συχνά χρησιμοποιεί την παρομοίωση ότι ο ασθενής «έπεσε κάτω σαν ένα σακί πατάτες». Μια εστιακή κρίση (απλή ή σύνθετη) μπορεί να εξελιχθεί σε γενικευμένη τονικοκλονική κρίση. Σε αυτή την περίπτωση μιλάμε για **δευτερογενώς γενικευμένη κρίση**.

Για να ταξινομηθεί μια επιληπτική κρίση ο γιατρός στηρίζεται αφ' ενός στις πληροφορίες που θα κατορθώσει να συλλέξει για τον ακριβή τρόπο με το οποίο εκδηλώθηκε η κρίση και αφ' ετέρου από τα ευρήματα του Ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Να σημειωθεί όμως ότι σε αρκετές περιπτώσεις **οι επιληπτικές κρίσεις παραμένουν αταξινόμητες** γιατί ο γιατρός δεν έχει επαρκείς πληροφορίες (συνήθως μαρτυρίες τρίτων προσώπων) ώστε να μπορέσει να τις ταξινομήσει με ακρίβεια. Αυτό κάνει αμέσως φανερό πόσο μεγάλη σημασία έχουν οι πληροφορίες που θα δώσει ο γονιός ή κάποιος άλλος για τις ακριβείς εκδηλώσεις μιας επιληπτικής κρίσης. Ιδιαίτερα μεγάλη σημασία έχει ο τρόπος που ξεκινά μια κρίση , δηλαδή η αρχική της φάση.

4. Που οφείλεται η Επιληψία ;

Τα αίτια της επιληψίας είναι πολλά και διαφορετικά. Κάθε είδους βλάβη ή δυσλειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει την νόσο της Επιληψίας. Ένας απλός τρόπος να ταξινομήσουμε τα κυριότερα και συνηθέστερα αίτια της Επιληψίας είναι ο εξής:

A. Συγγενείς (δηλαδή εκ γενετής) ανωμαλίες της διάπλασης του εγκεφάλου: Διάφοροι, γνωστοί ή άγνωστοι, παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ανάπτυξη του εγκεφάλου στην φάση της εμβρυϊκής ζωής. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα κάποιας μορφής εγκεφαλική δυσπλασία που μπορεί να προκαλέσει διάφορα νευρολογικά προβλήματα, μεταξύ των οποίων και επιληψία, που θα εμφανιστούν είτε αμέσως μετά την γέννηση του παιδιού είτε αρκετά αργότερα. Ορισμένα από τα γνωστά αίτια συγγενών ανωμαλιών

του εγκεφάλου είναι οι διάφορες χρωμοσωμικές ανωμαλίες (πχ. σύνδρομο Down), άλλα γενετικά αίτια καθώς και συγκεκριμένες λοιμώξεις της μητέρας (ερυθρά, ιλαρά, τοξοπλάσμωση, έρπητας, σύφιλη)

Β. Βλάβες του εγκεφάλου που μπορεί να συμβούν στην φάση του τοκετού ή στην διάρκεια του πρώτου μήνα ζωής του νεογέννητου παιδιού. Συνηθισμένα παραδείγματα τέτοιων βλαβών είναι η σχετική έλλειψη οξυγόνου (περιγεννητική ασφυξία), η εγκεφαλική αιμορραγία, η νεογνική μηνιγγίτιδα και εγκεφαλίτιδα, διαταραχές της στάθμης της γλυκόζης και των ηλεκτρολυτών του αίματος καθώς και κάθε άλλη σοβαρή πάθηση του οργανισμού που μπορεί να επηρεάσει και τον εγκέφαλο. Τα προβλήματα αυτά μπορούν να εμφανιστούν σε κάθε νεογέννητο είναι όμως συνηθέστερα στα παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα.

Γ. Κάθε είδους σοβαρή βλάβη του εγκεφάλου που μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής από εξωτερικούς παράγοντες. Συνηθέστεροι παράγοντες είναι οι λοιμώξεις του Νευρικού Συστήματος – μηνιγγίτιδα και εγκεφαλίτιδα – καθώς και μια βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Να σημειωθεί εδώ ότι οι πολύ συνηθισμένες πτώσεις και χτυπήματα στο κεφάλι που αναφέρονται σε όλα σχεδόν τα παιδιά ποτέ δεν προκαλούν Επιληψία. Απαιτείται ιδιαίτερα σοβαρή κάκωση του εγκεφάλου για να υπάρξει ενδεχόμενο εμφάνισης μετατραυματικής Επιληψίας

Δ. Επιληψία μπορεί να εμφανιστεί στα πλαίσια διάφορων γενικότερων νευρολογικών παθήσεων που εκδηλώνονται είτε στην παιδική ηλικία είτε στην ενήλικη ζωή. Στην παιδική ηλικία οι διάφορες διαταραχές του μεταβολισμού (μεταβολικά νοσήματα), οι όγκοι του εγκεφάλου και τα διάφορα εκφυλιστικά νοσήματα του Νευρικού Συστήματος μπορεί να συνοδεύονται από επιληψία ενώ στην ενήλικη ζωή τα αγγειακά επεισόδια, η νόσος του Alzheimer, οι όγκοι και άλλα «νοσήματα φθοράς» του γηράσκοντος εγκεφάλου μπορούν να προκαλέσουν Επιληψία. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις μιλάμε για **δευτεροπαθή ή συμπτωματική Επιληψία** καθώς η πρωταρχική διαταραχή είναι άλλη και η Επιληψία αποτελεί απλώς μια κατάσταση που την συνοδεύει

Ε. Σε πολλές περιπτώσεις καμιά από τις αιτίες που προαναφέρθηκαν δεν μπορεί να διαπιστωθεί ακόμα και μετά τον πιο πλήρη εργαστηριακό έλεγχο που μπορεί να γίνει. Σε αυτές τις περιπτώσεις μιλάμε για **ιδιοπαθή ή**

πρωτοπαθή Επιληψία. Με απλά λόγια δεν μπορούμε να εντοπίσουμε καμία αιτία για την Επιληψία. Αυτή η αδυναμία «εξήγησης» του προβλήματος δημιουργεί εύλογα μια δυσφορία στον ίδιο τον ασθενή ή τους γονείς του αλλά πρέπει να σημειωθεί ότι η διαπίστωση ότι η Επιληψία είναι ιδιοπαθής πρέπει να θεωρηθεί μάλλον ευχάριστο νέο καθώς κατά κανόνα (ο οποίος βέβαια έχει και εξαιρέσεις) η πορεία και η εξέλιξη του προβλήματος είναι καλύτερες συγκριτικά με τις περιπτώσεις δευτεροπαθούς Επιληψίας.

Σε αρκετές από τις ιδιοπαθείς Επιληψίες γνωρίζουμε ή υποπτευόμαστε ότι σημαντικό αιτιολογικό ρόλο παίζουν διάφορα γενετικά αίτια. Το θέμα αυτό είναι πολύ σημαντικό και αναπτύσσεται πιο αναλυτικά αμέσως πιο κάτω.

5. Είναι κληρονομική η Επιληψία ;

Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην Επιληψία είναι αρκετά περίπλοκος και η απάντηση στο ερώτημα αυτό δεν μπορεί να είναι ένα απλό Ναι ή Όχι.

Σε ορισμένες (πολύ λίγες) περιπτώσεις η αιτία της Επιληψίας έχει βρεθεί ότι οφείλεται σε μετάλλαξη (βλάβη) κάποιου συγκεκριμένου γονιδίου που προκαλεί την παραγωγή κάποιας ελαττωματικής πρωτεΐνης η οποία επηρεάζει αρνητικά την ηλεκτροχημική ισορροπία του εγκεφάλου.

Σε άλλες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί ότι αρκετά άτομα μέσα σε μια οικογένεια πάσχουν από Επιληψία και αυτό σημαίνει ότι ένα ή περισσότερα γονίδια (είτε γνωρίζουμε ποια είναι αυτά είτε όχι) προδιαθέτουν τα μέλη αυτής της οικογένειας να εμφανίζουν Επιληψία. Δεν εμφανίζουν όμως Επιληψία όλοι, ή έστω οι περισσότεροι. Αυτό οφείλεται στο ότι η γενετική προδιάθεση πρέπει να συνδυασθεί και με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες προκειμένου να οδηγήσει στην εκδήλωση της Επιληψίας.

Πρέπει εδώ να σημειώσουμε ότι σε πρακτικό επίπεδο ΔΕΝ υπάρχουν εργαστηριακές εξετάσεις που να επιτρέπουν να εντοπισθούν τα διάφορα παθολογικά γονίδια για να προβλέψουμε εάν κάποιος ή οι απόγονοι του θα εμφανίσει ή όχι με βεβαιότητα Επιληψία. Μόνον ο γιατρός του ασθενούς στηριζόμενος σε όλα τα διαθέσιμα στοιχεία είναι σε θέση να κάνει αδρές προβλέψεις στα θέματα αυτά και να δώσει τις κατάλληλες πληροφορίες.

