

Реферат по теме:

«Сестринский уход при психических расстройствах на фоне эпилепсии»

Выполнил: Булычёв А.А.

Архангельск 2016

Содержание

Введение

1. Понятие эпилепсии и этиология
2. Клинические проявления
3. Сестринский уход при эпилепсии
4. Диагностика и профилактика

Заключение

Список использованных материалов

Введение

Эпилепсия (греч. επιληψία от ἐπιληπτός, «схваченный, пойманный, застигнутый»; лат. epilepsia или caduca) -- одно из наиболее распространённых неврологических заболеваний человека. Русское название болезни "падучая" является калькой с латинского наименования caduca.

Эпилепсия является грозным заболеванием, имеющим большую вариацию сценариев развития. Эпилепсия известна человечеству с незапамятных времён; история хранит множество свидетельств о случаях данной болезни.

Истинное число больных эпилепсией установить трудно, так как многие больные не знают о своем заболевании либо скрывают его. В США, согласно последним исследованиям, эпилепсией страдают не менее 4 млн. человек, а ее распространенность достигает 15-20 случаев на 1000 человек. Кроме того, примерно у 50 из 1000 детей хотя бы раз отмечался припадок при повышении температуры. В других странах эти показатели, вероятно, примерно те же, так как заболеваемость не зависит от пола, расы, социально-экономического статуса или места проживания.

Эпилепсия угрожает современному обществу, поскольку вред от эпилептических припадков может проявиться как по отношению к пациенту, так и по отношению к другим людям и объектам народного хозяйства.

В России, и особенно в Орловской области, традиционно неблагоприятная картина по заболеваемости эпилепсией. В этом свете проблема эпилепсии приобретает особенное значение.

Данная работа ставит своей целью краткий обзор заболевания, проявлений эпилепсии, методов её лечения.

1. Понятие эпилепсии и этиология

Эпилепсия - хроническое психоневрологическое заболевание, характеризующееся склонностью к повторяющимся внезапным припадкам. Припадки бывают различных типов, но в основе любого из них лежит аномальная и очень высокая электрическая активность нервных клеток головного мозга, вследствие которой возникает разряд. При этом возможны три исхода:

- 1) разряд может прекратиться в границах его возникновения;
- 2) он может распространиться на соседние отделы мозга и прекратиться, встретив сопротивление;
- 3) он может распространиться на всю нервную систему и лишь затем прекратиться.

Припадки, возникающие в первых двух случаях, называют парциальными, в последнем же случае говорят о генерализованном припадке. При генерализованных припадках сознание всегда нарушается, тогда как при парциальных оно иногда утрачивается, а иногда сохраняется. Для обозначения припадков нередко используют также термины «судороги», «приступы», «эпизоды».

Хотя припадки могут наблюдаться при многих заболеваниях и, таким образом, могут быть связаны с ними, истинная причина эпилепсии неизвестна. Исследования показывают, что эта болезнь возникает, когда определённая зона мозга повреждена, но окончательно не разрушена. Именно пострадавшие, но сохранившие жизнеспособность клетки служат источником патологических разрядов, а следовательно, и припадков. Иногда во время припадков возникает новое повреждение мозга, вблизи или в отдалении от прежнего. Так формируются дополнительные эпилептические очаги.

До сих пор неизвестно, почему одно и то же заболевание у одного больного сопровождается припадками, а у другого - нет. Еще более загадочно то обстоятельство, что у одних людей, перенесших припадок, он в дальнейшем не повторяется, а у других возникают частые повторные припадки. Важное значение, вероятно, имеет генетическая предрасположенность, однако тип наследования четко не установлен. По-видимому, эпилепсию обуславливает комбинация наследственных и средовых факторов, в том числе перенесённых заболеваний.

2. Клинические проявления

Типы припадков

Большие (генерализованные) судорожные припадки. Этот тип припадков традиционно обозначают французским термином *grand mal* (что и переводится как большой припадок). Он характеризуется выраженными судорогами. Припадку обычно предшествует продромальный период (период предвестников), продолжающийся от нескольких часов до нескольких суток. В это время появляются раздражительность, повышенная возбудимость, снижение аппетита или изменения поведения. Непосредственно перед припадком у некоторых больных возникает аура

- состояние-предвестник, проявления которого варьируют от повторяющихся каждый раз тошноты или подергиваний мышц до ощущения невыразимого восторга. В начале припадка человек может издавать крики или хрюкающие звуки. Он теряет сознание, падает на пол, тело напрягается. Дыхание замедляется, лицо становится серым, синюшным или бледным.

