

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: "ΕΠΙΔΗΨΙΑ"

Σπουδαστής: Χρυσάφης-Μενεγής Ιωάννης

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Νάνου Κυριακή



ΠΑΤΡΑ 1994

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Πρόλογος	3
Εισαγωγή	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
α) Η επιληψία στην αρχαιότητα	5
β) Ορισμός της επιληψίας	5
γ) Ανατομία και φυσιολογία του νευρικού συστήματος	6
δ) Τα αίτια της επιληψίας	11
ε) Αξιολόγηση αρρώστου με επιληπτικό παροξυσμό	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
Θεραπεία των επιληπτικών παροξυσμών	18
1) Φαρμακευτικός έλεγχος της επιληψίας	18
Ανεπιθύμητες ενέργειες των αντι-Ε φαρμάκων	20
Ειδικές περιπτώσεις φαρμακευτικής θεραπείας	21
Διακοπή της αντι-Ε θεραπείας / θεραπεία μιας κρίσης	24
2) νευροχειρουργική θεραπεία της επιληψίας	25
3) Άλλες μέθοδοι θεραπείας	25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III	
Νοσηλευτική παρέμβαση	27
1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με επιληψία	27
2. Νοσηλευτικά σημεία τα οποία πρέπει να παρατηρεί ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια μίας κρίσεως	28
3. Παροχή πρώτων βοηθειών σε διάφορες μορφές επιληψίας	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV	
Περιγραφή Περιστατικών-Νοσηλευτική διεργασία	32
Ιστορικό I	32
Ιστορικό II	33
Νοσηλευτική διεργασία	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V	

ΠΙΘΜΟΣ	956
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

Ρύθμιση του τρόπου διαβίωσης επιληπτικών ασθενών	42
Επίλογος	45

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η επιληψία είναι μια πάθηση που παρουσιάζεται μετά από βλάβες σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συσχετιστεί με ψυχικά νοσήματα.

Όπως και στις άλλες παθήσεις έτσι και στην επιληψία υπάρχουν καλοήθειες και κακοήθειες μορφές ή καλύτερα ελαφρύτερες και βαρύτερες.

Στην Ελλάδα υπάρχει σε μεγάλο βαθμό προκατάληψη σχετικά με την ίδια την ονομασία της πάθησης, σε σύγκριση τουλάχιστον με τις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης σαν αποτέλεσμα αρκετός κόσμος ν'αποφεύγει ν'αναφέρει τη λέξη "επιληψία".

Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχει άγνοια και κακή πληροφόρηση του κοινού σχετικά με την πάθηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιληψία χωρίς αμφιβολία αποτελεί το βασικότερο απο τα νευρολογικά νοσήματα χάρις στην οποία κυρίως η νευρολογία οφείλει την αυτοτελείά της ως ξεχωριστού κλάδου στον τομέα της Παθολογίας.

Αυτό βέβαια δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός του πληθυσμού πάσχει απο τη νόσο (60/00), αλλά και στη φύση της νόσου η παθογένεια της οποίας, άγνωστη ακόμα παρά τις μεγάλες προόδους, συνδέεται αναπόσπαστα με υψηλού επιπέδου γνώσεις νευροφυσιολογίας και μοριακής βιολογίας που δεν έχουν ακόμα κατακτηθεί απο τον άνθρωπο.

Αξίζει να τονιστεί η επιστημονική διαφορά ανάμεσα στους όρους "επιληψία" και "επιληπτική κρίση" αφού η πρώτη εκδηλώνεται με επιληπτικές κρίσεις και αναφέρεται στη νόσο επιληψία (ιδιοπαθής) ενώ η δεύτερη μπορεί ν' αποτελέσει εκδήλωση και ενός μη επιληπτικού ατόμου σε ειδικές συνθήκες (συμπτωματικής).

Είναι γνωστό ότι οι επιληπτικές κρίσεις αποτελούν συχνά εκδήλωση άλλων γνωστών νευρολογικών νοσημάτων, εστιακών (όγκοι, αγγειακά επεισόδια) ή διαχύτων (εγκεφαλίτιδες, νοσήματα μεταβολισμού).

Υπάρχουν σήμερα πολλά αποτελεσματικά φάρμακα για την αντιμετώπιση της επιληψίας αλλά υπάρχουν πολλά προβλήματα κοινωνικά και εκπαιδευτικά που πρέπει ν' αντιμετωπιστούν.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Α) Η επιληψία στην αρχαιότητα

Η νόσος είναι γνωστή απο την αρχαιότητα μάλιστα τη βρίσκουμε με την ονομασία "Ιερά Νόσος" γιατί πίστευαν ότι είχε θεία προέλευση.

Στην αρχαία Ελλάδα τη λειτουργία του ψυχιάτρου ασκούσαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού σε θεραπευτικά κέντρα που νομάζονταν Ασκληπιεία. Μιά απο τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών νοσημάτων στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων, τόσο του αρρώστου όσο και του Ιεροφάντη που αναλάμβανε τη θεραπεία του.

Ο Ιπποκράτης που μαθήτευσε στο Ασκληπιείο της απο τον 4ο π.χ. αιώνα διακήρυξε πως η επιληψία οφείλεται σε κάποια δυσλειτουργία του οργανισμού ή δυσμενή επίδραση του περιβάλλοντος και όχι σε υπερφυσικές δυνάμεις όπως υποστήριζαν οι ιερείς του Ασκληπιού.

Ο Ιπποκράτης και η σχολή του μελέτησαν τη νόσο και για πρώτη φορά έγινε η κλινική περιγραφή της μεγάλης επιληπτικής κρίσης.

Κατά την Ελληνορωμαϊκή εποχή κυριάρχησαν μαγικοθεραπευτικές αντιλήψεις (η νόσος ονομαζόταν και σεληνιασμός εξ' αιτίας της λαϊκής δοξασίας ότι οι κρίσεις είχαν σχέση με τις φάσεις της σελήνης), με εξαίρεση το Γαληνό που παίρνοντας παράδειγμα απο τον Ιπποκράτη έδωσε μεγάλη προσοχή στο Κεντρικό Νευρικό σύστημα θεωρώντας τον εγκέφαλο ως την απόρροια των αισθήσεων και της κινητικότητας και γενικά ως την έδρα των ψυχικών λειτουργιών.

Β) Ορισμός της επιληψίας

Είναι δύσκολο να δοθεί ορισμός της επιληψίας επειδή

η νόσος εκδηλώνεται με πολλές διαφορετικές μορφές.

Πολλοί ορισμοί έχουν προταθεί αρχίζοντας απο την καθαρά μηχανιστική άποψη (επαναλαμβανόμενη εγκεφαλική δυσρυθμία), και τελειώνοντας με την εξωπραγματική ψυχαναλυτική άποψη (εκδήλωση εσυνείδητης επιθυμίας για απώλεια συνείδησης).

Η επιληψία όμως μπορεί να οριστεί ως μία παροδική επαναλαμβανόμενη διαταραχή της συνείδησης που σταματά αυτόματα και της οποίας συχνά προηγούνται ή ακολουθούν κινητικά ή αισθητικά φαινόμενα.

Κάθε άνθρωπος στη ζωή του θα μπορούσε να έχει επιληπτική κρίση κάτω απο ορισμένες συνθήκες λ.χ. κατάσταση ισχαιμίας, υπογλυκαιμίας ή σε δηλητηρίαση. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι είναι και επιληπτικός. Στις πιο πάνω περιπτώσεις πρόκειται για φυσιολογική αντίδραση του εγκεφάλου σε υπερβολικό ερέθισμα.