6. Υπάρχει ένα μόνον είδος Επιληψίας ;

Όχι, αντιθέτως υπάρχουν πολλά και τελείως διαφορετικά μεταξύ τους είδη Επιληψίας. Το κάθε ένα από αυτά καθορίζεται όχι μόνον από το είδος των επιληπτικών κρίσεων αλλά και από την αιτία που προκαλεί τις κρίσεις, την ηλικία που αυτές εμφανίζονται, την συνύπαρξη ή όχι και άλλων νευρολογικών διαταραχών, τα ευρήματα του ΗΕΓ κλπ. Δύο διαφορετικά είδη Επιληψίας (οι επιστήμονες συχνά χρησιμοποιούν τον όρο επιληπτικά σύνδρομα) μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους πάρα πολύ και ως προς την βαρύτητα και ως προς το εάν οι κρίσεις θα ξεπεραστούν με την πάροδο της ηλικίας και ως προς το εάν θα επηρεαστεί η γενικότερη ψυχοσωματική υγεία του ασθενούς. Είναι σαν να μιλάμε για δύο διαφορετικές ασθένειες, γι' αυτό πολλές φορές λέγεται ότι δεν υπάρχει μια ασθένεια που ονομάζεται Επιληψία αλλά πολλές διαφορετικές Επιληψίες.

Ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα του γιατρού είναι όχι απλά να διαπιστώσει εάν ο ασθενής έχει Επιληψία, αλλά να αναγνωρίσει για ποιο είδος Επιληψίας πρόκειται. Αυτό άλλοτε είναι σχετικά εύκολο και άλλοτε ιδιαίτερα δύσκολο. Σε πολλές περιπτώσεις θα χρειαστεί μεγάλο χρονικό διάστημα παρακολούθησης πριν ο γιατρός καταλήξει στα τελικά του συμπεράσματα.

Το θέμα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τα παιδιά και τους εφήβους καθώς σε αυτές τις ηλικίες εμφανίζονται πολύ διαφορετικά είδη Επιληψίας και η αναγνώριση του συγκεκριμένου τύπου Επιληψίας έχει τεράστια σημασία και για την σωστή θεραπεία και για την πρόβλεψη της πορείας του παιδιού.

7. Κάποιος που έχει παρουσιάσει ένα επεισόδιο σπασμών πάσχει αναγκαστικά από Επιληψία ;

Η απάντηση είναι αρνητική. Σε πολλές περιπτώσεις μια επιληπτική κρίση (συνήθως με την μορφή ενός επεισοδίου τονικοκλονικών σπασμών) μπορεί να είναι καθαρά ευκαιριακού χαρακτήρα, δηλαδή να οφείλεται σε έναν περιστασιακό εξωτερικό ή εσωτερικό ερεθισμό του εγκεφάλου και όχι σε Επιληψία. Συνηθισμένα παραδείγματα εξωτερικών ερεθισμών είναι η κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών, χρήση των διάφορων ναρκωτικών και άλλων εθιστικών ουσιών, μια εγκεφαλική κάκωση, έλλειψη οξυγόνου κλπ. Συνηθισμένα παραδείγματα εσωτερικών ερεθισμών είναι κάθε παθολογική

κατάσταση που μπορεί να προκαλέσει διαταραχές βασικών χημικών στοιχείων του αίματος όπως της γλυκόζης ή άλλων ηλεκτρολυτών (Νάτριο, Κάλιο, Ασβέστιο), οι φλεγμονές του εγκεφάλου (μηνιγγίτιδα και εγκεφαλίτιδα), ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, χρήση ορισμένων φαρμάκων κλπ.

Ένα άλλο πολύ συνηθισμένο, στην παιδική ηλικία, φαινόμενο είναι οι **πυρετικοί σπασμοί** δηλαδή επεισόδια σπασμών που συμβαίνουν όταν το παιδί – ηλικίας συνήθως μεταξύ 6 μηνών και 6 ετών – είναι άρρωστο και έχει πυρετό. Οι σπασμοί αυτοί οφείλονται στην απότομη άνοδο της θερμοκρασίας και ΔΕΝ οφείλονται ούτε οδηγούν, κατά κανόνα, σε Επιληψία καθώς το 97% των παιδιών με πυρετικούς σπασμούς δεν θα παρουσιάσει ποτέ στην ζωή του κρίσεις Επιληψίας.

Ακόμη και μεταξύ των ατόμων που θα παρουσιάσουν μια γνήσια επιληπτική κρίση ένα σημαντικό ποσοστό (που μπορεί να φθάσει η και να ξεπερνάει το 50%) δεν θα παρουσιάσει άλλο επεισόδιο στην υπόλοιπη ζωή του και συνεπώς δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ότι πάσχει από Επιληψία καθώς για να τεθεί αυτή η διάγνωση πρέπει να έχουν εμφανισθεί τουλάχιστον δύο κρίσεις.

Βλέπουμε λοιπόν ότι σε πολλές περιπτώσεις παρότι κάποιος εμφάνισε μια επιληπτικού χαρακτήρα κρίση δεν πάσχει από Επιληψία. Οι περιπτώσεις αυτές θα διευκρινιστούν με τον κατάλληλο ιατρικό έλεγχο.

8. Πως μπαίνει η διάγνωση της Επιληψίας ;

Η διάγνωση της Επιληψίας θα τεθεί από γιατρούς οι οποίοι έχουν την κατάλληλη εμπειρία και γνώσεις. Η διάγνωση στηρίζεται αφενός στην προσεκτική αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς (τι ακριβώς συνέβη, πότε και κάτω από ποιες συνθήκες) και αφετέρου στην πραγματοποίηση ορισμένων ειδικών εξετάσεων. Οι κυριότερες από τις ειδικές αυτές εξετάσεις είναι οι εξής:

α) Το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ):

Είναι η καταγραφή με μορφή κυμάτων της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου και είναι η πλέον απαραίτητη και χρήσιμη εξέταση σε κάθε άτομο με υπόνοια επιληπτικής διαταραχής. Πρόκειται για μια τελείως ανώδυνη και ακίνδυνη εξέταση που πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Η

εξέταση μπορεί να γίνει τόσο στην διάρκεια της εγρήγορσης όσο και του ύπνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις ζητείται από τον ασθενή να κάνει στέρηση ύπνου, δηλαδή να μείνει άγρυπνος την νύκτα πριν την εξέταση του. Το ΗΕΓ περιλαμβάνει και δύο ειδικές δοκιμασίες: την δοκιμασία της υπέρπνοιας (ζητείται από τον εξεταζόμενο να εισπνέει και να εκπνέει πολύ βαθιά για 3 λεπτά) και την δοκιμασία των φωτεινών ερεθισμάτων (μια ειδική λάμπα αναβοσβήνει για λίγα λεπτά με προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα σε μικρή απόσταση από το πρόσωπο του εξεταζόμενου).

Η Επιληψία χαρακτηρίζεται από την παρουσία συγκεκριμένου τύπου ανωμαλιών στο ΗΕΓ που ονομάζονται επιληπτόμορφες. Εκτός μάλιστα από την επιβεβαίωση της παρουσίας μιας επιληπτικής διαταραχής, το ΗΕΓ βοηθά πάρα πολύ και στον καθορισμό του τύπου και του είδους του προβλήματος. Είναι συνεπώς η πλέον χρήσιμη εξέταση σε κάθε περίπτωση που υποπτευόμαστε την Επιληψία. Η αξιολόγηση όμως των αποτελεσμάτων του ΗΕΓ πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή για τους εξής λόγους: Πρώτον, *ένα άτομο με Επιληψία μπορεί να μην εμφανίζει στο ΗΕΓ τις αναμενόμενες χαρακτηριστικές ανωμαλίες*. Η πιθανότητα αυτή μειώνεται εάν η εξέταση γίνει μετά από στέρηση ύπνου, εάν εκτός από εγρήγορση καταγραφεί και ύπνος ή εάν το ΗΕΓ επαναληφθεί περισσότερες από μία φορές. Δεύτερον, *οι χαρακτηριστικές επιληπτόμορφες ανωμαλίες μπορεί εμφανίζονται και σε άτομα που ΔΕΝ έχουν Επιληψία*. Συμπερασματικά το ΗΕΓ πρέπει να αξιολογείται με μεγάλη προσοχή και πάντα σε συνδυασμό με το ιστορικό του εξεταζόμενου έτσι ώστε να αποφευχθούν οι διάφορες διαγνωστικές «παγίδες».

Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων (ειδικά σε δύσκολες περιπτώσεις όπου μελετάται το ενδεχόμενο χειρουργικής παρέμβασης) ο ασθενής πρέπει να κάνει πολυήμερη εξέταση με ΗΕΓ, ενδεχομένως και με την χρήση ειδικών ηλεκτροδίων που τοποθετούνται επάνω ή μέσα στον ίδιο τον εγκέφαλο, και ταυτόχρονη καταγραφή με video. Αυτού του τύπου η διερεύνηση μπορεί να γίνει μόνον σε απόλυτα εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα και εφόσον βέβαια κριθεί ότι είναι απολύτως απαραίτητη.

