

Τ.Ε.Ι : ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΕΠΙΔΗΨΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΣΙΟΔΕΚΗ ΣΟΦΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΔΙΔΑ ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΑΝΟΥ

ΠΑΤΡΑ 1991



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	464 B
----------------------	-------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδα

Πρόλογος

Αναγνώριση

Εισαγωγή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

1. ANATOMIA KAI ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ Ν.Σ.	1
α. Κεντρικό Νευρικό Σύστημα	1
β. Εγκέφαλος	2
γ. Περιφερικό Νευρικό Σύστημα	3
δ. Φυτικό Νευρικό Σύστημα	4
ε. Μέρη Φυτικού Συστήματος	4
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	5
α. Επίπεδα του Ν.Σ.	5
β. Λειτουργίες των νευρωτικών συνάψεων	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	7
Ορισμός	7
Αίτια που προκαλούν επιληπτική κρίση	7
A. Ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων	8
I. Μερικές επιληπτικές κρίσεις	9
II. Γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις	9
III. Ημιγενικευμένες ή μονόπλευρες κρίσεις	11
IV. Αταξινομίτες κρίσεις	11
ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	12
ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	14
A. Χαρακτηριστικά επιληπτικών επεισοδίων	14
B. Μηχανισμός πρόκλησης επιληπτικών κρίσεων	14
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ	17
Α. Γενικευμένες αρχές της θεραπείας	17
Β. Φαρμακοθεραπεία	19
Γ. Αντιεπιληπτικά φάρμακα	21
Δ. Χειρουργική θεραπεία	21
Ε. Σπασμοθεραπεία	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	24
Α. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	24
1. Νεογνικοί σπασμοί	24
2. Βρεφικοί σπασμοί	25
3. Σύνδρομο LENNOX-GASTAUT	25
4. Καλοήγη Ρολάνδειος επιληψία	26
5. Πυρετικοί σπασμοί	27
Β. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	28
Γ. ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΕΣ	29
Δ. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	30
1. Επιληπτική κατάσταση με σπασμούς	31
2. Επιληπτική κατάσταση χωρίς σπασμούς	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	35
Α. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με επιληψία	35
Β. Νοσηλευτικά σημεία και συμπτώματα τα οποία πρέπει να παρατηρεί και να αναγράφει η Νοσηλεύτρια/τής κατά την περιγραφή μιας επιληπτικής κρίσης.	37
Γ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση επείγουσων περιστατικών επιληπτικών κρίσεων.	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ

ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ

40

A. Ρύθμιση του τρόπου διαβίωσης

40

B. Κοινωνικές πλευρές της επιληψίας

40

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

42

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

"Πρέπει λοιπόν τη σκίαξη
αυτή κι εκείνο το σκοτάδι
όχι του ήλιου η φεγγαβολή
και οι ακτίδες της ημέρας
αλλά της φύσης η θωριά κι
ο λογισμός να διώξουν "

LUCRETIOS, DE NATURA
RERUM

Είναι γνωστό πόση αγωνία και φόβος συνοδεύουν την καθημερινή ζωή των ανθρώπων, που οι ίδιοι ή κάποιο μέλος στην οικογένεια τους πάσχει από επιληψία.

Οι γονείς, μπροστά στην εικόνα του παιδιού που κάνει σπασμούς, πανικοβάλλονται και πολλές φορές αντιδρούν λαθεμένα.

Η συμπεριφορά του παιδιού με τις παραξενιές, την ερεθιστικότητα ή την αδιαφορία τόσο στην οικογένεια όσο και στο σχολείο, προβληματίζει όλους. Οι ερωτήσεις που αυτόματα έρχονται σχετικά με τα αίτια και τον τρόπο αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών είναι πολλές. Σίγουρα θα έχουν γίνει συχνά αντικείμενο συζήτησης με το θεράποντα γιατρό. Όμως πολλές φορές, μπορεί να παραμένουν κενά, είτε γιατί ο γιατρός δεν έχει πολύ χρόνο στη διαθεσή του, είτε γιατί το ερώτημα έρχεται ξαφνικά στο σπίτι, δηλ. σε ώρα που δεν είναι δυνατόν να υπάρξει επικοινωνία με τον γιατρό. Αν λάβουμε δε υπόψη και τις προκαταλήψεις αλλά και την κοινωνική αντιδραση που υπάρχουν γύρω από

ρην επιληψία, μπορούμε να καταλάβουμε την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση στο θέμα αυτό.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην υπεύθυνη καθηγήτρια μου Δίδα Κυριακή Νάνου που με βοήθησε για την αποπεράτωση της εργασίας μου καθώς και το φίλου μου "Χρήστο" που ο ίδιος φέρει τη νόσο της επιληψίας για την υπομονή και την κατανόηση που έδειξε κατά τη προσφορά βοήθειας του σε μένα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιληψία αποτελεί χωρίς αμφιβολία το βασικότερο από τα νευρολογικά νοσήματα, χάρη στην οποία κυρίως η νευρολογία οφείλει την αυτοτέλεια της ως ξεχωριστός κλάδος στον τομέα της παθολογίας. Αυτό βέβαια δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι ένας αριθμός του πληθυσμού πάσχει από την νόσο, αλλά και την φύση της νόσου, η παθογένεια της οποίας, άγνωστη ακόμα παρά τις μεγάλες προόδους, συνδέεται αναπόσπαστα με υψηλό επίπεδο γνώσεις νευροφυσιολογίας και μοριακής βιολογίας, που δεν έχουν κατακτηθεί από τον άνθρωπο. Οποσδήποτε θα μπορούσε να προσθετή ότι η ιδιαίζουσα ορισμένες φορές κλινική, εκδήλωση της νόσου (απώλεια συνείδησης, σπασμοί, αφρός από το στόμα κ.λ.π) δημιούργησε από την αρχαιότητα ακόμα την αίσθηση ότι πρόκειται για κάτι ξεχωριστό, για αυτό συνδέθηκε με τα "δαιμόνια" και τους θεούς "Ιερά νόσος".

Είναι γνωστό ότι οι επιληπτικές κρίσεις αποτελούν συχνά εκδήλωση άλλων γνωστών νευρολογικών νοσημάτων, εστιακών (όγκοι και αγγειακά επεισόδια) ή διάχυτων, (εγκεφαλίτιδες νοσηματα μεταβολισμού κ.λ.π) και περιγράφονται στα πλαίσια της συμπτωματικής επιληψίας.

Σε μία κατηγορία επιληπτικών ασθενών, και κυρίως σε παιδιά και εφήβους, δεν είναι ορατή με τα γνωστά διαγνωστικά σημερινά μέσα, ή αιτία της οργανικής βλάβης (ιδιοπαθείς επιληψία). Στη διερεύνηση των περιπτώσεων αυτών διατηρεί όλη την αξία της ή Η.Ε.Γ. γραφεία που αποτελεί μία δυναμική μέθοδο καταγραφής της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου.

Στον τομέα αυτό αξίζει να τονιστεί η επιστημονική διαφορά ανάμεσα στους όρους "επιληψία" και "επιληπτικές κρίσεις". Η πρώτη αναφέρεται στη νόσο επιληψία ιδιοπαθείς, ενώ η δεύτερη δυνατό να αποτελέση εκδήλωση και ενός μη επιληπτικού ατόμου σε ειδικές συνθήκες (συμπτωματική).

Η πρόοδος που έγινε στη θεραπεία της επιληψίας είναι ορατή στην καθημερινή ζωή, κυρίως για τους διανύοντες στην ώριμη ηλικία, αν υπολογιστή και συγκρίνει κανείς τη συχνότητα του αριθμού των ατόμων που επέβλεπε να πέφτουν στον δρόμο και να κάνουν σπασμούς στις δεκαετίες του 1940, και 1950 με σήμερα. Στις μέρες μας η εκδήλωση επιληπτικής κρίσης εκτός νευρολογικής κλινικής, αποτελεί σπάνια φαινόμενο. Το γεγονός αποδίδεται, τόσο στην ανακάλυψη νέων και πιο αποτελεσματικών αντιεπιληπτικών φαρμάκων, όσο και στη διαφώτιση του κόσμου που εφαρμόζει πιο προσεκτικά τις οδηγίες των φαρμάκων.

Η βελτίωση όμως του φαινομένου σημαίνει ότι το πρόβλημα λύθηκε οριστικά, αφού είναι γνωστό, ότι, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να παίρνουν φάρμακα για πολλά χρόνια ή ακόμα και για όλη τους τη ζωή, χωρίς τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

LENIKO WEPOZ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΑΝΑΤΟΜΙΑ Ν.Σ.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ Ν.Σ.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα που εξαπλώνεται σε ολόκληρο το σώμα, ρυθμίζει την κανονική λειτουργία όλων των οργάνων, την ορμονική συνεργασία των και κάνει τον οργανισμό ικανό να αντιδρά στο περιβάλλον σαν ένα αρμονικό σύνολο. Είναι η έδρα των ψυχικών λειτουργιών και με τα αισθητήρια όργανα, που ανήκουν σ' αυτό, φέρνει το άτομο σε επικοινωνία με τον εξωτερικό κόσμο.

Διαιρείται σε 2 μεγάλα τμήματα, στο εγκεφαλονωτιαίο ή ζωϊκό και το φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα, από τα οποία το μεν πρώτο ρυθμίζει, τις ζωϊκές λειτουργίες (κινήσεις και αισθήσεις) το δε δεύτερο τις φυτικές λειτουργίες (ανταλλαγή της ύλης και αναπαραγωγή). Ακόμα στο νευρικό σύστημα ανήκουν και τα αισθητήρια όργανα.

Το εγκεφαλονωτιαίο ή ζωϊκό νευρικό σύστημα διακρίνεται στο κεντρικό και περιφερικό Ν.Σ. από τα οποία το μόν πρώτο αποτελείται από τον νωτιαίο το δε δεύτερο-από τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα και το εγκεφαλονωτιαίο γάγγλια.

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα.

1. Νωτιαίος Μυελός: Αποτελεί την πρός τα κάτω συνέχεια του εγκεφάλου, και βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα. Περιβάλλεται από 3 υμενιώδη περιβλήματα τις μήνιγγες και χρησιμεύει για την έκφυση των νωτιαίων νεύρων.

Εξωτερική Μορφολογία Νωτιαίου Μυελού.

Στην εξωτερική επιφάνεια ο Νωτιαίος Μυελός εμφανίζει:

- α) δύο ογκώματα, β) τον μυελικό κωνο με το τελικό νημάτιο,
- γ) επιμήκεις αύλακες και δ) δέσμες που αφορίζονται από τις αύλακες.

Αγγεία Νωτιαίου Μυελού.

Α ρ τ η ρ ί ε ς: Ο Ν.Μ. αγγειώνεται από πολλές αρτηρίες (πρόσθιες, οπίσθιες και πλάγιες νωτιαίες αρτηρίες)

Φ λ έ β ε ς: Έχουν την ίδια κατανομή με τις αρτηρίες και τελικά εκβάλλουν ανάλογα με τη χώρα στις σπονδυλικές μεσοπλευρίες, οσφυϊκές και πλάγιες ιερές φλέβες.

Εγκέφαλος.

Μαζί με τις μήνιγγες του βρίσκεται μέσα στο εγκεφαλικό κρανίο και διαρείται σε 5 μέρη:

- α) Στον τελικό εγκέφαλο (ημισφαίρια, σύνδεσμοι, πυρήνες, πλάγιες κοιλίες).
- β) Στον διάμεσο εγκέφαλο (οπτικοί θάλαμοι, υποθάλαμος, επιθάλαμος, μεταθάλαμος, μέση ή τρίτη κοιλία).
- γ) στον μέσο εγκέφαλο (τετραέδυμο, εγκεφαλικά σκέλη, υδραγωγός του εγκεφάλου).
- δ) Στον οπίσθιο εγκέφαλο (γέφυρα, παρεγκεφαλίδα, τέταρτη κοιλία) και
- ε) Στον έσχατο εγκέφαλο (προμήκης μυελός, τέταρτη κοιλία)

Από τους 5 αυτούς εγκεφάλους ο τελικός, ο διάμεσος και ο μέσος αποτελούν το μέγα εγκέφαλο, ενώ ο οπίσθιος

και ο έσχατος το ρομβοειδή εγκέφαλο. Όριο μεταξύ μεγάλου και ρομβοειδούς είναι οισμός του εγκεφάλου.

Σύμφωνα με μια άλλη διαίρεση ο εγκέφαλος διακρίνεται σε τρία μέρη:

α) Τα δύο ημισφαίρια β) την παρεγκεφαλίδα και γ) το εγκεφαλικό στέλεχος (που αποτελείται από τον προμήκη, τη γέφυρα, το τατράδυμο, τα εγκεφαλικά στέλη και τους οπτικούς θαλάμους.

Αγγεία Εγκεφάλου

Α ρ τ η ρ ί ε ς: Η αιμάτωση του εγκεφάλου είναι πλούσια, αγγειώνεται δε από τις δύο έσω καρωτίδες, από τις δύο σπονδυλικές αρτηρίες καθώς και από τη βασική αρτηρία.

Φ λ έ β ε ς: Εμφανίζουν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Δεν συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες.
2. Κάνουν πολλές αναστομώσεις μεταξύ τους.
3. Δεν έχουν μυϊκό χιτώνα και
4. Δεν έχουν βαλβίδες.

Περιφερικό Νευρικό Σύστημα.

Αποτελείται από τα εγκεφαλονωτιαία νεύρα και από τα εγκεφαλονωτιαία γάγγλια, που συνδέονται με αυτά.

Εγκεφαλονωτιαία Γάγγλια: Είναι μικρά, γκριζοκόκκινα και συμπαγή σωματίδια, που συνάπτονται με τις οπίσθιες ρίζες των νωτιαίων νεύρων (=νωτιαία γάγγλια) ή με τις αισθητικές ρίζες μερικών εγκεφαλικών νεύρων (εγκεφαλιαία γάγγλια) όπως του τριδύμου, του προσώπου, του ακουστικού του γλωσσοφαρυγγικού και πνευμανογαστρικού νεύρου.

