

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ : ΕΠΙΛΗΨΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ : ΠΑΝΤΕΛΗΣ ΠΑΠΑΕΥΓΕΝΙΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ:

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΚΟΥΝΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ



ΠΑΤΡΑ 30-1-92

ΑΡΙΘΜΟΣ  
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 587



## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Θέλω να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου, σε όλους όσους με δίδαξαν το υψηλό λειτούργημα της Νοσηλευτικής και με έκαναν να κατανοήσω την ηθικοπλαστική δύναμη της Αγάπης προς τον πάσχοντα.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ, την καθηγήτριά μου της Νοσηλευτικής δίδα Παρασκευή Γεωργούση για τις πολύτιμες ηθικές νουθετήσεις της και επιμορφωτικές υποδείξεις της, κατά την διάρκεια των σπουδών μου καθώς επίσης, και τον καθηγητή μου Κον Νικόλαον Κούνη για την αμέριστη συμπαράστασή του και την ολόψυχη συνεργασία του για την αποπεράτωση του ιατρικού σκέλους της πτυχιακής μου εργασίας με θέμα: Επιληψία. Νοσηλευτική Διεργασία.

Διατελώ μετά τιμής

Παντελής Ε. Παπαευγενίου

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδες
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ : ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ	1-4
ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	5-9
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	9-10
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	10-12
ΕΙΔΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	13-18
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	19-27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ : ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	28-40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ : ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	41-49
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ I ΚΑΙ II	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ	50-54
ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΕΩΣ	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΨ- ΤΙΚΩΝ	
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Η επιληψία είναι μια χρόνια πάθηση που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες εκδηλώσεις, που ονομάζονται επιληπτικές κρίσεις και που προκαλούν απότομες και ανατρέψιμες μεταβολές της λειτουργίας του εγκεφάλου.

Οι επιληπτικές κρίσεις έχουν περιγραφεί από την αρχαιότητα (Ιπποκράτης, Γαληνός). Για πολλούς αιώνες η νόσος εθεωρείτο ιερά ή σατανική. Στο τέλος του 19ου αιώνα, ο JAKSON όρισε την επιληψία, ως νόσο που οφείλεται σε επεισοδιακή και αιφνίδια εκφόρτιση, υπερβολική και ταχεία, που καταλαμβάνει ικανό αριθμό νευρώνων της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου.

Ο ορισμός αυτός ισχύει ακόμη και σήμερα<sup>1</sup>.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεν έχει καμιά σχέση η επιληψία με τα ψυχικά νοσήματα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, με το χρόνο, είναι δυνατόν να παρουσιαστεί και διανοητική έκπτωση. Όπως και στις άλλες παθήσεις έτσι και στην επιληψία θα λέγαμε ότι υπάρχουν και βαρύτερες μορφές.

Η επιληψία σήμερα ελέγχεται αρκετά καλά με την βοήθεια των φαρμάκων, πολλές μάλιστα μορφές επιληψίας είναι δυνατόν να θεραπευτούν τελείως.

Κάθε άνθρωπος στην ζωή του θα μπορούσε να έχει επιληπτική κρίση κάτω από ορισμένες συνθήκες, όπως π.χ. σε κατάσταση ισχαιμίας, υπογλυκαιμίας ή σε μια δηλητηρίαση. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι είναι και επιληπτικός. Στις περιπτώσεις που αναφέραμε πρόκειται για μια φυσιολογική αντίδραση του εγκεφάλου

σε ένα υπερβολικό ερέθισμα. Επιληπτικό επομένως θα ονομάσουμε το άτομο εκείνο που συνήθως, στα καλά καθούμενα, χωρίς να υπάρχει δηλαδή εξωτερική αιτία και ενώ αισθάνεται τελείως καλά, εμφανίζει κρίσεις, διαταραχές (κινητικές, ψυχικές, νευρολογικές καθώς και διαταραχές συνείδησης), και κάθε φορά που τελειώνει η κρίση επανέρχεται στην προηγούμενη κατάσταση, σαν να μην συνέβη τίποτα. Πρέπει όμως να τονιστεί ότι δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστούν σπασμοί και απώλεια συνείδησης, για να πούμε ότι η κρίση είναι επιληπτική.

Στην Ελλάδα, υπάρχει, σε μεγαλύτερο βαθμό, μια προκατάληψη σχετικά με αυτήν την ίδια την ονομασία της πάθησης, σε σύγκριση τουλάχιστον με τις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, με αποτέλεσμα όχι μόνο οι ασθενείς και οι συγγενείς τους αλλά και ορισμένοι γιατροί να αποφεύγουν και να πουν ακόμη τη λέξη "επιληψία". Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει άγνοια και κακή πληροφόρηση.

### Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Από τα διάφορα στατιστικά στοιχεία που έχουμε μέχρι σήμερα στην διάθεσή μας από την Διεθνή Βιβλιογραφία, ο αριθμός των επιληπτικών φτάνει στο 6,5%. Σε αυτό το ποσοστό δεν υπολογίζονται βέβαια:

- 1) οι πυρετικοί σπασμοί στην παιδική ηλικία
- 2) σπασμοί μετά από έντονο STRESS σε νεαρά άτομα, αλλά και σε ενήλικες
- 3) σπασμοί μετά από στέρηση ύπνου

- 4) σε αλκοολικούς όταν στερηθούν το αλκοόλ
- 5) σε παθήσεις με διαταραχές μεταβολισμού
- 6) φλεγμονώδεις παθήσεις
- 7) δηλητηριάσεις

Αν λάβουμε υπόψη μας και αυτού του είδους τις συμπτωματικές θα λέγαμε επιληπτικές κρίσεις, τότε ο αριθμός ανεβαίνει στο 5%. Η επιληψία λοιπόν απαντάται στην ίδια περίπου αναλογία θα λέγαμε με τους ρευματισμούς και το Σακχαρώδη Διαβήτη.

#### ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Μελετώντας την παθοφυσιολογία της επιληψίας, παρατηρούμε ότι η τοπική εφαρμογή ακετυλχολίνης (ACh) στο φλοιό του εγκεφάλου προκαλεί εκπόλωση ομάδων νευρώνων, με συνέπεια την εστιακή εκφόρτιση και κλινικές εκδηλώσεις εστιακής επιληψίας.

Αντίθετα, το γάμμα-αμινοβακτηρικό οξύ (GABA), που αυξάνει την διαφορά συγκέντρωσης των ιόντων του νατρίου ανάμεσα στις δύο πνευρές της μεμβράνης του νευρικού κυττάρου προκαλεί υπερπόλωση και ελαττωμένη διεγερσιμότητα. Μ' αυτό τον τρόπο το GABA δρα ως φυσικό αντισπασμωδικό και κάθε διαταραχή που μεταβάλλει την σχέση ACh/GABA (όπως η έλλειψη πυριδοξίνης που είναι βασική ουσία στην σύνδεση του GABA) θα μπορούσε να προδιαθέσει για επιληψία<sup>3</sup>.

Πολλές καταστάσεις που τροποποιούν το μεταβολισμό του εγκεφάλου, όπως μεταβολικά νοσήματα, τοξίνες, φάρμακα ή στέρηση φαρμάκων, είναι δυνατόν να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Σχετικά με την αιτιολογία της επιληψίας είναι δυνατόν να διαχωρίσουμε τις επιληψίες σε δύο μεγάλες κατηγορίες: την ιδιοπαθή και την συμπτωματική. Στην ιδιοπαθή επιληψία δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για οργανική βλάβη του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνη για τα επεισόδια και συνήθως αυτά δεν έχουν εστιακό χαρακτήρα. Επειδή οι κρίσεις των ιδιοπαθούς επιληψίας πιστεύεται ότι προέρχονται από κάποια λειτουργική διαταραχή στις περιοχές της βάσης του εγκεφάλου (π.χ. ο δικτυωτός σχηματισμός) που ασκούν έλεγχο στην φλοιώδη λειτουργία, συχνά αυτά αναφέρονται ως κεντρικές, κεντεγκεφαλικές ή κρυπτογενείς επιληψίες. Στην ασυμπτωματική επιληψία οι κρίσεις αποτελούν σύμπτωμα πυρετού (πυρετικοί σπασμοί) διάχυτης εκφυλιστικής βλάβης του εγκεφάλου, έμφρακτου εγκεφαλίτιδας, αποστήματος ή όγκου του εγκεφάλου είτε πρόκειται για μια ουλή που οφείλεται σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση (μετατραυματική επιληψία), ανοξία, τοξιναιμία, υπογλυκαιμία, υποασβεσταιμία ή απόσυρση από τοξικές ουσίες. Μερικοί υποστηρίζουν ότι οι επιληπτικές κρίσεις που είναι αποτέλεσμα βέβαιης εγκεφαλικής βλάβης δεν θα πρέπει να θεωρούνται επιληπτικές και ότι ο όρος επιληψία θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για τις ιδιοπαθείς μορφές.<sup>4</sup>

Αυτή η άποψη δεν μπορεί να ισχύει γιατί και στις δύο περιπτώσεις η φύση των κρίσεων μπορεί να είναι η ίδια και συνεχώς όλο και περισσότερες περιπτώσεις, που παλιότερα θεωρήθηκαν ιδιοπαθείς επιληψίες διαπιστώθηκε ότι ήσαν συμπτωματικές περι-



πτώσεις και τα επεισόδια οφείλονται σε αδιάγνωστες εγκεφαλικές βλάβες. Πολλά φυσιολογικά άτομα θα εμφάνιζαν επιληπτικές κρίσεις αν ο εγκέφαλός τους είχε υποστεί μια σχετικά έντονη παθολογοανατομική ή βιοχημική αλλοίωση. Η τάση για εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων εμφανίζει μεγάλη ποικιλία και είναι χαρακτηριστική για κάθε άτομο. Αυτό που λέγεται "επιληπτικός ουδός"

(CONVULSIVE THRESHOLD) παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση από άτομο σε άτομο. Αυτοί που έχουν πολύ υψηλό ουδό δεν θα παρουσιάσουν ποτέ επιληπτικές κρίσεις, όσο και έντονο να είναι το ερέθισμα, ενώ εκείνοι με χαμηλό ουδό, δηλαδή οι ιδιοπαθείς επιληπτικοί, παρουσιάζουν κρίσεις χωρίς εμφανή αίτια. Είναι όμως δύσκολο να χαράξει κανείς μια διαχωριστική γραμμή μεταξύ των δύο αυτών ακμαίων τιμών του "επιληπτικού ουδού" που να διαχωρίζει τους επιληπτικούς από τους μη επιληπτικούς. Έτσι λιγότερο από 50% των ασθενών με διαμπερή κρανιοεγκεφαλική κάκωση παρουσιάζουν μετατραυματική επιληψία. Επομένως, είναι λογικό, όλες οι επιληπτόμορφες κρίσεις να θεωρούνται ως επιληψία, πάντα όμως θα πρέπει να ψάχνουμε για οργανική αιτία και μόνο όταν ο έλεγχος αποβεί αρνητικός να δεχόμαστε την διάγνωση της ιδιοπαθούς επιληψίας.

Το πόσο σχολαστικός πρέπει να είναι αυτός ο έλεγχος εξαρτάται από την ηλικία του αρρώστου και από άλλους παράγοντες<sup>5</sup>.

