



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**  
**ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ ΤΑΣΕΩΣ»**



**ΤΟΥΝΤΑΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ**  
**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΜΙΡΕΝΤΑ ΓΕΩΡΓΙΑ**

**Πάτρα, 2019**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι διαταραχές κεφαλαλγίας αποτελούν παγκόσμιο πρόβλημα, επηρεάζοντας ανθρώπους όλων των ηλικιών, φυλών, εισοδηματικών επιπέδων και γεωγραφικών περιοχών. Σε ατομικό επίπεδο, οι πονοκέφαλοι προκαλούν αναπηρία, πόνο και απώλεια ποιότητας ζωής.

**Σκοπός:** σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των διαταραχών κεφαλαλγίας σε βάθος και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ανασκοπικών άρθρων και ερευνητικών μελετών δημοσιευμένων στην Αγγλική γλώσσα, στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων «Pubmed» και «Google Scholar».

**Συμπεράσματα:** Στη σημερινή εποχή η κεφαλαλγία ή πονοκέφαλος αποτελεί το συχνότερο νευρολογικό σύμπτωμα και ένα από τα συμπτώματα για τα οποία κάποιος θα αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Η ημικρανία είναι η πιο συχνή μορφή επεισοδιακής κεφαλαλγίας που προκαλεί αναπηρία και αποτελεί τη συνηθέστερη κεφαλαλγία που παρουσιάζεται στο γενικό πληθυσμό.

**Λέξεις-κλειδιά:** κεφαλαλγία, πρόληψη, αντιμετώπιση, νοσηλευτής

## ABSTRACT

**Introduction:** Headache disorders are a global problem, affecting people of all ages, tribes, income levels and geographical areas. At the individual level, headaches cause disability, pain and loss of quality of life.

**Purpose:** The purpose of the present study is to analyze deep headache disorders and the role of the nurse in preventing and treating the phenomenon.

**Methodology:** Revised articles and research papers published in English were searched, in the electronic 'Pubmed' and 'Google Scholar' databases.

**Conclusions:** Nowadays, headache or headache is the most common neurological symptom and one of the symptoms for which one seeks medical help. Migraine is the most common form of episodic headache that causes disability and is the most common headache seen in the general population.

**Key words:** headache, prevention, treatment, nurse

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ.....	7
1.1 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ.....	7
1.2 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΡΑΝΙΟ .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ.....	11
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	11
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	12
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	14
2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ .....	14
2.4 ΑΙΤΙΑ.....	15
2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> :ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΩΝ .....	18
3.1 ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΥΠΟΥ ΤΑΣΕΩΣ.....	18
3.1.2 Διάγνωση .....	18
3.1.3 Θεραπεία .....	19
3.2 ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ.....	19
3.2.1 Αίτια.....	19
3.2.2 Τύποι ημικρανίας.....	20
3.2.3 Διάγνωση .....	21
3.2.4 Θεραπεία .....	22
3.3 ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ .....	22
3.3.1 Σημεία και συμπτώματα .....	23
3.3.2 Θεραπεία.....	23
3.4 ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ .....	23
3.4.1 Αίτια.....	24
3.4.2 Συμπτώματα.....	25
3.4.3 Διάγνωση αυχενογενή πονοκέφαλου.....	25
3.4.4 Θεραπεία .....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ.....	27
4.1 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	27

4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	28
4.2.1 Μείωση αιτιών ημικρανίας .....	28
4.2.2 Προφυλακτική αγωγή Ημικρανίας .....	31
4.2.3 Προφυλακτική αγωγή Κεφαλαλγίας Τύπου Τάσεως.....	33
4.2.4 Προφυλακτική αγωγή Αθροιστικής Κεφαλαλγίας .....	34
4.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	35
4.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ .....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> : ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ .....	38
5.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	38
5.2 ONLINE ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ .....	39
5.3 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ.....	40
5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ.....	40
5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ.....	42
5.6 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	44
6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄ .....	44
6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄ .....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	55
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	55
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	58
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ .....	58

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κεφαλαλγία αποτελεί μια συνηθισμένη πάθηση, με επικράτηση πάνω από το 90% του γενικού πληθυσμού. Οι διαταραχές κεφαλαλγίας ταξινομούνται γενικά ως πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς και αυτές οι ταξινομήσεις χωρίζονται περαιτέρω σε συγκεκριμένους τύπους κεφαλαλγίας. Οι πρωτοπαθείς διαταραχές κεφαλαλγίας δεν συσχετίζονται με υποκείμενη παθολογία και περιλαμβάνουν ημικρανία, την κεφαλαλγία τύπου εντάσεως και την αθροιστική κεφαλαλγία. Οι δευτεροπαθείς διαταραχές κεφαλαλγίας αποδίδονται σε υποκείμενη παθολογική κατάσταση και περιλαμβάνουν οποιοδήποτε πόνο στην κεφαλή από μολυσματική, νεοπλασματική, αγγειακή ή προκαλούμενη από φάρμακα προέλευση.

Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης συχνά βρίσκουν τη διάγνωση της κεφαλαλγίας δύσκολη και τόσο οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας όσο και οι ασθενείς ανησυχούν για σοβαρές σπάνιες αιτίες πονοκεφάλων όπως οι όγκοι του εγκεφάλου. Οι γενικοί ιατροί είναι συχνά αβέβαιοι για το πότε πρέπει να παραπέμπουν τους ασθενείς στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Επίσης, αναφέρουν ότι 2-3% των ασθενών συμβουλευονται για πονοκεφάλους κάποιον νευρολόγο. Οι πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες δύναται να αντιμετωπιστούν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για πολλούς από τους πρωτοπαθείς πονοκεφάλους.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΕΦΑΛΗΣ

## 1.1 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Ο εγκέφαλος είναι υπεύθυνος για την πραγματοποίηση πολλών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού. Βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και συνδέεται στη βάση του κρανίου με το νωτιαίο μυελό μέσα από μία μεγάλη οπή, το ινιακό τρήμα. (Σαχπατζίδου, 2014)

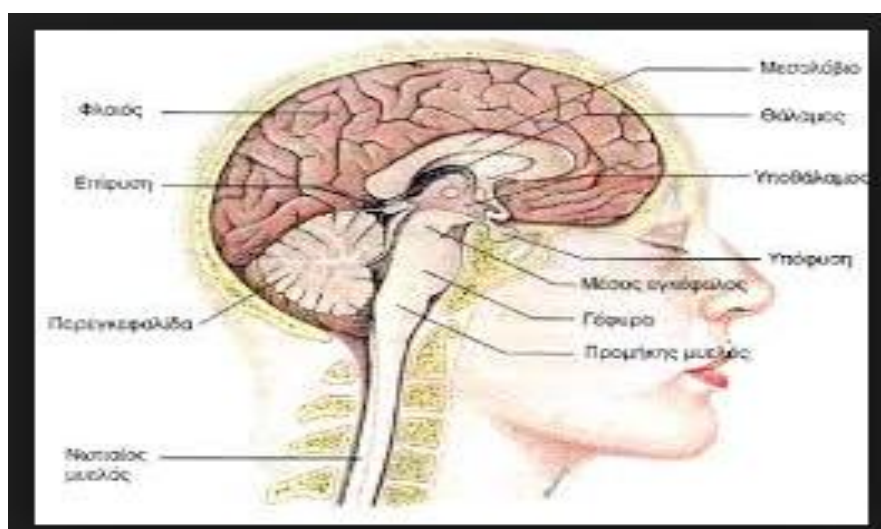
Ο εγκέφαλος αποτελείται από:

A) Τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια που καταλαμβάνουν ολόκληρη την εξωτερική επιφάνεια: Η εξωτερική επιφάνεια του πρόσθιου εγκεφάλου αποτελείται από δυο ημισφαίρια, ένα αριστερό και ένα δεξιό, τα οποία περιβάλλουν όλες τις άλλες δομές του και αποτελούν τη μεγαλύτερη περιοχή του εγκεφάλου. Τα δύο ημισφαίρια μοιάζουν στην όψη, αλλά διαφέρουν ως προς τη λειτουργία τους, καθώς ειδικεύονται σε διαφορετικά είδη δραστηριοτήτων. Κάθε ημισφαίριο ελέγχει κυρίως την αντίθετη πλευρά του ανθρώπινου σώματος. Το δεξιό ημισφαίριο την αριστερή πλευρά και το αριστερό την δεξιά πλευρά. Ωστόσο, η μεταβίβαση των πληροφοριών δεν είναι πάντα ετερόπλευρη, μπορεί να είναι και ομόπλευρη. (Σαχπατζίδου, 2014)

B) Το διάμεσο εγκέφαλο που βρίσκεται στο βάθος των ημισφαιρίων: Το εσωτερικό τμήμα, ο διάμεσος εγκέφαλος δηλαδή, περιλαμβάνει δομές όπως ο θάλαμος, ο υποθάλαμος και η υπόφυση που αποτελούν την κύρια πηγή εισερχόμενων πληροφοριών προς τον εγκεφαλικό φλοιό. Ο θάλαμος είναι το μεγαλύτερο τμήμα του διάμεσου εγκεφάλου και βρίσκεται ανάμεσα στο στέλεχος και τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Είναι μια πολύπλοκη ανατομική δομή που αποτελείται από πολλά επιμέρους τμήματα και συνδέσεις, τους πυρήνες, προκειμένου να πραγματοποιήσει αναδιοργάνωση και αναπροσαρμογή των προϋπαρχόντων νοητικών σχημάτων για την αφομοίωση νέων περιβαλλοντικών πληροφοριών. Στο κάτω μέρος του διάμεσου εγκεφάλου βρίσκεται μια μικρή αλλά εξαιρετικά σημαντική περιοχή, ο υποθάλαμος. Πρόκειται για μια περιοχή που βρίσκεται κάτω από τον θάλαμο και αποτελείται από 22 πυρήνες. Έχει σημαντικές συνδέσεις με το μεταχιακό σύστημα, ελεγχόμενη επιρροή στη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος και κεντρικό ρόλο στη νευροενδοκρινική λειτουργία, εξαιτίας της σχέσης του με την υπόφυση. Στο επάνω μέρος του διάμεσου εγκεφάλου, περίπου κάτω από το σπληνίο του

μεσολοβίου, βρίσκεται η υπόφυση ή κωνάριο. Τόσο ο υποθάλαμος όσο και η υπόφυση σχετίζεται και συνδέεται στενά με το μεταιχμιακό σύστημα και συνιστά ένα σημαντικό εκτελεστικό μηχανισμό για τις εξερχόμενες, κυρίως, πληροφορίες. (Σαχαπατζίδου, 2014)

Γ) Το εγκεφαλικό στέλεχος που συνδέει τον υπόλοιπο εγκέφαλο με το νωτιαίο μυελό: Οι περιοχές του προμήκους μυελού, της γέφυρας, του μεσεγκεφάλου και του διεγκεφάλου, είναι μία ενιαία περιοχή, που ονομάζεται εγκεφαλικό στέλεχος. (Σαχαπατζίδου, 2014)



Εικόνα 1: Ο εγκέφαλος

Πηγή: <https://eclass.gunet.gr/modules/document/file.php/SOCGU222/2010-11/Διαλέξεις/Βιολογικές%20Βάσεις%20Συμπεριφοράς.pdf>

Δ) Την παρεγκεφαλίδα που βρίσκεται στη βάση του εγκεφάλου πίσω από το εγκεφαλικό στέλεχος: Η παρεγκεφαλίδα αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος του οπίσθιου εγκεφάλου. Βρίσκεται πάνω από την τέταρτη κοιλία, στο πίσω μέρος του κρανιακού βόθρου, κάτω από τον ινιακό λοβό. Η παρεγκεφαλίδα συνδέεται με το στέλεχος του εγκεφάλου με τρία ογκώδη ζεύγη νευρικών ινών, τα κάτω, τα μέσα και τα άνω παρεγκεφαλιδικά σκέλη, τα οποία συνδέουν την παρεγκεφαλίδα με τον προμήκη, τη γέφυρα και τον μέσο εγκέφαλο αντίστοιχα. Τα δύο από αυτά φέρνουν πληροφορίες από τα διάφορα μέρη του ΚΝΣ και ένα στέλνει ίνες στο ΚΝΣ. (Σαχαπατζίδου, 2014)



Τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι υπεύθυνα για την κίνηση, την αίσθηση, την σκέψη, την κρίση κλπ. Το εγκεφαλικό στέλεχος περιλαμβάνει το μεσεγκέφαλο, τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό. (Crossman, Neary, 2003)

Στο στέλεχος υπάρχουν ζωτικά νευρικά κέντρα που ρυθμίζουν την αναπνοή και την καρδιακή λειτουργία. Επίσης υπάρχουν άλλα κέντρα που ρυθμίζουν την κινητικότητα των ματιών, των βλεφάρων καθώς και την κινητικότητα και αισθητικότητα του προσώπου, του στόματος, της γλώσσας, του φάρυγγα και του λάρυγγα. (Crossman, Neary, 2003)

Οι ανώτερες ψυχικές και γνωστικές λειτουργίες όπως σκέψη, αντίληψη, μνήμη, που έχουν ως κέντρο τον φλοιό του εγκεφάλου, εξαρτώνται κυρίως από το δικτυωτό σχηματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Η βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους συνεπάγεται διαταραχή της λειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού και συνεπώς δυσλειτουργία ολόκληρου του εγκεφάλου. (Σαχπατζίδου, 2014)

## 1.2 ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΚΡΑΝΙΟ

Ο σκελετός της κεφαλής ή κρανίο διαιρείται στο εγκεφαλικό ή κυρίως κρανίο και στο προσωπικό ή σπλαχνικό κρανίο. Το πρώτο ονομάζεται έτσι γιατί μέσα του βρίσκεται ο εγκέφαλος και το δεύτερο επειδή σχηματίζει το πρόσωπο και σε αυτό βρίσκονται σπλάχνα δηλαδή όργανα. (Τσιντώνη, 2012)

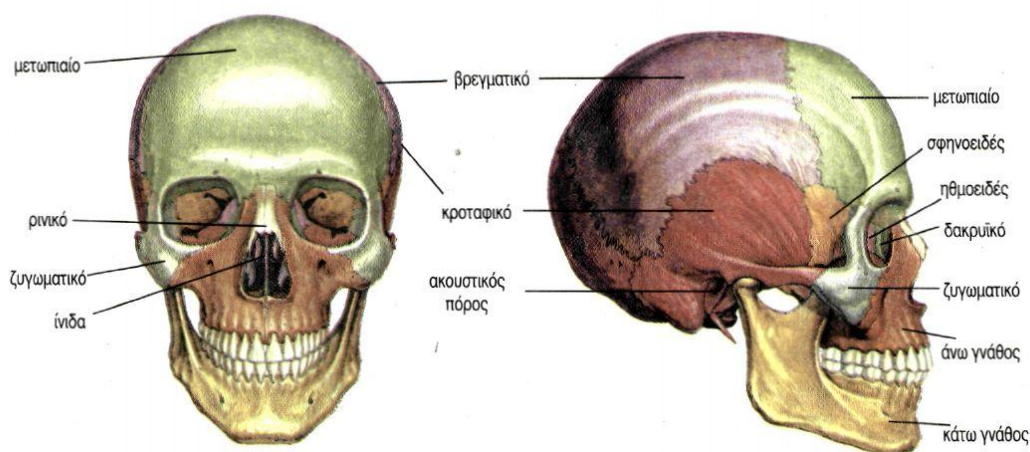
Τα οστά από τα οποία αποτελείται το κρανίο είναι:

A) οστά εγκεφαλικού κρανίου: το μετωπιαίο οστό, τα βρεγματικά, τα κροταφικά, το ινιακό οστό, το σφηνοειδές οστό και το ηθμοειδές οστό.