Γ) Ανατομία και φυσιολογία του νευρικού συστήματος

Διαμέσου του νευρικού συστήματος ο οργανισμός βρίσκεται σε παθητική και ενεργητική επικοινωνία με το περιβάλλον. Το νευρικό σύστημα καθορίζει τις αποδόσεις των οργανικών συστημάτων άμεσα (διαταραχές των νεύρων) ή έμμεσα (διαμέσου των ενδοκρινών αδένων) και ρυθμίζει τις δραστηριότητες του κινητικού αναπνευστικού, κυκλοφοριακού, πεπτικού και ουρογεννητικού συστήματος, καθώς και του συστήματος των ενδοκρινών αδένων.

Διακρίνουμε το Κεντρικό Νευρικό σύστημα που αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό και το περιφερειακό νευρικό σύστημα που αποτελείται από το σύνολο όλων των νευρών και των γαγγλίων.

I. Κεντρικό νευρικό σύστημα

Είναι το τμήμα του νευρικού συστήματος όπου γίνεται η ολοκλήρωση και η εκτίμηση των ερεθισμάτων που εισέρχονται σ' αυτό.

Εδώ δημιουργούνται νέα ερεθίσματα και μεταφέρονται στην περιφέρεια του σώματος μέσω του Π.Ν.Σ.

Το Κ.Ν.Σ. είναι ταυτόχρονα όργανο συντονισμού και ρυθμίσεως. Έτσι με τη δραστηριότητά του συνδέονται οι υψηλότερες λειτουργίες του νευρικού συστήματος, δηλαδή οι ψυχικές και πνευματικές λειτουργίες του ανθρώπου (μνήμη, μάθηση, σκέψη, κρίση, ομιλία), όμως η αλληλεξάρτηση μεταξύ της δομής του ΚΝΣ και αυτών των λειτουργιών είναι ελάχιστα γνωστή στις λεπτομέρειές της.

Ο εγκέφαλος

Ο εγκέφαλος αποτελεί την εξειδικευμένη προέκταση του νωτιαίου μυελού. Αποτελείται από κάτω προς τα πάνω από τον προμήκη μυελό, τη γέφυρα, το μέσο εγκέφαλο, την παρεγκεφαλίδα, το διεγκέφαλο και τον τελικό εγκέφαλο.

Τα τρία πρώτα μέρη του εγκεφάλου συναπαρτίζουν το εγκεφαλικό στέλεχος που περιέχει τα κυτταρικά σώματα των εγκεφαλικών νευρών και τις περιοχές που ελέγχουν την αναπνοή και την κυκλοφορία.

Ο διεγκέφαλος περιλαμβάνει τον οπτικό θάλαμο και τον υποθάλαμο ο οποίος παίζει σπουδαίο ρόλο στην επικοινωνία του νευρικού συστήματος με το ενδοκρινικό μέσω της υπόφυσης με την οποία συνδέεται.

Ο τελικός εγκέφαλος αποτελείται από πυρήνες και φλοιώδεις περιοχές. Ο φλοιός αποτελεί τη θέση αφετηρίας όλων των σνηδειτών και πολλών υποσυνείδητων ενεργειών.

Η νευρολογία γνωρίζει πολυάριθμες διαταραχές της επικοινωνίας που οφείλονται σε βλάβη πεδίων του φλοιού του εγκεφάλου.

Νωτιαίος μυελός

Είναι η συνέχεια του προμήκη μυελού και το απλούστερο στην κατασκευή τμήμα του Κ.Ν.Σ.

Αρχίζει από το άνω χείλος του πρώτου αυχενικού σπονδύλου μέχρι και το κάτω χείλος του πρώτου ή το άνω χείλος του δεύτερου οσφυϊκού σπονδύλου. Έχει μήκος 42-45 εκ. ή 64% του μήκους της σπονδυλικής στήλης.

Ο νωτιαίος μυελός χωρίζεται σε 4 μοίρες και εκφύονται 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων.

α) αυχενική μοίρα με 8 ζεύγη

β) θωρακική μοίρα με 12 ζεύγη

γ) οσφυϊκή μοίρα με 5 ζεύγη

δ) ιερά μοίρα με 5 ζεύγη

και ε) ένα ζεύγος (κοκκυλικό) νωτιαίων νεύρων.

Η φαιά ουσία βρίσκεται σε όλη την έκταση του νωτιαίου μυελού σε κεντρική θέση, ενώ η λευκή ουσία περιβάλλει τη φαιά ουσία και περιέχει τις συνδέσεις προς και από τα ανώτερα τμήματα του Κ.Ν.Σ.

2. Περιφερικό νευρικό σύστημα

Το σύνολο όλων των νευρών και των γαγγλίων-σωματικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα-που εξέρχονται στην περιφέρεια σχηματίζουν το περιφερικό νευρικό σύστημα.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα μπορεί να διαιρεθεί στο συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό, τα δύο συστήματα είναι κατά κάποιο τρόπο ανταγωνιστικά στα αποτελέσματά τους, γιατί όπου το ένα διεγείρει το άλλο αναστέλλει.

Το συμπαθητικό προκαλεί διεύρυνση της κόρης, ταχυκαρδία αγγειοσυστολή των αγγείων του δέρματος, αναστολή των εντερικών κινήσεων και σύσπαση των σφικτήρων της κύστεως, του ορθού και την ανόρθωση των τριχών στο δέρμα.

Το παρασυμπαθητικό προκαλεί συστολή της κόρης, βραδυκαρδία αυξημένη εντερική περισταλτικότητα, και αυξημένη εκκριτική δραστηριότητα των σιελογόνων και των δακρυικών αδένων και κύριο λόγο στη σεξουαλική δραστηριότητα.

3. Το νευρικό κύτταρο

Το νευρικό κύτταρο ή νευρώνας αποτελεί τη βασική δομική μονάδα του νευρικού συστήματος. Το βασικότερο χαρακτηριστικό του νευρικού κυττάρου είναι η διεγερσιμότητά του και ειδικότερα η δυνατότητα να αντιδρά σε ορισμένα ερεθίσματα ποικίλης φύσεως π.χ. ηλεκτρομαγνητικής, μηχανικής, θερμικής, χημικής κ.α.

Η αντίδραση αυτή λαμβάνει τη μορφή ειδικής ηλεκτροχημικής διαταραχής της κυτταρικής μεμβράνης η οποία μεταδίδεται κατά μήκος του νευρίτη του κυττάρου μέχρις τις τελικές απολήξεις του.

4. Νευρική σύναψη

Νευρική σύναψη είναι το σημείο στο οποίο έρχονται σε επα-

φή δύο νευρικά κύτταρα.

Οι συνάψεις βρίσκονται είτε στο Κ.Ν.Σ., είτε στο Π.Ν.Σ. το σύνολο των φαινομένων που συμβαίνουν όταν μεταδίδεται απο τον ένα νευρώνα στον άλλο η νευρική ώση, είναι αρκετά περίπλοκο.

5. Διαβιβαστικές ουσίες

Στον άνθρωπο για να μεταδοθεί μια νευρική ώση απο έναν νευρώνα σε άλλο είναι απαραίτητη η μεσολάβηση μιάς χημικής διαβιβαστικής ουσίας, οι κυριότερες είναι:

α) ακετυλοχολίνη, που δρα ως διαβιβαστική ουσία σε όλες τις συνάψεις των αυτόνομων γαγγλίων, στις τελικές απολήξεις των μεταγαγγλιακών ινών του παρασυμπαθητικού και μερικές απολήξεις του συμπαθητικού.

β) νοραδρεναλίνη, η οποία δρα σε διαβιβαστική ουσία στις περισσότερες μεταγαγγλιακές απολήξεις του συμπαθητικού.

