

KLINISCHE ZEICHEN / PHASEN

1. **Bewusstlosigkeit:** Plötzlich eintretend; der Patient fällt da, wo er gerade steht oder geht, um; der Anfall kann dem Patienten durch spezifische Vorzeichen (Aura) angekündigt werden; anwesende Personen können diese Vorboten ebenfalls wahrnehmen (starrer, entgeisterter Blick, seltsame Gestikulation).
2. **Tonische Krampfphase:** Arme, Beine und Rumpfmuskulatur werden steif und verkrampfen sich (setzt oft zeitgleich mit der Bewusstlosigkeit ein.)
3. **Klonische Krampfphase:** Auftreten von starken Zuckungen am gesamten Körper, die häufig zu Bissverletzungen der Zunge sowie zu Prellungen und Platzwunden an Kopf und Körper führen. Es kommt häufig für einige Sekunden zum Atemstillstand (Gesichtszyanose).
4. **Postkonvulsive Phase:** Nach der klonischen Phase setzt die Atmung mit tiefen regelmäßigen Atemzügen wieder ein, die Bewusstlosigkeit bleibt oft für einige Minuten noch bestehen. Eine über mehrere Stunden dauernde Schlafphase kann sich anschließen, oder es entwickelt sich ein Dämmerzustand, in dem der Patient desorientiert reagiert. Wenn der Patient wieder bei klarem Bewusstsein ist, fehlt ihm jegliche Erinnerung an den Krampfanfall (Amnesie); er fühlt sich abgeschlagen und klagt über Kopf- und Gliederschmerzen (Muskelkater).

SOFORTMASSNAHMEN:

Während des Anfalls:
Verletzungen durch
Sturz oder Krampf
verhindern

Ein Helfer bleibt beim Patienten
und koordiniert die Maßnahmen !

Nach dem Anfall:
Überwachung
und Erholung

1. Falls möglich den stürzenden Patienten mit Hilfe des eigenen Körpers abfangen und auf den Boden gleiten lassen, so dass
 2. Gegenstände, an denen sich der Patient verletzen kann, beiseite räumen.
 3. Hilfe über Alarm-Klingelruf herbeirufen
Vor der klonischen Krampfphase, falls griffbereit evtl. versuchen einen Mundkeil zwischen die Zähne zu schieben, um einen Zungenbiss zu verhindern. *Vorsicht: keine Zähne beschädigen; Material darf nicht abbeißbar sein (Aspirationsgefahr)*
 4. Ggf. Hemdkragen öffnen; Kopfkissen, Decke o.ä. unter den Kopf legen; keine unnötige Manipulation am Patienten.
Klonische Krampfbewegungen nicht mit Gewalt unterbinden, sondern lediglich Verletzungen ausschließen !
 5. Sobald die Krampfbewegungen aufhören, auf das Einsetzen der Atmung achten, anschließend den Patienten in stabile Seitenlage bringen (Aspirationsgefahr), Mundhöhle auf Verletzungen, Blutungen kontrollieren.
 (Wenn es sich um einen Einzelanfall handelt und der Krampf nicht länger als 10 Minuten dauert, wird im allgemeinen kein Medikament verabreicht, bei Anfallserien hingegen in jedem Fall.)
- Patienten ins Bett transportieren, verschmutzte oder zu enge Kleidungsstücke ausziehen (häufig unwillkürlicher Urin und Stuhlabgang), für ruhige Umgebung und Erholung sorgen.
 - engmaschige Überwachung, bis zum vollständigen Bewusstsein des Patienten (RR, Puls, Atemfrequenz, evtl. BZ); bei Sturz auf den Kopf, Pupillenreaktion kontrollieren, bis der Patient wieder vollständig wach ist.
 - Dokumentation: Verlaufsprotokoll, s. *Epilep P* - Krankenbeobachtung; Jeden Anfall mit dem Patienten nach besprechen.

HINWEIS:

Bei einem Status epilepticus ist eine Intensivtherapie notwendig: Vorbereitungen zur Verlegung treffen.
 Zur allgemeinen Betreuung des Patienten mit einer Epilepsie s. Standard *Epilep P*.

Kommentar zum Standard Epilepsie A

Warum dieser Standard?

Sofortmaßnahmen bei epileptischen Anfällen verlaufen selten wie geplant, weil das Ereignis nicht nur den Epileptiker, sondern auch die zufällig Anwesenden meist völlig überrascht. Mein eindrucksvollstes Erlebnis eines Grand-mal-Anfalls fand nicht im Krankenhaus statt, sondern in einer überfüllten Straßenbahn. Ich hatte gerade noch mit meiner damals vierjährigen Tochter einen halbwegs sicheren Stehplatz gefunden, als unmittelbar vor uns eine junge Frau plötzlich spastische Verrenkungen machte. Die Danebenstehenden schauten erschrocken und wie gelähmt auf die Frau, die immer heftiger und bizarrer gestikuliert und weil kein Platz war, um hinzufallen, zwischen den Umherstehenden in völlig unkontrollierten Bewegungen hin und her pendelte bzw. geschoben wurde. Mit weit aufgerissenen Augen starrte sie ins Leere. Ein panikartiges Geschiebe und Gezerre setzte an, alle drängten auseinander. Ich konnte meine Tochter zum Glück auf dem Schoß eines sitzenden Fahrgastes in Sicherheit bringen. Alles ging fürchterlich schnell und ich dachte, das kann nur ein epileptischer Anfall sein. Nach einer Weile hatten sich die stehenden Fahrgäste schließlich soweit zurückgezogen, dass wir die Frau auf den Boden legen konnten. Inzwischen zuckte sie nicht mehr, sondern lag nur noch reglos da. An der nächsten Haltestelle stiegen dann einige Leute aus, und der Schaffner orderte einen Krankenwagen.