B) οστά προσωπικού κρανίου: τα ζυγωματικά, τα ρινικά, τα δακρυικά, τα οστά των ρινικών κογχών, η ύνιδα, οι άνω γνάθοι, τα υπερώια οστά και η κάτω γνάθος.

Τα μέρη όπου συνδέονται τα οστά μεταξύ τους λέγονται ραφές. Το μετωπιαίο ενώνεται με το βρεγματικό με τη στεφανιαία ραφή, τα δύο βρεγματικά μεταξύ τους με την οβελιαία ραφή και τα βρεγματικά με το ινιακό με τη λαμδοειδή ραφή. Το ανώτερο τμήμα του κρανίου ονομάζεται θόλος, ενώ το κατώτερο βάση. Στη βάση του κρανίου υπάρχουν πολλά τρήματα μέσα από τα οποία διέρχονται τα εγκεφαλικά νεύρα καθώς επίσης και διάφορα αγγεία για την αιμάτωση του εγκεφάλου. Επίσης περιέχει μερικές κλειστές κοιλότητες που ονομάζονται κόλποι. Οι κόλποι του κρανίου καλύπτονται από αναπνευστικό επιθήλιο και πληρούνται με αέρα, ενώ ο ακριβής τους ρόλος δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί. (Savola and Hillbom, 2003, Τσιντώνη, 2012)

Τα οστά του κρανίου σχηματίζονται τόσο με ενδομεμβρανώδη όσο και με ενδοχόνδρια οστέωση. Τα οστά του προσωπικού και τα ανώτερα και πλευρικά τμήματα του εγκεφαλικού κρανίου σχηματίζονται με ενδομεμβρανώδη οστέωση, ενώ τα οστά που στηρίζουν τον εγκέφαλο (ινιακό, σφηνοειδές, ηθμοειδές και κροταφικό) κυρίως παράγονται με ενδοχόνδρια οστέωση. Κατά την γέννηση το κρανίο αποτελείται από 404 διαφορετικά οστικά στοιχεία. Καθώς όμως προχωρά η ανάπτυξη τα στοιχεία αυτά υφίστανται προοδευτική συγχώνευση για να σχηματίσουν συμπαγές οστό.



**Εικόνα 2: Τα οστά του κρανίου**

**Πηγή:** <http://ebooks.edu.gr/modules/ebook/show.php/DSGL-A105/43/270,1253/>

Τα οστά του θόλου αρχικά χωρίζονται μεταξύ τους από περιοχές πυκνού συνδετικού ιστού που ονομάζονται ραφές. Υπάρχουν πέντε ραφές: μετωπιαία, στεφανιαία, οβελιαία, λαμδοειδής και λεπιδοειδής. Μεγαλύτερες περιοχές συνδετικού ιστού που αποτελούν και σημεία συνάντησης των ραφών ονομάζονται πηγές. Οι πηγές είναι έξι: πρόσθια, οπίσθια, δύο σφηνοειδείς και δύο μαστοειδείς. Κατά την γέννηση τα στοιχεία αυτά είναι ινώδη και κινητά, πράγμα απαραίτητο τόσο για την ανάπτυξη των οστών όσο και για την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Όσο προχωρά η ανάπτυξη ο συνδετικός ιστός των ραφών και των πηγών προοδευτικά αντικαθίσταται από οστό. Η οπίσθια πηγή συνήθως κλείνει σε οκτώ εβδομάδες, ενώ η πρόσθια μπορεί να παραμείνει ανοικτή μέχρι και δεκαοκτώ μήνες. (Savola and Hillbom, 2003, Τσιντώνη, 2012)

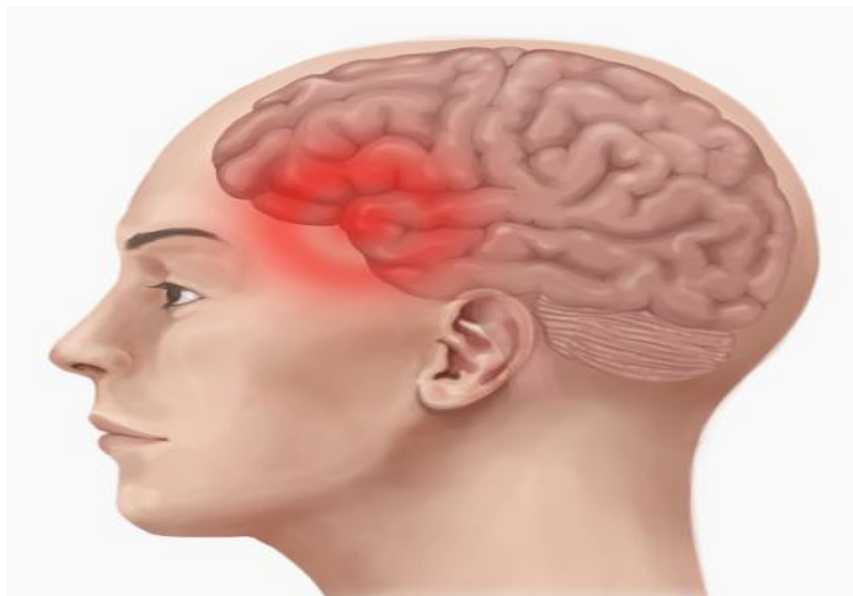
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ένας πονοκέφαλος είναι μια πολύ κοινή κατάσταση που προκαλεί πόνο και δυσφορία στο κεφάλι, το κρανίο ή τον αυχένα. Εκτιμάται ότι επτά στα 10 άτομα έχουν τουλάχιστον έναν πονοκέφαλο κάθε χρόνο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) αναφέρει ότι σχεδόν το ήμισυ του συνόλου των ενηλίκων παγκοσμίως θα αντιμετωπίσει πονοκέφαλο κάθε χρόνο.

Ένας πονοκέφαλος μπορεί να είναι ένα σημάδι άγχους ή συναισθηματικής δυσφορίας ή μπορεί να οφείλεται σε ιατρική διαταραχή, όπως η ημικρανία ή η υψηλή αρτηριακή πίεση, το άγχος ή η κατάθλιψη. (Bendtsen et al., 2010)

Οι πονοκέφαλοι μπορεί μερικές φορές να είναι ήπιοι, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσουν έντονους πόνους που δυσκολεύουν τη συγκέντρωση στην εργασία και την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Ευτυχώς, οι περισσότεροι πονοκέφαλοι μπορούν να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή και αλλαγές στον τρόπο ζωής. (Bendtsen et al., 2010)



Εικόνα 3: Κεφαλαλγία

Πηγή: <http://www.painspa.co.uk/conditions/headaches/>

Ο πόνος προέρχεται από τους ιστούς και τις δομές που περιβάλλουν το κρανίο ή τον εγκέφαλο επειδή ο ίδιος ο εγκέφαλος δεν έχει νεύρα που προκαλούν την αίσθηση του

πόνου (ίνες πόνου). Το λεπτό στρώμα του ιστού που περιβάλλει τα οστά, τους μυς, τα μάτια, τα αυτιά, καθώς και τους λεπτούς ιστούς που καλύπτουν την επιφάνεια του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, αρτηρίες, φλέβες και νεύρα, δύναται να ερεθιστούν ή να παρουσιάσουν φλεγμονή με αποτέλεσμα την παρουσία πονοκεφάλου. Ο πόνος μπορεί να είναι παλλόμενος, διαλείπων, ήπιος ή έντονος.

Οι πονοκέφαλοι μπορεί να είναι πιο περίπλοκοι. Τα διαφορετικά είδη μπορεί να έχουν το δικό τους σύνολο συμπτωμάτων, να συμβαίνουν για μοναδικούς λόγους και να χρειάζονται διαφορετικά είδη θεραπείας.

## 2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ήδη από το 7000 π.Χ., τα σημάδια της αρχαίας νευροχειρουργικής ήταν εμφανή. Τα νεολιθικά κρανία δείχνουν ότι είχε αφαιρεθεί ένα τμήμα οστού από το κρανίο προφανώς με την αιτιολογία να απελευθερωθούν δαίμονες και κακά πνεύματα από το κεφάλι. Ο αρχαίος άνθρωπος πίστευε ότι αυτά τα πνεύματα ήταν η αιτία των πονοκεφάλων και των διαταραχών όπως η τρέλα και η επιληψία. Η συγκεκριμένη επέμβαση εξακολουθούσε να συνιστάται από μερικούς ιατρούς του 17ου αιώνα για τη θεραπεία της ημικρανίας. Το 1660, ο William Harvey το συνέστησε σε έναν ασθενή με συνεχή ημικρανία. (Louise, 2018)

Στον **πάπυρο** Ebers όπου είναι ένας αιγυπτιακός ιατρικός **πάπυρος** που χρονολογείται γύρω στο 1550 π.Χ. αναφέρεται ότι η ημικρανία, η νευραλγία και ο πονοκέφαλος αντιμετωπιζόταν μέσα από μια διαδικασία κατά την οποία θεωρείτο ότι τα ονόματα των θεών μπορούσαν να θεραπεύσουν τις ασθένειες τους. (Louise, 2018)

Ο Ιπποκράτης - το 400 π.Χ. - ήταν ο πρώτος που περιγράφει τα οπτικά συμπτώματα της ημικρανίας. Περιέγραψε ένα λαμπερό φως, συνήθως στο δεξιό μάτι, ακολουθούμενο από βίαιο πόνο που φτάνει σε ολόκληρη την περιοχή του κεφαλιού και του λαιμού. Ο Ιπποκράτης σημείωσε επίσης τη σχέση ανάμεσα στον πονοκέφαλο και τις διάφορες καθημερινές δραστηριότητες. (Louise, 2018)

Οι ευρωπαϊκές μεσαιωνικές θεραπείες πονοκεφάλου περιλάμβαναν φάρμακα που εφαρμόζονταν στο κεφάλι και διαλύματα οπίου και ξυδιού. Το ξίδι στο διάλυμα πιθανότατα χρησιμοποιήθηκε για να ανοίξει τους πόρους του τριχωτού της κεφαλής, επιτρέποντας έτσι να απορροφάται γρήγορα το όπιο μέσω του δέρματος. (Louise, 2018)

Τριακόσια χρόνια αργότερα, το 1672, ο Thomas Willis εισήγαγε τον όρο "νευρολογία". Ο Willis έκανε εξαιρετικά ακριβείς παρατηρήσεις για την ημικρανία και γνώριζε τις πολλές αιτίες της ημικρανίας, συμπεριλαμβανομένης της κληρονομικότητας, των αλλαγών της εποχής, των ατμοσφαιρικών καταστάσεων και της διατροφής. Ο Willis εισήγαγε επίσης την αγγειακή θεωρία της κεφαλαλγίας, δηλώνοντας ότι η ημικρανία προκλήθηκε από αγγειοδιαστολή, επισημαίνοντας ότι τα συμπτώματα κεφαλαλγίας σχετίζονταν με αργούς ανερχόμενους σπασμούς που άρχιζαν στα περιφερειακά άκρα των νεύρων. (Louise, 2018)



**Εικόνα 4: Κεφαλαλγία**

**Πηγή: <http://www.petrfishermovement.com/q-what-do-your-neck-pain-your-back-pain-and-your-headache-have-in-common/>**

Ο William Gowers - γνωστός ως ένας από τους ιδρυτές της σύγχρονης νευρολογίας και ένας διάσημος γιατρός στα τέλη του 18ου αιώνα δημοσίευσε το σημαντικότερο βιβλίο νευρολογίας, "Εγχειρίδιο Νόσων του Νευρικού Συστήματος". Στο διάβασμά του για τη θεραπεία της ημικρανίας, ο Gowers υπογράμμισε τη σημασία μιας υγιεινής διατροφής. Ο Gowers εφεύρε επίσης μια θεραπεία πονοκεφάλου που έγινε γνωστή ως το "μίγμα Gowers", ένα διάλυμα νιτρογλυκερίνης με αλκοόλη σε συνδυασμό με

άλλους παράγοντες. Ο Gowers τάχθηκε υπέρ της μαριχουάνα για να ανακουφίσει τον πονοκέφαλο.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1930, ο Harold Wolfe ήταν ο πρώτος άνθρωπος που μελέτησε την περίπτωση του πονοκέφαλου σε εργαστήριο, πραγματοποιώντας πολλά πειράματα που υποστήριζαν την αγγειακή θεωρία της κεφαλαλγίας. (Louise, 2018)

## 2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η κεφαλαγία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, το πραγματικό μέγεθος του οποίου δεν έχει πλήρως αναγνωριστεί μέχρι τώρα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού με διαταραχή κεφαλαλγίας είναι 47%, 10% για την ημικρανία, 38% για κεφαλαγία τύπου τάσης, και 3% για τη χρόνια κεφαλαγία που διαρκεί για περισσότερο από 15 ημέρες ανά μήνα. (Louise, 2018)

Οι πονοκέφαλοι είναι οι πιο διαδεδομένες νευρολογικές διαταραχές και μεταξύ των συχνότερων συμπτωμάτων που παρατηρούνται. Το 50% του γενικού πληθυσμού έχει πονοκεφάλους κατά τη διάρκεια ενός δεδομένου έτους και πάνω από το 90% αναφέρει ένα ιστορικό πονοκεφάλου σε όλη τη ζωή. Ο μέσος όρος επιπολασμού της ημικρανίας σε όλη τη ζωή είναι 18% και ο μέσος όρος της επικράτησης κατά το παρελθόν έτος είναι 13%. Ο επιπολασμός της ημικρανίας σε παιδιά και εφήβους είναι 7,7%. Η κεφαλαγία τύπου τάσης είναι συχνότερη από την ημικρανία, με επικράτηση κατά τη διάρκεια ζωής κατά περίπου 52%. Ωστόσο, μόνο οι συχνές ή οι χρόνιες κεφαλαλγίες τύπου εντάσεως είναι απενεργοποιημένες. Το 3% του γενικού πληθυσμού έχει χρόνια πονοκέφαλο, δηλαδή κεφαλαγία  $\geq 15$  ημέρες ανά μήνα (Abu-Arafah et al., 2010).