γ) σεροτονίνη

δ) ντοπαμίνη

6. Φυσιολογία

Η τοπική εφαρμογή της αντετυλοχολίνης στο φλοιό του εγκεφάλου, προκαλεί εκπόλωση ομάδων νευρώνων με συνέπεια την εστιακή εκφόρτιση και κλινικές εκδηλώσεις εστιακής επιληψίας.

Αντίθετα το γάμμα-αμινοβακτηριακό οξύ, που αυξάνει τη διαφορά συγκέντρωσης των ιόντων νατρίου ανάμεσα στις δύο πλευρές της μεμβράνης του νευρικού κυττάρου προκαλεί υπερπόλωση και ελαττωμένη διεγερσιμότητα.

Μ'αυτόν τον τρόπο το γάμμα-αμινοβακτηριακό οξύ δρα ως φυσικό αντισπασμωδικό και κάθε διαταραχή που μεταβάλλει

τη σχέση ακετυλοχολίνης γάμμα-αμινοβακτηριακού οξέος θα μπορούσε να προδιαθέσει και επιληψία.

A. Τα αίτια της επιληψίας

Σχετικά με την αιτιολογία της επιληψίας είναι δυνατό να διαχωρίσουμε την επιληψία σε δύο μεγάλες ομάδες: την ιδιοπαθή και τη συμπτωματική.

1) Ιδιοπαθής επιληψία

Μία ομάδα επιληπτικών στους οποίους δεν βρίσκεται κανένα αίτιο λέμε ότι πάσχουν από ιδιοπαθή επιληψία.

Η ομάδα των ιδιοπαθών επιληπτικών αναμφισβήτητα περιορίζεται σταθερά καθώς με τις νεότερες τεχνικές ανακαλύπτονται συνεχώς όλο και περισσότερο οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου που προκαλούν συμπτωματική επιληψία.

2) Συμπτωματική επιληψία.

Η πιθανή αιτιολογία ενός διαδεδομένου επιληπτικού παροξυσμού εξαρτάται από την ηλικία του αρρώστου και από τον τύπο του παροξυσμού.

Βρέφος Περιγεννητική υπόξια ισχαιμία, οξεία λοίμωξη,
(0-2 έτη) ενδοκρανιακή κάκωση, υπογλυκαιμία, υποσβεστιαίμια
 υπομαγνησισαιμία, συγγενής διαμαρτία, γενετικές
 διαταραχές.

Παιδί (2-12έτη) Οξεία λοίμωξη, τραύμα, πυρετικοί σπασμοί

Έφηβος (12-18έτη) Διλητήρια, οινόπνευμα, τραύμα, απόσυρση
 από φάρμακα.

Νεαρός (18-35έτη) αλκοολισμός, τραύμα, εγκεφαλικός όγκος

Μεγαλύτερος ενήλικος εγκεφαλοαγγειακή νόσος, αλκοολισμός
(πάνω από 35 ετών) ουραιμία ηπατική ανεπάρκεια, ηλεκτρο-
 λυτικές διαταραχές.

Ο τρόπος της κληρονομικότητας της επιρρέπειας για την επιληψία φαίνεται πολύπλοκος. Ακόμα και στην ομάδα του μεγαλύτερου κινδύνου, η πιθανότητα να έχει κάποιο παιδί επίσης επιληψία είναι κάτω από 10%.

ε) Κλινική ταξινόμηση επιληπτικών παροξυσμών

1. Τμηματικοί ή εστιακοί παροξυσμοί

α. Απλοί μερικοί παροξυσμοί.

Αυτοί μπορεί να εμφανιστούν με κινητικά, αισθητικά ή ψυχικά συμπτώματα, ένας απλός μερικός παροξυσμός με κινητικά σημεία έγκειται σε διαλείπουσες συσπάσεις των μυών ενός μέρους του σώματος (δάκτυλο, χέρι, βραχίονας, πρόσωπο κ.α.) χωρίς απώλεια συνειδήσεως.

Η μυική δραστηριότητα ενός μερικού παροξυσμού μπορεί να περιοριστεί σε μια περιοχή ή μπορεί να εξαπλωθεί από την προσβληθείσα περιοχή και να περιβάλλει γειτονικά τμήματα του σώματος που βρίσκονται στην ίδια (με αυτή) πλευρά δηλαδή δεξιός αντίχειρας, προς το δεξί χέρι, προς το δεξί βραχίονα, προς τη δεξιά πλευρά του προσώπου.

β. σύνθετοι μερικοί παροξυσμοί

Αυτοί είναι επεισοδιακές μεταβολές της συμπεριφοράς κατά τις οποίες ένα άτομο χάνει τη συνειδητή επαφή του με το περιβάλλον. Η εισβολή αυτών των κρίσεων μπορεί να έχει τη μορφή ποικίλων μορφών αύρας: μια ασυνήθης οσμή, ένα αίσθημα ότι ένα τωρινό γεγονός έχει συμβεί και προηγουμένως, ένα ξαφνικό έντονο συγκληνισιακό αίσθημα, μια παραίσθηση όπως τα αντικείμενα γίνονται μικρότερα.

Οι άρρωστοι μπορεί να αναγνωρίζουν αυτές τις αύρες ως προαγγέλους των κρίσεων που εμφανίζουν. Οι σύνθετοι

μερικοί παροξυσμοί μπορεί να συνοδεύονται απο τη μη συνειδητή εκτέλεση δραστηριοτήτων, που απαιτούν μεγάλη επιδεξιότητα, όπως οδήγηση αυτοκινήτου, ή παίξιμο πολύπλοκων μουσικών κομματιών.

Τέλος όταν ο παροξυσμός τελειώσει το άτομο παρουσιάζει αμνησία για τα γεγονότα που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκειά του.

γ. Δευτεροπαθείς γενικευμένοι μερικοί παροξυσμοί

Οι απλοί ή οι σύνθετοι μερικοί παροξυσμοί μπορεί να εξελιχθούν σε γενικευμένους παροξυσμούς με απώλεια συνειδήσεως και συχνά με τονικοκλινικούς σπασμούς.

Η γενίκευση αυτή μπορεί να εμφανισθεί αμέσως ή μετά απο πολλά δευτερόλεπτα ή ένα με δύο λεπτά.

2. Πρωτοπαθείς γενικευμένοι παροξυσμοί

α. Τονικοκλινικοί

Οι πρωτοπαθείς γενικευμένοι σπασμοί αρχίζουν συνήθως χωρίς προειδοποίηση, μολονότι μερικά άτομα δοκιμάζουν ένα άοριστο μη ειδικό προαίσθημα της επικείμενης κρίσεως.

Η εισβολή προαναγγέλεται απο απότομη απώλεια της συνείδησης τονική σύσπαση των μυών και απο κραυγή που οφείλεται σε σύσπαση των αναπνευστικών μυών. Το άτομο πέφτει στο πάτωμα και παραμένει σε ακαμψία για πολλά δευτερόλεπτα, και γρήγορα εμφανίζει μία σειρά ρυθμικών συσπάσεων και των τεσσάρων άκρων.

Αυτή η φάση τελειώνει όταν χαλαρώσουν οι μύες, και το άτομο παραμένει αναίσθητο και δεν είναι δυνατό να αφυπνισθεί για μία περίοδο λεπτών. Κατά τη διάρκεια της κρίσεως, μπορεί να προκληθεί ακράτεια ούρων, κοπράνων και

δάγκωμα της γλώσσας.

