

Τ.Ε.Ι.: ΠΑΤΡΑ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΕΠΙΛΗΨΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΤΡΟΜΠΟΥΚΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ ΑΠΡΙΛΙΟΣ 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	421
----------------------	-----

I

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

- Πρόλογος ..... III

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Παθοφυσιολογία της επιληψίας ..... 1  
2. Παθογενετικοί μηχανισμοί επιληπτικών κρίσεων ..... 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

1. Επιληψία ..... 7  
2. Επιδημιολογία ..... 7  
3. Μορφές επιληψίας ..... 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1. Αίτια της επιληψίας ..... 13  
2. Κλινική εικόνα ..... 18  
3. Εργαστηριακές εξετάσεις ..... 25  
4. Διάγνωση ..... 27  
5. Διαφορική διάγνωση ..... 28  
6. Πρόγνωση ..... 31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

1. Θεραπεία ..... 33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Εισαγωγή ..... 42

## II

2. Νοσηλευτική φροντίδα επιληπτικής κατάστασης .....	45
3. Νοσηλευτική φροντίδα εργαστηριακών εξετάσεων .....	47
4. Έξοδος αποκατάσταση ασθενούς .....	54

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

- Περιστατικά επιληψίας .....	57
- Εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα ...	52
- ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	67
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	70

---

### III

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία που ακολουθεί αποτελεί το τελευταίο μέρος των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλευτικής.

Το θέμα που εξετάζω ανήκει στις νευρολογικές παθήσεις και είναι η επιληψία.

Το θέμα περιλαμβάνει δύο μέρη: το ιατρικό και το νοσηλευτικό.

Το ιατρικό αναφέρεται στην παθοφυσιολογία της επιληψίας, τις μορφές, την αιτιολογία, την κλινική εικόνα, τα διαγνωστικά μέσα και τη θεραπεία της επιληψίας.

Το νοσηλευτικό μέρος αναφέρεται στην γενική νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με επιληψία και την έξοδο και αποκατάσταση του ασθενούς. Τελειώνω με το ειδικό μέρος που περιλαμβάνει τα ιστορικά τα οποία αποτελούν αντιπροσωπευτικά δείγματα επιληψίας και την ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση ασθενών με την νόσο αυτή.

Με την βοήθεια των βιβλίων ιατρικών και νοσηλευτικών που χρησιμοποίησα και την καθοδήγηση των γιατρών του Π.Π.Ν. της Πάτρας, έφερα σε πέρας την εργασία μου.

Παρά την προσπάθειά μου όμως φοβάμαι ότι ίσως μερικά στοιχεία είναι ελλιπή ή έχουν παραληφθεί, αλλά πιστεύω ότι η παρουσίαση του θέματος θα δώσει όσο το δυνατόν καλύτερη εικόνα του θέματος και θα με αποδείξει αντάξια τόσο της επιστοσύνης του Καθηγητή και Επόπτη της εργασίας μου κ.Κούνη, όσο και των Καθηγητών που απαρτίζουν την εξεταστική επιτροπή.

Τελειώνοντας ευχαριστώ θερμά τις καθηγητριές μας που μας εκπαίδευσαν άρτια τόσο στο θεωρητικό όσο και στο πρακτικό

#### IV

μέρος, ώστε να εξασκήσουμε το επάγγελμα αυτό με γνώση και ευσυνειδησία.

Επίσης ευχαριστώ τον κ.Κούνη για την πολύτιμη συνεργασία του στην διεκπεραίωση της εργασίας μου και την δ.Νάνου για την καθοδήγησή της στην διεκπεραίωση του νοσηλευτικού μέρους της εργασίας.

---

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο    Ι

1. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Επιληπτικοί παροξυσμοί μπορεί να προκληθούν σε κάθε φυσιολογικό εγκέφαλο (ανθρώπινο ή σπονδυλωτό) με ποικιλία διαφόρων ηλεκτρικών ή χημικών ερεθισμάτων. Η ευκολία και η ταχύτητα με την οποία μπορεί να εμφανισθούν αυτοί οι παροξυσμοί και η στερεότυπη φύση των εκλυμένων κρίσεων υποδηλώνει ότι ο φυσιολογικός εγκέφαλος ιδίως δε ο εγκεφαλικός φλοιός περιλαμβάνει στη λεπτή ανατομική και φυσιολογική δομή του έναν μηχανισμό, που είναι κληρονομικός ασταθής και που μπορεί να επηρεαστεί κατά πολλούς διαφορετικούς τρόπους ώστε να προκαλέσει ένα επιληπτικό παροξυσμό.

Έτσι πολλά είδη μεταβολικών διαταραχών και ανατομικών βλαβών του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν επιληψία και αντιστρόφως δεν υπάρχει παθογνωμική βλάβη του επιληπτικού εγκεφάλου.

Το χαρακτηριστικό λειτουργικό γνώρισμα της επιληψίας είναι μια ρυθμική και επαναληπτική υπερχρονισμένη εκφόρτιση πολλών νευρώνων σε μια εντοπισμένη περιοχή του εγκεφάλου. Αντανάκλαση αυτής της υπερχρονισμένης εκφορτίσεως μπορεί να παρατηρηθεί στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (Η.Ε.Γ.). Το Η.Ε.Γ. καταγράφει την ολοκληρωμένη ηλεκτρική δραστηριότητα που παράγεται από συναπτικά δυναμικά των νευρώνων στα επιφανειακά στρώματα μιας εντοπισμένης περιοχής του φλοιού. Φυσιολογικό το Η.Ε.Γ. καταγράφει τη μη συγχρονισμένη δραστηριότητα κατά τη διάρκεια περιόδων κατά τις οποίες ο νους εργάζεται δραστήρια ή τη μετρίως συγχρονισμένη δραστηριότητα όταν ο νους αναπάυεται

ή κατά την διάρκεια διαφόρων σταδίων του ύπνου.

Στην επιληπτική εστία οι νευρώνες μιας μικρής περιοχής του φλοιού ενεργοποιούνται κατά τρόπο τελείως συγχρονισμένο και αυτό παράγει μια μεγαλύτερη οξύτερη μορφή κύματος στο Η.Ε.Γ., την εκφόρτιση αιχμής.

Εάν ο υπερσυγχρονισμός του νευρώνα είναι μεγάλος ακολουθεί απλός επιληπτικός παροξυσμός, εάν εξαπλωθεί σε όλη την ένταση του εγκεφάλου και διαρκέσει για δευτερόλεπτα ή λεπτά θα εμφανισθεί σύνθετος μερικός ή γενικευμένος παροξυσμός.

Το Η.Ε.Γ. ποικίλλει στην εμφάνιση ανάλογα με το ποιές περιοχές του εγκεφάλου συμμετέχουν και ανάλογα με το πώς οι πρωτοπαθείς εκφορτίζουσες περιοχές προβάλλουν στο επιφανειακό φλοιό. Ένας μεγάλος αριθμός μεταβολικών διεργασιών λαμβάνει χώρα στον εγκέφαλο κατά την διάρκεια των επιληπτικών εκφορτίσεων και ενδέχεται να συμβάλλουν στην ανάπτυξη της εστίας, στην μετάπτωση, σε παροξυσμούς ή στη δυσλειτουργία που ακολουθεί τους παροξυσμούς.

Κατά την διάρκεια των εκφορτίσεων η εξωκυττάρια πυκνότητα του καλίου αυξάνεται, ενώ η εξωκυττάρια πυκνότητα του ασβεστίου μειώνεται. Και οι δύο αυτές μεταβολές έχουν μεγάλη επίδραση στην νευρωνική ευρεθιστότητα, την απελευθέρωση νευρομεταβιβαστών και το νευρωνικό μεταβολισμό.

~~Νευρομεταβιβαστές~~ και ~~νευροπεπτίδια~~ ελευθερώνονται επίσης σε ασυνήθως μεγάλες ποσότητες κατά την διάρκεια εκφόρτισεως που δημιουργούν επιληπτικούς παροξυσμούς.

Υπάρχουν πολλοί μηχανισμοί με τους οποίους μπορεί να προκληθούν επιληπτικοί παροξυσμοί είτε σε φυσιολογικούς ή



παθολογικούς εγκεφάλους. Μια από τις συνηθέστερες μεθόδους προκλήσεως επιληψίας σε πειραματόζωα είναι ο αποκλεισμός των μηχανισμών αναστολής π.χ. παράγοντες που ανταγωνίζονται τον ανασταλτικό νευρομεταβιβαστή γ-αμινοβουτυρικό οξύ είναι δυνητικά σπασμαγόνοι και σε ζώα και σε ανθρώπους.

Ένας άλλος μηχανισμός είναι η ηλεκτρική διέγερση κατά τον οποίο μπορεί εύκολα να προκληθούν σπασμοί στο φυσιολογικό εγκέφαλο. Σε ορισμένη ένταση ρεύματος και συχνότητα διεγέρσεως παράγονται επιληπτικές εκφορτίσεις που αναπαράγονται μετά το αρχικό ερέθισμα.

Τα αποτελέσματα είναι γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί. Σε συνθήκες χαμηλότερης διεγέρσεως μπορεί να μην συμβούν επιληπτικές μετεκφορτίσεις. Μπορεί να εμφανισθούν αυτόματοι σπασμοί χωρίς περαιτέρω ηλεκτρική διέγερση. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται Kindling. Η σχέση του με την παθοφυσιολογία της μετατραυματικής επιληψίας ή με το ερώτημα εάν η επέλευση των ιδίων των παροξυσμών τείνει να συντηρήσει την συνεχή ανάπτυξη επιληπτικής εστίας στον άνθρωπο δεν έχει διευκρινιστεί.

## 2. ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Οι παθογενετικοί μηχανισμοί των επιληπτικών κρίσεων είναι πολλοί και πολύπλοκοι αφού δεν πρόκειται για μια ασθένεια αλλά για ένα σύμπτωμα αρκετών ασθενειών. Πολλοί είναι οι παράγοντες που παρεμβαίνουν στις διεργασίες για την αναστολή και διέγερση των νευρώνων στον ενεργειακό μεταβολισμό τους και μπορούν να προκαλέσουν επιληπτικές κρίσεις. Οι κυριότεροι βασικοί μηχανισμοί που προκαλούν επιληπτικές κρίσεις είναι οι

παρακάτω:

### 1. Ηλεκτροφυσιολογικοί

Η βασική διαταραχή που παρατηρείται στις επιληπτικές κρίσεις είτε είναι εστιακές είτε γενικευμένες, είναι η αυξημένη διεγερτικότητα των νευρώνων του φλοιού που στο Η.Ε.Γ. παρουσιάζεται ως αιχμής - κύμα. Ο ρυθμός εκφόρτισης είναι ταχύς και οφείλεται σε μια ανώμαλη παρατεταμένη εκπόλωση της κυτταρικής μεμβράνης που ονομάζεται παροξυντική εκπολωτική απόκλιση.

### 2. Μηχανισμοί διέγερσης και αναστολής των νευρώνων σε ιοντικό επίπεδο.

Διαταραχές που παρατηρούνται κατά την διακίνηση των ιόντων μέσα στο κύτταρο ( $K^+$ ) και έξω από το κύτταρο ( $Na^+, Cl^-$ ) έχουν σαν συνέπεια την ανώμαλη διέγερση των νευρώνων και να εμφανιστούν επιληπτικές κρίσεις.

### 3. Μηχανισμοί διέγερσης και αναστολής των νευρώνων σε συνοπτικό επίπεδο.

Όταν διαταραχούν οι συνοπτικοί μηχανισμοί δια μέσου των οποίων δημιουργούνται η διέγερση και αναστολή των νευρώνων μπορεί να προκληθούν επιληπτικές κρίσεις. Δύο αμινοξέα παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιληψία, το γλουταμινικό οξύ που δρά σαν διεγερτικός νευροδιαβιβαστής και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) που είναι ο κυριότερος ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής στον εγκέφαλο. Όταν απελευθερώνεται το (GABA) στην συναπτική σχισμή προκαλεί αύξηση της αγωγιμότητας, της μετασυναπτικής μεμβράνης στο χλώριο με αποτέλεσμα την υπερπόλωση στο νευρικό κύτταρο αυξάνοντας την είσοδο του χλωρίου ή την έξοδο του καλίου.

Η κατασταλτική δράση της ταυρίνης μαζί με την ιδιότητά της να αυξάνει το ενδοκυττάριο αδέσμευτο ασβέστιο, εμποδίζει την συνδεσή του με τις ενδοκυττάρειες μεμβράνες.

4. Η διέγερση και αναστολή των νευρώνων από εξωνευρωνικούς παράγοντες.

Ο ρόλος της νευρολογίας στην ομοιόσταση του εξωκυττάριου περιβάλλοντος είναι σημαντικός. Τα νευρογλοιακά κύτταρα δεσμεύουν το αυξημένο κάλιο και αποτρέπουν έτσι μια επαναλαμβανόμενη εκπόλωση του νευρώνα. Γι'αυτό όταν διαταράσσεται η φυσιολογική λειτουργία της νευρογλοίας, η αυξημένη συγκέντρωση του καλίου στο εξωκυττάριο υγρό μπορεί να συμβάλλει στην αυτοδιατήρηση της διέγερσης ή στην επεκτασή της στις γύρω περιοχές του φλοιού. Επιληπτικές κρίσεις επίσης μπορούν να προκληθούν σε διαταραχές του μεταβολισμού (οξυγόνο - γλυκόζης) και της οξεοβασικής ισορροπίας.

5. Επέκταση της επιληπτικής δραστηριότητας.

Όταν ένας μεγάλος αριθμός νευρώνων αρχίζει να εκφορτίζει με γρήγορη συχνότητα, τότε η παροξυντική αυτή δραστηριότητα προκαλεί συγχρονισμένες εκφορτίσεις, και σε γειτονικά φυσιολογικά κύτταρα με αποτέλεσμα να εξαπλωθεί η επιληπτική εκφόρτιση.

Αν οι επιληπτικές εστίες βρίσκονται βαθειά στο δικτυωτό σχηματισμό ή στο θάλαμο, η εκφόρτισή τους μεταδίδεται συγχρονισμένα και συμμετρικά στα δύο ημισφαίρια. Το αποτέλεσμα είναι μια γενικευμένη κρίση που εκτός από γενικευμένα κινητικά φαινόμενα χαρακτηρίζεται και από απώλεια συνείδησης. Η εκφόρτιση από μια επιληπτική εστία στο φλοιό επεκτείνεται είτε τοπικά, είτε διαμέσου υποφλοιωδών οδών. Αν η εξαπλούμενη

εκφόρτιση φθάσει στον ανιόντα δικτυωτό σχηματισμό του μεσεγκεφάλου, παρατηρείται γρήγορη και μαζική επέκταση της στα δύο ημισφαίρια με αποτέλεσμα την γενίκευση της κρίσης.

6. Μηχανισμοί που διακόπτουν τις κρίσεις.

Ο τερματισμός των κρίσεων προκαλείται από διαφόρους ανασταλτικούς μηχανισμούς. Τέτοια είναι τα ενδοφλοιικά κυκλώματα και τα εξωφλοιικά όπως της παρεγκεφαλίτιδας των βασικών γαγγλίων κ.α. Σπουδαίο ρόλο παίζει και η νευρογλοία που απομακρύνει από το εξωκυττάριο υγρό το κάλιο που πλεονάζει.

Πολλοί είναι οι φυσιολογικοί παράγοντες που οδηγούν σε επιληπτικές κρίσεις. Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα στην εκδήλωση των επιληπτικών κρίσεων συμμετέχουν εξωγενείς βλαπτικοί παράγοντες και ενδογενή προδιαθεσιακά αίτια. Σαν εξωγενή αίτια θεωρούνται όλα εκείνα που μπορούν να βλάψουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου.

Αν συνυπάρχουν και ενδογενείς προδιαθεσιακοί παράγοντες μιας επιληψίας γίνεται ακόμη πιο εύκολα.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2

1. ΕΠΙΛΗΨΙΑ (Ορισμός)

Η επιληψία είναι μια διαταραχή της νευρικής λειτουργίας που χαρακτηρίζεται από χρόνιες υποτροπιάζουσες παροξυσμικές μεταβολές που προκαλούνται από ανωμαλίες της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου.

Εκδηλώνεται με κρίσεις διαταραχής της συνείδησης και με κινητικές διαταραχές - σπασμούς. Ο βαθμός της εκδήλωσης αυτών των συμπτωμάτων κυμαίνεται από την πλήρη θόλωση (συσκότιση) της συνείδησης, ως την ελαφριά αμβλύνοια.

2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η επιληψία αποτελεί μια από τις συχνότερες χρόνιες αρρώστιες του Κ.Ν.Σ. χωρίς ουσιαστική φυλετική ή γεωγραφική διαφορά ή επίπτωση ανέρχεται σε 5% δηλαδή στα διακόσια (200) άτομα ένας (1) είναι επιληπτικός.