Ακόμα και με τις σημερινές δυνατότητες εργαστηριακού ελέγχου ίσως πολλοί ασθενείς με συμπτωματική επιληψία θεωρούνται λανθασμένα ότι πάσχουν από την ιδιοπαθή μορφή της νόσου.

Ο επιληπτικός ουδός, είναι καθαρά ιδιοσυγκρασιακός και ο κληρονομικός παράγοντας είναι σημαντικός, γιατί πολλοί επιληπτικοί άρρωστοι έχουν επιληπτικούς συγγενείς.

Δεν έχει διαπιστωθεί κανένας τύπος κληρονομικότητας και οι πιθανότητες που έχει ένας επιληπτικός να αποκτήσει παιδί με παρόμοια νόσο, στατιστικά δεν είναι πολύ μεγάλες αν ο άλλος γονέας είναι φυσιολογικός.

Αν και ορισμένα αναληπτικά φάρμακα (πικροτοξίνη, λεπταζόνη, βεμεγρίδη) καθώς και η κατακράτηση υγρών στο σώμα εκλύουν επιληπτικές κρίσεις, δεν έχει βρεθεί σταθερή βιοχημική ή άλλη διαταραχή σε αρρώστους με ιδιοπαθή επιληψία.

Αν και οι κρίσεις είναι συχνές σε μερικές γυναίκες λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια της εμμηνορυσίας (επιλυψία της εμμηνορροής), οι ενδοκρινικοί παράγοντες δεν φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο.

Ενας άλλος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η αντίσταση του εγκεφάλου στην εξάπλωση της επιληπτικής εκφόρτισης και αυτό είναι ανεξάρτητο από την επιληπτική ουδό<sup>6</sup>.

Αν η αντίσταση είναι μικρή και η εξάπλωση γρήγορη, τότε μια εστιακή βλάβη θα προκαλέσει μια γενικευμένη κρίση με άμεση απώλεια συνείδησης χωρίς εστιακούς χαρακτήρες, ενώ εάν είναι μεγάλη τότε η επιληπτική εκδήλωση θα παραμένει εντοπισμένη στην αντίστοιχη περιοχή του σώματος και το επίπεδο της συνείδησης μπορεί να παραμείνει αμετάβλητο σε όλη την διάρκεια του επεισοδίου. Όταν η αντίσταση βρίσκεται μεταξύ αυτών των δύο ακραίων περιπτώσεων, η έναρξη της κρίσης μπορεί να είναι εστιακή, αλλά να εξελίσσεται στη συνέχεια σε γενικευμένη επιληψία.

Ενας ικανοποιητικός τρόπος ταξινόμησης των περιπτώσεων επιληψίας είναι εκείνος που βασίζεται στην αιτιολογία· αιτιολογική όμως ταξινόμηση μπορεί να γίνει με βεβαιότητα μόνο σε ένα σχετικό μικρό ποσοστό περιπτώσεων.

Μερικές σημαντικές αιτίες της συμπτωματικής επιληψίας αναφέρουμε στον παρακάτω πίνακα:

ΜΕΡΙΚΕΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Τοπικά αίτια

α) Εστιακές ενδοκρανιακές βλάβες που μερικές φορές συνοδεύονται με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, ενδοκρανιακός όγκος, εγκεφαλικό απόστημα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, αγγείωμα ή αιμάτωμα.

β) Φλεγμονώδεις και απομυελινωτικές καταστάσεις: Μηνιγγίτιδα, όλοι οι τύποι οξείας και υποξείας εγκεφαλίτιδας, τοξοπλάσμωση, νευροσύφιλη, σκλήρυνση κατά πλάκας και εγκεφαλική κοστικέρκωση.

γ) Τραύμα: Περιγεννητική κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή αιμάτωμα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις σε μεγαλύτερη ηλικία.

δ) Συγγενείς ανωμαλίες: Συγγενής διπληγία, ηβώδης σκλήρυνση, πορευκεφαλία.

ε) Εκφυλιστικές και συγγενείς μεταβολικές παθήσεις: Εγκεφαλικές λιπιδώσεις, διάχυτη σκλήρυνση και λευκοδυστροφίες, εγκεφαλοπάθειες της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων και των βρεφικών σπασμών, φαινυλοκετονουρία και άλλες συγγενείς ανωμαλίες, νόσος του PICK και νόσος του ALZHEIMER, προοδευτική μυοκλονική επιληψία, υποξεία σπογγιώδης εγκεφαλοπάθεια νόσος των GREUTRFENDT-JAKOH<sup>7</sup>.

στ) Αγγειακές παθήσεις: εγκεφαλική αθηρωμάτωση, ενδοκρανιακή αιμορραγία, θρόμβωση, εμβολή, υπερτασιακή εγκεφαλοπάθεια, εγκεφαλικές επιπλοκές νόσων

του συνδεδετικού ιστού ή του κολλαγόνου, πολυκυτταραιμία, ενδοκρνιακό ανεύρυσμα και οξεία εγκεφαλική ισχαιμία από οποιαδήποτε αιτία.

#### Γενικά αίτια:

##### α) Εξωγενή δηλητήρια:

Αλκοόλη, κοκαΐνη, στυχνίνη, μόλυβδος, χλωροφόρμιο, αιθέρας, ινσουλίνη, αμφεταμίνη, καμφορά, μετραζόλη, οργανοφωσφορικές και οργανοχλωριούχες ενώσεις που χρησιμοποιούνται ως εντομοκτόνα, παράγωγα του φθοριοξικού οξέος, αναστολείς της μονοαμινο-οξειδάσης, ημιπραμίνη και παράγωγά της, διακοπή λόγω αλκοόλης, βαρβιτουρικών και άλλων φαρμάκων σε εθισμένα άτομα.

##### β) Ανοξία:

Ασφυξία, δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα, αναισθησία με οξειδίο του αζώτου και μεγάλη αναιμία.

##### γ) Διαταραγμένος μεταβολισμός:

Ουραιμία, ηπατική ανεπάρκεια, υπολειτουργία επινεφριδίων, δηλητηρίαση με νερό, προφυρία, υπογλυκαιμία, υπερπυρεξία, αλκάλωση, υπερκαλιαιμία και έλλειψη πυροξίνης.

##### δ) Ενδοκρινικές διαταραχές:

Παραθυροειδική τετανία, ιδιοπαθής υποπαραθυρεοειδισμός και ψευδοϋποπαραθυρεοειδισμός.

##### ε) Καταστάσεις που παρατηρούνται ιδιαίτερα στα παιδιά:

Ραχίτιδα και οξείες φλεγμονές (πυρετικοί σπασμοί).

#### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΔΗΨΙΑΣ

Καταρχήν ο γιατρός χρειάζεται ακριβείς πληροφορίες γύρω

από την εγκυμοσύνη, την γέννηση και την ψυχοσωματική εξέλιξη του παιδιού. οι ακριβείς περιγραφές των κρίσεων, το πότε άρχισαν και πόσο συχνά επαναλαμβάνονται, καθώς και πληροφορίες γύρω από την οικογένεια, αν δηλαδή κάποιος συγγενής παρουσιάζει τα ίδια συμπτώματα, όλα αυτά βοηθούν πολύ τον γιατρό στην διάγνωση.

Ακολουθεί λεπτομερής νευρολογική εξέταση του επιληπτικού καθώς και ηλεκτροεγκεφαλογραφική εξέταση.

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

Η αιτία τώρα 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 ενήλικες. Η κρίση για την αναγκαιότητα ή μη των εξετάσεων αυτών που συχνά φαίνονται επικίνδυνες θα πρέπει να αφήνεται στην κρίση και ευθύνη του θεράποντα ιατρού<sup>8</sup>.

### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

#### Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Με την βοήθεια του ηλεκτροεγκεφαλογραφικού μηχανήματος ελέγχουμε και καταγράφουμε τις φυσιολογικές και παθολογικές μεταβολές υπό μορφή κυμάτων των ηλεκτρικών δυναμικών του εγκεφάλου. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι σήμερα μια από τις βασικότερες

διαγνωστικές μεθόδους στην επιληψία. Με την βοήθειά του μπορούμε σήμερα να εντοπίσουμε σε ποιό μέρος του εγκεφάλου υπάρχει η βλάβη, να παρακολουθήσουμε την θεραπεία, αν δηλαδή και κατά πόσο η μη φυσιολογική ευερευλιστότητα των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου αποκαταστάθηκε. Η λήψη και καταγραφή του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος είναι για τον άνθρωπο, τελείως ακίνδυνη και ανώδυνη. Γίνεται αφού τοποθετηθεί στο κεφάλι του άρρωστου μια λαστιχένια κάσκα και ενώ ο εξεταζόμενος παραμένει ήσυχος για 20 λεπτά<sup>9</sup>.

#### Οσφυονωτιαία παρακέντηση (Ο.Ν.Π.)

Είναι λήψη εκγεφαλονωτιαίου υγρού (Ε.Ν.Υ.) μετά από εισαγωγή ειδικής βελόνας μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο της οσφυϊκής περιοχής. Απλή την πιο απλή και συχνή μέθοδο εξέτασης του Κ.Ν.Σ.

Ο άρρωστος τοποθετείται στο πλάϊ σε γενική κάμψη με σκοπό να χαλαρώσουν τα μεταξύ των σπονδύλων διαστήματα. Η παρακέντηση γίνεται σε όλα τα μεσοσπονδύλια διαστήματα αλλά πιο συχνά χρησιμοποιείται το 3ο ή 4ο οσφυϊκό.

Η Ο.Ν.Π. γίνεται για να επιβεβαιωθεί για διάγνωση με την εξέταση του Ε.Ν.Υ. να μετρηθεί η πίεση του υγρού να ενεθούν φάρμακα για θεραπεία. Στις επιληψίες κύριο σκοπό έχει να αποκλειστεί με την εξέταση του ΕΝΥ η ύπαρξη κάποιας λοίμωξης ή φλεγμών.

Μετά το τέλος της παρακέντησης ο άρρωστος, παραμένει στο κρεβάτι για παρακολούθηση. σαν επιπλοκές αναφέρονται μόνο ο πονοκέφαλος και ο πυρετός που περνάνε εύκολα. Από νοσηλευτικής άποψης πρέπει να αναφέρομε στην Ο.Ν.Π. είναι απαραίτητη η καλή προετοιμασία του ασθενή τη συμπαράσταση σε όλη τη διάρκεια και

η παρακολούθηση μετά.

### Ακτινογραφίες κρανίου

Στις ακτινογραφίες κρανίου γίνεται έλεγχος για ασυμμετρία, επασβεστώσεις, κατάγματα, σημεία ενδοκρανίου υπέρτασης.

### Αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία έχει μεγάλη θεωρητική αξία γιατί επιτρέπει την μελέτη της ανατομίας του εγκεφάλου σε ζώντα άτομα και έτσι ανάγει μεγάλες δυνατότητες στην μελέτη των επιληπτικών κρίσεων. Έτσι η αξονική τομογραφία είναι εύκολη αναίμακτη, ακίνδυνη (εκτός από τις σπάνιες περιπτώσεις που οφείλονται στο σκιαγραφικό μέσο) και αντικατάστατη μέθοδος για την ανίχνευση των ενδοκρανιακών παθήσεων και γι' αυτό εφαρμόστηκε σαν μέθοδος ρουτίνας στην διεύρυνση της επιληψίας.