## 2.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Ο εγκέφαλος δεν είναι ευαίσθητος στον πόνο, επειδή στερείται υποδοχείς πόνου. Ωστόσο, πολλές περιοχές της κεφαλής έχουν υποδοχείς πόνου και γι αυτό το λόγο νιώθουν το συναίσθημα του πόνου. Αυτές περιλαμβάνουν τις εξωκρανιακές αρτηρίες, τη μεσαία αρτηρία, τις μεγάλες φλέβες, τα φλεβικά κόλπα, τα κρανιακά και νωτιαία νεύρα, τους μύες της κεφαλής και του λαιμού κ.α. Οι αρτηρίες αποτελούν την πιο

ευαίσθητη περιοχή και κατά κύριο λόγο αυτές είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση του πόνου. (Biondi, 2000)

Τα ερεθίσματα του πόνου μεταφέρονται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα μέσω του τριδύμου, του γλωσσοφαρυγγικού, πνευμονογραστρικού και των τριών πρώτων αυχενικών νεύρων. Οποιαδήποτε φλεγμονή, πίεση, κακοήθης διήθηση ή άλλη διαταραχή στις παραπάνω περιοχές θα προκαλέσει πόνο. Γενικά, η σχέση μεταξύ του τριδύμου νεύρου και των ενδοκρανιακών αγγείων σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση διαφόρων τύπων κεφαλαλγιών. (Biondi, 2000)

Οι πονοκέφαλοι συχνά οφείλονται σε ερεθισμό των μηνιγγιών και των αιμοφόρων αγγείων. Οι σπασμοί των αιμοφόρων αγγείων, τα διασταλμένα αιμοφόρα αγγεία, η φλεγμονή ή η μόλυνση των μηνιγγιών και η μυϊκή ένταση μπορούν επίσης να διεγείρουν τους αισθητήρες του πόνου και να προκαλέσουν πόνο.

Οι πρωτοπαθείς πονοκέφαλοι είναι πιο δυσνόητοι από τους δευτεροπαθείς πονοκεφάλους. Οι ακριβείς μηχανισμοί που προκαλούν ημικρανίες, πονοκεφάλους έντασης και πονοκεφάλους συμπλέγματος δεν είναι γνωστοί. Υπήρξαν διαφορετικές θεωρίες με την πάροδο του χρόνου που προσπαθούν να εξηγήσουν τι συμβαίνει στον εγκέφαλο για να προκαλέσει αυτούς τους πονοκεφάλους. (Biondi, 2000)

Τα άτομα που παρουσιάζουν ημικρανίες συνήθως είναι εκείνα που έχουν οικογενειακό ιστορικό ή γυναίκες που βιώνουν ορμονικές αλλαγές ή πραγματοποιούν κάποια ορμονοθεραπείας. Οι πονοκέφαλοι τύπου τάσεως πιστεύεται ότι προκαλούνται από την ενεργοποίηση των περιφερικών νεύρων στους μύς της κεφαλής και του λαιμού. Στην παρουσία αθροιστικών κεφαλαλγιών δεν είναι γνωστά και ακριβώς τα αιτία τους. (Βασιλόπουλος, 2003)

## 2.4 ΑΙΤΙΑ

Η κεφαλαλγία είναι μια κοινή κατάσταση που παρατηρείται στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του κεφαλιού, και στις δύο πλευρές του κεφαλιού ή σε μία μόνο πλευρά. Η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας (IHS) κατηγοριοποιεί τους πονοκεφάλους ως πρωτοπαθείς όταν δεν προκαλούνται από άλλη κατάσταση, ή δευτεροπαθείς όταν υπάρχει μια περαιτέρω υποκείμενη αιτία.

Οι πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες αποτελούν ασθένειες που προκαλούνται άμεσα από προβλήματα στα τμήματα του εγκεφάλου που είναι ευαίσθητες στον πόνο. Αυτό

περιλαμβάνει τα αιμοφόρα αγγεία, τους μυς και τα νεύρα του κεφαλιού και του λαιμού. Μπορούν επίσης να προκύψουν από αλλαγές στη χημική δραστηριότητα στον εγκέφαλο. Οι κοινές πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες περιλαμβάνουν ημικρανίες, κεφαλαλγίες τάσεως, αθροιστικές κεφαλαλγίες κλπ. (Bendtsen et al., 2010)

Οι δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες είναι συμπτώματα που προκαλούνται όταν μια άλλη κατάσταση διεγείρει τα ευαίσθητα στον πόνο νεύρα του κεφαλιού. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα κεφαλαλγίας μπορούν να αποδοθούν σε μια άλλη αιτία.

Τέτοιου είδους αιτίες μπορεί να είναι:

- Θρόμβοι στο αίμα.
- «Πάγωμα» του εγκεφάλου (από παγωτό για παράδειγμα)
- Δηλητηρίαση από το μονοξείδιο του άνθρακα.
- Εγκεφαλική διάσειση
- Αφυδάτωση
- Γλαύκωμα
- Γρίπη
- Κατάχρηση αναλγητικών φαρμάκων
- Κρίσεις πανικού
- Εγκεφαλικό επεισόδιο (Biondi, 2000)

## 2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για τη διάγνωση της κεφαλαλγίας θεωρείται πάρα πολύ σημαντικό το ιστορικό του ασθενούς. ωστόσο όμως, λόγω της υποκειμενικότητας των ασθενών σχετικά με τα συμπτώματα που παρουσιάζονται παρατηρείται μια δυσκολία ως προς τη διάγνωση της συγκεκριμένης πάθησης. Παράλληλα, η δυσκολία έχει και μια άλλη πτυχή η οποία αφορά την πληθώρα των συμπτωμάτων που αφορούν τους διάφορους τύπους της κεφαλαλγίας ενώ ταυτόχρονα δεν υπάρχουν συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες να διευκολύνουν τη διάγνωση της. (Βασιλόπουλος, 2003)

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί σωστή διάγνωση θα πρέπει ο ιατρός να έχει καλή συνεργασία με τον ασθενή ώστε να μπορέσει να λάβει σωστά το ιατρικό ιστορικό του. Δεν είναι λίγες οι φορές όπου στον ασθενή με κεφαλαλγία δύναται να διαγνωστούν και δύο τύποι. Αυτό μπορεί να προσδιοριστεί σωστά λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους παράγοντες όπως είναι:



- ο χρόνος
- η συχνότητα εμφάνισης
- η ένταση του πόνου κ.α. (Bendtsen et al., 2010)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΩΝ

### 3.1 ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΤΥΠΟΥ ΤΑΣΕΩΣ

Η κεφαλαλγία τύπου τάσεως είναι ο πιο κοινός τύπος πονοκεφάλου. Μπορεί να προκαλέσει ήπιο, μέτριο ή έντονο πόνο στο κεφάλι, στο λαιμό και πίσω από τα μάτια. Οι περισσότεροι άνθρωποι παρουσιάζουν μία ή δύο φορές το μήνα κατά μέσο όρο το συγκεκριμένο τύπο πονοκεφάλου. Σύμφωνα με την κλινική του Cleveland, οι χρόνιες κεφαλαλγίες επηρεάζουν περίπου το 3% του πληθυσμού των ΗΠΑ και περιλαμβάνουν επεισόδια κεφαλαλγίας που διαρκούν περισσότερο από 15 ημέρες το μήνα. Οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να έχουν κεφαλαλγία τύπου τάσεως. (Bendtsen et al., 2010)

#### 3.1.1 Αίτια

Η αιτιοπαθογένειά της δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί, ωστόσο έχει γίνει αποδεκτή η νευρολογική της βάση και έχει εγκαταλειφθεί η παλαιότερη θεωρία της ψυχογενούς κεφαλαλγίας. Διακρίνεται με βάση τη συχνότητα των κρίσεων σε επεισοδιακή μορφή και χρόνια μορφή. Η επεισοδιακή μορφή διακρίνεται στη συχνή και στη σπάνια μορφή. (HIS, 2018)

Η κεφαλαλγία τύπου τάσεως προκαλείται από μυϊκές συσπάσεις στις περιοχές της κεφαλής. ορισμένοι από τους λόγους που δύναται να επηρεάσουν την εμφάνιση της είναι μια ποικιλία από τρόφιμα, δραστηριότητες και παράγοντες άγχους. Μερικοί άνθρωποι παρουσιάζουν πονοκεφάλους όταν κοιτάζουν την οθόνη του υπολογιστή για πολλές ώρες ή μετά από πολύωρη οδήγηση. Επίσης, οι ψυχρές θερμοκρασίες μπορεί να προκαλέσουν το συγκεκριμένο τύπο κεφαλαλγίας. (HIS, 2018)

#### 3.1.2 Διάγνωση

Η διάγνωση της κεφαλαλγίας τάσεως γίνεται μόνο με βάση τα συμπτώματα του ασθενούς, ενώ πρέπει μετά τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού να αποκλειστεί η πιθανότητα η κεφαλαλγία να είναι δευτεροπαθής. Στην κλινική εξέταση, σημαντική

είναι η ψηλάφηση των μυών της κεφαλής και η ανεύρεση ευαίσθητων σημείων. (HIS, 2018)

### **3.1.3 Θεραπεία**

Η θεραπεία διαφοροποιείται στην επεισοδιακή και στη χρόνια μορφή της κεφαλαλγίας τάσεως. Στην επεισοδιακή μορφή χορηγούνται αναλγητικά , όπως η ασπιρίνη, η ακεταμινοφαίνη, αλλά και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, όπως η ιβουπροφαίνη και η ναπροξένη. Τα οπιοειδή θα πρέπει να αποφεύγονται. Η χρήση των αναλγητικών θα πρέπει να γίνεται με προσοχή για την αποφυγή της πρόκλησης κεφαλαλγίας από κατάχρηση αναλγητικών. Στη χρόνια μορφή η θεραπεία εκλογής είναι η αμιτρυπτιλίνη . Εκτός από τη φαρμακολογική θεραπεία, σημαντική είναι η άρση των εκλυτικών παραγόντων, η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, με τη χρήση συμπεριφορικής-γνωστικής θεραπείας και η εφαρμογή ασκήσεων βιοεπανατροφοδότησης, χαλάρωσης και βελτίωσης της στάσης του σώματος. (Bendtsen et al., 2010)

## **3.2 ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ**

Η ημικρανία αποτελεί μια πρωτοπαθή διαταραχή κεφαλαλγίας. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τον υψηλό επιπολασμό και τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την κατατάσσει ως την τρίτη πιο διαδεδομένη διαταραχή στον κόσμο με τη μεγαλύτερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 50 ετών. (Giffin et al., 2016)

### **3.2.1 Αίτια**

Η ακριβής αιτία των ημικρανιών είναι άγνωστη, αλλά πιστεύεται ότι είναι το αποτέλεσμα της μη φυσιολογικής εγκεφαλικής δραστηριότητας που επηρεάζει προσωρινά τα νευρικά ερεθίσματα, τα χημικά και τα αιμοφόρα αγγεία στον εγκέφαλο. Δεν είναι ξεκάθαρο τι προκαλεί αυτή την αλλαγή στην εγκεφαλική

δραστηριότητα, αλλά είναι πιθανό τα γονίδια να συμβάλλουν στην εμφάνιση ημικρανιών. Ωστόσο, έχουν προταθεί πολλές πιθανές αιτίες ημικρανίας, συμπεριλαμβανομένων των ορμονικών, συναισθηματικών, σωματικών, διαιτητικών, περιβαλλοντικών και φαρμακευτικών παραγόντων. (HIS, 2018)

Ορισμένες γυναίκες εμφανίζουν ημικρανίες κατά τη διάρκεια της περιόδου, πιθανώς λόγω μεταβολών στα επίπεδα ορμονών όπως τα οιστρογόνα γύρω από αυτό το διάστημα. Αυτοί οι τύποι ημικρανιών συμβαίνουν συνήθως δύο ημέρες πριν από την έναρξη της περιόδου ή τρεις ημέρες μετά. Ορισμένες γυναίκες εμφανίζουν μόνο ημικρανίες γύρω από αυτή την εποχή, η οποία είναι γνωστή ως καθαρή εμμηνορροϊκή ημικρανία. Πολλές γυναίκες διαπιστώνουν ότι οι ημικρανίες τους βελτιώνονται μετά την εμμηνόπαυση ενώ κάποιες εμφανίζουν ημικρανίες στην εμμηνόπαυση.

Οι συναισθηματικοί παράγοντες οι οποίοι μπορεί να εμφανίσουν ημικρανίες είναι το άγχος, το στρες, η ένταση, η κατάθλιψη ενώ παράλληλα περαιτέρω παράγοντες εμφάνισης είναι η αϋπνία, τα έντονα φώτα, η αλλαγή του καιρού, οι τροφές και τα οινόπνευματώδη ποτά. (HIS, 2018)

### 3.2.2 Τύποι ημικρανίας

Η ημικρανία αποτελείται από δύο κύριους τύπους:

Η ημικρανία χωρίς αύρα η οποία είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από πονοκέφαλο με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και συναφή συμπτώματα και η ημικρανία με αύρα η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από τα παροδικά εστιακά νευρολογικά συμπτώματα που συνήθως προηγούνται ή μερικές φορές συνοδεύουν τον πονοκέφαλο. Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν επίσης μια προδρομική φάση, που συμβαίνει ώρες ή ημέρες πριν από την κεφαλαλγία, και / ή μια μετα-χρωμική φάση που ακολουθεί την κεφαλαλγία. Τα πρόδρομα και μετα-χρωμικά συμπτώματα περιλαμβάνουν υπερδραστηριότητα, υπνηλία, κατάθλιψη, επαναλαμβανόμενο χασμουρητό, κόπωση και δυσκαμψία. (Lipton et al., 2004)

Η **ημικρανία χωρίς αύρα** αποτελεί την κοινή ημικρανία και διαρκεί από 4-72 ώρες. Τα τυπικά χαρακτηριστικά της περιλαμβάνουν:

- Την ετερόπλευρη εντόπιση
- Τη μέτρια ή σοβαρή ένταση
- Την επιδείνωση μετά από σωματική δραστηριότητα

- Ναυτία και / ή φωτοφοβία και ηχοφοβία

Τα πρόδρομα συμπτώματα μπορεί να ξεκινούν ώρες ή μία με δύο ημέρες πριν από τα συμπτώματα της ημικρανίας χωρίς αύρα και περιλαμβάνουν κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, δυσκαμψία του αυχένα, ευαισθησία στο φως ή / και στον ήχο, ναυτία, θολή όραση, χασμουρητό. (Giffin et al., 2016)

Η **ημικρανία με αύρα** παλαιότερα ήταν γνωστή με τον όρο κλασική ημικρανία ή οφθαλμική, ημιπαρανετική, ημιπληγική ή αφασική ημικρανία. Τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου τύπου ημικρανίας περιλαμβάνουν την εκδήλωση νευρολογικών συμπτωμάτων που διαρκούν λίγα λεπτά έως μια ώρα και τα συμπτώματα που παρουσιάζονται στην ημικρανία χωρίς αύρα. Οι περισσότεροι ασθενείς που υποφέρουν από ημικρανία με αύρα υποφέρουν επίσης και από ημικρανία χωρίς αύρα. (Giffin et al., 2016)

Η αύρα αποτελεί το σύμπλεγμα των νευρολογικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται συνήθως πριν από αυτόν τον τύπο ημικρανίας. Η οπτική αύρα είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος αύρας, που εμφανίζεται σε πάνω από το 90% των ασθενών με θετικά χαρακτηριστικά (φωτά που τρεμοσβήνουν, κηλίδες, γραμμές) και/ή αρνητικά χαρακτηριστικά (θάμβος ή απώλεια όρασης).