β) Η Αξονική (CT) και η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) του εγκεφάλου:

Και οι δύο αυτές εξετάσεις απεικονίζουν τον ανθρώπινο εγκέφαλο η πρώτη με την χρήση ακτινοβολίας και η δεύτερη με την χρήση μαγνητικών πεδίων. Η

Μαγνητική Τομογραφία δίνει πολύ λεπτομερέστερες εικόνες του εγκεφάλου και είναι η προτιμώμενη εξέταση σε περιστατικά Επιληψίας. Εάν όμως πράγματι χρειάζεται απεικονιστική εξέταση του εγκεφάλου και ποιου τύπου, είναι αποφάσεις που θα ληφθούν από τον γιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή.

Πρέπει εδώ να διευκρινίσουμε ότι οι Τομογραφίες του εγκεφάλου δεν δείχνουν εάν κάποιος έχει Επιληψία ή όχι αλλά μπορούν να αποκαλύψουν την αιτία της Επιληψίας εφ' όσον βέβαια αυτή οφείλεται σε κάποια ορατή εγκεφαλική βλάβη (συγγενείς ανωμαλίες, δυσπλασίες, νεκρωτικές περιοχές, όγκοι, ανωμαλίες αγγείων κ.λ.π.). Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με Επιληψία, ειδικά αυτοί που ανήκουν στην ιδιοπαθή αιτιολογία, δεν έχει καμιά ανωμαλία στην Αξονική ή την Μαγνητική Τομογραφία του εγκεφάλου.

Σε ένα μικρό αριθμό ασθενών, και μόνον εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό, χρειάζονται και άλλες ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις όπως η λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία (fMRI) και ή μελέτη του εγκεφαλικού μεταβολισμού με τις εξετάσεις PET ή SPECT. Να τονισθεί ότι πολλές από αυτές τις εξετάσεις δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στην Ελλάδα.

9. Πως αντιμετωπίζεται η Επιληψία ;

Σε ορισμένες περιπτώσεις που η Επιληψία έχει ιδιαίτερα καλοήγη χαρακτηριστικά (αυτό συμβαίνει συχνά στην παιδική ηλικία) και οι κρίσεις είναι σπάνιες και ήπιου χαρακτήρα, μπορεί να κριθεί ότι δεν χρειάζεται καμιά θεραπευτική παρέμβαση αλλά προσεκτική παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς. Η ίδια πολιτική μη θεραπευτικής παρέμβασης ακολουθείται συνήθως και μετά ένα μεμονωμένο επιληπτικό φαινόμενο. Εάν επίσης οι κρίσεις εμφανίζονται αποκλειστικά σε σχέση με κάποιο συγκεκριμένο εκλυτικό παράγοντα (π.χ. τηλεόραση) τότε η αποφυγή έκθεσης σε αυτόν τον παράγοντα μπορεί να είναι αρκετή για να αποφευχθούν άλλες κρίσεις. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις επαναλαμβανόμενων επιληπτικών κρίσεων είναι απαραίτητη κάποιας μορφής προφυλακτική θεραπεία για να αποφευχθούν περαιτέρω κρίσεις.

Η κύρια μορφή θεραπείας της Επιληψίας είναι η καθημερινή χορήγηση ειδικών φαρμάκων που ονομάζονται αντιεπιληπτικά για όσο χρονικό διάστημα

αυτό κρίνεται απαραίτητο από τον γιατρό. Το διάστημα αυτό σπανίως είναι μικρότερο από 2-3 έτη. Πρέπει να τονισθεί ότι τα αντιεπιληπτικά φάρμακα καταστέλλουν τις κρίσεις αλλά δεν μπορούν να θεραπεύσουν οριστικά και ριζικά τον ασθενή (αυτό συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις αλλά λόγω της ωρίμανσης του εγκεφάλου και όχι λόγω των φαρμάκων).

Υπάρχουν αρκετά αντιεπιληπτικά φάρμακα ενώ τα τελευταία χρόνια παράγονται συνεχώς και νέα φάρμακα. Άλλα από αυτά είναι κατάλληλα για διάφορα είδη κρίσεων και πολλές μορφές Επιληψίας ενώ άλλα είναι κατάλληλα μόνον για πολύ συγκεκριμένες μορφές Επιληψίας. Η επιλογή του πλέον κατάλληλου φαρμάκου, η ακριβής δοσολογία, η παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν παρενέργειες και ή ανάγκη τροποποίησης της θεραπείας, εάν αυτό χρειαστεί, είναι ευθύνη του θεράποντος ιατρού. Σε αρκετές περιπτώσεις θα χρειαστεί κάποιο χρονικό διάστημα «δοκιμών» με διάφορα φάρμακα και δόσεις πριν ο γιατρός καταλήξει στον εντοπισμό του πλέον κατάλληλου για τον ασθενή φαρμάκου.

Ευθύνη του ασθενούς ή των γονιών του είναι η πιστή εφαρμογή των οδηγιών του γιατρού, η ενημέρωση του για κάθε αρνητική εξέλιξη και γενικά η σταθερή συνεργασία μαζί του. Πολύ χρήσιμη είναι επίσης η τήρηση, εκ μέρους του ασθενούς, ενός «ημερολογίου» των κρίσεων στο οποίο απεικονίζεται με ακρίβεια η πορεία του προβλήματος.

Σε γενικές γραμμές τα αντιεπιληπτικά φάρμακα είναι αρκετά αποτελεσματικά καθώς στους περισσότερους ασθενείς σταματούν τελείως τις κρίσεις ή έστω τις μειώνουν πολύ και τις κάνουν ηπιότερες. Δυστυχώς όμως αυτό δεν συμβαίνει πάντα καθώς υπάρχουν ασθενείς που παρά την φαρμακευτική αγωγή συνεχίζουν να παρουσιάζουν κρίσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται λεπτομερής επαναξιολόγηση του ασθενούς και προσεκτική χρήση φαρμάκων άλλων από αυτά που έχουν ήδη αποτύχει. Παρόλα αυτά παραμένει ένα σχετικά μικρό ποσοστό ασθενών που εξακολουθεί να παρουσιάζει κρίσεις ενώ έχουν εξαντληθεί τα περιθώρια βοήθειας από την φαρμακευτική αγωγή. Στις περιπτώσεις αυτές μιλάμε για φαρμακοανθεκτική μορφή της Επιληψίας.

10. Εκτός από φάρμακα, υπάρχουν άλλοι τρόποι αντιμετώπισης της Επιληψίας ;

Στις περιπτώσεις που η Επιληψία δεν ελέγχεται με τα φάρμακα αναζητούνται άλλοι τρόποι βοήθειας του ασθενούς. Οι εναλλακτικές μορφές παρέμβασης που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, πάντα κατά την κρίση των ειδικών γιατρών, είναι οι εξής (θα αναφερθούν απλώς χωρίς να επεκταθούμε σε λεπτομέρειες):

α) Η κετογόνος δίαιτα:

Είναι μια ειδικού τύπου διατροφή που εφαρμόζεται μόνον σε παιδιά και στηρίζεται στην χορήγηση τροφών πολύ πλούσιων σε λιπαρές ουσίες. Θεωρείται ότι μπορεί να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε προσεκτικά επιλεγμένα περιστατικά. Σχετικά μειονεκτήματα της κετογόνου δίαιτας είναι ότι τα φαγητά δεν είναι πάντα εύγευστα ή εύκολο να ετοιμαστούν, απαιτείται αυστηρή συμμόρφωση με τις οδηγίες και συχνή παρακολούθηση από ομάδα ειδικών ιατρών και διαιτολόγων. Σε ορισμένα Κέντρα του εξωτερικού χρησιμοποιείται σε αρκετά μεγάλη έκταση και, όπως αναφέρεται, με αρκετή επιτυχία. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται συχνά και υπάρχει περιορισμένη εμπειρία στο θέμα αυτό

β) Η χειρουργική θεραπεία:

Η θεραπεία αυτή στοχεύει στην αφαίρεση της πάσχουσας περιοχής του εγκεφάλου (της επιληπτικής εστίας) με στόχο την απαλλαγή του ασθενούς από την κρίσεις ή έστω την μείωση τους. Για να συζητηθεί μια τέτοια δραστική παρέμβαση απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις. Πρώτον, πρέπει να είναι απόλυτα βέβαιο ότι έχει εξαντληθεί κάθε περιθώριο βοήθειας από την αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή. Δεύτερον, πρέπει να διαπιστωθεί με ειδικές εξετάσεις που ακριβώς βρίσκεται η επιληπτική εστία. Τρίτον, πρέπει να εκτιμηθεί εάν η αφαίρεση της συγκεκριμένης περιοχής του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στον ασθενή ή όχι. Τέταρτον, τόσο η προεγχειρητική εκτίμηση όσο και η χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνουν σε Ιατρικά Κέντρα με μεγάλη εμπειρία στα θέματα αυτά.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται εδώ και αρκετές δεκαετίες στο εξωτερικό και θεωρείται ότι έχει αρκετά καλά αποτελέσματα εφόσον έχει γίνει

σωστή επιλογή των ασθενών με τον κατάλληλο προεγχειρητικό έλεγχο. Στην Ελλάδα η χειρουργική θεραπεία της Επιληψίας έχει αρχίσει να εφαρμόζεται σχετικά πρόσφατα.