Όσον αφορά από νοσηλευτικής άποψης σε αρρώστους που έκαναν αξονική τομογραφία αυτή περιορίζεται μόνο στην παρακολούθησή τους για την τυχόν εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων ή συμπτωμάτων σοκ από το σκιαγραφικό.

Η μόνη ειδική προετοιμασία είναι να βρίσκεται ο ασθενής νηστικός και να συνεργάζεται. Στις περιπτώσεις όπου η συνεργασία είναι δυσχερής ή στα μικρά παιδιά απαιτείται γενική νάρκωση.

### ΕΙΔΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

1. Γενικευμένες κρίσεις  
Τονικοκλονικού τύπου (GRAND MAL)
2. Αφαιρέσεις
  - α) Τυπική αφαίρεση (PETIT MAL)
  - β) Σύνθετη ή άτυπη-μυοκλονική
    - ατονική
    - με αυτοματισμούς
    - ενουρητική

### 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 μικρή 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 μαστητήρων
5. Τονικούς σπασμούς (εκτάσεως)

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

- α. Βαθειές εισπνοές
- β. Εντονος σπασμός σε ολόκληρο το σώμα
- γ. Εξοδό αφρού από το στόμα



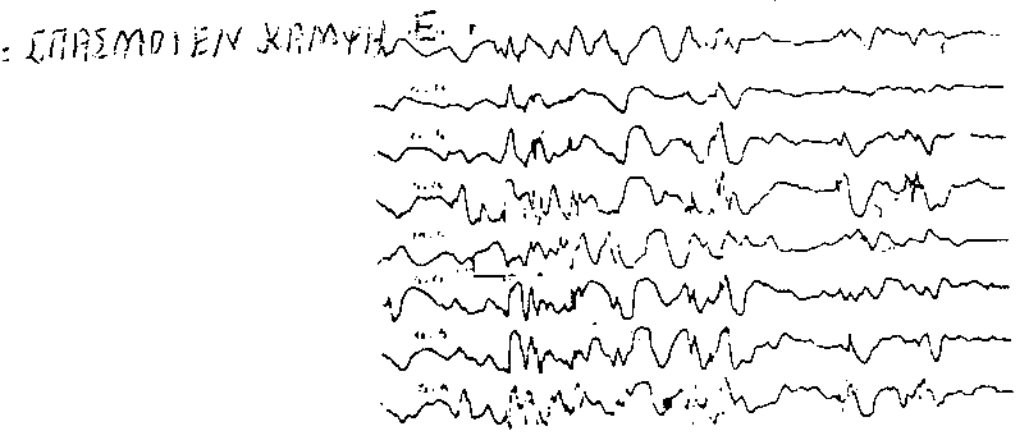
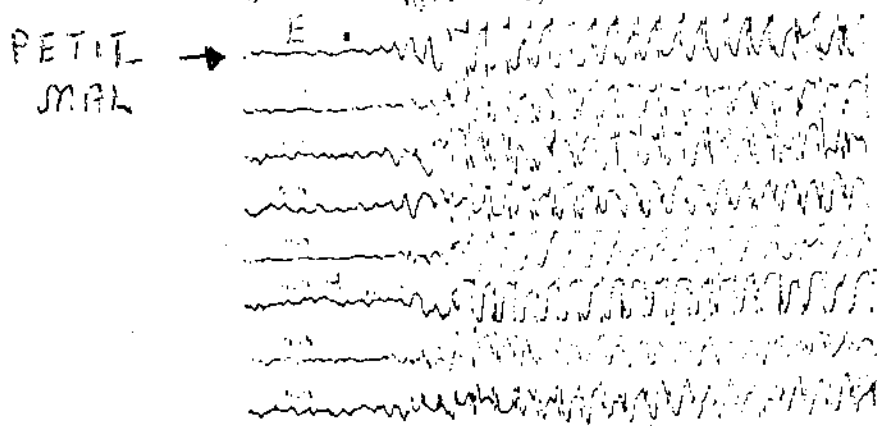
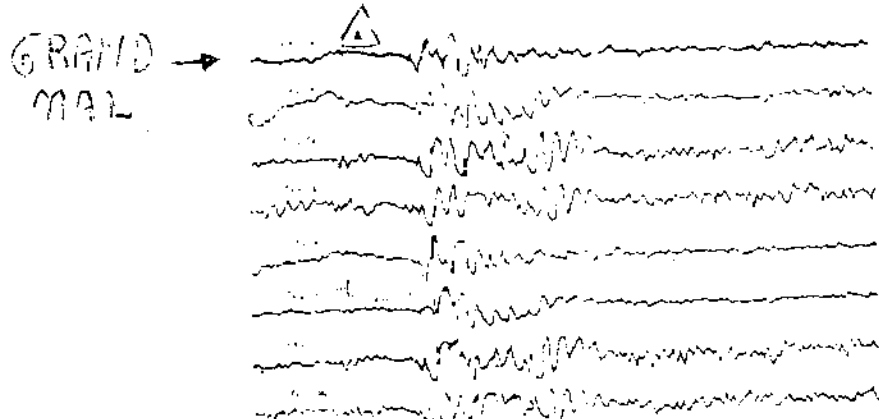
δ. Αφθονη εφίδρωση

ε. Απώλεια ούρων

Η δεύτερη φάση διαρκεί 1'-2' λεπτά, και ακολουθεί πλήρης μηϊκή χάλαση. Το άτομο πέφτει σε ύπνο βαθύ για 30' περίπου λεπτά και επανέρχεται εμφανίζοντας ελαφρά σύγκριση. Εάν ερωτηθεί τι του συμβάλνει 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 στιγμιαία διακοπή στο ρού της συνειδήσεως, η οποία φαίνεται ως αφάιρεση. Το άτομο προσηλώνει το βλέμμα σε ένα αντικείμενο.

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



Παθολογικό ΗΕΓ • Α=μεγάλη επιληψία (βραχείες παροξυσμικές εκφορτίσεις αιχμηρών και θραυτών ρυθμών • β-μικρά επιληψία • Γ=σπασμώδην κάμψη.

#### Δ. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

1. "Κρίσεις τονικές" χωρίς κλονικούς σπασμούς
2. "Κλονικές κρίσεις"
3. "Μυοτονικές κρίσεις"
4. "Σπασμοί εν κάμψει": Εμφανίζονται κατά την βρεφική ηλικία και συνοδεύονται από πνευματική καθυστέρηση.
5. "Φυτικές ή διεγκεφαλικές κρίσεις".

#### ΕΣΤΙΑΚΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Οι εστιακές επιληψίες διακρίνονται σε:

- A. Εστιακές κρίσεις στοιχειώδους συμπτωματολογίας
- B. Εστιακές κρίσεις υψηλότερης απαρτιώσεως

#### A. ΚΡΙΣΕΙΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΟΥΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

##### α) Κρίσεις σωματοκινητικές

##### 1. Κρίσεις τύπου BRAVAIS-JACKSON

Συνίσταται σε τονική πρώτα σύσπαση την οποία διαδέχονται κλονικοί σπασμοί που εντοπίζονται σε ένα τμήμα του ενός ημιμόριου του σώματος. Ο ασθενής παρακολουθεί τους σπασμούς με πλήρη συνείδηση. Η κρίση είναι δυνατό να καταλάβει και το υπόλοιπο ημιμόριο, συνέχεια ολόκληρο το σώμα και να καταστεί GRAND MAL.

##### 2. Μερική μυοτονική κρίση

Φευγαλέα χαλαρή παράλυση ενός άκρου

##### 3. Στροφικές κρίσεις

Στροφή της κεφαλής προς το ένα πλάγιο. Καθήλωση του βλέ-  
ματος προς το ένα πλάγιο ή νυσταγμός λόγω κλονικών σπασμών. συ-  
ζυγής στροφή των βολβών και της κεφαλής. Στροφή όλου του σώμα-  
τος περί τον άξονά του (περιστροφική κρίση).

#### β) Κρίσεις σωματοαισθητικές

Ο πάσχων αισθάνεται αιμωδία, μυρμηκιάσεις, δίοδο ηλεκτρι-  
κού ρεύματος κ.α. Οι κρίσεις αφορούν συχνότερο τμήμα του άνω  
άκρου, πολλές φορές επεκτείνονται και στο υπόλοιπο ημιμόριο.

#### γ) Κρίσεις αισθητηριακές

##### 1. Κρίσεις οπτικές

Οπτικές ψευδαισθήσεις

##### 2. Κρίσεις ακουστικές

Ακουστικές ψευδαισθήσεις

##### 3. Κρίσεις οσφρητικές

Οσφρητικές ψευδαισθήσεις

##### 4. Κρίσεις γευστικές

Γευστικές ψευδαισθήσεις

### B. ΚΡΙΣΕΙΣ ΥΨΗΛΟΤΕΡΗΣ ΑΠΑΡΤΙΩΣΕΩΣ

#### 1) Ψυχοκινητικές κρίσεις

Συνίστανται σε κινητικούς αυτοματισμούς, που συνοδεύονται  
από συσκότιση της συνειδήσεως. Οι αυτοματισμοί είναι δυνατόν  
να αποτελούν συνέχεια της προηγούμενης δραστηριότητας του πάσ-  
χοντα π.χ. ανοίγει την πόρτα, βαδίζει στο περίπτερο, αγοράζει  
εφημερίδα κ.α. Άλλοτε εκφράζουν συναίσθημα π.χ. προσεύχεται,

εικφράζει φόβο ή απορία, ραπίζει άλλο άτομο κ.α.

## 2) Ψυχοαισθητηριακές κρίσεις

Παραισθητικές κρίσεις που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της οικειώσεως του περιβάλλοντος. Ο πάσχων π.χ. αισθάνεται αιφνίδια σαν ξένο το οικείο του περιβάλλον, σαν να μην το συνδέει τίποτα με αυτό, σαν να το βλέπει πρώτη φορά. Αλλοτε βρισκόμενος σε άγνωστο περιβάλλον αισθάνεται ότι το έχει ήδη γνωρίσει, ότι έχει ζήσει και στο παρελθόν την παρούσα στιγμή.

## 3) Ψυχικές κρίσεις

Αιφνίδια αναδύονται αναμνήσεις, παλιά συνήθως λησμονημένα βιώματα. Αλλοτε αίσθημα φόβου ή θλίψεως ή αντιθέτως χαράς κ.α. Πολλές φορές θόλωση της συνείδησης.

### ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι δυνατόν να παραταθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα ή να επαναλαμβάνονται κατά συχνά χρονικά διαστήματα, ώστε να μην συνέρχεται ο ασθενής μετά από κάθε κρίση και κατ' αυτό τον τρόπο να δημιουργείται μια συνεχής "επιληπτική κατάσταση" διάρκειας πολλών ωρών μέχρι λίγων ημερών.

Οι κρίσεις αυτές αποτελούν την συνήθη μορφή του STATUS EPILEPTICUS η οποία είναι και η πλέον επικίνδυνη. Την επιληπτική αυτή κατάσταση συνοδεύουν βαρείες διαταραχές του φυτικού νευρικού συστήματος και υπερπυρεξία. Σε περίπτωση παρατάσεως του STATUS επί αρκετές ημέρες, υπάρχει κίνδυνος μοιραίας καταλήξεως.

### Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Υπάρχουν σήμερα πολλά αποτελεσματικά φάρμακα για την επιληψία, αλλά η ευθύνη του γιατρού δεν σταματάει μόνο στην συνταγογραφία των κατάλληλων φαρμάκων<sup>10</sup>. Υπάρχουν πολλά προβλήματα κοινωνικά και εκπαιδευτικά που πρέπει να αντιμετωπισθούν, αφού η απάντηση σε πολλά από αυτά τα ερωτήματα θα εξαρτηθεί από το βαθμό στον οποίο θα ελεγχθούν οι κρίσεις φαρμακευτικά και αφού η ανταπόκριση στην φαρμακοθεραπεία θα καθοριστεί από την φύση των κρίσεων, είναι απαραίτητο να αναφερθούμε πρώτα σε μερικά σημαντικά σημεία που αφορούν στην έρευνα του αρρώστου που παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις. Για τις σύντομες αφαιρετικές κρίσεις της παιδικής ηλικίας σωστά μπαίνει η διάγνωση της μικρής επιληψίας (PETIT MAL) και υπάρχει καλή ανταπόκριση στις σουξινιμίδες και το βαλπροϊκό νάτριο. Από την άλλη μεριά, οι μεγάλες επιληπτικές κρίσεις, ή οι κροταφικές, αντιμετωπίζονται καλύτερα με τις υδαντοΐνες και άλλα παρόμοια φάρμακα. Αυτά τα φάρμακα έχουν ασήμαντη δράση στις αφαιρέσεις, ενώ οι σουξιναμίδες αυξάνουν κάποτε τη συχνότητα των μεγάλων κρίσεων. Όταν η κλινική διάγνωση είναι σίγουρη, η θεραπεία είναι απλή. Υπάρχουν πολλές κρίσεις μικρής λεγόμενης επιληψίας για τις οποίες δεν είναι εύκολη η ταξινόμηση με κλινικά και μόνο κριτήρια. Στις περιπτώσεις αυτές η επιλογή του φαρμάκου δεν είναι εύκολη. Εδώ το Η.Ε.Γ. προσφέρει βασική βοήθεια. Δυστυχώς το Η.Ε.Γ. ακόμα και με τις γνωστές δοκιμασίες ενεργοποίησης, πολλές φορές δεν δίνει θετικά αποτελέσματα και έτσι αναγκαστική η θεραπεία θα γίνει με καθαρά κλινικά κριτήρια. Πάντως, θα γίνει οπωσδήποτε ΗΕΓ σε όλους τους αρρώστους που παρουσιάζουν κρίσεις

ύποπτες για επιληψία, γιατί δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες θα μας δώσει πολύτιμα στοιχεία για την κατάλληλη θεραπεία.

Η δυνατότητα που έχουμε σήμερα να μετράμε την συγκέντρωση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων στο αίμα των αρρώστων είναι πράγματι μια σημαντική πρόοδος που μας προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες για τη φαρμακοκινητική και τον χρόνο ηψιζωής του φαρμάκου και μας επιτρέπει λογικότερη και ακριβέστερη ρύθμιση της φαρμακοθεραπείας στην επιληψία.

Σε ένα παιδί που παρουσιάζει μόνο κρίσεις αφάιρεσης (PETIT MAL), που ποτέ δεν είχε μεγάλες επιληπτικές κρίσεις και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημά του δείχνει αμφοτερόπλευρες γενικευμένες εκφορτίσεις αιχμής-κύματος χορηγούμε στην αρχή αιθουσοξιμίδη, 250 MG, ή δύο φορές την ημέρα ανάλογα με την ηλικία. Σπάνια στην εφηβική ηλικία μπορεί να χρειασθούν μεγάλες δόσεις, μέχρι 500 MG τρεις φορές την ημέρα. Πρέπει να φθάσουμε σε ένα επίπεδο 300-700  $\mu\text{MOL/L}$ . Η μόνη ανεπιθύμητη ενέργεια αυτού του φαρμάκου είναι η υπνηλία. Υπάρχουν ενδείξεις που δείχνουν ότι είναι σκόπιμο ακόμα και στα παιδιά που δεν είχαν ποτέ κρίσεις GRAND MAL, να χορηγούμε δύο φορές την ημέρα 50 MG υδαντοΐνης για να προλάβουμε τέτοιες κρίσεις στο μέλλον. Ένα άλλο το ίδιο αποτελεσματικό φάρμακο στην αφάιρεση είναι το βαλπροϊκό νάτριο, το οποίο χορηγείται στην αρχή σε δόση 200 MG, δύο ή τρεις φορές την ημέρα, ανάλογα με την ηλικία, και φθάνουμε μέχρι 2-2,6 MG την ημέρα στους μεγάλους και στα παιδιά μέχρι 30-50 MG κατά KG σωματικού βάρους.

Το φάρμακο αυτό έχει το πλεονέκτημα ότι πιάνει και τις μεγάλες

κρίσεις, έτσι ώστε να μην χρειάζεται να προσθέσουμε υδαντοΐνη. Η αγωγή αυτή έχει αντικαταστήσει σε μεγάλο βαθμό τις μεθαδόνηδες (π.χ. TROXIDONE) και την αιμεταζολαμίδη ή χλωροτετρακυκλίνη που είχαν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη έκταση σε τέτοιες περιπτώσεις. Το βαλπροϊκό νάτριο έχει ανεπιθύμητες ενέργειες (ναυτία, θρομβοκυτοπενία, λευκοπενία), οι οποίες είναι σπάνιες σχετικά αλλά όταν παρουσιάζονται επιβάλλουν την διακοπή του φαρμάκου. Συζητείται ακόμη αν στις επόμενες περιπτώσεις πρέπει να χορηγείται μόνο του ή μαζί με αιθοσουξιμίδη, αν και φαίνονται να μην υπάρχουν λόγοι για τον αποκλεισμό αυτού του συνδυασμού. Αν υπάρχουν λόγοι για τον αποκλεισμό αυτού του συνδυασμού. Αν συσυμάρχουν μεγάλες κρίσεις ή εστιακές τότε πρέπει να προσθέτουμε και φαινυτοΐνη σε πλήρη δόση. Παρά την αποτελεσματικότητα αυτών των φαρμάκων, υπάρχουν λίγες περιπτώσεις αφαίρεσης που οι κρίσεις μένουν ανεπηρέαστες. Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι καλύτερα να διακόπτονται όλα τα φάρμακα.

Πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι μερικές περιπτώσεις GRAND MAL ή εστιακής, κυρίως κροταφικής, επιληψίας, ιδιαίτερα όταν οι κρίσεις αρχίζουν όψιμα, οφείλονται σε οργανική ενδοκρανιακή αρρώστια. Κάποτε είναι δύσκολα να εκτιμήσουμε μέχρι ποιο σημείο πρέπει να προχωρήσουμε τη διερεύνηση της όψιμης επιληψίας. Μερικές περιπτώσεις αποδεικνύεται ότι έχουν ενδοκρανιακή νεοπλασία, αλλά στις περισσότερες δεν βρίσκεται κάτι τέτοιο. Σε μερικές τέτοιες περιπτώσεις η υπεύθυνη βλάβη είναι η ύπαρξη ουλής στο ένα ή τους δύο κροταφικούς λοβούς που προκαλείται από κάκωση του τοκετού, σε άλλες υπάρχει φλοιώδης ουλή από προηγούμενη κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή ακόμη, σε άλλες από ασυμπτωματι-



κόεγκεφαλικό έμφρακτο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το ΗΕΓ έχει μεγάλη αξία, αφού μπορεί να αποκαλύψει την ύπαρξη εστίας αιχμών ή αιχμηρών κυμάτων ή παροξυσμικής βραδείας δραστηριότητας στον έναν ή στον άλλο κροταφικό λοβό ή αλλού, πράγμα που αποδεικνύει ότι η επιληψία του αρρώστου είναι το αποτέλεσμα της τοπικής εγκεφαλικής βλάβης.

Αλλοτε δείχνει εστιακή βραδυρρυθμία, που χαρακτηρίζει περισσότερο τον εγκεφαλικό όγκο. Παλιότερα στην περίπτωση αυτή έπρεπε να επιχειρηθούν αιματηρές ακτινολογικές εξετάσεις π.χ. αρτηριογραφία ή πνευμοεγκεφαλογραφία, ενώ σήμερα γίνεται υπολογιστική αξονική τομογραφία.

Τις αιματηρές ακτινολογικές εξετάσεις θα τις κάνουμε αν δεν υπάρχει η δυνατότητα της αξονικής τομογραφίας ή αν τα ευρήματα είναι αμφίβολα ή υπάρχει υποψία ότι υπάρχει αγγειακή δυσπλασία. Σε λίγες περιπτώσεις επίμονης εστιακής επιληψίας, π.χ. του κροταφικού λοβού, στις οποίες τα αντιεπιληπτικά δεν έχουν κάποιο αποτέλεσμα, θα συστήσουμε τη χειρουργική αφαίρεση της επιληπτογόνου εστίας.

Παλιότερα για τη θεραπεία της μεγάλης ή της εστιακής επιληψίας, συμπεριλαμβανομένης εκείνης του κροταφικού λοβού, στους ενήλικες αρχίζεμε με 30-60 MG φαινοβαρβιτάλης δύο φορές την ημέρα και 100 MG φαινοτοΐνης δύο φορές την ημέρα. Τα βαρβιτουρικά διαρκώς και απομακρύνονται από την θεραπεία της επιληψίας. Επειδή έχουν τις γνωστές ανεπιθύμητες ενέργειες οι περισσότεροι ειδικοί προτιμούν να χορηγούν ένα αντιεπιληπτικό, π.χ. φαινοτοΐνη και παρακολουθούν το επίπεδο του φαρμάκου στο αίμα ώστε να υπάρχει η βεβαιότητα ότι φθάνει σε θεραπευτικά επίπεδα.

Αυτό πετυχαίνεται με μια δόση την ημέρα σπάνια δύο. Η δόση διαφέρει από άτομο σε άτομο, αφού το φάρμακο μεταβολίζεται διαφορετικά στους διάφορους αρρώστους. Τα παιδιά παίρνουν μικρότερες δόσεις. Σε ένα παιδάκι 5 χρονών π.χ. η μέση δόση είναι 30 MG φαινοβαρβιτόλης και 50 MG υδαντοΐνης επίσης δυό φορές την ημέρα. Οι μέγιστες δόσεις για τους ενήλικες είναι 180 MG φαινοβαρβιτόλης και 400 φαινουτοΐνης την ημέρα. Οι σπουδαιότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της φαινοβαρβιτόλης είναι δερματικό εξάνθημα, υπνηλία, αταξία και στα παιδιά υπερκινησία. Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες αποφεύγονται πολλές φορές με τη μεθυλφαινοβαρβιτόνη σε δόσεις μέχρι 600 MG την ημέρα. Η φαινουτοΐνη σε μεγάλες δόσεις προκαλεί υπερτροφία των ούλων, η οποία και θα αγνοηθεί όταν το φάρμακο είναι αποτελεσματικό. Πιο ενοχλητικά είναι η υπνηλία, ο νυσταγμός, η αταξία, συμπτώματα που επιβάλλουν τουλάχιστο τη μείωση της δόσης, αφού η διαφορά μεταξύ θεραπευτικής και τοξικής δόσης το επιτρέπει. Το θεραπευτικό επίπεδο είναι συνήθως 40-80  $\mu\text{MOL/L}$ . Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου είναι εξάνθημα, μακροκυτταρική αναιμία (που ελέγχεται με τη χορήγηση φυλικού οξέως 5 MG δυο φορές την ημέρα) διάχυτη λεμφαδενοπάθεια ανοσολογικής αρχής, οστεομαλακία και, ακόμα σε σπάνιες περιπτώσεις, ήπια αισθητική νευροπάθεια και μη αναστρέψιμη παραγκεφαλιδική αταξία.

