

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Νοσηλευτική Φροντίδα  
ασθενούς με Ε Π Ι Λ Η Ψ Ι Α

Πτυχιακή Εργασία

Σπουδάστρια: ΚΛΟΚΙΔΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

(Υπογραφή)-----

Νένου Κυριακή

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας:

Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή
1)-----	-----
2)-----	-----
3)-----	-----

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη του Πτυχίου Νοσηλευτικής.

ΠΑΤΡΑ 20 - ΙΙ - 1992



ΑΡΙΘΜΟΣ	771
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Την Πτυχιακή μου Εργασία  
την α φ ι ε ρ ώ ν ω  
στους καθηγητές μου των Τ.Ε.Ι.  
Πατρών, καθώς και στους γονείς  
μου και στον αδελφό μου.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελίδες

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ	1-2
Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	2
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΟΣΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	3-4
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΙΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	6-7
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	7-8
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	8-9
ΕΙΔΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ	10-15
ΘΕΡΑΠΕΙΑ	16-18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	19-31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	32-39
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ I ΚΑΙ II	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ	40-46
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	48

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Νοσηλευτική σήμερα ασχολείται με το σύνολο των παρεχόμενων φροντίδων προς τον πάσχοντα άρρωστο.

Η Νοσηλευτική δεν συμπληρώνει απλώς στη θεραπεία του αρρώστου αλλά είναι μέτοχος αυτής.

Σήμερα η Νοσηλευτική απαιτεί ιατρικές γνώσεις και ειδικότητα σε κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Στο έργο της Νοσηλευτικής η εξατομικευμένη νοσηλεία του αρρώστου έχει το πρώτο ρόλο. Στηρίζεται λοιπόν η Νοσηλεύτρια στη συστηματική αξιολόγηση της κατάστασης του στην εκτίμηση των προβλημάτων του και στον προγραμματισμό. Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να αποκαταστήσει την υγεία του αρρώστου σωματική και ψυχική.

Ειδικά στην περίπτωση της Επιληψίας σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει και να προφυλάξει τον άρρωστο κατά τη διάρκεια των κρίσεων. Να δημιουργεί ασφαλές περιβάλλον και να ενημερώνει τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Η Επιληψία σε σχέση με τις άλλες νόσους αντιμετωπίζεται χωρίς αιτία από το κόσμο με φόβο και δέος, χρειάζεται λοιπόν ενημέρωση και πληροφόρηση του κόσμου διότι η άγνοια δημιουργεί προβλήματα στον επιληπτικό στην καθημερινή ζωή του.

Επίσης εύχομαι η πρόοδος της Νοσηλευτικής επιστήμης να βοηθήσει όσους πάσχουν από Επιληψία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Επιληψία είναι μια αρρώστια, η οποία παρουσιάζεται μετά από βλάβη σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, εκδηλώνεται με επαναλαμβανόμενες επιληπτικές κρίσεις. Με τα ψυχικά νοσήματα δεν έχει καμιά σχέση. Σε ορισμένες περιπτώσεις με το χρόνο και τις συνεχόμενες επιληπτικές κρίσεις είναι δυνατόν να παρουσιαστεί διανοητική καθυστέρηση.

Ο Ιπποκράτης ήταν ο πρώτος που αναφέρθηκε στην επιληψία, αμφισβήτησε την "ιερότητά" της και υποστήριξε ότι οφείλεται σε κάποια δυσλειτουργία του εγκεφάλου ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού. Στο τέλος του 19ου ο JAKSON όρισε ότι οφείλεται σε επεισοδιακή και αιφνίδια εκφόρτιση, υπερβολική και ταχεία, που καταλαμβάνει ικανό αριθμό νευρώνων της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου.

Υπάρχουν καλοήθειες και κακοήθειες μορφές ( ελαφρότερες και βαρύτερες ).

Η επιληψία σήμερα ελέγχεται αρκετά καλά με την βοήθεια των φαρμάκων και μερικές φορές είναι δυνατόν να θεραπευτούν τελείως.

Επιληπτικές κρίσεις μπορεί να παρουσιάσει κάθε άνθρωπος σε κατάσταση π.χ. υπογλυκαιμίας ισχαιμίας ή σε μια δηλητηρίαση αυτό δεν σημαίνει ότι είναι επιληπτικός. Επιληπικό επομένως ονομάζεται το άτομο που ενώ δεν υπάρχει εξωτερική αιτία και αισθάνεται καλά εμφανίζει διαταραχές ( κινητικές ψυχικές, νευρολογικές και διαταραχές συνείδησης ). Μπορεί να πρόκειται για α) γνωστό επιληπτικό ή β) για ασθενή που εμφα-

νίζει την πρώτη κρίση η διάγνωση γίνεται από το είδος την διάρκεια και την συχνότητα των σπασμών που όμως δεν είναι απαραίτητο να εμφανιστούν για να πούμε πως η κρίση είναι επιληπτική.

Στην Ελλάδα λόγω της κακής πληροφόρησης και της προκατάληψης που υπάρχει για την επιληψία συνεχίζει να αποτελεί κοινωνικό στίγμα και αποκρύπτεται συστηματικά.

### Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Από τα στατιστικά στοιχεία που έχουμε από την Διεθνή Βιβλιογραφία ο αριθμός των επιληπτικών φθάνει στο 6,5% απαντάται δηλ. η επιληψία στην ίδια περίπου αναλογία με τον Σακχαρώδη Διαβήτη.

Οι σπασμοί στα παιδιά είναι αρκετά συχνοί. Έχει υπολογιστεί ότι το 7% των παιδιών στη ζωή τους παρουσιάζουν ένα τουλάχιστον επεισόδιο σπασμών. Αυτό το ποσοστό περιλαμβάνει και τους πυρετικούς σπασμούς. Η μεγαλύτερη συχνότητα κρίσεων σπασμών γενικά παρουσιάζεται στις ηλικίες μεταξύ 6 μηνών και 3 χρόνων. Υπολογίζεται ότι στις ηλικίες μεταξύ 5 ως 14 χρόνων η συχνότητα των περιστατικών με υποτροποιάζουσες επιληπτικές κρίσεις κυμαίνεται από 4-8% του πληθυσμού. Αν ισχύουν τα ίδια ποσοστά και στην Ελλάδα, πρέπει να υπάρχουν πάνω από 10.000 παιδιά με χρόνια επιληψία. Στη μοναδική αξιόλογη ελληνική επιδημιολογική μελέτη αναφέρονται ποσοστά πολύ μικρότερα ( 1,4% για τις ηλικίες 5-14 χρόνων ) Στην ίδια μελέτη η αναλογία αγοριών κοριτσιών με επιληψία βρέθηκε 17:10 ενώ σ' άλλες χώρες η αναλογία είναι 12:10. Είναι φανερό η απόκρυψη για προφανείς λόγους ( γάμος ).

## ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Ο νωτιαίος μυελός είναι όργανο κυλινδρικό μήκους 42-45 εκ. που βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα, ο οποίος σχηματίζεται από την αλληλεπίθεση των σπονδύλων. Το οξύ κάτω άκρο λέγεται μυελικός κώνος. Από την κορυφή του μυελικού κώνου αρχίζει το τελικό νημάτιο που καταλήγει στον κόκκυγα (μήκους περίπου 20 εκ.). Κατά μήκος της πρόσθιας επιφάνειας υπάρχει μια βαθιά αύλακα που λέγεται πρόσθια αύλακα. Στην οπίσθια επιφάνεια εμφανίζει μια αβαθέστερη, την οπίσθια αύλακα. Στον ενήλικα ο μυελός φθάνει ως τον μεσοσπονδύλιο δίσκο μεταξύ του 1ου και του 2ου οσφυϊκού σπονδύλου.

### ΦΑΙΑ ΟΥΣΙΑ - ΛΕΥΚΗ ΟΥΣΙΑ

#### A. ΦΑΙΑ ΟΥΣΙΑ

Η φαιά ουσία αποτελείται κυρίως από τα σώματα νευρικών κυττάρων αλλά και από νευρογλοιακά κύτταρα και νευρικές ίνες κυρίως αμύελες.

#### B. ΛΕΥΚΗ ΟΥΣΙΑ

Η λευκή ουσία αποτελείται κυρίως από νευρικές ίνες που πορεύονται κατά μήκος του επιμήκη άξονα του Ν.Μ. Το χρώμα και το όνομά της οφείλεται στην παρουσία πολλών εμύελων νευρικών ινών.

### ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Ο εγκέφαλος αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος και βρίσκεται μαζί με τις μηνιγγες του μέσα στο κρανίο. Διακρίνεται σε (4) μέρη:

- α) Το εγκεφαλικό στέλεχος
- β) Το διάμεσο εγκέφαλο
- γ) Τα δύο ημισφαίρια
- δ) Την παρεγκεφαλίδα



Ο εγκέφαλος, όπως ο νωτιαίος μυελός, αποτελείται από γκριά και λευκή ουσία. Η γκριά ουσία σχηματίζει διάφορους πυρήνες, στα ημισφαίρια όμως και την παρεγκεφαλίδα σχηματίζει επι πλέον την εξωτερική τους επιφάνεια που λέγεται φλοιός.

Την λευκή ουσία την αποτελούν διάφορα δεμάτια, με τα οποία τα διάφορα τμήματα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού συνδέονται μεταξύ τους.

Η λευκή ουσία των ημισφαιρίων αποτελείται κυρίως από εμπύελες νευρικές ίνες μεταξύ των οποίων παρεμβάλλεται η νευρόγλοια και τα αγγεία.

Οι νευρικές ίνες διακρίνονται σε (α) προβλητικές που μεταφέρουν ερεθίσματα είτε από τον φλοιό προς υποφλοιώδη κέντρα είτε από υποφλοιώδη κέντρα προς τον φλοιό (β) συνδετικές, οι οποίες συνδέουν διάφορες φλοιώδεις περιοχές του ιδίου ημισφαιρίου (γ) συνδεσμικές που συνδέουν αντίστοιχες περιοχές δύο ημισφαιρίων.

#### ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα αποτελεί το σύστημα επικοινωνίας του σώματός μας. Εξυπηρετεί τη μεταφορά ερεθισμάτων από τα αισθητικά όργανα στα εκτελεστικά όργανα δηλ. τους μυς και τους αδένες. Το νευρικό σύστημα επιτελεί επίσης τη λειτουργία της επεξεργασίας πληροφοριών που παίρνει από τα αισθητικά όργανα και τη λειτουργία επιλογής των ειδικών εκτελεστικών οργάνων που εξασφαλίζουν την κατάλληλη για κάθε περίπτωση απάντηση.

Η επεξεργασία και η επιλογή γίνεται στο τμήμα εκείνο του νευρικού συστήματος που λέγεται Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.).