γ) Ο Ερεθιστής του Πνευμονογαστρικού νεύρου (VNS):

Είναι μια σχετικά νέα μορφή θεραπείας που συνίσταται στον διαρκή ηλεκτρικό ερεθισμό του εγκεφάλου μέσω ενός ηλεκτροδίου που τοποθετείται στο πνευμονογαστρικό νεύρο (βρίσκεται στην περιοχή του τραχήλου) και είναι συνδεδεμένο με έναν ηλεκτρικό «βηματοδότη» ο οποίος τοποθετείται κάτω από το δέρμα στην άνω περιοχή του θώρακα. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι δεν δημιουργεί ιδιαίτερες επιπλοκές, είναι σχετικά απλή στην τοποθέτηση της και δεν παρεμβαίνει στον ίδιο τον εγκέφαλο. Ωστόσο η αποτελεσματικότητα της είναι μέτρια και δεν είναι βέβαιο ότι θα βοηθήσει πάντα τον ασθενή.

11. Ποια είναι η μακροπρόθεσμη εξέλιξη ενός παιδιού με Επιληψία;

Για να απαντηθεί αυτό το ερώτημα πρέπει να κατανοηθεί ότι η Επιληψία δεν είναι μια ασθένεια με χαρακτηριστικά και πορεία που είναι κοινά μεταξύ των ασθενών, έτσι ώστε δεν έχει ουσιαστικά νόημα να μιλάμε γενικά και με ενιαίο τρόπο για την μακροπρόθεσμη πορεία της. Αντιθέτως υπάρχουν πολλά είδη ή τύποι Επιληψίας (δες στο Πρώτο Μέρος του άρθρου για τα είδη της Επιληψίας) που η μακροπρόθεσμη πορεία τους είναι τελείως διαφορετική του ενός από το άλλο.

Στην μία άκρη του φάσματος βρίσκονται ασθενείς με καλοήθειες μορφές Επιληψίας (ιδιαίτερα συχνές στα παιδιά) που αφού εμφανιστούν για λίγα χρόνια «σβήνουν» οριστικά και ο ασθενής δεν έχει κανένα πρόβλημα στην υπόλοιπη ζωή του. Τέτοια παραδείγματα είναι η παιδική αφαιρετική Επιληψία και η παιδική Ρολανδική Επιληψία. Στην άλλη άκρη του φάσματος είναι οι ασθενείς στους οποίους η Επιληψία επιμένει για πολλά χρόνια, ίσως και δια βίου, και που ενδεχομένως δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν πλήρως με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Μεταξύ αυτών των δύο ακραίων καταστάσεων βρίσκονται πολλοί ασθενείς με ενδιάμεση ως προς την βαρύτητα της Επιληψίας πορεία. Ο σημαντικότερος παράγοντας που καθορίζει την πορεία της Επιληψίας είναι η αιτία της. Εάν οφείλεται σε κάποια σοβαρή διαταραχή ή βλάβη του εγκεφάλου τότε δεν

μπορούμε να είμαστε πολύ αισιόδοξοι ενώ εάν είναι ιδιοπαθούς αιτιολογίας τα πράγματα είναι σαφώς καλύτερα.

Η πρόβλεψη για την μακροπρόθεσμη εξέλιξη της Επιληψίας γίνεται εξατομικευμένα δηλαδή αφορά κάθε φορά τον συγκεκριμένο ασθενή με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που έχει η περίπτωση του. Πρέπει εδώ να σημειώσουμε ότι σε πολλές περιπτώσεις σχετικά ακριβής πρόβλεψη για την πορεία ενός ασθενούς είναι πολύ δύσκολο ή ακόμα και αδύνατον να γίνει ακόμα και από τους εμπειρότερους γιατρούς. Θα χρειαστεί τότε μεγάλη υπομονή εκ μέρους του ασθενούς ή των γονιών του έτσι ώστε η ίδια η πορεία του περιστατικού κατά τα πρώτα χρόνια να καθορίσει τον καλοήγη ή όχι χαρακτήρα του προβλήματος.

Θετικά στοιχεία για μια καλή μακροπρόθεσμη εξέλιξη της Επιληψίας είναι τα εξής:

- Να μην υπάρχουν άλλου είδους νευρολογικά προβλήματα όπως νοητική καθυστέρηση, κινητικές διαταραχές ή άλλες νευρολογικές παθήσεις.
- Στην Μαγνητική Τομογραφία του εγκεφάλου να μην υπάρχουν εγκεφαλικές βλάβες.
- Το ΗΕΓ να είναι φυσιολογικό.
- Να υπάρχει πλήρης διακοπή των κρίσεων μετά την έναρξη της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής θεραπείας.
- Να αναγνωριστεί, από τον γιατρό, ότι η Επιληψία του παιδιού ανήκει σε κάποιο συγκεκριμένο «καλοήθες» σύνδρομο με εκ των προτέρων προβλεπόμενη καλή πορεία.

12. Ποιες είναι οι πρώτες βοήθειες που μπορούμε να προσφέρουμε σε κάποιον που παθαίνει ένα επεισόδιο σπασμών ;

Για να είμαστε σε θέση να αντιμετωπίσουμε ένα επεισόδιο σπασμών (δηλαδή μια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση) προσφέροντας τις απαραίτητες πρώτες βοήθειες πρέπει να έχουμε μια στοιχειώδη ενημέρωση για το τι συμβαίνει στην διάρκεια ενός τέτοιου επεισοδίου.

Η εικόνα του ασθενούς είναι χαρακτηριστική. Η έναρξη είναι αιφνίδια, το άτομο συνήθως χάνει τις αισθήσεις του και πέφτει κάτω, υπάρχει ένα γενικευμένο σφίξιμο του κορμιού που ακολουθείται από ρυθμικές και έντονες συσπάσεις όλων των άκρων. Τα μάτια είναι ανοιχτά και γυρισμένα προς τα

επάνω (βολβοστροφή), το στόμα είναι σφιχτά κλειστό, η αναπνοή βγαίνει με ρόγχο, το πρόσωπο και τα χείλη μπορεί να κυανώνονται (μπλαβίζουν) λόγω πτωχής οξυγόνωσης. Μπορεί ακόμη να τρέχουν σάλια με αφρό από το στόμα του ασθενούς ενώ, σπανιότερα, παρατηρείται απώλεια ούρων ή κοπράνων.

Μια γενικευμένη τονικοκλονική κρίση συνήθως διαρκεί λίγα λεπτά αν και σε ορισμένες περιπτώσεις η διάρκεια της μπορεί να είναι αρκετά μεγαλύτερη. Όταν το επεισόδιο τελειώσει ο ασθενής αρχίζει να συνέρχεται σταδιακά αλλά είναι συγχυτικός ή «θολωμένος» και, σπανιότερα, μπορεί να παρουσιάζει υπερδιέγερση. Συνήθως θέλει να κοιμηθεί μετά το επεισόδιο και όταν ξυπνά είναι καλά ή έχει πονοκέφαλο. Η φάση αυτή ονομάζεται *μετακρισική φάση* και κρατά από λίγα λεπτά μέχρι και λίγες ώρες.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουμε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό των επεισοδίων σπασμών ο ασθενής συνέρχεται χωρίς καμιά βλάβη στην υγεία του. Αυτό ισχύει ακόμα και εάν δεν βρίσκεται δίπλα του κάποιος για να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες.

Επικίνδυνο γίνεται ένα επεισόδιο σπασμών είτε εάν η διάρκεια του είναι πολύ μεγάλη είτε εάν συμβεί σε συνθήκες που μπορεί να οδηγήσουν σε ατύχημα. Για παράδειγμα μια κρίση που θα συμβεί όταν ο ασθενής κολυμπάει στην θάλασσα ή οδηγεί αυτοκίνητο ή βρίσκεται κάπου ψηλά, από όπου μπορεί να πέσει στο έδαφος, μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες.

Οι πρώτες βοήθειες σε ένα επεισόδιο σπασμών είναι οι εξής:

1. Παραμένουμε ψύχραιμοι. Κοιτάμε την ώρα ώστε να ξέρουμε πόσο θα διαρκέσει το επεισόδιο.
2. Το πιο σημαντικό μέτρο που πρέπει να πάρουμε είναι να τοποθετήσουμε τον ασθενή στην σωστή θέση έτσι ώστε να διευκολυνθεί η αναπνοή του. Το κορμί



*Η σωστή θέση
τοποθέτησης
ενός ασθενούς
στην διάρκεια
ενός επεισοδίου
σπασμών*

πρέπει να είναι γυρισμένο στο ένα πλάι με το πρόσωπο στριμμένο ελαφρά προς τα κάτω. Εναλλακτικά μπορούμε να φέρουμε το κορμί στην πρηνή θέση δηλαδή «μπρούμυτα», με το κεφάλι πάλι στραμμένο προς το ένα ή το άλλο πλάι. ΔΕΝ τοποθετούμε τον ασθενή στην ύπτια θέση, δηλαδή «ανάσκελα», γιατί έτσι δυσχεραίνεται η αναπνοή του.