Αν υπάρχει φαινουτοΐνη μόνη της, ή ακόμα σε συνδυασμό με φαινοβαρβιτάλη και δεν αποδώσει στον έλεγχο των κρίσεων (GRAND MAL ή εστιακών) ήταν συνήθεια παλιότερα να χορηγείται πριμιδόνη αντί της φαινοβαρβιτάλης ή ακόμα να προσθέτουν και άλλα αντιεπιληπτικά όπως μεθοΐνη, αιθοτοΐνη, φαινυλαθυλακετυλουρία,

μπεκλαμίδη ή σουλθειάμη. Τα φάρμακα αυτά εγκαταλείπονται σταδιακά, επειδή διαπιστώθηκε ότι τόσο η σουλθειάμη όσο και η πριμιδόνη προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες επειδή αυξάνουν το επίπεδο συγκέντρωσης της φαινυτοΐνης στο αίμα.

Η καρβαμαζεπίνη (100-200 MG τρεις φορές την ημέρα) είναι πολύ αποτελεσματικό φάρμακο, μόνο του ή σε συνδυασμό με φαινοτοΐνη. Το βαλπροϊκό νάτριο, που, όπως αναφέρθηκε είναι πολύ αποτελεσματικό σε PETIT MAL είναι χρήσιμο βοηθητικό σε τονικοκλονικές κρίσεις μαζί με τη φαινοτοΐνη ή καρβαμαζεπίνη. Η κлонаζεπάμη, σε αρχική δόση 1 MG το βράδυ μέχρι 4-8 MG την ημέρα στους ενήλικες, και αντίστοιχα μικρότερες δόσεις στα παιδιά, είναι επίσης ισχυρό αντιεπιληπτικό φάρμακο, μόνο του, ή σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, αλλά όταν δίνεται σε μεγάλες δόσεις έχει πολύ έντονη κατασταλτική δράση. Το φάρμακο αυτό παρ' όλα αυτά είναι, το φάρμακο εκλογής για την μυοκλονική επιληψία μαζί με το βαλπροϊκό νάτριο.

Η θεραπεία του STATUS EPILEPTICUS (κατάσταση επαναλαμβανόμενων μεγάλων κρίσεων χωρίς ανάκτηση της συνείδησης στα μεσοδιαστήματα) είναι δύσκολη και η κατάσταση αυτή έχει μεγάλη θνησιμότητα. Παλαιότερα χρησιμοποιούσαμε ενδομυϊκά φαινοτοΐνη (100 MG κάθε 6 ώρες), και GAVTENAL (200 MG κάθε 6 ώρες), τα οποία χρησιμοποιούνται πολύ σπάνια. Η παραλδεΐδη (10 ML ενδομυϊκά κάθε 4 ή 6 ώρες) μπορεί να ελέγξει τις κρίσεις αλλά έχει αντικαταστασθεί από την διαζεπάμη (VALIUM), σε δόση 10 MG κάθε 15 λεπτά ενδοφλέβια μέχρι να σταματήσουν οι κρίσεις ή μέχρι να φτάσουμε τα 50-60 MG.

Άλλα φάρμακα επίσης δραστικά σε μερικές επίμονες περιπ-

τώσεις, είναι η χλωρομεθειαζόλη ή υδροχλωρική λιγνοκαΐνη. Όταν υπάρχουν δυνατότητες διασωλήνωσης της τραχείας και τεχνητής αναπνοής χορηγείται σε επίμονες περιπτώσεις και θιοπεντόνη αργά ενδοφλέβια. Αν αποτύχουν όλα αυτά τα μέσα, προχωράμε σε διακεκομμένη τεχνητή αναπνοή θετικής πίεσης και κουραρισμό για αρκετές ημέρες παράλληλα με την αντιεπιληπτική θεραπεία.

Κυκλοφορούν ακόμη στο εμπόριο και συνδυασμοί διαφόρων αντιεπιληπτικών φαρμάκων, οι οποίοι όμως πρέπει να αποφεύγονται γιατί έχει μεγάλη σημασία να ρυθμίζεται ξεχωριστά η δόση του κάθε φαρμάκου<sup>11</sup>.

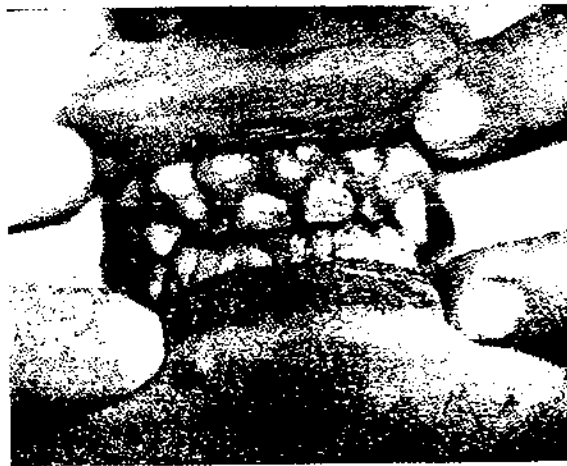
Ισως δεν υπάρχει στην Νευρολογία άλλη πάθηση που μπορεί να ρυθμιστεί με φάρμακα όπως η επιληψία, αρκεί ο γιατρός και ο άρρωστος να έχουν επιμονή και υπομονή να δοκιμάσουν τα φάρμακα που αναφέρθηκαν και οι κρίσεις θα ελεγχθούν στο 50%.

Σε μερικούς αρρώστους θα χρειασθεί συνδυασμός φαρμάκων για να υπάρξει αποτέλεσμα. Το πότε θα σταματήσουν τα φάρμακα επίσης ένα σημαντικό ερώτημα. Αφού περάσουν τρία χρόνια μετά την πλήρη διακοπή των κρίσεων μπορούμε να διακόψουμε το φάρμακο προοδευτικά σε τρεις μέχρι έξι μήνες. Ο άρρωστος πρέπει να έχει ενημερωθεί ότι υπάρχει πιθανότητα 50% να ξαναπροσιάσει κρίσεις οπότε και θα ξαναρχίσει θεραπεία. Οι προσπάθειες διακοπής της φαρμακοθεραπείας είναι πάντα δικαιολογημένες, ιδιαίτερα στα παιδιά και στους εφήβους, γιατί διαφορετικά η θεραπεία μένει μόνιμα.

Οι πυρετικοί σπασμοί που συμβαίνουν κατά την διάρκεια πυρετού και μάλιστα κάτω από την ηλικία των τριών χρόνων έχουν συνήθως πάρα πολύ καλή πρόγνωση και τα αντιεπιληπτικά μπορούν

να διακοπούν ένα χρόνο μετά την τελευταία κρίση ή όταν το παιδί φθάσει στην ηλικία των τεσσάρων χρόνων.

Αντίθετα, οι νεογενικοί σπασμοί μπορεί να δείχνουν οργανική εγκεφαλική βλάβη και ανταποκρίνονται κάπως στην ACTH όχι όμως και στα αντισπασμωδικά.



ΕΙΚΩΝ 29

ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ ΚΑΤΟΠΙΝ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ  
ΧΟΡΗΓΗΣΕΩΣ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΤΗΣ ΥΔΑΝΤΟΪΝΗΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

#### ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

1. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διευκολύνει την προσαρμογή του ασθενούς στο Νοσοκομείο, και να τον ενισχύει ψυχολογικά, ώστε να κατανοή την κατάσταση του.

2. Προλαμβάνει το ψυχολογικό τραύμα των άλλων ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται σε μια επιληπτική κρίση χωρίς προετοιμασία για την πιθανή εμφάνισή της.

3. Παρατηρεί και αναγράφει 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. Ο νοσηλευτής 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 προστατεύει από τυχόν βλάβες.

Ο ασθενής συνήθως είναι περιπατητικός και του παρέχεται κάθε δυνατή ελευθερία μετακινήσεως.

Ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν ούρα πριν από την κρίση μπο-

ρεί να διδαχθούν να πηγαίνουν στο κρεβάτι, ή να ξαπλώνουν στο πάτωμα και να φωνάζουν τον Νοσηλευτή όταν επίκειται μια 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 τις 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 τη διάρκεια της κρίσεως ο νοσηλευτής είναι ήρεμος τοποθετεί παραβάν γύρω από τον ασθενή για την πρόληψη ανησυχίας των άλλων ασθενών. Εάν άλλοι ασθενείς ή επισκέπτες είναι παρόντες, ο νοσηλευτής 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 στοματολαρυγγικών εκκρίσεων και πρόληψη εισροφής αυτών.

Σε περίπτωση που ο επιληπτικός ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα δύσπνοιας εφαρμόζουμε την εξής νοσηλευτική φροντίδα:



Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση και ανυψώνουμε το πάνω μέρος της κλίνης (εφόσον είναι πεί κλίνης) έτσι ώστε να εξασφαλίζεται οξυγόνωση του αίματος σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Επιπρόσθετα, δεν χορηγούμε δύσπεπτες τροφές και συνιστούμε την αποφυγή καπνίσματος και των παραγόντων που προκαλούν συγκινησιακή ένταση.

Σε εμφάνιση υπέρτασης, συνίσταται η συχνότατη λήψη της Α.Π. ως έμμεση νοσηλευτική ενέργεια και κατόπιν διδασκαλίας του ασθενή για συστηματική ανώδυνη φυσική άσκηση.

Σε πολλές περιπτώσεις επιληπτικών ασθενών, η υπέρταση είναι συνέπεια χορήγησης φαρμάκων κατά της νόσου.

Είναι δυνατό, κατά την επιληψία, να επισυμβεί, καρδιογενές SHOCK.

Εδώ η νοσηλευτική παρέμβαση που εφαρμόζεται αποσκοπεί στην διατήρηση της Α.Π. στο επίπεδο των 80-100 MM/HG στην τοποθέτηση καθετήρος FOLLEY, στο έλεγχο των ούρων, των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Σε οξεία δυστονία (1-5 ημέρες μετά την έναρξη θεραπευτικής αγωγής αντί φαρμάκων), οι νοσηλευτικές ενέργειες εστιάζονται στην ανακούφιση του αφόρητου μυϊκού πόνου.

Η καταστολή του άλγους επιτελείται με την διακοπή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων και με την χορήγηση ισχυρών αναλγητικών-ναρκοτικών φαρμάκων ZIDERON, PETHIDINE (I.M.) που δίνει ο νοσηλεύτης κατόπιν ιατρικής εντολής.

Οχι σπάνια, επιληπτικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν υπογλυκαιμία με απώλεια συνειδήσεως, αλλά η αναπνοή να είναι κανονική.

Είναι γνωστό ότι οι χαμηλές τιμές σακχάρου επηρεάζουν την

εγκεφαλική λειτουργία. Ο ασθενής μπορεί να νιώσει αδυναμία, ζάλη, τάση προς λιποθυμία, καθώς επίσης και αυξημένη διαταραχή του προσανατολισμού. Συνίσταται η επί τόπου χορήγηση ζακχάρως, σακχαρούχου ποτού, σοκολάτας ή άλλης γλυκειάς τροφής π.χ. κέικ έτσι ώστε να αυξηθεί το σάκχαρο. Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση ανάνηψης ώστε να διατηρούνται οι αεροφόροι οδοί ανοιχτές.

