



ਮਿਰਗੀ ਵਾਲੇ ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਲਈ ਮਸਲੇ (Issues for Seniors with Epilepsy)

ਸ਼ੈਰਿਲ ਪਰਵਸ, ਐੱਮ ਡੀ, ਪੀ ਐੱਚ ਡੀ, ਐੱਫ ਆਰ ਸੀ ਪੀ

ਸੀਨੀਅਰਾਂ (ਇਸ ਆਰਟੀਕਲ ਵਿਚ ਅਸੀਂ 60 ਸਾਲ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਸੀਨੀਅਰ ਕਿਹਾ ਹੈ) ਵਿਚ ਮਿਰਗੀ ਦੇ ਦੌਰੇ ਵਧ ਪੈਂਦੇ ਹਨ। 25 ਅਤੇ 50 ਸਾਲ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿਚ ਹਰ ਸਾਲ 100,000 ਲੋਕਾਂ ਪਿੱਛੇ ਤਕਰੀਬਨ 25 ਨਵੇਂ ਕੇਸ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ 50 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵਧਦੀ ਉਮਰ ਨਾਲ ਇਹ ਕੇਸ 55 ਤੋਂ 60 ਸਾਲ ਦੇ ਉਮਰ ਗਰੁੱਪ ਵਿਚ ਵਧ ਕੇ ਹਰ ਸਾਲ 100,000 ਲੋਕਾਂ ਪਿੱਛੇ 70 ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ 70 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 100,000 ਲੋਕਾਂ ਪਿੱਛੇ 150 ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਬਹੁਤੇ ਕੇਸਾਂ ਵਿਚ ਇਹ ਪਾਰਸ਼ਲ ਸੀਜ਼ਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ (ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਦਿਮਾਗ ਦੇ ਇਕ ਏਰੀਏ ਵਿਚ ਸ਼ੁਰੂ ਹੁੰਦੇ ਹਨ) ਅਤੇ ਇਹ ਵਾਧੇ ਨਾਲ ਜਾਂ ਬਿਨਾਂ ਵਾਧੇ ਦੇ ਜਨਰਲਾਈਜ਼ਡ ਟੌਨਿਕ-ਕਲੋਨਿਕ ਸੀਜ਼ਰ ਵਾਲੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਸੀਜ਼ਰ (ਮਿਰਗੀ ਦੇ ਦੌਰੇ) ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਭੰਬਲਭੂਸੇ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦਾ ਸਮਾਂ (ਜਿਸ ਨੂੰ ਪੋਸਟ-ਇਕਟਲ ਸਟੇਟ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ) ਜ਼ਿਆਦਾ ਉਮਰ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਿਚ ਜਵਾਨ ਲੋਕਾਂ ਨਾਲੋਂ ਲੰਬਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਮਿਰਗੀ ਦੀਆਂ ਇਹ ਵਧੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ, ਦਿਮਾਗੀ ਹਾਲਤਾਂ ਦੀ ਗਤੀ ਵਿਚ ਵਾਧੇ ਕਾਰਨ ਵਾਪਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਟਰੋਕ (ਸੈਰੇਬਰੋਵੈਸਕੂਲਰ ਐਕਸੀਡੈਂਟਸ) ਅਤੇ ਦਿਮਾਗ ਦੀਆਂ ਗਿਰਾਵਟੀ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅਲਜ਼ਾਈਮਰਜ਼ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ।