Затем возникают подергивания в руках, ногах или во всём теле. Зрачки расширяются, кровяное давление повышается, лицо наливается кровью, кожа покрывается потом, изо рта выделяется слюна. Часто происходит непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Возможен прикус языка или щёк. Затем мышцы расслабляются, дыхание становится глубоким, судороги стихают. Сознание возвращается сквозь дрему, состояние сопора. Сонливость и спутанность сознания иногда сохраняются в течение суток. Генерализованные припадки могут проявляться по-разному: иногда наблюдается только одна из описанных фаз, иногда - другая их последовательность. Наблюдается ретроградная амнезия, иногда больной помнит лишь ауру. Головная боль, спутанность сознания, боли во всем теле и другие симптомы могут быть связаны с падением во время припадка, сильным мышечным спазмом или ушибами из-за непроизвольных движений. Припадки обычно продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут и проходят самопроизвольно.

Фебрильные судороги обычно представляют собой разновидность генерализованного припадка и возникают у детей при высокой температуре, чаще всего в возрасте от 6 месяцев до 4 лет. У многих из этих детей имеются родственники, страдавшие в детстве такими же приступами. Поскольку в большинстве случаев наблюдаются один-два подобных эпизода, которые в дальнейшем не развиваются в истинную эпилепсию, некоторые специалисты не относят фебрильные судороги к эпилепсии.

Фокальные (частичные) припадки. В них вовлекается лишь какая-то одна часть тела; припадки могут быть моторными или сенсорными и проявляться судорогами, параличами или патологическими ощущениями. Термин «джексоновская эпилепсия» относится к припадкам, имеющим тенденцию перемещаться («маршировать») от одной части тела к другой; иногда такой припадок генерализуется и распространяется на все тело. После судорог конечности в ней до суток может сохраняться слабость (парез). Возникновение ауры, утрата сознания и сонливость после припадка отмечаются не всегда. При этом типе припадков часто, особенно у взрослых, выявляют органическое поражение мозга, так что больным следует как можно быстрее обратиться за медицинской помощью.

Психомоторные припадки характеризуются сочетанием психопатологических и двигательных проявлений. Типичное начало - продром и аура, с возникновением необычного вкуса, запаха или ощущением уже виденного (будто что-то из происходящего виделось ранее), после чего больной теряет контакт с окружающей действительностью. Во время припадка нередко наблюдаются жевание, смех или улыбка, облизывание губ, больной может брыкаться, перебирать руками одежду. Движения обычно координированные, но повторяющиеся и стереотипные; больной не воспринимает окружающих. Во многих случаях припадки проявляются лишь

продолжительными периодами страха, ощущения нереальности происходящего, галлюцинаций, снопоподобного состояния. Воспоминания о приступе часто отсутствуют. Психомоторные припадки чаще всего связаны с эпилептическим очагом в височной доле головного мозга.

Абсансы (малые припадки). Абсансы - особый тип припадков, обычно неизвестного происхождения. Их исторически сложившееся название «малые припадки», или *petit mal*, не охватывает все типы малых припадков. Абсансы обычно возникают в школьном возрасте и проявляются кратковременной потерей сознания. Ребенок внезапно прекращает любую деятельность, лицо застывает, как будто он заснул на ходу, взгляд становится бессмысленным, устремленным в одну точку. Отсюда и термин «абсанс»: *absence* (франц.) - «отсутствие».

Абсанс продолжается от 5 до 25 секунд. Сразу после припадка ребенок возвращается к прерванной деятельности, как будто ничего не случилось. Часто такие припадки остаются незамеченными, пока из-за повторяющихся приступов не возникнет заторможенность или спутанность сознания. Как правило, эта разновидность эпилепсии хорошо поддается лечению противоэпилептическими препаратами.

Абсансы обычно прекращаются к 20 годам.

Малые моторные припадки. Существуют три типа подобных припадков.