Το σύμπτωμα της νευρολογικής αντίδρασης της κεφαλγίας αντιμετωπίζεται από τον νοσηλευτή με την χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, με την τοποθέτηση παγοκύστεως ή την εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων επί της κεφαλής. Στο δε σύμπτωμα της φωτοφοβίας ο ρόλος του νοσηλευτή αποσκοπεί στην ανακούφιση και καταστολή της φωτοφοβίας με την τοποθέτηση του ασθενούς σε ισχνό φωτισμό και δη πλάγιο καθώς επίσης και στην χρήση γυαλιών ηλίου.

Κώμα με πιθανές υπολειματικές βλάβες.

Εδώ, σ' αυτό το σύμπτωμα χορηγούμε DEXTOSE 5% I.V. σε αργό ρυθμό για την διατήρηση του ισοζυγίου των υγρών και των ηλεκτρολυτών.

Είναι βασικότερος ο ρόλος του νοσηλευτή στις νευροχυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανίσει ο επιληπτικός (διανοητική σύγχυση ασυνεργασία, αταξία, υπνηλία-λήθαργος).

Οι νοσηλευτικές μας ενέργειες στις παρούσες διαταραχές εφαρμόζονται αρχικά με την δημιουργία ζεστού και ήρεμου περιβάλλοντος. Τοποθετούνται προφυλακτικές (αταξία) και περιορίζονται οι επισκέπτες. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίδεται εκ μέρους των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων στην απορφυγή ρευμάτων αέρος, στον περιορισμό των πρωτεϊνών, και την χορήγηση διαιτολογίου πλου-

σίου σε υδατάνθρακες.

Είναι απαραίτητο, ο νοσηλευτής να επαγρυπνά, να εκτιμάει με την κριτική του πείρα και διαίσθηση τον ασθενή για σημεία που ενδεικνύουν σύγχυση ή θόλωση διανοίας όπου εμφωλεύουν κίνδυνοι για την ασφάλεια του αρρώστου.

Ετσι λοιπόν, όταν παρατηρηθεί ένα σύμπτωμα ή σημείο ο νοσηλευτής παρεμβαίνει και προστατεύει τον πάσχοντα, τοποθετώντας προφυλακτικές, φροντίζοντας να υπάρχει πάντα συνοδός περιορίζοντας τις δραστηριότητές του ασθενή (έντονη μυική άσκηση, εργασία σε ύψος, τρέξιμο). Όταν όλα αυτά εφαρμοσθούν σε συνδιασμό με την διδασκαλία τότε οι προκλήσεις επιπλοκών μειώνονται στο ελάχιστο.

Εκτός όλων αυτών οι νοσηλευτικές ενέργειες σε STATUS EPILEPTICUS συνίστανται στα ακόλουθα σημεία:

1) Εξασφάλιση βατού αεραγωγού και επαρκούς αερισμού

α) Τεχνητή αναπνοή, αν είναι απαραίτητη.

β) Αναρρόφηση σε τακτικά διαστήματα.

γ) Χορήγηση οξυγόνου είτε υπάρχει ή όχι κυάνωση.

δ) Εγκαιρη διασωλήνωση για την αναπνευστική καταστολή, εξαιτίας της κρίσεως και της χρήσης των αντισπασμωδικών φαρμάκων.

2) 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 πνευμόνι-  
ας από αναρρόφηση εκκρίσεων.

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

3) Συγκινησιακή υποστήριξη στον άρρωστο και την οικογένειά του. Οι σαφείς παρατηρήσεις του νοσηλευτή μπορούν να βοηθήσουν τον γιατρό σε επείγουσες καταστάσεις.

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ - ΗΛΕΚΤΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑ

##### Σκοπός - Εννοια

- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι το διάγραμμα των κυμάτων του εγκεφάλου που λαμβάνονται με ειδικό μηχάνημα και καταγράφονται οι ανωμαλίες του ρυθμού του.

Ο ζωντανός εγκέφαλος παράγει συνεχώς δυναμικά ενέργειας που μπορούν να συλλεγούν από την επιφάνεια της κεφαλής πάνω σε χαρτί ως ηλεκτρικά κύματα.

- 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.

##### Νοσηλευτική φροντίδα

-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 κατευναστικό μετά από συνεννόηση με το γιατρό.

- Στις γυναίκες αφαιρούνται τυχόν μεταλλικά αντικείμενα από τα μαλλιά.

- Κατά τη λήψη Η.ΕΓ ο άρρωστος πρέπει να κάθεται αναπαυτικά σε ειδική καρέκλα ή να είναι ξαπλωμένος στο κρεβάτι για 20 λεπτά.

### ΟΣΦΥΝΩΤΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

#### Σκοποί:

1. Λήψη δείγματος Ε.Ν.Υ. για εξέταση (μικροβιολογική, κυτταρολογική ή χημική ανάλυση).
2. Ανακούφιση αρρώστου από την αυξημένη ενδοκράνιο πίεση.
3. Διάγνωση υπαραχνοειδούς αιμορραγίας.
4. Εγχυση αέρος ή ακτινοσκοπικής ουσίας για διαγνωστικές μελέτες π.χ. πνευμοεγκεφαλογραφία, μυελογραφία.
5. Χορήγηση φαρμάκων (χημειοθεραπευτικά, αναισθητικά, κ.α.).

#### Αντικείμενα:

1. Δίσκος που περιέχει:
    - . Μπωλ με τολύπια
    - . Αντισηπτική διάλυση (BETADINE), για αντισηψία δέρματος
    - . Τοπικό αναισθητικό (XYLOCAINE 1-2%)
    - . Λευκοπλάστη, ψαλίδι
    - . Λαστιχάκι και ετικέτες
  2. Δίσκος οσφυονωτιαίας παρακέντησης αποστειρωμένος που περιέχει:
    - . τετράγωνο και σχιστό
  3. Μανόμετρο με κάνουλα τριών κατευθύνσεων
- . ειδικές βελόνες οσφυονωτιαίας παρακέντησης με στείλεό
  - . καψάκι για το αντισηπτικό
  - . σύριγγα των 10 CC και βελόνες
  - . γάζες μικρές τετράγωνες
  - . 3 σωληνάκια για λήψη δείγματος, με πώμα
  - . λαβίδα ανατομική
  - . γάντια, μάσκα

## Διαδικασία

### Νοσηλευτική ενέργεια

#### Φάση προετοιμασίας

1. Εξηγείστε στον άρρωστο βήμα προς βήμα τη διαδικασία και καθοδηγείτε τον να πάρει την κατάλληλη θέση.
2. Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα προς το κάτω μέρος του κρεβατιού.
3. Πλάγια θέση.  
Τοποθετείστε τον άρρωστο στην πλαγία θέση με τη ράχη του στο χείλος του κρεβατιού.
4. Παρακαλέστε τον άρρωστο να κάμψει το κεφάλι προς το θώρακα, τα γόνατα προς την κοιλιά και να κρατήσει με τα χέρια του τα γόνατά του (Εικ. 7.28).
5. Καθιστή θέση:  
Τοποθετείστε τον άρρωστο σε καθιστή θέση στο χείλος του κρεβατιού με το κεφάλι σε κάμψη προς το θώρακα, μηρούς προς το σώμα και με τα χέρια να κρατεί τα γόνατά του.  
ή πείτε στον άρρωστο να καθίσει στην καρέκλα βλέποντας προς τη ράχη της, να αγκαλιάσει τη ράχη της καρέκλας και να ξεκουράσει το κεφάλι του στα χέρια του.
6. Πλύνετε τα χέρια σας.
7. Τοποθετείστε το δίσκο οσφυονωτιαίας παρακέντησης στο κομοδίνο του αρρώστου και ανοίξτε τον με άσηπτη τεχνική.

### Αιτιολόγηση ενέργειας

1. Με αυτό το τρόπο ενθαρρύνετε τον άρρωστο και εξασφαλίζετε τη συνεργασία του.
3. Ο άρρωστος πρέπει να είναι ξαπλωμένος σε σταθερή επιφάνεια.
4. Με τη θέση αυτή η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης παίρνει σχήμα τόξου, τα μεσοσπονδύλια διαστήματα, διευρύνονται καλύτερα και διευκολύνεται η είσοδος της βελόνης στον υπαρχνοειδή χώρο.
5. τα παιδιά συνήθως τοποθετούνται σε καθιστή θέση.  
Σε παχύσαρκα άτομα και σε αρρώστους που δεν μπορούν να κάμψουν τη σπονδυλική στήλη σε σχήμα τόξου στην πλαγία θέση, η θέση αυτή επιτρέπει πλιό ακριβή καθορισμό των σπονδυλικών αποφύσεων και των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων.

### Φάση εκτέλεσης

1. Ο γιατρός αφού προσδιορίσει την περιοχή που θα παρακεντήσει φορεί τα γάντια και κάνει την αντισηψία του δέρματος. Στη συνέχεια τοποθετεί το τετράγωνο και το σχιστό και κάνει την τοπική αναισθησία υποδόρια.
  2. Βοηθείστε τον άρρωστο να διατηρήσει τη θέση που του δώσατε σε όλη τη διάρκεια της παρακέντησης, κρατώντας τον σταθερά από τα γόνατα και τον τράχηλο.
  3. Η εισαγωγή της βελόνης γίνεται από το γιατρό στο μεσοσπονδύλιο διάστημα του 3ου και 4ου ή 4ου και 5ου οσφυϊκού σπονδύλου (Εικ. 7.29).
1. Το σημείο παρακέντησης καθορίζεται φέρνοντας μια νοητή γραμμή από τη δεξιά και αριστερά πρόσθια άνω λαγόνια άκανθα προς τη σπονδυλική στήλη.
  2. Κρατώντας τον άρρωστο προλαβαίνετε απότομες κινήσεις που μπορούν να προκαλέσουν κάποιο τραυματισμό (αιματηρό) και έτσι να έχουμε λανθασμένη διάγνωση.
  3. Τα μεσοσπονδύλια διαστήματα του 3ου και 4ου ή 4ου και 5ου οσφυϊκού σπονδύλου είναι κάτω από το επίπεδο του ωτιαίου μυελού.

Η βελόνη προχωρεί ως το σημείο που ο γιατρός θα έχει την αίσθηση κατάργησης της αντίστασης, που σημαίνει ότι βρίσκεται στον υπαραχνοειδή χώρο. Αφαιρείται ο στειλεός και εφαρμόζεται η κάουλα τριπλής κατεύθυνσης και το μανόμετρο στη βελόνη. Το Ε.Ν.Υ. ανέρχεται στο μανόμετρο και όταν σταθεροποιηθεί η στάθμη του Ε.Ν.Υ. διαβάζεται η πίεση. Φυσιολογικά είναι 60-180 MM στήλες νερού.

### Φάση παρακολούθησης

1. Λήψη ΕΝΥ και αποστολή στα εργαστήρια για εξετάσεις.
2. Τοποθετείστε τον άρρωστο σε οριζόντια θέση (πρηνή, ύπτια ή πλάγια) για 6-12 ώρες. Το κεφάλι δεν θα πρέπει να είναι ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα σκεπάστε τον και αφήστε τον άνετα.