Ο ετήσιος επιπολασμός φθάνει το 0,4% δηλαδή στους 100.000 ανθρώπους παρουσιάζουν για πρώτη φορά σε ένα χρόνο 40 άτομα. Επιληψία εμφανίζεται σε κάθε ηλικία αν και το 50% παρουσιάζει πριν την ηλικία των 10 ετών και τα 2/3 πριν την ηλικία των 20 χρόνων. Αν υπολογισθεί και ο αριθμός των ατόμων που παρουσίασαν στην ζωή τους μόνο ένα ή λίγα επιληπτικά επεισόδια, ανεβαίνει ο αριθμός του πληθυσμού με έκδηλα επιληπτικά επεισόδια σε 5%.

Από ηλεκτροεγκεφαλογραφικά ευρήματα υπολογίζεται ότι ακόμη ένα 5% του πληθυσμού παρουσιάζει μια αυξημένη προδιάθεση για επιληπτική επίδραση. Έτσι καταλήγουμε ότι ένας στους 20 ανθρώπους παρουσίασε μια φορά στην ζωή του επιληπτικό επεισόδιο

και ένας στους δέκα έχει αυξημένη ετοιμότητα για επιληπτικό επεισόδιο.

Η επιληψία απαντάνται στην ίδια περίπου αναλογία με τους ρευματισμούς και τον σακχαρώδη διαβήτη.

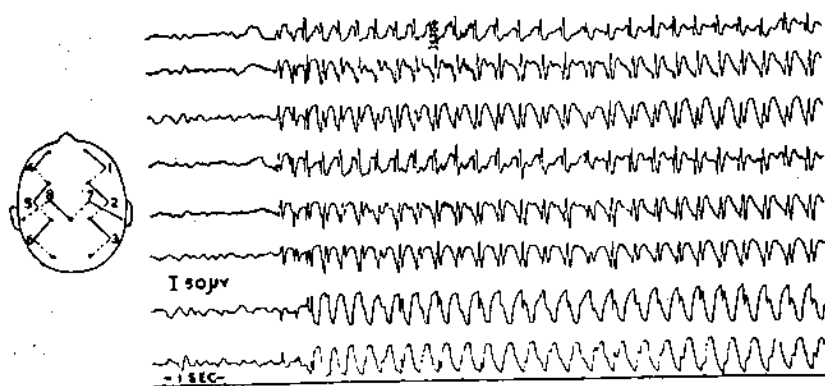
### 3. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

#### Γενικά

Οι νευρολογικές εκδηλώσεις των επιληπτικών παροξυσμών ποικίλουν και κυμαίνονται από βραχυχρόνια απόσπαση της προσοχής μέχρι παρετεταμένη απώλεια της συνειδήσεως με ανώμαλη κινητική δραστηριότητα. Η ακριβής ταξινόμηση των μορφών των επιληπτικών παροξυσμών τους οποίους παρουσιάζει ένα άτομο, είναι σημαντική για την κατάλληλη διαγνωστική έρευνα, την εκτίμηση της προγνώσεως και την επιλογή της θεραπείας. Η ταξινόμηση των επιληπτικών παροξυσμών που αναφέρω παρακάτω βασίζεται στην ταξινόμηση που χρησιμοποιεί ο νευροψυχίατρος Διακογιάννης Αγαπητός, ο οποίος αναφέρει ως κύριες επιληπτικές μορφές την Μικρά επιληψία (Petit wall), την Μεγάλη επιληψία (grand wall) καθώς και την επιληπτική κατάσταση.

#### Ταξινόμηση επιληπτικών παροξυσμών

1) Μικρά επιληψία. Ο όρος αυτός περιορίζεται στην βραχεία διάρκεια προσβολής απώλειας της συνειδήσεως οι οποίες επαναλαμβάνονται και συνήθως συνδιάζονται με χαρακτηριστικές ηλεκτροεγκεφαλογραφικές ανωμαλίες, δηλαδή με συγχρόνους στην μετωπιαία χώρα εκφορτίσεις αιχμής - σώματος, συχνότητας 3 κύκλων κατά δευτερόλεπτο.



Γενικευμένες, σύγχρονες αμφοτερόπλευρες και συμμετρικές εκφορτίσεις αιχμής-κύματος 3 κύκλων κατά δευτερόλεπτον κατά την διάρκεια προσβολής μικράς επιληψίας.

2) Μεγάλη επιληψία. Όπως η μικρά και η μεγάλη επιληψία δυνατόν να είναι αποτέλεσμα συγγενούς διαταραχής η οποία εκδηλώνεται ως ιδιοπαθής επιληψία. Σε αντίθεση όμως με την μικρή επιληψία που είναι και συμπτωματική συνέπεια εγκεφαλικής βλάβης η οποία δρά σε οποιονδήποτε λοβό του εγκεφάλου. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να υποθέσουμε ότι μια επιληπτογόνος εκφόρτιση του πάσχοντα λοβού διαχέεται ταχέως προς το κεντρικό μηχανισμό τον υπεύθυνο για την απώλεια συνειδήσεως και την γενίκευση των σπασμών.

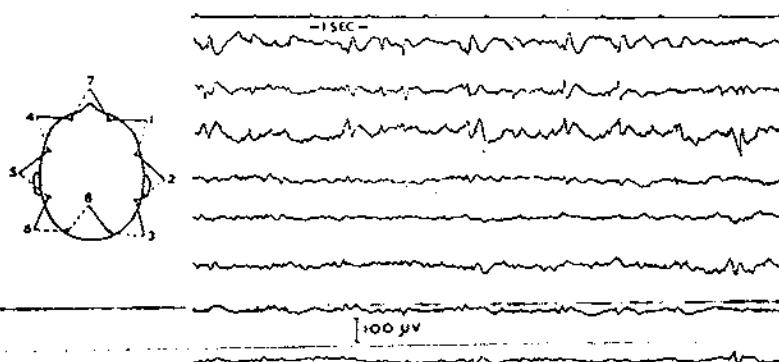
3) Επιληπτική κατάσταση. Είναι οι παρατεταμένοι ή επαναλαμβανόμενοι παροξυσμοί χωρίς περίοδο αναρρώσεως μεταξύ των προσβολών και μπορεί να εμφανισθούν σε όλες τις μορφές των

επιληπτικών παροξυσμών.

Η επιληπτική κατάσταση (status epilepticus) με μερικούς παροξυσμούς ονομάζεται epilepsia partialis continua και μπορεί να εμφανισθεί με κινητικούς, αισθητικούς ή σπλαχνικούς παροξυσμούς. Η επιληπτική κατάσταση είναι δυνατόν να προκληθεί από απότομη διακοπή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων ιδίως των βαρβιτουρικών. Από την διακοπή της θεραπείας από βαρβιτουρικά, κρίσεις, είναι δυνατόν να εμφανισθούν μετά την πάροδο ημερών από την διακοπή των φαρμάκων.

#### Δευτερογενείς μορφές επιληψίας

1) Κροταφική επιληψία. Είναι μια ομάδα από επιληπτικές κρίσεις οι οποίες είναι αποτέλεσμα επιληπτογόνου βλάβης. Η βλάβη είναι εντός ή πλησίον του κροταφικού λοβού ιδιαίτερα της υποκάμπτου ή αμυγδαλής - ή άλλων τμημάτων του επιχειλίου συστήματος και άλλοι φαίνεται ότι προέρχονται από μεσαίες παροιοβαλιαίες ή κογχικές μετωπιαίες περιοχές.



Κροταφική επιληψία. Εστία αιχμηρών και βραδέων κυμάτων κατά την δεξιά κροταφική χώρα.



2) Εστιακή κινητική επιληψία (επιληψία Jackson). Η μορφή αυτή ονομάζεται έτσι γιατί πρώτος την περιέγραψε έτσι ο Hughlings Jackson. Είναι ένα αποτέλεσμα από διαδοχικές επιληπτογόνες μορφές εκφορτίσεων που λαμβάνουν χώρα στο αντίθετο κινητικό φλοιό και μπορεί να συμβεί μέσα σε δευτερόλεπτα ή λεπτά.

3) Εστιακή αισθητική επιληψία. Οι κρίσεις αυτές έχουν την προέλευση τους στο αντίθετο βρεγματικό λοβό στην γειτονιά της οπίσθιας κεντρικής έλικος και είναι δυνατό να εξελιχθούν σε μια εστιακή κινητική προσβολή ή προς γενικευμένους σπασμούς.

4) Αντανεκλαστική επιληψία. Είναι μια επιληπτική κρίση η οποία είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις να προκληθεί από διάφορους εξωτερικούς ερεθισμούς όπως οπτικού ή αιφνιδίου έντονου θορύβου ή μουσικής. Η κρίση αυτή είναι συγγενές.

5) Αυτοπροκαλούμενη επιληψία

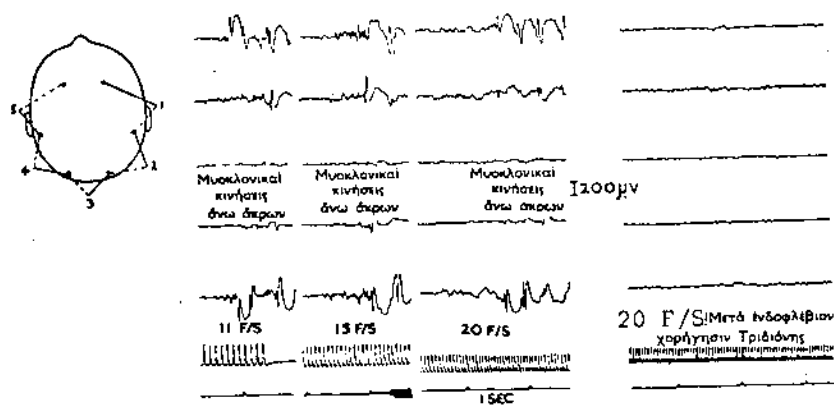
6) Ακίνητικές επιληπτικές κρίσεις

7) Αυτοματισμοί της επιληψίας

8) Συνεχής μερική επιληψία. Είναι μια σπάνια μορφή εστιακής επιληψίας κατά την οποία επέρχονται έντονες κλονικές κινήσεις περιοριζόμενες σε ένα τμήμα του σώματος και οφείλονται στην εστιακή βλάβη της αντίστοιχης περιοχής του αντίθετου κινητικού φλοιού.

9) Τονικές επιληπτικές κρίσεις. Είναι μια επιληπτική κρίση η οποία είναι δυνατόν να εκδηλωθεί από μυϊκή δυσκαμψία η οποία συνδιάζεται με απώλεια της συνειδήσεως αλλά δεν ακολουθείται από κλονικές κινήσεις. Οφείλεται συνήθως στην οργανική βλάβη του εγκεφάλου προκαλώντας παροδικό απεγκεφαλισμό, ταυτόχρονα όμως παρατηρούνται και ιδιοπαθείς επιληψία.

10) Μυοκλονική επιληψία. Οι μυοκλονικές κρίσεις μπορεί να είναι αιφνίδιες, βραχείες, μεμονωμένες ή επαναλαμβανόμενες μυϊκές συσπάσεις, που προσβάλλουν ένα τμήμα του σώματος ή ολόκληρο το σώμα. Οι μυοκλονικές κρίσεις συνυπάρχουν συνήθως με άλλους τύπους παροξυσμών αλλά μπορεί να εμφανίζονται και μόνοι.



Μυοκλονική επιληψία. Φωτομυκλονική απάντηση σε φωτεινά ερεθίσματα διαφόρου συχνότητας και εν συνεχεία ενδοφλεβίου χορήγησης τριοδιόνης.

### 1. ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η πιθανή αιτιολογία ενός δεδομένου επιληπτικού παροξυσμού εξαρτάται από την ηλικία του αρρώστου και τον τύπο του παροξυσμού. Στα βρέβη οι συνηθέστερες αιτίες είναι η ανοξία ή η ισχαιμία προ και κατά την γέννηση, η ενδοκρανιακή βλάβη κατά την γέννηση, μεταβολικές διαταραχές όπως η υπογλυκαιμία, η υποσβεστιαίμια, η υπομαγνησισαιμία, συγγενείς δυσπλασίες του εγκεφάλου και λοιμώξεις.

Στο μικρό παιδί τα τραύματα και οι λοιμώξεις αποτελούν συχνές αιτίες επιληψίας, ενώ ιδιοπαθείς επιληπτικοί παροξυσμοί είναι υπεύθυνοι για την πλειονότητα των περιπτώσεων. Γενετικοί παράγοντες μπορεί να επιδρούν στη εμφάνιση της επιληψίας και έχει επίσης δειχθεί ότι επηρεάζουν γενικά τις εικόνες του Η.Ε.Γ. Άρρωστοι με πρωτοπαθείς γενικευμένους επιληπτικούς παροξυσμούς, ειδικά αφαιρέσεις παρουσιάζουν μεγαλύτερη οικογενή επίπτωση επιληψίας, από εκείνη που απαντά στο φυσιολογικό πληθυσμό και οι συγγενείς αυτών των αρρώστων παρουσιάζουν μεγαλύτερη επίπτωση δυσρυθμικών Η.Ε.Γ., ακόμη και αν δεν εμφανίζουν παροξυσμούς.

Ο τρόπος της κληρονομικότητας της επιρρέπειας, για την επιληψία φαίνεται πολύπλοκος και πιθανώς αντιπροσωπεύει πολλαπλά γονίδια με μεταβλητή διεισδυκότητα. Ακόμη και στην ομάδα των μεγαλύτερων κινδύνων εντούτοις η πιθανότητα ενός αδελφού ή ενός παιδιού ατόμου με γενικευμένους παροξυσμούς να έχει επίσης επιληψία είναι κάτω από 10%.

Μικρά παιδιά επίσης αναπτύσσουν συχνά (2 ως 5%) σπασμούς κατά

την διάρκεια εμπυρέτων νόσων. Αυτοί οι πυρετικοί σπασμοί είναι γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί βραχείας διάρκειας που εμφανίζονται κατά την διάρκεια των πρώιμων φάσεων μιας εμπυρέτου νόσου σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 3 μηνών και 5 ετών. Οι πυρετικοί σπασμοί πρέπει να διακριθούν από τους σπασμούς που προκαλούνται από λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ. και οι οποίες εμφανίζουν συμπτωματικά πυρετό (μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα). Είναι απίθανο να αναπτύξει το παιδί επιληψία ή οποιαδήποτε νευρολογική βλάβη, εξαιτίας ενός πυρετικού σπασμού αν αυτός διαρκέσει λιγότερο από 5 λεπτά είναι περισσότερο γενικευμένος παρά εστιακός και δεν συνοδεύεται από καμία Η.Ε.Γραφική ανωμαλία ή ανωμαλία κατά την νευρολογική εξέταση. Μπορεί να υπάρχει οικογενειακό ιστορικό πυρετικών σπασμών. Οι πυρετικοί σπασμοί θεραπεύονται πιθανώς πιο αποτελεσματικά με γρήγορα και σχετικά δραστήρια μέσα ώστε να αποφευχθεί η μεγάλη αύξηση της θερμοκρασίας κατά την διάρκεια διαφόρων παιδικών νοσημάτων, αλλά χωρίς ειδική αντιεπιληπτική θεραπεία.

Μερικοί παιδίατροι προτιμούν να βάζουν παιδιά που είναι ευαίσθητα σε πυρετικούς σπασμούς σε χρόνια αγωγή με φαινοβερβιτάλη. Απ'την άλλη μεριά αν η κρίση των πυρετικών σπασμών είναι παρατεταμένη ή εστιακή ή συνδέεται σε ανώμαλο Η.Ε.Γ. ή το παιδί εμφανίζει κάποια νευρολογική ανωμαλία υπάρχει σημαντικός κίνδυνος να επακολουθήσει επιληψία.

---

Αυτά τα παιδιά θα πρέπει να υποβάλλονται σε χρόνια αντιεπιληπτική αγωγή. Η διαλείπουσα αντιεπιληπτική αγωγή που εφαρμόζεται κατά την εισβολή μιας εμπυρέτου νόσου δεν είναι αποτελεσματική και θα πρέπει να αποφεύγεται.

Στους εφήβους και στους νεαρούς ενήλικους ο τραυματισμός της

κεφαλής αποτελεί κύρια αιτία εστιακής επιληψίας. Επιληψία μπορεί να προκληθεί από κάθε είδος σοβαρής βλάβης της κεφαλής με την πιθανότητα εμφάνισης υποτροπιαζόντων παροξυσμών που είναι ανάλογη με την έκταση της βλάβης. Βλάβες οι οποίες ή προκαλούν διάτρηση της σκληρής μήνιγγας ή μετατραυματική αμνησία διάρκειας μεγαλύτερη από 24 ώρες, μπορεί να έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση όψιμης επιληψίας, σε ποσοστό 40-50%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε περιπτώσεις κλειστών κακώσεων της κεφαλής, με εγκεφαλική διάσειση κυμαίνεται μεταξύ 5-25%.

Βραχυχρόνιες διασεισεις του εγκεφάλου ή μη διαμπερές τραύματα της κεφαλής χωρίς απώλεια συνειδήσεως δεν προκαλούν επιληψία. Σπασμοί που εμφανίζονται αμέσως μετά ή στην διάρκεια των πρώτων 24 ωρών μετά τον τραυματισμό δεν έχουν κακή πρόγνωση, ενώ σπασμοί που εμφανίζονται μετά την πρώτη ημέρα και μέσα στις πρώτες δύο εβδομάδες έχουν μεγάλη πιθανότητα να αποτελούν συμπτώματα μετατραυματικής επιληψίας.