β. Τονικοί

Αυτοί είναι μια λιγότερα συχνή μορφή πρωτοπαθούς γενικευμένου επιληπτικού παροξυσμού που χαρακτηρίζεται από απότομη εμφάνιση ακαιψίας των άκρων ή του κορμού συχνά με απόκλιση της κεφαλής και των ματιών προς τη μία πλευρά.

γ. Αφαίρεση

Οι αμιγείς παροξυσμοί αφαίρεσης έγκεινται σε απότομη παύση της συνεχιζόμενης συνειδητής δραστηριότητας χωρίς μυϊκή δραστηριότητα σπασμών ή απώλεια του ελέγχου της στάσεως. Τέτοιοι παροξυσμοί διαρκούν λίγα δευτερόλεπτα.

Οι επιληπτικοί παροξυσμοί αφαίρεσης εμφανίζονται αρχικά σχεδόν πάντα σε μικρά παιδιά και συνήθως η διάγνωση της νόσου γίνεται όταν το παιδί αρχίζει να έχει πρόβλημα μαθήσεως.

δ. Άτυπες αφαιρέσεις

Αυτές μοιάζουν με τις γνήσιες αφαιρέσεις αλλά συνυπάρχουν με άλλες μορφές γενικευμένων επιληπτικών παροξυσμών. Άτυπες αφαιρέσεις εμφανίζονται συχνά σε παιδιά με κάποια άλλη μορφή νευρολογικής δυσλειτουργίας και είναι συνήθως ανθεκτικές στη θεραπεία.

ε. Μυοκλονικοί επιληπτικοί παροξυσμοί

Είναι αιφνίδιες βραχείες μεμονωμένες ή επαναλαμβανόμενες μυϊκές συσπάσεις που προσβάλλουν ένα τμήμα του σώματος ή ολόκληρο το σώμα. Στην τελευταία περίπτωση, ο παροξυσμός συνδέεται από βίαιη πτώση χωρίς απώλεια της συνείδησης. Οι μυοκλονικοί παροξυσμοί συνυπάρχουν μερικές φορές με άλλους τύπους παροξυσμών, αλλά μπορεί να εμφανίζονται και μόνοι.

στ. Άτονοι

Οι άτονοι επιληπτικοί παροξυσμοί είναι βραχείες απώλειες της συνείδησης, και του τόνου της στάσεως και δεν συνοδεύονται απο τονικές μυικές συσπάσεις. Το άτομο μπορεί να πέσει στο πάτωμα χωρίς φανερή αιτία. Οι άτονοι παροξυσμοί συνήθως εμφανίζονται σε παιδιά και συνοδεύονται συχνά με άλλες μορφές κρίσεων.

ζ. Βρεφικοί επιληπτικοί παροξυσμοί

Αυτή η μορφή των γενικευμένων πρωτοπαθών επιληπτικών παροξυσμών εμφανίζεται σε βρέφη ανάμεσα στη γέννηση και στον 12ο μήνα της ζωής τους και έγκειται σε βραχείες συγχρονισμένες συσπάσεις του αυχένα, του κορμού και των δύο βραχιόνων. Οι βρεφικοί σπασμοί εμφανίζονται συχνά σε παιδιά με νευρολογικό πρόβλημα (ανοξική εγκεφαλοπάθεια, οξώδης σκλήρυνση).

Η πρόγνωση για τα παιδιά που πάσχουν απο τη μορφή αυτή των κρίσεων είναι δυσμενής και περίπου το 90% αναπτύσσουν διανοητική καθυστέρηση εκτός απο τους σπασμούς.

3. Επιληπτική κατάσταση (STATUS EPILEPTICUS)

Παρατεταμένοι ή επαναλαμβανόμενοι παροξυσμοί χωρίς περίοδο αναρρώσεων μεταξύ των προσβολών μπορεί να εμφανισθούν σε όλες τις μορφές των επιληπτικών παροξυσμών και χαρακτηρίζονται ως STATUS EPILEPTICUS. Όταν εμφανιστούν οι κλονικοί σπασμοί η κατάσταση μπορεί να είναι επικίνδυνη για τη ζωή.

Οι αφαιρέσεις εξάλλου μπορεί να εξελίσσονται για ένα χρονικό διάστημα προτού διαγνωστούν επειδή ο άρρωστος δεν έχει απώλεια συνειδήσεως ή σπασμούς.

Το STATUS EPILEPTICUS με μερικούς παροξυσμούς ονομάζεται EPILEPSIA PARTIALIS CONTINUA και μπορεί να εμφανιστεί με κινητικούς αισθητικούς ή σπλαχνικούς παροξυσμούς.

4. Διαλείπουσες επιληπτικές καταστάσεις

Όλες οι κατηγορίες των διαλειπόντων επιληπτικών παροξυσμών μπορεί να εμφανισθούν σποραδικά ή τυχαία χωρίς προφανές εκλυτικό αίτιο ή μπορεί να εμφανίζονται κυκλικά, δηλαδή σε συνάρτηση με την υπνοβασία ή την έμμηνη ρήση.

Επιληπτικοί παροξυσμοί μπορεί επίσης να εμφανισθούν ως προκλητικές αντιδράσεις σε ένα ειδικό ερέθισμα π.χ. φωτοσπαστική επιληψία, μουσικογενής επιληψία, επιληψία αναγνώσεως.

ΣΤ. Αξιολόγηση αρρώστου με επιληπτικό παροξυσμό

Ο προσδιορισμός της αιτίας ενός επιληπτικού παροξυσμού μπορεί να γίνει με τους παρακάτω τρόπους:

α) απο το ιστορικό

Ένα ιστορικό που αναφέρει πρόσφατο εμπύρετο νόσημα συνοδευόμενο απο κεφαλαλγία, μεταβολή διανοητικής κατάστασης, σύγχυση, υποδηλώνει εγκεφαλίτιδα ή μηνιγγίτιδα

β) Απο τη γενική φυσική εξέταση.

Π.χ. η υπερπλασία των ούλων είναι συνήθως αποτέλεσμα χρόνιας επιληπτικής θεραπείας με φαινυλδαντοΐνη.

γ) Απο τις συνήθεις αιματολογικές εξετάσεις, οι οποίες μπορεί ν'αποδείξουν αν οι σπασμοί προκλήθηκαν απο υπογλυκαιμία, υπονατριαιμία, υποασβεστιαιμία κ.α.

δ) Απο το Η.Ε.Γ.

Το οποίο είναι τεχνική καταγραφής της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου και προσφέρει σημαντικές πλη-

ροφορίες για τη διαφορική διάγνωση, τον προσδιορισμό της αιτίας των σπασμών και την κατάλληλη ταξινόμησή τους.

ε) απο την υπολογιστική τομογραφία.

Η οποία ήρθε ν'αντικαταστήσει τις ακτινογραφίες κρανίου και μας παράσχει πληροφορίες για την αξιολόγηση του αρρώστου που παρουσιάζει επιληπτικούς σπασμούς.

στ) απο την αρτηριογραφία και την πνευμοεγκεφαλογραφία για την ανακάλυψη όγκων ή άλλων δομικών ανωμαλιών σε αρρώστους με σπασμούς.

ζ) απο την οσφυονωτιαία παρακέντηση, η οποία γίνεται όταν υποψιαζόμαστε οξεία ή χρόνια λοίμωξη του Κ.Ν.Σ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΞΥΣΜΩΝ

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

Εάν η διαταραχή που προκαλεί τους επιληπτικούς παροξυσμούς είναι αποτέλεσμα μεταβολικής διαταραχής (υπογλυκαιμία, υποασβεστιαιμία), η επανόρθωση της φυσιολογικής μεταβολικής λειτουργίας συνοδεύεται συνήθως από διακοπή του παροξυσμού.