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η εστιακή επιληψία οφείλεται τις περισσότερες φορές σε συγ-  
κεκριμένες και ανατομικά περιορισμένες αλλοιώσεις της φαιάς  
ουσίας, όπως ουλές, νεοπλάσματα, αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες  
ή εστιακές περιοχές φλεγμονής. Αντίθετα η γενικευμένη επιληψία  
αντιπροσωπεύει τα αποτελέσματα είτε μιας διάχυτης ροπής των εγκε-  
φαλικών κυττάρων προς υπερδιέγερση είτε της παρουσίας κάποιας  
κρυπτογενοῦς εν τω βάθει επιληπτογόνου διαταραχής κεντρικών  
υποφλοιωδών μηχανισμών.

Οι εγκεφαλικοί μηχανισμοί που προκαλούν την έναρξη την εξ-  
άπλωση και τη διακοπή της επιληπτικής κρίσης δεν είναι γνωστοί  
με ακρίβεια. Σχετικά υποστηρίζεται η παρουσία των εξής διαταρα-  
χών : (1) ενδογενών αλλοιώσεων της νευρωνικής μεμβράνης που θα  
μπορούσαν να οδηγούν σε διαταραχή της ιοντικής αγωγιμότητας·  
(2) παθολογικής σύνθεσης νευροδιαβιβαστών, η οποία συνεπάγεται  
την έλλειψη ανασταλτικών ή την περίσσεια διεγερτικών νευροδια-  
βιβαστών· και (3) ελλείψεων γενετικά ρυθμιζόμενων ενδοκυττάρων  
ενζύμων, τα οποία στη φυσιολογική κατάσταση επηρεάζουν την ικα-  
νότητα των νευρωνικών ή των νευρογλοιακών κυττάρων να διακινούν  
ιόντα και να επαναπολώνονται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η επιληψία είναι έκφραση λειτουργικής διαταραχής των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου, διακρίνεται σε (α) ιδιοπαθή επιληψία και (β) συμπτωματική. Στην ιδιοπαθή επιληψία δεν υπάρχουν στοιχεία για οργανική βλάβη του εγκεφάλου. Πιστεύεται ότι οφείλεται σε διαταραχές στο μεταβολισμό της παραγωγής ενδοκυτταρικής ενέργειας ή σε διαταραχές της βιοχημικής ισορροπίας μεταξύ κατασταλτικών και ερεθιστικών διαβιβαστικών ουσιών που δρουν στις συνάψεις. Οι αλλαγές αυτές διαταράσσουν την ισορροπία της αντλίας  $\text{Na}^+$  και  $\text{K}^+$  στην κυτταρική μεμβράνη που σαν επακόλουθο έχει την αποπώλωση του δυναμικού της απ' όπου εμφανίζονται οι επιληπτικές εκφορτίσεις. Λέγεται ότι ο έσρος επιληψία πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο για τις ιδιοπαθείς μορφές. Στην συμπτωματική επιληψία διαπιστώνεται ότι οφείλεται:

- Διαταραχές ανάπτυξης εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης π.χ. χρήση αλκοόλ, νικοτίνη.
- Αιμορραγίες στον εγκέφαλο ή έλλειψη  $\text{O}_2$  κατά την ώρα του τοκετού που οδηγούν σε τραυματισμό νευρικών κυττάρων.
- Από λοιμώξεις του Κ.Η.Σ. μηνιγγίτιδες
- Παθήσεις ήπατος και νεφρών
- Από όγκους του εγκεφάλου κυρίως στους ενήλικες
- Από ερυθρά, ιλαρά, ανεμευλογιά

Η άποψη που αναφέρθηκε πιο πάνω για την ιδιοπαθή και την συμπτωματική επιληψία δεν μπορεί να ισχύει γιατί και στις δυο περιπτώσεις οι κρίσεις είναι ίδιες και σε πολλές περιπτώσεις διαπιστώθηκε ότι ιδιοπαθείς επιληψίες ότι ήσαν συμπτωματικές

περιπτώσεις και ότι τα επεισόδια οφείλονταν σε αδιάγνωστες εγκεφαλικές βλάβεις.

Τα παραπάνω βεβαιώνουν ότι η Επιληψία δεν έχει καμιά σχέση με την κληρονομικότητα. Μπορούμε μόνο να μιλήσουμε για προδιάθεση. Όπως προδιάθεση υπάρχει στο έλκος στομάχου, έμφραγμα, φυματίωση, καρκίνος κανένας δεν υποστηρίζει ανεπιφύλακτα ότι οι αρρώστιες αυτές είναι κληρονομικές. Σήμερα είναι παραδεκτό ότι η κληρονομικότητα παίζει κάποιο ρόλο στην επιληψία σε ποσοστό που δεν ξεπερνά το 5%.

#### Γενικά αίτια:

- Εξωγενή δηλητήρια:

Αλκοόλη, κοκαΐνη, στρυχνίνη, μόλυβδος, χλωροφόρμιο, αιθέρας ινσουλίνη, αμφεταμίνη. Οργανοφωσφωρικές ενώσεις που χρησιμοποιούνται ως εντομοκτόνα.

- Ενδοκρινικές διαταραχές:

παραθυροειδική τετανία, ιδιοπαθής υποπαραθυρεοειδισμός

- Διαταραγμένος μεταβολισμός:

Ουραιμία, ηπατική ανεπάρκεια, υπολειτουργία των επινεφριδίων υπογλυκαιμία.

- Καταστάσεις που παρατηρούνται στα παιδιά:

Οξείες φλεγμονές ( πυρετικοί σπασμοί ) ραχίτιδα.

#### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η διάγνωση της επιληψίας βασίζεται κυρίως στο ιστορικό δηλαδή σε ακριβείς πληροφορίες γύρω από την εγκυμοσύνη τη γέννηση και την ψυχοσωματική εξέλιξη του παιδιού. Οι καλύτερες πηγές πληροφοριών είναι η περιγραφή του ίδιου του ασθενούς και, ενδεχομένως, οι ακριβείς παρατηρήσεις κάποιου αυτόπτη μάρτυρα. Η μορφή της κρίσης αποτελεί άμεση ένδειξη κάποιας οξείας αιτιολογίας π.χ. στέρηση ναρκοτικών, λοίμωξη του Κ.Ν.Σ. κλπ.

ενώ το ιστορικό παρομοίων κρίσεων στο παρελθόν είναι ενδεικτικό κάποιας χρόνιας ενδογενούς επιληπτικής διαταραχής.

Οι εστιακές διαταραχές που παρατηρούνται είτε με την μορφή αύρας είτε κατά ή μετά την κρίση αποτελούν ενδείξεις οργανικής βλάβης του εγκεφάλου και επιβάλλουν την ανάλογη έρευνα.

Η φυσική και νευρολογική εξέταση αποσκοπούν κυρίως στη διαπίστωση της παρουσίας, ή όχι, ενδείξεων συστηματικής πάθησης ή οξείας ή χρόνιας οργανικής νόσου του νευρικού συστήματος.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν την οσφουοντυαία παρακέντηση σε περιπτώσεις οξείας κρίσεις σπασμών που παρατηρούνται σε παιδιά αλλά και σε εφήβους ή ενήλικες και υπάρχουν υπόνοιες ανάπτυξης μηνιγγίτιδας ή εγκεφαλίτιδας.

Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει προσδιορισμό του ασβεστίου και του σακχάρου του αίματος και τον ακτινολογικό έλεγχο του κρανίου για τον αποκλεισμό άλλης αιτίας των σπασμών ( π.χ. υπασβεσταιμίας υπογλυκαιμίας ).

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι σημαντικό βοήθημα στη διάγνωση δεν πρέπει όμως να υπερεκτιμάται η αξία του.

Τα τελευταία χρόνια η υπολογιστική τομογραφία χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο σε νευρολογικά νοσήματα. Στην επιληψία η εξέταση είναι πολύ χρήσιμη, χρειάζεται όμως γνώση των περιορισμών της μεθόδου. Τα κυριότερα μειονεκτήματα είναι το υψηλό κόστος ή ακτινοβολία και η ανάγκη για νάρκωση στις μικρές ηλικίες.

#### ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στη διάγνωση. Το ΗΕΓ είναι χαρακτηριστικό σε κάθε μορφή επιληψίας ( π.χ. αιχμηρά και βραδέα κύματα στη μεγάλη επιληψία, αιχμή και κύμα στην μικρή επιληψία ). Η αξιολόγηση του ΗΕΓ γίνεται σε συνδιασμό με την κλινική εικόνα των σπασμών.

Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται στο τριχωτό της κεφαλής. Από την ινιακή χώρα όταν τα μάτια είναι κλειστά, παίρνονται κύματα που ονομάζονται άλφα ρυθμός. Σε άλλες περιπτώσεις παίρνεται ένας βραδύτερος ρυθμός βήτα. Η λήψη του ΗΕΓ είναι τελείως ακίνδυνη για τον άνθρωπο.

### Οσφυονωτιαία παρακέντηση

Είναι η μέθοδος λήψης Ε.Ν.Υ. και μέτρηση της πίεσης του.

Ο άρρωστος τοποθετείται σε πλάγια θέση στο χέλος του κρεβατιού με το κεφάλι και τα γόνατα σε κάμψη. Με την εισαγωγή ειδικής βελόνας στο χώρο της οσφυϊκής περιοχής γίνεται λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Στην επιληψία κύριο σκοπό της οσφυονωτιαίας παρακέντησης είναι η εξέταση του Ε.Ν.Υ για την ύπαρξη κάποιας λοίμωξης ή φλεγμονών.

Μετά το τέλος της παρακέντησης ο άρρωστος παραμένει για παρακολούθηση στο κρεβάτι σαν επιπλοκές αναφέρονται ο πονοκέφαλος και ο πυρετός που περνάει εύκολα.

### Ακτινογραφίες κρανίου

Στις ακτινογραφίες κρανίου γίνεται έλεγχος για κατάγματα, απασβεστώσεις ασυμμετρία.

### Αξονική τομογραφία

Με τη ναξονική τομογραφία γίνεται μελέτη της ανατομίας του εγκεφάλου και αυτό έχει μεγάλη σημασία για τη διάγνωση και μελέτη των επιληψιών.

Η μόνη προετοιμασία είναι ο ασθενής να είναι νηστικός στα παιδιά απαιτείται νάρκωση.

Παρακολούθηση ειδική χρειάζεται σε τυχόν εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων από το σκιαγραφικό.

ΕΙΔΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

## I. Μερική επιληψίας.

- A. Κινητική ( περιλαμβάνεται και η μονομυοκλονική )
- B. Αισθητική
- Γ. Ψυχολογική
- Δ. Μερική σύνθετη. Κρίσεις μεταβλητής μορφής, συνήθως μεταιχμιακής-κροταφικής προέλευσης

## II. Γενικευμένη επιληψία

- A. Χωρίς σπασμούς ( εκτός από μερικές μυοκλονικές, όλες οι κρίσεις του τύπου αυτού προκαλούν τουλάχιστον στιγμιαία απώλεια συνείδησης )
  - Αφαίρεση ( PETIT MAL )
  - Ατυπη αφαίρεση
  - Ατονική
  - Μυοκλονική
- B. Με σπασμούς
  - Τονικο-κλονική ( GRAND MAL )
  - Τονική
  - Κλονική

## III. Ατυπες ή αταξιλόγητες επιληπτικές κρίσεις. Συνήθως χωρίς απώλεια συνείδησης.

- A. Παροξυσμικοί τονικοί σπασμοί
- B. Νωτιαίος μυόκλονος

ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Συνήθως οι επιληπτικές κρίσεις έχουν χαρακτηριστικά συμπτώματα. Το κάθε επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει από λίγα δευτερόλεπτα ως μερικά λεπτά. Οι επιληπτικές κρίσεις και τα αποτελεσμάτá τους μπορούν να διαίρεθούν σε ορισμένα στάδια:

η αύρα - το πρώτο σύμπτωμα που αντιλαμβάνεται ο ασθενής - αντιπροσωπεύει συνήθως την ανατομική εστία από την οποία αρχίζει η κρίση· ακολουθεί η κρίση, και στη συνέχεια η μετεπιληπτική περίοδος στη διάρκεια της οποίας είναι δυνατό να παραμείνουν - συχνά για λεπτά αλλά μερικές φορές για ώρες ή ακόμα και ημέρες - κεφαλαλγία, υπνηλία ή εστιακές νευρολογικές διαταραχές.

I. Η μερική επιληψία συνίσταται σε κρίσεις εστιακής νευρολογικής διαταραχής

A. Τα κινητικά στοιχεία της μερικής κινητικής επιληψίας είναι απλή στροφή της κεφαλής και των ματιών στην αντίθετη πλευρά της εστίας, μερικές φορές περιλαμβάνουν άναρθρες κραυγές.

Η πρωτοπαθής κινητική ( Ρολάνδειος ) προκαλεί τις κλασσικές επιληπτικές κρίσεις τύπου JACKSON. Η κρίση αρχίζει με ρυθμικές συσπάσεις του αντίχειρα ή της γωνίας του στόματος της αντίθετης προς την εστία πλευράς του σώματος. Συχνά παρατηρούνται γενίκευση σπασμών. Πολλές κρίσεις της επιληψίας τύπου JACKSON ακολουθούνται από παροδική μετεπιληπτική παράλυση του άκρου που εμφανίζει σπασμούς ( Παράλυση του TODD ).

Β. Η μερική αισθητική επιληψία προκαλεί την κλασσική επιληπτική αύρα, κατά σειρά συχνότητας η αύρα συνίσταται σε αίσθημα ανύψωσης του επιγαστρίου, σε σωματικά αισθήματα μυρμηκίασης ή αιμωδίας, σε έλεγχο και οσφρητικές ψευδαισθήσεις.

Δ. Η μερική σύνθετη κροταφο-μεταιχμιακή επιληψία αντιπροσωπεύει το 40% περίπου όλων των περιπτώσεων επιληψίας. Συχνά αίτια αυτής της μορφής είναι διαταραχές διάπλασης, κατάλοιπα έγκεφαλικών λοιμώξεων των πρώτων χρόνων της ζωής ή βαριές περιπτώσεις πυρετικών σπασμών, τραυματισμοί κεφαλής



νεοπλάσματα και σε μεγαλύτερες ηλικίες εγκεφαλικά επεισόδια. Η κρίση ξεκινά με αύρα και εξελίσσεται σε στερεότυπες αυτόματες κινήσεις που μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές. Οι κρίσεις διαρκούν 1-2 λεπτά και ακολουθούνται από αργή ανάκτηση του προσανατολισμού με κεφαλαλγία και υπνηλία.

## II. Γενικευμένη επιληψία

### A. Χωρίς σπασμούς. Αφαιρετική κρίση (PETIT MAL)

Οι κρίσεις αφάιρεση αρχίζουν από την παιδική ηλικία συνήθως μεταξύ 2-12 ετών. Διαρκούν 1 με 2 δευτερόλεπτα και χαρακτηρίζονται από απλανές βλέμμα το οποίο συνοδεύεται από ελαφρές συχνότητας 3-4 HZ κινήσεις σύγκλεισης και διάνοιξης των βλεφάρων. Οι περισσότερες παρατεταμένες σύνθετες κρίσεις αφάιρεσης είναι δυνατό να διαρκέσουν 15 - 30 δευτερόλεπτα. Οι κρίσεις αναγνωρίζονται εύκολα: παρατηρούνται πτώση του κεφαλιού του παιδιού, ρυθμικές κινήσεις των βλεφάρων των άνω άκρων ακόμα και ενούρηση.

3. Οι ατονικές- ακινητικές κρίσεις συνοδεύονται από βαριά μυοκλονική επιληψία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις παρατηρούνται πτώσεις της κεφαλής πτώσεις στο έδαφος, κρίσεις ακινησίας.

Η μυοκλονος επιληψία είναι μία σύντομη ανεξέλεγκτη κίνηση όλου του σώματος ή μιας περιοχής του κορμού ή ενός άκρου.

### B. Με σπασμούς

Οι τονικό-κλονικές κρίσεις (μεγάλη επιληψία GRAND MAL) μπορούν να αρχίσουν σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι περισσότερες προκαλούν απώλεια συνείδησης από την έναρξή τους. Κατά την έναρξη της κρίσης πολλοί ασθενείς κραυγάζουν ασυνείδητα. Η κρίση αρχίζει με τονική σύσπαση των μυών σε έκταση, αναστέλλεται η αναπνοή και αναπτύσσεται κυάνωση για

να επακολουθήσει χάλαση των μυών. Βαθμιαία η υπερέκταση παραχωρεί τη θέση της σε γρήγορους, διαδοχικούς κλονικούς σπασμούς του τραχήλου, του κορμού και των άκρων οι οποίοι διαρκούν περίπου ένα λεπτό για να εμφανιστεί τελικά χαλαρή παράλυση με ρεγχάζουσα αναπνοή, ωχρότητα και έντονη σιελόρροια. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται δάγκωμα της γλώσσας και απώλεια ελέγχου των σφιγκτήρων. Άλλες σοβαρές κακώσεις παρατηρούνται σχετικά σπάνια αλλά οι ασθενείς πρέπει να προειδοποιούνται για τον κίνδυνο πνιγμού, αν η κρίση τους βρει στο λουτρό, η ασφυξίας από τα κλινοσκεπάσματα, αν επέλθει στη διάρκεια του ύπνου. Μετά την κρίση της μεγάλης επιληψίας ακολουθούν κόπωση, μυϊκή αδυναμία και μυαλγίες, γενική κεφαλαλγία και υπνηλία.

Σπάνιες μορφές επιληψίας και άλλες καταστάσεις που ανταποκρίνονται στην αντιεπιληπτική θεραπεία.

Η αντανακλαστική επιληψία είναι μια μορφή επιληψίας που μπορεί να παρατηρηθεί σε ευαίσθητα άτομα υπό την επίδραση διαφόρων αισθητικών ερεθισμάτων. Οι φωτογενείς κρίσεις προλούνται από στροβοσκοπικά φώτα από τη ρυθμική κίνηση του χεριού εμπρός στα μάτια όταν ο ασθενής έχει προσηλώσει το βλέμμα σε έντονο φως. Η γενικευμένη επιληπτική κρίση που επέρχεται, μπορεί να έχει τη μορφή μυδκλονου, αφαίρεσης ή τονικο-κλονικών σπασμών.

Η οικογενής παροξυσμική χοραιοαθέτωση είναι σπάνια διαταραχή, η οποία κληρονομείται και χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς, και συστροφές του σώματος με πλήρη διαύγεια της συνείδησης. Την έκλυση των επεισοδίων είναι δυνατόν να προκαλέσουν η υπερέκταση ή οι απότομες κινήσεις.

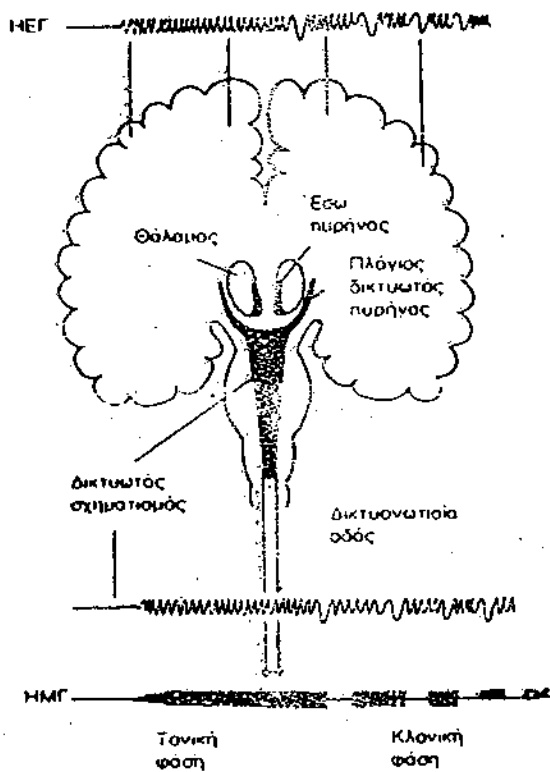
Οι υποτροπιάζοντες σπασμοί συστροφής αποτελούν επεισό-

δια δυστονικών σπασμών του προσώπου, του κορμού και των άκρων, και παρατηρούνται σε ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση.

#### ΣΥΝΕΧΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η γρήγορη διαδοχή επιληπτικών κρίσεων έτσι ώστε η μια να αρχίζει πριν υποχωρήσουν τα συμπτώματα ή τα μετεπιληπτικά φαινόμενα της προηγούμενης ονομάζεται STATUS EPILEPTICUS. Οι κρίσεις που επέρχονται αλληλοδιάδοχα, αλλά με σύντομες περιόδους αφύπνισης μεταξύ τους, χαρακτηρίζονται από σειρά επιληπτικών κρίσεων. Και οι δύο καταστάσεις μπορεί να παρατηρηθούν τόσο στη μερική όσο και στη γενικευμένη επιληψία.

Το STATUS EPILEPTICUS απαιτεί ειδική προσοχή, διότι σε διάφορες μορφές της η διαδοχική ή συνεχής επιληπτική δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει μόνιμη εγκεφαλική βλάβη. Η διάγνωση, ωστόσο, δεν είναι δυνατή αν δεν είναι πράγματι γνωστό ότι παρατηρήθηκαν αρκετές επιληπτικές κρίσεις σε γρήγορη διαδοχή.



Σχήμα 5. Κρίση grand mal. Η υψηλής συχνότητας ΗΕΓ γραφική εκφόρτιση της τονικής φάσης διακόπτεται σποράδαια από θροδδα κύματα που εναστέλουν την εγκεφαλική δραστηριότητα και επιτρέπουν βραχείες περιόδους μυϊκής χαλάρωσης, που είναι υπεύθυνες για την κλονική φάση της κρίσης.  
 (Από το «A Physiological Approach to Clinical Neurology», 3η έκδοση, Lantos και McLross, με την άδεια των συγγραφέων και εκδότη).