Οι περισσότεροι σπασμοί αναπτύσσονται σε διάστημα 2 ετών μετά την κάκωση, ενώ μπορεί να μεσολαβήσουν και μακρότερα διαστήματα. Περίπου 50% των αρρώστων με μετατραυματική επιληψία αναρρώνουν αυτομάτως, 25% παρουσιάζουν σπασμούς που είναι πολύ περισσότερο ανθεκτικοί στην αντιεπιληπτική αγωγή.

Η αποτελεσματικότητα της προφυλακτικής αντιεπιληπτικής αγωγής μετά από τραυματισμό της κεφαλής δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί, αν και πολλοί γιατροί θεραπεύουν αυτούς τους αρρώστους (και άλλους μετεγχειρητικούς νευροχειρουργικούς αρρώστους) με φαινυλυδοντοίνη ή φαινοβαρβιτάλη ώστε να αποφύγουν την ανάπτυξη μετατραυματικής επιληψίας.

Στην ομάδα των εφήβων ή των νεαρών ενηλίκων οι

γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί είναι ιδιοπαθείς ή συνδέονται με την απόσυρση από φάρμακα (ιδίως βαρβιτουρικά) ή οινόπνευμα. Αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες μπορεί να εκδηλώνονται ως εστιακοί επιληπτικοί παροξυσμοί στην ομάδα αυτής της ηλικίας. Μεταξύ της ηλικίας των 30 και 50 ετών, οι όγκοι του εγκεφάλου αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες σπασμών και μπορεί να υπάρχουν στο 30% των αρρώστων που εμφανίζουν νέους εστιακούς επιληπτικούς παροξυσμούς. Γενικά η επίπτωση των σπασμών είναι μεγαλύτερη σε περιπτώσεις βραδέως εξελισσομένων όγκων, που προσβάλλουν την παρεγκεφαλίδα, όπως μηνιγγιώματα και χαμηλής διαφοροποίησεως γλοιώματα, από όσο σε κακοηθέστερους τύπους. Ωστόσο σπασμοί μπορεί να εμφανισθούν σε άτομα με κάθε είδους χωροκατακτιτική επεξεργασία, του Κ.Ν.Σ. περιλαμβανομένων των πολύ κακοήθων μεταστατικών όγκων ή των τελείως καλοήθων αγγειακών δυσπλασιών.

Μετά την ηλικία των 50 ετών η εγκεφαλογγειακή νόσος είναι συνηθέστερη αιτία εστιακών σπασμών. Σπασμοί μπορεί να εμφανισθούν οξείως σε αρρώστους με εμβολή αιμορραγία, ή σπανιότερα θρόμβωση, αλλά συχνότερα εμφανίζονται ως όψιμη συνέπεια αυτών των βλαβών. Σπασμοί μπορεί επίσης να προκύψουν από "σιωπηρά" εγκεφαλικά έμφρακτα σε αρρώστους με μη γνωστή εγκεφαλογγειακή νόσο.

Εγκεφαλικοί όγκοι, είτε πρωτοπαθείς, είτε μεταστατικοί, εκδηλώνονται επίσης με σπασμούς στην ομάδα της μεγαλύτερης ηλικίας. Σε κάθε ηλικία ποικιλία εσωτερικών νόσων μπορεί να προκαλέσει μεταβολικές διαταραχές που μπορεί να εκδηλωθούν ως σπασμοί.

Ουραιμία ηπατική ανεπάρκεια, υπό ή υπερασβεστιαϊμία, υπό ή

υπεργλυκαιμία, ή υπό και υπερνατριαιμία μπορεί να εκδηλωθούν σε μυοκλονικούς σπασμούς ή γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς.

## Π Ι Ν Α Κ Α Σ

### Οι αιτίες των σπασμών

	- περιγεννητική υποξία και ισχαιμία
	- ενδροκρανιακή κάκωση κατά την γέννηση
<u>βρέφος</u>	- οξεία λοίμωξη
(0-2 ετών)	- μεταβολικές διαταραχές (υπογλυκαιμία, υποσβεστιαίμια).
	- συγγενείς διαμαρτία
	- γενετικές διαταραχές
	- ιδιοπαθής
<u>παιδί</u>	- οξεία λοίμωξη
(2-12 ετών)	- τραύμα
	- πυρετικοί σπασμοί
	- ιδιοπαθής
<u>έφηβος</u>	- τραύμα
(12-18 ετών)	- Απόσυρση από φάρμακο, οινόπνευμα
	- Αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες
	- τραύμα
<u>νεαρός ενήλικος</u>	- αλκοολισμός
(18-35 ετών)	- εγκεφαλικός όγκος

	- εγκεφαλικός όγκος
<u>μεγαλύτερος</u>	- εγκεφαλοαγγειακή νόσος
<u>ενήλικος</u>	- μεταβολικές διαταραχές (ουραιμία, ηπατική
από 35 ετών	ανεπάρκεια, υπογλυκαιμία, ηλεκτρολυτικές
και πάνω	διαταραχές).
	- αλκοολισμός

## 2. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ)

Η επιληψία διαχωρίζεται σε δύο βασικές κλινικές μορφές, την μικρή επιληψία και την μεγάλη επιληψία.

Οι κρίσεις εκδηλώνονται ανάλογα με τις μορφές, το αίτιο και την βαρύτητα της επιληψίας οπότε αναφερόμαστε στις μεγάλες και τις μικρές κρίσεις.

Στις μεγάλες κρίσεις σε ένα ποσοστό 60% των περιπτώσεων, η προσβολή επέρχεται χωρίς προειδοποιητικά συμπτώματα απευθείας, με απώλεια της συνείδησης. Δεδομένου ότι η εστία που προέρχεται η προσβολή είναι δυνατόν να εντοπίζεται σε ποικίλες θέσεις του εγκεφάλου, υπάρχουν και αντίστοιχα συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται είτε υπό μορφή συγκινήσεων όπως φόβου, ή ψευδαισθήσεων ποικίλου περιεχομένου όπως γευστικού, οσφρυτικού, οπτικού ή ακουστικού, είτε με την μορφή ενός παθολογικού αισθήματος αναφερόμενος σ'ένα τμήμα του σώματος, συνήθως στο επιγάστριο. Αρχικά η προσβολή μπορεί να εκδηλωθεί με διαταραχή της ομιλίας ή κίνησης ενός μέρους του σώματος.

Έχει παρατηρηθεί πως μερικές ημέρες ή ώρες πριν από κάθε κρίση, μερικές φορές το άτομο γίνεται ευερέθιστο ή γρινιάρικο.



Σε άλλα πάλι άτομα παρουσιάζεται αίσθημα ιλίγγου, κοιλιακοί πόνοι, τάση για εμετό ή γενικά ένα περίεργο συναίσθημα ακαθόριστης ανησυχίας λίγα δευτερόλεπτα πριν από την κρίση. Η κυρίως κρίση είναι δυνατόν να αρχίσει με κραυγή γεγονός σπάνιο. Η απώλεια συνειδήσεως έρχεται αμέσως είτε με την έναρξη της προσβολής και ο ασθενής πέφτει στο έδαφος με το ενδεχόμενο να τραυματισθεί. Στη συνέχεια γυρίζει τα μάτια προς τα πάνω, τεντώνει το σώμα και χτυπάει τα χέρια, τα πόδια και το πρόσωπο.

Η αρχική κινητική εκδήλωση της κρίσεως συνίσταται σε μια φάση τονικής συσπάσεως όλων των μυών η οποία είναι ως επί το πλείστον συμμετρική και στις δύο πλευρές του σώματος αν και συχνά παρατηρείται στροφή της κεφαλής και των οφθαλμών και έλξη του στόματος προς την μια πλευρά. Τα άνω άκρα συνήθως είναι σε προσαγωγή στους ώμους και κάμψη στις υπόλοιπες αρθρώσεις. Τα κάτω άκρα συνήθως είναι σε έκταση με ανάσπαση του εσωτερικού μέρους των άκρων. Λόγω των σπασμών των αναπνευστικών μυών, η αναπνοή σταματάει κατά την τονική φάση, η οποία διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα και όχι περισσότερο από ενάμιση λεπτό. Ακολουθεί η κλονική φάση κατά την οποία η παρατεταμένη τονική σύσπαση των μυών αντικαθίσταται από ισχυρές διεκεκομμένες συσπάσεις. Ένα ή δύο λεπτά από την έναρξη των σπασμών αρχίζουν να βγαίνουν αφροί από το στόμα, παρουσιάζεται δύσπνοια, ενώ τα χέρια και τα χείλια παίρνουν ένα χρώμα κυανωτικό (μελάνιασμα). Κατά την διάρκεια μιας τέτοιας κρίσεως είναι δυνατόν να παρουσιαστεί απώλεια ούρων ή κοπράνων. Επίσης πολλές φορές η γλώσσα τραυματίζεται από τα δόντια την ώρα της κρίσεως λόγω των σπασμών των σιαγόνων.

Προς το τέλος της κλονικής φάσης τα μεσοδιαστήματα των μυικών συσπάσεων γίνονται προοδευτικά μεγαλύτερα και τελικά οι συσπάσεις σταματάνε. Η απώλεια της συνειδήσεως κυμαίνεται από λίγα λεπτά μέχρι μισή ώρα και στην συνέχεια ο ασθενής βυθίζεται σε ύπνο διάρκειας πολλών ωρών. Μετά την κρίση ακολουθεί συνήθως κεφαλαλγία και επί μεγάλο διάστημα οι τενόντιες αντανακλάσεις δυνατόν να είναι κατεργημένες και το πελματιαίο αντανακλαστικό να παράγεται και στις δύο πλευρές με έκταση.

Οι κρίσεις μικρής επιληψίας εκδηλώνονται κατά την βρεφική ή παιδική ηλικία και καταπαύουν ή αντικαθίστανται από προσβολές μεγάλης επιληψίας κατά την ενηλικίωση. Η πιο συνηθισμένη μορφή της μικρής επιληπτικής κρίσης είναι η απώλεια της συνειδήσεως για δευτερόλεπτα ή αφαιρέσεις. Το παιδί π.χ. για μερικά δευτερόλεπτα είναι απών, δεν αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει γύρω του, μοιάζει σαν να βρίσκεται σε κενό. Τις πιο πολλές φορές το βλέμα είναι προσηλωμένο ή παραμένει απλανές, παρατηρείται σύγχυση και ωχρότητα του προσώπου. Διακόπτει οτιδήποτε επιτελεί κατά την στιγμή της κρίσεως αλλά δεν πέφτει κάτω και δεν παρατηρούνται σπασμοί. Αμέσως μετά το τέλος της κρίσεως ο ασθενής συνεχίζει την προηγούμενη δραστηριότητά του. Σε ελαφράς κρίσεις δυνατόν να μην υπάρχει απώλεια της συνειδήσεως και ο ασθενής έχει γνώση της καταστάσεώς του. Αυτό το είδος των επιληπτικών κρίσεων τις περισσότερες φορές δεν αντιλαμβάνεται και εκλαμβάνεται ως κακός τρόπος συμπεριφοράς ή ως κακή συνήθεια.

Στο βρέφος οι μικρές κρίσεις παρουσιάζονται με την μορφή ξαφνικών σπασμών του κορμιού που μπορεί να επαναληφθούν

μερικές φορές. Αυτοί οι σπασμοί συχνά εκλαμβάνονται ως κολικοί ή ξαφνιάσματα του βρέφους. Συνήθως στα νήπια ή παιδιά σχολικής ηλικίας οι μικρές επιληπτικές κρίσεις είναι δυνατόν να εμφανισθούν ως ξαφνικά ανοιγοκλείσματα των βλεφάρων (τικ) ή ως κάμψεις της κεφαλής προς τα εμπρός. Στις πιο βαρείες μορφές παρατηρείται και ξαφνική πτώση στο έδαφος προς τα εμπρός ή προς τα πίσω, με αποτέλεσμα ανάλογους τραυματισμούς.

Ανεξάρτητα από την ηλικία του παιδιού οι μικρές κρίσεις είναι δυνατόν να προσβάλουν την μια μόνο πλευρά του σώματος ή του προσώπου, το ένα π.χ. χέρι ή το ένα πόδι.

Συχνά οι σπασμοί αυτοί δεν συνοδεύονται από διαταραχή ή απώλεια της συνειδήσεως.

Τα γενικά χαρακτηριστικά συμπτώματα της επιληψίας επικεντρώνονται στις παραπάνω μορφές.

Στην συνέχεια θα επιχειρήσουμε μια συνοπτική αναφορά των επιπλέον συμπτωμάτων των υπολοίπων μορφών.

Στην κροταφική επιληψία. Το πιο βασικό χαρακτηριστικό των κροταφικών κρίσεων είναι οι ποικίλες διαταραχές του περιεχομένου της συνειδήσεως, όπως αισθητηριακές ψευδαισθήσεις, κυρίως οσφρητικές ή γευστικές, ή ανάκληση οπτικών εικόνων ή μουσικών θεμάτων: Διαταραχές της αντιλήψεως του εξωτερικού κόσμου κυρίως του μεγέθους και της αποστάσεως των αντικειμένων ή διαταραχές αντίληψης του ίδιου του σώματος δηλαδή παραισθήσεις αντιλήψεως (ότι συμβαίνει στο παρόν, έχει

συμβεί και στο παρελθόν) αναβίωση παλιών αναμνήσεων και παθολογικές συγκινησιακές εμπειρίες δυσάρεστου περιεχομένου κυρίως καταστάσεως φόβου ή κατάθλιψης. Οι κινητικές εκδηλώσεις της κροταφικής επιληψίας είναι εξίσου ποικίλες. Ο ασθενής

εμφανίζεται συγχισμένος και δεν αντιδράει ή αντιδράει επαρκώς όταν καλείται με το όνομά του. Ο ασθενής είναι δυνατόν να εκτελεί χωρίς συνείδηση ορισμένες επιθετικές κινήσεις. Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει ψυχικές διαταραχές συνδισασμένες με περίπλοκες κινητικές διαταραχές μιλάμε για ψυχοκινητική επιληψία.

#### Εστιακή κινητική επιληψία. (Επιληψία Jackson).

Η κρίση αρχίζει με σύσπαση των κλονικών και σπάνια των τονικών κινήσεων σε μικρή περιοχή της αντίθετης πλευράς του σώματος, συνήθως στον αντίχειρα και τον δείκτη, την γωνία του στόματος ή το μεγάλο δάκτυλο του ποδιού. Η σύσπαση η οποία αρχίζει στο ένα άκρο καταλαμβάνει στην συνέχεια και το άλλο άκρο της ίδιας πλευράς, από το κέντρο προς την περιφέρεια και το πρόσωπο και τελικά ενδέχεται να επεκταθεί και στις δύο πλευρές οπότε επέρχεται απώλεια της συνείδησης. Μια επιληπτική προσβολή τύπου Jackson συχνά ακολουθείται από παροδική αδυναμία των μυών οι οποίοι έχουν καταληφθεί από σπασμούς. Η αδυναμία μπορεί να διαρκέσει λίγες ώρες ή μια - δύο μέρες και είναι γνωστή ως παράλυση του Todd.

#### Εστιακή αισθητική επιληψία.

Στην μορφή αυτή εμφανίζονται φαινόμενα αισθητικού περιεχομένου. Συνήθως εμφανίζεται ένα αίσθημα μουδιάσματος σε ορισμένη περιοχή του σώματος το οποίο μπορεί να επεκταθεί κατά τρόπο όμοιο προς την επέκταση των συσπάσεων επί εστιακής αισθητικής κρίσεως.

#### Αντανακλαστική επιληψία.

Μια επιληπτική κρίση είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις να προκληθεί από διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα οπτικά ή

αιφνίδια. (έντονος θόρυβος <ακουστικοκινητική επιληψία> ή μουσικής <μουσικογενής επιληψία> ή οπτικών φωτεινών ερεθισμάτων π.χ. κατά την παρακολούθηση τηλεόρασης).

#### Αυτοπροκαλούμενη επιληψία.

Ορισμένοι ασθενείς προκαλούν οι ίδιοι τις κρίσεις τους συνήθως κοιτάζοντας τον ήλιο και κοιτώντας τα χέρια με άνοιχτά τα δάχτυλα προς τους οφθαλμούς τους.

#### Ακίνητικές επιληπτικές κρίσεις.

Κατά τις κρίσεις αυτές ο ασθενής πέφτει αιφνίδια στο έδαφος χωρίς να προηγηθούν προειδοποιητικά σημεία, τόσο βίαια ώστε μπορεί να προκληθεί κάταγμα οστών. Η μόνη ένδειξη απώλειας της συνειδήσεως είναι ότι ο ασθενής δεν έχει αντιληφθεί την πτώση και είναι σε θέση να σηκωθεί αμέσως.

#### Συνεχής μερική επιληψία.

Πρόκειται για σπάνια μορφή επιληψίας κατά την οποία εμφανίζονται επίμονες κλονικές κινήσεις περιορισμένες σε ένα τμήμα του σώματος π.χ. κάμψη του αντίχειρα και ενός ή περισσότερων δακτύλων. Οι κινήσεις αυτές διαρκούν πολύ και πολλές ημέρες ή μήνες χωρίς διακοπή.