Εάν οι κρίσεις οφείλονται σε οργανική βλάβη του εγκεφάλου (όγκος, αρτηριοφλεβική δυσπλασία), η αφαίρεση της βλάβης μπορεί να καταστείλει τους παροξυσμούς.

Εντούτοις οι βλάβες που παραμένουν επί μακρόν, ακόμα και όταν δεν εξαπλώνονται σε χρόνιες μεταβολές του εγκεφαλικού φλοιού, μπορεί να οδηγήσουν στη δημιουργία χρόνιων επιληπτικών εστιών που μπορεί να μην εξουδετερωθούν από την απομάκρυνση της αρχικής βλάβης.

Σε τέτοιες περιπτώσεις η χειρουργική αφαίρεση των επιληψιογόνων περιοχών του εγκεφάλου μπορεί να είναι αναγκαία για τον έλεγχο της επιληψίας.

1. Φαρμακεντρικός έλεγχος της επιληψίας

Ο θεμελιώδης τρόπος για τη θεραπεία της επιληψίας, είναι η φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός είναι να προστατευτεί ο άρρωστος από τις κρίσεις, χωρίς να έχει η θεραπεία επίδραση στη φυσιολογική λειτουργία της γνώσεως και χωρίς

την πρόκληση επιβλαβών παρενεργειών.

Αν είναι δυνατόν, το άτομο θα πρέπει να θεραπευθεί με τη χαμηλότερη δυνατή δόση ενός μόνο αντιεπιληπτικού φαρμάκου. Η ακριβής γνώση του είδους των επιληπτικών παροξυσμών που παρουσιάζει ο άρρωστος, του φάσματος της δράσεως των διατιθεμένων αντιεπιληπτικών φαρμάκων και λίγων βασικών αρχών της φαρμακοκινητικής, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τον πλήρη έλεγχο του 60-75% περίπου των αρρώστων.

Πολλοί άρρωστοι φαίνεται ότι είναι ανθεκτικοί στα φάρμακα ή εμφανίζουν παρενέργειες, επειδή τα φάρμακα που έχουν επιλεγεί δεν είναι κατάλληλα για το είδος των παροξυσμών ή δεν χορηγούνται σε κατάλληλες δόσεις.

Η δυνατότητα προσδιορισμού των επιπέδων των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, κάνει δυνατή την αριστοποίηση του δοσολογικού σχήματος και την παρακολούθηση της συμμορφώσεως στη θεραπεία.

Η εντατική Η.Ε.Γραφική παρακολούθηση επί μακρό χρόνο, έχουν αποδείξει ότι ο προσεκτικός χαρακτηρισμός των σπασμών και η επιλογή των κατάλληλων αντιεπιληπτικών φαρμάκων μπορεί ν' αυξήσει σημαντικά τον έλεγχο των κρίσεων σε πολλούς αρρώστους, των οποίων η επιληψία έχει θεωρηθεί προηγουμένως ανθεκτική στα συμβατικά αντιεπιληπτικά φάρμακα.

Τα σπουδαιότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα κοινή χρήσεως είναι: φαιλυδαντ οΐνη (DILANTIN) καρβαβιτάλη (TEGRETOL), φαινοβαρβιτάλη (LUMINAL), πριμιδόνη (MYSOLINE), βαλπροϊκό νάτριο (DEPAKINE), τριμεθαδιόνη (TRIDIONE).

Ανεπιθύμητες ενέργειες αντιεπιληπτικών φαρμάκων

Όλες οι ανεπιθύμητες δράσεις των αντιεπιληπτικών φαρμάκων που δημοσιεύτηκαν μέχρι σήμερα στη διεθνή βιβλιογραφία μέχρι σήμερα είναι:

I) πεπτικές διαταραχές

γαστρίτιδα, ανορεξία, γαστρικός πόνος, διάρροια

II) Τριχόπτωση

Το φαινόμενο είναι μικρών διαστάσεων αλλά έχει περιγραφεί και ολική αλωπεκία. Ακόμα έχει παρατηρηθεί και αλλαγή στο χρώμα των μαλλιών.

III) Διαταραχές του σωματικού βάρους.

Αρκετά συχνή είναι η αύξηση του σωματικού βάρους.

IV) Αιματολογικές διαταραχές.

Η πιο συχνή διαταραχή είναι η θρομβοκυτταροπενία αλλά έχουν αναφερθεί και απομονωμένες περιπτώσεις απουσίας ερυθροκυττάρων και καταστολή του μυελού των οστών.

V) Εξωπυραμιδικές διαταραχές

Συχνή είναι η ύπαρξη τρόμου κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Ο τρόμος μοιάζει με καλοήγη ιδιοπαθή τρόμο και είναι δυνατό να οφείλεται στη δόση του φαρμάκου.

VI) Διαταραχές επιπέδου συνειδήσεως.

Η βιβλιογραφία περιγράφει εγκατάσταση κώματος στη διάρκεια της θεραπείας και επεισόδια σύγχισης, υπνηλίας και αποπροσανατολισμού.

VII) Παγκρεατίτιδα

Η πλειονότητα των περιπτώσεων αναφέρεται σε παιδιά και συνήθως εμφανίζεται τους πρώτους έξι μήνες της θεραπείας.

VIII) Ηπατοτοξικότητα.

Η οποία εκδηλώνεται με δύο διαφορετικά κλινικά σύνδρομα, την αύξηση των ηπατικών ενζύμων, και το ηπατικό κώμα.

- IX) Οίδημα προσώπου και άκρων
- X) Μεταβολικές διαταραχές
- XI) Στοματολογικές διαταραχές
- XII) Εμβρυοτοξικότητα.

Η συχνότητα των αποβολών στις επιληπτικές μητέρες είναι αυξημένη κατά 2-3 φορές.

XIII) ενδοκρινολογικές διαταραχές.

Ελάττωση TSH, θυροξίνης και τριιωδιοθυρονίνης.

ΒΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΦΑΡΜ/ΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

A. Επιληψία κατά την κύηση

Ο όρος περιλαμβάνει τις κρίσεις που παρουσιάζονται όχι μόνο κατά τη περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, αλλά και τις περιπτώσεις εκείνες που εμφανίζουν αύξηση της συχνότητας και βαρύτητας των κρίσεων κατά την ειδική αυτή περίοδο.

Ως προς τη χρήση των αντι-Ε φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης, ορθό είναι να συνεχίζονται στην ελάχιστη αποτελεσματική για τον έλεγχο των κρίσεων δοσολογία, γιατί η απότομη διακοπή της συνεπάγεται τον κίνδυνο STATUS EPILEPTIUS, οπότε δημιουργείται σοβαρός κίνδυνος για τη ζωή της μητέρας.

Στις σπάνιες περιπτώσεις εμφάνισης επιληπτικής κρίσης για πρώτη φορά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνίσταται ήπια θεραπευτική αγωγή με φαινοβαρβιτάλη, αφού η τερατογένεση είναι συχνή σε μητέρες που ακολουθούν αντι-Ε θεραπεία.

B. Επιληψία κατά την παιδική ηλικία.

Θ'αναφερθούν ειδικές μορφές επιληπτικών κρίσεων που εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την παιδική ηλικία και απαι-

τούν ξεχωριστή θεραπευτική αντιμετώπιση.

I. Νεογνικοί σπασμοί

Η βαριά πρόγνωση που αναφέρεται στις κρίσεις αυτές δεν προέρχεται από τους σπασμούς καθεαυτούς, αλλά από τις αιτίες που τους προκαλούν, μεταξύ των οποίων οι σοβαρότερες συνοδεύονται με κακώσεις κατά τον τοκετό.