Το κύριο συστατικό των γαγγλίων είναι τα νευρικά κύτταρα.
Εγκεφαλονωτιαία Νεύρα: Συνδέουν το Κ.Ν.Σ. με τα διάφορα όργανα του σώματος και χρησιμεύουν για την αγωγή των διεγέρσεων από τα νευρικά κέντρα προς τα περιφερειακά όργανα ή και αντίστροφα.

Φυτικό Νευρικό Σύστημα.

Ρυθμίζει τις φυτικές λειτουργίες, ανταλλαγής της ύλης και της αναπαραγωγής και νευρώνει:

- α) τις λείες μυϊκές ίνες των σπλάχνων, των αγγείων του δέρματος κ.λ.π.
- β) όλους τους αδένες και
- γ) τον καρδιακό μύ.

Ονομάζεται και αυτόνομο νευρικό σύστημα γιατί οι λειτουργίες που ρυθμίζει γίνονται αυτομάτως και δεν υπόκειται στη βουλησή μας.

Μέρη φυτικού Συστήματος.

Το αυτόνομο Ν.Σ. διαιρείται σε δύο μέρη: στο συμπαθητικό και στο παρασυμπαθητικό.

Συμπαθητικό Σύστημα: Ονομάζεται και θωρακοσφυϊκό.

Εμφανίζει μία κεντρική μοίρα, που βρίσκεται μέσα στο νωτιαίο μυελό και μία περιφερική που αποτελείται από συμπαθητικά γάγγλια και γαγλιοφόρα νευρικά πλεύγματα.

Παρασυμπαθητικό Σύστημα: Εμφανίζει δύο μοίρες:

την κεντρική και την περιφερική μοίρα.

Φυσιολογία Νευρικού Συστήματος.

Το νευρικό σύστημα, συντηρεί, μαζί με το σύστημα των ενδοκρινών αδένων, τις περισσότερες από τις λειτουργίες ελέγχου του οργανισμού. Γενικά ελέγχει τις σωματικές δραστηριότητες που απαιτούν ταχύτητα, όπως οι μυϊκές συστολές, οι γρήγορες μεταβολές σπλαχνικών διεργασιών, ακόμα και η ταχύτητα της έκκρισης ορισμένων ορμονών.

Το Ν.Σ. είναι μοναδικό για την τεράστια πολυπλοκότητα των ενεργειών ελέγχου που μπορεί να εκτελέσει. Δέχεται στιγμιαία κυριολεκτικά χιλιάδες πληροφορίες από τα διάφορα αισθητήρια όργανα και τις ενσωματώνει για να καθορίσει, μετά, την αντίδραση του οργανισμού.

Επίπεδα του Ν.Σ.

Το Ν.Σ. του ανθρώπου έχει διατηρήσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά από κάθε στάδιο της εξελικτικής διαδικασίας ανάπτυξής του.

Τα τρία κύρια-επίπεδα του Ν.Σ. με ειδική λειτουργική σημασία είναι:

1. Το επίπεδο του νωτιαίου μυελού.
2. Το κατώτερο εγκεφαλικό επίπεδο.
3. Το ανώτερο εγκεφαλικό ή φλοιώδες επίπεδο.

Λειτουργίες των νευρωνικών συνάψεων.

Οι πληροφορίες μεταβιβάζονται στο Κεντρικό, νευρικό σύστημα με τη μορφή νευρικών ώσεων μέσα από μία σειρά,

νευρώνων, περνώντας από το ένα στο άλλο. Ωστόσο δε συμπεραίνεται άμεσα ότι η κάθε πληροφορία είναι δυνατό.

- 1) Να αποκλεισθεί κατά τη μεταβίβαση της από τον έναν νευρώνα στον επόμενο.
2. Να μετατραπεί από μία σε πολλές ώσεις ή
3. Να συγχωνευτεί σε ώσεις που προέρχονται από άλλους νευρώνες οπότε προκαλούνται περίπλοκης μορφής ώσεις σε διαδοχικούς νευρώνες.

Όλες αυτές οι λειτουργίες μπορούν να υπαχθούν στις συνοπτικές λειτουργίες των νευρώνων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΑΗΨΙΑΣ
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΑΗΨΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΝΩΣΗ
ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ: Είναι η κατάσταση παρατεταμένων σπασμών, όπου συμβαίνουν δύο ή περισσότεροι μεγάλοι παροξυσμοί σπασμών, χωρίς επάνοδο της συνείδησης ανάμεσα σε αυτούς. Είναι ένας συλλογικός χαρακτήρας για μια ομάδα χρόνιων παθήσεων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος που έχουν κοινό γνώρισμα την εμφάνιση ξαφνικών και παροδικών επεισοδίων. Συμβαίνει σε πάνω από το 50% των περιπτώσεων όγκου, αγγειακών παθήσεων, λοιμώξεων και τραυμάτων του εγκεφάλου. Σε περιπτώσεις άγνωστης αιτιολογίας, πρέπει να ερευνάται για μεταβολικές αιτίες όπως: υπογλυκαιμία, υπονατριαιμία, υποσβεστική αιμία, υπομαγνησισαιμία, ηπατική δυσλητουργία, ουραιμία και ενδοκρινικές διαταραχές.

Οι πιο σημαντικές οργανικές διαταραχές που παρατηρούνται στα άτομα είναι αισθητήριες και κινητικές ανικανότητες επιληψία και ακράτεια ούρων και κοπράνων. Η επιληψία είναι πιο συχνή όταν η διανοητική καθυστέρηση οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη, αλλά η συχνότητα ελλατώνεται με την πάροδο του φλοιού του εγκεφάλου πεθαίνουν νωρίς και εφ' ετέρου γιατί η επιληψία τείνει να καλυτερεύσει με την ηλικία, ανεξάρτητα από το βαθμό νοημοσύνης του ατόμου. Σπανίζει σε περιπτώσεις χρωμοσωμικής ανωμαλίας.

ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.

Οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν επιληπτική κρίση είναι ποικίλες:

- α) συγγενείς ανωμαλίες
- β) τραύματα κατά τον τοκετό

- γ) κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- δ) όγκοι εγκεφάλου
- ε) αγγειακές βλάβες
- ζ) φλεγμονώδεις παθήσεις
- στ) μεταβολικά και ενδοκρινικά νοσήματα

Αλλά η κλινική εκδήλωση της κρίσης εξαρτάται κυρίως από την εντόπιση της επιληπτογόνου εστίας και λιγότερο από τη φύση του αιτίου. Ποικίλα αίτια με την ίδια εντόπιση προκαλούν συχνά παρόμοιες κλινικά κρίσεις.

Η επιληπτογόνος εστία δυνατό να παραμένει ανενεργής, κλινικά για μεγάλα χρονικά διαστήματα, κατά τη διάρκεια των οποίων το ΗΕΓ άλλοτε παρουσιάζει και άλλοτε όχι ειδικές παροξυντικές ανωμαλίες. Ορισμένες όμως παροδικές μεταβολές "φυσιολογικών" παραμέτρων του οργανισμού (ελάττωση του σακχάρου στο αίμα, αλκάλωση και μεταβολές της ηλεκτρολυτικής ισορροπίας, ενδοκρινικές μεταβολές, διαιτητικές παρεκκλίσεις, συγκινησιακά STRESS, υπερβολική κόπωση, κ.λ.π) που στα φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν ιδιαίτερες βιοηλεκτρικές διαταραχές, είναι δυνατό στους επιληπτικούς να ενεργοποιήσουν την επιληπτογόνο εστία και με τρόπο αυτό να προκαλέσουν κρίση.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.

Οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται στις γενικευμένες και μερικές, διάκριση που καλύπτει και σήμερα τη μεγαλύτερη αναλογία τους. Μετά την εφαρμογή της ΗΕΓ η ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων πήρε περισσότερο ηλεκτροκλινικό χαρακτήρα.

Με βάση τη Διεθνή Ταξινόμηση οι επιληπτικές κρίσεις (EPILEPTIC SEIZURES) διακρίνονται στις τέσσερες κατηγορίες: τις μερικές (PARTIAL) ή κρίσεις που αρχίζουν τοπικά και καθορίζονται ως παροξυσμοί (ACCES) με αρχικές κλινικές εκδηλώσεις που προέρχονται από την ενεργοποίηση, ανατομική ή λειτουργική περιορισμένου αριθμού νευρώνων του ενός ημισφαιρίου, τις γενικευμένες (GENERALIZED) ή κρίσεις αμφοτερόπλευρες και συμμετρικές (χωρίς εστιακό χαρακτήρα) που εκδηλώνονται κλινικά με σπασμούς ή χωρίς σπασμούς, και αποδίδονται σε άμεση ενεργοποίηση μέσω διεγκεφαλικών σχηματισμών, τις ημιγενικευμένες ή μονόπλευρες (UNILATERAL) με συμμετοχή φλοιωδών ή υποφλοιωδών σχηματισμών, όταν η εκφόρτιση αφορά το ίδιο πάντα ημισφαίριο, ή μεσοδιεγκεφαλικών σχηματισμών όταν η εκφόρτιση αλλάζει πλευρά (εναλλασσόμενες ή κρίσεις αιώρας) και τις αταξινομήτες (UNCLASSIFIED) που παρουσιάζουν διάσπαρτη και πολυστιακή ηλεκτροκλινική εικόνα, που αποδίδονται στην ανωριμότητα του εγκεφάλου κατά τη νεογνική ηλικία (ανεπαρκής μυελίνωση, ανεπαρκής δράση ανασταλτικών συνάψεων, κ.λ.π). Οι τελευταίες είναι γνωστές ως πλανητικές κρίσεις (ERRATIC SEIZURES).

Λεπτομερέστατα και σύμφωνα πάντα με τη Διεθνή Ταξινόμηση οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται στις εξής επιμέρους μορφές.

ΜΕΡΙΚΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

A. Κρίσεις με απλή στοιχειώδη σημειολογία

I. Κινητικές κρίσεις

α. BRAVAIS' L - JACKSON

β. Σωματοκινητικές (συνεχής μερική επίληψία ή σύνδρομο

ΚΟΖΕΩΝΙΚΩΝ, αντανάκλαστικές επιληψίες, καλοήθους παιδική επιληψία).

- γ. Ανασταλτικές της κινητικότητας
 - δ. Σχετικές με τη στάση και θέση του σώματος.
 - δ. Στροφικές
 - στ. Φωνητικές
 - ζ. Αφασικές
2. Αισθητικές και αισθησιακές κρίσεις
- α. Σωματοαισθητικές
 - β. Οπτικές
 - γ. Ακουστικές
 - δ. Οσφρητικές
 - ε. Γευστικές
 - στ. Ιλίγγων
3. Φυτικές κρίσεις
- α. Πεπτικά συστήματα (ιοίλιακή επιληψία)
 - β. Κυκλοφορικού συστήματος
 - γ. Αναπνευστικού συστήματος
 - δ. Ουροποιογεννητικού συστήματος.
- Β. Μαζικές αμφοτερόπλευρες μυοκλονικές, υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτις VAN BOGAERT, προοδευτική μυοκλονική επιληψία UNVERRICHT, μυοκλονική παρεγκεφαλιδική δυσσυνέργεια RAMSAM - HUNT
- Γ. Βρεφικοί σπασμοί (σύνδρομο WEST).
- Δ. Κλινικές κρίσεις.
- Ε. Τονικές κρίσεις.
- ΣΤ. Τονικοκλονικές κρίσεις ή GRAND MAL
- Ζ. Ατονικές κρίσεις
- Η. Ακίνητες κρίσεις

III. ΗΜΙΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ Η ΜΟΝΟΠΛΕΥΡΩ ΚΡΙΣΕΙΣ

Α. Κλονικές κρίσεις (σύνδρομο ημίσπασμου - ημιπληγίας
επιληψίας ή Η.Η.Ε)

Β. Τονικές

Γ. Τονικοκλονικές

IV. ΑΤΑΞΙΝΟΜΙΤΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Με τα δεδομένα που υπάρχουν σήμερα, δεν μας επιτρέπεται να προβλέψουμε με ασφάλεια την πορεία και την έκβαση μεμονομένων περιπτώσεων. Οι προβλέψεις μας έχουν πιθανολογική μόνο αξία και στηρίζονται στην εκτίμηση πολλών παραγόντων, που αναμεσά τους οι κυριώτεροι είναι:

1. Το φύλο: Δεν φαίνεται να παίζει ουσιαστικό ρόλο στη φυσική πορεία της αρρώστιας.
2. Η ηλικία: Η γενική αντίληψη ότι όσο πιο νωρίς εμφανισθούν τα συμπτώματα της νόσου τόσο πιο δυσμενής είναι η πρόγνωση ισχύει αναφορικά με το βάθος της αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας όχι όμως και με την αντοχή των συμπτωμάτων στο χρόνιο και στη θεραπεία.
3. Το οικογενειακό ιστορικό: Υποστηρίζεται ότι πως η παρουσία και άλλων μελών στην οικογένεια με επιληψία, επιβαρύνει τη πρόγνωση.
4. Ο τρόπος ενάρξεως: Είναι γενικά παραδεκτό πως όσο πιο απότομα εισβάλει η οργανική βλάβη, όσο πιο εξαρτημένη από εξωτερικούς εκλυστικούς παράγοντες είναι, και όσα περισσότερα στοιχεία περιέχει, τόσο πιο ευνοϊκή είναι η πρόγνωση. Αντίθετα δυσμενή πρόγνωση προαναγγέλει η βραδεία ύπουλη προοδευτική εγκατάσταση με συμπτώματα που αποτελούν επίταση των προηγούμενων.
5. Γάμος-οικογένεια: Οι παντρεμένοι και γενικά αυτοί που ήδη έχουν δημιουργήσει δική τους οικογένεια έχουν σχετικά καλή πρόγνωση.
6. Η μόρφωση: Δεν φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο.

7. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες: Δυσμενής ρόλο στην πορεία και την έκβαση της νόσου ασκούν οι ακόλουθοι παράγοντες: Μη συνεκτική πατρική οικογένεια, απορριπτική στάση από την οικογένεια, την κοινότητα και το προηγούμενο επαγγελματικό περιβάλλον του αρρώστου, άκαιρη ή υπερβολική υπερφόρτωση του αρρώστου με κοινωνικές ευθύνες, αρνητική στάση του κοινωνικού συνόλου (υποβιβασμός παραγνώριση- στερηση δικαιώματος εργασίας, επιφυλακτικότητα κ.λ.π).

8. Η κανονική θεραπεία: Ο παράγοντας αυτός είναι ο πιο αποφασιστικός. Χωρίς την εξασφάλιση των όρων εκείνων (ψυχολογικών ή κοινωνικών) που θα επιτρέπουν τη κανονική παροχή θεραπευτικής βοήθειας ο επιληπτικός εγκαταλείπει ουσιαστικά στη μοίρα που διαγράφει η φυσική πορεία της αρρώστιας.

Για αυτό το λόγο κύριο μέλημα κάθε γιατρού που συμμετέχει με αίσθημα ευθύνης στη προσπάθεια για την προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση της επιληψίας πρέπει να ναι η διαφώτιση με κάθε ενδιαφερόμενο πάνω στην ανάγκη εφαρμογής μιας καλής σχεδιασμένης φαρμακευτικής αγωγής. Είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο κάθε γιατρός πως ο άρρωστος, που μένει χωρίς φάρμακα έχει τετραπλάσιες περίπου πιθανότητες, να επανεισαχθεί στο νοσοκομείο στον πρώτο χρόνο μετά την εξοδό του από εκείνον που ακολουθεί με συνέπεια την φαρμακευτική και υποστηρικτική θεραπεία.

9. Ο χρόνος ενάρξεως φαρμακευτικής θεραπείας. Όσο πιο γρήγορα αρχίσει μια συστηματική θεραπεία τόσο πιο ευνοϊκή είναι η εξέλιξή της.

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

A. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ.

Τα επιληπτικά επεισόδια χαρακτηρίζονται:

- α) Από μη φυσιολογικά φαινόμενα μυϊκής, αυτόνομης ή ψυχικής προέλευσης.
- β) Σχετίζονται μερικές φορές με ακινησία και ατονία, συχνά με χάσιμο των αισθήσεως, σχεδόν πάντα με μη φυσιολογικές εξάρξεις στο ΗΕΓ, πάντοτε με εκούσιες παροξυσμικές συστολές.
- γ) Εμφανίζονται είτε σαν εστιακά φαινόμενα, είτε σαν γενικευμένοι τονικλονικοί σπασμοί.

Σ υ χ ν ό τ η τ α: Της ασθένειας κυμαίνεται από 3-6 ανά 1000 κατοίκους.

B. ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.

Οι επιληπτικές κρίσεις προκαλούνται από:

Σποραδικές ξαφνικές ταχύτατες και σε υπέρμετρο βαθμό απελευθερώσεις διεγέρσεις σε μια συγκεκριμένη-εστία του εγκεφάλου. Στην περίπτωση Γενικευμένων κρίσεων: οι διεγέρσεις επεκτείνονται από την αρχική επιληπτική εστία, διεγείρουν με τον ίδιο αφύσικο ρυθμό και άλλες εστίες του εγκεφάλου.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Συνηθισμένα συμπτώματα της επιληψίας είναι η εμφάνιση σπασμών. Τα κλινικά συμπτώματα της επιληψίας είναι:

- α. Η μεγάλη επιληπτική κρίση (GRAND MAL)
- β. Η μικρή επιληπτική κρίση (PETIT MAL)

Η μεγάλη επιληπτική κρίση χαρακτηρίζεται από

1. Αιφνίδια απώλεια της συνειδήσεως
2. Ωχρότητα προσώπου και κυάνωση
3. Κραυγή λόγου σπασμού των μυών του θώρακος και λάρυγγος
4. Δήξι, δάγκωμα της γλώσσας λόγω συσπάσεως των μασητήρων
5. Τονικούς σπασμούς (εκτάσεως)

Η διάρκεια της παραπάνω φάσεως κυμαίνεται 30" και 1". Ακολουθή η φάση των κλονικών σπασμών (αλληλοδιαδοχική χαλάσεως και συσπάσεως) η οποία χαρακτηρίζεται από:

- α. Βαθειές εισπνοές
- β. έντονος σπασμός σε ολόκληρο το σώμα
- γ. έξοδο αφρού από το στόμα
- δ. άφθονη εφίδρωση
- ε. απώλεια ούρων

Η δεύτερη φάση διαρκεί 1'-2' λεπτά, και ακολουθεί πλήρης μυϊκή χάλαση. Το άτομο πέφτει σε ύπνο βαθύ για 30' περίπου λεπτά και επανέρχεται εμφανίζοντας ελαφρά συγκοιση. Εάν ερωτηθεί τι του συμβαίνει είναι δυνατό να απαντήσει ότι ζαλίστηκε και δεν θυμάται τίποτα ή περιγράφει προειδοποιητικά σημεία κινητικά ή αισθητικά τα οποία καλούνται αύραι.

Η μικρή επιληπτική κρίση (PETIT MAL) χαρακτηρίζεται από βραχεία ή στιγμαία διακοπή στο νού της συνειδήσεως, η οποία φαίνεται ως αφαίρεση. Το άτομο προσηλώνη το βλέμα σε ένα αντικείμενο.

Αν κρατά κάτι, το αφήνει να πέση. Η κρίση διαρκεί δευτερόλεπτα και το άτομο δεν θυμάται τι συνέβη.

Η διάγνωση της επιληψίας γίνεται με το ΗΕΓ και

διάφορες άλλες διαγνωστικές εξετάσεις, όπως:

1. Ηλεκτρολύτες, ουρία, σάκχαρο, pH αίματος.
2. Τοξικολογική εξέταση αίματος.
3. Εξέταση αίματος για επίπεδο μολύβδου
4. Γενική ούρων
5. Οσφυονωτιαία παρακέντηση
6. Γενική εμφάνιση ασθενούς (όψη, χροιά δέρματος)
7. Διανοητική κατάσταση (συνειρμός, μνήμη, ομιλία, συναισθηματική διάθεση, ψυχικές αντιδράσεις).
8. Σημεία μηνγγισμού ερεθισμού όπως δυσκαμψία αυχένα.
9. Αισθητικότητα (αίσθημα πόνου, θερμού, ψυχρού)
10. Κινητικότητα (κίνηση άνω και κάτω άκρων)
11. Αντανακλαστικά (άκρων-ματιών κ.λ.π)
12. Σπονδυλική στήλη (κύφωση, λόρδωση, σκολίωση)
13. Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (χρώμα, θερμοκρασία, εφιδρώσεις)
14. Στάση σώματος κατά τη βάδιση (συντονισμός, ισορροπία).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

**ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.**

A. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Επειδή η επιληψία είναι νόσος χρόνια και η χορήγηση φαρμάκων για μεγάλα χρονικά διαστήματα, αποτελεί τον κανόνα, η πρώτη φροντίδα του γιατρού πρέπει να στραφεί στην επικύρωση της ορθής διάγνωσης, κατά πόσο δηλαδή οι κρίσεις είναι ή όχι επιληπτικές (π.χ. διαφορική διάγνωση από τις υστερικές κρίσεις).

Από τη στιγμή που βεβαιωθεί η επιληπτική φύση της κρίσης της θα πρέπει να αναζητηθεί η αιτιολογία της. Είναι γνωστό ότι μεταβολικά νοσήματα (υποβεσταίμια, υπογλυκαιμία, έλλειψη ή εξάρτηση από πυριδοξίνη) κατά την παιδική κυρίως ηλικία, ή άλλες καταστάσεις σε παιδιά και ενήλικες (συγκοπτικές κρίσεις, όγκοι εγκεφάλου, στερητικά φαινόμενα από απότομη διακοπή ηρεμιστικών ή αλκοόλ, είναι δυνατό να προκαλέσουν σπασμούς οι οποίοι όμως απαιτούν τελείως διαφορετική αντιμετώπιση. Στις περιπτώσεις αυτές η άμεση και επιδωρίς προηγούμενη έρευνα έναρξη αντι-Ε θεραπείας δυνατό να επιδεινώση τη κλινική εικόνα, ή να συντελέση στην απώλεια πολύτιμου χρόνου για την αιτιολογική αντιμετώπιση της κυρίας νόσου.

Εφ' όσον καθοριστή η διάγνωση και η αιτιολογία, δεν αποτελεί εμπόδιο στην άμεση έναρξη της αντι-Ε θεραπείας, η επόμενη φάση συνίσταται στην ταξινόμηση του τύπου της επιληπτικής κρίσης.

Στις περιπτώσεις αυτές καθοριστικός είναι ο ρόλος του ΗΕΓ που ορισμένες φορές συμβάλει αποφασιστικά στη διαφορική διάγνωση (και τελείως διαφορική θεραπευτική

αντιμετώπιση) επιληπτικών κρίσεων, που παρουσιάζουν παρόμοια κλινική εικόνα όπως π.χ. οι αφαιρέσεις PETIT MAL και οι αυτοματισμοί της ψυχοκινητικής επιληψίας.

Μετά τη φύση της ταξινόμησης ακολουθεί η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου, που αποσκοπεί στον πλήρη και δυνατό έλεγχο των κρίσεων (τόσο από πλευράς συχνότητας όσο και από πλευράς έντασης και διάρκειας). Παλαιότερα πίστευαν ότι η συγχορήση περισσότερο από ενός φαρμάκου (πολυφαρμακεία και πολυθεραπεία) συντέλει στην αύξηση της αντι-Ε θεραπείας του ισχύος και εφετέρου στον περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών. Αυτή η άποψη αποδείχθηκε λαθασμένη.

Επομένως η ενδεικνυόμενη σήμερα μέθοδος έναρξης της αντι-Ε θεραπείας είναι η χορήγηση ενός μόνου φαρμάκου στη σωστή δοσολογία, και ο παράλληλος υπολογισμός της συγκεντρώσεως του, στο πλάσμα, με σκοπό να επιτευχθεί ο πλήρης έλεγχος των κρίσεων με τη μικρότερη δυνατή δοσολογία.

Εάν η αντι-Ε θεραπεία αποδεχθεί αποτελεσματική και οι κρίσεις δεν επανεμφανιστούν για διάστημα τριών ετών, τότε είναι δυνατό να επιχειρηθεί βαθμιαία σε διάστημα μηνών ελάττωση και διακοπή των φαρμάκων. Η υποτροπή των κρίσεων δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο αλλά δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί.

Περιπτώσεις φαρμακευτικής αποτυχίας υπάρχουν, αλλά πριν αποφασιστεί το "ανεξέλεγκτο" των επιληπτικών κρίσεων και δοθούν άλλες κατευθύνσεις για την αντιμετώπισή τους π.χ. νευροχειρουργική θεραπεία, θα πρέπει να υπάρχει η

βεβαιότητα ότι έγινε σωστή εκτίμηση των εξής παραμέτρων: του τύπου των κρίσεων, του είδους φαρμάκου, δοσολογία, διάρκεια θεραπείας, του συνδιασμού περισσότερων του ενός φαρμάκου και της συμμορφώσεως του ασθενή στους κανόνες που του υποδείχθηκαν.

Είναι γνωστό ότι ορισμένοι ασθενείς παρά τις συστάσεις που τους γίνεται δεν παίρνουν τακτικά τα φάρμακα και παρεκκλίνουν από τον τρόπο διαβίωσης που τους υποδείχθηκε, δηλαδή κουράζονται υπερβολικά, ξενυχτούν κατά σύστημα, κάνουν χρήση οινοπνευματώδων και κατάχρηση μεγάλης ποσότητας καφεΐνης.

Ανδεκτικές περιπτώσεις στη θεραπεία, παρά την αλλαγή εφαρμογής, παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με πολλαπλές αναπηρίες (διανοητική έκπτωση, ποικίλα νευρολογικά υπολείματα) με ποικιλία κλινικών κρίσεων (μικτές μορφές επιληψίας και με συνεχείς παριξυντικές δραστηριότητες ή καθολική επιβράνδυση των εγκεφαλικών ρυθμών στο ΗΕΓ.

Β. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. Έναρξη θεραπείας πάντα με ένα φάρμακο, και ακόμα αν απαιτηθεί στη συνέχεια συνδιασμός.
2. Αρχή πάντα με χαμηλότερα θεραπευτικά επίπεδα του φαρμάκου. Σταδιακή αύξηση, ως ότου επιτευθούν αποτελέσματα με την προϋπόθεση ότι δεν εμφανίζονται τοξικά συμπτώματα. Δόση εφόδου μόνο σε περιπτώσεις έκτακτου ανάγκης π.χ. STATUS EPILEPTIGUS.
3. Σε περίπτωση αποτυχίας επίτευξης θεραπείας με τον παραπάνω τρόπο:

- Αλλαγή θεραπευτικού

- Η προσθήκη δεύτερου, ανάλογα με την εμφάνιση ή μη ανεπιθύμητων τοξικών ή αλλεργικών αντιδράσεων με τον τρόπο του πρώτου θεραπευτικού.
- 4. Σε περίπτωση αλλεργικών αντιδράσεων, αλλαγή του θεραπευτικού.
- 5. Όταν απαιτείται διακοπή ενός αντι-Ε πρέπει να γίνεται με σταδιακή μείωση (εκτός αν κάποια τοξική ενέργεια απειλεί τη ζωή του ασθενή ή έχει σοβαρές επιπτώσεις) μέσα σε μερικούς μήνες. Αλλιώς υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να προκληθεί το φαινόμενο STATUS EPILEPTICUS.