ਮਿਰਗੀ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਸਮੇਂ ਸੀਜ਼ਰ ਹੋਣ ਦੇ ਰੁਝਾਨ ਨਾਲ ਬਿਆਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸੀਜ਼ਰ ਵਤੀਰੇ ਵਿਚ ਇਕ ਥੋੜ੍ਹ-ਚਿਰੀ ਤਬਦੀਲੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਕਈ ਵੱਖ ਵੱਖ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਦਿਖਾਈ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਬੀ ਸੀ ਐਪੀਲੈਪਸੀ ਸੁਸਾਇਟੀ ਦੇ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਸੀਜ਼ਰ ਦੇ ਪ੍ਰਗਟਾਉ ਦੀਆਂ ਵੱਖ ਵੱਖ ਕਿਸਮਾਂ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੈ। ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਮਿਰਗੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨਾ ਕਦੇ ਕਦੇ ਕਾਫੀ ਚੁਣੌਤੀ ਭਰਪੂਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਉਮਰ ਦੇ ਇਸ ਗਰੁੱਪ ਵਿਚ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਵੀ ਦੌਰੇ ਪੈ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਪਤਾ ਲਾਉਣ ਲਈ ਕੁਝ ਟੈੱਸਟਾਂ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਦੌਰੇ ਸੀਜ਼ਰ ਹਨ, ਟੀ ਆਈ ਏ (ਖੂਨ ਦੀ ਘਾਟ ਕਾਰਨ ਥੋੜ੍ਹ-ਚਿਰੇ ਅਟੈਕ) ਹਨ ਜਾਂ ਭੁੱਲਣ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ ਕਾਰਨ ਭੰਬਲਭੂਸੇ ਦੇ ਦੌਰੇ ਹਨ।

ਮਿਰਗੀ ਦੀ ਉਦੋਂ ਪਛਾਣ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਪਹਿਲਾ ਦੌਰਾ ਆਕੜ ਪੈਣ ਅਤੇ ਬੇਸੁਰਤੀ ਨਾਲ ਜਨਰਲਾਈਜ਼ਡ ਟੌਨਿਕ-ਕਲੋਨਿਕ ਸੀਜ਼ਰ ਹੁੰਦਾ ਹੈ (ਜਿਸ ਨੂੰ ਗਰੈਂਡ ਮਲ ਸੀਜ਼ਰ ਵੀ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ)। ਇਨ੍ਹਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵਿਚ ਲਿਜਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹੋਰ ਟੈੱਸਟ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪਹਿਲਾ ਸੀਜ਼ਰ ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਬੀਮਾਰੀ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨੀ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਨਾੜੀ ਫਟਣਾ, ਸਟਰੋਕ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ ਜਿਸ ਦੇ ਫੌਰੀ ਇਲਾਜ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਸਾਰੇ ਕੇਸਾਂ ਵਿਚ, ਅਗਾਂਹ ਹੋਰ ਸੀਜ਼ਰ ਰੋਕਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਇਸ ਕਰਕੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਮਿਰਗੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀ ਦਵਾਈ (ਏ ਈ ਡੀ) ਫੌਰਨ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਸੀ ਟੀ ਸਕੈਨ, ਐੱਮ ਆਰ ਆਈ, ਈ ਈ ਜੀ, ਅਤੇ ਖੂਨ ਦੇ ਟੈੱਸਟਾਂ ਵਰਗੇ ਟੈੱਸਟ ਬੁਨਿਆਦੀ ਕਾਰਨਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਾਉਣਗੇ।

ਜੇ ਅਗਾਂਹ ਹੋਰ ਸੀਜ਼ਰਜ਼ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਮਝੀ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਡਾਕਟਰ ਹਸਪਤਾਲ ਤੋਂ ਜਾਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਲਏ ਜਾਣ ਲਈ ਏ ਈ ਡੀ ਲਿਖ ਕੇ ਦੇ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਦਵਾਈ ਦਿਮਾਗ ਵਿਚ ਅਸਾਧਾਰਣ ਬਿਜਲਈ ਸਰਗਰਮੀ ਤੋਂ ਰੋਕਥਾਮ ਕਰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਕਲਿਨੀਕਲ ਸੀਜ਼ਰ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ। ਟੀਚਾ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਸਾਈਡ ਇਫੈਕਟਾਂ ਨਾਲ ਦਵਾਈ 'ਤੇ ਹੋਣਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਅਗਾਂਹ ਅਜਿਹੀਆਂ ਘਟਨਾਵਾਂ ਤੋਂ ਰੋਕਥਾਮ ਕਰੇਗੀ।

ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਮਿਰਗੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਦੀਆਂ ਕੁਝ ਵਿਲੱਖਣ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਹਨ: ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਦੇ ਸੀਜ਼ਰਜ਼ ਕਾਰਨ ਲੱਗੀਆਂ ਸੱਟਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੰਭੀਰ ਹੋ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਅਤੇ ਟਿਸ਼ੂ ਇੰਨੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ। ਬਾਅਦ ਦਾ ਭੰਬਲਭੂਸਾ ਇੰਨਾ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਰਹਿ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੋ ਸਕਦਾ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਕਈ ਘੰਟਿਆਂ ਲਈ ਨਾ ਖਾਵੇ ਨਾ ਪੀਵੇ ਜਾਂ ਹਿਲਜੁਲ ਨਾ ਕਰੇ ਅਤੇ ਇਕੱਲੇ ਰਹਿ ਰਹੇ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਇਹ ਇਕ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ। ਸੀਜ਼ਰ ਕਾਰਨ ਗੱਡੀ ਚਲਾਉਣ ਦੇ ਹੱਕ ਦੇ ਜਾਂਦੇ ਰਹਿਣ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਮਰ 'ਤੇ ਆਜ਼ਾਦ ਰਹਿਣ ਪ੍ਰਤੀ ਇਕ ਗੰਭੀਰ ਧੱਕਾ ਹੈ, ਪਰ ਸਰਕਾਰੀ ਬੱਸਾਂ ਗੱਡੀਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਅਕਸਰ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਲਈ ਇੰਨਾ ਸੌਖਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਿਸਟਮ ਜਵਾਨ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਰੀਰ ਮਿਰਗੀ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਝੱਲਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਦੇ ਰਾਹ ਵਿਚ ਉਮਰ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਵੀ ਹਨ ਅਤੇ ਬਲੱਡ ਪਰੈਸ਼ਰ, ਕੋਲੈਸਟਰੋਲ ਅਤੇ ਦਰਦ ਲਈ ਲਈਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਦੁਜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਰੀਐਕਸ਼ਨ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਹਰ ਏ ਈ ਡੀ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵੇਰਵਿਆਂ ਲਈ ਅੱਗੇ ਦੇਖੋ। ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਵਿੱਚੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਸਾਈਡ ਇਫੈਕਟਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਵੀ ਸੀਨੀਅਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੈਟਾਬੋਲਿਜ਼ਮ ਮੱਠਾ ਪੈ ਗਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਿਮਾਗ ਬੁੱਢਾ ਹੋ ਗਿਆ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਤਾ

ਲਾਉਣ ਲਈ ਕਈ ਵੱਖ ਵੱਖ ਦਵਾਈਆਂ ਅਜਮਾ ਦੇ ਦੇਖਣੀਆਂ ਪੈ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿ ਕਿਹੜੀ ਦਵਾਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਕੰਮ ਕਰੇਗੀ।