Акинетические припадки, или дроп-атаки (от англ. *drop* - падать), характеризуются внезапным опущением головы или падением (как будто человек вдруг «отключился» или его внезапно качнуло вперед). Миоклонические припадки сопровождаются кратковременными подергиваниями, как бывает у здоровых людей при пробуждении или засыпании. Младенческие спазмы (младенческая миоклония, или салаамовы судороги) характеризуются молниеносными приступами, возникающими в раннем детском возрасте, обычно до полутора лет. Как правило, они продолжаются несколько секунд, иногда следуют группами один за другим, часто сменяются плачем. Малые моторные припадки плохо поддаются лечению и часто связаны с резидуальным (остаточным) или прогрессирующим поражением головного мозга. Эпилептический статус - состояние, при котором припадок продолжается часами без перерыва либо приступы следуют друг за другом, а в промежутке между ними сознание полностью не восстанавливается. Хотя статус может быть связан с любым типом припадков, угроза жизни возникает лишь при генерализованных судорогах и дыхательных расстройствах. Смертность при эпилептическом статусе достигает 5-15%. Если он затягивается, более чем в 50% случаев возникает вторичное повреждение мозга, способное привести к слабоумию. Ввиду этой угрозы, больному с длительными судорогами необходима экстренная медицинская помощь.

3. Сестринский уход при эпилепсии

Особенности общения с пациентами. Даже в тех случаях, когда наличествует судорожный синдром, а психические расстройства отсутствуют, у пациентов наблюдаются определенные особенности характера -- обстоятельность, педантизм, склонность к эмоциональным разрядам.

Поэтому даже в отношении таких пациентов следует придерживаться определенных правил общения. Они заключаются в терпеливом выслушивании пациентов, хотя это

нелегко при их медленной, излишне детализированной речи. Следует предвидеть неизбежность разрешения мелких конфликтов пациентов в больничных отделениях или в семье, когда они крайне нервно реагируют на излишне шумных соседей, на динамичные изменения режима, даже на перемещения предметов в палате или в квартире.

Больных эпилепсией нелегко отвлечь -- перевести разговор на другие темы или избрать иные пути рассуждений. Во всяком случае, от медсестры требуется предельное спокойствие.

Еще большее значение имеют терпеливость в общении и спокойствие при разрешении неизбежных конфликтов у эпилептиков с психическими расстройствами. При выслушивании таких лиц, с вязкой, застревающей на одной фразе или слове речью, можно предложить медработникам заканчивать фразы за пациентов.

Споры и конфликты в отделениях или в семьях следует разрешать так, чтобы у пациента осталось впечатление его, по крайней мере, частичной правоты или даже «победы» в конфликте. Советы, замечания следует давать обеим конфликтующим сторонам -- пациенту и его оппонентам.

Всегда необходимо помнить о злопамятстве и коварстве пациентов, страдающих эпилепсией с далеко зашедшими психическими расстройствами. Находясь рядом с ними, следует непрерывно держать их в поле зрения.

Необходимо помнить о возможном развитии у пациентов тяжелых расстройств настроения (дисфорий) и незамедлительно применять меры неотложной помощи. эпилепсия психоневрологический судорога

Пациенты, страдающие эпилепсией, часто обладают завышенной самооценкой; к своим поступкам они не критичны, к мелким обвинениям относятся болезненно. Разрешение конфликтов с их участием часто представляет тяжелый труд для медработников, поэтому умение отдыхать и расслабляться требуется и от них самих. Сбор информации.

Обстоятельность и педантизм больных эпилепсией, являются факторами, облегчающими сбор информации.

Однако даже в отношении пациентов, у которых психических расстройств не наблюдается, использование дополнительных источников информации обязательно. Пациенты чаще не помнят о судорожных и пред судорожных проявлениях, забывают начало припадка, но для лечебного процесса знать характер ауры и бессудорожных проявлений очень важно -- это может определять направленность терапии и решение вопроса об использовании нейрохирургических вмешательств.

Еще в большей степени дополнительные источники информации, сведения, получаемые от родственников и близких, требуются для проведения сестринского процесса у пациентов с психическими расстройствами, обусловленными эпилепсией. Пациенты не помнят о сумеречных состояниях сознания, а расстройства настроения (дисфории) склонны предписывать не болезни, а дурным поступкам окружающих. Больные эпилепсией, в противоположность депрессивным больным, склонны вообще во всем себя оправдывать, в частности во всех возникающих конфликтных

ситуациях в семье.