Συνήθεις λόγοι αποτυχίας αντιεπιληπτικής θεραπείας είναι:

- Κακή διάγνωση του τύπου επιληψίας
- Ανεπαρκής δοσολογία
- Υπέρμετρη δοσολογία
- Συνεχής αλλαγή φαρμάκου
- Αποτυχία εκμετάλλευσης συνδυασμού φαρμάκων
- Να μην ακολουθεί ο ασθενής οδηγίες για αποφυγή λήψης αλκοόλ άλλων φαρμάκων, ανάπαυσης.
- Να παίρνει τα φάρμακα ελλειπώς, ώστε να μην διατηρείται το θεραπευτικό πλατώ (συχνός έλεγχος επιπέδων φαρμάκου στο πλάσμα).

Το STATUS EPILEPTICUS είναι μια νευρολογική κατάσταση που απαιτεί άμεση βοήθεια γιατί μπορεί να αποβεί θανατηφόρος. Το STATUS EPILEPTICUS περιγράφει το φαινόμενο επανειλημμένων επιληπτικών σπασμών χωρίς μεσοδιαστήματα ανάληψης συνείδησης.

Εκτός από αντιεπιληπτική φαρμακοθεραπεία, απαιτείται: αντιμετώπιση ισοζυγίου ηλεκτρολυτών, αντιμετώπιση καρδιακών αρρυθμιών, αντιμετώπιση της αφυδάτωσης, αντιμετώπιση υπογκυκαϊμίας, αντιμετώπιση υπότασης.

Γ. ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

1. ΔΙΦΑΙΥΝΥΔΑΝΤΟΙΝΗ (DPH) Αποτελεί βασικό φαινόμενο για την αντιμετώπιση όλων των μορφών επιληψίας, εκτός των αφαιρέσεων PETIT MAL.
2. ΦΑΙΝΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ (PHB) Βασικό φάρμακο για την αντιμετώπιση όλων των μορφών επιληψίας, εκτός των αφαιρέσεων PETIT MAL.
3. ΠΡΙΜΙΔΟΝΗ (PRM) Βασικό φάρμακο για την αντιμετώπιση όλων των μορφών επιληψίας, εκτός των αφαιρέσεων PETIT MAL.
4. ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗ (CBZ) Αντιμετώπιση όλων των μορφών επιληψίας εκτός των αφαιρέσεων PETIT MAL.
5. ΑΙΘΟΣΟΥΞΙΜΙΔΗ (ESM) Αποτελεί πρωταρχικό φάρμακο στη θεραπεία των αφαιρέσεων PETIT MAL.
6. ΒΕΝΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ (BZ) και παράγωγα: δεαζεπάμη, κλοναζεπάμη, νιτροζεπάμη, κλομπαζάμη.
7. ΒΑΛΠΡΟΙΚΟ ΟΞΙ (VPA) όλων των μορφών.
8. Λοιπά αντι-Ε φάρμακα α) Τριμεθαδιόνη β) σουλθιάμη

Δ. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Νευροχειρουργική αντιμετώπιση των επιληπτικών κρίσεων επιχειρείται σε δύο περιπτώσεις: α) όταν η αιτία των κρίσεων είναι ορατή και οφείλεται σε κάποια χωροκατακτητική εξεργασία (όγκο, αιμάτωμα, απόστημα, αγγειακή δυσπλασία) και

β) όταν η αιτία δεν είναι ορατή με τα γνωστά μέσα διαγνώσεις και επιχειρείται η αφαίρεση μίας συγκεκριμένης περιοχής (επιληπτογόνος εστία) βάση νευροφυσιολογικών παρατηρήσεων και δεδομένων.

Ε. ΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μέθοδος της σπασμοθεραπείας συνίσταται στη τεχνητή έκλυση τονικών και κλονικών σπασμών, που ουσιαστικά δεν διαφέρουν από μία κρίση γενικευμένης επιληψίας και, όπως με την επιληψία οδηγούσε μία προσωρινή απώλεια συνειδήσεως. Η μέθοδος άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά το 1933 από Ούγγρο Μεντόουνα με τη χορήγηση μετραζόλης (καρδιοτονοτικής ουσίας που έχει συγγένεια με τη καμφόρα). Ο Αυστριακός Ζάκελ χρησιμοποίησε για τον ίδιο σκοπό μεγάλες δόσεις ινσουλίνης. Τέλος, το 1937, οι Ιταλοί Τσερλέτι και Μπίνι εγκενίασαν την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία και επικράτησε. Η μέθοδος συνίσταται στην εφαρμογή ηλεκτροδίων στο κρανίο του αρρώστου, συγκεκριμένα στη κροτατική χώρα, και τη διοχέτευση στον εγκέφαλο ηλεκτροκού ρεύματος για 0,1 έως 0,5 δευτερόλεπτα και για να αποφευχθεί η οδυνηρή εμπειρία ο άρρωστος υποβάλεται σε γενική αναισθησία με ενδοφλέβια ένεση ενός βαρβιτουρικού κατασκευάσματος γρήγορης αποτελεσματικότητας.

Η διαδικασία αυτή σωστό είναι να γίνεται από ειδικευμένο αναισθησιολόγο. Ανάλογα με τη διάγνωση και τη περίπτωση, ο αριθμός των απαιτούμενων θεραπευτικών δόσεων ποικίλλει από τέσσερες ως οκτώ μέσα σε δύο εβδομάδες ή ως είκοσι και καμμία φορά περισσότερες, μέσα σε ένα πίο μακρύ χρονικό διάστημα.

Παρενέργειες: Όταν ο άρρωστος αποκτά ξανά τη συνείδηση του βρίσκεται για λίγο σε μία πνευματική σύγχυση, και για ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα πάσχει από μερική αμνησία. Λέγεται ότι οι παροδικές αυτές παρενέργειες της σπασμοθεραπείας είναι πολύ ελαφρότερες με την εφαρμογή ενός μόνο ηλεκτροδίου στο αντίθετο από το κυρίαρχο εγκεφαλικό ημισφαίριο, αντί για δύο ετερόπλευρα. η εντύπωση ότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αφήνει μίαν ανεπαίσθητη αλλά μόνιμη άμβλυση της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη δεν έχει αποδειχθεί, αλλά προκειμένου για νεαρά ή ιδιαίτερα σε δημιουργικά άτομα δεν έπρεπε να αγνοηθή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

A. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.

Είναι γνωστό ότι οι μερικές και γενικευμένες επιληπτικές κρίσεις, παρατηρούνται και κατά την παιδική ηλικία, μεταξύ δε των τελευταίων οι αφαιρέσεις τύπου PETIT MAL αποτελούν τις κρίσεις που απαντούν πιο συχνά στα παιδιά. Εδώ θα αναφερθούν ειδικές μορφές επιληπτικών κρίσεων, που εμφανίζονται αποκλειστικά ή στην πλειοψηφία, κατά την παιδική ηλικία και απαιτούν ορισμένες φορές ξεχωριστή θεραπευτική αντιμετώπιση.

I. ΝΕΟΓΝΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ (NEONATAL SEIZURES).

Η βαριά πρόγνωση που αναφέρεται στις κρίσεις αυτές δεν προέρχεται από τους σπασμούς, καθ' αυτούς, αλλά από τις αιτίες που τους προκαλούν, μεταξύ των οποίων οι σοβαρότερες συνδέονται με κακώσεις κατά τον τοκετό (πεγεννητική ασφυξία, ενδοκρανιακή αιμορραγία).

Ως λιγότερο σοβαρές χαρακτηρίζονται οι ενδοκρανιακές λοιμώξεις (βακτηριακής ή μη βακτηριακής αρχής) και τα μεταβολικά νοσήματα (υπερασβεσταιμία, υπογλυκαιμία, υπομαγνεσταιμία, έλλειψη ή εξάρτιση από την πυριδοξίνη) που απαιτούν και αιτιολογική θεραπεία. Η έγκαιρη αντιμετώπιση των νεογνικών κρίσεων, που έχουν ιδιαίτερη σημειολογία (πλανητικές κρίσεις) και πολλές φορές μεγάλη διάρκεια, αποτελεί πρωταρχική φροντίδα. Το αντι-E φάρμακο στις περιπτώσεις αυτές είναι η ΡΗΒ 910μγ/κγ, σε διάστημα 3-4 λεπτών.

2. ΒΡΕΦΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ (INFANTILE SPASMS).

Γνωστοί και ως σύνδρομο WEST, από τον πρώτο που τους περιέγραψε η υψαρυθμία από την χαρακτηριστική μεσοκριτική ΗΕΓ γραφική εικόνα, από τον χαρακτήρα των κλινικών κρίσεων, αποτελούν βαριά κατάσταση που παρουσιάζεται συνήθως μεταξύ 4-9 μηνών, με ελαφρά υπεροχή στα αγόρια.

Η διάκριση αρχικά του συνδρόμου σε ιδιοπαθές και συμπτωματικά με υπεροχή, ανάλογα πρόστις εκτιμήσεις των ερευνητών, της πρώτης κατηγορίας 55,7% ή της δεύτερης 64% φαίνεται να στερείται σήμερα ιδιαίτερης αξίας αφού τελικά το 89% των περιπτώσεων παρουσιάζουν νευρολογικά αυπολείματα. Το φάρμακο εκλογής που χρησιμοποιείται από το 1957 για την αντιμετώπιση τους είναι η ACTH. Η διακοπή των ορμονικών φαρμάκων γίνεται βαθμιαία σε διάστημα μερικών εβδομάδων, γιατί οι υποτροπές είναι συχνές.

Οι ασθενείς με ιδιοπαθείς σπασμούς παρουσιάζουν καλύτερη πρόγνωση και ευνοϊκότερη απάντηση στη θεραπεία αν και οι αυτόματες υποχωρήσεις της νόσου δημιουργούν αμφισβητήσεις ως προς την αποτελεσματικότητα των χορηγουμένων φαρμάκων από εκείνους με συμπτωματικούς βρεφικούς σπασμούς. Σύμφωνα με μία γενική στατιστική σε ότι αφορά την εξέλιξη των επιληπτικών κρίσεων, το 40% των ασθενών με βρεφικούς σπασμούς απαλλάσσεται των κρίσεων, το 25% βελτιώνεται και το 85% μένει αμετάβλητο.

3. ΣΥΝΔΡΟΜΟ LENNOX - GASTAUT.

Αποτελεί σε ποσοστό 10-20 τοις εκατό συνέχεια του συνδρόμου WEST και παρουσιάζει, όπως εκείνα συμπτώματα

εγκεφαλοπάθειας, δηλαδή διανοητική καθυστέρηση, ποικιλία επιληπτικών κρίσεων με χαρακτηριστικότερες εκδηλώσεις τις ατονικές κρίσεις και ιδιαίτερα ανώμαλο ΗΕΓ με άτυπα αμφοτερόπλευρα συνήθως, συμπλέγματα αιχμής κύματος 1-2κ/δ, χωρίς το σύγχρονο και ομοιόμορφο χαρακτήρα που παρουσιάζουν τα συμπλέγματα των αφαιρέσεων PETIT MAL.

Ως ηλικία έναρξης αναφέρεται κυρίως η πρώτη δεκαετία (κατά προτίμηση μεταξύ 2-4 ετών) και χαρακτηρίζεται όπως το σύνδρομο WEST σε ιδιοπαθές και συμπτωματικό, που είναι και το συχνότερο.

Ως φάρμακα εκλογής θεωρούνται οι ΒΖ που καταστέλουν κυρίως, τα πιο συχνά, ήπια κινητικά φαινόμενα αλλά ορισμένες φορές αυξάνουν τον αριθμό των γενικευμένων κρίσεων.

4. ΚΑΛΟΗΘΗΣ ΡΟΔΑΝΔΕΙΟΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.

Παρουσιάζεται μεταξύ 3-10 ετών, έχει κάποια κληρονομική προδιάθεση, είναι ελαφρά συχνότερη στα κορίτσια και εξαφανίζεται, ασχέτως θεραπείας γύρω στα 12 χρόνια.

Οι κρίσεις κατά 80% συμβαίνουν στον ύπνο και σε ποσοστό 74% έχουν εστιακό (κλονικό) χαρακτήρα (εντοπίζονται συνήθως στους προσωπολαρυγγά, φαρρυγικούς μύς) ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις 26% εκδηλώνονται ως γενικευμένοι τονικλονικοί σπασμοί. Η μεσοκριτική ΗΕΓ γραφική εικόνα χαρακτηρίζεται από μονόπλευρες ή αμφοτερόπλευρες θετικές αιχμές στις μέσες κροταφικές χώρες.

Θεραπευτικά συνίσταται η DPH σε δύο λήψεις στο 24ωρο γιατί στην ηλικία αυτή προκαλεί συχνά ευερεθιστότητα και υπερκινητικότητα.

5. ΠΥΡΕΤΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ

Αναφέρονται στο 3-4% των υγείων παιδιών και αποτελούν το 50% περίπου των κρίσεων της παιδικής ηλικίας ως τα πέντε έτη. Συμβαίνουν συνήθως μεταξύ έξι μηνών και τριών ετών, αλλά περιγράφονται ως τα 5-6 έτη. Πρόκειται για γενικευμένους τονικλονικές κρίσεις (χωρίς μετακρικές παραλύσεις) διάρκειας 1-3 λεπτών που οφείλονται συχνά σε απότομο πυρετό από λοιμώξεις των ανωτέρων συνήθως αναπνευστικών οδών.

Το ΗΕΓ είναι φυσιολογικό στο 80-90% των περιπτώσεων και η πρόγνωση γνωστή τους, είναι συνήθως καλή (αναφέρεται ότι οι πυρετικοί σπασμοί συνδιάζονται με μελλοντική επιληψία σε ποσοστό 2-4%).

Η αντι-Ε θεραπεία προληπτικά συνίσταται σε ορισμένες περιπτώσεις σπασμών που πληρούν τουλάχιστον μία από τις παρακάτω προϋποθέσεις: υποτροπιάζουσες κρίσεις σε βρέφη μικρότερα 14 μηνών, συνυπάρχουσα εγκεφαλική παράλυση ή διανοητική καθυστέρηση, κλινικές εκδηλώσεις (πρίν ή μετά την κρίση) που να συνηγορούν υπέρ εστιακής εγκεφαλικής βλάβης (μερικές ή ημισωματικές κρίσεις) κρίσεις μεγάλης διάρκειας (πέρα των 30 λεπτών) ιστορικό επιληψίας στους γονείς ή στα αδέρφια, συνυπάρχουσες σαφείς ΗΕΓ ανωμαλίες, και τέλος υπερβολικό άγχος από πλευράς γονέων.