#### Τονικές επιληπτικές κρίσεις

Μια επιληπτική κρίση είναι δυνατόν να εκδηλωθεί με μυϊκή δυσκαμψία η οποία συνδιάζεται με απώλεια της συνειδήσεως αλλά δεν ακολουθείται από τονικές κινήσεις. Συνήθως κατά την μορφή των κρίσεων αυτών η κεφαλή βρίσκεται σε έκταση, τα άνω άκρα υψώνονται προς τα εμπρός σε έκταση στους αγκώνες με ελαφρά κάμψη των δακτύλων και τα κάτω άκρα βρίσκονται σε έκταση.

#### Μυοκλονικές κρίσεις επιληψίας

Ασθενής με ιδιοπαθής μεγάλη επιληψία εμφανίζουν μερικές φορές

επαναλαμβανόμενες μυοκλονικές συμμετρικές στους καμπήρες των άνω άκρων κυρίως στις πρώτες πρωϊνές ώρες. Οι συσπάσεις αυτές ενδέχεται να σταματήσουν αυτόματα ή να ακολουθηθούν από γενικευμένους σπασμούς. Η συνεχής μερική επιληψία αποτελεί μια μορφή εντοπισμένης μυοκλονικής επιληψίας. Υπάρχουν επίσης κληρονομικές μορφές επιληψίας κατά τις οποίες οι μυοκλονίες αποτελούν το προέχον σύπτωμα. Σ' αυτές περιλαμβάνονται η κληρονομική μυοκλονική επιληψία με άνοια και μυοκλονίες οι οποίες συνδιάζονται με λιποειδώσεις και με άλλες σπάνιες εκφυλιστικές παθήσεις του εγκεφάλου.

#### Αυτοματισμοί επί επιληψίας.

Ο όρος αυτοματισμοί αναφέρεται σε συμπεριφορά του ασθενούς, ο οποίος επιτελεί πολύπλοκες πράξεις κατά τις οποίες δεν έχει συνείδηση και στην συνέχεια δεν έχει ανάμνηση αυτών.

#### Επιληπτική κατάσταση. (Status epilepticus)

Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν να υπάρξουν διαδοχικές κρίσεις στα μεσοδιαστήματα των οποίων ο ασθενής αποκτά την συνείδησή του και άλλοτε η μια κρίση διαδέχεται την άλλη χωρίς ο ασθενής να ανακτήσει την συνείδησή του ενδιάμεσα. Εφόσον οι κρίσεις εξακολουθούν, το κώμα στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής γίνεται βαθύτερο, παρατηρείται άνοδος του πυρετού, μέχρι υπερπυρεξίας και επέρχεται ο θάνατος. Ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν ιδιαίτερη τάση προς εμφάνιση επιληπτικής καταστάσεως αν και οι περιπτώσεις αυτές είναι σπάνιες.

Υπάρχουν και επιληπτικές κρίσεις που γίνονται μόνο την νύχτα στον ύπνο. Αυτές αντιλαμβανόμαστε από το κούνημα του κρεβατιού ή από τις άναρθρες κραυγές του ασθενή, από τους

πονοκεφάλους ή το αίσθημα τρομερής κούρασης που έχει μετά από τα σάλια πάνω στο μαξιλάρι, από την απώλεια ούρων στον ύπνο σε παιδιά π.χ. που από χρόνια δεν παρουσιάζουν πια νυκτουρία. Όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι στον ύπνο μπορεί να συνέβει μια επιληπτική κρίση.

Ένα άλλο είδος επιληπτικών κρίσεων όχι μόνο της παιδικής ηλικίας, είναι οι λυκοφωτικές λεγόμενες κρίσεις, χαρακτηριζόμενες π.χ. από καταποτικές κινήσεις της γλώσσας γύρω από τα χείλη, άσκοπες κινήσεις των χεριών (πασπάτεμα), ασυνάρτητη ομιλία ή άσκοπη περιπλάνηση εδώ και εκεί.

### 3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι βασικότερες εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες μας προκαθορίζουν την μορφή της επιληψίας καθώς και το είδος των επιληπτικών κρίσεων και οι οποίες μας βοηθούν στην διάγνωση και στην αντιμετώπιση της επιληψίας είναι:

#### Η λήψη ιστορικού σε συνδιασμό με την φυσική εξέταση.

Συχνά ένα προσεκτικό ιστορικό είτε από τον άρρωστο αν έχει αναρρώσει είτε από φίλο ή συγγενή, η φυσική εξέταση και οι εξετάσεις αίματος μπορούν να θέσουν την διάγνωση. Το ιστορικό μας δίνει πληροφορίες για την φύση της επιληψίας δηλαδή εάν οφείλεται σε κληρονομικούς παράγοντες ή σε διάφορες οργανικές διαταραχές. Η γενική φυσική εξέταση μπορεί να προσφέρει σημαντικές πληροφορίες για την αιτιολογία. Η υπερπλάσια των ούλων είναι συνήθως το αποτέλεσμα χρόνιας επιληπτικής θεραπείας με φαινυλυδαντοίνη. Η παρόξυνση χρόνιας διαταραχής που οφείλεται σε λοίμωξη, λήψη οινοπνεύματος ή διακοπή της θεραπείας είναι συνηθισμένη αιτία προσέλευσης αρρώστων σε

ιατρείο επειγόντων περιστατικών. Η εξέταση του δέρματος μπορεί να αποκαλύψει ειδικό (σαν κρασί porto) χρώμα του προσώπου που οφείλεται στην νόσο Sturge - Weber με εγκεφαλικές αποτιτανώσεις που αποκαλύπτονται στην ακτινογραφία του κρανίου ή τα στίγματα της οζώδους σκληρήσεως ή των νευροματώσεως. Ασυμμετρίες του σώματος ή των άκρων μπορεί να υποδείξουν υποτροφική σωματική ανάπτυξη που εντοπίζεται στο αντίθετο πλάγιο μιας συγγενούς ή νεογνικής εγκεφαλικής βλάβης. Το ιστορικό ή η φυσική εξέταση μπορεί να αποκαλύψουν χρόνιο αλκοολισμό.

Οι αιματολογικές εξετάσεις μπορεί να αποδείξουν αν οι σπασμοί προκλήθηκαν από υπογλυκαιμία, υπό ή υπερνατριαιμία ή υπό ή υπερασβεστιαίμία. Οι βιοχημικές αυτές διαταραχές θα πρέπει να διορθωθούν και να προσδιοριστεί η αιτία.

Οι ακτινογραφίες κρανίου αποτελούσαν παλιότερα σημαντική επιπρόσθετη μέθοδο αξιολογήσεως του αρρώστου που παρουσιάζει σπασμούς. Σήμερα αυτά διερευνώνται με την υπολογιστική τομογραφία. Οι ακτινογραφίες μπορούν να ανακαλύψουν: αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση ή μετατόπιση του κωναρίου από την μέση γραμμή που προκαλείται από χωροκατακτητική εξεργασία.

Άλλες εργαστηριακές εξετάσεις είναι:

- 1) Αξονική τομογραφία
- 2) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- 3) Πνευμοεγκεφαλογράφημα
- 4) Οσφυονοτιαία παρακέντηση

Ο σκοπός, η έννοια και τα ευρήματα των παραπάνω εξετάσεων θα μελετηθούν αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο σε συνδιασμό με την νοσηλευτική φροντίδα.



#### 4. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Στην διάγνωση της επιληψίας ο γιατρός χρειάζεται ακριβείς πληροφορίες γύρω από την εγκυμοσύνη, την γέννηση και την ψυχοσωματική εξέλιξη του ατόμου. Οι ακριβείς περιγραφές των κρίσεων, πότε άρχισαν, το πόσο συχνά επαναλαμβάνονται, το πώς εκδηλώνονται καθώς και πληροφορίες γύρω από την οικογένεια αν δηλαδή κάποιος συγγενής παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα, όλα αυτά βοηθούν πολύ τον γιατρό, για την σωστή διάγνωση.

Στην συνέχεια ακολουθεί λεπτομερείς νευρολογική εξέταση του επιληπτικού, καθώς και ηλεκτροεγκεφαλογραφική εξέταση.

Συχνά όλα αυτά, δηλαδή το ιστορικό, η νευρολογική εξέταση και ηλεκτροεγκεφαλογράφημα αρκούν για την διάγνωση της μορφής της επιληψίας.

Στην περίπτωση τώρα που ένας ασθενής προσέρθει με παροξυντικά εγκεφαλικά φαινόμενα μετά ή άνευ απώλειας της συνειδήσεως θα πρέπει να εγείρεται η υπόνοια της επιληψίας και για να γίνει διάγνωση επιβάλλεται καταρχήν να καθορίσουμε κατά πόσο ο ασθενής πάσχει πράγματι από επιληψία και όχι από άλλη παροξυντική διαταραχή και στην συνέχεια να προσδιορίσουμε όσο το δυνατόν γίνεται τα αίτια της επιληψίας. Κυρίως θα πρέπει να διαχωρίσουμε μια επιληπτική κρίση η οποία χαρακτηρίζεται από απώλεια της συνειδήσεως, από άλλες παρόμοιες καταστάσεις. Η αιτία των επιληπτικών κρίσεων είναι δυνατόν να επισημανθεί -

---

όχι όμως πάντοτε - μόνο με εισαγωγή σε ειδικές νευρολογικές κλινικές και με ειδικές εξετάσεις, πολλές φορές δύσκολες και πολύπλοκες.

Τέτοιες εξετάσεις είναι: ακτινογραφίες κρανίου, αξονικές τομογραφίες εγκεφάλου, εξετάσεις για μεταβολισμό κ.λ.π.

Κάτω από κανονικές συνθήκες οι ειδικές αυτές εξετάσεις δεν επιβαρύνουν και δεν έχουν καμιά συνέπεια στα επιληπτικά παιδιά ή τους ενήλικους.

Ένα από τα συνηθέστερα αλλά και πλέον σημαντικά προβλήματα, τα οποία αντιμετωπίζει ο γιατρός είναι η διάκριση μεταξύ απώλειας της συνειδήσεως επιληπτικής φύσεως και "λιποθυμίας". Από την διάκριση αυτή θα εξαρτηθεί η κοινωνική, επαγγελματική και μελλοντική κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

### 5. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Το σημείο στα οποία βασίζεται η διαφορική διάγνωση της επιληψίας από άλλες παρεμφερείς καταστάσεις με τα ίδια συμπτώματα είναι η συγκοπική λιποθυμική κρίση και τα αίτια αυτής καθώς και διάφορες παροξυντικές διαταραχές.

Συγκοπική λιποθυμική κρίση: Συγκοπή χαρακτηρίζεται η αιφνίδια απώλεια της συνείδησης, συνέπεια παροδικής εγκεφαλικής κυκλοφοριακής ανεπάρκειας η οποία οφείλεται:

- 1) Απώλεια αίματος επί αιμορραγίας
- 2) Ανεπαρκή φλεβική επαναφορά στην καρδιά συνηθισμένο αίτιο λιποθυμικής κρίσεως, που οφείλεται σε υψηλή θερμοκρασία και ακινησία οι οποίες ευνοούν την λίμανση του αίματος στο κατώτερο τμήμα του σώματος.
- 3) Το κυκλοφοριακό σύστημα είναι υπεύθυνο για την απώλεια της συνειδήσεως επί προσβολών Adams Stokes, συνέπεια καρδιακού αποκλεισμού και διαταραχές της συχνότητας και του ρυθμού της καρδιακής λειτουργίας όπως: παροξυντική ταχυκαρδία και κολπικός πτερυγισμός.
- 4) Σε ορισμένα ευαίσθητα άτομα η πίεση του καρωτιδικού κόλπου

προκαλεί απώλεια της συνειδήσεως συνήθως με επιβράδυνση της συχνότητας της καρδιακής λειτουργίας και πτώση της αρτηριακής πιέσεως.

5) Αντανακλαστικά αίτια συγκοπικών κρίσεων είναι διάφορες μικροεπεμβάσεις όπως φλεβοκέντηση ή παρακέντηση του θώρακος ή υπνιακή παρακέντηση καθώς και οι τραυματισμοί από ατυχήματα.

6) Συγκοπική κρίση είναι δυνατόν να οφείλεται σε αιφνίδιο συγκινησιακό ερεθισμό όπως έντονος φόβος, ή η θέα του αίματος.

7) Οι συγκοπικές κρίσεις μπορεί να αποτελούν το πρωτεύον σύμπτωμα επί ορθοστατικής υπόστασης. Η ορθοστατική υπόσταση οφείλεται σε σπάνια εκφυλιστική πάθηση η οποία προσβάλλει το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ιδεοπαθής ορθοστατική υπόσταση) και σε ορισμένες περιπτώσεις συνδιάζεται με εκφύλιση του ραβδωτού σώματος και της μέλανος ουσίας που παρατηρούνται σε πάρκινσον.

Τα κυριώτερα χαρακτηριστικά για να διακρίνουμε μια συγκοπική κρίση από μια επιληπτική είναι η ύπαρξη μιας επαρκούς αιτίας για λιποθυμία και το γεγονός ότι τόσο η αρχή όσο και τέλος μιας λιποθυμικής κρίσεως είναι βαθμιαία. Κατά την διάρκεια της λιποθυμικής κρίσεως ο ασθενής είναι ωχρός και παρουσιάζει μυϊκή ατονία, η αναπνοή συνοδεύεται από αναστεναγμούς και ο σφυγμός είναι γενικά βραδύς και μικρός. Σε ορισμένες περιπτώσεις επέρχονται σπασμοί και απώλεια ούρων, κατά συνέπεια τα συμπτώματα αυτά δεν πρέπει να θεωρούνται παθογνωμικά μιας

~~επιληπτικής προσβολής. —Σημαντικό είναι να διαπιστώσουμε —κατά~~

πόσο πρόδρομα συμπτώματα συγκοπής προηγήθηκαν της επιληπτικής κρίσης οπότε η έρευνα προς την κατεύθυνση της επιληψίας δεν είναι απαραίτητη.

#### Παροξυντικές διαταραχές

- 1) Επί ναρκοληψίας υπάρχει απώλεια της συνείδησης δεν υπάρχουν όμως μυϊκές συσπάσεις και ο ασθενής σε αντίθεση με τον επιληπτικό μπορεί να επανακτήσει αμέσως το φυσιολογικό επίπεδο της συνειδήσεως.
- 2) Επί καταπληξίας η ικανότητα για εκτέλεση εκουσίων κινήσεων καταργείται αλλά η συνείδηση διατηρείται.
- 3) Οι υστερικές κρίσεις σπασμών συνήθως διακρίνονται εύκολα από τις επιληπτικές κρίσεις όταν παρευρισκόμαστε κατά την διάρκεια της κρίσεως. Η έναρξη είναι βαθμιαία και επέρχεται μόνο παρουσία άλλων. Δεν υπάρχει πλήρη απώλεια της συνείδησης και η ανάκτηση αυτής είναι συνήθως δυνατή με έντονα ερεθίσματα. Όταν ο ασθενής φωνάζει κατά την διάρκεια της κρίσεως συνήθως σχηματίζει λέξεις ή φράσεις και τα γέλια εναλλάσσονται με κλάματα. Οι κινήσεις κατά την υστερική κρίση δεν είναι όπως οι κλονικές συσπάσεις της επιληψίας και ο ασθενής μπορεί να συλλαμβάνει τα αντικείμενα που είναι γύρω του. Δεν παρατηρείται δάγκωμα της γλώσσας και απώλεια ούρων.
- 4) Οι κρίσεις άγχους μερικές φορές συγχέονται με επιληπτικές κρίσεις. Σ'αυτές δεν επέρχεται απώλεια συνειδήσεως αλλά το πρωτεύον σύμπτωμα είναι το έντονο αίσθημα άγχους το οποίο συχνά συνδιάζεται με αίσθημα ζάλης και εφίδρωσης. Το άγχος μπορεί να συνδιάζεται με υπέρπνοια.
- 5) Αγγειοκινητικές κρίσεις του παρασυμπαθητικού. Οι κρίσεις αυτές διακρίνονται από τις επιληπτικές κρίσεις από την βαθμιαία έναρξη και την μεγαλύτερη διάρκεια η οποία κυμαίνεται από λίγα λεπτά ως μισή ώρα και από την έλλειψη απώλειας της συνειδήσεως.
- 6) Ημικρανία. Είναι η διαταραχή με παροξυντικό χαρακτήρα η

οποία μοιάζει με επιληπτική κρίση. Η έναρξη μιας κρίσης ημικρανίας είναι βαθμιαία και παρόλο τις διαταραχές της όρασης μπορεί να συνιστούν μια επιληπτική κρίση. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι περισσότερο γρήγορες απ'ότι η βραδεία εξέλιξη των οπτικών διαταραχών κατά την διάρκεια μιας κρίσης ημικρανίας. Εξάλλου στην ημικρανία σπάνια επέρχεται απώλεια της συνειδήσεως ενώ κατά κανόνα υπάρχει κεφαλαλγία.