Нельзя не отметить, что и члены семей, в которых находятся пациенты, страдающие эпилепсией, не всегда ведут себя правильно. Особенно это касается братьев или сестер пациентов. Рассматривая их как «припадочных» или «дурных», они отторгают пациентов, не берут их на прогулки, в молодежные компании и т. д. Таким образом, семейные проблемы следует четко обозначать после сопоставления нескольких версий.

Сведения, которые необходимо получить при сборе информации у пациентов, страдающих эпилепсией:

1. Частота припадков, их дневной либо ночной характер. Осознание пациентом опасных для него ситуаций (купание, приготовление пищи, пребывание на улице с интенсивным дорожным движением и т. п.).
 2. Характер припадков -- судорожных, бессудорожных проявлений, ауры и т. п.
 3. Преимущественный фон настроения пациента, склонность к эмоциональным реакциям: гнев, тоска, экстатические реакции.
 4. Расстройства настроения в анамнезе: дисфории, спровоцированные или не спровоцированные. Поведение пациента в период дисфорий, реакция семьи. Частота дисфорий.
 5. Сумеречные состояния сознания, их проявления, однотипность или разнообразие клиники.
 6. Особенности речи пациентов (обстоятельность, вязкость, «застревания»).
 7. Особенности характера пациента (педантизм, обстоятельность, слащавость, льстивость, коварство и т. п.). Криминальные тенденции личности, склонность к агрессии.
 8. Склонность к потреблению алкоголя: постоянная либо при эмоциональных разрядах.
 9. Интеллектуальный уровень пациента, состояние памяти.
 10. Работоспособность пациента (может работать наравне с другими, в специальных условиях, например в лечебно-трудовых мастерских; нетрудоспособен).
 11. Наличие ограничения трудоспособности, необходимость учреждения опеки.
 12. Положение пациента в семье: сочувствие, понимание, тенденция сглаживания противоречий или частые конфликты с пациентом; отношения с братьями и сестрами; алкогольные традиции в семье и вовлеченность в них пациента
- Типичные проблемы пациентов.

Положение пациента в месте работы или учебы (также сочувствие, понимание, степень конфликтности и пр.). Главнейшей, приоритетной проблемой у пациентов, страдающих эпилепсией, являются судорожные припадки, которые наступают совершенно неожиданно, могут наступить в опасной для больного ситуации, например на улице с интенсивным дорожным движением. Периодические судорожные и иные припадки сами по себе изменяют психическую жизнь пациента, формируют чувство неполноценности, пониженное настроение, недовольство и озлобленность к окружающим.

Периодически возникающие расстройства настроения, приводящие пациента к

конфликтам с окружающими и криминальным поступкам (а также к агрессии в отношении медперсонала). В сумеречном состоянии сознания поведение пациентов также является непредсказуемым.

Склонность к конфликтам с окружающими. Конфликты могут сопровождать больного везде: в семье, на месте работы, в лечебно-трудовых мастерских, в лечебном учреждении.

Непереносимость назначенных им противосудорожных и других средств. Больные эпилепсией, как правило, принимают медикаменты аккуратно, однако многие из них (барбитураты, дифенин и др.) весьма токсичны. Побочные эффекты могут возникнуть, хоть и реже, и при приеме ряда других средств: финлепсина, клоназепама, вальпроата натрия, этосукцимида. Следует помнить, что больные эпилепсией, особенно с психическими расстройствами, склонны к потреблению алкоголя, а это может привести к развитию весьма грозного осложнения болезни -- эпилептического статуса. Планирование сестринских вмешательств и их оценка.

Физические проблемы (припадки, побочные эффекты медикаментов);

Эмоциональные проблемы (расстройства настроения);

Духовно-социальные проблемы, связанные с положением пациентов в семье или в месте занятости.

Типичные сестринские вмешательства у больных эпилепсией:

1.Регистрировать у пациентов частоту и характер судорожных и бессудорожных припадков. Расспрашивать о проявлениях припадков других пациентов либо членов семьи (в амбулаторных условиях). При сериях припадков немедленно вызвать врача и начать выполнение алгоритма неотложной помощи при эпилептическом статусе.

2.Осуществлять назначенную пациенту противосудорожную терапию или прием лечебных средств для профилактики расстройств настроения.

Расспрашивать пациента о переносимости лечебных средств и возможных побочных эффектах.

3.При развитии дисфорий или сумеречных состояний сознания осуществлять неотложную помощь. Все наблюдения тщательно регистрировать с указанием ситуаций, предшествующих появлению дисфорий.