Σε μελέτη παιδιών με πυρετικούς σπασμούς εκείνα που παρουσιάζουν από πρίν νευρολογικές διαταραχές ή άτυπες ή μεγάλες διάρκειας κρίσεις, εγκατέστησαν μελλοντικά επιληψία. Αντίθετα παιδιά χωρίς τις παραπάνω επιβαρύνσεις εγκατέστησαν επιληψία σε ποσοστό λιγότερο από το ανώτερο.

Η πρόγνωση είναι καλύτερη όταν οι σπασμοί εμφανίζονται μεταξύ 2-4 ετών και βαρύτερη σε μικρότερη και μεγαλύτερη ηλικία. Ως φάρμακο εκλογής στις περιπτώσεις αυτές που επιβάλλεται η αντι-Ε θεραπεία θεωρείται η ΡΗΒ που δεν προκαλεί στην ηλικία αυτή υπερκινητικότητα.

Β. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Ο όρος θα πρέπει να περιορίζεται στις γυναίκες που παρουσιάζουν κρίσεις αποκλειστικά στη περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, αλλά περιλαμβάνει γενικά και τις περιπτώσεις εκείνες που εμφανίζουν αύξηση της συχνότητας και βαρύτητας των κρίσεων κατά την ειδική αυτή περίοδο. Οι κρίσεις είναι συχνότερες το πρώτο τρίμηνο της κύησης της οποίας η πορεία δεν εξαρτάται από την εμπειρία προηγούμενων κυήσεων. Ο τοκετός δυνατόν να επιδεινώσει την κατάσταση και θα πρέπει να γίνει διαφορική διάγνωση από την εκλαμψία τοξιναιμία.

Είναι γνωστό ότι, οι επιληπτικές γυναίκες θεωρούνται πιο γόνιμες, ενώ οι πρόωροι τοκετοί και τα ελλειποβαρή νεογνά κάτω των 2,5 κιλά παρουσιάζουν συχνότερα σε αυτές. Τέλος η νεογνική θνησιμότητα είναι δύο φορές συχνότερη στις επιληπτικές μητέρες, σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Οι συγγενείς ανωμαλίες (δυσμορφίες προσώπου, καρδιακές βλάβες) παρατηρούνται συχνότερα στα παιδιά επιληπτικών μητέρων, χωρίς θεραπεία. Από την θεραπεία η τριμεθαδιόνη φαίνεται να έχει τη μεγαλύτερη τερατογόνο δράση σε βαθμό που να κρίνεται επιβεβλημένη, η διακοπή της κύησης.

Η DPH θεωρείται πιο επικίνδυνη από τα υπόλοιπα κλασικά αντι-Ε φάρμακα. Είναι γνωστό το "εμβροϊκό σύνδρομο εξυδαντοΐνης" που χαρακτηρίζεται από λαγόχειλο η υπερωλοσχι-στία, ανωμαλίες του σκελετού και καρδιακές βλάβες. Το σύνδρομο αναφέρεται σε 1-2,5% στο γενικό πληθυσμό, 2-4% σε επιληπτικές μητέρες χωρίς θεραπεία και 0,4-7% σε επιληπτικές μητέρες υπό θεραπεία με DPH. Συμπερασματικά ο κίνδυνος της τερατογένεσης στα παιδιά των επιληπτικών μητέρων που παίρνουν φάρμακα είναι σχετικά μικρός, αφού συνήθως σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% είναι απολύτως υγιείς και γι' αυτό οι γυναίκες αυτές δεν αποτρέπονται από το να τεκνοποιήσουν.

Ως προς την χρήση των αντι-Ε φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης ορθό είναι να συνεχίζονται στην ελάχιστη δοσολογία, γιατί η απότομη διακοπή τους συνεπάγεται τον κίνδυνο STATUS EPILEPTICUS, οπότε εκτός της διακοπής της κύησης, που προβάλλει πολλές φορές επιβεβλημένη χειρουργείται σοβαρός κίνδυνος και για τη ζωή της μητέρας.

Στις σπάνιες περιπτώσεις εμφάνισης επιληπτικών κρίσεων για πρώτη φορά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνίσταται ήπια θεραπευτική αγωγή με PHB. Εκτός της τερατογένεσης τα αντι-Ε είναι δυνατόν να προκαλέσουν και άλλου είδους ανωμαλίες στα νεογνά, οι οποίες όμως είναι ελαφρότερες και ιάσιμες.

Γ. ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΗΨΙΕΣ

Εδώ περιγράφονται κρίσεις που συνήθως εκδηλώνονται με τη μορφή μυοκλονικών ή τονικού σπασμού, που είναι

όμως δυνατό να εξελιχθούν σε GRAND MAL ως αντίδραση σε κάποιο εξωτερικό ερεθισμό, σε άτομα που μπορεί να παρουσιάζουν και αυτόματες κρίσεις. Ο συνηθέστερος εκλυτικός παράγοντας για ανάλογες κρίσεις είναι τα απρόσμενα ακουστικά ερεθίσματα και σπανιότερα τα σωματοαισθητικά. Στις περιπτώσεις αυτές αναφέρονται καλά θεραπευτικά αποτελέσματα από τη χρήση λοραζεπάμης.

Η γνωστότερη όμως κατηγορία κρίσεων είναι αυτές που ακολουθούν τα φωτεινά ερεθίσματα και κυρίως αυτά που έχουν διαλείποντα χαρακτήρα (π.χ. το αναβοσβήσιμο των φώτων της χορευτικής αίθουσας) ή παρουσιάζουν εναλλασσόμενες μεταβολές της φωτεινότητας τους (π.χ. η τηλεόραση).

Στη φωτογενή επιληψία ως φάρμακα εκλογής θεωρείται σήμερα το VPA που ελέγχει συνήθως τις κρίσεις.

Περιγράφονται επίσης σπανιότερες μορφές αντανακλαστικών επιληψιών, όπως η επιληψία κατά την ανάγνωση, ή μουσικογενές επιληψία, ή αυτοπροκαλούμενη επιληψία που απαιτούν ειδική αντιμετώπιση προς την πλευρά του εκλυτικού παράγοντα, είτε με κατάλληλα μηχανικά μέσα, είτε με εφαρμογή θεραπείας της συμπεριφοράς.

Δ. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (STATUS EPILEPTICUS).

Πρόκειται για κρίσεις που διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα 30-60 λεπτά ή επαναλαμβάνονται συχνά ώστε στο μεταξύ τους διάστημα η συνείδηση να μην διαυγάζει. Αποτελεί το πιο επείγον από τα σοβαρά θεραπευτικά προβλήματα στη νευρολογία, με μεγάλη θνησιμότητα. Για πρακτικούς κυρίως λόγους διαχωρίζονται σε : κρίσεις που φέρουν σπασμούς,

I. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΜΕ ΣΠΑΣΜΟΥΣ

Η χαρακτηριστικότερη και βαρύτερη μορφή κρίσεων στην ομάδα αυτή είναι το STATUS GRAND MAL. Η πρωταρχική φροντίδα στην περίπτωση εισόδου ενός τέτοιου ασθενούς στη κλινική, είναι να καθοριστή, χονδροειδώς καταρχήν η αιτία του S.E, εάν δηλαδή πρόκειται για παλαιό επιληπτικό ή για ασθενή που για πρώτη φορά παρουσιάζει σπασμούς. Εάν ο ασθενής είναι επιληπτικός η άμεση διερεύνηση της αιτίας του S.E. έρχεται σε δεύτερη μοίρα και προέχει η συμπτωματική αντιμετώπιση των εκδηλώσεων από τις οποίες απειλείται η ζωή του ασθενούς. Εάν το S.E. αποτελεί τη πρώτη εκδήλωση μη επιληπτικού ατόμου τότε πρέπει παράλληλα με την προσπάθεια καταστολής των σπασμών να ελεγχθεί και η αιτία τους, ώστε να αντιμετωπιστή, κατά το δυνατόν και αιτιολογικά. Έτσι θα πρέπει να διερευνηθεί το ενδεχόμενο της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης (βυθοσκόπηση) και η αιτιολογία της (εγκεφαλίτιδες όγκοι, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις). Γι' αυτό θα πρέπει να γίνει επιγόντως (τ-SCAN και ενδεχομένως οσφυονωτιαία παρακέντηση μετά την άρση της ενδοκρανιακής υπέρτασης). Η αιφνίδια αύξηση της αρτηριακής πίεσης (υπερτασική εγκεφαλοπάθεια) σε συνδυασμό, ορισμένες φορές, με δυσλειτουργία των νεφρών (εκλαμψία) ή περιπτώσεις καρδιοπνευμονικής ανακοπής (έμφραγμα) απαιτούν ειδική αντιμετώπιση παράλληλα με την προσπάθεια καταστολής των σπασμών. Το φάρμακο εκλογής για την αντιμετώπιση των S.E είναι οι ΒΖ και κυρίως η DPZ και η CNZ.

Με ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να παρακολουθείται

αναπνευστική λειτουργία και η αρτηριακή πίεση των ασθενών καθώς είναι γνωστό η κατασταλτική επίδραση που ασκεί το φάρμακο στο αναπνευστικό κέντρο, και την αρτηριακή πίεση κυρίως σε μικρά παιδιά και ηλικιωμένους, η επαγρύπνιση πρέπει να είναι μεγαλύτερη όταν έχει προηγηθεί χορήγηση βαρβιταρικών.

Εάν η θεραπεία εφόδου στην πρώτη φάση, δεν αποδώσει τα αναμενόμενα (καταστολή των κρίσεων, αποκατάσταση της συνείδησης) τότε η κατάσταση χαρακτηρίζεται βαρύτατη και ο ασθενής επιβάλλεται να εισαχθεί άμεσα στο θάλαμο εντατικής παρακολούθησης. Στη δεύτερη φάση της θεραπείας θα πρέπει να προστεθούν και οι ιατρογενείς επιπλοκές από φάρμακα που έχουν χορηγηθεί και ενδεχομένως επηρεάζουν την αναπνευστική λειτουργία και την αρτηριακή πίεση. Λίγες ώρες μετά την εγκατάσταση του S.E. GRAND MAL δημιουργείται ήδη εγκεφαλική υποξία με αποτέλεσμα να παραβλάπτονται οι αμυντικοί μηχανισμοί, του οργανισμού για την καταστολή του φαινομένου (βασικότεροι είναι τα κύτταρα PURKINJE της παρεγκεφαλίδος) που είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην ένδεια οξυγόνου. Η κατάσταση αυτή δυνατό να επιδεινωθεί από τον υποαρισμό των πνευμόνων λόγω της υπολειτουργίας του αναπνευστικού κέντρου των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων, και της συνηπάρχουσας πιθανότητας πνευμονίας από αναρρόφηση (για αυτό θα πρέπει να δίνεται στον ασθενή εξαρχής κατάλληλη θέση στο κρεβάτι).

Η συνήπαρξη ηλεκτρολυτικών διαταραχών δημιουργεί επιπλέον προβλήματα στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

Η εξέλιξη αυτή, επιβάλλει τη διατήρηση των αεροφόρων οδών, στη καλύτερη δυνατή κατάσταση και την εξαρχής χορήγηση O₂.

Διασωλήνωση των ασθενών επιβάλλεται σε περιπτώσεις που η PO₂ κατέβει κάτω από 100MM HG, όταν ο άρρωστος δυσπνοεί ή όταν το κώμα συνδέεται ή συνοδεύεται από σημεία που προδικάζουν συμμετοχή του εγκεφαλικού στελέχους.

Έλεγχος κυκλοφορικού συστήματος συστηματικά. Η περίοδος αυτή είναι κρίσιμη για τη ζωή του ασθενούς γιατί στην τρίτη φάση, που ακολουθεί, ο ασθενής θα αποκατασταθεί ή θα οδηγηθεί στο μοιραίο.

Εάν μετά τις παραπάνω ρυθμίσεις οι ζωτικές λειτουργίες του οργανισμού ελέγχουν ικανοποιητικά και οι κρίσεις σταματήσουν είναι δυνατό η συνείδηση να αποκατασταθεί στα επόμενα δύο 24ωρα. Το παραγκεφαλικό σύνδρομο, που είναι δυνατό να διαρκέσει μέρες ή εβδομάδες μετά την αποκατάσταση, αποδεικνύει την προσβολή της παρεγκεφαλίδος από τις συνθήκες υποξίας που προηγήθηκαν.

Εάν οι επιληπτικές κρίσεις και η γενική κατάσταση του ασθενούς δεν ελέγχουν τότε οι μεταβολές που επέρχονται χαρακτηρίζονται από: ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση της φλεβικής πίεσης, πτώση του PO₂, αύξηση PH αίματος, ελάττωση γλυκόζης, αύξηση καλίου και CPK του ορού, αύξηση της αιματικής εγκεφαλικής παροχής της θερμοκρασίας, (υποθερμία) και βροχικών εκκρίσεων, με τάση για πνευμονικό οίδημα, λευκοκυττάρωση και λευκοματουρία.

Οι συχνότερες αιτίες θανάτου στο S.E. είναι: η καρδιακή και κυκλοφορική κατάρριψη, η καταστολή του

αναπνευστικού κέντρου, του εγκεφαλικού παρεγχύματος από ανοξία του εγκεφάλου. Σε επιληπτικές καταστάσεις και όταν το S.E. δεν ελέγχεται από τα φάρμακα, εφαρμόζεται γενική αναισθησία με βραχείας δράσεις αναισθητικό.

2. ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΩΡΙΣ ΣΠΑΣΜΟΥΣ.

Ως συχνότερη μορφή το STATUS PETIT MAJ που αναφέρεται στις τυπικές αφαιρέσεις. Στις περιπτώσεις αυτές εντατική θεραπεία ενδείκνυται όταν οι κρίσεις διαρκούς πέρα της ώρας, λόγω κυρίως της αναστολής των πνευματικών λειτουργιών που προκαλούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

α. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με επιληψία.

1. Η αδελφή θα πρέπει να διευκολίνη την προσαρμογή του ασθενούς στο Νοσοκομείο, και να τον ενισχύει ψυχολογικά, ώστε να κατανοή την κατάστασή του.
2. Προλαμβάνη το ψυχολογικό τραύμα των άλλων ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται σε μία επιληπτική κρίση χωρίς προετοιμασία για την πιθανή εμφάνισή της.
3. Παρατηρεί και αναγράφη με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της κρίσεως του αρρώστου ώστε να βοηθήσει τον γιατρό στη διάγνωση.
4. Προστατεύει τον ασθενή από ψυχολογική και σωματική βλάβη με την επίβλεψη και τη χρησιμοποίηση προστατευτικών μέτρων.
5. Η Αδελφή πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό του αρρώστου, διάρκεια και χαρακτηριστικά των κρίσεων του, τα φάρμακα που παίρνει, αν υπάρχουν άλλοι νόσοι π.χ. υπέρταση, την προσωπικότητά του, και κατά πόσο παρουσιάζει αύρα.
6. Εκτίμηση της φυσικής καταστάσεως και συμπεριφοράς. Με αυτές τις πληροφορίες μπορεί να προγραμματίσει την ειδική φροντίδα και παρακολούθηση την οποία χρειάζεται ο ασθενής της, χωρίς να επιβάλλει περιπτώσεις ή περιτούς περιορισμούς για να τον προστατεύη από τυχόν βλάβες.

Ο ασθενής συνήθως είναι πειπατητικός και του παρέχεται πάσα δυνατή ελευθερία μετακινήσεως.

Ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν ούρα πριν από την κρίση

μπορεί να διδαχθούν να πηγαίνουν στο κρεβάτι ή να ξαπλώνουν στο πάτωμα και να φωνάζουν την Αδελφή, όταν επίκειται μία κρίση. Πρέπει να προστατεύεται το κεφάλι με την τοποθέτηση μαξιλαριού ή μίας κουβέρτας κάτω από αυτόν.

Αν τα ρούχα περιορίζουν τις κινήσεις ή παρεμποδίζουν την αναπνοή πρέπει να χαλαρώνονται. Ένα γλωσσοκάτοχο ή ένα μαλακό αντικείμενο πρέπει να τοποθετείται μεταξύ των δοντιών για την πρόληψη δαγκώματος της γλώσσας. Αν τα δόντια είναι κλειστά δεν πρέπει να ανοίγονται με βία, εφόσον ήδη προηγήθηκε τραυματισμός της γλώσσας, και υπάρχει περίπτωση να επεκταθεί αν σπάσουν ένα ή περισσότερα δόντια.

Οι κινήσεις του ασθενή δεν πρέπει να περιορίζονται, γιατί η προσπάθεια περιορισμού, μπορεί να της αυξήσει. Αν δεν υπάρχει σπαστικότητα μπορεί να προκληθεί κάταγμα. Απομακρύνονται τυχόν αντικείμενα από το περιβάλλον, στα οποία υπάρχει η πιθανότητα να χτυπήσει ο ασθενής.

Κατά την διάρκεια της κρίσεως, η Αδελφή είναι ήρεμη, τοποθετεί παραβάν γύρω από τον ασθενή για την πρόληψη ανησυχίας των άλλων ασθενών. Εάν άλλοι ασθενείς ή επισκέπτες είναι παρόντες, η Αδελφή τους βεβαιώνει ότι ο ασθενής θα συνέλθει μετά το πέρας της κρίσεως δίνει ικανοποιητικές εξηγήσεις. Ο ασθενής δεν πρέπει να εγκαταλείπεται μόνος του μετά την κρίση. Μετά την κρίση πρέπει να στραφεί στα πλάγια, για την διευκόλυνση αποβολής των στοματογαρυγγικών εκκρίσεων και πρόληψη εισρροφήσεως αυτών.

**Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙ ΚΑΙ ΝΑ ΑΝΑΓΡΑΦΕΙ Η
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΜΙΑΣ
ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΕΩΣ.**

1. Έκλαψε ο ασθενής ή προσπάθησε να ελκύση την προσοχή της με οποιοδήποτε τρόπο;
2. Ποιά ήταν η θέση της κεφαλής, του κορμιού και των άκρων;
3. Άλλαξε η αρχική θέση του σώματος;
4. Οι οφθαλμοί εξέκλιναν άνω, κάτω, πλαγίως. Οι κόρες άλλαζαν μέγεθος, αντέδρασαν στο φώς κατά την κρίση ή μετά την κρίση;
5. Το πρόσωπο και τα χείλη άλλαξαν χρώμα;
6. Έσφιξε ο ασθενής τα δόντια του, δάγκωσε την γλώσσα του κατά την διάρκεια της κρίσεως;
7. Υπήρξαν σπασμοί σε οποιαδήποτε μέρος του σώματος αν υπήρχαν από ποιό σημείο άρχισαν και πόσο διαρκέσανε;
8. Έχασε ο ασθενής τις αισθήσεις του, αν ναι επί πόση ώρα;
9. Ποιός ήταν ο ρυθμός της αναπνοής, παρουσίαζε άπνοια;
10. Μπορούσε ο ασθενής να αντιδράσει στα ερεθίσματα, ήταν ανύσηχος.
11. Είχε απώλεια ούρων;
12. Πόσο διάρρησε όλη η κρίση;
13. Εξέφρασε ο ασθενής κανένα παράπονο για πόνο ή δυσχέρεια κινήσεως σε οποιοδήποτε μέλος του σώματος του μετά την κρίση;

Αφού συνέλθη ο ασθενής, η αδελφή του ρωτά αν κατάλαβε και μπορεί να περιγράψει την αρχή της κρίσεως. Μήπως είχε

καμμία ειδική προαόσθηση (ούρων);

Οι σαφείς παρατηρήσεις της Αδελφής μπορεί να βοηθήσουν τον γιατρό να καθορίσει την περιοχή της βλάβης στον εγκέφαλο και να προσδιορίσει τον τύπο της θεραπείας. Σκοπός της αδελφής είναι να προστατέψη τον πάσχοντα από κακώσεις στη διάρκεια της κρίσης και να φροντίσετε όταν ξαναβρεί τις αισθήσεις του.

Όταν τελειώσει η κρίση, πρέπει η αδελφή να μείνη με τον πάσχοντα ώσπου να βεβαιωθεί, ότι έχει συνέλθει τελείως.

Όταν σταματήσουν οι σπασμοί τοποθετήστε τον πάσχοντα στη θέση ανάνηψης για να διευκολύνετε στην αναπνοή. Δεν πρέπει να δοθεί τίποτε από το στόμα, κατά την διάρκεια της κρίσεως, και δεν πρέπει να προσπαθείτε να ξυπνήση ο ασθενής. Τέλος πάνω από όλα πρέπει να ενημερωθεί ο ιατρός.

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΔΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση επείγουσων περιπτώσεων όπως:

- Μέτρηση αρτηριακής πίεσης σε περίπτωση υπέρτάσεως.
- Διερεύνηση του αίτιου για την καταστολή των σπασμών.
- Σε έμφραγμα αντιμετώπιση καρδιοπνευμονικής ανακοπής.
- Αντιμετώπιση εγκεφαλικού οιδήματος, με ενδοφλέβια χορήγηση φουροζεμίδης.
- Χορήγηση ισχυρών δόσεων αντιβιοτικών σε περιπτώσεις μηνιγγοεγκεφαλίτιδες.
- Επείγουσα νευροχειρουργική επέμβαση σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση.
- Αντιμετώπιση εκλαμπτικής κατάστασης.

- Εξασφάλιση βατού αεραγωγού και επαρκούς αερισμού
- α) Τεχνητή αναπνοή, αν είναι απαραίτητη.
- β) αναρρόφηση σε ιατρικά διαστήματα.
- γ) Χορήγηση οξυγόνου είται υπάρχει όχι κυάνωση.
- δ) Εγκαιρη διασωλήνωση για την αναπνευστική καταστολή, εξαιτίας της κρίσεως και της χρήσης των αντισπασμωδικών φαρμάκων.

3) Εφαρμογή καθετήρα FOLLEY. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων ούρων κάθε 15 MIN.

- Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές διαταγές.
- Στενή παρακολούθηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου.
- Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, για αποφυγή πνευμονίας από αναρρόφηση εκκρίσεων.

Έλεγχος κυκλοφορικού συστήματος. Τοποθέτηση προφυλακτικών καλυμμένων εσωτερικά με μαξιλάρια για αποφυγή τραυματισμών του αρρώστου. Τοποθέτηση καλυμμένου με γάζα γλωσσοπίεστρου, ανάμεσα στα δόντια για αποφυγή τραυματισμού των παρειών, της γλώσσας και δοντιών.

Συγκινησιακή υποστήριξη στον άρρωστο και την οικογενειά του. Οι σαφείς παρατηρήσεις της αδελφής μπορεί να βοηθήση τον γιατρό σε επείγουσες καταστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ

ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ

ΠΑΡΕΥΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ.

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ.

A. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ.

Εκτός από την καθημερινή χορήγηση στη σωστή δοσολογία των αντι-Ε φαρμάκων, υπάρχουν ορισμένες αρχές που κρίνονται απαραίτητες για την ομαλότητα στη διαβίωση των ασθενών.

Η χρήση οινοπνευματώδων απαγορεύεται. Η εξαντληκή διαίταόταν συνδιάζεται και με κατάργηση του πρωινού γεύματος δημιουργεί καταστάσεις υπογλυκαιμίας, η οποία ως γνωστό ευνοεί την επέλευση των επιληπτικών κρίσεων. η χρησιμοποίηση καφέ, τσαγιού, πρέπει να γίνονται σε λογικά πλαίσια.

Η κατάχρηση καφεΐνης πρέπει να αποφεύγεται, επίσης τροφές που δημιουργούν ή επιτείνουν τη δυσκοιλιότητα και να βρεθεί τρόπος ρύθμισης των κενώσεων γιατί η δυσφορία και τα φουσκώματα στα έντερα αυξάνουν τις πιθανότητες κρίσεως.

Το κάπνισμα εκτός από σπάνιες περιπτώσεις (αγγειοκινητική) δράση της νικοτίνης δεν φαίνεται να επηρεάζει τη συχνότητα των κρίσεων.

Οι λίγες και άτακτες ώρες ύπνου, φαίνεται να επηρεάζουν σαφώς την εμφάνιση των γενικευμένων κυρίως κρίσεων, των οποίων η συχνότητα αυξάνεται.

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.

Η επαγγελματική σταδιοδρομία των επιληπτικών δεν παρεμποδίζεται από την νόσο, με μόνη εξέρεση εκείνα τα επαγγέλματα που λόγω των ενδεχομένων κρίσεων δημιουργούν αυξημένη προϋπόθεση κινδύνων, όπως τα επαγγέλματα που συνδέονται

με την οδήγηση οχήματος ή τη λειτουργία μηχανών ή την εργασία σε ύψος από την επιφάνεια του εδάφους, ή την εργασία κοντά σε φωτιά, καυστικά υγρά και οτιδήποτε άλλο που προκαλεί προβλήματα στην αναπνοή.

Πρέπει να αναφερθεί ότι γνωστή επαγγελματική σταδιοδρομία ή επιτυχία τους άνθρωποι ήταν επιληπτικοί και μάλιστα ανήκαν στο μικρό εκείνο μέρος των περιπτώσεων (20%), που οι κρίσεις τους δεν ελέγχονται ικανοποιητικά με τα φάρμακα.

Εκεί όμως που υπάρχει πλήρης πλάνη, είναι το αν μπορεί ή όχι να παντρευτεί ένας επιληπτικός. Ο κόσμος πιστεύει ότι ο επιληπτικός δεν μπορεί να παντρευτεί και κυρίως ότι δεν επιτρέπεται να αποκτήσει παιδιά. Η αλήθεια είναι ότι η πλειονότητα των επιληπτικών μπορεί να παντρευτεί, αρκεί και μόνο να υπάρχει πλήρης ενημέρωση των συζύγων για την αρρώστεια που καλύτερα είναι να γίνεται από τον θεράποντα γιατρό.