3. Παραμένουμε δίπλα του χωρίς να προσπαθούμε να ακινητοποιήσουμε το κορμί και τα άκρα που συνήθως τινάζονται. Απομακρύνουμε από κοντά του διάφορα αντικείμενα στα οποία θα μπορούσε να χτυπήσει. Για να διευκολυνθεί η αναπνοή χαλαρώνουμε – εάν χρειάζεται – τα ρούχα στην περιοχή του λαιμού και εάν υπάρχει σιελόρροια καθαρίζουμε με ένα ύφασμα το στόμα.
4. **ΔΕΝ** προσπαθούμε να βάλουμε τα δάχτυλα μας ή κάποιο άλλο σκληρό αντικείμενο στο στόμα του ασθενούς για να αναπνέει καλύτερα. **Η πολύ διαδεδομένη ιδέα ότι την στιγμή των σπασμών ο ασθενής μπορεί «να καταπιεί την γλώσσα του» και συνεπώς πρέπει να την τραβήξουμε έξω είναι απλά μύθος.** Με τέτοιους χειρισμούς μάλλον δυσχεραίνουμε περισσότερο την αναπνοή του ασθενούς και επίσης κινδυνεύουμε να τον τραυματίσουμε ή να τραυματιστούμε εμείς οι ίδιοι.
5. Μόλις ο ασθενής αρχίσει να συνέρχεται εάν μεν θέλει να κοιμηθεί τον αφήνουμε να το κάνει εάν δε είναι διεγερτικός προσπαθούμε με ήπιο τρόπο να τον ηρεμήσουμε.

Ένα σημαντικό ερώτημα πρακτικού χαρακτήρα είναι εάν πρέπει απαραίτητως να μεταφερθεί ο ασθενής στο Νοσοκομείο μετά από ένα επεισόδιο σπασμών. Αυτό θα καθοριστεί αφενός από την διάρκεια και βαρύτητα του επεισοδίου και αφετέρου από το εάν είναι ήδη γνωστό από τι πάσχει (π.χ. από διαγνωσμένη Επιληψία) ή το επεισόδιο των σπασμών ήταν κάτι καινούργιο και μη διερευνημένο.

- A. Εάν είναι γνωστό από τι πάσχει ο ασθενής, το επεισόδιο είχε ολιγόλεπτη διάρκεια και ο ασθενής αρχίζει σύντομα να συνέρχεται η μεταφορά του στο Νοσοκομείο δεν είναι αναγκαστικά απαραίτητη. Μπορεί να αφεθεί να συνέλθει στο σπίτι του εφόσον υπάρχει κάποιος συνοδός.
- B. Εάν όμως το δεν είναι γνωστό από τι πάσχει καθώς επίσης εάν το επεισόδιο κράτησε πολύ (περισσότερο από 10 - 15 λεπτά) ή εάν ο ασθενής δεν συνέρχεται εύκολα μετά τον τερματισμό της κρίσης πρέπει να μεταφερθεί επείγοντως στο Νοσοκομείο. Σε κάθε περίπτωση που ο συνοδός δεν

αισθάνεται βέβαιος για το πώς πρέπει να ενεργήσει είναι προτιμότερο ο ασθενής να μεταφερθεί στο Νοσοκομείο.

13. Κάποια ειδικά μέτρα για την αντιμετώπιση ενός επεισοδίου σπασμών

Τα παρακάτω μέτρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνον εφόσον έχουν συστηθεί από τον γιατρό του ασθενούς.

1. Σε πολλές περιπτώσεις ο γιατρός κρίνει σκόπιμο να εφοδιασθούν οι γονείς ή οι συνοδοί ενός ασθενούς με ένα φάρμακο σε μορφή μικρού κλύσματος το οποίο μπορούν οι ίδιοι να χορηγήσουν από το ορθό (σαν υπόθετο) σε περίπτωση επεισοδίου σπασμών.
2. Το φάρμακο αυτό περιέχει την φαρμακευτική ουσία Διαζεπάμη. Κυκλοφορεί με το εμπορικό όνομα STESOLID σε συσκευασίες των 5 ή των 10 mgr και χορηγείται από το φαρμακείο μόνον με ειδική ιατρική συνταγή. Η Διαζεπάμη είναι ένα ισχυρό αντισπασμωδικό φάρμακο που απορροφάται πολύ γρήγορα από το έντερο και βοηθά να τερματιστεί γρήγορα το επεισόδιο.
3. **Η χρήση της Διαζεπάμης είναι απλή, πολύ αποτελεσματική και απόλυτα ασφαλής πρακτική καθώς δεν έχει καμιά σοβαρή παρενέργεια.** Σε ελάχιστες περιπτώσεις μπορεί να παρατηρηθούν υπνηλία και αστάθεια στην βάδιση για λίγες μόνον ώρες μετά την χορήγηση της. Μπορεί να χορηγηθεί με ασφάλεια από τον γονιό, τον συνοδό ή τον εκπαιδευτικό του παιδιού. Θεωρείται απαραίτητο βοήθημα για ένα άτομο με Επιληψία και στην πατρίδα μας χρησιμοποιείται ευρύτατα, ειδικά στην παιδική ηλικία.
4. Ο γιατρός που θα χορηγήσει το φάρμακο οφείλει να εξηγήσει στον γονιό ή συνοδό τότε, πως και σε ποια δόση πρέπει να χορηγείται το φάρμακο. Σε γενικές γραμμές ισχύουν οι εξής οδηγίες :
5. Το φάρμακο χορηγείται μόνον εάν το επεισόδιο ξεπεράσει σε διάρκεια τα 3 – 5 λεπτά. Η δόση για ένα παιδί βάρους έως 10 κιλά είναι 5 mgr ενώ για παιδιά μεγαλύτερου βάρους και για ενήλικες είναι 10 mgr . Εάν το επεισόδιο των σπασμών επιμένει περισσότερο από περίπου 10 λεπτά μετά την αρχική χορήγηση της Διαζεπάμης μπορεί να χορηγηθεί και μια δεύτερη παρόμοια δόση. Σε αυτή την περίπτωση βέβαια θα πρέπει ήδη να έχει ξεκινήσει η διαδικασία μεταφοράς του ασθενούς στο πλησιέστερο Νοσοκομείο.
6. Εάν ο γιατρός το κρίνει σκόπιμο μπορεί να συστήσει στους γονείς ή συνοδούς του ασθενούς να εφοδιαστούν με έναν αεραγωγό δηλαδή έναν ειδικό μικρό

πλαστικό σωλήνα που μπορεί εύκολα να τοποθετηθεί στο στόμα του ασθενούς σε περίπτωση επεισοδίου σπασμών ώστε αφενός να διευκολύνει την αναπνοή και αφετέρου να προστατεύει από το ενδεχόμενο της εισρόφησης. Ο αεραγωγός πρέπει να έχει μέγεθος κατάλληλο για την ηλικία του ασθενούς και ο συνοδός πρέπει να εξοικειωθεί (είναι πολύ εύκολο) με την χρήση του.

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η παροχή των πρώτων βοηθειών σε άτομα με αισθητηριακά προβλήματα δεν διαφέρει από αυτή των ατόμων χωρίς τα προβλήματα αυτά. Η μόνη διαφορά είναι πως, ανάλογα με την πάθηση που έχουν είναι δυσκολότερος ο τρόπος κατανόησης και επικοινωνίας με το γύρω περιβάλλον.

ΒΑΡΗΚΟΑ – ΚΩΦΑ ΑΤΟΜΑ

Κωφό χαρακτηρίζεται το άτομο που αδυνατεί να συλλάβει ακουστικά ερεθίσματα, με ή χωρίς ακουστικό.

Βαρήκοο είναι το άτομο, που με ή χωρίς ακουστικό δυσκολεύεται ν' αντιληφθεί πλήρως τους ήχους μέσω της ακουστικής οδού.

Τα αίτια μπορεί να είναι:

- Προγεννητικά
- Περιγεννητικά
- Μεταγεννητικά
 - Λοιμώξεις (μηνιγγίτιδα, παρωτίτιδα, ερυθρά, γρίπη)
 - Όγκοι
 - Τοξικά φάρμακα
 - Τραυματισμοί
 - Ήχοι υψηλής έντασης
 - Ψυχογεννητικά

Θα πρέπει να αναφερθεί σ' αυτό το σημείο, ότι στις περιπτώσεις που τα αίτια είναι προγεννητικά και περιγεννητικά, παρουσιάζεται και αλαλία.

Η βαρηκοΐα ταξινομείται με διάφορα κριτήρια. Η πιο διαδεδομένη ταξινόμηση είναι κατά:

- Τον βαθμό ακουστικής απώλειας

- Τον τύπο ακουστικής βλάβης
- Την ηλικία εμφάνισης της βλάβης

Οι μορφές της βαρηκοΐας είναι τρεις:

- Αγωγιμότητας: Είναι η διαταραχή κατά τη μεταφορά των ηχητικών κυμάτων.
- Νευροαισθητηριακή: Είναι οι διάφορες οργανικές ή λειτουργικές διαταραχές του ακουστικού οργάνου, ή του ακουστικού κέντρου.
- Μικτή: Αγωγιμότητας και νευροαισθητηριακή.

Επίσης η βαρηκοΐα ταξινομείται ανάλογα με την ένταση του ήχου που δεν αντιλαμβάνεται το πάσχον άτομο, ήτοι:

1	Όχι σημαντική	25db
2	Ελαφρά	25 – 40 db
3	Ήπια	41 - 55 db
4	Έντονη	56 - 70 db
5	Βαριά	71 - 90 db
6	Ακραία	> 91 db

Η αντιμετώπιση της βαρηκοΐας γίνεται με ακουστικά βοηθήματα (ακουστικά βαρηκοΐας, κοχλιακά εμφυτεύματα κ.λ.π.) και με την κατάλληλη φυσική αγωγή και μέθοδο διδασκαλίας.