7) Ο ωτικός ίλιγγος. Μερικές φορές συγχέεται με την επιληψία επειδή η ζάλη είναι δυνατόν να αποτελεί την αρχή μιας επιληπτικής κρίσης. Στον ωτικό ίλιγγο όμως η συνείδηση διατηρείται αλλά όμως συνυπάρχουν άλλα συμπτώματα ωτοπάθειας όπως βαρικοιλία. Συμβαίνει όμως ο ωτικός ίλιγγος να μεταπέσει σε μια κρίση επιληψίας "λαβυρινθογενής" επιληψία.

8) Η υπογλυκαιμία θα πρέπει να συμπεριληφθεί στις μεταβολικές διαταραχές οι οποίες προκαλούν μεταβολές της συνείδησης που μοιάζουν με επιληψία. Εκτός των κρίσεων που υπάρχει απώλεια της συνείδησης δυνατόν να παρατηρηθούν διαλλείπουσες συγχιτικές καταστάσεις αλλά και παροδικές αισθητικές νευρολογικές διαταραχές.

## 6. ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Ο κίνδυνος να επέλθει θάνατος κατά την διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσεως είναι ελάχιστος, εκτός από την περίπτωση της επιληπτικής καταστάσεως, κατά την οποία απειλείται πάντοτε η ζωή του ασθενούς μέχρι την απόκτηση της συνείδησης αν και μια μοιραία απόπληξη είναι δυνατή ακόμη και μετά την ανάνηψη. Όταν ο θάνατος επέρχεται συνέπεια της κρίσεως αποτελεί συνήθως τυχαίο συμβάν της απώλειας της συνειδήσεως. Η πρόγνωση

της επιληψίας εξαρτάται προφανώς από τα αίτια. Παρ'όλα αυτά υπάρχει μια μεγάλη ομάδα ασθενών με ιδιοπαθή ή συμπτωματική επιληψία συνέπεια μη εξελικτικής εγκεφαλικής βλάβης από τους οποίους η πρόγνωση εξαρτάται και κατά πόσο οι κρίσεις θα ελεγχθούν από την θεραπευτική αγωγή.

Ίαση στην προκειμένη περίπτωση σημαίνει κατάπαυση των κρίσεων, αλλά ακόμη και όταν αυτό επιτευχθεί και ο ασθενής παραμένει ελεύθερος από κρίσεις και μετά την διακοπή της θεραπείας, συνήθως υπάρχει έστω και ένας ελάχιστος κίνδυνος επαναλήψεων των κρίσεων στο απώτερο μέλλον. Για να επιτευχθεί ίαση είναι απαραίτητο οι κρίσεις να ελεγχθούν με παρατεταμένη θεραπεία ώστε να χαθεί η επιληπτογόνος διαταραχή. Η αδιάλειπτος και συστηματική θεραπεία είναι επομένως απολύτως αναγκαία και πρέπει να συνεχισθεί τουλάχιστον για τρία έτη μετά την κατάπαυση των κρίσεων. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απαραίτητο να συνεχισθεί η θεραπεία με μικρές δόσεις αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Όσο νωρίτερα αρχίσει η θεραπεία, μετά την πρώτη κρίση, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Η πρόγνωση σε ιδιοπαθής επιληψία είναι περισσότερο ευνοϊκή για όσους εμφανίζουν για πρώτη φορά κρίση μετά το 20ο έτος. Με επιβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό δεν καθίσταται απαραίτητος η πρόγνωση δυσμενή, γιατί και ασθενείς με κληρονομική επιβάρυνση συχνά εμφανίζουν καλύτερη πορεία από τους άλλους ασθενείς με συχνές βαριές μορφές κρίσεων έχουν ελάχιστες πιθανότητες να θεραπευθούν πλήρως. Συχνές προσβολές μικρής επιληψίας κατά την παιδική ηλικία, καταπαύουν αυτόματα. Σοβαρά διανοητική έκπτωση και σημαντικός βαθμός εγκεφαλικής βλάβης επιβαρύνουν την πρόγνωση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η θεραπεία του αρρώστου που παρουσιάζει επιληπτικούς παροξυσμούς κατευθύνεται στην εξάλειψη της αιτίας των παροξυσμών στην καταστολή των κλινικών εκδηλώσεων και στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της νευρολογικής δυσλειτουργίας που υποκρύπτεται κάτω από την επιληπτική διαταραχή ή της χρόνιας αναπηρίας.

Εάν η διαταραχή που προκαλεί τους επιληπτικούς παροξυσμούς είναι αποτέλεσμα μεταβολικής διαταραχής όπως υπογλυκαιμία ή υποασβεστιαίμια. Η επανόρθωση της φυσιολογικής μεταβολικής λειτουργίας συνοδεύεται συνήθως από διακοπή του παροξυσμού. Εάν οι κρίσεις οφείλονται σε οργανική βλάβη του εγκεφάλου όπως όγκος, ή εγκεφαλική κύστη, η αφαίρεση της βλάβης μπορεί να καταστείλει τους παροξυσμούς. Εντούτοις βλάβες που παραμένουν επί μακρόν ακόμα και όταν δεν εξαπλώνονται μπορεί να καταλήξουν σε γλοιωμάτωση ή άλλες χρόνιες μεταβολές του εγκεφαλικού φλοιού. Αυτές οι μεταβολές μπορεί να οδηγήσουν στην δημιουργία χρόνιων επιληπτικών εστιών, που μπορεί να μην εξουδετερωθούν από την απομάκρυνση της αρχικής βλάβης. Σε τέτοιες περιπτώσεις η χειρουργική αφαίρεση των επιληπτογόνων περιοχών του εγκεφάλου μπορεί να είναι αναγκαία για τον έλεγχο της επιληψίας.

Φαρμακευτικός έλεγχος επιληψίας.

Ο θεμελιώδης τρόπος για την θεραπεία της επιληψίας είναι η φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός είναι να προστατευθεί ο άρρωστος από τις κρίσεις χωρίς να έχει η θεραπεία επίδραση στην φυσιολογική λειτουργία της γνώσεως (ή όταν πρόκειται για παιδιά στην ανάπτυξη της φυσιολογικής διανοητικής λειτουργίας) και χωρίς την πρόκληση επιβλαβών συστηματικών παρενεργειών. Εάν είναι δυνατό το άτομο θα πρέπει να θεραπευθεί με την χαμηλότερη δυνατή δόση ενός και μόνο επιληπτικού φαρμάκου. Η ακριβής γνώση του είδους των επιληπτικών παροξυσμών που παρουσιάζει ο άρρωστος του φάσματος της δράσεως των διατιθεμένων αντιεπιληπτικών φαρμάκων και λίγων βασικών αρχών της φαρμακοκινητικής μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τον πλήρη έλεγχο του 60-70% περίπου των αρρώστων με επιληψία. Πολλοί άρρωστοι φαίνεται ότι είναι ανθεκτικοί στα φάρμακα ή εμφανίζουν παρενέργειες επειδή τα φάρμακα που έχουν επιλεγεί δεν είναι κατάλληλα για το είδος (είδη) των παροξυσμών ή δεν χορηγούνται στις κατάλληλες δόσεις.

Η εντατική Η.Ε.Γραφική και παρακολούθηση σε βίντεο επί μακρό χρόνο είχαν αποδείξει ότι ο προσεκτικός χαρακτηρισμός των σπασμών και η επιλογή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων μπορεί να αυξήσει σημαντικά τον έλεγχο των κρίσεων σε πολλούς αρρώστους, των οποίων η επιληψία είχε θεωρηθεί προηγουμένως ανθεκτική στα συμβατικά αντιεπιληπτικά φάρμακα. Πράγματι συχνά τέτοιοι άρρωστοι μπορούν να διακόψουν ένα ή περισσότερα από τα πολλά φάρμακά τους, ενώ επιτυγχάνουν ακόμη καλύτερο έλεγχο.

#### Ενδείξεις για την χρήση ειδικών φαρμάκων.

Υπάρχουν τρία φάρμακα που έχουν αποδεδειγμένη δράση στην



θεραπεία της μεγάλης επιληψίας.

Η φαινυταΐνη ή (διφαινυλυδαντοΐνη), η φαινοβαρβιτάλη (και άλλα βαρβιτουρικά παρετεταμένης δράσεως) και η καρβαμαζεπίνη.

Οι περισσότεροι άρρωστοι ελέγχονται με επαρκείς δόσεις οποιουδήποτε από τα φάρμακα αυτά, ενώ εξατομικευμένες περιπτώσεις μπορεί να απαντήσουν καλύτερα στο ένα ή στο άλλο φάρμακο. Η εκλογή μεταξύ αυτών συσχετίζεται με την μείωση των ανεπιθύμητων παρενεργειών.

Η φαινυλυδαντοΐνη είναι πιθανώς το φάρμακο εκλογής που ελέγχει αποτελεσματικά τις κρίσεις χωρίς να προκαλεί καταστολή, ενώ προκαλεί πολύ μικρή διανοητική βλάβη.

Εντούτοις η φαινυλυδαντοΐνη προκαλεί υπερπλασία των ούλων σε μερικά άτομα και μπορεί να προκαλέσει μέτρια τριχοφυΐα που είναι ιδιαίτερα δυσάρεστη σε νέες γυναίκες. Η φαινυλυδαντοΐνη μπορεί να προκαλέσει λεμφαδενική και σε πολύ μεγάλες δόσεις μπορεί να είναι τοξική για την παρεγκεφαλίτιδα. Η καρβαμαζεπίνη είναι εξίσου δραστική και δεν εμφανίζει πολλές από τις παρενέργειες που προκαλεί η φαινυλυδαντοΐνη. Η λειτουργία της αντιλήψεως φαίνεται ότι διατηρείται το ίδιο ή ακόμα καλύτερα από όσα μετά από τη λήψη της φαινυλυδαντοΐνης. Η καρβαμαζεπίνη εντούτοις προκαλεί καταστολή του μυελού των οστών με ήπια ή μέτρια ελάτωση του περιφερειακού αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων (3,5 έως 4\*10/<sup>9</sup> η οποία μπορεί να καταστεί ενίοτε σοβαρή και η οποία πρέπει να παρακολουθείται με προσοχή. Επιπροσθέτως ένας μικρός αριθμός αρρώστων εμφανίζει σημεία ηπατοτοξικότητας.

Η φαινοβαρβιτάλη είναι επίσης δραστική στην θεραπεία τονικοκλονικών επιληπτικών κρίσεων και δεν παρουσιάζει καμία

από τις παραπάνω παρενέργειες. Μπορεί όμως να προκαλέσει καταστολή και διανοητική σύγχυση, ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της χρήσεως της και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή συμμόρφωση. Η καταστολή εξαρτάται από την δόση και μπορεί να περιορίσει την δόση του φαρμάκου που μπορεί να χορηγηθεί για να επιτευχθεί ο πλήρης έλεγχος της νόσου. Εντούτοις, εάν ο έλεγχος των επιληπτικών προσβολών μπορεί να επιτευχθεί με δόσεις φαινοβαρβιτάλης που δεν προκαλούν καταστολή αυτό μπορεί να αποτελέσει το ασφαλέστερο θεραπευτικό σχήμα. Στα παιδιά και στους ηλικιωμένους η φαινοβαρβιτάλη μπορεί να προκαλέσει υπερκινητικότητα και υπερευερεθιστότητα, που μπορεί να περιορίσουν την χρησιμότητά της. Εκτός από τις συστηματικές τους παρενέργειες και οι τρεις κατηγορίες φαρμάκων παρουσιάζουν νευρολογικά τοξικά σημεία σε υψηλότερες δόσεις. Ο νυσταγμός είναι συνήθως σε θεραπευτικά επίπεδα αίματος, αλλά αταξία, ζάλη, τρόμος, διανοητική άμβλυση, ελλάτωση της μνήμης, σύγχυση και ακόμη και κατατονία μπορεί να εμφανισθούν με την αύξηση των επιπέδων (του φαρμάκου) στο αίμα. Αυτές οι παρενέργειες είναι ανατρέψιμες όταν τα επίπεδα των φαρμάκων στο αίμα επανέλθουν στα θεραπευτικά επίπεδα.

Τα ίδια φάρμακα που είναι χρήσιμα για την θεραπεία της μεγάλης επιληψίας είναι αποτελεσματικά για την θεραπεία της επιληψίας κροταφικού λοβού, μολονότι η καρβαμαζεπίνη φαίνεται ότι είναι ελαφρώς πιο αποτελεσματική από όσο η φαινυλυδαντοΐνη και τα βαρβιτουρικά λιγότερο αποτελεσματικά. Η πριμιδόνη είναι βαρβιτουρικό το οποίο μεταβολίζεται σε φαινοβαρβιτάλη και φαινυλαιθυλμαλοναμίνη (PEMA) και μπορεί να είναι πιο δραστική από την ίδια την φαινοβαρβιτάλη.

Γενικά στην κροταφική επιληψία είναι δύσκολο να ελεγχθούν και οι άρρωστοι που εμφανίζουν τέτοιες κρίσεις χρειάζονται συχνά περισσότερα από ένα φάρμακο (δηλαδή καρβαμαζεπίνη και πριμιδόνη, φαινυλυδαντοΐνη και πριμιδόνη) και μπορεί να είναι υποψήφιοι για νευροχειρουργική επέμβαση.

Οι γενικευμένοι παροξυσμοί αφαιρέσεως απαντούν σε διάφορες κατηγορίες φαρμάκων περισσότερο απ'όσο οι τονικοκλονικοί ή οι εστιακοί παροξυσμοί. Για μια απλή αφαίρεση η εθουσουξιμίδη είναι το φάρμακο εκλογής. Αυτές οι κρίσεις εμφανίζονται συνήθως σε παιδιά και η δόση υπολογίζεται με βάση το σωματικό βάρος. Οι παρενέργειες συνίσταται σε γαστρεντερικές διαταραχές, ζάλη και λήθαργο αλλά δεν είναι συνήθως ενοχλητικές. Για τις αφαιρέσεις που είναι δυσκολότερο να ελεγχθούν μπορούν να χρησιμοποιηθούν το βαλπροϊκό οξύ ή η κλοναζεπάμη. Και τα δύο αυτά φάρμακα είναι δραστικά αλλά το βαλπροϊκό οξύ μπορεί να προκαλέσει γαστρεντερικό ερεθισμό, καταστολή του μυελού των οστών και ηπατική δυσλειτουργία (περιλαμβανομένων σπανίων περιπτώσεων θανατηφόρων εξελικτικής ηπατικής ανεπάρκειας που φαίνεται ότι οφείλεται περισσότερο στην ιδιοσυγκρασία παρά στην δόση) και η κλοναζεπάμη μπορεί να προκαλέσει υπνηλία και ευρεθιστότητα.

Η τριμεθαδόνη ήταν ένα από τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν εναντίων των αφαιρέσεων αλλά λόγω της δυνητικής τους τοξικότητας χρησιμοποιείται σήμερα σπάνια περίπου το ένα τρίτο των παιδιών που εμφανίζουν κρίσεις αφαιρέσεις έχουν επίσης τονικοκλονικούς σπασμούς σε κάποιο μεταγενέστερο χρόνο. Το πρόβλημα ποιά από τα παιδιά αυτά πρέπει να τύχουν προφυλακτικής θεραπείας με κάποιο φάρμακο

εναντίον των τονικοκλονικών παροξυσμών δεν έχει λυθεί. Πρόσφατες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι η σύγχρονη χορήγηση φαινοβαρβιτάλης με φάρμακα της αφαιρέσεως μπορεί να εμποδίσουν την θεραπεία των αφαιρέσεων.

#### Θεραπεία επιληπτικής κατάστασης

Η επιληπτική κατάσταση αποτελεί απειλητική για τη ζωή επείγον ιατρικό πρόβλημα, αλλά όταν η θεραπεία γίνεται σε υπερβολικό ζήλο και χωρίς προφυλάξεις μπορεί να αποβεί περισσότερο βλαβερή από όσο ωφέλιμη. Οι άρρωστοι κινδυνεύουν από υπερπυρεξία και οξέωση (λόγω παρετεταμένης μυικής δραστηριότητας) και λιγότερο συχνά από την υποξία ή τη μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας. Η άμεση θεραπεία της επιληπτικής καταστάσεως έγκειται στην προφύλαξη της αεροφόρας οδού, την προφύλαξη της γλώσσας (με ένα μαλακό αντικείμενο αρκετά μεγάλο ώστε να μην μπορεί να καταποθεί μεταξύ των δοντιών που σφίγγονται ή με αεραγωγό) την προστασία της κεφαλής και κατόπιν την εξασφάλιση παρεντερικής (ενδοφλέβια) προσπελάσεως. Μια δόση εφόδου 50% γλυκόζης σε νερό (αφού παρθεί αίμα για εξετάσεις) ακόμη και εάν δεν υποπτεύεται κανείς υπογλυκαιμία μπορεί να σταματήσει τους σπασμούς. Όλη η παραιτέρω ενδοφλέβια αγωγή θα πρέπει να δοθεί αφού εξασφαλισθούν τα μέσα για την υποστήριξη του αναπνευστικού και κυκλοφοριακού συστήματος. Η φαινυλυδαντοίνη σε βραδεία ενδοφλέβια εφάπαξ δόση ή σε ενδοφλέβια συνεχή έγχυση μέσα σε φυσιολογικό ορό και στις δύο περιπτώσεις όχι ταχύτερα από 50mg/sec αποτελεί ένα από τα φάρμακα εκλογής. Δεν καταστέλει την αναπνοή αλλά μπορεί να προκαλέσει κολποκοιλιακό αποκλεισμό

και εάν χορηγηθεί ταχέως μπορεί να προκαλέσει πτώση αρτηριακής πίεσης. Οι βενζοδιαζεπίνες, διαζεπάμη σε δόση 10 mg είναι επίσης αποτελεσματικές στην διακοπή των σπασμών όταν χορηγηθούν ενδοφλεβίως. Εντούτοις τα φάρμακα αυτά μπορεί να καταστείλουν την αναπνευστική λειτουργία (ή ακόμη μπορεί να προκαλέσουν αναπνευστική ανακοπή) και πρέπει να ληφθούν μέτρα αναπνευστικής υποστήριξης πριν χορηγηθούν. Η χρήση μιας βενζοδιαζεπίνης μετά από χορήγηση φαινοβαρβιτάλης έχει ιδιαίτερο κίνδυνο. Η βενζοδιαζεπίνες είναι φάρμακο βραχείας δράσεως και αφού χορηγηθούν απαιτείται συνήθως η χορήγηση ενός δευτέρου αντιεπιληπτικού φαρμάκου μακροτέρας δράσεως όπως η φαινυλδαντοΐνη ώστε να προληφθεί η υποτροπή των σπασμών. Η φαινοβαρβιτάλη μπορεί επίσης να χορηγηθεί για την θεραπεία της επιληπτικής καταστάσεως σε δόση 10-20 mg/kg βάρους, διαιρεμένη σε δύο έως τέσσερις δόσεις και σε διαστήματα 30-60 λεπτών. Η φαινοβαρβιτάλη προκαλεί επίσης αναπνευστική καταστολή και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται μετά από ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης.