Καθήκον του γιατρού είναι ακόμα να ενημερώνει τους συζύγους, ότι οι πιθανότητες να γεννηθή επιληπτικό παιδί, όταν ο ένας από τους γονείς πάσχει από την νόσο, είναι αυξημένες. Μήπως όμως δεν υπάρχει ανάλογη κληρονομική επιβάρυνση και σε περιπτώσεις άλλων νοσημάτων; Πρός τι ο φόβος και η κοινωνική προκατάληψη για την νόσο, της επιληψίας;

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
<p>Αίφνιδια απώλεια συνειδήσεως που συνοδεύεται με πέσιμο στο έδαφος, και μερικές φορές, με ακολουθία μιας παράξενης κραυγής.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αντιμετώπιση καταστάσεως, όσο πιο γρήγορα γίνεται. - Βοήθεια ιατρού. - Μεταφορά πάσχοντα σε Νοσοκομείο. - Αντιμετώπιση αρρώστου από κακώσεις όταν συνοδεύεται από πέσιμο. - Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου, μετά από την απώλεια συνειδήσεως. - Έλεγχος αναπνοής - Ανεύρεση για αίτια που προκαλούν 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγραμματισμός για πρόληψη φυσικής βλάβης δηλ. πως θα γίνει η πτώση ελαφρότερη, χωρίς κακώσεις. - Προγραμματισμός δια διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Πρέπει να προσαθήσουμε να στηρίξουμε τον άρρωστο, ώστε να γίνει, ελαφρότερη η πτώση στο έδαφος. - Τον ξαπλώνουμε προσεκτικά στο έδαφος. - Αν τα ρούχα περιορίζουν την αναπνοή και τις κινήσεις, πρέπει να χαλαρώνονται. - Απομάκρυνση αντικειμένων γύρω από τον άρρωστο. - Προστατεύουμε το κεφάλι με την τοποθέτηση μαξιλα- 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή κακώσεων, κεφαλής άκρων, σπονδυλικής στήλης κ.λ.π. - Διατήρηση φυσιολογικής αναπνοής. - Αποφυγή τραύματος του κεφαλιού.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
<p>Σπασμός</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Έλεγχος σπασμών - Ασφάλεια του αρρώστου - Διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας. - Πρόληψη φυσικής βλάβης. - Χορήγηση φαρμάκων για καταστολή του σπασμού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προγραμματισμός των κινδύνων που μπορούν να εμφανιστούν. - Τα φάρμακα να είναι έτοιμα, σε περίπτωση, που ο ιατρός δώσει εντολή. - Προγραμματισμός για ανάνηψη του αρρώστου χωρίς πρόκληση φυσικής βλάβης και αναπνευστικής δυσχέρειας κατά τη διάρκεια της κρίσεως. 	<p>ριού η μίας κουβέρτας, κάτω από αυτόν.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δεν μετακινούμε τον άρρωστο παρά μόνο, όταν κινδυνεύω. - Δεν ακινητοποιούμε βιαία. - Δεν προσπαθούμε να τον ξυπνήσουμε - Δεν βάζουμε τίποτε στο στόμα, ούτε προσπαθούμε να το ανοίξουμε. - Μένουμε στον άρρωστο ενώ τελειώνει ο σπασμός. - Χορήγηση αντί-εφαρμάκων κατόπιν εντολή ιατρού. - Τοποθέτηση παραβάν. - Μετά το πέρας των σπασμών, τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση 	<ul style="list-style-type: none"> - Σε περίπτωση που κινδυνεύει: καλούμε ασθενοφόρο, π.χ. αν έχει χιτηπήσει κατά την κρίση. - Πρόληψη κατάγματος λόγω απώλειας συνειδησεως. - Για πρόληψη εισροφήσεως - Για βεβαίωση ότι έχει συνέλθει τελείως. - Καταστολή του σπασμού. - Αποφυγή από ξένα μάτια. - Διευκολύνεται η αναπνοή.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
Κυάνωση του στόματος και χείλη.	<ul style="list-style-type: none"> - Να σταματήσει η κυάνωση. - Έλεγχος αναπνοής 	<ul style="list-style-type: none"> - Αν θα χρειαστεί O₂ και πόσο θα χορηγηθεί. - Τι θερμοκρασία πρέπει να υπάρχει στο περιβάλλον. 	<ul style="list-style-type: none"> ανάληψης. - Διατήρηση θερμοκρασίας περιβάλλοντος. - Δεν δίνουμε τίποτε από το στόμα. - Χορήγηση O₂, όταν υπάρξει ανάγκη. - Δεν πιέζουμε το στόμα και τα χείλη. 	<ul style="list-style-type: none"> - ώστε να σταματήσει η κυάνωση. - Προληπτικώς αναπνευστική δυσλειτουργία, για διατήρηση της αναπνευστικής οδού.
Δύσπνοια	<ul style="list-style-type: none"> - Ανακούφιση του αρρώστου από την δύσπνοια. 	<ul style="list-style-type: none"> - Προλαβένουμε τα μέτρα για την ανακούφιση του αρρώστου από την δύσπνοια. - Προφύλαξη αρρώστου από άσκοπες προσπάθειες. - Αποφεύγουμε να αφήνουμε τον άρρωστο σε κλειστό χώρο. - Ανανέωση του εισπνεόμενου αέρα 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση σε ανάρροπη θέση. - Ανύψωση του πάνω μέρους του κρεβατιού (αν ο άρρωστος) είναι επί κλίνης. - Χορήγηση O₂, εφόσον ενδεικνύεται. - Δεν χορηγούμε δύσπεπτες τροφές. - Διατήρηση χαμηλής θερμοκρασίας, του θαλάμου (15°C) και 	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφαλίζεται η οξυγόνωση του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα. - Αυξηση της ενδοθωρακικής πίεσεως.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
			<p>ανανέωση συνεχώς του εισπνεόμενου αέρα.</p> <p>-Περιορισμός επισκεπτών.</p> <p>-Αποφυγή καπνίσματος.</p> <p>-Αποφυγή παραγόντων που προκαλούν συγκίνηση και φυσική κόπωση.</p>	
<p>Πυρετός</p>	<p>-Ανακούριση από τον άρρωστο.</p>	<p>-Διατήρηση χαμηλής θερμοκρασίας περιβάλλοντος.</p> <p>-Χορήγηση φαρμάκων.</p> <p>-Μέτρα ανακούφισης.</p>	<p>-θερμοκρασία (15° C).</p> <p>-αντιπυρετικά φάρμακα.</p> <p>-τοποθέτηση κρύων κομπρέσων.</p> <p>-Χορήγηση άφθονων υγρών.</p>	<p>- Καταστολή του πυρετού.</p>
<p>Υποξία εξαιτίας σύσπασης μυών.</p> <p>Πιθανή αναπνευστική ανακοπή.</p>	<p>-Διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας.</p> <p>-Αποκατάσταση βατότητας αεραγωγού και επάρκειας αερισμού.</p>	<p>-Εξασφάλιση βατού αεραγωγού και επαρκούς αερισμού.</p>	<p>-α) Τεχνητή αναπνοή αν είναι απαραίτητη.</p> <p>-β) Χορήγηση O₂ είτε υπάρχει, είτε όχι κυάνωση.</p>	<p>- αναστολή της αναπνευστικής λειτουργίας.</p>

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
<p>Κώμα με πιθανές υπολειμματικές βλάβες.</p> <p>Κινδύνοι φυσικής βλάβης κατά την διάρκεια των σπασμών.</p>	<p>- Πρόληψη φυσικής βλάβης.</p> <p>- Πρόληψη φυσικής βλάβης.</p>	<p>- Έγκαιρη διασώλη- ωση για την ανα- πνευστική κατάστο- λή, εξαιτίας της χρήσης αντισπασμο- δικών φαρμάκων.</p> <p>- Έναρξη θερα- πείας, ενδοφλε- βίως.</p> <p>- Εφαρμογή καθε- τήρα ούρων.</p> <p>- Παρακολούθηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου.</p>	<p>- Αναρρόφηση σε τακτικά διαστή- ματα.</p> <p>- Έναρξη με αργό ρυθμό ενδοφλεβίως εγχυσης διαλύματος γλυκόζης 5%.</p> <p>- Εφαρμογή καθετή- ρα FOLLEY.</p> <p>- Μέτρηση αποβαλ- λομένων-προσβαλ- λομένων ούρων κάθε 15 λεπτά.</p> <p>- Τοποθέτηση προ- φυλακτικών καλ- λυμένων εσωτερικά με μαξιλάρια, για αποφυγή τραυματι- σμού του.</p>	<p>- για πιθανόν επιπλοκές π.χ. εισρρόφηση.</p> <p>- Για διατήρηση του ισο- ζυγίου υγρών, ηλεκτρο- λυτών.</p> <p>- Μέτρηση ούρων για προβλήματα όπως ανου- ρία αιματοουρία.</p>

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
		<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθηση για τραυματισμούς 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση καλυμμένου με γάζα γλωσσοπίεστρο ανάμεσα στα δόντια για αποφυγή τραυματισμών παρειών-γλώσσας και δοντιών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή τραυματισμών.
<p>Τραυματισμός της γλώσσας.</p> <p>α) Μετά την κρίση</p>	<p>Ανακούφιση από το τραύμα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Καθαριότητα - Μέτρα προγραμματισμού για την ανακούφιση του αρρώστου κατά την διάρκεια του γεύματος, ή πλύσιμο του στόματος. 	<ul style="list-style-type: none"> - του στόματος και γλώσσας. - Αποφυγή ερεθιστικών τροφών. - Ελαφρές κινήσεις κατά το πλύσιμο των δοντιών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επούλωση του τραύματος.
<p>β) Κατά την κρίση</p> <p>Αφθονη επίδρωση</p>	<p>Ανακούφιση από το τραύμα.</p> <p>- Διατήρηση σημείων διαταραχής ισοζυγίου υγρών.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Προληπτικά μέτρα κρυολογήματος 	<ul style="list-style-type: none"> - Προφύλαξη της γλώσσας με γλωσσοπίεστρο. - Διατήρηση αρρώστου-στεγνό, καθαρό. - αποφυγή σε ρεύμα αέρα 	<ul style="list-style-type: none"> - Αναστολή του κρυολογήματος. - Ισορροπία ισοζυγίου υγρών.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επισημοποιημένη τεκμηρίωση
<p>Νευρικές αντιδράσεις όπως:</p> <p>α) Κεφαλαλγία.</p> <p>β) Φωτοφοβία.</p> <p>γ) Σπασμοί.</p>	<p>-Ανακούφιση, από το κρυολόγημα.</p> <p>-Ανακούφιση από τον πόνο.</p> <p>- Ανακούφιση από τον πόνο.</p> <p>-Έλεγχος σπασμών.</p>	<p>-Περιορισμός στους θορύβους του περιβάλλοντος. - Φάρμακα. - Αντιμετώπιση με φυσικά μέσα.</p> <p>- Περιορισμός σε έντονο φως.</p> <p>- Μέτρα αντιμε- τώπισης.</p>	<p>-διατήρηση στεγνό.</p> <p>-Τοποθέτηση σε ήσυχο περιβάλλον. -Χορήγηση αναλγη- τικών. -Παγοκύστη ή κομπρέσα στο κεφάλι.</p> <p>-Τοποθέτηση σε μικρό φωτισμό. -Πλάγιος φωτισμός. -Γυαλιά ηλίου.</p> <p>-Προστατεύουμε από κατώσεις. -Μένουμε κοντά στον άρρωστο. -Τοποθέτηση προφυ- λακτικές. -Προστατεύουμε από αυτοβλάβη.</p>	<p>-Αναστολή της κεφαλαλγίας</p> <p>-Αναστολή του φόβου.</p> <p>- Αποφυγή κακώσεως.</p>

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
<p>δ) Απώλεια προσανατολισμού.</p> <p>ε) Ανησυχία</p>	<p>Βοήθεια για προσανατολισμό.</p> <p>Απομάκρυνση του αίτιου που την προκαλεί.</p>	<p>-Προσανατολισμός του αρρώστου.</p> <p>-Μείωση αίτιων που προκαλούν ανησυχία.</p>	<p>- Χρόνο-χώρο.</p> <p>-Ηρέμια, υπομονή, στοργή.</p> <p>-Ομιλία με τον άρρωστο κ.λ.π.</p>	<p>- Προσανατολισμός του αρρώστου.</p> <p>- Ο άρρωστος ησυχάζει.</p>
<p>Ασφυξία λόγω εισρρόφησης.</p>	<p>-Ανακούφιση από την εισρρόφηση.</p> <p>- Αίτια που προκαλούν.</p>	<p>-Διατήρηση καλού αερισμού δωματίου.</p> <p>-Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση.</p> <p>-Ασκήσεις.</p>	<p>-Καθαρός αέρας</p> <p>-Πλάγια θέση</p> <p>-Καθαρισμός στοματικής κοιλότητας.</p> <p>-Συνιστά στον άρρωστο να αναπνή βαθιά.</p> <p>-Σε περίπτωση δυοπνοϊτικών φαινομένων, χωρίς απόφραξη κυανωτικής οδού, χορήγηση O₂.</p>	<p>- Ο άρρωστος ανακουφίζεται.</p> <p>- Η αναπνοή διατηρείται φυσιολογικά.</p>
<p>Εμφραγμα</p>	<p>-Ανακούφιση από τον πόνο</p>	<p>Παροχή τέλει αναπαύσεως.</p>	<p>-Απομόνωση ασθενή σε ήρεμο περιβάλλον.</p>	<p>- Αποκατάσταση εμφραγμάτων.</p>

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
Υπέρταση.	<p>Αποκατάσταση αρρώστου. Αντιρρυθμική αγωγή.</p> <p>- Μείωση της υπέρτασης.</p>	<p>- Ανακούφιση από πόνο.</p> <p>- Έλεγχος Α.Π.</p> <p>- Έλεγχος σωματικού βάρους.</p> <p>- Άσκηση</p> <p>- Φάρμακα</p> <p>- Διατήρηση ήρεμο περιβάλλον</p> <p>- Σε παρενέργειες φαρμάκων</p> <p>- Παρακολούθηση για σημεία επιπλοκές από τον εγκέφαλο.</p>	<p>- Χορήγηση φαρμάκων</p> <p>- Χορήγηση O₂ σε όσους έχουν δύσπνοια.</p> <p>- Παρακολούθηση πυρετού.</p> <p>- Η.Γ.Κ. (MONITORING)</p> <p>- Μέτρηση, αρτηριακής πίεσεως.</p> <p>- Λήψη συχνά πίεσης, αίματος.</p> <p>- Δίαιτα σε παχύσαρκους ασθενείς.</p> <p>- Συστηματική φυσική άσκηση (τρέξιμο κ.λ.π)</p> <p>- Ηρεμιστικά φάρμακα.</p> <p>- Διδασκαλεία ασθενούς για την υπέρταση, π.χ. τι προκαλεί, επιπλοκές.</p> <p>- Διακοπή φαρμάκου</p> <p>- Χορήγηση διουρη-</p>	<p>- Φυσιολογική Α.Π.</p> <p>- Μείωση εμφράγματος.</p> <p>- Διατήρηση αναπνοής.</p> <p>- Μείωση της υπέρτασης.</p>