Τα βαρήκοα άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή σε ατυχήματα απ' ό,τι τα υγιή, λόγω της πάθησης τους.

Η παροχή πρώτων βοηθειών σε βαρήκοα άτομα, όπως είναι εύκολα κατανοητό, δεν παρουσιάζει διαφορές από την παροχή πρώτων βοηθειών σε υγιή. Η μόνη διαφοροποίηση είναι ο βαθμός κατανόησης από τον πάσχοντα.

ΤΥΦΛΑ ΑΤΟΜΑ

Ορισμοί

Οπτικό πεδίο είναι όλη η επιφάνεια που μπορούν να καλύψουν οι δυο οφθαλμοί όταν είναι ακίνητοι.

Περιφερειακή όραση είναι η επιφάνεια που καλύπτουν οι οφθαλμοί (αριστερά, δεξιά, πάνω και κάτω) χωρίς να κινηθεί το κεφάλι (170° αριστερά – δεξιά, 47° επάνω, 65° κάτω).

Οπτική οξύτητα είναι η διαύγεια της όρασης, δηλαδή το πόσες λεπτομέρειες μπορεί να διακρίνει το μάτι σ' ένα αντικείμενο – ερέθισμα, κάτω από φυσιολογικούς παράγοντες. Η οπτική οξύτητα, με κλίμακα, μετράται:²

Νεογέννητο	2/10
1 μηνός	4/10
2 – 12 μηνών	>4/10
1 – 3 ετών	>5/10
> 5 ετών	> 7/10

Βάσει του Νόμου 958/1979, Τυφλό θεωρείται κάθε άτομο που η οπτική του οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής, στο μάτι που βλέπει καλύτερα και με τη μεγαλύτερη δυνατή διόρθωση.

Μερικώς βλέποντα είναι τα άτομα που έχουν πάνω από 5 βαθμούς μυωπία, ή που με το καλύτερο τους μάτι βλέπουν σε απόσταση ενός μέτρου, αυτό που βλέπει ένας άλλος με φυσιολογική όραση σε απόσταση δέκα μέτρων. Δηλαδή έχουν οπτική οξύτητα από 20/70 έως 20/200. Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε πως το 80% των τυφλών έχουν κάποια «χρήσιμη» όραση.

Στην εκπαίδευση, τυφλό θεωρείται ένα παιδί που δεν μπορεί να διαβάσει κανονικά έντυπα και ν' αποκτήσει γνώσεις χρησιμοποιώντας μόνο την όραση. Μερικώς βλέποντα θεωρούνται τα παιδιά που μπορούν να διαβάσουν μεγάλα γράμματα και να χρησιμοποιήσουν μερικώς την όραση τους για να αποκτήσουν γνώσεις. Τα αίτια της μειωμένης όρασης μπορεί να είναι πολλά:

- Κληρονομικοί παράγοντες
- Λοιμώδεις ασθένειες
- Νοσήματα μεταβολισμού
- Τραυματισμοί (4%)
- Παράγοντες διατροφής
- Τοξικοί παράγοντες
- Άγνωστα αίτια

Οι διαταραχές της όρασης και οι κύριες οφθαλμολογικές παθήσεις αναφέρονται παρακάτω:

- Μυωπία
- Αμβλυωπία (4/10 – 1/20)

² Helveston & Ellis, 1980

- Γλαύκωμα
- Καταρράκτης
- Στραβισμός
- Ψυχική τύφλωση
- Δαλτωνισμός
- Φωτοφοβία

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων με μειωμένη όραση γίνεται με οπτικά βοηθήματα (γυαλιά, φακοί επαφής κ.λ.π.), με τη χρήση της σύγχρονης ιατρικής (εγχείρηση, χρήση laser κ.λ.π.) και με την κατάλληλη φυσική αγωγή και μέθοδο διδασκαλίας.

Τα τυφλά άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή σε ατυχήματα απ' ό,τι τα υγιή, λόγω της πάθησής τους.

Όπως είναι εύκολα κατανοητό, η παροχή πρώτων βοηθειών σε τυφλά άτομα δεν παρουσιάζει διαφορές από την παροχή πρώτων βοηθειών σε υγιή.

ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ

Είναι η μόνιμη προϊούσα ατομική βλάβη των κινητικών κέντρων του εγκεφάλου, που δεν εξελίσσονται.

Ο όρος «εγκεφαλική παράλυση» αναφέρεται σ' ένα σύνολο περιπτώσεων με διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις, χαρακτηριστικό των οποίων είναι η μόνιμη αλλά μεταβλητή διαταραχή της στάσης και της κίνησης, που οφείλεται σε μη εξελισσόμενη βλάβη του εγκεφάλου, πριν την τελειοποίηση της ανάπτυξης του.³

Η εγκεφαλική παράλυση:

- ❑ Δεν είναι ασθένεια, αλλά κατάσταση με διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας και τύπο διαταραχών.
- ❑ Είναι δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Παρατηρούνται:
 - Διαταραχές λόγου (35-75%)
 - Οπτικές και αντιληπτικές διαταραχές
 - Ανωμαλίες των άκρων
 - Διαταραχές της ακοής (6-16%)
 - Αρχέγονα αντανεκλαστικά (65-75%)
 - Επιληψία (25-50%)

³ Mutch et al., 1992

- Συναισθηματικές διαταραχές και αυτισμός
- Προβλήματα επικοινωνίας
- ❑ Η βλάβη δεν εξελίσσεται.
 - Παράλυση: Πλήρης κατάργηση της κίνησης των προσβαλλόμενων μελών
 - Πάρεση: Εξασθένηση της μυϊκής ισχύος του προσβαλλόμενου μέλους, το οποίο διατηρεί την κινητικότητα του.
 - Σπασμοί κλονικοί: Η γρήγορη εναλλαγή σύσπασης και χάλασης ομάδας μυών, ή ενός μυός, ή τμήματος μυός.
 - Σπασμοί τονικοί: Η συνεχής τετανική σύσπαση μυός, ή ομάδας μυών.

ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ – ΤΟΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Διακρίνεται σε ελαφρά και σοβαρή, με μορφές όπως η Διπληγία, η τετραπληγία και η ημιπληγία.

Στη σπαστικότητα υπάρχει αυξημένος μυϊκός τόνος, μόνιμες συσπάσεις, μόνιμες παραμορφώσεις, η κίνηση είναι είτε περιορισμένη, απότομη και ασταθής, είτε αργή, προμελετημένη και εκρηκτική.

ΔΙΠΛΗΓΙΑ

- ❑ Καθυστέρηση στην καθιστή θέση των 4 σημείων και την ορθοστάτιση
- ❑ Ανόρθωση μόνο με στήριξη
- ❑ 20-25% ανεξάρτητη βάδιση
- ❑ 40-50% βοηθητικά μέσα (μπαστούνι, καρέκλα κ.λ.π.)
- ❑ Στη βάδιση το ένα πόδι πατάει στο πέλμα και το άλλο στα δάχτυλα
- ❑ Υπάρχει χιασμός των σκελών
- ❑ Λόρδωση – σκολίωση - κύφωση

ΗΜΙΠΛΗΓΙΑ (ΣΠΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ)

Η σπαστική ημιπληγία προσβάλλει τη μια πλευρά του σώματος, στο κάτω και στα άνω άκρο. Η ένταση της προσβολής μπορεί να διαφέρει από το άνω στα κάτω άκρο. Υπάρχει κάμψη του κορμού και του αυχένα προς τη μη προσβεβλημένη πλευρά.

Τα άτομα με σπαστική ημιπληγία παρουσιάζουν προβλήματα στο λόγο, στη όραση και έχουν νοητική υστέρηση (40%)

ΤΡΙΠΛΗΓΙΑ (2 κάτω άκρα + 1 άνω άκρο)

ΤΕΤΡΑΠΛΗΓΙΑ

▣ Σπαστική (2 κάτω άκρα + 2 άνω άκρα)

Είναι πολύ δύσκολος ο έλεγχος της κεφαλής και αδύνατη η στροφή του κορμού.

Τα άτομα με τετραπληγία παρουσιάζουν ακόμα:

- Μικροκεφαλία (50 – 70%)
- Επιληψία (45 – 60%)
- Νοητική υστέρηση (90%)
- Κύφωση – σκολίωση
- Αδυναμία κίνησης των χεριών
- Δυσκολία στη στάση και στη βάδιση
- Αγκυλώσεις και παραμορφώσεις

▣ Αθετωσική (2 άνω άκρα + κορμός)

Στην αθετωσική τετραπληγία δεν υπάρχει ίση κατανομή σε όλα τα μέλη του σώματος.