Eine weitere Begebenheit war zwar nicht ganz so dramatisch, sie ist mir aber genauso deutlich in Erinnerung geblieben. Eigentlich wollte ich nur kurz meine Schwester im Krankenhaus besuchen, die im 6. Stock lag. Als ich auf den Aufzug wartete, kam ein etwa 60-jähriger Patient im Morgenmantel langsam heran, blieb plötzlich stehen und starrte mich mit weit aufgerissenen Augen an, so als wolle er mir etwas sagen. Was ist mit Ihnen, fragte ich noch und machte einen Schritt auf ihn zu, als er mir schon quasi in die Arme stürzte. Es war als ob er sich im Unterbewusstsein noch irgendwo festhalten wollte, was ihm in diesem Fall ja auch gelungen war. Als er auf dem Boden lag, fing er sofort starke klonische Zuckungen an, Schaum trat vor seinen Mund. Einen Gummikeil oder ein Stofftaschentuch hatte ich leider nicht zur Hand. Als der Aufzug aufging, aus dem zufällig der Stationsarzt ausstieg, der den Patienten betreute, war die eigentliche Krampfphase schon vorbei.

Qualitätssicherung:

Diese beiden Beispiele sind insofern repräsentativ, als sie den Überraschungseffekt eines Grand-mal-Anfalls verdeutlichen. Erste Hilfe passiert dabei weniger geplant als intuitiv. Dennoch habe ich es in beiden Fällen als hilfreich erlebt, zu wissen, was

man theoretisch tun soll. Spontan und intuitiv war dieses Wissen sofort nach der Schrecksekunde präsent.

Bei solch plötzlich auftretenden Anfällen, bei denen man selten rechtzeitig einen Gummikeil oder ein Kissen besorgen kann, fehlt erst recht die Zeit, um auf einer Standardkarte nachzulesen, was denn nun im einzelnen zu tun ist. Diese Informationen sollten bereits verinnerlicht sein, so dass gelegentliche Auffrischungen, wie etwa das Lesen der nebenstehenden Standardbeschreibung, ausreichen müssten. Insbesondere für Pflegepersonen, die noch keinen Anfall von A-Z miterlebt und sich deshalb lange nicht mit dem Thema beschäftigt haben, ist dies wichtig. Anderenfalls reagiert eine Krankenschwester womöglich ebenso panisch oder gelähmt, wie die meisten Fahrgäste in der Bahn.

Tatsächlich erlebt man eher zufällig einen Grand-mal-Anfall in allen Phasen. Bevor man als Pflegenden im Patientenzimmer eintrifft, nachdem etwa der Mitpatient Alarm gegeben hat, sind die Krämpfe häufig schon vorbei. Allerdings kann das Krampfstadium auch weitaus länger anhalten. Je häufiger die Anfälle kommen, desto länger und schwerer ist meist der Verlauf. Auch die Erschöpfungsphase kann sehr unterschiedlich verlaufen. Manche Patienten sind nach wenigen Minuten wieder ansprechbar, andere liegen mehrere Stunden in einem komaähnlichen Zustand.

Nicht nur aus Gründen der Qualitätssicherung und zur rechtlichen Absicherung, sondern vor allem auch, um Verbesserungen/Verschlechterungen oder besondere Umstände und Auslösemomente erfassen zu können, sollte stets eine genaue Dokumentation des gesamten Herganges erfolgen.

Bei wöchentlich bis täglich mehrmals auftretenden Anfällen wäre ein Protokollblatt zu empfehlen: Zeit, Dauer, Krampfphase/Bewusstlosigkeit, Umstände und Maßnahmen während des Anfalls, mögliche Auslösefaktoren (im nachhinein recherchieren, Patienten und ggf. Zeugen befragen). Den wieder ansprechbaren Patienten jeweils auffordern, seine Gefühle, Verhalten und Beschwerden kurz vor dem Anfall und hinterher zu schildern. Auch kleinere sog. Petit-mal-Anfälle sollten dabei erfasst werden. Gerade nachts treten solche Anfälle oftmals unbemerkt auf. Sofern der Epileptiker nicht an ein Langzeit-EEG angeschlossen war, lassen sie sich dann allenfalls anhand der Nachwirkungen, wie Müdigkeit, Orientierungsprobleme, Kopfschmerzen o.a., vermuten.

Literatur: s. Kommentar zu Epilep