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
Υπερβολική κόπωση	Ανακούφιση από την κόπωση.	-Περιορισμούς της δραστηριότητας.	τικών. -Ερεθιστικότητα, λήθαργος, αποπροσανατολισμός. -Βοήθεια στον ασθενή.	-Ηρεμεί ο άρρωστος.
Καρδιογενές SHOCK.	Συμπτωματική ανακούφιση του αρρώστου.	-Αξιολόγηση αναγκών. -Έλεγχος ζωτικού σημείου. -Τοποθέτηση καθετήρα FOLLEY.	-Εφ. Χορήγηση υγρών. -Διατήρηση αρτηριακής πίεσεως. Δ.Π. 80-100MM/HG -Έλεγχος ούρων. -Έλεγχος προσναλμόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.	- φυσιολογική ΑΠ - Αποκατάσταση του αρρώστου.
Πνευμονικό οίδημα.	Ανακούφιση του αρρώστου.	-Κατάλληλη θέση -Περιορισμός στις ανάγκες του οργανισμού. -Η.Γ.Κ. γράφιμμα	-Ανάρωση -Οξυγόνο -Χορήγηση διουρητικών. -Λευκή αφαίμαξη (διαδοχική περίδεση άκρων). -Φλεβοτομή αφαίμαξη(400 αίμα).	- Αποκατάσταση του αρρώστου.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
Υπογλυκαιμία χωρίς απώλεια συνειδήσεως.	-Ανακούφιση από την υπογλυκαιμία.	-Χορήγηση τροφών ώστε να αυξηθούν οι τιμές του σακχάρου.	-Σααχαρούχο ποτό. -Σοκολάτα -Παρακολούθηση δέρματος.	-Αυξάνουν οι τιμές του σακχάρου στο αίμα.
Υπογλυκαιμία με απώλεια συνειδήσεως αλλά η αναπνοή είναι κανονική.	-Άμεση μεταφορά του αρρώστου στο Νοσοκομείο.	-Σε κατάλληλη θέση. -Μέτρηση ζωτικών σημείων.	-Μέτρηση σφυγμού. -Θέση ανάνηψης.	-Αποκατάσταση ασθενή. - Αύξηση βαγχούρου σε φυσιολογικές τιμές.
Οξεία δυστονία (1-5 ημέρες μετά την έναρξη θεραπευτικής αγωγής αντι-ε φαρμάκων).	-Ανακούφιση από τον μυϊκό πόνο.	-Διακοπή θερα- πείας. -Χορήγηση φαρμά- κων.	-Διακοπή αντι-Ε φαρμάκων. -Αντιπαρκισονικών	-Καταστολή του πόνου, εξαιτίας των φαρμάκων.
Υποασβεσταιμία.	- Ανακούφιση από τα συμπτώματα.	-Προγραμματισμός και έλεγχος - σε ότι χορηγηθεί για αύξηση του ασβεστίου στο αίμα.	-Χορήγηση ασβε- στίου με ταυτό- χρονη χορήγηση βιταμίνης D. -Παρακολούθηση για τετακία.	- Αύξηση του ασβεστίου στο αίμα.
Υπονατριαιμία	-Ανακούφιση από εφίρωση-εμέτους.	-Παρακολούθηση κα- έναρξη προγράμ- ματος θεραπείας.	-Χορήγηση Na --Αντιμετώπιση εφίδρωση διαρ- ροϊκές κενώσεις εμέτους-εγκαύματα σε περίπτωση που υπάρχουν. -Χορήγηση διουρη- τικών.	-Αύξηση του Νατρίου.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
Υπομαγνησισαιμία	Ανακούφιση από συν- δρομα π.χ. σύνδρομο κακής απορρόφησης.	-Εναρξη προγράμ- ματος θεραπείας με φυσικά μέσα. -Πρόγραμμα ενάρ- ξεως θεραπείας- διδασκαλία σε αλκοόλ.	-Χορήγηση μαγνη- σίου από φυσικές πηγές. -Παρακολούθηση του αρρώστου για παρατεταμένες διάρροιες εμέτους, σύνδρομο κακής απορρόφησης.	- Αύξηση μαγνησίου
Θυραιμία	Ανακούφιση από ενο- χλήματα.	-Διόρθωση του αίτιου που προ- καλεί.	-Απομάκρυνση της αυξημένης ουρίας από το αίμα.	- Ελάττωση ουρίας στο αίμα.
Ενδοκρινικές (διαταραχές)	-Συμπτωματική ανακούφι- ση του αρρώστου.	-Έλεγχος για υπε- ρθυρεοειδισμό ή σακχαρώδη διαβήτη -Έλεγχος υποθυρο- ειδισμού, υπερ- παραθυρεοειδισ- μού. -Έλεγχος για έλλειψη νατρίου. -Συνάπτηση οργα- νικής βλάβης. -Απώλεια βάρους.	-Παρακολούθηση για αδυναμία και δυσανάλογη κόπωση. -Χορήγηση NACL -Χορήγηση Κα. -Ηλεκτροκαρδιο- γραφικές αλλοιώ- σεις. -Μηγορραγία. -Ολιγομηνόρρεια -Πολυμηνόρρεια - Χορήγηση φαρ- μάκων.	-Αποκατάσταση της φυ- σιολογικής δραστηριό- τητας του οργανισμού.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ. ενεργειών	Αποτελέσματα με επιστημονική τεκμηρίωση
<p>Νευροψυχικές διαταραχές διανοητική σύγχυση ασυνεργασία αταξία υπνηλία-λήθαργος κώμα.</p>	<p>Υποστήριξη του αρρώ- στου για τη θεραπεία.</p>	<p>-Έλεγχος φυσικών λειτουργιών του οργανισμού.</p> <p>-Δημιουργούμε περιβάλλον ζεστό και ελεύθερο.</p> <p>-Αποφυγή φαρμά- κων, που στα- ματούν τις δια- ταραχές.</p> <p>- Προγραμματισμός ώστε ο άρρωστος να συνεργάζεται με τον θεράποντα</p>	<p>-Ρεύματα αέρα. -Ναρκωτικών και βαρβιτουρικών. -Τοποθέτηση προ- φυλακτήρων. -Περιορισμός επισκεπτών. -Περιορισμός Πρωτεΐνων -Χορήγηση μικρών συχνών γευμάτων, πλούσια σε υδα- τάνθρακες.</p>	<p>Οι διαταραχές να περιο- ρίζονται στο ελάχιστο.</p>
<p>φόβος και αγωνία για την υποκείμενη αιτία. Κοινωνικές και οικονο- μικές συνέπειες για τον άρρωστο και την οικογε- νειά του.</p>	<p>Συγκινησιακή υποστήρι- ξη του αρρώστου και στην οικογενειά του. Κοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου. Πρόβλεψη επιπλοκών από την θεραπεία.</p>			

Ανάγκη	Νοσηλευτική διδασκαλία	Αποτέλεσμα
<p>Ασφάλεια αρρώστου</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Παρακολούθηση του ασθενή για σημεία που δείχνουν σύγχυση ή θόλωση διάνοιας. - Όταν παρατηρούμε ένα σύμπτωμα ή σημείο, προστατεύουμε τον άρρωστο με τα πιο κάτω μέτρα. <ul style="list-style-type: none"> α) Τοποθέτηση προφυλακτύρων β) Να υπάρχει πάντα συνοδός γ) Περιορισμός δραστηριοτήτων του αρρώστου (π.χ. οδήγηση, έντονη μυϊκή άσκηση, εργασία σε ύψος, τρέξιμο κ.λ.π.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Όλα αυτά συμβάλλουν για την προστασία του αρρώστου. Και όταν η διδασκαλία εφαρμοστεί, κανονικά τότε η πρόκληση των επιπλοκών όπως π.χ. κάκωση, τραυματισμός κ.λ.π. θα είναι λιγότερος.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Οι ψυχικές αρρώστειες είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που το συναντάμε σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και ηλικίες. Πρέπει όμως να σκεφτούμε ότι οι άνθρωποι αυτοί - οι επιληπτικοί - δεν είναι διαφορετικοί αλλά είναι σαν και μας μόνο που έχουμε στιγμές που χάνουμε τα λογικά τους και γίνονται τρελλοί όπως θα έλεγε και ο λαός.

Μας συμφέρει να λέμε ότι οι άλλοι είναι τρελλοί γιατί έτσι πείθουμε τον εαυτό μας ότι είμαστε εμείς οι λογικοί. Εξάλλου για όλους τους ανθρώπους υπάρχουν καταστάσεις στη ζωή που συμπεριφέρονται αλόγιστα και σύμφωνα με το πνεύμα του ψυχικά διαταραγμένου ανθρώπου (τρελός από θυμό, γυάλισε το μάτι του κ.λ.π)

Ας σκεφτούμε όλοι μας και ας προσπαθήσουμε για έναν κόσμο όπου θα υπάρχει το στοιχείο της ψυχικής ισορροπίας όλων των ανθρώπων μέσα σ' αυτό το μεγαλείο της τρέλλας της ζωής.

Είναι λογικό να περιμένουμε και πρέπει όλοι μας να προσπαθήσουμε ώστε τα επόμενα χρόνια να σημειωθούν ουσιαστικές ανακαλύψεις του ψυχισμού και νέες κοινωνικές συμπεριφορές. Οι ανακαλύψεις θα είναι σημαντικές για να αλλάξει ο τρόπος σκέψης μας καθώς και ο τρόπος ζωής μας. Το μέλλον ανήκει στον κάθε άνθρωπο είτε φέρει τη στάμπα του τρελού είτε όχι, καθώς και στην επιστήμη των ψυχικών και νευρολογικών παθήσεων του εγκεφάλου. Ας το εκμεταλλευτούμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Ι.Ν.: Φαρμακολογία. Επίτομος έκδοση 2^η ΑΦΩΝ Κυριακίδη Θεσ/κη 1985.
2. WALTON J : Νευρολογία Επίτομος Έκδοση 5^η "Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας", Αθήνα 1984.
3. ΚΑΖΗΣ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ Δ. :
Επιληψίας. Αριστοτέλιου Πανεπιστημίου Θεσ/κης. Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσ/κη 1987.
4. ΚΑΜΠΙΡΗΣ Γ. ΚΑΡΑΒΑΤΟΣ Θ. ΤΣΑΒΑΡΑ Θ :
Κείμενα Νευροψυχολογίας. Επιμέλεια Έκδοση ΤΣΑΒΑΡΑΣ Θ. Εκδόσεις: "Σύγχρονα θέματα" Θεσ/κη 1987.
5. ΚΑΡΑΚΙΟΥΔΑΚΗΣ Δ. ΓΙΩΡΓΟΣ: Ειδική φαρμακολογία Πανεπιστημίου Πατρών Πάτρα 1989.
6. ΚΑΡΔΑΣΗ ΣΑΧΙΝΗ - ANNA ΠΑΝΟΥ:
Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική
"Νοσηλευτικές διαδικασίες" Τόμος 2^{ος}
Μέρος Β' Πρωτότυπη έκδοση Εκδόσεις "ΒΗΤΑ"
Αθήνα 1985.
7. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ.Γ.: ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
Τόμος 1^{ος} Έκδοση 2^η Εκδόσεις "Κατσανιώτη"
Αθήνα 1985.
8. ΜΕΝΤΕΝΟΠΟΥΛΟΥ ΓΙΩΡΓΟΥ: Επείγουσα αντιμετώπιση του νευρολογικού ασθενή. Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS. Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών Θεσ/κη 1983.

9. ΝΙΚΗΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ.: Βασική φυσιολογία. Τόμος 2ος
Έκδοση 2^η. Επιστημονικές Εκδόσεις
"Γρηγόριος Παρισινός" Αθήνα 1984.
10. ΞΕΝΑΚΗΣ ΧΡ.: Τι πρέπει να γνωρίζεται για την
επιληψία. Εκδόσεις "Θυμάρι" Ανθρώπινες σχέσεις
"Αγωγή" Συμπεριφορά Αθήνα 1984.
11. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ-ΜΟΥΣΟΥΡΑ: Σημειώσεις Νευρολογικής
Νοσηλευτικής. Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑ. ΠΑΤΡΑ 1984
12. ΟΔΗΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ-ΥΓΕΙΑ: Νευρικό σύστημα ψυχιατρική,
ψυχανάλυση. Τόμος 4^{ος}
Εκδόσεις "ΔΟΜΙΚΗ" Ο.Ε Γκούμας-Κωτσιόπουλος.
Αθήνα 1987.
13. ΠΑΠΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Α.: Σύγχρονα ρεύματα της γενικής
ψυχολογίας και νέες μορφές της σχολικής
μεθοδολογίας. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 2^η
Εκδοτικός οίκος ΑΦΩΝ: Κυριακίδη. Θεσ/κη 1979.
14. ΠΑΡΟΥΛΑΚΗΣ ΜΙΧΑΗΛ-ΠΑΡΟΥΛΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ:
Για μια ζωή γεμάτη υγεία. Εκδόσεις
"GUTENBERG" Αθήνα 1985.
15. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ.Κ.: Ψυχολογία. Τόμος 1^{ος}
Έκδοση 3^η Εκδόσεις "Ψυχοτεχνική"
Ηράκλειο 1985.
16. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ: Οδηγός αντιμετώπισης, ατυχημάτων
στο σπίτι, στην εργασία και διακοπές.
Ιατρικές εκδόσεις "Λίτσας".

17. ΣΑΝΖΕ ΖΑΝ-ΠΙΕΡ: Ο Νευρωτικός άνθρωπος.
"Πως λειτουργεί ο ανθρώπινος εγκέφαλος"
Εκδόσεις ΡΑΠΠΑ. Κέρδος Α.Ε. 1984
18. SMITH "THE MACMILLAN GUIDIE"
Μεγάλος Ιατρικός οδηγός. Τόμος 2^{ος}
Επιστημονική επιμέλεια "Ιατρική εταιρία Αθηνών"
Εκδόσεις "Γιαννέλη" Αθήνα 1987.
19. ΣΑΒΒΑΣ Α.: Ανατομική του ανθρώπου
Επίτομος έκδοση 2^η
Εκδοτικός οίκος. "Κυριακίδη" Αθήνα 1985.
20. ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ Γ.: Κλινική Ψυχιατρική
Τόμος 2^{ος} Ιατρικές Εκδόσεις "Δίτσαρς"
Αθήνα 1980.
21. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ: Εισαγωγή στη Ψυχιατρική.
Επίτομος Έκδοση 1^η.
Εκδόσεις "Θεμέλιο". Πάτρα 1986.