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αντιμετώπιση της επιληψίας συνίσταται στην προσπάθεια πλήρους διακοπής των κρίσεων και στην παροχή βοήθειας στον ασθενή, ώστε να προσαρμοσθεί στην ύπαρξη μιας πάθησης που - πρόξενεί φόβο στους περισσότερους ανθρώπους και αίσθημα ντροπής σε πολλούς.

### Αντιμετώπιση των κρίσεων

1. Πολλές απλές κρίσεις δεν επαναλαμβάνονται και, συνεπώς δεν απαιτείται η εφαρμογή χρόνιας θεραπείας, όταν ο ασθενής έχει παρουσιάσει μόνο μία επιληπτική κρίση, παρά μόνο αν βρεθεί κάποια συγκεκριμένη αιτία ικανή να προκαλέσει υποτροπές.

2. Μετά την ακριβή διάγνωση του πιθανού τύπου της επιληψίας χορηγείται το προτιμώτερο φάρμακο στην πλήρη συνιστώμενη δοσολογία του.

3. Αν ένα επιληπτικό φάρμακο δεν κατορθώνει να θέσει υπό έλεγχο τις κρίσεις, ακόμα και σε τοξικές δόσεις, δοκιμάζεται ένα άλλο. Επίσης αν το πρώτο φάρμακο προκαλέσει σημαντικές παρενέργειες διακόπτεται αντικαθιστόμενο όμως γρήγορα από το επόμενο περισσότερο αποτελεσματικό.

4. Η φαρμακευτική αγωγή της γενικευμένης επιληψίας δεν διακόπτεται ποτέ απότομα, γιατί είναι δυνατό να προκληθεί STATUS EPILEPTICUS.

### Επιλογή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων

Αναφέρονται κατά σειρά προτίμησης τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που δρουν αποτελεσματικά σε διάφορους τύπους της χρόνιας επιληψίας.

Γενικευμένη τονικο-κλονική επιληψία

Φαινοτοΐνη

Φαινοβαρβιτάλη

Καρβαμαζεοΐνη

Πριμιδόνη

Επιληπτική αφάρτηση

Αιθοσουξιμίδη

Βαλπροϊκό οξύ

Τριμεθαδιόνη

Κλοναζεπάμη

Μερικές επιληψίες

Καρβαμαζεπίνη

Φαινυτοΐνη

Πριμιδόνη

Κλοναζεπάμη

Μυοκλονικές επιληψίες

ACTH ή κορτικοστεροειδή

κλοναζεπάμη

Παρακολούθηση των συγκεντρώσεων των φαρμάκων

Ο προσδιορισμός των συγκεντρώσεων των επιληπτικών φαρμάκων στο αίμα μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμος στη θεραπεία.

Ο προσδιορισμός της συγκέντρωσης του αντιεπιληπτικού φαρμάκου στο αίμα είναι ιδιαίτερα χρήσιμος όταν γίνεται μέσα σε 2-3 εβδομάδες από την έναρξη της θεραπείας με σκοπό την εκτίμηση της συνεργασίας του ασθενούς, την εξακρίβωση της μεταβολικής του ανταπόκρισης στο φάρμακο και τη σύγκριση των φαρμακολογικών αποτελεσμάτων κλινικά.

Θεραπευτικό σχήμα που θα μπορούσε να προταθεί για

Επιληπτική κατάσταση:

Προτιμητέα μια κρίση γενικευμένη κάθε 10 λεπτά παρά φαρμακευτική υπερφότωση. Έναρξη θεραπείας με τα εξής:

Οξυγόνο 8LIT/MIN και διαζεπάμη (π.χ. VALIUM) 5-15MG και GLY-

COSE 5% στάγδην σε ταχεία έγχυση ή Κλοναζεπάμη (π.χ. RIVOTRIL IAMP). Είναι δέκα φορές ισχυρότερο του VALIUM.

Αν οι κρίσεις επιμένουν, δίνουμε διαδοχικά:

Διφαινυδαντοΐνη (π.χ. EPANUTIN 250MG) μέχρι 750MG. Προσοχή Μπορεί να προκαλέσει υπάσση ή άπνοια σε μεγάλες δόσεις, καλύτερα να δίνεται μία εφάπαξ δόση.

Φαινοβαρβιτάλη 100MG σε 2-3 λεπτά. Επανάληψη ανά 5-10 λεπτά μέχρι 500MG ή 800MG.

Παραλδεΐδη 4ML και 20-30 ML φυσιολογικού ορού στη σύριγγα. Θέρμανση κάτω από τρέχον θερμό νερό--αφρώδης σύσταση. Ολο σε 8 λεπτά. Επανάληψη αν χρειασθεί 2-3 φορές σε μία ώρα.

Προσοχή είναι ερεθιστικό στους ιστούς, μπορεί να προκαλέσει ψυχρά αποστήματα και παράλυση του ισχιακού νεύρου. Έχει δυσάρεστη οσμή, μπορεί ακόμη να διαλύσει τις πλαστικές σύριγγες.

Ευλοκαΐνη 50MG/MIN (μέχρι 200MG).

Βαλπροϊκό Νάτριο (π.χ. DEPAKINE TABL. 200MG 500MG. Υπό μορφή κλύσματος σιροπιού σε δόσεις 500MG ανα ώρα.

Αν οι κρίσεις συνεχίζονται δίνουμε γενική αναισθησία.

### Χειρουργική Θεραπεία

Χειρουργική θεραπεία θα χρησιμοποιηθεί μόνο στις περιπτώσεις που τα κλινικά και ηλεκτροεγκεφαλικά ευρήματα δείχνουν ότι οι επιληπτικές κρίσεις είναι αποτέλεσμα εστιακής επιληπτικής εκφόρτισης που ξεκινάει από συγκεκριμένη και προσπελάσιμη εγκεφαλική περιοχή. Ενδείκνυται μόνο στις περιπτώσεις που έχουν χορηγηθεί για μακρό χρονικό διάστημα αντι-επιληπτικά φάρμακα χωρίς να έχουν ελεχθεί οι κρίσεις. Ιδιαίτερα ενδείκνυται στη θεραπεία της επίμονης κροταφικής επιληψίας όπου η αφαίρεση του πρόσθιου τμήματος του κροταφικού λοβού ελέγχει τις κρίσεις και βελτιώνει τη συμπεριφορά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟΓΕΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

1. Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να διευκολύνει την προσαρμογή του ασθενούς στο Νοσοκομείο και προσπαθεί να τον ενισχύσει ψυχολογικά και τον βοηθά να κατανοήσει την κατάστασή 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 ώστε να βοηθήσει τον γιατρό στην διάγνωση.

4. Προστατεύει τον ασθενή από ψυχολογική και σωματική βλάβη με την επίβλεψη και τη χρησιμοποίηση προστατευτικών μέτρων.

5. Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό του ασθενούς, την συχνότητα, διάρκεια και χαρακτηριστικά των κρίσεών του, τους επισπεύδοντας παράγοντες αυτών, την προσωπικότητα του και κατά πόσο παρουσιάζει αύρα.

6. Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς. Με αυτές τις πληροφορίες μπορεί να προγραμματίσει την ειδική φροντίδα και παρακολούθηση, την οποία χρειάζεται ο ασθενής της χωρίς να επιβάλλει περιττούς περιορισμούς για να τον προστατεύσει από τυχόν βλάβες.

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

Οι ασθενείς που εμφανίζουν αύρα πριν από την κρίση μπορούν να διδαχθούν να πηγαίνουν στο κρεβάτι, ή να ξαπλώνουν στο πάτωμα και να φωνάζουν την νοσηλεύτρια όταν επίκειται μια κρίση. Πρέπει να προστατεύεται το κεφάλι με την τοποθέτηση μαξιλαριού ή μιας κουβέρτας κάτω απ' αυτό.



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, διότι 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 του περιορισμού, μπορεί να τις αυξήσει.

Αν δεν υπάρχει σπαστικότητα μπορεί να προκληθεί κάταγμα.

α) Απομακρύνονται τυχόν αντικείμενα από το περιβάλλον, στα οποία υπάρχει η πιθανότητα να χτυπήσει ο ασθενής.

Κατά τη διάρκεια της κρίσης η νοσηλεύτρια είναι ήρεμη 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 τέλος της κρίσης η νοσηλεύτρια δίνει ικανοποιητικές εξηγήσεις.

Ο ασθενής δεν πρέπει να εγκαταλείπεται μόνος μετά την κρίση. Μετά το τέλος αυτής πρέπει να στραφεί στα πλάγια, για την διευκόλυνση απόβολής των στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων και πρόληψη εισροφής τους.

Η νοσηλεύτρια παρατηρεί και αναγράφει τα πιο κάτω σημεία κατά τη διάρκεια της κρίσης.

1) Εκλάψε ο ασθενής ή προσπάθησε να ελικύσει την προσοχή της με οποιονδήποτε τρόπο;

2) Ποιά ήταν η θέση της κεφαλής, του κορμού και των άκρων του.

3) Αλλάξε η αρχική θέση του σώματός του

4) Οι οφθαλμοί εξέκλιναν άνω, κάτω, πλαγίως. Οι κόρες άλλαξαν μέγεθος, αντέδρασαν στο φως κατά την κρίση ή μετά την κρίση.

5) Το πρόσωπο και τα χείλη άλλαξαν χρώμα.

6) Εσφιξε ο ασθενής τα δόντια του, δάγκωσε τη γλώσσα του.

7) Υπήρξαν σπασμοί σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος.

Από ποιο σημείο άρχισαν, επεκτάθηκαν; Πόσο διήρκεσαν;

8) Έχασε ο ασθενής τις αισθήσεις του, για πόση ώρα;

9) Ποιός ήταν ο ρυθμός της αναπνοής, παρουσίασε άπνοια;

10) Μπορούσε ο ασθενής να αντιδράσει στα ερεθίσματα, είχε συγχυση;

11) Είχε απώλεια ούρων;

12) Πόσο διήρκεσε όλη η κρίση;

13) Εξέφρασε ο ασθενής κανένα παράπονο για πόνο ή δυσχέρεια κινήσης σε οποιοδήποτε μέλος του σώματός του μετά την κρίση;

Οι σαφείς παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας μπορεί να βοηθήσουν τον γιατρό να προσδιορίσει την περιοχή της βλάβης στον εγκέφαλο και να καθορίσει τον τύπο της θεραπείας.

Σε περίπτωση που ο επιληπτικός δείξει συμπτώματα δύσπνοιας η νοσηλεύτρια την αντιμετωπίζει ως εξής:

Τοποθετούμε τον ασθενή σε ανάρροπη θέση και ανυψώνουμε το πάνω μέρος της κλίνης και αυτό γίνεται για να εξασφαλιστεί η επαρκής οξυγόνωση του αίματος.

Στην περίπτωση που θα εμφανιστεί υπέρταση συνίσταται η συχνή λήψη της Α.Π. Η υπέρταση πολλές φορές είναι επακόλουθο των φαρμάκων που λαμβάνονται για τον έλεγχο της νόσου. Κατά τη διάρκεια της κρίσης είναι δυνατόν να συμβεί καρδιογενές SHOCK.