3. Παίρνετε και καταγράφετε τα ζωτικά σημεία κάθε 15'-30'.
  4. Παρακολουθείτε για μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης του αρρώστου, προσανατολισμό στο χρόνο, στον τόπο, στα πρόσωπα, στην αισθητική και κινητική δραστηριότητα και στα ζωτικά σημεία.
  5. Ενθαρρύνετε τον άρρωστο να παίρνει ελεύθερα υγρά.
  6. Σε περίπτωση που ο άρρωστος σας παραπονέθει για κεφαλαλγία, προτρέψτε τον να παρατείνει το χρόνο παραμονής του σε οριζόντια θέση και χορηγείτε φάρμακα ύστερα από ιατρική εντολή.
6. Μερικοί άρρωστοι υποφέρουν από κεφαλαλγία μετά την παρακέντηση και μπορεί να διαρκέσει από 24 ώρες μέχρι βδομάδα. Η κεφαλαλγία αυτή χαρακτηρίζεται από πόνο ενδοκρανιακής εντόπισης αλλά και μετωπιαίας. Επέρχεται λίγα λεπτά μετά την έγερση του αρρώστου από τη θέση κατάκλισης και βελτιώνεται μετά την κατάκλιση και πάλι του αρρώστου. Πιστεύεται, ότι η κεφαλαλγία αυτή οφείλεται στη συνεχή διαρροή Ε.Ν.Υ. στην περιοχή της παρακέντησης (οσφυϊκούς ιστούς) διά μέσου της διαδρομής της βελόνης.
- Η ενδοκρανιαία ένεση στειρού ισότονου διαλύματος χλωριούχου νατρίου επιφέρει ανακούφιση από τον πόνο. Αμέσως μετά την κατάπαυση της διαρροής του Ε.Ν.Υ. και την αποκατάσταση της πίεσης αυτού, η κεφαλαλγία υποχωρεί.

7. Αναγράψτε χρόνο διαδικασίας, μακροσκοπικά ευρήματα E.N.Y., αριθμό δειγμάτων E.N.Y. και είδος εξέτασης, τιμές ενδοκράνιας πίεσης (αρχική και τελική), κατάσταση και αντίδραση του αρρώστου.

### Προσοχή:

Η πολύ αυξημένη πίεση του E.N.Y. αποτελεί αντένδειξη για οσφουονωτιαία παρακέντηση διότι αυξάνει τον κίνδυνο επέλευσης θανατηφόρου παραγκεφαλιδικού ή άλλου εγχολεασμού.

Διαπιστώνεται δε η ενδοκράνια υπέρταση από την έντονη κεφαλαλγία και το οίδημα της οπτικής θηλής.

Αν παρ' όλα αυτά κριθεί απαραίτητη η εξέταση του E.N.Y., η οσφουονωτιαία παρακέντηση γίνεται με πολύ λεπτή βελόνη (22 ή 24/G) ώστε, ο στενός αυλός της βελόνης να μην επιτρέπει την έξοδο ποσότητας E.N.Y. ικανής να προκαλέσει βλάβες από την απότομη μεταβολή της ενδοκράνιας πίεσης.

## ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

### Εννοια - Σκοπός

Η αξονική τομογραφία επιτυγχάνει λήψη ακτινογραφιών σε πολύ μικρά τμήματα του εγκεφάλου. Τα αποτελέσματα επεξεργάζονται μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστού και μετατρέπονται ταχύτατα σε εικόνες οι οποίες μας επιτρέπουν να διακρίνουμε σχεδόν όλες τις αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν επιληψία.

Με την αξονική τομογραφία απεικονίζεται σαφώς η κατάσταση και είναι ευρέως αποδεκτή.

### Νοσηλευτική Φροντίδα

#### Πριν την εξέταση

Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου να παραμείνει νηστικός και συστήνεται η συνεργασία του που κρίνεται απαραίτητη.

Στις περιπτώσεις που η συνεργασία είναι δύσκολη απαιτείται γενική νάρκωση.

#### Μετά την εξέταση

Παρακολουθείται ο άρρωστος για τυχόν εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων ή συμπτώματα SHOCK από το σκιαγραφικό.

Επίβλεψη αρρώστου που ήταν ανήσυχος και του έγινε γενική νάρκωση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ Ι

Η ασθενής Ε.Π. ετών 19 νοσηλεύτηκε στην Νευρολογική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών από 24-1-91 μέχρι 30-8-91.

#### ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

Επεισόδιο απώλειας συνείδησης.

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ :

Η παρούσα νόσος αρχίζει την προηγούμενη της εισαγωγής στην Νευρολογική κλινική, όταν η ασθενής εμφάνισε (σύμφωνα με την περιγραφή του συζύγου της), κατά την διάρκεια του ύπνου γενικευμένη τονικοκλονική κρίση με δάγκωμα της γλώσσας χωρίς απώλεια ούρων.

Η ίδια αναφέρει ότι από την ηλικία των 13 ετών εμφάνιζε 1-3 λυποθυμικά επεισόδια το χρόνο, ως και στιγμιαία επεισόδια που η ασθενής έχανε την επαφή με το περιβάλλον χωρίς σύννοδα συμπτώματα.

#### ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΛΕΥΘΕΡΟ

Ελεύθερο.

#### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Χωρίς εστιακά παθολογικά ευρήματα.

Η ασθενής κατά την νοσηλεία της λόγω της βαρύτητας της καταστάσεως της και παρά την συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής η ασθενής μεταφέρθηκε στην Μ.ε.θ. για περαιτέρω αντιμετώπιση.

Επέστρεψε στην νευρολογική κλινική από την Μ.Ε.Θ. με ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης.

#### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

α) γενική αίματος : Κατά φύση

β) Ακτινολογικός έλεγχος : RO θώρακα : χωρίς παθολογικά ευρήματα.  
RO κρανίου : χωρίς οστικές αλλοιώσεις.

γ) Ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος

Δεν καταγράφονται ρυθμοί ασυχνότητας. Το διάγραμμα κυριαρχείται από βραδείς ρυθμούς θκ όπου καταγράφονται διάχυτα χωρίς εστιακή επικράτηση.

δ) Διάγνωση

Ιδιοπαθής επιληψία.

ε) Φαρμακευτική αγωγή

DEXTROSE 5% 100 CC /X/, EPANUTIN AMP IV 20' 1X2 PHENO BARBITAL AMP 10' GARDENAL TB 100 MG 1X2, EPANUTIN CAPS 100 MG, ALOPERIDIN 5 MG 1/2X3, AKINETON 2 MG 1/2X2.

#### ΕΚΒΑΣΗ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η ασθενής παρουσίασε ακουστικές ψευδαισθήσεις, για τον λόγο αυτό προστέθηκαν T.B. ALOPERIDIN 2 MG 1/2X2 με σταδιακή

αύξηση T.B. AKINETON 1/2X3.

Συνεστήθη ψυχιατρική αντιμετώπιση και ψυχιατρική επανεκτίμηση, με μέτρηση επιπέδου PHENOBARBITAL-EPANUTIN.

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ.εργειών	Αποτέλεσμα επιστημονικής τεκμηρίωσης
Σπασμός	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ελεγχος σπασμών</li> <li>-Ασφάλεια του αρρώστου.</li> <li>-Διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας.</li> <li>-Πρόληψη φυσικής βλάβης.</li> <li>-Χορήγηση φαρμάκων για καταστολή του σπασμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Προγραμματισμός των κινδύνων που μπορούν να εμφανιστούν.</li> <li>-Τα φάρμακα να είναι έτοιμα, σε περίπτωση, που ο ιατρός δώσει εντολή.</li> <li>-Προγραμματισμός για ανάνηψη του αρρώστου χωρίς πρόκληση φυσικής βλάβης και αναπνευστικής δυσχέρειας κατά τη διάρκεια της κρίσεως.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">ή μιας κουβέρτας, κάτω από αυτόν.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Δεν μετακινούμε τον άρρωστο παρά μόνο, όταν κινδυνεύει.</li> <li>-δεν ακινητοποιούμε βιαία.</li> <li>-Δεν προσπαθούμε να τον ξυπνήσουμε.</li> <li>-Δεν βάζουμε τίποτε στο στόμα ούτε προσπαθούμε να το ανοίξουμε.</li> <li>-Μένουμε στον άρρωστο ενώ τελειώνει ο σπασμός.</li> <li>-χορήγηση αντί-Ε φαρμάκων κατόπιν εντολή ιατρού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Σε περίπτωση που κινδυνεύει:καλούμε ασθεναφόρο, π.χ. αν έχει χτυπήσει κατά την κρίση.</li> <li>-Πρόληψη κατάγματος λόγω απώλειας συνειδήσεως.</li> <li>-για πρόληψη εισρραφήσεως.</li> <li>-Για βεβαίωση ότι έχει συνέλθει τελείως.</li> <li>-Καταστολή του σπασμού.</li> <li>-Αποφυγή από ξένα μάτια.</li> <li>-Διευκολύνεται η αναπνοή.</li> </ul>

Προβλήματα ή συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ.ενεργειών	Εφαρμογή νοσηλ.ενεργειών	Αποτελ.με επιστημ.τεκμ.
-Κυάνωση του στόματος και των χειλέων.	-Να αποκατασταθεί η κυάνωση.  -Να ελεγχθεί η αναπνοή.	-Χορήγηση O <sub>2</sub> σε ποσότητα και διάρκεια ανάλογη της ανάγκης του επιληπτικού ασθενούς.  -Δημιουργία κατάλληλης περιβαλλοντικής θερμοκρασίας.		Αποτελεσματικός έλεγχος της κυάνωσης και της αναπνοής.
Τραυματισμός της γλώσσας	Ανακούφιση από το τραύμα	Καθαριότητα του στόματος και της γλώσσας (HEXACLEN)	Προφύλαξη της γλώσσας με PORT COTTON ανάμεσα στα δόντια για αποφυγή τραυματισμού παρειών γλώσσας.	Επούλωση τραύματος
Κατά την κρίση		Ανακούφιση του αρρώστου κατά την διάρκεια του γεύματος ή πλύσιμο του στόματος.	Αποφυγή ερεθιστικών τροφών. Ελαφρές κινήσεις κατά το πλύσιμο των δοντιών.	



## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΙ

### ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η ασθενής Μ.Μ. ετών 22 νοσηλεύτηκε στην Νευρολογική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών από 25-11-91 έως 5-12-91.

#### ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

Κρίσεις απώλειας συνείδησης

#### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΝΟΣΟΥ

Τον Νοέμβριο του 1991 η ασθενής παρουσίασε επεισόδιο απώλειας συνειδήσεως που κράτησε περίπου 2 λεπτά.

Προηγήθηκε αίσθημα ζάλης, ακολούθησε απώλεια ούρων και αποβολή αφρών από του στόματος.

Δεν συνυπήρχαν σπασμοί.

#### ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Δύο επεισόδια απώλειας συνειδήσεως προ ζετίας με τον ίδιο χαρακτήρα.

#### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η ασθενής δεν εμφανίζει εστιακή σημετεολογία.

#### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

α) Γενική αίματος: Κατά φύση

β) Ακτινολογικός έλεγχος: Α/α θώρακα: Κατά φύση

      C.T εγκεφάλου: Κ.Τ.

      CT εγκεφάλου με σκιαγραφικό, ΚΤ

γ) Ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος.