Το αντί-Ε φάρμακο εκλογής, στις περιπτώσεις αυτές είναι η φαινοβαρβιτάλη (10-30 MG/KGR ενδοφλεβίως) και σπανιότερα η διφαινυλδαντοΐνη (15-20 MG/KGR ενδοφλεβίως).

II. Βρεφικοί σπασμοί

Αποτελούν βαριά κατάσταση που παρουσιάζεται συνήθως μεταξύ 4-9 μηνών με ελαφρά υπεροχή στ'αγόρια.

Το φάρμακο εκλογής που χρησιμοποιείται είναι η ACTH σε ενδομυϊκή χορήγηση και σε δοσολογία 25-30 μονάδες το 24ωρο για 4-6 εβδομάδες.

Εάν το θεραπευτικό σχήμα αποτύχει τότε, χορηγείται η δεξαμεθαζόνη από το στόμα σε 3-4 λήψεις και σε δοσολογία που κυμαίνεται από 0,3-0,7 MG/KGR το 24ωρο για 3 εβδομάδες.

III. Σύνδρομο LENNOX-GUSTANT

Το σύνδρομο LEUNOX-GUSTANT παρουσιάζει συμπτώματα εγκεφαλοπάθειας, δηλαδή διανοητική καθυστέρηση ποικιλία επιληπτικών κρίσεων και ιδιαίτερα ανώμαλο ΗΕΓ.

Ως φάρμακο εκλογής θεωρούνται οι βενζοδιαζεπίνες που καταστέλλουν κυρίως τα ήπια κινητικά φαινόμενα αλλά ορισμένες φορές αυξάνουν τον αριθμό των γενικευμένων κρίσεων.

Τελευταία η προτίμηση πολλών ερευνητών στρέφεται στο βαλπροϊκό οξύ σε δοσολογία που αρχίζει από τα 20MG/KGR το 24ωρο και φτάνει σε συνολική δόση τα 250-1000 MG για

παιδιά κάτω των 6 ετών και τα 1500 MG/24ωρο για παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

IV. Καλοήθης ρολάνδειος επιληψία

Παρουσιάζεται μεταξύ 3-10 ετών, έχει κληρονομική προδιάθεση, είναι ελαφρά συχνότερη στα κορίτσια και εξαφανίζεται ασχέτως θεραπείας, γύρω στα 12 χρόνια. Οι κρίσεις κατά 80% συμβαίνουν στον ύπνο.

Θεραπευτικά συνιστάται η διφαινυλυδαντοΐνη (100-150 MG/24ωρο) γιατί η φαινοβαρβιτάλη στην ηλικία αυτή προκαλεί συχνά υπερκινητικότητα και ευερεθιστότητα.

Γ) Αντανακλαστικές επιληψίες

Στα πλαίσια της αντανακλαστικής επιληψίας, περιγράφονται κρίσεις που συνήθως εκδηλώνονται με τη μορφή μυοκλονικών ή τονικών σπασμών ως αντίδραση σε κάποιο εξωτερικό ερέθισμα.

Στις περιπτώσεις αυτές αναφέρεται ότι καλά θεραπευτικά αποτελέσματα παρουσιάζει η λοραζεπάμη (TAVOR) ενώ τα κλασικά αντι-Ε έρχονται σε δεύτερη μοίρα.

Γ) STATUS EPILEPTICUS

Πρόκειται για κρίσεις που διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα (30-60 MIN) η επαναλαμβάνονται συχνά, ώστε στο μεταξύ τους διάστημα η συνείδηση να μη διαηγάζει.

Το S.E. αποτελεί το πιο επείγον απο τα σοβαρά θεραπευτικά προβλήματα στη νευρολογία με μεγάλη θνησιμότητα απο τους ερευνητές χωρίζεται με κριτήριο τους σπασμούς, και έτσι έχουμε επιληπτική κατάσταση με σπασμούς, και επιληπτική κατάσταση χωρίς σπασμούς.

Η πρωταρχική φροντίδα στην περίπτωση εισόδου στο νοσο-

κομείο ενός ατόμου με επιληπτική κατάσταση με σπασμούς είναι να καθοριστεί η αιτία του S.E.

Η αιφνίδια αύξηση της αρτηριακής πίεσης ή περιπτώσεις εμφράγματος απαιτούν ειδική αντιμετώπιση παράλληλα με την προσπάθεια καταστολής των σπασμών.

Το φάρμακο εκλογής είναι οι βενζοδιαζεπίνες που έχουν το πλεονέκτημα της άμεσης δράσης (σε λίγα δευτερόλεπτα).

Σε περίπτωση επιληπτικής κατάστασης χωρίς σπασμούς εντατική θεραπεία ενδείκνυται όταν οι κρίσεις διαρκούν πέραν της καθορισμένης ώρας λόγω, κυρίως της αναστολής των πνευματικών λειτουργιών που προκαλούν.

Το φάρμακο εκλογής σε αυτές τις περιπτώσεις είναι οι βενζοδιαζεπίνες ενδοφλεβίως σε δόση 10MG και με ρυθμό 2MG/MIN. Η χορήγηση του φαρμάκου αποκαθιστά γρήγορα την πνευματική λειτουργία και ομαλοποιεί το ΗΕΓ.

Διακοπή της αντι-Ε θεραπείας/θεραπεία μιας κρίσεως

Πολλοί επιληπτικοί άρρωστοι πρέπει να παίρνουν αντι-επιληπτικά φάρμακα εφ'όρου ζωής. Εντούτοις, ένα μεγάλο ποσοστό επιληπτικών μπορεί να απαλλαγεί των κρίσεων με κατάλληλη θεραπεία και περίπου οι μισοί απ'αυτούς τους αρρώστους μπορεί ενδεχομένως να σταματήσουν τα φάρμακά τους και να μην εμφανίσουν άλλες κρίσεις.

Ο άρρωστος που δεν εμφανίζει κρίσεις για 4 χρόνια, που είχε σχετικά λίγες κρίσεις προτού να επιτευχθεί ο έλεγχός τους, που χρειάστηκε μόνο ένα φάρμακο, που δεν εμφανίζει παθολογικά νευρολογικά σημεία και οργανική βλάβη που δεν δικαιολογεί σπασμούς, και που έχει ένα φυσιολογικό ΗΕΓ στο τέλος της θεραπείας, έχει τις περισσότερες πιθανότητες να παραμένει χωρίς κρίσεις αν τα φάρμακα ελαττωθούν βραδέως.

Μερικά άτομα παρουσιάζουν μια μοναδική, βραχείας διάρκειας κρίση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών και μετά απο πλήρη έρευνα εμφανίζουν φυσιολογικό ΗΕΓ, χωρίς καμία αιτία που δικαιολογεί την κρίση. Η απόφαση να θεραπεύσει κανείς έναν τέτοιο άρρωστο τουλάχιστον για μερικά χρόνια με αντι-Ε φάρμακα πρέπει να ληφθεί επι εξατομικευμένης βάσεως, λαμβανομένου υπόψη του τρόπου ζωής του αρρώστου, των κινδύνων απο την αιφνίδια απώλεια της συνείδησης και της στάσεως του αρρώστου απέναντι στα φάρμακα.

2. Νευροχειρουργική θεραπεία της επιληψίας.

Αν μία οργανική βλάβη (όγκος, κύστη, απόστημα) προκαλεί υποτροπιάζοντες παροξυσμούς, η αφαίρεση αυτής της βλάβης και του γειτονικού νοσούντος τμήματος του εγκεφάλου, περιορίζει συχνά τις κρίσεις ή κάνει τον έλεγχο ευκολότερο.