Η νοσηλευτική παρέμβαση αποσκοπεί στην διατήρηση της Α.Π. στο επίπεδο των 80- 100MM/HG στην τοποθέτηση καθετήρος FOLLEY στον έλεγχο των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Σε περίπτωση οξείας δυστονίας και για την ανακούφιση από τον αφόρητο πόνο γίνεται διακοπή των αντιεπιληπτικών και χορηγείτε αναλγητικά ZIDERON , PETHIDINE (I.M.)

Σε περίπτωση που εμφανιστεί υπογλυκαιμία και είναι γνωστό πως χαμηλές τιμές σακχάρου επηρεάζουν την εγκεφαλική λειτουργία. Ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί ζάλη, αδυναμία, καθώς και διαταραχή προσανατολισμού. Συνιστάται χορήγηση σε μορφή ποτού ή στερεάς τροφής.

Σε περίπτωση φωτοφοβίας ανακουφίζεται ο ασθενής με την τοποθέτηση λιγοστού φως καθώς και με την χρήση γυαλιών ηλίου.

Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει νευροφυτικές διαταραχές (Διανοητική σύγχυση, υπνηλία λήθαργο).

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται είναι δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος. Τοποθετούνται προφυλακτικές στο κρεβάτι (αταξία) και περιορίζονται οι επισκέπτες. Ιδιαίτερη προσοχή στα ρεύματα αέρος, στον περιορισμό πρωτεινών και χορήγηση γευμάτων πλούσια σε υδατάνθρακες.

Σε κατάσταση STATUS EPILEPTICUS η νοσηλευτική φροντίδα είναι:

- 1) Εξασφάλιση βατού αεραγωγού και επαρκούς αερισμού.
- 2) Τεχνητή αναπνοή.
- 3) Αναρρόφηση αν είναι απαραίτητη.
- 4) Χορήγηση O<sub>2</sub>
- 5) Εγκαιρη διασωλήνωση.
- 6) Εφαρμογή καθετήρα FOLLEY. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
- 7) Χορήγηση φαρμάκων
- 8) συνεχής παρακολούθηση του ασθενή

9). Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση για αποφυγή εισρόφησης.

Ελεγχος κυκλοφορικού συστήματος. Τοποθέτηση προφυλακτικών καλυμμένων εσωτερικά με μαξιλάρια για αποφυγή τραυματισμών του ασθενή. Τοποθέτηση καλυμμένου με γάζα γλωσσοπέστρο ανάμεσα στα δόντια για αποφυγή τραυματισμού της γλώσσας και των δοντιών.

Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του.

### 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 μπορεί να συλλεγούν από την επιφάνεια της κεφαλής πάνω σε χαρτί σαν ηλεκτροικά κύματα.

Το Η.Ε/Γ. χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση επιληπτικών παροξυσμών και αποτελεί βοηθητικό μέσο και τα ευρήματα έχουν αξία κυρίως προς το ιστορικό και την κλινική εξέταση.

#### Νοσηλευτική προντίδα

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 συννενοήση με τον γιατρό.

Στις γυναίκες αφαιρούνται τυχόν μεταλλικά αντικείμενα από τα μαλλιά.

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

ΟΣΦΥΟΝΩΤΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣκοπός:

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

Αντικείμενα

- |   |   |
|---|---|
| 1 Δίσκος που περιέχει:  | . ειδικές βελόνες οσφυονωτιαίας παρακέντησης με στειλεό |
| . Μπώλ με τολύπια   | . καψάκι για το αντισηπτικό                             |
| . Αντισηπτική διάλυση (BETADINE) για αντισηψία δέρματος           | . σύριγγα των 1000 και βελόνες                          |
| . Τοπικό αναισθητικό (XYLOCAINE 1-2%)                             | . γάζες μικρές τετράγωνες                               |
| . Λεύκοπλάστη, φαλίδι   | . 3 σωληνάρια για λήψη δείγματος, με πόμα.              |
| . Λαστιχάκι και ετικέτες  | . λαβίδα ανατομική                                      |
| 2 Δίσκος οσφυονωτιαίας παρακέντησης που περιέχει, αποστειρωμένος: | . γάντια μάσκα  |
| . τετράγωνο και σχιστό  |   |
| 3 Κανόμετρο με κάνουλα τριών κατευθύνσεων.                        |   |

ΔιαδικασίαΝοσηλευτική ενέργειαΑιτιολόγηση ενέργειαςΦάση προετοιμασίας

- |   |  |
|---|--|
| 1) Βξηγείστε στον άρρωστο βήμα προς βήμα τη διαδικασία και καθοδηγείστε τον να πάρει τη | 1) Με αυτότο τρόπο ενθαρρύνεται τον άρρωστο και εξασφαλίζεται τη συνεργασία του. |
|---|--|

Θάση προετοιμασίας

κατάλληλη θέση.

- 2) Κατεβάστε τα κλινοσκεπάσματα προς το κάτω μέρος του κρεβατιού.
- 3) Πλάγια θέση.  
Τοποθετείστε τον άρρωστο στην πλαγία θέση με τη ράχη στο χέιλος 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.
- 5) Καθιστή θέση:  
Τοποθετείστε τον άρρωστο σε καθιστή θέση στο χέιλος του κρεβατιού με το κεφάλι σε κάμψη προς το θώρακα, μπρούς 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) Πλύνεται τα χέρια σας
- 3) Ο άρρωστος πρέπει να είναι ξαπλωμένος σε σταθερή επιφάνεια.
- 4) Με τη θέση αυτή η οσφυϊκή μούρα της σπονδυλικής στήλης παίρνει σχήμα τόξου, τα μεσοσπονδύλια διαστήματα, διευρύνονται καλύτερα και διευκολύνεται η είσοδος της βελόνης στον υπαρχονοειδή χώρο.
- 5) Τα παιδιά συνήθως τοποθετούνται σε καθιστή θέση. Σε παχύσαρκα άτομα και αρρώστους που δεν μπορούν να κάμψουν τη σπονδυλική στήλη σε σχήμα τόξου στην πλαγία θέση, η θέση αυτή επιτρέπει πιο ακριβή καθορισμό των σπονδυλικών αποφύσεων και των μεσοσπονδύλιων διαστημάτων.

Φάση προετοιμασίας

- 7) Τοποθετείστε το δίσκο οσφυο-νωτιαίας παρακέντησης στο κομμόλινο του αρρώστου και ανοίξετε τον με άσηπτη τεχνική.

Φάση εκτέλεσης

- 1) Ο γιατρός αφού προσδιορίσει την περιοχή που θα παρακέντησει 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.
- 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 προλαμβάνεται απότομες κινήσεις που μπορεί να προκαλέσουν κάποιο τραυματισμό (αιματηρό) και έτσι να έχουμε λαθασμένη διάγνωση.
- 3) Τα μεσοσπονδύλια διαστήματα του 3ου και 4ου ή 4ου και 5ου οσφυϊκού σπονδύλου είναι κάτω από το επίπεδο του νωτιαίου μυελού.

Η βελόνη προχωρεί ως το σημείο που ο γιατρός θα έχει την αίσθηση κατάργηση της αντίστασης που σημαίνει ότι βρίσκεται στο υπαραχνοειδή χώρο. Αφαιρείτε ο

Φάση εκτέλεσης

στειλεός και εφαρμόζεται η κά-  
νουλα τριπλής κατεύθυνσης και  
το μανόμετρο στη βελόνη. Το E.  
N.Y. ανέρχεται στο μανόμετρο  
και όταν σταθεροποιηθεί η στα-  
θμη του E.N.Y. διαβάζεται η  
πίεση. Φυσιολογικά είναι 60-180  
MM στήλης νερού.

- 4) Μετά την είσοδο της βελόνης στο υπαραχνοειδή χώρο βοηθείστε τον άρρωστο να ευθείασει τα πόδια του σιγά-σιγά.
- 5) Συμβουλευστε τον άρρωστο σας να αναπνέει ήρεμα (να μην κρατά την αναπνοή του) και να είναι χαλαρός.
- 6) Παίρνοντας 3 δείγματα, περίπου από IMB E.N.Y. σε κάθε σωληνάριο για επισκόπηση, σύγκριση και εργαστηριακή ανάλυση. Η έξοδος του υγρού γίνεται στάγδην.
- 7) Μετά τη λήψη των δειγμάτων μετριέται και πάλι η ενδοκράνια πίεση. Στη συνέχεια η βελόνη αφαιρείται και τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα.
- 4) Η ενέργεια αυτή προλαβαίνει εσφαλμένες μετρήσεις της ενδοκράνιας πίεσης. Η μυϊκή τάση και η πίεση της κοιλίας μας δίνει εσφαλμένα αυξημένη τιμή ενδοκράνιας πίεσης.
- 5) Ο υπεραερισμός μπορεί να ελαττώσει μια αληθινά αυξημένη ενδοκράνια πίεση.
- 6) Το E.N.Y. πρέπει να είναι άχρωμο και διαυγές. Αιμορραγικό E.N.Y. μπορεί να σημαίνει: κάκωση εγκεφαλικής ουσίας ή υπαραχνοειδή αιμορραγία.



Θάση παρακολούθησης

- 1) Ετοιμάστε τα δείγματα E.N.Y. και φροντίστε για την αποστολή τους στο εργαστήριο.
- 2) Τοποθετείστε τον άρρωστο σε οριζόντια θέση (πρηνή, πλάγια ή υπτία) για 6-12 ώρες. Το κεφάλι δεν πρέπει να είναι ψηλότερα από το υπόλοιπο σώμα σκεπάστε τον και αφήστε τον άνετα.
- 3) Παίρνετε και καταγράφετε τα ζωτικά σημεία κάθε 15' με 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) Ενθαρρύνεται τον άρρωστο να παίρνει ελεύθερα υγρά.
- 6) Σε περίπτωση που ο άρρωστος σας παραπονέθει για κεφαλαλγία, προτρέψτε τον να παρατείνει τον χρόνο παραμονής του σε οριζόντια θέση και χορηγείτε φάρμακα ύστερα από ιατρική εντολή.
- 1) Συνήθως γίνονται εξετάσεις για λεύκωμα, σάκχαρο, τύπο και αριθμό υπαρχόντων κυττάρων.
- 6) Μερικοί άρρωστοι υποφέρουν από κεφαλαλγία μετά την παρακέντηση και μπορεί να διαρκέσει από 24 ώρες μέχρι βδομάδα. Η κεφαλαλγία αυτή χαρακτηρίζεται από πόνο ινιοσχενική εντόπισης αλλά και

## Φάσης παρακολούθησης

μετωπιαίας. Επέρχεται λίγα λεπτά μετά την έγερση του αρρώστου από τη θέση κατάκλισης και βελτιώνεται μετά την κατάκλιση και πάλι του αρρώστου. Πιστεύεται ότι αυτή η κεφαλαλγία οφείλεται στη συνεχή διαρροή Ε.Ν.Υ. στην περιοχή της παρακέντησης (οσφυϊκούς ιστούς) δια μέσου της δρομής της βελόνης.