ਸਾਰੀਆਂ ਉਮਰਾਂ ਦੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਜਿਹੜੀ ਦਵਾਈ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਉਹ ਫੈਨੀਟੋਇਨ (ਡਿਲੈਨਟਿਨ) ਹੈ। ਇਸ ਦਵਾਈ ਦਾ ਫਾਇਦਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਵਿਚ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਮਰੀਜ਼ ਅਕਸਰ ਆਪਣੇ ਪਹਿਲੇ ਸੀਜ਼ਰ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਪਹੁੰਚਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾ ਡੋਜ਼ ਵਿਚ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ ਫੌਰਨ ਹੋ ਜਾਵੇ, ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਲੈਵਲ ਦੇ ਇਕਸਾਰ ਹੋ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 10 ਦਿਨ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਡੋਜ਼ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ। ਇਸ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਸੰਤੁਲਨ ਮਾੜਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸੋਚਣੀ ਮੱਠੀ ਪੈ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਖਾਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਲੈਵਲ ਇਲਾਜ ਦੀ ਰੇਂਜ ਦੇ ਉਪਰਲੇ ਪਾਸੇ ਨੂੰ ਹੋਵੇ। ਇਹ ਉਸ ਮਰੀਜ਼ ਵਿਚ ਦਿਮਾਗ ਦਾ ਕਾਰਜ ਵੀ ਅਕਸਰ ਹੌਲੀ ਕਰ ਦੇਵੇਗਾ ਜਿਸ ਨੂੰ ਦਿਮਾਗ ਦੀ ਸੱਟ ਕਾਰਨ ਹੋਰ ਤੰਤੂ ਵਿਗਾੜ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਟਰੋਕ ਜਾਂ ਦਿਮਾਗੀ ਦੀ ਤਾਜ਼ਾ ਸਰਜਰੀ। ਇਸ ਦਵਾਈ ਉੱਤਲੇ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ ਮੱਠੀ ਬੁੱਧੀ ਅਤੇ ਡਿਪਰੈਸ਼ਨ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਵੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਅਜਿਹੇ ਵੀ ਹਨ ਜਿਹੜੇ ਇਸ ਨੂੰ ਲੈਂਦੇ ਹੋਏ ਬਿਲਕੁਲ ਠੀਕ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਵਿਚ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਮੈਟਾਬਲਿਜ਼ਮ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਪਾਥਵੇਅ ਹੇਪੈਟਿਕ ਸਾਇਟੋਕਰੋਮ ਪੀ 450 ਐਨਜ਼ਾਇਮ ਸਿਸਟਮ (ਸੀ ਵਾਈ ਪੀ) ਹੈ। ਆਮ ਏ ਈ ਡੀਜ਼: ਫੈਨੀਟੋਇਨ, ਕਾਰਬਾਮੈਜ਼ੋਪੀਨ, ਅਤੇ ਫੀਨਾਬਾਬੀਟੋਲ (ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਆਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ 40 ਤੋਂ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵਰਤੋਂ ਵਿਚ ਹਨ) ਸਾਰੀਆਂ ਐਨਜ਼ਾਇਮ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਜਿਗਰ ਵਿਚਲੇ ਪੀ 450 ਸਿਸਟਮ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਰਗਰਮ ਕਰ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਕਰਕੇ, ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਮਰੀਜ਼ ਐਨਜ਼ਾਇਮ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਿੰਨ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਵਿੱਚੋਂ ਕੋਈ ਵੀ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਕੋਲੈਸਟਰੋਲ ਘਟਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁਝ ਦਵਾਈਆਂ¹, ਜਾਂ ਗਰਭ ਰੋਕੂ ਗੋਲੀਆਂ, ਜਾਂ ਖੂਨ ਪਤਲਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚੋਂ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਨਿਕਲ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਦੇ ਐਕਸ਼ਨ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚੋਂ ਵਿਟਾਮਿਨ ਡੀ ਦਾ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਨਿਕਲਣ ਵਿਚ ਵੀ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਹ ਵੀ ਇਕ ਕਾਰਨ ਹੈ ਇਹ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿਚ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ ਵਧਾ ਦੇਣਗੀਆਂ। ਜਦੋਂ ਕੋਈ ਮਰੀਜ਼ ਕਈ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈ ਰਿਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਫਾਰਮਾਸਿਸਟ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਇਹ ਪੁੱਛਣਾ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਕਿਹੜੇ ਅਸਰ ਪੈ ਰਹੇ ਹੋਣਗੇ, ਅਤੇ ਇਹ ਪਤਾ ਲਾਉ ਕਿ ਕਿਹੜੀਆਂ ਤਬਦੀਲੀਆਂ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਇਕ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆ, ਇੱਕੋ ਸਮੇਂ ਲਈਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਈ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਪੇਟ ਵਿਚ ਜੁੜਬ ਹੋਣ ਦੀ ਹੈ। ਕੈਲਸ਼ੀਅਮ ਜੋ ਕਿ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ ਤੋਂ ਰੋਕਥਾਮ ਕਰਨ ਲਈ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਫੈਨੀਟੋਇਨ ਦੇ ਜੁੜਬ ਹੋਣ 'ਤੇ ਕਾਫੀ ਅਸਰ ਪਾਵੇਗਾ ਜਦੋਂ ਇੱਕੋ ਵੇਲੇ ਲਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਘੰਟੇ ਦੇ ਫਰਕ ਨਾਲ ਵੱਖਰਾ ਲੈਣਾ ਪਵੇਗਾ ਜਾਂ ਫੈਨੀਟੋਇਨ ਦੇ ਪੱਧਰ ਬਦਲ ਜਾਣਗੇ ਅਤੇ ਅਕਸਰ ਇੰਨੇ ਘੱਟ ਜਾਣਗੇ ਕਿ ਸੀਜ਼ਰ ਰੋਕ ਨਹੀਂ ਸਕਣਗੇ।

ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਮਿਰਗੀ ਦੇ ਇਲਾਜ ਕਈ ਹੋਰ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਉਦੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਫੈਨੀਟੋਇਨ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰ ਰਹੀ ਹੋਵੇ ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਨਾ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕਰਨ ਯੋਗ ਸਾਈਡ ਇਫੈਕਟ ਹੋ ਰਹੇ ਹੋਣ।

ਕਾਰਬਾਮੈਜ਼ੋਪੀਨ, ਫੈਨੀਟੋਇਨ ਨਾਲ ਕਾਫੀ ਮਿਲਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਹੇਪੈਟਿਕ ਐਨਜ਼ਾਇਮ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਦੇ ਸੁਭਾ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਬਹੁਤੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਇੱਕੋ ਜਿਹੀਆਂ ਹੀ ਹਨ। ਇਹ ਕਾਫੀ ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨੀ ਪੈਂਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਜੇ ਪੂਰੀ ਡੋਜ਼ (ਖੁਰਾਕ) ਅਚਾਨਕ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਚੱਕਰ ਆਉਣਗੇ। ਇਸ ਦਵਾਈ ਨਾਲ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਬੁੱਧੀ ਅਤੇ ਸੰਤੁਲਨ, ਫੈਨੀਟੋਇਨ ਦਵਾਈ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਮੱਠੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਜੇ ਇਹ ਹੌਲੀ ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ (ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਰੂਮ ਵਿਚ ਨਹੀਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ) ਤਾਂ ਇਹ ਇਕ ਵਾਜਬ ਚੋਣ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਇਸ ਦਵਾਈ ਦੇ ਸਾਈਡ ਇਫੈਕਟ ਫੈਨੀਟੋਇਨ ਨਾਲੋਂ ਕਿਤੇ ਘੱਟ ਸਮਾਂ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਿਸਟਮ ਵਿਚ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਨਹੀਂ ਰਹਿੰਦੀ। ਇਸ ਨਾਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨਾ ਸੌਖਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਵਾਈ ਦੀ ਡੋਜ਼ ਇਸ ਚੀਜ਼ ਨੂੰ ਆਧਾਰ ਬਣਾ ਕੇ ਅਡਜਸਟ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿ ਮਰੀਜ਼ ਕਿਵੇਂ ਮਹਿਸੂਸ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਫੀਨਾਬਾਬੀਟੋਲ ਵੀ ਸੀਜ਼ਰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਅਸਰਦਾਰ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਅਸਰ ਬਹੁਤ ਲੰਮਾ ਸਮਾਂ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਹ ਰੋਜ਼ ਦੀ ਇਕ ਲਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਚਿੰਤਾ ਜਾਂ ਨੀਂਦ ਨਾ ਆਉਣ ਦੇ ਰੋਗ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਲਈ ਦਵਾਈ ਰਾਤ ਨੂੰ ਲੈਣ 'ਤੇ ਇਸ ਦਾ ਸ਼ਾਂਤ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਅਸਰ ਮਦਦ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਪਰ ਇਹ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਅਸਰਦਾਰ ਵੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ ਵਧਾਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਵੱਡੀਆਂ ਡੋਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਸੰਤੁਲਨ ਅਤੇ ਬੁੱਧੀ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪਾ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ। ਇਹ ਸਾਰੀਆਂ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਮਹਿੰਗੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਜੇ ਵੀ ਉੱਤਰੀ ਅਮਰੀਕਾ ਅਤੇ ਯੂਰਪ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਇਹ ਇੱਕੋ ਦਵਾਈ ਹੀ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਵਾਰਾ ਖਾਂਦੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਵਾਲਪਰੋਏਟ (ਇਪੀਵਾਲ) ਵੀ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਲਈ ਅਸਰਦਾਰ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਹਿ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਰ ਇਹ ਪਾਰਸ਼ਲ ਸੀਜ਼ਰਜ਼ ਨਾਲੋਂ ਜਨਰਲਾਈਜ਼ਡ ਲਈ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਸਰਦਾਰ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਘੱਟ ਆਮ ਹਨ। ਇਹ ਐਨਜ਼ਾਇਮ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਨਹੀਂ ਹੈ ਪਰ ਪ੍ਰੋਟੀਨ ਬਾਈਓਡਿੰਗ ਕਾਰਨ ਇਸ ਦਾ ਦੂਜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ 'ਤੇ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦਾ ਸਾਈਡ ਇਫੈਕਟ ਪਹਿਲਾਂ ਮੌਜੂਦ ਕੰਬਣੀ ਦਾ ਭੜਕਣਾ ਹੈ ਜਾਂ ਨਵੀਂ ਕੰਬਣੀ ਪੈਦਾ ਹੋਣਾ ਹੈ ਪਰ ਦਵਾਈ ਬੰਦ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਹ ਹਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਗੈਬਾਪਿਨਟਿਨ (ਨਿਊਰੋਨਟਿਨ) ਇਕ ਅਜਿਹੀ ਏ ਈ ਡੀ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਦਰਦ ਲਈ ਵੱਡੀ ਪੱਧਰ 'ਤੇ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਕਰਕੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਜਿਗਰ ਦੀ ਬਜਾਏ ਗੁਰਦਿਆਂ ਵਿਚ ਦੀ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਦੀ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਪਰ, ਇਹ ਹਲਕੀ ਏ ਈ ਡੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੀਜ਼ਰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਇਸ ਦੀਆਂ ਵੱਡੀਆਂ ਡੋਜ਼ਾਂ ਬਜ਼ੁਰਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨੀਂਦ ਲਿਆ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਲੈਮੋਟ੍ਰੀਜ਼ੀਨ (ਲੈਮਿਕਟਾਲ) ਨਵੀਂਆਂ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਵਿੱਚੋਂ ਇਕ ਹੈ ਜਿਹੜੀ ਜਿਗਰ ਵਿਚ ਮੈਟਾਬਲਾਈਜ਼ਡ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਦੂਜੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਕੋਈ ਬਹੁਤੀ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਓਸਟੀਓਪੋਰੋਸਿਸ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦਾ। ਇਸ ਨਾਲ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨੀਂਦ ਨਹੀਂ ਆਉਂਦੀ ਅਤੇ ਕਦੇ ਕਦੇ ਤਾਂ ਨੀਂਦ ਨਾ ਆਉਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਹੌਲੀ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪਹਿਲਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਨਿਗਰਾਨੀ ਰੱਖੀ ਜਾਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਚਮੜੀ 'ਤੇ ਐਲਰਜੀ ਦਾ ਰੀਐਕਸ਼ਨ ਹੋਣ ਦਾ ਖਤਰਾ ਬਜ਼ੁਰਗ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਵਿਚ ਤਕਰੀਬਨ 10% ਹੁੰਦਾ ਹੈ²। ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਬਹੁਤ ਆਮ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਪਰ ਇਹ ਤਾਜ਼ਾ ਲਿਖਤਾਂ ਵਿਚ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਲਈ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇਕ ਹ³।