#### Νευροχειρουργική θεραπεία.

Αν μια οργανική βλάβη (δηλαδή όγκος, κύστη, απόστημα) προκαλεί υποτροπιάζοντες παροξυσμούς. Η αφαίρεση αυτής της βλάβης και του γειτονικού νοσούντος τμήματος του εγκεφάλου περιορίζει συχνά τις κρίσεις ή κάνει τον έλεγχό τους ευκολότερο. Μερικοί όμως άρρωστοι παρουσιάζουν κρίσεις που δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν χωρίς να υπάρχει ένδειξη για οργανική βλάβη. Πρόκειται συχνά για σύνθετους μερικούς παροξυσμούς και Η.Ε.Γραφικές ανωμαλίες κατά και στα ενδιάμεσα

των κρίσεων περερχόμενους από τον έναν ή και τους δύο κροταφικούς λοβούς. Τα αποτελέσματα πολλών χειρουργικών επεμβάσεων έχουν δείξει ότι εάν η επιληψιογόνος βλάβη είναι δυνατόν να εντοπισθεί σαφώς στον έναν κροταφικό λοβό η νευροχειρουργική αφαίρεση αυτού του κροταφικού λοβού μπορεί να έχει ως συνέπεια την σημαντική βελτίωση των 50-80% των αρρώστων. Η εντόπιση εξαρτάται συχνά από την εντατική Η.Ε.Γραφική παρακολούθηση και ακόμα από τις καταγραφές με ηλεκτρόδια βάθους από τους κροταφικούς λοβούς. Σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων ο αφαιρετής κροταφικός λοβός μπορεί να αποδειχθεί ότι παρουσιάζει μικροσκοπικές παθολογανατομικές βλάβες όπως σκλήρυνση του ιπποκάμπτου, αιμάτωμα ή φλοική εκτοπία.

#### Θεραπεία της μιας κρίσεως.

Μερικά άτομα παρουσιάζουν μια μοναδική, βραχείας διάρκειας κρίση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών και μετά από πλήρη έρευνα εμφανίζουν φυσιολογικό Η.Ε.Γ. χωρίς καμιά αιτία που να δικαιολογεί την κρίση. Ορισμένα από τα άτομα αυτά συνεχίζουν να έχουν υποτροπές των κρίσεων, αλλά ένα άλλο ποσοστό δεν έχει. Η απόφαση να θεραπεύσει κανείς ένα τέτοιο άρρωστο τουλάχιστον για μερικά χρόνια με αντιεπιληπτικά φάρμακα πρέπει να ληφθεί επί εξατομικευμένης βάσεως, λαμβανομένης υπόψη τον τρόπο ζωής του αρρώστου των κινδύνων από την αιφνίδια απώλεια της συνειδήσεως και της στάσεως του αρρώστου απέναντι στα φάρμακα.

Διακοπή της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής αγωγής.

Πολλοί επιληπτικοί άρρωστοι πρέπει να παίρνουν αντιεπιληπτικά φάρμακα εφ'όρον ζωής. Εντούτοις ένα μεγάλο ποσοστό επιληπτικών μπορεί να απαλλαγεί την κρίση με κατάλληλη θεραπεία και περίπου οι μισοί από αυτούς τους αρρώστους μπορεί ενδεχομένως να σταματήσουν τα φάρμακά τους και να μην εμφανίζουν άλλες κρίσεις. Ο άρρωστος που δεν έχει εμφανίσει κρίσεις για τέσσερα χρόνια που είχε σχετικά λίγες κρίσεις, πρώτου να επιτευχθεί ο έλεγχός τους που χρειάστηκε, μόνο ένα φάρμακο που δεν εμφανίζει παθολογικά νευρολογικά σημεία και οργανική βλάβη που να δικαιολογεί σπασμούς και που έχει ένα φυσιολογικό Η.Ε.Γ. στο τέλος της θεραπείας. Έχει τις μεγαλύτερες πιθανότητες να παραμένει χωρίς κρίσεις εάν τα φάρμακα ελαττωθούν βραδέως (πάνω από 3 έως 6 μήνες). Ένα ανώμαλο Η.Ε.Γ. δεν αποτελεί αντέδειξη για την διακοπή των φαρμάκων. Όταν συζητεί κανείς την διακοπή της αντιεπιληπτικής θεραπείας πρέπει να λαμβάνει σοβαρά τις συνέπειες της υποτροπής των παροξυσμών. Ένας ακόμα άκαιρος παροξυσμός σε ένα άρρωστο που στο παρελθόν ελεγχόταν καλώς και ο οποίος δεν συνήθισε να προφυλάσσεται, μπορεί να είναι επικίνδυνος για την ζωή του ή να οδηγήσει, στην απώλεια της άδειας οδήγησης, ή την απώλεια της εργασίας του. Ωστόσο εφόσον όλα τα φάρμακα είναι δυνητικός τοξικά και εφόσον η συμμόρφωση στα φάρμακα ποικίλλει συχνά στο υγιές άτομο θα αξίζει να επιχειρηθεί μια προσεκτική δοκιμή βαθμιαίας μείωσης των φαρμάκων σε άτομο που εκπληρώνουν τις παραπάνω προϋποθέσεις και αποδέχονται τον κίνδυνο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ1. ΕΙΣΑΓΩΓΗΓενική Νοσηλευτική φροντίδα

Η νευρολογική νοσηλευτική είναι ένας από τους σπουδαιότερους τομείς της νοσηλευτικής. Σε αυτή σπουδαίο ρόλο παίζει η παρατηρητικότητα αφού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών και η νοσηλεύτρια με τις σωστές της παρατηρήσεις θα είναι η πηγή πληροφοριών για την διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα αλλά και για την διαπίστωση των Νοσηλευτικών προβλημάτων.

Λόγω των ποικίλων μορφών κρίσεων που παρουσιάζει η επιληψία τόσο η Νοσηλευτική αγωγή όσο και η γενική συμπεριφορά των νοσηλευτών είναι τελείως διαφορετική από τις άλλες ασθένειες ή ιατρικές ειδικότητες.

Οι οργανικές βλάβες επί το πλείστον αποκαθίσταται. Επειδή σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου επηρεάζουν την προσωπικότητα και την συμπεριφορά οι άρρωστοι αυτοί έχουν ανάγκη από πλήρη κατανόηση προκειμένου να τους δοθεί θετική βοήθεια. Η νοσηλευτική φροντίδα όπως και με όλες τις νόσους ξεκινάει από την στιγμή που θα εισαχθεί ο ασθενής στο νοσοκομείο με πιθανά συμπτώματα επιληψίας μέχρι την έξοδό του από το νοσοκομείο και την αποκατάστασή του.

Λόγω ότι η επιληψία είναι μια νόσος με πολύ μεγάλη ποικιλία αιτιών τα οποία και την ανάλογη με τα αίτια κλινική



εικόνα, ο νοσηλευτής - τριά, θα πρέπει να οργανώσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής διεργασίας το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κάθε περίπτωσης.

Αρχικά μετά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσηλευτικό τμήμα παίρνονται όλες οι πληροφορίες που τον αφορούν από τον ίδιο και τους συνοδούς του. Ο άρρωστος πρέπει να υπολογίζεται σαν άτομο που χρειάζεται βοήθεια για όλες τις ανθρώπινες ανάγκες του και λαμβάνεται μέριμνα να ικανοποιηθούν αυτές. Θα πρέπει να τονιστούν στον ασθενή τόσο τα δικαιώματά του από νοσηλευτικής φροντίδας όσο και το ποιές είναι οι υποχρεώσεις του. Η ειδική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, απαιτεί την παρουσία κάποιου συνοδού που θα πρέπει να ενημερωθεί σωστά για να βοηθήσει στην ομαλή εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών. Η ενημέρωση και η εξήγηση στον ασθενή της κατάστασης στην οποία βρίσκεται βοηθούν στην μείωση του άγχους και του stress που προκαλεί η άγνοια, καθώς και στην διατήρηση της καλής ψυχικής διάθεσης. Έτσι η πρώτη εικόνα που θα σχηματίσει ο ασθενής για την νοσηλεύτρια θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε να βασιστεί στην αμοιβαία εμπιστοσύνη. Ο τρόπος αντίδρασης και συμπεριφοράς της νοσηλεύτριας θα παίξει σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα έκβαση της ασθένειάς του.

Οι πρώτες φροντίδες που θα παρέχει η νοσηλεύτρια στον ασθενή καθώς θα τον παραλάβει εξαρτώνται, από την μορφή παροξυσμού που παρουσιάζει ο ασθενής, από την ηλικία του, και από την γενική κατάσταση που βρίσκεται.

#### Ειδική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η ειδική νοσηλευτική φροντίδα διαμορφώνεται ανάλογα με

την κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής κατά την παρουσία του στην νοσηλεύτρια. 1) Σε περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται σε έντονο παροξυσμό η νοσηλεύτρια, μετά την ενημέρωσή της από τον γιατρό για το είδος του παροξυσμού, θα πρέπει να προστατέψει τον ασθενή από πιθανές βλάβες που μπορεί να προκαλέσει στον εαυτό του από την συγχιτική και τυχόν υπερκινητική κατάστασή του. Οι πρώτες ενέργειες της νοσηλεύτριας είναι η τοποθέτηση του αρρώστου στο πάτωμα και αν ο ασθενής δεν έχει κλείσει ακόμη σφιχτά τα δόντια του, η τοποθέτηση μαλακού σταθερού αντικειμένου μεταξύ των δοντιών για αποφυγή βλάβης της γλώσσας. Ο ασθενής θα πρέπει να τοποθετηθεί σε πλάγια θέση και συγχρόνως να διατηρούνται ανοικτοί οι αεραγωγοί. Επί των πλείστον των περιπτώσεων ο ασθενής ξαναβρίσκει την συνείδησή του στο διάστημα 2λ ως 5λ. Αν ο παροξυσμός επαναλαμβάνεται ή συνεχίζεται χωρίς διακοπή χορηγούνται αντισπασμωδικά ενδοφλέβια. Μετά την κρίση η νοσηλεύτρια με την συμπεριφορά της θα βοηθήσει στον επαναπροσανατολισμό του ασθενή και θα του προσφέρει ηθική υποστήριξη.

2) Σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζεται στην νοσηλεύτρια μετά ή προ της κρίσεως η νοσηλευτική παρέμβαση επικεντρώνεται στα εξής βασικά σημεία:

1. Διάγνωση. Αυτή περιλαμβάνει: α) το ιστορικό με βάση το οποίο διαπιστώνεται αν η νόσος είναι κληρονομική ή ιδιοπαθής, καθώς επίσης και ο χαρακτήρας προηγούμενων κρίσεων με βάση τον οποίο διαχωρίζουμε την μορφή της επιληψίας και αντιλαμβανόμαστε την βαρύτητα της καταστάσεως. β) Φυσική εξέταση η οποία βασίζεται στην παρατήρηση της νοσηλεύτριας και αφορά την γενική ψυχοσωματική κατάσταση του ασθενούς

π.χ. (χρώμα προσώπου, ασυμμετρία στα μέρη του σώματος δεξιά και αριστερά, ασυμμετρία στα αντανακλαστικά ή στη βάδιση, αυτοματισμοί ή μικρής διάρκειας αφάιρεσης κ.λ.π.) τα οποία βοηθούν την νοσηλεύτρια να κάνει σωστή εκτίμηση της γενικής φυσικής κατάστασης του ασθενούς. γ) Τέλος η σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση του ασθενούς για τις διαγνωστικές εξετάσεις που πρόκειται να υποβληθεί, συντελούν στην ψυχολογική προετοιμασία αυτού.

2. Θεραπεία. Αυτή περιλαμβάνει την παρακολούθηση του ασθενούς για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής που ακολουθεί και την εμφάνιση τυχόν παρενεργειών που μπορεί να προκληθούν από αυτή.

3. Συμβουλευτική παρέμβαση που περιλαμβάνει την σωστή πληροφόρηση και ενημέρωση του ασθενούς και των οικείων του από μέρος της νοσηλεύτριας για την έξοδο και αποκατάσταση του ασθενούς στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

## 2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Η Επιληπτική κατάσταση αποτελεί μια μορφή επιληψίας η οποία είναι απειλητική για την ζωή χωρίς άμεση ιατρική βοήθεια.

Η νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με επιληπτική κατάσταση έγκειται στην γρήγορη και σωστή αντιμετώπιση τόσο από την πλευρά του γιατρού όσο και από της νοσηλεύτριας.

Η νοσηλεύτρια με την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο και μετά από οδηγίες του γιατρού και της γνώσης της θα πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο όσο γίνεται πιο γρήγορα και αποτελεσματικά.

Οι πρώτες ενέργειες της νοσηλεύτριας είναι να τοποθετήσει τον άρρωστο στην κατάλληλη θέση στο κρεβάτι με το κεφάλι γυρισμένο στο πλάι και ταυτόχρονα να εξασφαλίσει καλό αερισμό και οξυγόνωση και τοποθέτηση αεραγωγού για αποφυγή εισφόρησης κατά την διάρκεια της κρίσεως.

Στην συνέχεια γίνεται καταγραφή ζωτικών σημείων του αρρώστου πολύ συχνά για την καλύτερη εκτίμηση της κατάστασης και προστασία του αρρώστου από σωματικές βλάβες που μπορούν να προκύψουν κατά την διάρκεια της κρίσεως και να είναι επικίνδυνες.

Η νοσηλεύτρια εφόσον αντιμετωπισθεί η κρίση στιγμή παίρνει οδηγίες από τον γιατρό ο οποίος βρίσκεται συνεχώς κοντά στον άρρωστο μην τυχόν παρουσιάσει καμιά επιπλοκή η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία για την φαρμακευτική αγωγή του αρρώστου.

Η θεραπεία της καταστάσεως αυτής γίνεται με την χορήγηση αντισπασμωδικών ενδοφλεβίως, για την γρήγηρη επαναφορά της.

Εφόσον χορηγηθεί η αγωγή ο άρρωστος παρουσιάζει βελτίωση της κατάστασης στην οποία μετά την κρίση παρουσιάζεται σύγχυση και υπνηλία.

Κατά την διάρκεια του ύπνου η νοσηλεύτρια πρέπει να παρακολουθεί τον άρρωστο μη τυχόν δημιουργηθεί καμιά επιπλοκή για να υπάρξει έγκαιρη αντιμετώπιση.

Η νοσηλευτική φροντίδα ενός αρρώστου με επιληπτική κατάσταση χρειάζεται να είναι σωστή και ακριβείς για την πιο γρήγορη αντιμετώπιση χωρίς την παρουσίαση επιπλοκών.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας εστιάζεται στη σωστή θεραπεία του αρρώστου στην ενημέρωση του ίδιου του αρρώστου γενικά γύρω από την κατάστασή του, μετά την ανάρωσή του.

### 3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΛΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

#### Γενικά

Πολυάριθμες διαγνωστικές εξετάσεις γίνονται μετά την λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση του αρρώστου, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να μελετηθεί περισσότερο ένα νευρολογικό πρόβλημα. Οι δοκιμασίες εκλογής εξαρτώνται από τα σημεία και τα συμπτώματα του αρρώστου, τη διάγνωση που υποπτεύεται ο γιατρός, την ταχύτητα με την οποία τα συμπτώματα παρουσιάστηκαν ή εξελίχθηκαν και τα διαθέσιμα μέσα. Οι εργαστηριακές εξετάσεις και η νοσηλευτική προετοιμασία του αρρώστου έχουν σκοπό να βοηθήσουν στην ακριβή εντόπιση της κρίσεως και να καθορίσουν την μορφή της επιληψίας που την προκάλεσε.