Παρουσιάζεται συχνά ως τεθλασμένες γραμμές που θυμίζουν οχύρωση μεσαιωνικής πόλης (Fortification spectrum) και βρίσκονται αρχικά κοντά στο σημείο της κεντρικής όρασης και μετακινούνται προοδευτικά προς τα πλάγια, δημιουργώντας ένα σκότωμα ποικίλου σχήματος. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να υπάρχει σκότωμα που μεγαλώνει σταδιακά σε μέγεθος χωρίς θετικά φαινόμενα. Στα παιδιά και τους εφήβους εμφανίζονται λιγότερο τυπικά διμερή οπτικά συμπτώματα που μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια αύρα. Έχει αναπτυχθεί και εγκριθεί μια κλίμακα βαθμολόγησης οπτικής αύρας με υψηλή εξειδίκευση και ευαισθησία. (Lipton et al., 2004)

### 3.2.3 Διάγνωση

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη εξέταση για τη διάγνωση των ημικρανιών. Για την ακριβή διάγνωση που πρέπει να γίνει, ο γιατρός θα πρέπει να προσδιορίσει το χρόνο που επαναλαμβάνονται οι ημικρανίες και τα συμπτώματα που σχετίζονται με αυτό. Οι ημικρανίες μπορεί να είναι απρόβλεπτες, μερικές φορές να εμφανίζονται χωρίς τα

άλλα συμπτώματα. Η λήψη ακριβούς διάγνωσης μπορεί μερικές φορές να απαιτήσει χρόνο. (HIS, 2018)

### 3.2.4 Θεραπεία

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για τις ημικρανίες. Μπορεί να χρειαστεί χρόνος για να βελτιωθεί και να θεραπευτεί η συγκεκριμένη πάθηση. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση είναι το ακετυλοσαλικυλικό οξύ ως αναβράζον δισκίο ή παρακεταμόλη ως υπόθετο μαζί με ένα αντιεμετικό. Το ακετυλοσαλικυλικό οξύ μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως, αλλά αυτό πρέπει να γίνεται στο νοσοκομείο. Τα παυσίπονα, όπως η ασπιρίνη, παρακεταμόλη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη είναι αποτελεσματικά κυρίως στις ήπιες κρίσεις και όταν χορηγούνται στην αρχή της κρίσης. Εάν δεν υπάρξει βελτίωση με τα παραπάνω σκευάσματα μπορεί να χορηγηθεί εργοταμίνη ή τριπτάνες, όπως η σουματριπτάνη, η ελατριπτάνη, ριζατριπτάνη. Χρησιμοποιείται ακόμα ο συνδυασμός παρακεταμόλης με διυδροεργοταμίνη και καφεΐνη ή κωδεΐνη. Στις επαναλαμβανόμενες κρίσεις ημικρανίας χορηγείται διυδροεργοταμίνη ή στεροειδή σε ενέσιμο μορφή. (Zeeberg et al., 2009)

## 3.3 ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Η αθροιστική κεφαλαλγία αποτελεί τον πιο οδυνηρό τύπο πονοκεφάλου. Ο συγκεκριμένος τύπος παρουσιάζεται με διάρκεια από εβδομάδες έως μήνες ακολουθούμενες συνήθως από περιόδους ύφεσης. Κατά τη διάρκεια της ύφεσης, δεν εμφανίζονται πονοκέφαλοι. Ο πόνος εντοπίζεται κυρίως μονόπλευρα μέσα στον κόγχο κυρίως, περικογχικά αλλά και στην κροταφική χώρα. Συνοδεύεται από συμφόρηση επιπεφυκότα, δακρύρροια, ρινική συμφόρηση, ρινόρροια κ.α. (Ashkenazi et al., 2011)

Αυτός ο τύπος πονοκεφάλου εμφανίζεται αιφνίδια, συνήθως χωρίς προειδοποίηση. Ορισμένες φορές παρουσιάζεται πρώτα ναυτία και αύρα σαν ημικρανία. Ο τύπος αυτός δεν συνηθισμένος. Θεωρείται ότι επηρεάζει περίπου 1 στους 1.000 ανθρώπους. Έξι από τις 10 περιπτώσεις αφορούν άνδρες και οι περισσότεροι από αυτούς είναι καπνιστές. Αρχίζει συνήθως μετά την ηλικία των 20 ετών. (Ashkenazi et al., 2011).

### 3.3.1 Σημεία και συμπτώματα

Τα κοινά σημεία και συμπτώματα κατά τη διάρκεια πονοκέφαλου περιλαμβάνουν. Ο συγκεκριμένος πονοκέφαλος επηρεάζει συνήθως τη μία πλευρά του κεφαλιού και την περιοχή γύρω από τα μάτια. Επίσης μπορεί να υπάρχει οίδημα γύρω από το μάτι, ωχρότητα στο πρόσωπο και εφίδρωση, συμφόρηση επιπεφυκότα, δακρύρροια, ρινική συμφόρηση, ρινόρροια κ.α. (Lai et al., 2009)

### 3.3.2 Θεραπεία

Δεν υπάρχει θεραπεία για το συγκεκριμένο τύπο κεφαλαλγίας. Τα φάρμακα, όπως η σουματριπτάνη, και άλλες θεραπείες, συμπεριλαμβανομένης της οξυγονοθεραπείας, μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της επίπτωσης και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η αντιμετώπιση στοχεύει στην ανακούφιση ορισμένων συμπτωμάτων και στη μείωση της συχνότητας τους.

(Ashkenazi et al., 2011, Lai et al., 2009)

## 3.4 ΑΥΧΕΝΟΓΕΝΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

Οι πονοκέφαλοι που οφείλονται στον αυχένα ξεκινούν συνήθως από την ινιακή περιοχή, δηλαδή από τη βάση του κεφαλιού, και επεκτείνονται μέχρι την κορυφή του κρανίου και προς τα αυτιά. Ο πόνος μπορεί ακόμη μερικές φορές να προχωρήσει προς τον ώμο και αυτό είναι ένδειξη πως η κατάσταση είναι πιο σοβαρή. Ο πονοκέφαλος που οφείλεται σε προβλήματα του αυχένα λέγεται «αυχενογενής κεφαλαλγία» και οφείλεται σε κακώσεις του αυχένα ή της σπονδυλικής στήλης, αλλά και στο έντονο στρες. (Kaniecki, 2002)

Στον αυχενογενή πονοκέφαλο ο πόνος ξεκινάει από τον αυχένα ή/και την ινιακή χώρα και μπορεί να εξαπλώνεται προς την κροταφική και τη μετωπιαία χώρα. Ο αυχενογενής πονοκέφαλος είναι μονόπλευρος και η έντασή του επηρεάζεται από κινήσεις και παρατεταμένες θέσεις του αυχένου. Ο αυχενογενής πονοκέφαλος μπορεί να συνοδεύεται από συμπτώματα στον αυχένα και στο σύστοιχο άνω άκρο. Από κλινική έρευνα, η οποία διενεργήθηκε σε μεγάλο πληθυσμό, διαπιστώθηκε ότι ο αυχενογενής πονοκέφαλος (πονοκέφαλος αυχενικής αιτιολογίας) : αποτελεί το 16% των πονοκεφάλων, είναι πιο συχνός στις γυναίκες και προκαλεί κατά μέσο όρο 18 επεισόδια το μήνα.

Ο αυχενογενής πονοκέφαλος είναι πόνος, που γίνεται αισθητός στο κεφάλι αν και έχει την πηγή του στον αυχένα (referred pain). Η νευροανατομική βάση του αυχενογενούς πονοκεφάλου, σύμφωνα με το N. Bogduk, είναι η σύγκλιση κεντρομόλων νευρικών ινών από το τρίδυμο νεύρο και τα τρία πρώτα αυχενικά νεύρα στον τρίδυμο-αυχενικό πυρήνα μέσα στο εγκεφαλικό στέλεχος και στον ανώτερο νωτιαίο μυελό. Δηλαδή τα νεύρα, που είναι υπεύθυνα για να ενημερώνουν τον εγκέφαλο για το αίσθημα του πόνου από 2 διαφορετικές περιοχές (τον αυχένα και το κεφάλι), γίνονται ένα καθώς εισέρχονται στον εγκέφαλο. (Kaniecki, 2002)

Το αποτέλεσμα είναι: ερεθίσματα πόνου προερχόμενα από τα άνω επίπεδα του αυχένος να παρερμηνεύονται από τον εγκέφαλο ως προερχόμενα από το τρίδυμο νεύρο και να γίνονται αντιληπτά ως πονοκέφαλος. Οπότε κάθε δομή, που νευρώνεται από τα τρία πρώτα αυχενικά νεύρα, αποτελεί εν δυνάμει πηγή του αυχενογενούς πονοκεφάλου (πονοκεφάλου αυχενικής αιτιολογίας). Αυτές οι δομές είναι: οι άνω αυχενικοί μύες, οι άνω αυχενικές αρθρώσεις και οι σύνδεσμοί τους, ο A2-A3 μεσοσπονδύλιος δίσκος, η σκληρά μήνιγγα του νωτιαίου μυελού, ο οπίσθιος κρανιακός βόθρος και η σπονδυλική αρτηρία.

### 3.4.1 Αίτια

Ο αυχενογενής πονοκέφαλος τις περισσότερες φορές οφείλετε στο υπέρμετρο φορτίο στο οποίο εκτίθενται οι ανώτερες αρθρώσεις του αυχένα . Αυτό μπορεί να συμβεί από την μακροχρόνια λάθος στάση ( λάθος στάση στο διάβασμα ή στον υπολογιστή), την υπέρμετρη κίνηση του αυχένα ή την άρση μεγάλων φορτίων. Επίσης άλλη μια αιτία είναι ο τραυματισμός σε τροχαίο ατύχημα.

Τα αίτια που οδηγούν στις δυσλειτουργίες αυτές είναι τα εξής:

- σφιγμένοι μύες στον αυχένα και το κεφάλι
- μυϊκή ανισορροπία
- λανθασμένη στάση
- μυϊκή αδυναμία
- λάθος στάση στον ύπνο (π.χ. μπρούμυτα)
- άγχος
- έλλειψη άσκησης. (Haldeman, 2010)



### 3.4.2 Συμπτώματα

Ο αυχενογενής πονοκέφαλος παρουσιάζεται σαν ένας σταθερός αμβλύς πόνος στην οπίσθια επιφάνεια του αυχένα και μερικές φορές πίσω από τα μάτια ή τους κροτάφους . Πιο σπάνια στην κορυφή του κεφαλιού , στο μέτωπο ή πίσω από το αυτί. Συνήθως ο πόνος υπάρχει στην μια πλευρά αλλά περιστασιακά και στις δυο πλευρές του κεφαλιού και του προσώπου.

Συχνό φαινόμενο είναι να υπάρχει πόνος στην περιοχή του αυχένα , δυσκινησία και δυσκολία στο να γυρίσουμε το κεφάλι μας αριστερά δεξιά ( όλα αυτά συσχετιζόμενα με τον πονοκέφαλο). (Kaniecki, 2002)

Πονος μουδιάσματα, βελονισμοί μπορεί να υπάρχουν πίσω στην πλάτη , τους βραχίονες και τα χέρια ( λιγότερο συνηθισμένο ) . Περιστασιακά οι ασθενείς με αυχενογενή πονοκέφαλο έχουν και άλλα συμπτώματα όπως : ναυτία ,ζαλάδα , εμβοή , μειωμένη συγκέντρωση , ανικανότητα να λειτουργήσουν και κατάθλιψη . Τα συμπτώματα αυξάνουν κατά την κίνηση του αυχένα και κατά την πολύωρη στάση (π.χ. εργασία γραφείου ) . Ευαισθησία στην ψηλάφηση των μυών στην βάση της κεφαλής υπάρχει λόγω των σφιχτών μυών της περιοχής. (Kaniecki, 2002)

### 3.4.3 Διάγνωση αυχενογενή πονοκέφαλου

Η υποκειμενική (λήψη ιστορικού) και αντικειμενική (κλινική εξέταση) αξιολόγηση είναι αρκετές για να οδηγήσουν τον φυσικοθεραπευτή στην διάγνωση του αυχενογενή πονοκέφαλου. Μερικές φορές εξετάσεις όπως ακτινογραφίες, μαγνητική τομογραφία ή αξονική τομογραφία μπορούν να βοηθήσουν. (Haldeman, 2010)

### 3.4.4 Θεραπεία

Μια ολοκληρωμένη θεραπεία των ασθενών με αυχενικό πονοκέφαλο περιλαμβάνει ένα συνδυασμό φαρμακευτικών ή μη, ουσιών, χειρισμών, αναισθησίας και πιο σπάνια χειρουργικών επεμβάσεων. Η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της δεν είναι αρκετή για να επιτύχει την απομάκρυνση του προβλήματος. Οι αναισθητικές ενέσεις μπορούν να προκαλέσουν προσωρινή μείωση της έντασης του πόνου, αλλά το

μεγαλύτερο προνόμιό τους είναι ότι επιτρέπουν τη μέγιστη συμμετοχή σε φυσικούς τρόπους θεραπείας. Ο συνδυασμός άσκησης και ειδικών τεχνικών κινητοποίησης, έχει βρεθεί ότι έχει μεγαλύτερα αποτελέσματα ανεξαρτήτως την ηλικία, το φύλο ή τη διάρκεια των πονοκεφάλων των ασθενών, σε σχέση με την εφαρμογή τους ως μεμονωμένες προσεγγίσεις.