ਕਲੋਬਾਜ਼ਾਮ (ਫਰੈਸੀਅਮ) ਇਕ ਹਲਕੀ ਏ ਈ ਡੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਘੱਟ ਹੈ, ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਅਸਰ ਕਬੂਲਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨੀਂਦ ਆ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੰਤੁਲਨ ਘੱਟ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸ਼ਰਾਬ ਵਰਗੇ ਹੋਰ ਸੀ ਐੱਨ ਐੱਸ ਦਾ ਅਸਰ ਵਧਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਟੋਪੀਰਾਮੇਟ (ਟੋਪਾਮੈਕਸ), ਔਕਸਕਾਰਬਾਮੈਜ਼ੋਪੀਨ (ਟ੍ਰਾਈਲਿਪਟਾਲ) ਅਤੇ ਲੈਵੋਟੀਰੈਸਟਾਮ (ਕੈਪਰਾ) ਤਿੰਨ ਨਵੀਂਆਂ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਦੇ ਸੀਜ਼ਰਜ਼ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿਚ ਥਾਂ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਉਪਰ ਵਿਚਾਰੀਆਂ ਗਈਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕਾਫੀ ਮਹਿੰਗੀਆਂ ਹਨ। ਟੋਪਾਮੈਕਸ, ਐਨਜ਼ਾਇਮ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਹੈ ਪਰ ਘੱਟ ਡੋਜ਼ਾਂ 'ਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਹੈ। ਔਕਸਕਾਰਬਾਮੈਜ਼ੋਪੀਨ, ਆਮ ਐਨਜ਼ਾਇਮ ਪਾਥਵੇਅ ਪੈਦਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਦੀਆਂ ਘੱਟ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀਆਂ ਹਨ। ਲੈਵੋਟੀਰੈਸਟਾਮ ਦਾ ਫਾਇਦਾ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਗੈਬਾਪਿਨਟਿਨ ਵਾਂਗ ਗੁਰਦਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਦੀ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਨਾਲ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਹ ਵੀ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਝੱਲ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਪਰ ਕੁਝ ਮਰੀਜ਼ ਇਸ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਿੜਚਿੜੇ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸੀਜ਼ਰ ਲਈ ਇਸ ਦਵਾਈ ਦੀ ਇਕੱਲੀ ਵਰਤੋਂ ਦਾ ਤਜਰਬਾ ਅਜੇ ਵੀ ਸੀਮਤ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਬੀ ਸੀ ਫਾਰਮਾਕੋਅਰ ਤੋਂ ਖਾਸ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਲੈਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਰਫ ਤਾਂ ਹੀ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇ ਮਰੀਜ਼ ਨੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਵਿੱਚੋਂ ਕੁਝ ਨਹੀਂ ਝੱਲੀਆਂ।

ਸੰਖੇਪ ਵਿਚ, ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਵਿਚ ਮਿਰਗੀ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਵਾਲਾ ਹੈ। ਇਸ ਉਮਰ ਗਰੁੱਪ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਇਹ ਹਨ:

