

A Belgyógyászati Intenzív Osztályon megfigyeléseink során a nemzetközi adatokkal összevetve megállapítottuk, hogy a leggyakoribb halálok a myocardialis infarctus, a tüdőoedema, valamint a bronchopneumonia.

A kórállapot gyors progressziója miatt a stroke betegek a tünetek előrehaladtával idővesztéssel, rendszerint életveszélyes szövődményekkel kerülnek az Intenzív Belgyógyászati Osztályra. Így a betegek sorsának várható kimenetelével fordított arányban áll a betegellátás intenzitása (speciálisan képzett ápolók, orvosok) és a monitorozás színvonala. Megemlítendő az intenzív etikai kérdések is: a kevés ágyszám, igen magas költségek, valamint annak elbírálása, hogy meddig tartandó fenn a szupportív kezelés a definitív állapotú betegek esetében.

Intracranialis térfoglaló folyamatok és fenyegető beékelődés

Engelhardt József

SZOTE, Neurológia

Koponyaüri térszűkítő folyamat esetén az általános koponyaüri nyomásfokozódás jelei kombinálódnak az elsődleges térszűkítő folyamat okozta fokális tünetekkel, a kísérő agyoedema hatására kialakuló eltérésekkel, s a herniációk következtében létrejövő, a herniáció helyére jellegzetes tünetekkel. A herniációk tömegeltolódások a merev dura mater (falx cerebri és tentorium cerebelli) által kompartmentumokra osztott zárt koponyaüregen belül, illetve a koponya- és gerincűr határán.

A LEGGYAKRABBAN ELŐFORDULÓ HERNIATIÓK TÜNETEI

Subfalcialis herniatio (a gyrus cinguli áttolódása a falx alatt). Karakterisztikus klinikai tünetei nincsenek, kísérő jelenségei lehetnek az ipsilateralis arteria cerebri anterior keringésizavara, illetve a koponyaüri nyomásfokozódás általános neurológiai és pszichés tünetei.

Uncalis herniatio (egyik - vagy centrális térszűkítő folyamat esetén mindkét - uncus gyri hippocampi, illetve a temporalis lebeny mediális részének herniációja a tentorium cerebelli nyílásába). Mélyülő kóma, *Cheyne-Stokes-légzés*, brady- vagy tachycardia, tenzióemelkedés az általános tünet. Kezdetben alternáló anisocoria (a nervus oculomotorius vegetatív rostjainak izgalma, illetve bénulása), később fixált, dilatált pupillák, facilitált oculocephalicus reflex figyelhetők meg. Az incisura tentoriiban áthaladó képletek lokális kompressziós károsodása következtében progresszív fokális tünetek (az eredeti kórokat tekintve félrevezető lokalizációs jelek) alakulnak ki: ipsilateralis oculomotorius-bénulás, ipsilateralis hemiparesis (a térszűkítő folyamattal ellenoldali corticospinalis pálya nyomódása az incisura tentorii túlsó széléhez), kétoldali corticospinalispálya-laesio, decerebrációs rigiditás (az aqueductus Sylvii összenyomódásával még inkább fokozódik az intracranialis nyomás). Az arteria cerebri posterior kompressziója következtében kialakuló homónym hemianopia (occipitalis necrosis) a kómából magukhoz tért betegekben fedezhető fel. A híd és a mesencephalon vénáinak a tömegeltolódás hatására létrejött vongálódása miatt kialakuló állományvérzések (Duret) pedig többnyire kórbonctani leletként értékelődnek csak.

Cerebelláris (foramen magnum) herniatio (a cerebelláris tonsillák herniációja a foramen magnumba, a nyúltvelő kompresszióját okozza.) Ha a folyamat nem túlságosan gyorsan jön létre, a még éber betegen tarkótáji fejfájás, kötött tarkó, torticollis, vállparaesthesiák

jelentkezhettek. Ezek a herniatio jelei, míg a később észlelhető extenziós négyvégtag-spazmusok, mély kóma, tág, fénymerev pupillák, légzésleállítás a nyúltvelő kompressziójának tünetei.

A KOPONYAŰRI NYOMÁSFOKOZÓDÁS ÉS HERNIATIÓK LEGGYAKORIBB OKAI

Traumák: intracerebrális vérzés, contusio, subduralis, epidurális haematoma.

Infarctus: supratentorialis vagy infratentorialis (cerebellaris).

Intracerebrális vérzések: supra- vagy infratentoriális (cerebellaris).

Tumorok: primer és metastaticus.

Infekciók: encephalitis, abscessus.

A vénás elfolyás zavarai: sinustrombózisok.

Obstruktív hydrocephalus.

AZ EMELKEDETT INTRACRANIALIS NYOMÁS KEZELÉSE

A felsorolt módszerek egymással kombinálhatók. Intubálás, hyperventilláltatás (az optimális pCO₂ 25-30 Hgmm), Mannitol (20%) iv. (0.5-1 g/kg) 4 óránként, Furosemid 20-40 mg iv. (1-2 amp.), Glycerin (0.5-2 g/kg) 6x150 ml 50%-os oldat p.o./nap vagy 3x500 ml 10%-os oldat iv./nap, Oradexon 4x10 mg iv., im./nap, idegsebészeti kezelés (oki vagy tüneti shunt).

Irodalom

1. *Ropper AH.* Coma and acutely raised intracranial pressure. In: Asbury AK, McKhann GM, McDonald WI (eds.) Diseases of the Nervous System Clinical Neurobiology. WB. Saunders Company, Philadelphia 2nd ed. 1992;978-988.
2. *Adams RD, Victor M.* Principles of Neurology. Chapter 31: Intracranial Neoplasms. McGraw-Hill Information Services Company. New York, 1989;516-553.
3. *Lewis SH, Topel JL.* Coma. In: Weiner WJ (ed.) Emergent and Urgent Neurology. J. B. Lippincott Company. Philadelphia, 1992;1-25.

Sürgősségi ellátás epilepsziás kórképekben

Szupera Zoltán

SZOTE, Neurológia

Az epilepszia a központi idegrendszer fokozott izgalmi állapota következtében spontán visszatérő, rohamszerű tünetekkel járó betegségek gyűjtőfogalma. Krónikus, de nem progresszív betegség. A kezelési stratégia meghatározása és a betegek követése a szakgondozók feladata. A rohamok azonban hirtelen és kiszámíthatatlanul jelentkeznek. Az akut ellátás teendőinek az ismerete ezért a családorvosok, mentőorvosok és a határterületi szakmák képviselői számára kiemelten fontos.

Az akut ellátás főbb szempontjai a következők. Mikor szükséges roham esetén görcsgátló gyógyszert adni? Melyik szert alkalmazzuk, milyen formában és dózisban? Mikor kell a beteget intézetbe utalni?

Feltétlenül ki kell emelni, hogy az epilepsziás rohamok akut ellátásának teendői mindig egyéni elbírálást igényelnek. A problémák sokszor heterogének. Az alábbiak csak irányelvek, a gyakrabban előforduló esetek ellátásához nyújtanak információt.