Οι εξετάσεις εκτός από το διαγνωστικό σκοπό χρησιμοποιούνται για θεραπεία με την χορήγηση φαρμάκων ή για την παρακολούθηση του αρρώστου οπότε χρειαστεί σε όλες τις φάσεις της νοσηλείας του. Οι εξετάσεις γίνονται είτε στο θάλαμο του αρρώστου, είτε στον χώρο αλλαγών τμήματος ή πιο σωστά στο ακτινολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου. Τις εξετάσεις τις κάνει ο γιατρός με την βοήθεια της νοσηλεύτριας η οποία είναι ουσιώδες και επιβεβλημένη. Για τον λόγο αυτό η νοσηλεύτρια οφείλει να γνωρίζει την προετοιμασία, τις επιπλοκές τις προφυλάξεις, την αντιμετώπιση και όλα όσα αφορούν την σωστή εκτέλεση.

---

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στις διαγνωστικές εξετάσεις είναι:

- Να προετοιμάσει τον άρρωστο και την οικογενειά του με ενημέρωση διδασκαλία και ενθάρρυνση πριν από τις εξετάσεις.
- Να συνοδέψει και να ενθαρρύνει τον άρρωστο κατά την διάρκεια

της εξέτασης.

- Να βοηθήσει τον γιατρό κατά την διάρκεια της εξέτασης.
- Να κάνει συχνές και προσεκτικές παρατηρήσεις που αφορούν την κατάσταση του αρρώστου μετά την εξέταση.

Παρακάτω θα μελετήσουμε αναλυτικότερα την νοσηλευτική φροντίδα, που είναι απαραίτητη για την ομαλή διεξαγωγή των εξετάσεων.

---

## ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Εννοια - Σκοπός	Νοσηλευτική φροντίδα
<p>Η αξονική τομογραφία επι- τυγχάνει λήψη ακτινογραφιών σε πολύ μικρά τμήματα του εγκεφάλου. Τα αποτελέσματα επεξεργάζονται μέσω ηλεκ- τρονικού υπολογιστού και μετατρέπονται ταχύτητα σε εικόνες οι οποίες μας επι- τρέπουν να διακρίνουμε σχεδόν όλες τις αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν επι- ληψία. Με την αξονική τομογραφία απεικονίζεται σαφώς η κατά- σταση και είναι ευρέως απο- δεκτή.</p>	<p>Μετά την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Παρακολουθείται ο άρρωστος για τυχόν εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων ή συμπτώματα shock από το σκιαγραφικό.</li> <li>-Επίβλεψη αρρώστου που ήταν ανήσυχος και του έγινε γενική νάρκωση.</li> </ul>
<p>Πριν την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου να παραμείνει νηστικός και συστήνεται η συνεργασία του που κρίνεται απαραίτητη.</li> <li>-Στις περιπτώσεις που η συννεργασία είναι δύσκολη απαιτείται γενική νάρκωση.</li> </ul>	

ΟΣΦΥΝΟΣΤΙΓΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Σκοπός	Νοσηλευτική φροντίδα	Μετά την εξέταση
<p>-Η οσφυονωτιαία παρακέντηση διενεργείται για την αξιολόγηση του αρρώστου που παρουσιάζει σπασμούς στις καταστάσεις εκείνες όπου υποψιάζεται κανείς οξεία ή χρόνια λοίμωξη του Κ.Ν.Σ. ή υπαραχνοειδή αιμορραγία.</p> <p>-Γίνεται για διαγνωστικό σκοπό(αύξηση λευκώματος Ε.Ν.Υ.) για την ύπαρξη εγκεφαλικού όγκου.</p>	<p>Πριν την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ενημέρωση του αρρώστου και οδηγίες σχετικά με τη θέση πρέπει να πάρει.</li> <li>-Γενική περιποίηση του δέρματος της οσφυϊκής περιοχής και αυστηρή αντισηψία.</li> <li>-Κατά την διάρκεια της παρακέντησης η νοσηλεύτρια βοηθά τον άρρωστο να μείνει ακίνητος για να αποφύγει απότομες κινήσεις που μπορούν να προκαλέσουν κάποιο τραυματισμό.</li> </ul>	<p>Μετά την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Μετά την παρακέντηση ο άρρωστος παραμένει στο κρεβάτι για παρακολούθηση. Τοποθετείται στο κρεβάτι σε οριζόντια θέση(πρυνή-ηπτία-ή πλάγια για 6-12 ώρες και το κεφάλι δεν πρέπει να ναι ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα).</li> <li>-Καταγραφή ζωτικών σημείων ανά 15λ-30λ.</li> <li>-Παρακολούθηση για τυχόν εμφάνιση κεφαλαλγίας που είναι πιθανόν μετά την παρακέντηση και μπορεί να διαρκέσει από 24 ώρες μέχρι μία εβδομάδα. Η κεφαλαλγία επέρχεται λίγα λεπτά μετά την έγερση του αρρώστου από τη θέση του. Ο άρρωστος ενθαρρύνεται να παρατείνει το χρόνο διαμονής του σε οριζόντια θέση για να ανκουφίζεται από την κεφαλαλγία. Πιστεύεται ότι η κεφαλαλγία οφείλεται στη συνεχή ροή Ε.Ν.Υ. στο σημείο της παρακέντησης.</li> </ul>



ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ

	Σκοπός - Έννοια	Νοσηλευτική φροντίδα
<p>-Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι το διάγραμμα των κυμάτων του εγκεφάλου που λαμβάνονται με ειδικό μηχάνημα και καταγράφονται οι ανώμαλές του ρυθμούς του. Ο ζωντανός εγκέφαλος παράγει συνεχώς δυναμικά ενέργειας που μπορούν να συλλεγούν από την επιφάνεια της κεφαλής πάνω σε χαρτί ως ηλεκτρικά κύματα.</p> <p>-Το Η.ΕΓ χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση επιληπτικών παροξυσμών και αποτελεί βοηθητικό μέσο και τα ευρήματα έχουν αξία κυρίως προς το ιστορικό και κλινική εξέταση.</p>	<p>-Η μόνη προετοιμασία για το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι ο καθαρισμός της κεφαλής για να τοποθετηθούν τα ειδικά ηλεκτρόδια ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί ελαφρά νάρκωση ή δίνεται κατευαστικό μετά από συννεύση με το γιατρό.</p> <p>-Στις γυναίκες αφαιρούνται τυχόν μεταλλικά αντικείμενα από τα μαλλιά.</p> <p>-Κατά τη λήψη Η.ΕΓ ο άρρωστος πρέπει να κάθεται αναπαυτικά σε ειδική καρέκλα ή να είναι ξαπλωμένος στο κρεβάτι για 20 λεπτά</p>	

ΠΝΕΥΜΟΝΟΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ

Νοσηλευτική φροντίδα		
Μετά την εξέταση	Πριν την εξέταση	Νοσηλευτική φροντίδα
<p>Μετά την εξέταση</p> <p>1) Τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι του για 12 ώρες ή περισσότερες.</p> <p>2) Συχνή λήψη ζωτικών σημείων ανάλογα με την κατάσταση του αρρώστου ως στην σταθεροποίησή τους.</p> <p>3) Εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου (αισθητική, κινητική, διανοητική).</p> <p>4) Εκτίμηση παραπόνων πονοκεφάλου και σημείων shock.</p> <p>- Διαλείπουσα τοποθέτηση παγοκύστης στο κεφάλι.</p> <p>- Χορήγηση αναλγητικών ανάλογα με τις οδηγίες. Η δόση κεία πονοκέφαλου εξαρτάται από την ταχύτητα απορρόφησης του αέρα.</p> <p>- Δυνατόν να εμφανίσει ναυτία και εμετό.</p> <p>- Μπορεί να είναι απαραίτητη η παρεντερική χορήγηση για 24 ώρες.</p>	<p>Πριν την εξέταση</p> <p>- Ενημερώνεται ο άρρωστος για το είδος της εξέτασης.</p> <p>- Παραμένει νηστικός.</p> <p>- Καθαριότητα της περιοχής που θα γίνει η εξέταση (ξύρισμα - απολύμανση)</p> <p>- Κατάλληλο ντύσιμο και αφαίρεση αντικειμένων (οδοντοστοιχίες που μπορεί να προκαλέσουν τεχνικές δυσκολίες).</p> <p>- Χορήγηση ηρεμιστικού με ή χωρίς παυσίπονο ανάλογα με τις οδηγίες του γιατρού.</p>	<p>Σκοπός</p> <p>- Ο σκοπός αυτής της εξέτασης είναι να σκιαγραφηθεί τις κοιλίες και τους υπαραχνοειδείς χώρους είναι σημαντική εξέταση για την ανακάλυψη όγκων ή άλλων δομικών ανωμαλιών σε αρρώστους με σπασμούς.</p> <p>- Τρόπος διεξαγωγής</p> <p>Μέρος του υγρού αφαιρείται (10ml) με σφινκωπιαία παρακέντηση και στη θέση του εισάγεται ίση ποσότητα αέρα. Αν ο αέρας που εισάγεται δεν μπάνει στις κοιλίες πρέπει να γίνει κοιλιολογραφία από την πρόσθια πηγή.</p> <p>- Ο άρρωστος πρέπει να βρίσκεται σε καθιστή θέση.</p>

ΑΡΤΗΡΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σκοπός - Εννοια	Νοσηλευτική φροντίδα	Μετά την εξέταση
<p>Η αρτηριογραφία είναι ακτινολογική εξέταση με την οποία μελετάται το αγγειακό δίκτυο του ανθρώπινου οργανισμού.</p> <p>Η αρτηριογραφία αποτελεί μέθοδο εκλογής για την έρευνα αρτηριοφλεβικής ανωμαλίας σε αρρώστους με εστιακούς σπασμούς.</p>	<p>Πρίν την εξέταση</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ενημερώνεται ο άρρωστος για το είδος της εξέτασης.</li> <li>-Παραμένει νηστικός.</li> <li>-Καθαριότητα και απολύμανση του σημείου που θα γίνει η εξέταση(ξύρισμα).</li> <li>-Χορήγηση ηρεμιστικού με ή χωρίς πασιπνο ανάλογα με τις οδηγίες του γιατρού.</li> </ul>	<p>Μετά την εξέταση</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Τοποθετείται ο άρρωστος στο κρεβάτι και παρακολουθείται για τυχόν επιπλοκές</li> <li>2) Συχνή λήψη ζωτικών σημείων του αρρώστου.</li> <li>3) Ενημερώνεται η υπεύθυνη του τμήματος από την νοσηλεύτρια του νευροακτινολογικού εργαστηρίου για τα όσα συνέβησαν κατά την εξέταση, για να συνεχιστεί η σωστή παρακολούθηση του αρρώστου.</li> </ol> <p>-Παρακολουθείται ο άρρωστος για τυχόν εμφάνιση τοπικών επιπλοκών μετά την εξέταση όπως αιματώματα και αναφυλακτικές αντιδράσεις με μικρό ή μεγάλο shock.</p>

#### 4. ΕΞΟΔΟΣ - ΑΠΟΚΑΤΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η μέρα της αποχωρήσεως του ασθενούς από το νοσοκομείο δεν θα πρέπει να φτάσει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντος.

Σκοπός της νοσηλεύτριας είναι να βοηθήσει τον άρρωστο και τους οικείους του να κατανοήσουν τα αίτια και την φύση των παροξυσμών και τον τρόπο που μπορούν να διαδραματίσουν οι ίδιοι στην περαιτέρω πορεία.

Η βοήθεια της νοσηλεύτριας είναι σημαντική τόσο κατά όσο και μετά την νοσηλεία επιληπτικών ασθενών γιατί με την παρέμβασή της τους βοηθά να κατανοήσουν τις ιατρικές οδηγίες και τους κινδύνους που διατρέχουν σε περίπτωση παραλείψεων και κακής προφύλαξής τους. Ο ασθενής και οι οικείοι του θα πρέπει να γνωρίζουν τον τρόπο διαχείρισης των φαρμάκων και ειδικότερα να γνωρίζουν ότι: α) Τα αντισπασμωδικά ενεργούν όταν φθάνουν και διατηρούνται σε επαρκή επίπεδα στο αίμα. Η μη τακτική λήψη εκμηδενίζει την προστασία. β) Η λοίμωξη και άλλα φυσικά stress (όπως δυσμηνόρια στις γυναίκες) μπορεί να απαιτήσουν μεγαλύτερη δόση. γ) Προειδοποίηση του αρρώστου να μην χρησιμοποιεί άλλα φάρμακα χωρίς την συμβουλή νευρολόγου καθώς επίσης και να αποφεύγει το αλκόολ. Πολλές φορές ο κίνδυνος των παροξυσμών καθώς και οι περιορισμοί που θέτει η θεραπευτική

---

αγωγή έχουν σαν αποτέλεσμα την μείωση των δραστηριοτήτων του ασθενή ή ακόμη και την αλλαγή δραστηριοτήτων. Στην προκειμένη περίπτωση θα πρέπει να εξηγηθούν στον ασθενή οι λόγοι που βρίσκονται πίσω από κάθε περιορισμό: κολύμβηση, οδήγηση και χειρισμός βαριών μηχανημάτων απειλούν την ζωή του αρρώστου αν

κατά την διάρκεια τους συμβεί επιληπτική κρίση. Ακόμη θα πρέπει να ειδοποιείται η Κοινωνική Υπηρεσία για την αναχώριση του ασθενούς από το νοσοκομείο έτσι ώστε να τον βοηθήσει στην εξεύρεση άλλων δραστηριοτήτων στην επαναπροσαρμογή του στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και στην προσαρμογή του στις τυχόν νέες επιβαλλόμενες καταστάσεις.

Στην περίπτωση νηπίων η νοσηλεύτρια θα πρέπει να αναλάβει την πλήρη ενημέρωση των γονέων και την προετοιμασία τους για τον ιδιαίτερο ρόλο που πρέπει να διαδραματίσουν. Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά από την φύση τους είναι ανήσυχα και δεν μπορούν να προφυλαχθούν από τις πιθανές επιπλοκές μιας κρίσης. Για τον έφηβο η εκδήλωση παροξυσμού και η θεραπευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει αποτελούν μια πολύπλοκη διαδικασία στην οποία υπεισέρχονται θέματα ανεξαρτησίας και ελέγχου. Για αυτό στους έφηβους η νοσηλεύτρια θα πρέπει να δίνει μια επαρκής περιγραφή της παθολογίας της επιληψίας και να τους βοηθήσει να αισθανθούν υπεύθυνοι για την λήψη φαρμάκων και κλείσιμο συναντήσεων με τον γιατρό. Ακόμη λόγω της ιδιαιτερότητας της ηλικίας του ασθενούς, καλό είναι να ειδοποιηθεί η Κοινωνική Υπηρεσία και να προετοιμαστεί ο έφηβος για την μεταξύ τους συνεργασία.

Το πρόβλημα σε μια εγκυμονούσα επιληπτική έγκειτε στην μορφή επιληψίας και στα φάρμακα που χρησιμοποιεί. Επειδή υπάρχει περίπτωση να παρουσιαστούν εμβρυικές διαμαρτίες σε παιδιά επιληπτικών γυναικών συνίσταται: η διακοπή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων ένα διάστημα πριν από την σύλληψη (αν αυτό είναι δυνατόν) ή διαφορετικά η ελαχιστοποίηση της ποσότητας του χορηγούμενου φαρμάκου σε συνδυασμό με την συχνή

παρακολούθηση της εγκύου ασθενούς και του εμβρύου από την σύλληψή του μέχρι τον τοκετό.

Κάθε παροξυσμός είναι μια κρίση με αποτέλεσμα η έλλειψη ελέγχου και η απώλεια συνείδησης να τρομάζουν τον ασθενή. Όταν συμβαίνει ένας παροξυσμός, ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται ενοχή, ταπείνωση, κατάθλιψη και αγωνία για το ότι ο ίδιος δεν βρίσκεται υπό έλεγχο. Για τον λόγο αυτό η νοσηλεύτρια θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει τους οικείους για να βοηθούν τον ασθενή να εκφορτώνει τα συναισθήματά του καθώς και στο να καταναούν οι ίδιοι. Ακόμη θα πρέπει να τους δώσει οδηγίες για την βελτίωση του ελέγχου των παροξυσμών.

Η άγνοια της κοινωνίας που ξεχωρίζει αυτούς που έχουν παροξυσμούς σαν ειδική ομάδα ανθρώπων δημιουργεί μια προκατάληψη που πολύ δύσκολα μπορεί να υπερπηδηθεί. Στο σημείο αυτό η νοσηλεύτρια σε συνεργασία με τους οικείους του ασθενούς καθώς και την Κοινωνική ΕΥπηρεσία του νοσοκομείου θα πρέπει να βοηθήσει στην προαγωγή κατανόησης των παροξυσμών τόσο στην επαγγελματική κοινότητα όσο στο σχολείο και στην βιομηχανία.