1. ਪਛਾਣ: ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਵਿਚ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਦੌਰੇ ਅਜਿਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਹੜੇ ਸੀਜ਼ਰ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।
2. ਸੀਜ਼ਰਜ਼ ਦੌਰਾਨ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੱਟਾਂ ਲੱਗਦੀਆਂ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਹੱਡੀਆਂ ਅਤੇ ਟਿਸੂ ਜਵਾਨ ਲੋਕਾਂ ਜਿੰਨੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੇ।
3. ਆਮ ਵਰਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਵਿਚ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਹੜੀਆਂ ਸੀਨੀਅਰ ਲੈ ਰਹੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨਾਲ ਹੋਰ ਦਵਾਈਆਂ ਘੱਟ ਅਸਰਦਾਰ ਬਣ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਏ ਈ ਡੀ ਦੇ ਸਾਈਡ ਇਫੈਕਟ ਵਧ ਸਕਦੇ ਹਨ।
4. ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਦਾ ਮੈਟਾਬਲਿਜ਼ਮ ਘੱਟ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਇਸ ਕਰਕੇ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਦਾ ਅਸਰ ਸਪਸ਼ਟ ਤੌਰ 'ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੌਲੀ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਡੋਜ਼ਾਂ ਵਿਚ ਅਡਜਸਟਮੈਂਟ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ।
5. ਜੇ ਹੋਰ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿਗਾੜ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹੋਣ ਤਾਂ ਸੀਨੀਅਰਾਂ ਦੇ ਦਿਮਾਗ ਏ ਈ ਡੀਜ਼ ਦੇ ਸਾਈਡ ਇਫੈਕਟਾਂ ਪ੍ਰਤੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਫੁੱਟਨੋਟਸ:

1. ਇਹ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀ ਸਟੈਟਿਨਜ਼ ਜਾਂ ਐੱਮ ਐੱਮ ਜੀ -ਸੀ ਓ ਏ ਰੀਡਕਟੇਜ਼ ਇਨਹਿਬਟਰਜ਼ ਕਲਾਸ ਹਨ। ਇਹ ਦਖਲਅੰਦਾਜ਼ੀ ਰੋਵੂਵਾਸਟਿਨ (ਕਰੈਸਟਰ) ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਬਾਕੀ ਸਾਰੀਆਂ ਦਾ ਅਸਰ ਘਟਾਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਕਲਾਸ ਵਿਚ ਸਿਰਫ ਇਹ ਹੈ ਜਿਸ 'ਤੇ ਫੈਨੀਟੋਇਨ ਦਾ ਅਸਰ ਨਹੀਂ ਪੈਂਦਾ।
2. ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਵਿਚ ਮੋਨੋਥੈਰੇਪੀ ਲਈ ਪ੍ਰੋਡਕਟ ਮੋਨੋਗ੍ਰਾਫ।

ਹਵਾਲੇ:

Rowan AJ, Ramsay RE, Collins JF, et al. New onset geriatric epilepsy: a randomized study of gabapentin, lamotrigine, and carbamazepine. *Neurology* 2005; 64:1868–1873.

Patsalos PN, Perucca E. Clinically important drug interactions in epilepsy: interactions between antiepileptic drugs and other drugs. *Lancet Neurol* 2003; 2:473–481.

M.J.V. Pugh, PhD, RN, A. C. Van Cott, MD, J. A. Cramer, BS, J. E. Knoefel, MD, M. E. Amuan, MPH, J. Tabares, BA, R. E. Ramsay, MD, D. R. Berlowitz, MD, MPH . Trends in antiepileptic drug prescribing for older patients with new-onset epilepsy: 2000–2004 *Neurology* 2008; 70: 2171-78

ਇਹ ਆਰਟੀਕਲ ਬੀ ਸੀ ਐਪੀਲੈਪਸੀ ਸੁਸਾਇਟੀ ਦੇ ਨਿਊਜ਼ਲੈਟਰ ਵਿਚ ਪਹਿਲਾਂ ਸਪਰਿੰਗ 2009 ਵਿਚ ਛਪਿਆ ਸੀ

ਤੁਸੀਂ ਬੀ ਸੀ ਐਪੀਲੈਪਸੀ ਸੁਸਾਇਟੀ ਦੇ ਮੈਂਬਰ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਸਰਵਿਸ ਦੇ ਫਾਇਦੇ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ।

#2500-900 West 8th Avenue, Vancouver, BC V5Z 1E5

ਫੋਨ: (604) 875-6704 ਫੈਕਸ: (604) 875-0617 info@bcepilepsy.com www.bcepilepsy.com