4.При наблюдении за пациентами, находящимися в стационаре, непременно ежедневно регистрировать фон настроения, характер общения с другими пациентами, медработником и другими людьми. Предупреждать возникновение конфликтов и, по возможности, разрешать их.

5.Регистрировать наличие у пациентов агрессивных тенденций в поведении и таких проявлений, как слащавость, льстивость, злопыхательство и т. п., а также изменение агрессивных тенденций под влиянием назначенных пациентам психотропных средств.

6.Научить пациентов (и членов семьи, и близких) избегать ситуаций, при которых развитие припадков может привести к тяжелым последствиям.

7.При выписке из стационара или в амбулаторных условиях активно проводить работу с семьей пациента, затрагивая вопросы правильного отношения к нему. Не допускать отторжения, подчеркнуть особую опасность употребления пациентом

алкоголя и необходимость постоянного приема медикаментов.

8. Информировать семью и близких пациента о возможных побочных эффектах назначенных ему средств.

9. Способствовать трудоустройству пациента, получить точную информацию о его материальном положении и правильности начисления пенсий и пособий.

4. Диагностика и профилактика

Для диагностики эпилепсии очень важна электроэнцефалограмма (ЭЭГ), позволяющая выявить патологическую электрическую активность мозга, а также определить локализацию очага этой активности (эпилептического очага) и степень ее распространения. Однако не у всех больных ЭЭГ бывает изменена, так что нормальная ее картина не исключает эпилепсию.

В большинстве случаев эпилепсию можно выявить лишь по непосредственным клиническим проявлениям эпилептического припадка. Большое значение имеет сбор наследственного анамнеза и анамнеза жизни пациента (вредные социально-бытовые факторы, вредные привычки).

Эпилепсию классифицируют по ее происхождению и типу припадков. По происхождению выделяют два основных типа: идиопатическую эпилепсию, при которой причину выявить не удастся, и симптоматическую эпилепсию, связанную с определенным органическим поражением мозга. Примерно в 50-75% случаев наблюдается идиопатическая эпилепсия.

При всех видах эпилепсии, помимо назначенного врачом лечения, необходимо проводить профилактику.

Поскольку полное излечение практически нереально, и в первую очередь из-за слабой изученности заболевания, цель профилактики - недопущение возникновения припадков.

Очевидно, что причина, провоцирующая припадок любого типа (кроме абсанса) - перенапряжение организма, приближение к границам нормы реакции по какому-либо параметру. Поэтому пациентам рекомендуется соблюдать правило: «Никаких крайностей».

Лица, страдающие эпилепсией, могут вести нормальный образ жизни, учиться, работать, создавать семью. В России эпилепсия не является основанием для отказа в трудоустройстве, если работа не несёт ответственности за жизнь и здоровье людей. Несмотря на частично наследственный характер заболевания, нередко случаи рождения здоровых детей.

Желательны: регулярное питание с ограничением трудноусвояемой пищи, но без снижения калорийности; адекватные и регулярные физические нагрузки без перенапряжения; эмоциональный покой; рекомендованы прогулки на свежем воздухе, морской и горный климат.

Заключение

В данной работе были рассмотрены основные закономерности развития эпилепсии, виды припадков, методы лечения, профилактики, диагностики заболевания.

Эпилепсия является опасным состоянием, человек может нанести себе ощутимый вред, находясь в состоянии эпилептического припадка, да и не только самому себе. Поэтому профилактика возникновения припадков является важной задачей психиатрии и, в особенности, среднего медицинского персонала. Пациент и его родственники должны разбираться в мерах оказания первой медицинской помощи при припадке эпилепсии и в профилактике заболевания.

Однако, ещё более важной задачей является предупреждения рождения детей с эпилепсией. Необходимо проводить санпросветработу о вреде табакокурения, наркомании и алкоголизма, бесконтрольного употребления лекарственных средств и о возможных последствиях рождения детей с эпилепсией.

Проблема эпилепсии очень сложна, но её постепенное решение необходимо и реально.

Список использованных материалов

1. Учебные лекции по дисциплине по соответствующим темам.
2. «Нервные и психические болезни», Морозов и Ромасенко, М., 2013.
3. «Нервные и психические болезни», Бортникова и Зубахина, Р.-н.-Д., 2008.
4. «Психические болезни с курсом наркологии», Зубахина, Р.-н.-Д., 2010.