Η ενδορραχιαία ένεση στείρου 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 Ε.Ν.Υ. αριθμό δειγμάτων Ε.Ν.Υ. και είδος εξέτασης, τιμές ενδοκράνιας πίεσης (αρχική και τελική) κατάσταση και αντίδραση του αρρώστου.

Προσοχή

Η πολύ αυξημένη πίεση του Ε.Ν.Υ. αποτελεί αντένδειξη για οσφυονωτιαία παρακέντηση διότι αυξάνει τον κίνδυνο επέλευσης θανατηφόρου παρεγκεφαλιδικού 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 Ε.Ν.Υ., η οσφουοντιαία παρακέντηση γίνεται με πολύ λεπτή βελόνα ( 22 ή 24 / G) ώστε, ο στενός αυλός της βελόνης να μην επιτρέπει την έξοδο ποσότητα Ε.Ν.Υ. 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

##### Πρίν 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 νάρκωση

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

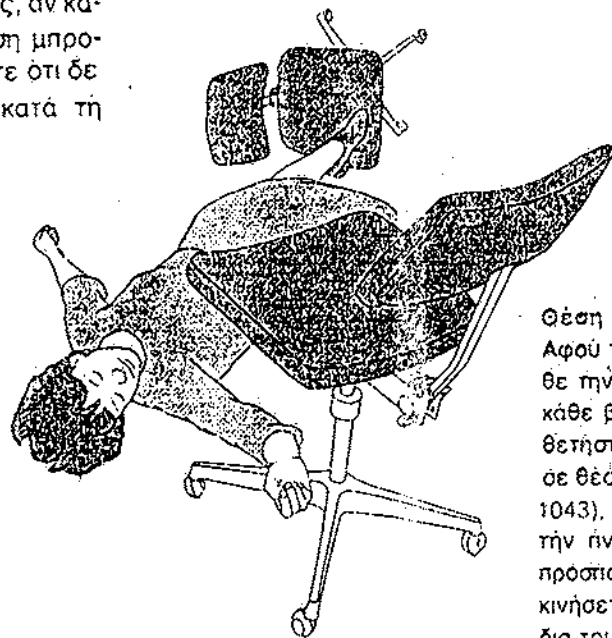
Επέβλεψη αρρώστου που ήταν ανήσυχος και του έγινε γενική νάρκωση.

### Αντιμετώπιση μιας επιληπτικής κρίσεως

Η πιο σημαντική συμβολή σας, αν κάποιος πάθει επιληπτική κρίση μπροστά σας, είναι να βεβαιωθείτε ότι δε διατρέχει κάποιο κίνδυνο κατά τη διάρκεια της κρίσεως.

#### Προφύλαξη από τραυματισμό

Μιά επιληπτική κρίση μπορεί να συμβεί χωρίς καμία προειδοποίηση για τον πασχόντα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι δυνατό να τον βοηθήσετε να πάει σε κάποιο ασφαλές μέρος, αλλά θα πρέπει ν' απομακρύνετε όλα τα κοντινά αντικείμενα, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος να τραυματιστεί όσο διαρκεί η κρίση.



#### Θέση αναρρώσεως

Αφού το άτομο που έπαθε την κρίση σταματήσει κάθε βίαιη κίνηση, τοποθετήστε το προσεκτικά σε θέση αναρρώσεως (σ. 1043), για να αποφύγετε την ήνιγμα, αλλά μην προσπαθήσετε να μετακινήσετε απότομα τα πόδια του.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΠΑΝΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣΙΣΤΟΡΙΚΟ Ι

Ο ασθενής Α.Β. 22 ετών νοσηλεύτηκε στην Νευρολογική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών από 19-10-1992 μέχρι 7-11-1992

ΛΟΓΟΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

Επιληπτικές κρίσεις

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Ο ασθενής έχει ιστορικό επιληπτικών κρίσεων (GRAND MAL) που είναι απότοκες λογενούς εγκεφαλίτιδος από την οποία προσεβλήθη προ διαιτίας. Έχει επανηλειμένα νοσηλευτεί σε νευρολογική κλινική για τη ρύθμιση της αντιεπιληπτικής του αγωγής. Το τελευταίο δεκαήμερο βρισκόταν σε αγωγή με EPANUTIN CAPS, RIVOTRIL 2MG, MYSOLIVE TAB 250 MG, GARDENAL TAB 100 MG CIAFORAN και TEGRETOL TAB 200MG. Παρουσίασε επανειλημμένα επεισόδια κρίσεων απώλειας συνείδησης (περιγράφει τροφή κεφαλήσαριστερά και χαμόγελο πριν την απώλεια της συνείδησης).

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Από διαιτίας επανειλημμένα επεισόδια Επιληπτικών κρίσεων.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Από την νευρολογική εξέταση δεν προέκυψε τίποτε το εστιακό. Αυτή η είσοδος σε νευρολογική κλινική ήταν η τρίτη. Από τον Απρίλιο μέχρι και τον Ιούλιο δεν παρουσίασε κρίσεις τον Αυγούστο έκανε πέντε (5) κρίσεις, τον Σεπτέμβριο έκανε επτά (7) και τον Οκτώβριο δέκα (10). Προ εβδομάδος παρουσίασε απώλεια συνείδησης και τραυματίστηκε.

Εγινε έλεγχος στο νοσοκομείο που ήταν αρνητικός .Από 5ημέρου εμπύρετο με κρίση GRAND MAL.

Στις 20-10-92 Βραδυψιχισμός (Μετακριτικό στάδιο)  
Κατηρημένα κοιλιακό και δεξιό και αδιάφορο πελματιαίο Πυρ.  
37,8Κ.

Στις 21-10-92 Πυρετός 38Κ έκανε δύο κρίσεις με στροφή της κεφαλής και του βλέμματος δεξιά.

Στις 22-10-92 Θερμοκρασία 36,1Κ έκανε τέσσερις ψευδο-αφαιρετικές κρίσεις (στροφή της κεφαλής δεξιά και αριστερά απώλεια συνείδησης Ι-2: Ακολουθεί μετακριτικό στάδιο.

#### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

- 1) Γενική αίματος εκτός από τον αιματοκρίτη που ήταν 31 κατά φύση.
- 2) Ακτινολογικός έλεγχος: RO θώρακα χωρίς παθολογικά ευρήματα.  
RO κρανίου χωρίς οστικές αλλοιώσεις.
- 3) Ηλεκτοφυσιολογικός έλεγχος  
Δεν καταγράφονται ρυθμοί ασυχνότητας.
- 4) Διάγνωση  
Επίληψια από προσβολή λογενοούς εγκεφαλίτιδος.
- 5) Φαρμακευτική αγωγή  
DEXTROSE 5% 1000CC, TEGRETOL 200MG IX2, CLAFORAN FL/ IX3  
GARDENAL 100MG IX2 , MYSOLIVE TAB. 200MG IX2, RIVOTRIL  
TAB. 2MG IX3 , EPANUTIN CAPS 100MG 2X3.

Προβλήματα ή Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός νοσηλευτ. ενεργ.	Φαρμαγωγή νοσηλ. ενεργ.	Αξιολόγηση με επιστημονική τεκ
Σπασμός	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ασφάλεια του αρρώστου</li> <li>-Διατήρηση της αναπνευστικής διαδικασίας</li> <li>-Έλεγχος σπασμών</li> <li>-Πρόληψη σωματικής βλάβης</li> <li>-Χορήγηση φαρμάκων για την καταστολή των σπασμών.</li> </ul>	<p>Πρόβλεψη των κινδύνων που μπορούν να εμφανιστούν</p> <p>Τα φάρμακα να είναι έτοιμα, σε περίπτωση ιατρικής εντολής</p> <p>Προγραμματισμός για την ανάνηψη του αρρώστου χωρίς να προκληθεί σωματική βλάβη και αναπνευστική δυσχέρεια κατά τη διάρκεια της κρίσης.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Τοποθέτηση του αρρώστου στο πάτωμα και τοποθέτηση κουβέφτας κάτω απ' αυτόν</li> <li>- Αν επιτρέπει ο χρόνος τοποθέτηση μαλακού σταθερού αντικειμένου μεταξύ των δοντιών για αποφυγή βλάβης της γλώσσας</li> <li>- Αποφεύγεται η τοποθέτηση αντικειμένου μεταξύ των δοντιών αν είναι ήδη σφιχτά</li> <li>- Δεν μετακινούμε τον άρρωστο</li> <li>- Δεν ακινητοποιούμε βιαίως</li> <li>- Παραμένουμε δίπλα μέχρι να τελειώσει η κρίση</li> </ul>	<p>Αποτελεσματικός έλεγχος των σπασμών με την νοσηλευτική παρέμβαση</p>

Προβλήματα ή Συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλ. ενεργειών	Εφαρμογή νοσηλ.ενεργειών	Αξιολόγηση με επιστημον. τεκμ.
Τραυματισμός της γλώσσας	- Ανακούφιση από τον πόνο	Καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και της γλώσσας (HEXALEN)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δεν προσπαθούμε να τον ξυπνήσουμε</li> <li>- Χορήγηση αντι-σπασμωδικών φαρμάκων</li> <li>- Τοποθέτηση για την προφύλαξη της γλώσσας PORT COTTON ανάμεσα στα δόντια</li> </ul>	Επούλωση του τραύματος
Κυάνωση του στόματος και των χειλέων	- Να αποκατασταθεί η κυκλοφορία του αίματος και η λειτουργία της αναπνοής	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση O2 σε ποσότητα και διάρκεια ανάλογη των αναγκών του αρρώστου</li> <li>- Δημιουργία κατάλληλης περιβαλλοντολογικής θερμοκρασίας</li> </ul>		Λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος Αποφυγή της κυάνωσης
Μετά την κρίση	- Ανακούφιση του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορήγηση γεύματος</li> <li>- Πλύσιμο της στοματικής κοιλότητας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αποφυγή ερεθιστικών τροφών</li> <li>- Ελαφρές κινήσεις κατά το πλύσιμο</li> </ul>	



ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣΙΣΤΟΡΙΚΟ ΙΙ

Η ασθενής Α.Η. ετών 36 νοσηλεύθηκε στην Νευρολογική Κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών από 10-II-1992 μέχρι 12-II-1992

ΛΟΓΟΙ ΒΙΣΑΡΩΓΗΣ

Ρύθμιση αντιεπιληπτικής αγωγής

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Η παρούσα νόσος αρχίζει σε ηλικία 15 ετών με επεισόδια απώλειας συνείδησης των οποίων προηγείτο μετωπιαία και αυχενική κεφαλαλγία. Είχε λάβει αγωγή με DIPHENAL FORTE (ΙΧ 3) BRANUTIN CAPS (ΙΧΙ) και MYSOLINE 25MG (Ι $\frac{1}{2}$ ΧΙ). Η φαρμακευτική αγωγή συνεχίστηκε για 5 έτη και διακόπηκε ήταν ελεύθερη κρίσεων. Οι κρίσεις ξαναρχίζουν σε ηλικία 32 ετών συχνά γενικευμένες. Λαμβάνει DEPAKINE CHRONO 500MG (ΙΧ2). Τελευταία επιληπτική κρίση την 5-II-92.