- Παρουσιάζεται στο κεφάλι, το λαιμό, τα άνω άκρα και τον κορμό
- Δεν υπάρχει έλεγχος του κεφαλιού, το άτομο κάνει μορφασμούς, προβάλλει τη γλώσσα και δεν ελέγχει το σάλιο του.
- Το κεφάλι του πάσχοντος σπάνια βρίσκεται στο κέντρο, ενώ είναι δύσκολος και ο συντονισμός των χεριών.
- Ο πάσχων δεν μπορεί να πάρει πρηνή θέση.
- Κινείται συνεχώς.
- Σε περίπτωση καθίσματος, υπάρχει πτώση προς τα πίσω.
- Είναι δύσκολος ο συντονισμός ματιού και χεριού

Ανάλογα με τη μορφή και με τη βαρύτητα της πάθησης, οι τρόποι αντιμετώπισης είναι:

- Απόκτηση σχολικών γνώσεων και δεξιοτήτων
- Απόκτηση ατομικών συνηθειών και δεξιοτήτων
- Ανάπτυξη κοινωνικότητας και κοινωνικών συνηθειών
- Γλωσσική ανάπτυξη και δεξιότητα επικοινωνίας
- Βελτίωση της κινητικότητας
- Συναισθηματική ισορροπία
- Απόκτηση επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων

Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση, ανάλογα με το βαθμό της πάθησης τους, μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται μέχρι ενός σημείου, πάντα όμως έχουν την ανάγκη της προσοχής του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος.

Άτομα με βαρεία εγκεφαλική παράλυση είναι απαραίτητο να έχουν συνέχεια κάποιον δίπλα τους, αφ' ενός για τη διαρκή φροντίδα και αφ' ετέρου για την αποφυγή τραυματισμού τους.

Είναι απόλυτα κατανοητό πως οι περιπτώσεις που τα άτομα αυτά θα χρειαστούν την παροχή πρώτων βοηθειών, είναι στατιστικά πολύ περισσότερες απ' ότι στα μη πάσχοντα. Η διαφορά είναι πως, επειδή όπως προείπαμε πάντα υπάρχει συνοδός, πολλές καταστάσεις αποφεύγονται, ή εξελίσσονται σε ελαφράς μορφής.

Τέλος, δεδομένου ότι η φροντίδα ατόμων με εγκεφαλική παράλυση απαιτεί ιδιαίτερες γνώσεις –γνώσεις που λαμβάνουν οι συνοδοί τους από εξειδικευμένα άτομα-, είναι προφανές ότι μεταξύ των άλλων υπάρχει και εκπαίδευση τους στην παροχή πρώτων βοηθειών.

Κατά τα άλλα, η παροχή πρώτων βοηθειών δεν διαφέρει από τα τετριμμένα.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Συνήθως οφείλεται σε αιμορραγία από ρήξη αγγείου, από θρόμβωση ή εμβολή ή και μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

- 1) Τοποθέτηση του κεφαλιού του πάσχοντος ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα (ημικαθισμένος).
- 2) Τοποθέτηση κρύου επιθέματος ή παγοκύστης στο κεφάλι.
- 3) Πρόκληση εμετού.
- 4) Διακομιδή του αρρώστου στο νοσοκομείο.

Απαγορεύονται τα υπνωτικά, ηρεμιστικά φάρμακα χωρίς εντολή γιατρού.

ΚΩΛΙΚΟΣ (ΓΕΝΙΚΑ)

Σαν κωλικός χαρακτηρίζεται ο οξύτατος πόνος που προέρχεται από σπασμό κοίλου σπλάχνου, τραυματισμό, ή αιφνίδιο ερεθισμό.

- 1) Χορηγούνται σπασμολυτικά σε συνδυασμό με αναλγητικά φάρμακα. Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση κάμψης.
- 2) Τοποθετούμε θερμό επίθεμα (θερμοφόρα, ή ζεστή κεραμίδα, ή τούβλο τυλιγμένο με ύφασμα).

Προσοχή χρειάζεται αν ο κωλικός είναι στην κοιλιά, πρέπει να είμαστε βέβαιοι ότι δεν υπάρχει διάτρηση, ή αιμορραγία, ή περιτονίτιδα (π.χ. οξεία σκωληκοειδίτιδα).

ΓΑΣΤΡΙΚΟΣ ΚΩΛΙΚΟΣ

Παρουσιάζονται κράμπες στο στομάχι, αίσθημα πίεσης στην κοιλιά, χλωμό πρόσωπο και εφίδρωση.

- 1) Προκαλούμε εμετό με ζεστό νερό και αλάτι, ή με χαμομήλι και λίγη σόδα, ή ερεθίζοντας του τον οισοφάγο.
- 2) Δίνουμε λάβδανο.
- 3) Το διαιτολόγιο μετά θα πρέπει να είναι ελαφρύ και αυτό ώσπου να επανέλθει σιγά-σιγά στο κανονικό.

ΣΚΩΛΗΚΟΕΙΔΙΤΙΔΑ

Όταν πάθει κρίση σκωληκοειδίτιδας τοποθετούμε παγοκύστη στην κοιλιά. Τον διακομίζουμε στο νοσοκομείο. Αποφεύγουμε τα υγρά και τα παυσίπονα για να μην καλύψουν τα συμπτώματα.

ΜΥΪΚΗ ΚΡΑΜΠΑ

Είναι η απότομη και επώδυνη συστολή ενός μυός, συνήθως συμβαίνει κατά την διάρκεια βαριάς σωματικής άσκησης (π.χ. κολύμβησης).

- 1) Τεντώνουμε τον μυ που έπαθε την κράμπα σε διάταση όπως βρίσκεται πιέζουμε τον μυ δυνατά στο πιο επώδυνο σημείο τουλάχιστον για δέκα δευτερόλεπτα (10").
- 2) Τοποθετούμε θερμό επίθεμα ή κάνουμε ζεστό μπάνιο ή κάνουμε μασάζ με θερμαντική αλοιφή.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Συνήθως γίνεται μετά από ισχυρό χτύπημα, τα σημάδια που θα μας κάνουν να ανησυχήσουμε θα είναι:

- 1) Εμετός χρώματος ίδιο με του καφέ, βήχει και τα πτύελα περιέχουν αίμα, τα κόπρανα του είναι μαύρα με αίμα,
- 2) είναι ωχρός με ψυχρό γλοιώδες δέρμα, έχει γρήγορο και αδύνατο σφυγμό, τον κατέχει ανησυχία, αισθάνεται φόβο, έχει ελαφρύ πονοκέφαλο και νοητική σύγχυση. Δίψα.

- 3) Τότε θα πρέπει να κάνουμε τα εξής:
- 4) Διατηρούμε ανοιχτούς τους αεραγωγούς, και αν χρειάζεται κάνουμε αναπνευστική ανάκτηση (τεχνική αναπνοή). Ξαπλώνουμε τον άρρωστο. Σηκώνουμε τα πόδια του εκτός κι αν είναι λιπόθυμος ή έχει σοβαρούς τραυματισμούς στο κεφάλι και στην σπονδυλική στήλη. Οπότε τον τοποθετούμε σε πλάγια κατάκλιση με το κεφάλι σε ελαφρά έκταση για να προλάβουμε το σοκ ή τον εμετό. Αν υπάρχει πρόβλημα στην αναπνοή ανασηκώνουμε το κεφάλι του και τους ώμους του ελαφρά, (για να διατηρηθούν οι αεραγωγοί ανοιχτοί).
- 5) Αν αυξηθεί ο πόνος χαμηλώνουμε τα πόδια. Τον κρατούμε ζεστό και αναπνευστικά. Ζητάμε ιατρική βοήθεια.

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Είναι η είσοδος στον οργανισμό φυσικών υγρών, στερεών ή αερίων που διαταράσσουν την ομαλή λειτουργία του οργανισμού. Η κρισιμότητα τους εξαρτάται από την ποσότητα και όχι από την ποιότητα.

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Οι συνηθέστερες οφείλονται:

- α) στις σαλμονέλες (ψάρια-κρέατα),
 - β) στο κλωστηρίδιο της αλλαντιάσεως το οποίο διπλασιάζεται στις κονσέρβες που δεν υπάρχει οξυγόνο.
- 1) Πλύση στομάχου.
 - 2) Πρόκληση εμετού.
 - 3) Χορήγηση αντιδότη.

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΕΝΤΟΜΑ Ή ΑΡΘΡΟΠΟΔΑ

Σφήκες ή μέλισσες

- 1) Αφαιρούμε το κεντρί χωρίς να το σπάσουμε.
- 2) Ζεστές κομπρέσες.
- 3) Αντιισταμινική αλοιφή.
- 4) Κορτιζονούχες αλοιφές.

Σκορπιοί

- 1) Σχίσσιμο και απομύζηση των πληγών .

- 2) Πάγος.
- 3) Αντίδοτο είναι η εργοταμίνη.

Φίδια

- 1) Κατάκλιση ασθενούς.
- 2) Ελαστικός επίδεσμος μεταξύ πληγής και ρίζας του σκέλους.
- 3) Τομή δέρματος.
- 4) Αφαίρεση αίματος (μεγάλη ποσότητα).
- 5) Καυτηριασμός τραύματος.
- 6) Ορός.
- 7) Ζεστά ροφήματα.
- 8) Θερμοφόρες.

Τσούχτρες – θαλασσινά

- 1) Καλή πλύση.
- 2) Όχι τρίψιμο με τα χέρια.
- 3) Αμμωνία.
- 4) Κορτιζόνη.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αϋπνία

Παρουσιάζεται σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα και σε άτομα με πνευματική υπερκόπωση.