Η θεραπευτική παρέμβαση με άσκηση, θα πρέπει να ξεκινά βελτιώνοντας τη λανθασμένη στάση του ασθενή. Οι ασθενείς με αυχενικό πονοκέφαλο, παρουσιάζουν πρόσθια κλίση της κεφαλής (Εικόνα 1.1) και λανθασμένη θέση των ώμων, η οποία σχετίζεται με την μυϊκή αδυναμία. Η ενίσχυση της σωστής στάσης, διευκολύνει τις ασκήσεις διάταξης και ενδυνάμωσης, προκειμένου να αποκατασταθεί η ισορροπία των μυών. Η εκμάθηση της σωστής στάσης ξεκινά από την σωστή αναπνοή, η οποία είναι η διαφραγματική. (Haldeman, 2010)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ

### 4.1 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τομέας Α. Η ακριβής διάγνωση είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη φροντίδα πονοκεφάλου: Το χρονικό προφίλ του ασθενούς καταγράφεται και οι διαγνώσεις γίνονται σύμφωνα με την τρέχουσα Διεθνή Ταξινόμηση των διαταραχών της Κεφαλαλγίας (ICHD) σε περισσότερο από το 90% των περιπτώσεων σε όλα τα κέντρα κεφαλαλγίας. Όλα τα κέντρα οφείλουν να έχουν ένα σύστημα εργαστηριακής διάγνωσης κατά την πρώτη επίσκεψη, οριστική διάγνωση κατά την πρώτη ή μετέπειτα επίσκεψη και επανεξέταση της διάγνωσης κατά τη διάρκεια της μεταγενέστερης παρακολούθησης, γεγονός που εξηγείται από διάφορους οργανωτικούς περιορισμούς όσον αφορά τις δυνατότητες προσφοράς επισκέψεων παρακολούθησης (Vos et.al.2015).

Τομέας Β. Η εξατομικευμένη διαχείριση είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη φροντίδα πονοκεφάλου: Όλα τα κέντρα οφείλουν να έχουν ένα επίσημο σύστημα ταξινόμησης για την επιτάχυνση των ραντεβού σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης, αλλά αυτό ισχύει για διαταραχές όπως η κεφαλαλγία συσσώρευσης και όχι οι δευτεροπαθείς πονοκέφαλοι με σοβαρές υποκείμενες διαταραχές. Ο μέσος χρόνος που αφιερώνεται στις επισκέψεις των ασθενών (σύμφωνα με τις αναφορές των ασθενών) κυμάνθηκε μεταξύ 12 και 31 λεπτών.

Τομέας Γ: Οι κατάλληλες οδοί παραπομπής είναι απαραίτητες για τη βέλτιστη φροντίδα πονοκεφάλου.

Τομέας Δ. Η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τους πονοκεφάλους και τη διαχείρισή τους είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη φροντίδα κεφαλαλγίας: Τα ενημερωτικά φυλλάδια πρέπει να είναι διαθέσιμα σε όλα τα κέντρα (Vos et.al.2015).

Τομέας Ε. Η ευκολία και η άνεση αποτελούν μέρος της βέλτιστης φροντίδας πονοκεφάλου: Οι χρόνοι αναμονής στις κλινικές ποικίλλουν αρκετά ευρέως γύρω από

τα μέσα των 4-43 λεπτών, αλλά δεν ικανοποιούνταν μόνο για μια σημαντική μειονότητα ασθενών.

Τομέας F. Η επίτευξη της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί μέρος της βέλτιστης φροντίδας πονοκεφάλου:

Τομέας Z. Η βέλτιστη φροντίδα πονοκεφάλου θα πρέπει να είναι αποτελεσματική και δίκαιη: σε θέση να προσφέρουν ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες πονοκεφάλου για όλους όσους την χρειάζονται (Vos et.al.2015)

Τομέας H. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη φροντίδα πονοκεφάλου: Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, η οποία επίσης σχετίζεται με την αξιολόγηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας στα μελλοντικά σχέδια υγειονομικής περίθαλψης, απαιτεί βελτίωση σε πολλά από τα κέντρα.

Τομέας I. Η βέλτιστη φροντίδα πονοκεφάλου είναι ασφαλής: Σε πολλά κέντρα θα πρέπει να λειτουργούν επίσημα πρωτόκολλα για την εξασφάλιση της αναφοράς σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών. (Vos et.al.2015)

## **4.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **4.2.1 Μείωση αιτιών ημικρανίας**

Οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν παράγοντες που προκαλούν επίθεση της ημικρανίας (π.χ. έλλειψη ύπνου, κόπωση, άγχος, ορισμένα τρόφιμα, χρήση αγγειοδιασταλτικών). Οι ασθενείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν ένα ημερήσιο ημερολόγιο για να τεκμηριώσουν τους πονοκεφάλους. Αυτό είναι ένα αποτελεσματικό και φθηνό εργαλείο για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου.

Οι θεραπείες ημικρανίας μπορούν να βοηθήσουν στη διακοπή των συμπτωμάτων και στην πρόληψη μελλοντικών επιθέσεων. Πολλά φάρμακα έχουν σχεδιαστεί για τη θεραπεία των ημικρανιών. Μερικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά για τη θεραπεία άλλων καταστάσεων μπορεί επίσης να βοηθήσουν στην ανακούφιση ή την πρόληψη των ημικρανιών. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση των ημικρανιών εμπίπτουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: ( Katsarava et.al.2015)

- Μέσα για την ανακούφιση του πόνου. Επίσης γνωστή ως οξεία θεραπεία, οι τύποι φαρμάκων λαμβάνονται κατά τη διάρκεια επιθέσεων ημικρανίας και έχουν σχεδιαστεί για να σταματήσουν τα συμπτώματα.
- Προληπτικά φάρμακα. Αυτοί οι τύποι φαρμάκων λαμβάνονται συχνά, σε καθημερινή βάση, για τη μείωση της σοβαρότητας ή της συχνότητας των ημικρανιών.

Η στρατηγική θεραπείας εξαρτάται από τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των πονοκεφάλων, τον βαθμό «αναπηρίας» που προκαλούν οι πονοκέφαλοι και τις άλλες ιατρικές καταστάσεις. Ορισμένα φάρμακα δεν συνιστώνται σε έγκυες ή θηλάζουσες. Ορισμένα φάρμακα δεν χορηγούνται σε παιδιά. (Steiner et.al.2015)

Πολυάριθμα αποτρεπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την ημικρανία. Η επιλογή για έναν μεμονωμένο ασθενή εξαρτάται από τη σοβαρότητα των επιθέσεων, τα συμπτώματα που σχετίζονται με αυτό, όπως η ναυτία και ο έμετος, τα συνυπολογισμένα προβλήματα και η ανταπόκριση της θεραπείας του ασθενούς.

Μέσα για την ανακούφιση του πόνου

Παυσίπονα. Η ασπιρίνη ή η ιβουπροφαίνη (Advil, Motrin IB, άλλοι) μπορεί να βοηθήσει στην ανακούφιση των ήπιων ημικρανιών.

Το ακεταμινοφέν (Tylenol, άλλοι) μπορεί επίσης να βοηθήσει στην ανακούφιση ήπιας ημικρανίας σε μερικούς ασθενείς.

Τα φάρμακα που διατίθενται στο εμπόριο ειδικά για ημικρανίες, όπως ο συνδυασμός ακεταμινοφαίνης, ασπιρίνης και καφεΐνης (ημικρανία Excedrin), μπορούν επίσης να ελαφρύνουν τον μέτριο πόνο της ημικρανίας. Δεν είναι αποτελεσματικά μόνο για σοβαρές ημικρανίες. (Steiner et.al.2015)

Εάν ληφθούν πολύ συχνά ή για μεγάλες χρονικές περιόδους, αυτά τα φάρμακα μπορεί να οδηγήσουν σε έλκη, γαστρεντερική αιμορραγία και πονοκεφάλους που προκαλεί η υπερβολική χρήση φαρμάκων.

Τριπτάνες. Αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά στη θεραπεία των ημικρανιών. Οι τριπτάνες κάνουν τα αιμοφόρα αγγεία να συστέλλονται και να εμποδίζουν τις οδούς του πόνου στον εγκέφαλο. Οι τριπτάνες ανακουφίζουν αποτελεσματικά τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με τις ημικρανίες.

Τα φάρμακα με τριπτάνη περιλαμβάνουν τα σουματριπτάνη (Imitrex), rizatriptan (Maxalt), αλτοτριπτάνη (Axert), naratriptan (Amerge), ζολμιτριπτάνη (Zomig), frovatriptan (Frova) και eletriptan (Relpax). (Steiner et.al.2015)

Οι παρενέργειες των τριπτανών περιλαμβάνουν ναυτία, ζάλη, υπνηλία και μυϊκή αδυναμία. Δεν συνιστώνται για άτομα που κινδυνεύουν από εγκεφαλικά επεισόδια και καρδιακές προσβολές.

Ένας συνδυασμός μονής ταμπλέτας σουματριπτάνης και νατριούχου ναπροξένης (Treximet) αποδείχθηκε πιο αποτελεσματικός στην ανακούφιση των συμπτωμάτων ημικρανίας από ότι και τα δύο φάρμακα από μόνα τους. (Steiner et.al.2015)

Ergots. Τα φάρμακα συνδυασμού εργοταμίνης και καφεΐνης (Migergot, Cafergot) είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τα τριπτάνια. Τα Ergots (ραγώματα) φαίνονται πιο αποτελεσματικά σε εκείνους των οποίων ο πόνος διαρκεί περισσότερο από 48 ώρες. Τα ριγωτά είναι πιο αποτελεσματικά όταν λαμβάνονται σύντομα μετά την έναρξη των συμπτωμάτων ημικρανίας.

Η Ergotamine (εργοταμίνη) μπορεί να επιδεινώσει τη ναυτία και τον εμετό που σχετίζονται με τις ημικρανίες και μπορεί επίσης να οδηγήσει σε πονοκεφάλους με υπερβολική φαρμακευτική αγωγή.

Η διυδροεργοταμίνη (D.H.E. 45, Migranal) είναι ένα παράγωγο της ερυσιβώδους ορμόνης που είναι πιο αποτελεσματικό και έχει λιγότερες παρενέργειες από την εργοταμίνη. Είναι επίσης λιγότερο πιθανό να οδηγήσει σε πονοκεφάλους με υπερβολική χρήση φαρμάκων. Διατίθεται ως ρινικό σπρέι και σε ένεση. (Steiner et.al.2015)

Οπιοειδή φάρμακα. Τα φάρμακα με οπιοειδή που περιέχουν ναρκωτικά, ιδιαίτερα δε η κωδεΐνη, μερικές φορές χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του ημικρανικού πόνου για άτομα που δεν μπορούν να πάρουν τριπτάνες ή ergots. Τα ναρκωτικά συνήθως χρησιμοποιούνται μόνο εάν δεν παρέχουν άλλες θεραπείες.

Γλυκοκορτικοειδή (πρεδνιζόνη, δεξαμεθαζόνη). Ένα γλυκοκορτικοειδές μπορεί να χρησιμοποιηθεί με άλλα φάρμακα για τη βελτίωση της ανακούφισης του πόνου. Τα γλυκοκορτικοειδή δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται συχνά για την αποφυγή παρενεργειών. (Steiner et.al.2015)

Πονοκέφαλοι: Τα απλά αναλγητικά μόνα τους ή σε συνδυασμό με άλλες ενώσεις έχουν προσφέρει ανακούφιση για ήπιους έως μέτριας σοβαρούς πονοκεφάλους και μερικές φορές ακόμη και για σοβαρούς πονοκεφάλους. Η οξεία θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική όταν χορηγείται εντός 15 λεπτών από την έναρξη του πόνου και όταν ο πόνος είναι ήπιος. (Steiner et.al.2015)

Τα αναλγητικά που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν ακεταμινοφαίνη, ΜΣΑΦ και ναρκωτικά αναλγητικά (π.χ. οξυκωδόνη, θειική μορφίνη). Η προποξυφαίνη (Darvon) χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν. Ωστόσο, τα προϊόντα προποξυφαίνης αποσύρθηκαν από την αγορά των Ηνωμένων Πολιτειών το 2010, επειδή ο παράγοντας αυτός μπορεί να προκαλέσει παρατεταμένο διάστημα PR, διευρυμένο σύμπλεγμα QRS και παρατεταμένο διάστημα QT σε θεραπευτικές δόσεις. (Steiner et.al.2015)

Για πιο έντονο πόνο χρησιμοποιούνται αγωνιστές 5-υδροξυτρυπταμίνης-1 (5-HT<sub>1</sub>) (τριπτάνες) και / ή οπιοειδή αναλγητικά, είτε μόνοι είτε σε συνδυασμό με ανταγωνιστές ντοπαμίνης (π.χ., προχλωπεραζίνη [Compazine]). Η χρήση των αποτρεπτικών φαρμάκων πρέπει να περιορίζεται σε 2-3 ημέρες την εβδομάδα για να αποφευχθεί η εμφάνιση ενός φαινομένου πονοκέφαλου αναπήδησης.

Η ενδοφλέβια μετοκλοπραμίδη αναγνωρίζεται ως αποτελεσματική θεραπεία, αλλά η βέλτιστη δοσολογία δεν έχει τεκμηριωθεί.

Μια συστηματική ανασκόπηση από τους Taggart et al βρήκε ότι το ketorolac είναι ένας αποτελεσματικός εναλλακτικός παράγοντας για την ανακούφιση της οξείας κεφαλαλγίας. Το Ketorolac παρέχει ανακούφιση από τον πόνο παρόμοιο με αυτό με τη μεπεριδίνη (με λιγότερες πιθανότητες εθισμού) και είναι πιο αποτελεσματικό από τη σουματριπτάνη. Ωστόσο, μπορεί να μην είναι τόσο αποτελεσματική όσο οι παράγοντες μετοκλοπραμίδης / φαινοθειαζίνης. Τα προφίλ των παρενεργειών ήταν παρόμοια με το ketorolac και αυτούς τους άλλους παράγοντες. Οι ανακουφιστές του πόνου, όπως η ακεταμινοφαίνη, η ασπιρίνη, η ιβουπροφαίνη ή η ναπροξένη, συνήθως βοηθούν. Οι απλοί ανακουφιστές του πόνου δεν βοηθούν αρκετά στον οξύ πόνο, επειδή δεν δουλεύουν αρκετά γρήγορα. Αλλά οι γιατροί έχουν διαπιστώσει ότι η εισπνοή υψηλών δόσεων καθαρού οξυγόνου μπορεί να λειτουργήσει πολύ καλά για να φέρει ανακούφιση. Το φάρμακο λιδοκαΐνη που εισέρχεται στη μύτη, βοηθά μερικούς ανθρώπους. Η ένεση τριπτανών, όπως η εργοταμίνη ή η σουματριπτάνη (Imitrex), μπορεί επίσης να βοηθήσει. (Linde et.al.2012)

#### **4.2.2 Προφυλακτική αγωγή Ημικρανίας**

Για τα παιδιά με ημικρανία η συνιστώμενη προφυλακτική αγωγή περιορίζεται στους β-αναστολείς και στη Φλουναριζίνη σε δόσεις που ερυθμίζονται ανάλογα με το σωματικό βάρος του παιδιού.