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα = Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Ηλεκτροκαρδιογράφημα = ΚΤ

δ) Διάγνωση: Κρίσεις "Επιληψίας"

ε) Φαρμακευτική αγωγή: TABL.TEGRETEL 1X3

στ) Εκβαση, οδηγίες: - Γενική αίματος 1 φορά την εβδομάδα

- Επίπεδα φαρμάκου στο αίμα προ 10 ημέρου

- Επανάληψη Η.Ε.Γ. σε 6 μήνες

- Επανάληψη CT σε 1 χρόνο

Προβλήματα και ανάγκες ασθενούς	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλ. φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλ. φροντίδας	Αξιολόγηση Αποτελέσματος
Ζάλη	Εγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπιση της ζάλης και προφύλαξη της ασθενούς από τις επιπτώσεις της.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την πρόληψη της ζάλης.</li> <li>-Παρακολούθηση του ασθενούς για αίσθη-</li> <li>-Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι, έτσι ώστε εάν ζαλιστεί να αποφύγει πιθανό τραυματισμό κατά την πτώση.</li> <li>-Να γίνει έλεγχος ζωτικών λειτουργιών ανά 3ωρο.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Κατόπιεν εντόπισης αιτίου της ζάλης και συνενόησεως με τον ασθενή.</li> <li>-Εγινε κατάλληλη ενημέρωση του ασθενούς για το τι πρέπει να κάνει αν νιώσει αίσθημα ζάλης.</li> <li>-Ελέγχθηκαν οι ζωτικές λειτουργίες του ασθενούς.</li> <li>-Τοποθετήθηκε ο ασθενής σε αναπαυτική θέση στο κρεβάτι και συμβουλεύτηκε να αποφύγει να σηκώνεται απότομα και συχνά χωρίς σοβαρό λόγο.</li> </ul>	Με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και την συνεργασία της άρρωστης με τον νοσηλευτή κατορθώθηκε η πρόληψη της ζάλης και αποφείχθηκαν οι επιπτώσεις της.

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 καθαρών κλινισκεπασμάτων και ενδυμάτων του ασθενούς.</li><li>-Μέτρηση και καταγραφή των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</li><li>-Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για διατήρηση σταθερού ισοζυγίου.</li><li>-Έλεγχος των αποβαλλομένων 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 SULLURN UORADE 1000 CC.</li><li>-Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή ισοζυγίου.</li></ul>	-Με την νοσηλευτική φροντίδα μειώθηκε η απώλεια ούρων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ

Α. 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 οινοπνευματωδών απαγορεύεται. Η εξαντλητική δίαιτα όταν συνδιάζεται και με κατάργηση του πρωϊνού 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 κατάργηση 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.

**Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**

## Β. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΛΕΥΡΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η επαγγελματική σταδιοδρομία των επιληπτικών δεν παρεμποδίζεται από την νόσο, με μόνη εξαίρεση εκείνα τα επαγγέλματα που λόγω των ενδεχομένων κρίσεων δημιουργούν αυξημένη προϋπόθεση κινδύνων, όπως τα επαγγέλματα που συνδέονται με την λειτουργία μηχανών ή την εργασία σε ύψος από την επιφάνεια του εδάφους, ή την εργασία κοντά σε φωτιά, καυστικά υγρά και οτιδήποτε άλλο 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 ιατρό.

## ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Πολλές γυναίκες με επιληψία μπορούν να μείνουν έγκυες χωρίς δυσάρεστες επιπτώσεις και να γεννήσουν υγιά παιδιά-ακόμη και εκείνες που παίρνουν αντιεπιληπτική αγωγή. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εντούτοις, τροποποιείται ο μεταβολισμός του σώματος και πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στα επίπεδα των

αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Οι περισσότερες γυναίκες, που ελέγχονται καλά πριν απ' την εγκυμοσύνη, μπορεί να παραμείνουν έτσι και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές της εγκυμοσύνης, η τοξιναιμία, παρουσιάζεται συχνά ως κρίση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών στο τρίτο τρίμηνο. Αυτή η κρίση αποτελεί σύμπτωμα σοβαρής νευρολογικής διαταραχής και δεν αποτελεί εκδήλωση επιληψίας, ούτε και εμφανίζεται συχνότερα σε επιληπτικές γυναίκες. Το τοξιναιμικό στάδιο πρέπει να θεραπευθεί για να ελεγχθούν οι σπασμοί.

Υπάρχει διπλάσια έως τριπλάσια επίπτωση εμβρυϊκών διαμαρτιών σε παιδιά επιληπτικών γυναικών και αυτό πιθανώς οφείλεται σε συνδυασμό της χαμηλής επιπτώσεως της διαμαρτίας που προκαλείται από φάρμακα και της γενετικής προδιαθέσεως στον πληθυσμό αυτό. Μεταξύ των διαμαρτιών που εμφανίζονται, έχει περιγραφεί και το εμβρυϊκό σύνδρομο της υδαντοΐνης, που συνίσταται από λαγώχειλος και λυκόστομα, καρδιακά ελλείμματα, υποπλασία των δακτύλων και δυσπλασία των ονύχων.

Μολονότι θα ήταν ιδεώδες για τις γυναίκες που σιέπτονται να συλλάβουν, να διακόψουν τα αντιεπιληπτικά τους φάρμακα υπάρχει πιθανότητα ότι σε μεγάλο αριθμό γυναικών αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την υποτροπή των κρίσεων, η οποία μακροπροθέσμως θα είχε βλαβερές συνέπειες και για τη μητέρα και για το παιδί. Σε άλλες άρρωστες ή δόση θα πρέπει να μειωθεί στην ελάχιστη δραστική και να γίνεται τακτική παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η φαινοβαρβιτάλη, ηπριμιδόνη ή η φαινυλυδαντοΐνη μπορεί να προκαλέσουν παροδική και αναστρέψιμη

ανεπάρκεια των παραγόντων, που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Κ στο νεογνό και αυτό θα πρέπει να αντιμετωπιστεί θεραπευτικώς γρήγορα. Μερικά νεογνά παρουσιάζουν παροδική νωθρότητα και υποκινητικότητα και μπορεί να εμφανίσουν σημεία μέτριας στερήσεως των βαρβιτουρικών. Αυτά τα νεογνά θα πρέπει να παρακολουθούνται εντατικά στο θάλαμο, όπου νοσηλεύονται, κατά τις πρώτες 2 έως 4 ημέρες της ζωής, επειδή υπάρχει κίνδυνος να εμφανίσουν προβλήματα.

#### ΟΔΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Κάθε χώρα έχει τους δικούς της κανονισμούς, που καθορίζουν, εάν ένα άτομο με επιληψία μπορεί να πάρει άδεια οδήγησης και ορισμένες χώρες έχουν νόμους σχετικά με τις υποχρεώσεις του γιατρού είτε να δηλώσει τους επιληπτικούς αρρώστους στην αρμόδια αρχή, είτε να πληροφορήσει τους αρρώστους σχετικά με την ευθύνη τους να το κάνουν οι ίδιοι.

Γενικά, οι άρρωστοι μπορούν να οδηγούν μετά από ένα διάστημα χωρίς κρίσεις (με ή χωρίς φάρμακα), που κυμαίνεται από 6 μήνες έως 2 χρόνια. Σε μερικές χώρες δεν υπάρχει καθορισμένο διάστημα, αλλά ο άρρωστος πρέπει να έχει πιστοποιητικό γιατρού, που να επιβεβαιώνει ότι οι κρίσεις βρίσκονται υπό έλεγχο. Αποτελεί ευθύνη του ιατρού να προειδοποιήσει τον επιληπτικόάρρωστο για τους κινδύνους της οδήγησως, όταν οι κρίσεις δεν ελέγχονται.



ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι περισσότεροι άρρωστοι με επιληψία επιτυγχάνουν επαρκή έλεγχο των κρίσεών τους και είναι ικανοί να παρακολουθήσουν σχολείο, να αναλάβουν εργασία και να ζήσουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή. Τα παιδιά με επιληψία παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα στο σχολείο από όσο συμμαθητές τους, αλλά θα πρέπει να γίνει κάθε προσπάθεια εντάξεως αυτών των παιδιών στο γενικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα με παροχή πρόσθετης βοήθειας με τη μορφή ακαδημαϊκής διδασκαλίας ή ψυχολογικής υποστηρίξεως.

### Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Αναμφίβολα η νευρολογία στην Ελλάδα έχει φτάσει έναν υψηλό βαθμό απόδοσης, αφ' ενός μεν λόγω της αυξημένης και αρτιότερης μετεκπαίδευσης των νευρολόγων, αφ' ετέρου λόγω της ανάπτυξης τόσο των κεντρικών όσο και των περιφερειακών νευρολογικών κλινικών.

Δυστυχώς όμως παρ' όλα αυτά, η άγνοια της κοινωνίας ξεχωρίζει τους συνανθρώπους της που έχουν παροξυσμούς και τους στιγματίζει σαν μια "ειδική ομάδα" δημιουργώντας μια αναχρονιστική και βάνουση προκατάληψη που είναι πολύ δύσκολο να υπερνικηθεί. Στο σημείο αυτό ο νοσηλευτής διακατεχόμενος από βαθειά συναίσθηση του ύψιστου λειτουργήματός που επιτελεί πρέπει να αντικατοπτρίσει από το πολύπλευρο πρίσμα των δεξιοτήτων του υπομονή, κατά νόηση, συμπάθεια, λεπτότητα μα πάνω απ' όλα Αγάπη.

Μόνον έτσι θα βοηθήσει τον ασθενή να νιώθει άνετα, να αποβάλλει τις ανησυχίες και το άγχος του και τελικά να αποδεχτεί ψυχολογικά την ασθένεια που τον βασανίζει.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

CRITCHEYL "SCIENTIFIC FOUNDATIONS OF NEUROLOGY" (HEINEMANN,  
LONDON, 1972).

ΔΙΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Α. "Κλινική νευρολογία", Εκδόσεις Σακκούλα, Θεσσα-  
λονίκη-Αθήνα 1976.

ΞΕΝΑΚΗΣ Χ. "Τι πρέπει να γνωρίζεται για την επιληψία", Εκδόσεις  
Θυμάρι, Αθήνα, 1984.

ΚΑΖΗΣ Α. "Θεραπεία της επιληψίας", Θεσ/νίκη, 1987.

ΠΑΝΤΕΛΙΑΔΗΣ Χ. "Σπασμοί επιληψίας της παιδικής ηλικίας", Εκδόσεις  
ΒΗΤΑ, Θεσ/νίκη, 1987.

ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗΣ Κ. "Επιληψία", Εκδόσεις Τριανταφύλλου Μ, Θεσσα-  
λονίκη, 1976.

ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ. "Παθολογική και χειρουργική Νοση-  
λευτική", Τόμος Α', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1986.

SUTHERLAND M - EADIE J "THE EPILEPSIES - MODERN DIAGNOSIS AND  
TREATMENT, 3RD ED. CHURCHILL LIVINGSTONE, EDIMBURG AND  
LONDON, 1980.

HARRISON J. "Εσωτερική Παθολογία" (Μετάφραση και Απόδοση Δ.Βα-  
ρώνος), Τόμος Β', Εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, Αθήνα, 1988.

ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ Π. "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική", Εκδόσεις Θεμέλιο,  
Αθήνα, 1986.

WALTON J. (Μετ.) DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM, 8TH EDITION  
(OXFORD UNIVERSITY PRESS, LONDON 1977).