Υστερία

- 1) Πίεση θηλής αυτιών.
- 2) Χαστούκι. Ο ισχυρός πόνος επαναφέρει τους πάσχοντες.

Λιποθυμία

Είναι η απώλεια αισθήσεως από στιγμιαία έλλειψη αίματος στον εγκέφαλο.

- 1) Τοποθέτηση ασθενούς υπτίως.
- 2) Ανασήκωμα των ποδιών .
- 3) Χαλάρωση γραβάτας.
- 4) Αμμωνία ή κολόνια
- 5) Ζεστός καφές ή τσάι
- 6) Ανάπαυση μετά την λιποθυμία.

ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Τα εγκαύματα διαιρούνται σε τρεις βαθμούς αναλόγως της κλινικής εικόνας που παρουσιάζουν.

- ❑ Α' Βαθμού: Τοπική ερυθρότητα της περιοχής.
- ❑ Β' Βαθμού: Σχηματισμός φυσαλίδων.
- ❑ Γ' Βαθμού: Νέκρωση της περιοχής.

Σε μικρά εγκαύματα χρησιμοποιούμε Βαζελινούχες γάζες και παυσίπονα για τον πόνο.

Επίσης χορηγούμε υγρά (2 Kg ημερησίως) και αλάτι στο νερό. Σε μεγάλα εγκαύματα καλύπτουμε με κουβέρτα τον ασθενή και τον διακομίζουμε στο νοσοκομείο.

Σε κάθε στιγμή κάποιο ατύχημα μπορεί να συμβεί. Ατυχήματα στο σπίτι, στο σχολείο, στη δουλειά, στο δρόμο. Μια σύγκρουση αυτοκινήτων, μια πυρκαγιά, ένας πνιγμός στη θάλασσα, μια έκρηξη, είναι καθημερινά γεγονότα που γεμίζουν τις στήλες των εφημερίδων. Κάποιος που θα βρεθεί κοντά στο ατύχημα μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια, αν γνωρίζει μερικά βασικά πράγματα. Αντίθετα, η άγνοια εξουδετερώνει κάθε καλή πρόθεση και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά λάθη. Σε τροχαίο : Τοποθετούμε τρίγωνο σε μεγάλη απόσταση από το ατύχημα, σβήνουμε τη μηχανή του αυτοκινήτου.

Φυσικά σ' ένα ατύχημα εκείνο που θα πρέπει χωρίς καθυστέρηση να γίνει είναι να εξασφαλιστεί ή βοήθεια ενός γιατρού και η ασφαλής μεταφορά του θύματος στο νοσοκομείο. Μέχρις όμως έρθει ο γιατρός ή το ασθενοφόρο μπορεί να έχει χαθεί ή η ευκαιρία να σωθεί μια ανθρώπινη ύπαρξη.

Τι πρέπει να κάνουμε στον τραυματία

Πρώτη φροντίδα πρέπει να είναι η εξασφάλιση ελεύθερης αναπνοής στο θύμα, αφού η ασφυξία αποτελεί άμεσο κίνδυνο για τη ζωή του.

Δεύτερη φροντίδα πρέπει να είναι το σταμάτημα της αιμορραγίας. Η αιμορραγία είναι συχνά η αίτια θανάτου σε άτομα που έχουν τραυματισθεί.

Άλλες φροντίδες είναι να ελαττωθεί ο πόνος, να εμποδιστεί η μόλυνση και να τονωθεί το ηθικό του τραυματία.

Τι δεν πρέπει να κάνουμε στον τραυματία

Κάθε μετακίνηση του θύματος που δεν είναι απαραίτητη πρέπει ν' αποφεύγεται, γιατί μπορεί να χειροτερέψει την κατάσταση του.

Τις περισσότερες φορές, δεν υπάρχει λόγος να αφαιρούνται ή να καταστρέφονται τα ρούχα του τραυματία. Σε περίπτωση ανάγκης μπορεί απλά να κοπούν τα ρούχα στην περιοχή του τραύματος. Αν χρειαστεί ν' αφαιρεθεί ένα ρούχο, αυτό πρέπει να γίνει με τις λιγότερες δυνατές κινήσεις του τραυματία, αφού ελευθερωθούν πρώτα τα μέρη που δεν έχουν τραυματισθεί και τελευταία το τραυματισμένο μέλος ή τμήμα του σώματος

Αν δεν μπορούμε να επέμβουμε, ζητάμε βοήθεια.

ΧΗΜΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ

Γίνεται από υγρά και κυρίως από οξέα. Ως αντίδοτο χρησιμοποιούμε αλκαλικά (π.χ. κοινή σόδα). Πριν την χρησιμοποίηση του αντιδότη γίνεται καλή πλύση με νερό. Για τα μάτια γίνεται πλύση με φυσιολογικό ορό ή χαμομήλι.

ΚΕΡΑΥΝΟΠΛΗΞΙΑ

Μόλις ο κεραυνός χτυπήσει κάποιον:

- 1) Τον απομακρύνουμε από τον τόπο που έπεσε ο κεραυνός γιατί μπορεί να ξαναπέσει στο ίδιο σημείο πάλι.
- 2) Ξαπλώνουμε οριζόντια τον κεραυνόπληκτο απ' ευθείας στο έδαφος, του χαλαρώνουμε τα ρούχα και αφαιρούμε τα υποδήματα του.
- 3) Προσπαθούμε να του επαναφέρουμε τις αισθήσεις, δοκιμάζοντας εντριβές και ράντισμα νερού στο πρόσωπο.
- 4) Αν δεν συνέλθει πρέπει αμέσως να εφαρμόσουμε το φιλί της ζωής στόμα με στόμα, και την καρδιακή ανάνηψη (μαλάξεις).

ΦΩΤΟΠΛΗΞΙΑ

Είναι έγκαυμα των οφθαλμών και του δέρματος με κύριο αίτιο την Οξυγονοκόλληση.

- 1) Κατάκλιση.
- 2) Ψυχρά επιθέματα (χαμομήλι).
- 3) Κάλυψη των οφθαλμών για σκοτεινό περιβάλλον .

ΘΕΡΜΟΠΛΗΞΙΑ

Παρουσιάζεται επί αυξήσεως της θερμοκρασίας σε κλειστούς χώρους ή ακόμη και του περιβάλλοντος π. χ . καύσωνας.

- 1) Τοποθέτηση ασθενούς υπτίως σε σκιερό και δροσερό μέρος.
- 2) Αφαίρεση των ρούχων.
- 3) Επικάλυψη με κρύα σεντόνια.
- 4) Ελαφρές εντριβές από την περιφέρεια προς την καρδιά.
- 5) Υγρά από το στόμα με αλάτι.

ΚΡΥΟΠΛΗΞΙΑ

Είναι η μακροχρόνια έκθεση στο ψύχος. Η επαναθέρμανση πρέπει να γίνει αργά και προοδευτικά.

- 1) Τεχνητή αναπνοή.
- 2) Μεταφορά σε ζεστό μέρος.
- 3) Δεν αλλάζουμε ρούχα ακόμη.
- 4) Θερμοφόρες.
- 5) Αφαίρεση ρούχων .
- 6) Ζεστά ποτά, όχι οινόπνευματώδη.

ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ

Είναι η επαφή του ανθρώπινου σώματος με το ηλεκτρικό ρεύμα. Οι ενέργειες που πρέπει να κάνουμε είναι:

- 1) Διακοπή παροχής ρεύματος.
- 2) Απομάκρυνση ασθενούς από το ρεύμα με ουδέτερο υλικό (π.χ. ξύλο).
- 3) Τεχνητή αναπνοή.
- 4) Καρδιακές μαλάξεις. Εισαγωγή στο νοσοκομείο για παρακολούθηση γιατί απορυθμίζεται η λειτουργία της καρδιάς.

Σε φωτιά : Αν είναι δυνατόν σβήσιμο της φωτιάς με κατάλληλο μέσο, διαφορετικά απομάκρυνση του τραυματία σε ασφαλές μέρος. Μετά τη κατάσβεση, ή τον περιορισμό της φωτιάς παρέχουμε τις πρώτες βοήθειες στον τραυματία.

ΝΑΥΤΙΑ

Παρουσιάζεται σε ευπαθή άτομα μετά από συνεχή κίνηση (π.χ. πλοίο, αεροπλάνο κ.λ.π.).

- 1) Βάζουμε τον ασθενή ύπτια.
- 2) Του συστήνουμε να μη περιφέρει το βλέμμα του και να το έχει προσηλωμένο σε ένα σημείο.
- 3) Να παίρνει βαθιές εισπνοές από το στόμα και να εκπνέει από τη μύτη.
- 4) Προτού να ταξιδεύει να μην πει πολλά υγρά και να τρώει κάτι ελαφρύ.

ΑΛΚΟΟΛ

- 1) Α' Βοήθειες:
- 2) Πρόκληση εμετού (Χλιαρό νερό ή σαπούνι).
- 3) Δυνατός καφές.
- 4) Οξυγόνο.
- 5) Τεχνητή αναπνοή. Η θανατηφόρος δόση σε άτομο 70 κιλών είναι 400mg καθαρού αλκοόλ.