Για τις εγκύους με ημικρανία τα φάρμακα που έχουν την καλύτερη τεκμηρίωση ασφαλείας για το έμβρυο είναι η Προπρανολόλη και η Αμιτριπτυλίνη. Και τα δύο αυτά φάρμακα όταν αποφασισθεί να χορηγηθούν θα πρέπει να χορηγηθούν στις μικρότερες δυνατές αποτελεσματικές δόσεις

Μερικές από τις βασικές αρχές που θα πρέπει να τηρούνται κατά τη χορήγηση προφυλακτικής αγωγής στην ημικρανία είναι :

- Η τήρηση ημερολογίου για εκτίμηση αποτελεσματικότητας αλλά και συμμόρφωσης του ασθενούς
- Η επιλογή θεραπειών που χορηγούνται άπαξ ημερησίως γιατί έτσι αυξάνεται η συμμόρφωση
- Εναρξη με χαμηλές δοσολογίες και προοδευτική αύξηση των δόσεων
- 2-3 μήνες χορήγησης μιας αγωγής θεωρείται απαραίτητη πριν το φάρμακο θεωρηθεί αναποτελεσματικό
- Προοδευτική διακοπή της προφυλακτικής αγωγής που δεν πρέπει να παρατείνεται πέρα του έτους(Hoge et.al. 2007)

<b>Β-αναστολείς</b> <b>Ενδογενή</b> <b>Συμπαθητικομμητική Δράση</b>	<b>χωρίς</b>	Ατενολόλη (Tenormin) 25-50mg δις ημερησίως Βισοπρολόλη (Pactens) 5-10mg  Μετοπρολόλη (Lopresor) 50-100mg δις ημερησίως  Προπρανολόλη (Inderal) LA 80mg άπαξ -160mg δις ημερησίως
<b>Τοπιραμάτη</b>		Topamac 25mg άπαξ – 50mg δις ημερησίως
<b>Φλουναριζίνη</b>		Sibelium 5-10 mg άπαξ ημερησίως
<b>Βαλπροϊκό Νάτριο</b>		Depakine 600-1500mg ημερησίως
<b>Αμιτριπτυλίνη</b>		Saroten 10-100mg πριν από τη νυκτερινή κατάκλυση



### 4.2.3 Προφυλακτική αγωγή Κεφαλαλγίας Τύπου Τάσεως

Η ΚΤΤ συνδυάζεται σταθερότερα με στρεσογόνες καταστάσεις απ' ό,τι οι άλλες μορφές κεφαλαλγίας. Επίσης λειτουργικές ή ανατομικές βλάβες του αυχένα πολύ συχνά συνυπάρχουν και σχετίζονται αιτιολογικά με ΚΤΤ.

Γενικά είμαστε πιο συντηρητικοί στην έναρξη προφυλακτικής αγωγής στη ΚΤΤ μια και αυτή δεν προκαλεί την αναπηρία που προκαλεί η ημικρανία και κατά συνέπεια μας δίνει μεγαλύτερη άνεση χρονικά να την αντιμετωπίσουμε. Επίσης χαρακτηριστικό είναι ότι σε αντίθεση με την ημικρανία δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά τον αριθμό κρίσεων το μήνα πάνω από τον οποίο συνιστάται προφυλακτική αγωγή.

Στην αντιμετώπιση της ΚΤΤ τα μη φαρμακολογικά μέτρα πρέπει σχεδόν πάντα να προηγούνται των φαρμακευτικών θεραπειών γιατί η συμμετοχή του αυχένα είναι πολύ συχνή και η με φυσικά μέσα μυϊκή χαλάρωση προσφέρει σημαντικά οφέλη είτε σαν μοναδική θεραπεία είτε σαν συμπληρωματική θεραπεία της φαρμακευτικής αγωγής.

**Μη φαρμακολογικά μέτρα είναι :**

1. Η άσκηση (εξασφαλίζει χαλάρωση και μειώνει την τάση)
2. Η Φυσικοθεραπεία (βοηθά σημαντικά ιδιαίτερα όταν υπάρχουν μυοσκελετικά συμπτώματα)

**Φαρμακολογικά μέτρα είναι:**

Αμιτριπτυλίνη –Saroten 10-25mg πριν από τη νυκτερινή κατάκλιση. Αποτελεί το φάρμακο εκλογής

Φάρμακα που πρέπει να αποφεύγονται ή να χορηγούνται με φειδώ σαν προφυλακτική αγωγή στην ΚΤΤ κυρίως λόγω του φόβου κατάχρησης και εξάρτησης είναι:

- Κωδεϊνούχα (συνήθως δεν απαιτούνται ισχυρά αναλγητικά για την αντιμετώπιση της ΚΤΤ ενώ παράλληλα υπάρχει ο κίνδυνος εξάρτησης στα κωδεϊνούχα)
- Αγγολυτικά (ελεγχόμενη χορήγηση λόγω κυρίως του κινδύνου εξάρτησης)
- β-αναστολείς (κίνδυνος επιδείνωσης κατάθλιψης που σχεδόν πάντα συνοδεύει τη χρόνια ΚΤΤ)
- Βοτουλινική τοξίνη (είναι αναποτελεσματική στη χρόνια ΚΤΤ)

Επί αποτυχίας των προαναφερθέντων μέτρων μπορούν να δοκιμασθούν με μικρές πιθανότητες επιτυχίας

- TENS
- Βελονισμός
- Ομοιοπαθητική(Hopper et.al. 2007)

#### 4.2.4 Προφυλακτική αγωγή Αθροιστικής Κεφαλαλγίας

Λόγω της ιδιομορφίας της ΑΚ η θεραπεία των κρίσεων σε πολλές περιπτώσεις συμπίπτει με τη θεραπεία πρόληψης και αυτό γιατί ακόμα και στην επεισοδιακή της μορφή οι περίοδοι κρίσεων μπορούν να διαρκούν από 7-365 ημέρες. Η προφυλακτική αγωγή στην επεισοδιακή μορφή της ΑΚ θα πρέπει να αρχίζει αμέσως με την έναρξη κάθε κρίσεως και με εξαίρεση την πρεδνιζολόνη η οποία ενδείκνυται μόνο για βραχείας διάρκειας κύκλους, θα πρέπει να διακόπτεται προοδευτικά δύο εβδομάδες μετά την πλήρη υποχώρηση της κρίσεως (Imbe et.al. 2006)

Χαλάρωση και τεχνικές διαχείρισης του στρες

Στόχος της διαχείρισης του στρες είναι από τη μια να κατανοήσει το άτομο τον τρόπο με τον οποίο το στρες συμβάλλει στην εμφάνιση ή/και στη διατήρηση των ψυχολογικών και σωματικών του προβλημάτων, από την άλλη να κατορθώσει να το ελέγξει. Ο πρώτος στόχος επιτυγχάνεται με τη νευροφυσιολογική ενημέρωση του θεραπευομένου, ενώ ο έλεγχος του στρες προσεγγίζεται με τον εντοπισμό των παραγόντων προδιάθεσης και των δυσλειτουργικών τρόπων εκτίμησης και αντιμετώπισης των στρεσοπαραγόντων, καθώς και με εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης και διαχείρισης του στρες (Hopper et.al. 2007)

Ο έλεγχος του μυϊκού τόνου και η χαλάρωση που επιτυγχάνεται ως ένα βαθμό με τη μέθοδο της βιοανατροφοδότησης (όπως περιγράφηκε προηγουμένως), συμπληρώνεται και ολοκληρώνεται με την εκπαίδευση του ασθενούς σε ασκήσεις χαλάρωσης. Αν και οι διάφορες μορφές ασκήσεων εντάσσονται σε διαφορετικά θεωρητικά και πρακτικά πλαίσια, εντούτοις στηρίζονται στις ίδιες βασικές αρχές, που αφορούν στη μείωση της συμπαθητικής διέγερσης και στην αύξηση της παρασυμπαθητικής λειτουργίας ώστε ν' αποτελέσει μέρος της ομοιόστασης του οργανισμού και να εδραιωθεί ως συνήθεια στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Η

χρήση της βασίζεται στην παραδοχή ότι η υπό θεραπεία διαταραχή απορρέει από το παρατεταμένο στρες και συνοδεύεται από μια γενικευμένη ενεργοποίηση του συμπαθητικού συστήματος, η οποία διατηρεί ή/και επιδεινώνει τη διαταραχή και τα συμπτώματά της. Η χαλάρωση χρησιμοποιείται για την επανάκτηση των κανονικών ρυθμών, εξαλείφοντας τη δυσπροσαρμοστική συμπαθητική συνήθεια του οργανισμού και αντικαθιστώντας τη με την παρασυμπαθητική λειτουργία. Γενικά, όπως και κάθε άλλη τεχνική, η χαλάρωση απαιτεί εξάσκηση και επανάληψη για να συνεχίσει να είναι αποτελεσματική. Σύμφωνα με τους Blanchard, Andrasik, Guarnieri, Neff, και Rodichok (1987), τα άτομα που μαθαίνουν να χαλαρώνουν βαθιά, φαίνεται πως αντλούν μακροπρόθεσμα οφέλη από τη χαλάρωση, που διατηρούνται για τουλάχιστον τέσσερα χρόνια. Αναφορικά με τις ΚΤΤ, οι Holroyd και Penzien (1986) παρατηρούν πως η χαλάρωση εμφανίζει ελαφρώς μικρότερη αποτελεσματικότητα ως προς τη βελτίωση σε σχέση με την βιοανατροφοδότηση (44,6 έναντι 46%, όταν καθεμία απ' αυτές χρησιμοποιείται ως αποκλειστική μέθοδος θεραπείας), ενώ ο 10 συνδυασμός χαλάρωσης και βιοανατροφοδότησης παρουσιάζει βελτίωση (μείωση των πονοκεφάλων) της τάξεως του 57,1%. (Imbe et.al. 2006)

### **4.3 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Προληπτική φαρμακευτική αγωγή λαμβάνεται καθημερινά, ανεξάρτητα από το αν υπάρχει πονοκέφαλος, για να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης σοβαρών ή συχνών πονοκεφάλων. Αυτά περιλαμβάνουν: Το Pizotifen (Sandomigran), συνηθέστερα prescribed Beta Blockers (Betaloc, Lopresor, Inderal, Deralin) εμποδίζουν τους βήτα υποδοχείς στους οποίους λειτουργεί η αδρεναλίνη στο νευρικό σύστημα καθώς και στα αιμοφόρα αγγεία. Εάν τα παραπάνω δεν δουλεύουν η τοπιραμάτη (Topamax) και το βαλπροϊκό (Epilim) είναι νευροδιαμορφωτές που έχουν αποδειχθεί ότι δρουν ενάντια στις περισσότερες μορφές κεφαλαλγίας. Αμιτριπτυλίνη και παρόμοια τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Tryptanol και άλλες μάρκες) έχουν δράση σε κεφαλαλγία που είναι ανεξάρτητη από την αντικαταθλιπτική τους δράση. Μεθεισεργίδιο (Deseril) Feverfew, ένα φυτικό εκχύλισμα που αποδείχθηκε αποτελεσματικό στην πρόληψη της ημικρανίας. (Westergaard et.al.2013)

#### 4.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Υπάρχουν πολλές διαθέσιμες επιλογές. Οι περισσότερες επιλογές συγκεντρώνονται στην απελευθέρωση της τάσης στο σώμα, χαλαρώνοντας έτσι την πίεση στο κεφάλι. Βελονισμός: Η τόνωση των βελονισμών μπορεί να ελαφρύνει τον πόνο, ενθαρρύνοντας την παραγωγή ενδορφινών (φυσικών παυσίπονων).

Αρωματοθεραπεία Συνδυάζει διάφορα αρωματικά έλαια και προάγει τη χαλάρωση και χαλαρώνει την ένταση.

Biofeedback Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία πονοκεφάλων τύπου έντασης και ημικρανίας - ο ασθενής μαθαίνει να ελέγχει την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό και τους σπασμούς στις αρτηρίες που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο μέσω μιας αισθητήριας συσκευής.

Χειροπρακτική Θεραπεία Με βάση τη θεωρία ότι οι περισσότερες ασθένειες του σώματος είναι αποτέλεσμα μιας κακής ευθυγράμμισης της σπονδυλικής στήλης με πίεση στα γειτονικά νεύρα που μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία των αιμοφόρων αγγείων και των μυών. Οι μη αυτόματες τεχνικές αποσκοπούν στην προσαρμογή της κακής ευθυγράμμισης.

Ομοιοπαθητική Χρησιμοποιεί δραστικές ουσίες που βρίσκονται σε ορισμένα φάρμακα, ιδιαίτερα αραιωμένα.

Υδροθεραπεία Οι εναλλασσόμενες ζεστές και κρύες ντουζιέρες διαστέλλονται και συκκοποιούν τα αιμοφόρα αγγεία, διεγείροντας την κυκλοφορία.

Μασάζ Μπορεί να μειώσει την ένταση των μυών σε όλο το σώμα, μειώνοντας έτσι τον πονοκέφαλο.

Διαλογισμός Μια πρόσφατη μελέτη για την πρόληψη της ημικρανίας μέσω του διαλογισμού είχε πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα, όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν λιγότερο σοβαρές ημικρανίες.

Naturopathy Χρησιμοποιεί μόνο φυσικές ουσίες σε μικρές ποσότητες και στοχεύει να προσφέρει μια υγιέστερη ισορροπία των σωματικών διαδικασιών.

Οστεοπαθητική Η χειρουργική επέμβαση του αυχένα ή της κρανιακής οστεοπάθειας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διόρθωση των αποπροσανατολισμών των σπονδύλων που μπορεί να προκαλέσουν ημικρανίες.

Φυσιοθεραπεία Η αντιμετώπιση της έντασης των μυών μπορεί να απελευθερώσει πίεση που μπορεί να οδηγήσει σε πονοκέφαλο.

Τεχνικές χαλάρωσης Προσανατολίζονται προς τη μείωση της πίεσης στο σώμα και του επιπέδου των χημικών που προκαλούν στρες που μπορεί να επιδεινώσουν τον πονοκέφαλο.

Σιάτσου Συνδυασμός μασάζ και πίεσης μπορεί να αποκαταστήσει την "ενεργειακή ισορροπία" και να προκαλέσει χαλάρωση.

Γιόγκα Μπορεί να ανακουφίσει την ένταση των μυών στο πίσω μέρος του λαιμού και τη σωστή στάση του σώματος.