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κρίσεις GRAND MAL από ηλικία 15 ετών.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Χωρίς εστιακή σημειολογία

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

- 1) Αιματολογικός έλεγχος κατά φύση
- 2) Ηλεκτροφυσιολογικός έλεγχος. Βασικός ρυθμός συχνότητας α-IIHZ στο οποίο καταγράφονται συχνές γενικευμένες παροξυντικές εκφορτίσεις αιχμηρόμορφων βραδέων κυμάτων που επικρατούν στις μέσες περιοχές.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Κρίσεις επιληπτικές

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

DEPAKINE TAB. CHRONO (I-O-I $\frac{1}{2}$ )

ΕΚΒΑΣΗ ΟΔΗΓΕΙΕΣ

Έλεγχος επιπέδων DEPAKINE.

Προβλήματα & ανάγκες αρρώστου.	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός και Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή της Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Ζάλη	<p>Προφύλαξη του αρρώστου από τις επιπτώσεις της.</p> <p>Εγκαιρη πρόληψη.</p> <p>Αντιμετώπιση της ζάλης</p>	<p>Τοποθέτηση του αρρώστου σε θέση που αν ζαλιστεί να αποφύγει τον τραυματισμό.</p> <p>Χρήση φαρμάκων για την πρόληψη της ζάλης.</p> <p>Παρακολουθούμε τον άρρωστο, και γίνεται έλεγχος ζωτικών λειτουργιών κάθε 3ωρο.</p>	<p>Εγινε ενημέρωση του αρρώστου για το πως θα προφυλάξει τον εαυτό αν νιώσει το αίσθημα της ζάλης.</p> <p>Ελέγχθηκαν οι ζωτικές λειτουργίες του αρρώστου.</p> <p>Τοποθετήθηκε ο άρρωστος στο κρεβάτι του σε αναπαυτική θέση και του εδόθησαν συμβουλές να μην σηκώνεται χωρίς σοβαρό λόγο.</p>	<p>Με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και την συνεργασία της άρρωστης κατορθώθηκε η πρόληψη της ζάλης και αποφάχθηκαν οι συνέπειές της.</p>

Προβλήματα & ανάγκες άρρωσ.	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός και Νοσηλευτική φροντίδα	Εφαρμογή της Νοσηλευτικής φροντίδας	Αξιολόγηση αποτελέσματος
Απώλεια ούρων	Έλεγχος ούρησης	<p>Τοποθέτηση ουροκαθετήρα</p> <p>Διατήρηση καθαρών των κλινοσκεπασμάτων της άρρωστης.</p> <p>Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.</p> <p>Ενδοφλέβια χορήγηση υγρών για διατήρηση σταθερού ισοζυγίου.</p> <p>Έλεγχος των αποβαλλόμενων ούρων.</p>	<p>Η άρρωστη διατηρήθηκε στεγνή και καθαρή</p> <p>Μετρήθηκαν τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά.</p> <p>Εγινε ενδοφλέβια χορήγηση με ορό DEXTROSE 5%.</p> <p>Δεν παρατηρήθηκε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών.</p>	<p>Με την νοσηλευτική φροντίδα μειώθηκε η απώλεια των ούρων και ψυχολογικά η άρρωστη ηρέμησε.</p>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΡΟΕΚΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

#### Α. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η οικογένεια του επιληπτικού σχετίζονται με τη βαρύτητα της επιληψίας αλλά και με τυχόν άλλα συνοδά προβλήματα ( π.χ. εγκεφαλική παράλυση, διανοητική καθυστέρηση ). Όταν πρωτογίνει διάγνωση επιληψίας, επικρατεί στην οικογένεια τρόμος, άρνηση και δυσπιστία. Συχνά συμβαίνει να αναζητηθούν άλλες γνώμες στην Ελλάδα, ακόμα και στο εξωτερικό. Οι γονείς συχνά κυριεύονται από αισθήματα ενοχής. Αυτά είναι πιο έντονα, όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό επιληψίας. Επειδή η επιληπτική κρίση συχνά εντυπωσιάζει, είναι συνηθισμένο να δημιουργούνται φόβοι ότι ο επιληπτικός θα πεθάνει στη διάρκεια μιας κρίσης σπασμών. Ο ρόλος του γιατρού και της νοσηλεύτριας είναι βασικός για την ανάπτυξη κλίματος αισιοδοξίας. Πρέπει επίσης, να εξηγηθεί στην οικογένεια ότι ο επιληπτικός δεν κινδυνεύει από την επιληπτική κρίση και να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες για τη σωστή θέση του σώματος την ώρα της κρίσης και τη διατήρηση ανοιχτών των αεροφόρων οδών. Σε περίπτωση που ο επιληπτικός κάνει παρατεταμένες κρίσεις ή όταν η ιατρική βοήθεια δεν είναι εύκολα προσιτή, είναι δυνατό να δοθούν στην οικογένεια οδηγίες σχετικά με τη χρησιμοποίηση φαρμάκων για αντιμετώπιση κρίσης. Πολύ εύχρηστη είναι η χορήγηση διαζεπάμης σε δοσολογία 0,5MG/KGR βάρους σώματος σε υποκλισμό από το ορθό.

Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής δέχεται έγκαιρη βοήθεια και η οικογένεια αισθάνεται πιο ασφαλής. Δεν είναι σπάνιο όταν πρόκειται για παιδί οι γονείς για λόγους ψυχολογικής άμυνας να αποδίδουν ευθύνες σε διάφορα πρόσωπα ή γεγονότα (π.χ. φταίει ο μαιευτήρας, ο παιδίατρος, το εμβόλιο, κάποιος μικροτραυματισμός στο κεφάλι) για την επιληψία του παιδιού τους. Τέτοιες έμμενες ιδέες είναι συχνά βαθιά ριζωμένες.

Πολύ συχνά οι γονείς αντιδρούν με άγχος και φόβο. Σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε υψηλότερος βαθμός άγχους και ανασφάλειας σε οικογένειες επιληπτικών παιδιών σε σχέση με οικογένειες παιδιών με μεσογειακή αναιμία. Είναι περίεργο από πρώτη όψη ότι μια αντίληψη αρρώστια όπως η μεσογειακή αναιμία είναι δυνατό να δημιουργεί λιγότερο άγχος στην οικογένεια από την επιληψία.

Ανάπτυξη υπερπροστασίας προς το παιδί που πάσχει από επιληψία είναι αρκετά συχνή. Συχνά επιβάλλονται περιορισμοί στο παιχνίδι και στις εξόδους του παιδιού και δεν είναι ασυνήθιστο το παιδί να κοιμάται μαζί με τον γονέα για μακρό χρονικό διάστημα. Στις περιπτώσεις αυτές τα ενδο-οικογενειακά προβλήματα είναι συχνά. Τάσεις για απόρριψη του παιδιού δεν είναι ασυνήθιστες και υπάρχουν ενδείξεις ακόμα και για "φαρμακευτική κακοποίηση" με τη χρησιμοποίηση μεγάλων δόσεων σε σπάνιες περιπτώσεις.

Οι γονείς συχνά παραπονιούνται για τις εισαγωγές στο νοσοκομείο, για την αναμονή στα εξωτερικά ιατρεία και για το κόστος των φαρμάκων. Ιδιαίτερα για το τελευταίο, έχει παρατηρηθεί ότι συχνά οι γονείς προμηθεύονται τα φάρμακα ιδιωτικά και όχι μέσω του ταμείου τους για να μη γίνει γνωστή ασθένεια του παιδιού τους στο οικείο περιβάλλον τους.

Στους επιληπτικούς με ανεπαρκή έλεγχο των κρίσεων, οι έξοδοι της οικογένειας με ή χωρίς τον επιληπτικό δημιουργούν προβλήματα. Επίσης οι διακοπές της οικογένειας είναι συχνά περιορισμένες, καθώς αποκλείονται μικρά νησιά που δεν έχουν τη δυνατότητα εντατικής ιατρικής νοσηλείας. Τέλος το κοινωνικό στίγμα της αρρώστιας βαρύνει την οικογένεια και ιδιαίτερα τα αδέρφια του ασθενή. Αν η οικογένεια έχει ήδη προβλήματα η ύπαρξη του επιληπτικού παιδιού βαρύνει αφόρητα την κατάσταση. Έχει αποδειχθεί ότι οι γονείς που ενημερώθηκαν έγκαιρα για την κατάσταση του παιδιού τους και τους δόθηκαν όλες οι κατάλληλες οδηγίες αντιδρούν πιο ήρεμα και ώριμα στην κατάσταση που δημιουργείται. Φαίνεται πως τελικά οι περισσότερες οικογένειες προσαρμόζονται στο πρόβλημα και αναπτύσσουν ιδιαίτερες ικανότητες στην αντιμετώπιση των διαφόρων προβλημάτων.

#### Β. ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

Εκτός από την καθημερινή χορήγηση στη σωστή δοσολογία των αντι-επιληπτικών φαρμάκων είναι ορισμένες αρχές που κρίνονται απαραίτητα για την ομαλότερη διαβίωση των ασθενών.

Χρήση αλκοόλ απαγορεύεται. Η εξαντλητική δίαιτα δημιουργεί καταστάσεις υπογλυκαιμίας.

Η χρησιμοποίηση καφέ, τσαγιού και κόκα κόλας σε λογικά πλαίσια.

Να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν δυσκοιλιότητα φύσηξη μενώσεων.

Το κάπνισμα ( εκτός από σπάνιες περιπτώσεις δεν επηρεάζει τη συχνότητα των κρίσεων ).

Οι λίγες και άτακτες ώρες φαίνεται επηρεάζουν την εμφάνιση κρίσεων.

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ

Η προσαρμογή στο κοινωνικό σύνολο και η επαγγελματική αποκατάσταση ποικίλλει. Υπολογίζεται ότι 40% έχουν δυσκολίες στην εξεύρεση εργασίας. Στην Ελλάδα 20% των ενηλίκων ασθενών παραμένουν αγράμματοι, 35% έχουν αποφοιτήσει από Γυμνάσιο και 10% από Ανωτάτη Σχολή. Η επιληψία γενικά δεν εμποδίζει την εξέλιξη και το σωστό επαγγελματικό προσανατολισμό. Επαγγέλματα όμως που υπάρχουν ιδιαίτερα αυξημένος ο κίνδυνος ατυχημάτων όπως αυτά που συνδέονται με ύψος, λειτουργία μηχανών ή με εργασία κοντά σε φωτιά ή με καυστικά υγρά ή ότι άλλο προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή.

Ενα ποσοστό το 30% γίνεται οικονομικά ανεξάρτητοι και χωρίς κρίσεις και φαρμακευτική αγωγή.

Αλλωστε πολλοί διάσημοι υπήρξαν επιληπτικοί όπως ο Καίσαρ, ο Ντοστογιέφσκι ο ζωγράφος Βαν Γκογκ, ο Χαϊντελ.