Τα αποτελέσματα της νευροχειρουργικής επέμβασης, εξαρτώνται απο την ορθή νευροφυσιολογική διεύρυνση και σε τελική ανάλυση απο το σωστό καθαρισμό της επιληπτογόνου ζώνης.

Σύμφωνα με στατιστικές απο το Παρίσι σε σύνολο 220 ασθενών αναφέρεται πλήρης ίαση στο 54%, μεγάλη βελτίωση στο 19%, απλώς βελτίωση στο 15% , αμετάβλητη κατάσταση στο 9% και θνησιμότητα 3%.

3. Άλλες μέθοδοι θεραπείας

Εκτός απο τα αντι-Ε φάρμακα και τη χειρουργική θεραπεία, οι επιληπτικοί ασθενείς είναι δυνατό να βοηθηθούν ως ένα βαθμό και απο ορισμένες άλλες μεθόδους θεραπείας που έχουν κυρίως σχέση με τη διατροφή και τη ρύθμιση των ψυχικών τους

λειτουργιών.

Η λεγόμενη κετογενής διαίτα συνίσταται στη λήψη άφθονων λιπών και ελαχίστων υδατανθράκων με αποτέλεσμα να δημιουργείται κέτωση και οξέωση. Μετά απο ορισμένες μέρες θεραπείας το Κ.Ν.Σ. προάγει εν μέρει την καύση κετονικών σωμάτων, με αποτέλεσμα και εφ'όσον διατηρείται η διαίτα να υπάρχει κάποια αντι-Ε δράση.

Οι ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες είναι δυνατό να βοηθήσουν επιληπτικούς ασθενείς με υστερική κυρίως νεύρωση, ενώ η μέθοδος της χαλάρωσης απαλλάσει πολλές φορές απο το δευτεροπαθές άγχος για το φόβο της επικείμενης κρίσης.

Εξυπακούεται ότι στις περιπτώσεις αυτές μπορούν να χορηγηθούν και αγχολυτικά φάρμακα μεταξύ των οποίων προτιμότερο είναι το TAVOR.

Οι μέθοδοι ανταμοιβής και τιμωρίας εφαρμόζονται με μικρή αποτελεσματικότητα σε παιδιά και εφήβους με διανοητική καθυστέρηση και συχνές αυτοπροκαλούμενες κυρίως επιληπτικές κρίσεις.

T. E. I. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με επιληψία.

Η γενική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με επιληψία στο χώρο του νοσοκομείου περιλαμβάνει τα ακόλουθα σημεία:

I) Διευκόλυνση στην προσαρμογή του ασθενούς στο νοσοκομείο και ψυχολογική ενίσχυση ώστε να κατανοήσει την κατάσταση του.

II) Αναγραφή με ακρίβεια των χαρακτηριστικών της κρίσεως ώστε να βοηθήσει το γιατρό στη διάγνωσή του.

III) Προστασία του ασθενή απο ψυχολογική και σωματική βλάβη με την επίβλεψη και τη χρησιμοποίηση προστατευτικών μέτρων.

IV) Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό του αρρώστου, διάρκεια και χαρακτηριστικά των κρίσεών του, τα φάρμακα που παίρνει, την προσωπικότητά του και αν υπάρχουν άλλες νόσοι.

V) Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και συμπεριφοράς.

Με αυτές τις πληροφορίες μπορεί να προγραμματίσει την ειδική νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση την οποία χρειάζεται ο ασθενής χωρίς να επιβάλλει περιττούς περιορισμούς για να τον προστατεύει απο τυχόν βλάβες.

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

Ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν αύρα πριν απο την κρίση, μπορεί να διδαχθούν να πηγαίνουν στο κρεβάτι και να καλούν το νοσηλευτή. Επίσης πρέπει να προστατεύεται το κεφάλι με την τοποθέτηση μαξιλαριού ή μιάς κουβέρτας κάτω απο

τον ασθενή.

Αν τα ρούχα περιορίζουν τις κινήσεις και την αναπνοή πρέπει να χαλαρώνονται. Ένα μαλακό αντικείμενο πρέπει να τοποθετείται μεταξύ των δοντιών για την πρόληψη δαγκώματος της γλώσσας. Ακόμα αν τα δόντια είναι κλειστά δεν πρέπει να ανοίγονται με βία, εφόσον ήδη προηγήθηκε τραυματισμός της γλώσσας.

Οι κινήσεις του ασθενή δεν πρέπει να περιορίζονται γιατί η προσπάθεια περιορισμού μπορεί να τις αυξήσει.

Επίσης πρέπει ν'απομακρύνονται τυχόν αντικείμενα απο το περιβάλλον, στα οποία υπάρχει η πιθανότητα να χτυπήσει ο ασθενής.

Κατά τη διάρκεια της κρίσεως ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ήρεμος και να τοποθετεί παραβάν γύρω απο τον ασθενή. Στους παρόντες πρέπει να δοθούν ικανοποιητικές εξηγήσεις για την κατάσταση του ασθενή, ο οποίος δεν πρέπει να εγκαταλείπεται μόνος του μετά το πέρας της κρίσης.

2. Νοσηλευτικά σημεία τα οποία πρέπει να παρατηρεί ο νοσηλευτής κατά τη διάρκεια μιάς κρίσης.

Κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει τα πιο κάτω σημεία και συμπτώματα:

I. Ποιά η θέση της κεφαλής, του κορμού και των άκρων

II. Αν άλλαξε η αρχική θέση του σώματος.

III. Αν οι οφθαλμοί εξέκλιναν άνω, κάτω πλαγίως και αν οι κόρες άλλαξαν μέγεθος και αντέδρασαν στο φως κατά την κρίση ή μετά την κρίση.

IV. Αν το πρόσωπο και τα χείλη άλλαξαν χρώμα.

V. Αν ο ασθενής δάγκωσε τη γλώσσα του

VI. Αν υπήρξαν σπασμοί σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος

και πόσο διάρκεσαν.

VII. Αν ο ασθενής έχασε τις αισθήσεις του και για πόση ώρα.

VIII. Ποιός ήταν ο ρυθμός της αναπνοής.

IX. Αν ο ασθενής ήταν ανήσυχος.

X. Αν είχε απώλεια ούρων.

XI. Τη διάρκεια όλης της κρίσης.

Αφού συνέλθει ο ασθενής, ο νοσηλευτής, ρωτά αν κατάλαβε και μπορεί να περιγράψει την αρχή της κρίσεως. Οι σαφείς παρατηρήσεις του νοσηλευτή μπορεί να βοηθήσουν το γιατρό να καθορίσει την περιοχή της βλάβης στον εγκέφαλο και να προσδιορίσει τον τύπο της θεραπείας. Σκοπός του νοσηλευτή πρέπει να είναι η προστασία του πάσχοντα από κακώσεις στη διάρκεια της κρίσης.

Όταν τελειώσει η κρίση, ο νοσηλευτής πρέπει να μείνει με τον ασθενή ώσπου να βεβαιωθεί ότι έχει συνέλθει τελείως.

Μετά το πέρας των σπασμών, ο νοσηλευτής πρέπει να τοποθετήσει τον πάσχοντα σε θέση ανάληψης, ώστε να διευκολύνει την αναπνοή του.

Επίσης δεν πρέπει να δοθεί τίποτα από το στόμα κατά τη διάρκεια της κρίσης και προπάντων να ενημερωθεί ο γιατρός.

3. Παροχή πρώτων βοηθειών σε διάφορες μορφές επιληψίας.

α. Μικρή επιληψία

Οι κρίσεις μικρής επιληψίας εκδηλώνονται με στιγμιαία αφαίρεση, χωρίς απώλεια των αισθήσεων, ο ασθενής απλώς δείχνει αφηρημένος και κοιτάζει μπροστά με απλανές βλέμμα.