#### Μη Φαρμακολογική Θεραπεία

Η βιοανάδραση, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και η θεραπεία χαλάρωσης είναι συχνά αποτελεσματικές κατά των πονοκεφάλων της ημικρανίας και μπορούν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά με φαρμακολογικές θεραπείες. Οι ωφέλιμοι διεγέρτες νεύρων μπορεί να είναι χρήσιμοι σε ασθενείς των οποίων οι πονοκέφαλοι είναι ανθεκτικοί σε άλλες μορφές θεραπείας. (Torelli et.al.2010)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΗΝ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ

### 5.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η εκπαίδευση των κοινοτικών νοσηλευτών στη διάγνωση και τη διαχείριση της κεφαλαλγίας μπορεί να αποτελέσει ένα χρήσιμο βήμα προς την πρόληψη της αρνητικής επίδρασης της. Ωστόσο, λιγότερα από τα μισά μέλη μιας κοινότητας με πονοκεφάλους έχουν δει έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή έναν ειδικό για τους πονοκεφάλους τους. Αντίθετα, ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με πονοκεφάλους επισκέπτονται το νοσοκομείο μόνο στην περίπτωση επιμόνου πόνου. Έτσι, οι νοσηλευτές είναι συχνά οι πρώτοι επαγγελματίες με τους οποίους μπορούν να έρχονται σε επαφή τα άτομα της κοινότητας με κεφαλαλγίες. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στον εντοπισμό των προβλημάτων κεφαλαλγίας από νωρίς και βοηθώντας στην έναρξη κατάλληλης θεραπείας(Steiner et.al.2015).

Το Σχέδιο Δράσης για τη Νεότητα (HAPPY) αναπτύχθηκε με στόχο τη δημιουργία ενός γενικευμένου μοντέλου για τη μεταβολή του συστήματος στη διαχείριση παιδιατρικής ημικρανίας όπου οι νοσηλευτές των σχολείων θα μπορούσαν να αποτελέσουν μέσο για τη διευκόλυνση της διαχείρισης βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων. Το έργο αντιπροσώπευε μια μοναδική συνεργασία μεταξύ ειδικών κεφαλαλγίας σε ένα παιδιατρικό ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο και πρωταθλητών έργων σε μια δημόσια σχολική περιοχή. Το HAPPY πρωτοπαρουσιάστηκε με φοιτητές στα γυμνάσια σε μια συγκεκριμένη σχολική περιοχή στόχο (Σχολή Olathe, USD ) κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2015-2016. Η σχολική συνοικία Olathe βρίσκεται στην ευρύτερη περιοχή του Κάνσας και είναι η δεύτερη μεγαλύτερη σχολική περιοχή στην πολιτεία του Κάνσας. Τα βασικά στοιχεία του HAPPY περιελάμβαναν εκπαιδευτικές συνεδρίες πρόσωπο με πρόσωπο με σχολικούς νοσηλευτές, φορείς παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φοιτητές στην επιλεγείσα σχολική συνοικία, συμπληρωμένο με έναν εύχρηστο δικτυακό τόπο πόρων. Οι νοσηλευτές προηγμένης πρακτικής που είχαν εκπαιδευτεί από ειδικό κεφαλαλγίας στην παιδιατρική κεφαλαλγία, παρείχαν επίσης 45λεπτη εκπαιδευτική συνεδρίαση για τους

πονοκεφάλους και τον τρόπο διαχείρισης τους σε μαθητές της στοχευόμενης σχολικής περιοχής. (Steiner et.al.2015)

## 5.2 ONLINE ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ο ιστότοπος του Οδηγού ανακούφισης κεφαλαλγίας ([www.headachereliefguide.com](http://www.headachereliefguide.com)) σχεδιάστηκε για να συμπληρώνει τη ζωντανή εκπαίδευση παρέχοντας δωρεάν και εύχρηστους διαδικτυακούς πόρους εκπαίδευσης και διαχείρισης της ημικρανίας για τους νοσηλευτές, τους φοιτητές, τις οικογένειες και τους παροχείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης με βάση την κοινότητα. Η φοιτητική / οικογενειακή πλευρά του ιστότοπου χωρίζεται σε τέσσερα στοιχεία. Το πρώτο συστατικό, το οποίο ονομάζεται "Μάθετε", περιέχει ένα σύντομο εκπαιδευτικό βίντεο το οποίο σχεδιάστηκε για να ασχολείται με τη νεολαία και παράλληλα παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για ένα ευρύτερο κοινό (γονείς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας). Το βίντεο χρησιμοποιεί την αναλογία μιας καταιγίδας για να περιγράψει την εμπειρία και την αιτιολογία της ημικρανίας και να παράσχει τη λογική για διάφορες θεραπευτικές στρατηγικές που μπορούν να βοηθήσουν. Σχεδιάστηκε η δεύτερη συνιστώσα του Οδηγού Ανακούφισης Κεφαλής, να δοθεί στους μαθητές η δυνατότητα να εκπροσωπούν (και να μοιράζονται ηλεκτρονικά) τη δική τους εμπειρία ημικρανίας χρησιμοποιώντας χαρακτηριστικές οπτικές, ήχου και γνωστικές αλλαγές. Το τρίτο στοιχείο, "Control", σχεδιάστηκε για να παρέχει εκπαίδευση σχετικά με το ρόλο των τρόπων ζωής / υγείας στην ημικρανία και να παρέχει βασικές συστάσεις για τη βελτιστοποίηση των συμπεριφορών υγείας. Το τμήμα ελέγχου υποδιαιρείται σε τμήματα που παρέχουν συστάσεις για ενυδάτωση, ύπνο, χαλάρωση, διατροφή και σωματική δραστηριότητα. Μέσα στο τμήμα χαλάρωσης ήταν διαθέσιμα εργαλεία για τη διδασκαλία διάφορων μεθόδων χαλάρωσης (διαφραγματική αναπνοή, προοδευτική μυϊκή χαλάρωση και καθοδηγούμενη απεικόνιση) για τους νοσηλευτές. Η τέταρτη συνιστώσα της ιστοσελίδας του Οδηγού Ανακούφισης Κεφαλής «Προετοιμασία» σχεδιάστηκε για να ενθαρρύνει τους σπουδαστές και τις οικογένειες να διοργανώσουν ένα ραντεβού πρωτογενούς φροντίδας ειδικά για πονοκεφάλους και να διευκολύνουν τη χρησιμότητα αυτής της επίσκεψης διασφαλίζοντας ότι οι μαθητές γνώριζαν βασικές πληροφορίες σχετικά με τους πονοκεφάλους τους. Ένα προσαρμόσιμο και εκτυπώσιμο ημερολόγιο κεφαλαλγίας δόθηκε ως μέρος αυτής της ενότητας για να

βοηθήσει στην παρακολούθηση της συχνότητας της ημικρανίας και των επιπτώσεων στις καθημερινές δραστηριότητες. (Steiner et.al.2015)

### **5.3 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑ**

Οι διαταραχές κεφαλαλγίας αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Είναι συνηθισμένοι, προκαλούν εκτεταμένη κακή υγεία και αποτελούν την τρίτη μεγαλύτερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως. Μέσω της χαμένης παραγωγικότητας, επιβάλλουν σημαντικές οικονομικές επιβαρύνσεις για τα άτομα και την κοινωνία: στην Ευρώπη, το ετήσιο κόστος τους υπερβαίνει τα 100 δισεκατομμύρια ευρώ. Είναι σε μεγάλο βαθμό θεραπεύσιμα, όμως η αποτελεσματική φροντίδα δεν καταφέρνει να προσεγγίσει τους περισσότερους ανθρώπους παγκοσμίως (Stovner et.al.2017).

### **5.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ**

Αξιολόγηση νοσηλευτικής για πονοκεφάλους

Υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα είναι απαραίτητα για τον προσδιορισμό των αιτιών και της φύσης του πονοκέφαλου.

#### **1. Υποκειμενικά δεδομένα**

- Κατανοώντας τον ασθενή σχετικά με τους πονοκεφάλους και τις πιθανές αιτίες.
- Γνωρίζοντας την ύπαρξη παραγόντων ενεργοποίησης, όπως το άγχος.
- Μέτρα για τη μείωση των συμπτωμάτων όπως τα ναρκωτικά.
- Τόπος, συχνότητα, τύπος και φύση του τόπου του πόνου, συμπεριλαμβανομένης της κεφαλαλγίας, της διάρκειας και του διαστήματος μεταξύ πονοκεφάλων.
- Έναρξη των επιθέσεων κεφαλαλγίας.
- Υπάρχουν συμπτώματα ή όχι
- Υπάρχουν συνοδευτικά συμπτώματα.



- Οικογενειακό ιστορικό πονοκεφάλων (ιδιαίτερα σημαντικό όταν εμφανίζεται η ημικρανία).
- Η κατάσταση γίνεται σοβαρότεροι πονοκεφάλους.
- Υπάρχει αλλεργία ή όχι. (Goadsby, 2004)

## 2. Αντικειμενικά δεδομένα

- Συμπεριφορά: εμφάνιση συμπτωμάτων στρες, άγχους ή πόνου.
- Αλλαγές στην ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων.
- Υπάρχει μια μη φυσιολογική εκτίμηση της φυσικής αξιολόγησης του κρανιακού νευρικού συστήματος.
- Θερμοκρασία σώματος

Κατά την αξιολόγηση του πονοκέφαλου, μερικά σημαντικά πράγματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Μεταξύ αυτών είναι:

- Οι εντοπισμένοι πονοκέφαλοι συνήθως συνδέονται με πονοκεφάλους ημικρανίας ή οργανικές διαταραχές.
- Οι πονοκέφαλοι προκαλούνται συνήθως από πλήρεις ή ψυχολογικές αιτίες αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης.
- Οι πονοκέφαλοι της ημικρανίας μπορούν να μετακινηθούν από τη μια πλευρά στην άλλη.
- Οι πονοκέφαλοι συνοδεύονται από αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης που συνήθως συμβαίνει κατά τη διάρκεια του ύπνου ή των πονοκεφάλων που ξυπνούν οι ασθενείς από τον ύπνο.
- Τύποι κόλπων κεφαλαλγίας εμφανίζονται το πρωί και το απόγευμα για να επιδεινωθούν.
- Πολλοί πονοκέφαλοι που σχετίζονται με τις συνθήκες στρες.
- Οργανικά υλικά που προκαλούν πόνο και εξακολουθούν να αυξάνονται σταθερά.
- Οι πονοκέφαλοι της ημικρανίας μπορούν να συνοδεύσουν την εμμηνόρροια, οι πονοκέφαλοι μπορεί να προηγηθούν από την κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν γλουταμινικό νάτριο, νιτρικό άλας νατρίου, τυραμίνη καθώς και αλκοόλ.
- Ο ύπνος είναι πολύ μεγάλος, γρήγορος, εισπνέοντας τις τοξικές οσμές στο χώρο εργασίας όπου ο ανεπαρκής αερισμός μπορεί να προκαλέσει πονοκεφάλους.

- Τα φάρμακα μπορούν να επιδεινώσουν τις ημικρανίες. (Donabedian, 1988)

## **5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥΣ**

Νοσηλευτική διάγνωση για πονοκεφάλους

1. Οξεία πόνος r / t stress και ένταση, ερεθισμός / πίεση του νεύρου, αγγειόσπασμο, αυξημένες ενδοκρανιακές πιέσεις.
2. Μη αποτελεσματικές ατομικές καταστάσεις αντιμετώπισης κρίσεων, προσωπική ευπάθεια, μη επαρκή συστήματα υποστήριξης, υπερφόρτωση εργασίας, ανεπαρκής χαλάρωση, έντονος πόνος, υπερβολική απειλή για τον εαυτό του.
3. Ελλιπής γνώση: σχετικά με την κατάσταση και τις ανάγκες θεραπείας r / t έλλειψη ανάκλησης. (Stewart et.al.2017)

## **5.6 ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ**

Ως χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης, η ποιότητα είναι προφανώς επιθυμητή. Η αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως απαραίτητος σύνδεσμος στην πρόοδο της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, δεν είναι πάντοτε σαφές ποια είναι η "ποιότητα" σε αυτό το πλαίσιο και πώς επιτυγχάνεται ή αν έχει υπάρξει. Όσον αφορά τη φροντίδα πονοκεφάλου, η ποιότητα δεν έχει καθοριστεί μέχρι πρόσφατα. οι δείκτες ποιότητας για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας που έχουν αναπτυχθεί στο παρελθόν, ελλείπει οποιασδήποτε συμφωνημένης έννοιας της "ποιότητας", περιορίζονται στη διάγνωση και τη θεραπεία σε συγκεκριμένους χώρους υγειονομικής περίθαλψης ή σε συγκεκριμένους τύπους πονοκεφάλου.

Για να αντιμετωπιστεί αυτό το αίτημα, προκειμένου να αναγνωριστούν και να διορθωθούν οι ανεπάρκειες σε πονοκεφάλους παγκοσμίως, η Παγκόσμια Εκστρατεία κατά της Κεφαλαλγίας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Κεφαλαλγίας (EHF) συγκέντρωσε ομάδα αξιολόγησης της ποιότητας της υπηρεσίας (SQE) από

ερευνητές υπηρεσιών και ειδικούς κεφαλαλγίας. Το πρώτο ολοκληρωμένο καθήκον τους, μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ήταν να αναπτύξουν έναν ορισμό της ποιότητας:

*"Η φροντίδα πονοκεφάλου καλής ποιότητας επιτυγχάνει ακριβή διάγνωση και εξατομικευμένη διαχείριση, έχει κατάλληλες οδούς παραπομπής, εκπαιδεύει τους ασθενείς σχετικά με τους πονοκεφάλους και τη διαχείριση του, είναι άνετη, ικανοποιεί τους ασθενείς, είναι αποτελεσματική και δίκαιη, αξιολογεί τα αποτελέσματα και είναι ασφαλής"*

Ο απώτερος σκοπός της Παγκόσμιας Εκστρατείας είναι η εφαρμογή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τον πονοκέφαλο, κατάλληλο για τοπικά συστήματα, πόρους και ανάγκες, που θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της επιβάρυνσης από τον πονοκέφαλο.

Στην πραγματικότητα, ο καθορισμός της ποιότητας της φροντίδας είναι λιγότερο εύκολη από ό, τι φαίνεται. Αναγνωρίζεται ότι είναι δυνατοί και νόμιμοι διάφοροι ορισμοί της ποιότητας και ότι η ποιότητα αποτελείται από πολλαπλά στοιχεία. Η άποψη του Donabedian - ότι η ποιότητα της περίθαλψης περιγράφεται από την άποψη της "δομής" (των χαρακτηριστικών των ρυθμίσεων στις οποίες λαμβάνει χώρα η φροντίδα), της "διαδικασίας" (της παροχής και της λήψης της περίθαλψης) και του "αποτελέσματος" η φροντίδα έχει ως προς την κατάσταση της υγείας) - είναι ευρέως αποδεκτή, αλλά δεν μπορεί, από μόνη της, να είναι πλήρης καταγραφή της ποιότητας.