Εκεί που δημιουργείται πρόβλημα κυρίως λόγω της νοοτροπίας της κοινωνίας απέναντι στη νόσο είναι ο γάμος των επιληπτικών. Μέχρι τις αρχές του αιώνα, σε μερικές πολιτείες των Η.Π.Α. ο γάμος μεταξύ επιληπτικών επιτρεπόταν μόνο αν προηγείτο στείρωση. Ο φόβος της κληρονομικότητας είναι υπαρκτός αλλά όχι και τεράστιος. Είναι αυτονόητο ότι πριν από το γάμο πρέπει να ενημερώνονται με ειλικρίνεια όλοι οι ενδιαφερόμενοι.

### ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Έχει βρεθεί ότι οι επιληπτικές μητέρες έχουν κάπως μεγαλύτερη γεννητικότητα από το συνήθες. Η περιγεννητική θνησιμότητα σε αυτές είναι κάπως αυξημένη. Μεγαλύτερο είναι (μια ως τρεις φορές) και το ποσοστό των συγγενών ανωμαλιών



του εμβρίου. Κυρίως παρατηρούνται διαταραχές στη σύγκλιση της μέσης γραμμής του προσώπου και συγγενείς καρδιοπάθειες. Φαίνεται ότι η εμφάνιση κρίσεων αυξάνει τη συχνότητα συγγενών ανωμαλιών. Αλλά και η λήψη αντιεπιληπτικών φαρμάκων αυξάνει κάπως τη πιθανότητα για συγγενείς ανωμαλίες του εμβρίου. Υποστηρίζεται ότι η καλύτερη λύση για τις επιληπτικές μητέρες είναι η χορήγηση μονοθεραπείας στη διάρκεια της κύησης με στενή παρακολούθηση της στάθμης του φαρμάκου στο αίμα. Η καρβαμαζεπίνη και το βαλπροϊκό νάτριο (σε μονοθεραπεία) έχουν το μικρότερο ποσοστό συγγενών ανωμαλιών.

Ιδιαίτερα στους 3 πρώτους μήνες χρειάζεται παρακολούθηση απ' το νευρολόγο. Συνεργασία Νευρολόγου - Γυναικολόγου απαιτείται στον τοκετό. Αποφυγή θηλασμού.

#### ΟΔΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η οδήγηση ΙΧ είναι πρόβλημα. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να δηλώνεται η επιληψία στις αρχές που εκδίδουν άδειες οδήγησης. Για θεωρηθεί κατάλληλο για άδεια οδήγησης άτομο με επιληψία θα πρέπει να αποδείξει ότι δεν έχει παρουσιάσει κρίσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας επί τρία τουλάχιστον χρόνια ενώ βρισκόταν σε θεραπεία. Τα άτομα που δεν παρουσιάζουν πια κρίσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας, αλλά έχουν κάποιες κρίσεις που εμφανίζονται τη νύχτα, μπορεί να είναι κατάλληλα για άδεια οδήγησης. Στις Η.Π.Α. χορηγείται άδεια οδήγησης αυτοκινήτου σε επιληπτικούς εφόσον δεν έχουν παρουσιάσει κρίση τουλάχιστον κατά το προηγούμενο έτος. Υπολογίζεται πάντως ότι οι επιληπτικοί οδηγοί δημιουργούν τροχαία ατυχήματα σε διπλάσιο ποσοστό από τους άλλους, σ' αυτούς οφείλονται το 0,6% των τροχαίων ατυχημάτων.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Το διανοητικό πηλίκο των παιδιών με ιδιοπαθή επιληψία είναι φυσιολογικό έτσι δεν υπάρχει λόγος να μην εγγραφούν σε οποιοδήποτε κανονικό σχολείο ή στο Πανεπιστήμιο αργότερα. Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε ότι η κανονική πνευματική εργασία βοηθάει στη μείωση των κρίσεων.

Σε περίπτωση που παρουσιαστούν κρίσεις πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η στάση του δασκάλου. Γενικά όμως, οι συμμαθητές ανέχονται καλύτερα τις κρίσεις απ'όσο οι ενήλικοι.

Διαταραχές στην ανάγνωση, στην ικανότητα για συγκέντρωση, στην εξάρτηση και στη συμπεριφορά βρέθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό στα αγόρια.

Συχνό πρόβλημα είναι η σχετική απόμόνωση από παρέες στο σχολείο. Το μεγαλύτερο όμως πρόβλημα αποτελεί η νοοτροπία πολλών δασκάλων. Σχόλια όπως "να μην διαβάσει, για να μην κουράζεται πνευματικά", "να πάει καλύτερα να μάθει μια τέχνη" ή "να μην έρθει στο σχολείο, γιατί μπορεί να κολλήσουν τα άλλα παιδιά" είναι, δυστυχώς αυθεντικά. Επιπλέον, υπάρχει μεγάλη ευθυνοφοβία για τυχόν κρίσεις.

Συχνά τίθεται το ερώτημα αν το επιληπτικό παιδί μπορεί να γυμνάζεται. Πιστεύεται ότι δεν υπάρχει αληθινή αντένδειξη για σωματική άσκηση, σκόπιμο όμως είναι να αποφεύγονται τα επικίνδυνα αθλήματα.

Για παιδιά με κρίσεις που δεν ελέγχονται με κανένα τρόπο έχουν δημιουργηθεί σε άλλες χώρες ειδικά σχολεία-οικοτροφεία αποκλειστικά για επιληπτικά άτομα. Εκεί ο ασθενής φοιτά για μερικούς μήνες. Τέτοιο πρότυπο κέντρο είναι το "DAVID LEWIS FOR EPILEPSY" στην Αγγλία.

ΟΜΑΔΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η προσέλαση των πολλαπλών προβλημάτων που παρουσιάζει το παιδί με επιληψία και η οικογένειά του απαιτούν συχνά τη συνεργασία πολλών ειδικών. Εκτός από τα προβλήματα που είναι δυνατόν να παρουσιάσει το παιδί με επιληψία, πολύ συχνά χρειάζεται ψυχιατρική παρέμβαση για την υποστήριξη των γονέων του. Για να έχει επιτυχία η ψυχιατρική παρέμβαση είναι απαραίτητη η στενή συνεργασία του θεράποντος ιατρού με τα μέλη της παιδοψυχιατρικής ομάδας.

Σε περιπτώσεις επιληψίας που (Α) η φαρμακευτική θεραπεία είναι ανεπαρκής είτε λόγω απειθαρχίας στη λήψη του φαρμάκου είτε λόγω τοξικότητας, (Β) υπάρχουν κοινωνικά ή προβλήματα και (Γ) υπάρχουν διαταραχές συμπεριφοράς, νευρώσεις, ψυχώσεις, διανοητική καθυστέρηση κ.τ.λ. η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται από ομάδα ειδικών. Η ομάδα πρέπει να περιλαμβάνει παιδίατρο, παιδονευρολόγο, νευροφυσιολόγο, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, φυσικοθεραπευτή και φυσικά νοσηλεύτριες που κατέχουν και διαθέτουν τεχνική και ειδική κατάρτιση.

Για να υπάρξει όμως, δυνατότητα συνεργασίας και διαλόγου μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας είναι απαραίτητο να υπάρχουν κοινές εκπαιδευτικές εμπειρίες. Σήμερα θεωρείται απαραίτητο οι ειδικευόμενοι στην Παιδιατρική να εκπαιδεύονται σε θέματα Παιδοψυχιατρικής.

ΕΠΙΛΗΨΟΣ

Τελειώνοντας αυτή την εργασία θέλω να αναφερθώ σε ορισμένα σημεία.

Η Επιληψία σήμερα ελέγχεται στο μεγαλύτερο ποσοστό. Εκτός από τις περιπτώσεις που συνοδεύεται από διανοητική καθυστέρηση και στις περιπτώσεις STATUS EPILEPTICUS. Γι' αυτό το λόγο οι επιληπτικοί θα πρέπει να γίνονται δεκτοί από τον κόσμο, χρειάζεται βέβαια ενημέρωση και πληροφόρηση γύρω από το τι είναι επιληψία και πως εκδηλώνεται.

Το κυριώτερο όμως είναι ότι απ' τη δική μας πλευρά της Νοσηλευτικής Παρέμβασης, δεν θα πρέπει να περιοριζόμαστε σε προφυλακτική ή ανακουφιστική φροντίδα, οι επιληπτικοί χρειάζονται ιδιαίτερη ψυχολογική υποστήριξη. Ιδιαίτερη φροντίδα χρειάζονται οι άνθρωποι που πάσχουν από STATUS EPILEPTICUS. Η Επιληψία έχει πολλά ιδιαίτερα σημεία θα πρέπει να μάθει ο επιληπτικός να "συμβιώνει" με την επιληψία. Οι νοσηλευτικές μας συμβουλές και ενθαρρύνσεις θα τον βοηθήσουν να αποφύγει ακραίες ενέργειες, και το σημαντικότερο να μάθει να χαίρεται το δώρο της ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βασιλειάδου Ντόζη "Φαρμακολογία" Εκδόσεις Αφών Κυριακίδη  
Θεσ/νίκη 1985.
- CECIL RUSSEL "CECIL Παθολογία" μτφ. Μουτσόπουλος Χρ. Τόμος  
Β Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1990.
- Κάκης Αρ. "Κλινική Νευροφυσιολογία" Εκδόσεις Επιστημονικών  
Βιβλίων και Περιοδικών Θεσ/νίκη 1989.
- Καρακιουλάκης Δ. Γιώργος "Ειδική Φαρμακολογία" Έκδοση Πανε-  
πιστημίου Πατρών Πάτρα 1989.
- Μεντεντόπουλος Γιώργος "Επείγουσα αντιμετώπιση του νευρολο-  
γικού ασθενή" Εκδόσεις UNIVERSITY PRESS Θεσ/νίκη 1985.
- Ξενάκης Χρ. "Τι πρέπει να γνωρίζεται για την Επιληψία"  
Εκδόσεις Θυμάρι Αθήνα 1984.
- Πέτρου Γ. "Συστηματική Ανατομική" Σημειώσεις για τους σπου-  
δαστες του τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας  
Πάτρα 1983.
- Σαχίνη - Καρδάση Άννα - Πάνου Μαρία "Παθολογική και Χειρουργική  
Νοσηλευτικές Διαδικασίες" Τόμος 2ος Μέρος Β Εκδόσεις  
ΒΗΤΑ Αθήνα 1985.
- SMITH TONY "Μεγάλος ιατρικός οδηγός" Τόμος Ιος Εκδόσεις  
Γιαννέλη Αθήνα 1987.
- Τσιάντης Γ. & Μανωλόπουλος Σ. "Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρι-  
κής" Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα 1987.
- WALTON JOHN "Νευρολογία" μτφ. Παπαπετρόπουλος 5η Ιατρικές  
Εκδόσεις Λίτσας Αθήνα 1987.
- Χαρτοκόλλης Πέτρος "Εισαγωγή στην Ψυχιατρική" Εκδόσεις Θε-  
μέλιο Αθήνα 1986.