---

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ1. Παρουσίαση ιστορικού ασθενούς με μεγάλη επιληψία

Η ασθενής Α.Η. ετών 68 εισήλθε στο νοσοκομείο λόγω κρίσης κατά την οποία παρουσίασε πλήρη απώλεια συνειδήσεως. Με βάση το ιστορικό και τα ευρήματα των εργαστηριακών εξετάσεων που ακολούθησαν, διαπιστώθηκε ότι η ασθενής παρουσίαζε γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις (GRAND MAL).

Ο χρόνος παραμονής της ασθενούς στο νοσοκομείο ήταν 10 ημέρες.

Στο διάστημα αυτό παρουσίασε κρίσεις απώλειας συνειδήσεως συνοδευόμενες από τονικοκλονικούς σπασμούς, απώλεια ούρων και δάγκωμα γλώσσας και δύσπνοια.

Με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με την έγκαιρη νοσηλευτική αντιμετώπιση οι κρίσεις μειώθηκαν σταδιακά και η ασθενής βγήκε από το νοσοκομείο με την υπόδειξη της τακτικής επαναξέτασης της κατάστασής της.

---

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

1ο ΣΤΑΔΙΟ	2ο ΣΤΑΔΙΟ	3ο ΣΤΑΔΙΟ	4ο ΣΤΑΔΙΟ	5ο ΣΤΑΔΙΟ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟ ΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1	2	3	4	5
Α) Γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί.	-Μείωση των σπασμών και προφύλαξη του ασθενούς από τις δυσάρεστες επιπτώσεις του.	-Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση για αποφυγή αυτοτραυματισμού. -Αν οι σπασμοί είναι έντονοι και ο ασθενής αντιδράει βίαια, ακινητοποιούμε τον ασθενή σε ηπτία θέση. -Τοποθέτηση του κεφαλιού στο πλάι για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εισρόφησης. -Τοποθέτηση μαλακού σταθερού αντικειμένου στο στόμα του ασθενούς για να μη δαγκώνει τη γλώσσα του. -Η νοσηλεύτρια παραμένει και παρακολουθεί στενά τον ασθενή μέχρι να συνέλθει τελείως από τους σπασμούς. -Ελεγχος ζωτικών σημείων.	-Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ηπτία θέση και ακινητοποιήθηκε. -Το κεφάλι του τοποθετήθηκε στο πλάι και στο στόμα του αεραγωγός. -Χορηγήθηκαν αντιεπιληπτικά φάρμακα όπως kergetol(1x3) -Ελέγχθηκαν τα ζωτικά σημεία. -Η νοσηλεύτρια παρέμεινε κοντά του μέχρι που επανήλθε στην φυσιολογική κατάσταση.	-Με την έγκαιρη και σωστή νοσηλευτική αντιμετώπιση ο ασθενής ξεπέρασε την κρίση χωρίς σοβαρές επιπτώσεις



1	2	3	4	5
B) Απώλεια ούρων	Μείωση απώλειας ούρων σε σύντομο χρονικό διάστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Τοποθέτηση ουροκαθετήρα.</li> <li>- Διατήρηση καθάρων κλινισκεπών και ενδομάτων και ενδομάτων του ασθενούς.</li> <li>- Μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</li> <li>- Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για διατήρηση σταθερού ισοζυγίου.</li> <li>- Έλεγχος των αποβαλλόμενων υγρών.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ο άρρωστος διατηρήθηκε στεγνός και καθαρός.</li> <li>- Μετρήθηκαν και καταγράφηκαν τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.</li> <li>- Έγινε ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με ορό Sulurn Uorade 1000 cc.</li> <li>- Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή ισοζυγίου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Με την έγκαιρη νοσηλευτική φροντίδα μειώθηκε η απώλεια ούρων σε σύντομο χρονικό διάστημα.</li> </ul>

1				5
Γ) Δύσπνοια.	<p>Καταπολέμηση της δύσπνοιας μέχρι της τέλειας εξαφάνισής της. Γιά να επιτευχθεί αυτό θέτουμε την ασθενή σε οξυγονοθεραπεία.</p>	<p>-Ετοιμασία των αντικειμένων για την οξυγονοθεραπεία. -Να γίνει ενήμερωση της ασθενούς για την αποφυγή των μη αναγκαίων προσπαθειών. -Να σηκώσουμε το ερισελνωτο του κρεβατιού. -Να δοθούν μαζί-λάρια για να βοηθήσουμε στην καλή ορθοπνοϊκή θέση της ασθενούς. -Να χορηγηθούν τροφές όχι δύσπεπτες.</p>	<p>-Έγινε εφαρμογή οξυγονοθεραπείας με μάσκα venturi μετά από εντολή Ιατρού. -Η ασθενής ενημερώθηκε για τον περιορισμό των κινήσεων και έδειξε συνεργασία. -Έγινε κατάλληλη τοποθέτηση ασθενούς στο κρεβάτι. -Έγινε ενημέρωση για την κατάλληλη τροφή της ασθενούς.</p>	<p>Με την παροδική χορήγηση οξυγόνου την συνεργασία της ασθενούς και την έγκαιρη νοσηλευτική παρέμβαση, πετύχθηκε την τέλεια μείωση της δύσπνοιας.</p>

## 2. Παρουσίαση ιστορικού ασθενούς με μικρή επιληψία.

Η ασθενής Α.Κ. ετών 26 εισήχθει στην νευρολογική κλινική Π.Π.Γ.Ν.Π. με κρίση απώλειας συνειδήσεως.

Η νόσος είχε προσβάλλει την ασθενή σε ηλικία 17 ετών και είχε εκδηλωθεί με κρίσεις απώλειας συνειδήσεως με μετωπιαία και αυχενική κεφαλαλγία.

Τελευταία η νόσος εκδηλώθηκε με κρίση (συγχυτικού τύπου), χωρίς πλήρη απώλεια συνείδησης της οποίας προηγείται αίσθημα λιποθυμίας με ελαφρά κεφαλαλγία.

Με βάση το ιστορικό και τις εργαστηριακές εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκε προέκυψε η διάγνωση ότι παρουσίασε επιληπτικές κρίσεις.

Η ασθενής νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική 10 ημέρες. Στο διάστημα αυτό παρουσίασε διάφορα συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, ζάλη, σύγχυση και αίσθημα λιποθυμίας με μερική απώλεια συνείδησης και πυρετό. Τα παραπάνω συμπτώματα αντιμετωπίστηκαν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή σε συνδιασμό με την νοσηλευτική φροντίδα.

Με την ολοκλήρωση της θεραπείας της στο νοσοκομείο έγιναν οι απαραίτητες συστάσεις για επανέλεγχο της κατάστασής της.

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

1ο ΣΤΑΔΙΟ	2ο ΣΤΑΔΙΟ	3ο ΣΤΑΔΙΟ	4ο ΣΤΑΔΙΟ	5ο ΣΤΑΔΙΟ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
1	2	3	4	5
Αίσθημα λιποθυμίας με μερική απώλεια συνείδησης.	-Να επανέλθει σε όσο το δυνατό λιγότερο χρόνο η ασθενής στη φυσιολογική της κατάσταση.	-Να τοποθετηθεί η ασθενής σε κατάλληλη θέση έτσι ώστε να παρέλθει σύντομα το αίσθημα λιποθυμίας και να αποφευχθεί ο τραυματισμός σε επικείμενη κρίση -Ελέγχουμε το ποσοστό απώλειας της συνείδησης για να υπολογίσουμε κατά πόσο ο ίδιος μπορεί να ελέγξει την κατάστασή καθώς και το είδος των Α' Βοηθειών που θα πρέπει να προσφέρουμε. -Σε κάθε περίπτωση ελέγχουμε το αναπνευστικό σύστημα για να αποφύγουμε	-Η ασθενής τοποθετήθηκε σε υπήλα κατακεκλυμένη θέση με το κεφάλι σε χαμηλότερο σημείο από το υπόλοιπο σώμα για να οξυγονωθεί πιο γρήγορα ο εγκέφαλος -Τοποθετήσαμε το κεφάλι του ασθενούς στο πλάι προσέχοντας την θέση της γλώσσας του για να αποφύγουμε πιθανή εισφύση. -Ελέγξαμε τα ζωτικά σημεία του ασθενούς. -Εξασφαλίσαμε επαρκή αερισμό	Με την έγκαιρη και σωστή νοσηλευτική παρέμβαση ο ασθενής συνήλθε γρήγορα χωρίς δυσάρεστες επιπτώσεις.

1	
2	
3	<p>τον κίνδυνο εισφοράς. - Έλεγχος των ζωτικών σημείων. - Στενή παρακολούθηση του ασθενούς μέχρι την πλήρη ανάληψη τους και την επαναπόκτηση της συνειδήσεως του.</p>
4	<p>- Παρακολουθήσαμε τον άρρωστο μέχρι την πλήρη ανάληψη τους και την απόκτηση της συνειδήσεως του.</p>
5	

1		2	3	4	5
Κεφαλαγία	έγκαιρη αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση του ασθενούς από αυτόν.	-Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων για την ανακούφιση από τον πόνο. -Τοποθέτηση του αρρώστου σε αναπαυτική θέση. -Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου φυσικού περιβάλλοντος.	-Χορήγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα όπως DEPRON-MEDAROL για την αντιμετώπιση του πόνου. -Ο ασθενής αισθάνεται άνετα σε ήσυχο περιβάλλον	Με την χορήγηση αναλγητικών και την νοσηλευτική παρέμβαση καθορώθηκε να μειωθεί ο πόνος στο ελάχιστο.	

1			2	3	4	5
Ζάλη	<p>Έγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπιση της ζάλης και προφύλαξη της ασθενούς από τις επιπτώσεις της.</p>	<p>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την πρόληψη της ζάλης.          -Παρακολούθηση του ασθενούς για αίσθημα ζάλης.          -Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, έτσι ώστε εάν ζαλιστεί να αποφεύγει πιθανό τραυματισμό κατά την πτώση.          -Να γίνει έλεγχος ζωτικών λειτουργιών ανά 3ωρο.</p>	<p>-Κατόπιν εντοπισμού αιτίου της ζάλης και συνεννόησης με τον γιατρό χορηγήθηκε στον ασθενή.          -Έγινε κατάλληλη ενημέρωση του ασθενούς για το τι πρέπει να κάνει αν νιώσει αίσθημα ζάλης.          -Ελέγχθησαν οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς.          -Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι και συμβουλευτήκε να αποφεύγει να σηκώνεται απότομα και συχνά χωρίς σοβαρό λόγο.</p>	<p>Με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και την συνεννόηση της άρρωστης με τον νοσηλευτή κατορθώθηκε η πρόληψη της ζάλης και αποφεύχθηκαν οι επιπτώσεις της.</p>		

1	2	3	4	5
Πυρετός (υπερπυρεξία)	Ανακούφιση του ασθενούς από τον πυρετό. Μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα ο ασθενής πρέπει να έχει απαλλαγεί από αυτό.	-Να χορηγηθούν άφθονα υγρά στον ασθενή αν αυτό επιτρέπεται. -Προφύλαξη του αρρώστου από το κρυολόγημα με αλλαγή των ιδρωμένων ρούχων. Μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων σε τριώρη βάση. -Παρακολούθηση του αρρώστου για εμφάνιση δυσμενών επιπτώσεων που προκαλεί ο πυρετός. -Χορήγηση αντιπυρετικών φαρμάκων σε συνεννόηση με τον γιατρό και παρακολούθηση για την δράση τους.	Χορηγήθηκαν υγρά ενδοφλεβίως. -Τοποθετήθηκαν ψυχρές κομπρέσες - Έγινε προφύλαξη της άρρωστης από τυχόν κρυολόγημα. -Μετρήθηκαν και καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία ανά 15'. -Χορηγήθηκαν στην άρρωστη αντιπυρετικά φάρμακα σε συνεννόηση με τον γιατρό, ιδίως Απτελ	Με την έγκαιρη νοσηλευτική παρέμβαση και τη λίγη συνεργασία της ασθενούς κατορθώσαμε να μειώσουμε την θερμοκρασία σε φυσιολογικά επίπεδα.



Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο ΣΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα στα πλαίσια της προσπάθειάς μου να παρουσιάσω μια όσο γίνεται ολοκληρωμένη εικόνα της έννοιας της επιληψίας αναφέρθηκαν και στις δύο πλευρές της την ιατρική και την νοσηλευτική.

Η επιληψία σύμπτωμα κάποιας αιτίας ανήκει στις νευρολογικές νόσους.

Η νευρολογική σήμερα στην Ελλάδα έφθασε σε υψηλό βαθμό απόδοσης, αφ'ενός μεν λόγω καλύτερης εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των νευρολόγων, αφετέρου σε συνέπεια της τέλειας από κάθε πλευράς οργάνωσης των μεγάλων Ελληνικών νευρολογικών κέντρων.

Με την κοινωνικοποίηση της ιατρικής και τον σωστό καταμερισμό του ιατρικού δυναμικού της χώρας προβλέπεται ανάπτυξη τόσο των κεντρικών όσο και των περιφερειακών νευρολογικών κλινικών.

Μαζί με την ανάπτυξη των ιατρικών ειδικοτήτων βασικά στελέχη οι νοσηλευτές όλων των σχολών και των βαθμίδων θα προσφέρουν σημαντική βοήθεια στο ιατρικό έργο με την πολύπλευρη κοινωνική τους προσφορά.

Η σωστή νοσηλευτική φροντίδα έχει μειώσει την θνησιμότητα στους νευρολογικούς αρρώστους και αυτό έρχεται σαν αποτέλεσμα των νέων ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων όλων μας. Η κύρια ευθύνη της νοσηλευτικής άσκησης αναπτύσσεται εξαιτίας των δευτερογενών προβλημάτων που προκαλούνται από την μη δυνατότητα του αρρώστου να εκτελεί την συνηθισμένη καθημερινή συμπεριφορά του.

Προβλήματα που μπορούν αποφασιστικά να επηρεάσουν το ρυθμό και το είδος των προσαρμογών που θα κάνει το άτομο και η οικογενειά του στην διεργασία της νόσου την θεραπεία και την αποκατάστασή του.

Συμπερασματικά μπορούμε να επισημάνουμε τα εξής:

- Η έγκαιρη και σωστή πληροφόρηση σχετικά με την έκβαση της νόσου προετοιμάζει κατάλληλα τον ασθενή έτσι ώστε να κατανοήσει όσο το δυνατόν περισσότερο την κατάσταση και να αποδεχθεί την θεραπεία του.
- Η έγκαιρη πρόληψη σε συνδιασμό με την σωστή αντιμετώπιση αποτελούν την βάση για την επιτυχία της θεραπείας.
- Η νόσος συνήθως παρουσιάζεται στην βρεφική ή στην μέση ηλικία με διαφορετική πρόγνωση στην κάθε περίπτωση.
- Η πρόγνωση εξαρτάται από την αιτία από την οποία προκλήθηκε και από το κατά πόσο επιδέχεται θεραπεία ή όχι.
- Η θεραπεία συνήθως είναι συντηρητική και στηρίζεται ανάλογα με την μορφή της επιληψίας.
- Ριζική και αποτελεσματική θεραπεία από την στιγμή που θα παρουσιαστεί η νόσος δεν υπάρχει μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις.
- Από την μελέτη που έκανα διαπιστώνεται ότι οι ασθενείς που πάσχουν από επιληψία παρουσιάζουν συνήθως για μικρά χρονικά διαστήματα από λεπτά μέχρι και μισή ώρα εκτός αν δεν βρίσκεται σε κώμα απώλεια συνείδησης.

---

- Βασιζόμενοι στο προηγούμενο συμπέρασμα αντιλαμβανόμαστε ότι είναι απαραίτητη η έγκαιρη και σωστή πληροφόρηση των οικίων του ασθενούς ώστε να ευαισθητοποιηθούν και να είναι σε θέση να βοηθήσουν τον ασθενή να επαναπροσαρμόζεται στο κοινωνικό περιβάλλον.

- Κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας διαπίστωνα ότι οι ερευνητικές μελέτες που αφορούν την επιληψία στον ελλαδικό χώρο είναι αρκετές. Η βιβλιογραφία στηρίζεται σε μελέτες από ειδήμονες του εξωτερικού και εσωτερικού χώρου.

---

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Άννα Σαχίνη Καρδάση, Μαρία Πάνου. "Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική" (τόμος 1ος) εκδόσεις "ΒΗΤΑ" Αθήνα 1985.
- Διακογιάννης Α. "Κλινική νευρολογία" Εκδόσεις Σακκούλα, Θεσσαλονίκη - Αθήνα 1976.
- Καρδιολής Ν. "Μαθήματα Νευροχειρουργικής και Νοσηλευτικής" Ιατρικές εκδόσεις "ΖΗΤΑ" Αθήνα 1986.
- Ξενάκης Μ. "Τι πρέπει να γνωρίζεται για την επιληψία" εκδόσεις "Θυμάρι" Αθήνα 1984.
- Παντελιάδης Χ. "Σπασμοί - επιληψίας της παιδικής ηλικίας" εκδόσεις "ΒΗΤΑ" Θεσσαλονίκη 1987.
- Harrison P. "Εσωτερική Παθολογία" επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος Αθήνα 1988.
- Walton J. "Νευρολογία" εκδόσεις "ΛΙΤΣΑ" Αθήνα 1984.