Ο Donabedian πρότεινε 5 πυλώνες στους οποίους στηρίζεται η ποιότητα: αποτελεσματικότητα, βέλτιστη αξιοπιστία, αποδοχή, νομιμότητα και ισότητα. Αυτά μπορεί συλλογικά να ορίζουν την ποιότητα. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (IOM) διευκρίνισε έξι τομείς ποιότητας: ασφάλεια, επικαιρότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, ισότητα και κέντρο ασθενούς / οικογένειας. Με βάση τα παραπάνω η Παγκόσμια Εκστρατεία κατά της κεφαλαλγίας έχει σαν στόχο την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών στους ασθενείς έτσι ώστε να απολαμβάνουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής. (WHO.2011)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ**

### **6.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Α΄**

Ασθενής ηλικίας 45 ετών εισάγεται στην παθολογική κλινική του ΠΓΝΠ μετά από συμπτώματα επίμονης κεφαλαλγίας. Ο ασθενής αναφέρει ότι ο πόνος μένει στο λαιμό και πίσω από τα μάτια δεν είναι έντονος αλλά είναι συνεχής και του δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινότητα του.

Επίσης το τελευταίο διάστημα ο ασθενής διακατέχεται από έντονο άγχος λόγω της εργασίας του που είναι καθιστική ενώ περνά πολλές ώρες την ημέρα στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Μέτα από την προσεκτική λήψη του ιστορικού και την ιατρική γνωμάτευση, ο ασθενής φαίνεται πως πάσχει από κεφαλαλγία τάσεως.

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Κεφαλαλγία	Εξάλειψη συμπτωμάτων κεφαλαλγίας	<p>Εφαρμογή ασκήσεων βιοανάδρασης σε συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή</p> <p>Βελτίωσης της στάσης του σώματος</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μετά από ιατρική οδηγία</p>	<p>Προσδιορίστηκαν οι 4 συνεδρίες η ηλεκτρομυογραφικής βιοανάδρασης σε συνεργασία με τον φυσικοθεραπευτή</p> <p>Παρότρυνση του ασθενούς να μην σκύβει συχνά το κεφάλι του και να κρατά ευθεία την σπονδυλική στήλη του</p> <p>Χορηγήθηκε παρακεταμόλη 100cc x3 μετά από ιατρική οδηγία</p>	Η κεφαλαλγία μειώθηκε

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Άγχος	Εξάλειψη του άγχος	<p>Ψυχοθεραπευτική υποστήριξη</p> <p>Ηθική και ψυχολογική υποστήριξη της</p> <p>Επικοινωνία για την παροχή στήριξης από ψυχολόγους ή ψυχιάτρους.</p>	<p>Έγινε επικοινωνία με τον ψυχολόγο ο οποίος όρισε 3 συνεδρίες εβδομαδιαίως με τον ασθενή</p> <p>Διενεργήθηκαν συζητήσεις με τον ασθενή για τα γεγονότα που του προκαλούν άγχος</p>	Το άγχος του ασθενούς μειώθηκε

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Καταβολή δυνάμεων	Ανάκτηση δυνάμεων του ασθενούς	<p>Προγραμματισμός προγράμματος ανάπαυσης</p> <p>Εξασφάλιση επαρκούς χαλάρωσης</p>	<p>Εφαρμογή συμβουλευτικής καθοδήγησης για την ορθή ανάπαυση του ασθενούς</p> <p>Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου με μείωση των θορύβων και χαμηλό φωτισμό του θαλάμου</p>	Επανάκτηση δυνάμεων του ασθενούς

## 6.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Β΄

Γυναίκα ηλικίας 38 ετών εισάγεται στην παθολογική κλινική του ΠΓΝΠ μετά από συμπτώματα επίμονης κεφαλαλγίας. Η ασθενής αναφέρει ότι ο πόνος ξεκινά από τη βάση του αυχένα και εξαπλώνεται προς την κροταφική και τη μετωπιαία χώρα. Η συχνότητα των πονοκεφάλων τοποθετείται στα 20 περιστατικά το μήνα.

Στο ιστορικό της ασθενούς συγκαταλέγεται παλαιότερο κάταγμα στην σπονδυλική στήλη (το 2005) μετά από τροχαίο ατύχημα.

Η ασθενής αναφέρει ναυτία, και έντονη κόπωση. Η ιατρική γνωμάτευση, αναφέρει πως πάσχει από αυχενογενής κεφαλαλγία.



<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Κεφαλαλγία	Εξάλειψη συμπτωμάτων κεφαλαλγίας	<p>Τοποθέτηση ασθενούς σε σωστή θέση</p> <p>Εκπαίδευση ασθενούς για τη στάση του ύπνου</p> <p>Τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ήπια θέση</p> <p>Η ασθενής εκπαιδεύτηκε ώστε να αποφεύγει στάσεις ύπνου που επιδεινώνουν το άλγος(Πχ μπρούμυτα)</p> <p>Τοποθετήθηκαν θερμά επιθέματα στην περιοχή του αυχένα</p>	Τα συμπτώματα κεφαλαλγίας μειώθηκαν
		Ενθάρρυνση ασθενούν για τη μυϊκή του ενδυνάμωση	Η ασθενής ενθαρρύνθηκε ώστε να ξεκινήσει πρόγραμμα ήπιας άσκησης	

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
Ναυτία	Εξάλειψη συμπτωμάτων	Εκπαίδευση ασθενούς για σωστή αναπνοή  Διατήρηση ήρεμου και υγιούς περιβάλλοντος	Εκπαίδευση ασθενούς ώστε να παίρνει ήρεμες, αργές και βαθιές αναπνοές  Η ασθενής τοποθετείται σε ήρεμο θάλαμο και αποφεύγεται η συχνή επίσκεψη των οικείων  Αερισμός χώρου	Τα συμπτώματα της ναυτίας μειώθηκαν



<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Κόπωση	Ξεκούραση ασθενούς	Ελαχιστοποίηση δραστηριοτήτων της ασθενούς  Εξασφάλιση ύπνου  Εξασφάλιση ισορροπημένης διατροφής	Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε ώστε να ιεραρχεί τις δραστηριότητες του  Η ασθενής εκπαιδεύτηκε ώστε να κοιμάται τουλάχιστον 7 ώρες την μέρα Δημιουργία διαιτολογίου για τη λήψη όλων των θρεπτικών συστατικών σε συνεργασία με διατροφολόγο	Το αίσθημα κόπωσης εξαλείφτηκε

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο πονοκέφαλος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε μέρος του κεφαλιού, και στις δύο πλευρές του κεφαλιού ή σε μία μόνο θέση.

Η Διεθνής Εταιρεία Κεφαλαλγίας (IHS) κατηγοριοποιεί τους πονοκεφάλους ως πρωτεύοντες, όταν δεν προκαλούνται από άλλη κατάσταση, ή δευτερογενείς, όταν υπάρχει μια περαιτέρω υποκείμενη αιτία. Οι πρωταρχικοί πονοκέφαλοι είναι αυτοδύναμες ασθένειες που προκαλούνται άμεσα από την υπερκινητικότητα ή προβλήματα με δομές στο κεφάλι που είναι ευαίσθητες στον πόνο.

Αυτό περιλαμβάνει τα αιμοφόρα αγγεία, τους μυς και τα νεύρα του κεφαλιού και του λαιμού. Μπορούν επίσης να προκύψουν από αλλαγές στη χημική δραστηριότητα στον εγκέφαλο. Οι κοινές πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες περιλαμβάνουν ημικρανίες, πονοκεφάλους συσπειρώσεων και πονοκεφάλους έντασης.

Οι δευτερεύοντες πονοκέφαλοι είναι συμπτώματα που συμβαίνουν όταν μια άλλη κατάσταση διεγείρει τα ευαίσθητα στον πόνο νεύρα του κεφαλιού. Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα κεφαλαλγίας μπορούν να αποδοθούν σε μια άλλη αιτία.

Ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών παραγόντων μπορεί να προκαλέσει δευτεροπαθή πονοκεφάλους.

Αυτά περιλαμβάνουν:

- Κατανάλωση αλκοολ
- Όγκος στον εγκέφαλο
- Θρόμβοι αίματος
- Αιμορραγία στον ή γύρω από τον εγκέφαλο
- Δηλητηρίαση μονοξειδίου του άνθρακα
- Διάσειση
- Αφυδάτωση
- Γλαυκώμα
- Δόντια-άλεση τη νύχτα
- Γρίπη
- Υπερβολική χρήση φαρμάκων για τον πόνο, γνωστή ως πονοκέφαλοι αναπήδησης
- Κρίσεις πανικού

➤ Κτύπημα

Ο ιατρός θα διαγνώσει έναν συγκεκριμένο τύπο κεφαλαλγίας μέσω μιας περιγραφής της κατάστασης, του τύπου του πόνου και του χρόνου και του τρόπου των επιθέσεων. Εάν η φύση του πόνου φαίνεται σύνθετη, μπορούν να διεξαχθούν δοκιμές για την εξάλειψη πιο σοβαρών αιτίων.

Παρόλο που το εύρος, ο χαρακτήρας και το περιεχόμενο της πρακτικής πονοκεφάλου έχουν αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ο κύριος οδηγός ήταν η εισαγωγή νέων φαρμάκων. Ενώ η ανάγκη για καλύτερη εκπαίδευση των επαγγελματιών του τομέα της ιατρικής έχει διακηρυχθεί ως προϋπόθεση και υψηλή προτεραιότητα για τη βελτίωση της φροντίδας πονοκεφάλου, η επάρκεια της φροντίδας με την ευρύτερη έννοια της δεν τείνει να εμπλέκει την κοινωνική ευαισθητοποίηση. Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών πρέπει να λάβει κεντρικό ρόλο στη φροντίδα κεφαλαλγίας και να αποτελέσει τον οδηγό τόσο για τα κέντρα κεφαλαλγίας όσο και για τους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι οποίοι διαχειρίζονται τους περισσότερους ασθενείς με κεφαλαλγία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. (2010). Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol*;52:1088–97

American Association for the Study of Headache (1998) Consensus statement on improving migraine management. *Headache* 38:736.

Ashkenazi A, Schwedt T. (2011). Cluster headache-acute and prophylactic therapy. *Headache.*;51:272-286.

Bendtsen L, Bigal ME, Cerbo R, et al. (2010). Guidelines for controlled trials of drugs in tension-type headache: Second edition. *Cephalalgia*; 30: 1–16.

Bendtsen, L., Evers, S., Linde, M., Mitsikostas, D.D., Sandrini, G. and Schoenen, J., (2010). EFNS guideline on the treatment of tension-type headache—Report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*,17(11), pp.1318-1325.

Biondi, D.M., (2000). Cervicogenic headache: mechanisms, evaluation, and treatment strategies. *The Journal of the American Osteopathic Association*,100(9 Suppl), pp.S7-14.

Crossman, A. R., & Neary, D. (2003). *Νευροανατομία* (2η εκδ.). (Αναγνωστοπούλου Σ., Μεταφρ.) Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ

Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 260(12):1743–1748.

Giffin NJ, Lipton RB, Silberstein SD, et al. (2016). The migraine postdrome: an electronic diary study. *Neurology* 87: 309–313.

Goadsby PJ. (2004) To scan or not to scan in headache. *BMJ* 329:469–70.

Haldeman, S. and Dagenais, S. (2010). Choosing a treatment for cervicogenic headache: when? what? how much?. *The Spine Journal*, 10(2), pp.169-171

Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, (2007) Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry*. 64:150–3.

Hopper JW, Frewen PA, van der Kolk BA, (2007) Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to scriptdriven trauma imagery. *J Trauma Stress* 20:713–25

Imbe H, Iwai-Liao Y, Senba E. (2006) Stress-induced hyperalgesia: animal models and putative mechanisms. *Front Biosci* 11:2179–92

Kaniecki RG. (2002). Migraine and tension-type headache: an assessment of challenges in diagnosis. *Neurology*; 58 (9Supp16):S15-S20.

Katsarava Z, Gouveia RG, Jensen R, Gaul C, Schramm S, Schoppe A, Steiner TJ.(2015) Evaluation of headache service quality indicators: pilot implementation in two specialist-care centres. *J Headache Pain*. 16:537

Lai TH, Fuh JL, Wang SJ. (2009). Cranial autonomic symptoms in migraine: characteristics and comparison with cluster headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.; 80(10):1116-1119

Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, Rastenyte D, Ruiz de la Torre E, Tassorelli C, Andrée C. (2012) The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. 19:703–1



Lipton RB, Bigal ME, Steiner TJ, et al. (2004). Classification of primary headaches. *Neurology*; 63: 427–435.

Savola O. and Hillbom M. (2003). Early predictors of post-concussion symptoms in patients with mild head injury'. *European Journal of Neurology*, 10: 175-181

Schneiderman, N, & Skyler, J. S. (1996). Insulin metabolism, sympathetic nervous system regulation, and coronary heart disease prevention. In K. Orth-Gomer & N. Schneiderman (Eds.), *Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease prevention* (pp. 105-133). New Jersey: Erlbaum.

Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen R, Katsarava Z, Martelletti P, Stovner LJ. Lifting (2010) The Burden: the first 7 years. *J Headache Pain*. (6):451–455

Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen R, Katsarava Z, Martelletti P, Stovner LJ. (2015) The global campaign, world health organization and lifting the burden: collaboration in action. *J Headache Pain*. 12(3):273–274.

Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. (2017) Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain*. 88:41–52.

Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, Steiner T, Zwart JA. (2017) The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27:193–210.

Torelli P, Jensen R. (2010) Headache diaries and calendars. *Handb Clin Neurol*. 97:137–46

Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, (2015) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study *Lancet*. 386:743–800.

Westergaard MLS, Steiner TJ, MacGregor EA, Antonaci F, Tassorelli C, Buse DC, Lipton RB, Jensen RH. (2013) The Headache Under-Response to Treatment (HURT) Questionnaire: assessment of utility in headache specialist care. *Cephalalgia*.33:245–255

World Health Organization and Lifting (2011) The Burden Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. World Health Organization, Geneva

Zeeberg P, Olesen J and Jensen R. (2009). Medication overuse headache and chronic migraine in a specialized headache centre: field-testing proposed new appendix criteria. *Cephalalgia*; 29: 214–220.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Βασιλόπουλος, Δ. (2003). *Νευρολογία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης

Σαχαπατζίδου, Π. (2014). Οι λειτουργίες του εγκεφάλου και οι γνωστικές λειτουργίες στις ειδικές αναπτυξιακές μαθησιακές δυσκολίες. Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Λογοθεραπείας, ΤΕΙ Ηπείρου.

Τσιντώνη Α. (2012). Προγνωστικοί παράγοντες του μεταδιασεισικού συνδρόμου μετά από ήπια κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Διπλωματική Εργασία, Διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών στην Ιατρική Φυσική, Πανεπιστήμιο Πατρών.

Louise A. (2018).

## **ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

History of headache. Headache Australia

<http://headacheaustralia.org.au/what-is-headache/history-of-headache/>

International Headache Society (IHS) (2018). The International Classification of Headache Disorders. 3rd edition

<http://www.kefalalgia.gr/images/PDF/3245-ICHD-3-Cephalalgia-2018-Issue%20%201.pdf>