1) προστασία του ατόμου από οποιουδήποτε κινδύνους, π.χ. πολυσύχναστους δρόμους.

2) Απομάκρυνση περιέργων

3) Παραμονή με τον πάσχοντα ώσπου να βεβαιωθούμε ότι έχει

συνέλθει και μπορεί να πάει σπίτι του.

4) Συμβολή προς τον άρρωστο να επισκεφθεί γιατρό.

β. Μεγάλη επιληψία

Οι κρίσεις μεγάλης επιληψίας εξελίσσονται σε δύο στάδια: ακαμψίας-απώλειας των ανσθήσεων και στη συνέχεια μυικών σπασμών.

Θεραπεία

1) Αν ο πάσχων πέφτει, ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθήσει να τον στηρίξει ή να κάνει την πτώση ελαφρότερη και να τον ξαπλώσει προσεκτικά.

2) Απομακρύνουμε τα αντικείμενα γύρω από τον πάσχοντα και ζητάμε από τους παριστάμενους να φύγουν, αν είναι δυνατό χαλαρώνουμε με προσοχή τα ρούχα γύρω από το λαιμό.

2) Όταν σταματήσουν οι σπασμοί, τοποθετούμε τον πάσχοντα στη θέση ανάνηψης για τη διευκόλυνση της αναπνοής.

4) Όταν τελειώσει η κρίση, μένουμε με τον πάσχοντα ώσπου να βεβαιωθούμε ότι έχει συνέλθει τελείως.

5) Ακόμα αν ο πάσχων συνέλθει γρήγορα και τελείως τον συμβουλεύουμε να ενημερώσει τον γιατρό του για την τελευταία του κρίση.

γ. STATUS EPILEPTICUS

Οι νοσηλευτικές ενέργειες σε STATUS EPILEPTICUS συνίστανται στα ακόλουθα σημεία.

1) Εξασφάλιση βατού αεραγωγού και επαρκούς αερισμού τεχνητή αναπνοή, αναρρόφηση χορήγηση O₂, έγκαιρη διασωλήνωση (για αντιμετώπιση αναπνευστικής καταστολής από τη χρήση αντισπασμωδικών φαρμάκων).

2) Εφαρμογή ουροκαθετήρα (FOLLEY).

Αφού είναι πιθανόν να πάθει ο ασθενής και καρδιογενές SHOCK

είναι απαραίτητη εκτός απο τη μέτρηση της Α.Π., και η μέτρηση αποβαλλομένων υγρών.

3) Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι για αποφυγή πνευμονίας απο αναρρόφηση εκκρίσεων.

4) Τοποθέτηση με γάζα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα δόντια.

δ. Παιδικοί σπασμοί

Στα παιδιά ηλικίας 1-4 χρονών η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, με την έναρξη κάποιου λοιμώδους νοσήματος, είναι δυνατό να προκαλέσει σπασμούς.

Θεραπεία

1) Εξασφαλίζουμε τον καλό αερισμό του χώρου

2) Χαλαρώνουμε τα ρούχα που σφίγγουν το λαιμό και το θώρακα του παιδιού.

3) Αν οι σπασμοί είναι έντονοι, καθαρίζουμε το χώρο γύρω απο το παιδί.

4) Δροσίζουμε το παιδί ξεσκεπάζοντάς το, αφαιρώντας τα ρούχα του και βρέχουμε με σφουγγάρι βουτηγμένο σε χλιαρό νερό, το κεφάλι του και προχωρώντας προς τα πόδια.

5) Καθησυχάζουμε τους γονείς και τους συμβουλεύουμε να καλέσουν γιατρό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ιστορικό

Η ασθενής Η.Α. 36 χρονών νοσηλεύτηκε στη νευρολογική κλινική του περιφερειακού πανεπιστημιακού νοσοκομείου Πάτρας από 10.11.1992 έως 22.11.1992.

Λόγοι εισαγωγής

Κρίσεις "Ε" και ρύθμιση αντι-Ε αγωγής

Ιστορικό παρούσας νόσου.

Η παρούσα νόσος αρχίζει σε ηλικία 15 χρόνων με επεισόδια απώλειας συνείδησης, των οποίων προηγείται μετωπιαία και αυχεντική κεφαλαλγία. Έχει λάβει αγωγή με DIPHENAL (1X3) EPANUTIN CAPS (1X1) και MYSOLINE TAB (25 MG) (1 1/2 X 1).

Η φαρμακευτική αγωγή συνεχίστηκε για 5 έτη και διακόπηκε γιατί ήταν ελεύθερη κρίσεων. Οι κρίσεις ξαναρχίζουν σε ηλικία 32 ετών, συχνές, γενικευμένες. Λαμβάνει DEPAKIN CHRONO 500 MG (1X2) τελευταία κρίση Ε την 5.11.1992.

Παρακλινικός έλεγχος

Γενική αίματος: κατά φύση

ακτινογραφία κρανίου: κρανίο χωρίς οστικές αλλιώσεις

Η.Ε.Γ. με στέρηση ύπνου: βασικός ρυθμός συχνότητας $\alpha=11\text{Hz}$ στο οποίο καταγράφονται συχνές γενικευμένες παροξυσμικές εκφορτίσεις αιχμηρόμορφων βραδέων κυμάτων που επικρατούν στις μέσες περιοχές.

Αγωγή

DEPAKINE TABL. CHRONO 500 MG (1-0-1/2)

TEGRETOL TAB (1X3)

Νοσηλευτική παρέμβαση

Η ασθενής κατά την εισαγωγή της στο Νοσοκομείο παρουσίασε και άλλη κρίση "Ε". Η νοσηλευτική παρέμβαση ήταν η εξής:

- 1) Έγκαιρη τοποθέτηση της αρρώστου στο πάτωμα και τοποθέτηση ενός μαξυλαριού κάτω από το κεφάλι της.
- 2) Τοποθέτηση γλωσσοπίεστρου με γάζα ανάμεσα στα δόντια της, για αποφυγή βλάβης της γλώσσας.
- 3) Χαλάρωση ενδυμάτων για να μην εμποδίζουν την κίνηση.
- 4) Τοποθέτηση της αρρώστης σε πλάγια θέση για τη διατήρηση ανοικτών αεραγωγών.
- 5) Απομάκρυνση αντικειμένων από το περιβάλλον, στα οποία υπάρχει πιθανότητα να κτυπήσει η αρρώστη.
- 6) Συχνή λήψη Ζ.Σ.

Αφού συνήλθε η ασθενής έγινε η κατάλληλη διδασκαλία για την αιτία που προκαλεί τις κρίσεις. Η ασθενής είχε αρκετή βελτίωση και της σύστησαν επανέλεγχο.

Ιστορικό II

Η ασθενής Α.Ε. ετών 26 νοσηλεύτηκε στη Νευρολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πάτρας από 23.3.1992 ως 1.4.1992.

Λόγοι εισαγωγής

Κωματώδης κατάσταση μετά από STATUS EPILEPTICUS.

Ιστορικό παρούσας νόσου

Η ασθενής παρουσιάζει κρίσεις "Ε" από την παιδική ηλικία βρίσκεται σε αντι-Ε αγωγή. Από 3μήνου παρουσιάζει επεισόδια ζάλης, αστάθειας βάδισης, εμέτων. Στις 23.3.1992 περιέπεσε σε STATUS EPILEPTICUS. Κατά την εισαγωγή έγινε έγχυση 750 MG EPANUTIN ενδοφλέβια.

Παρακλινικός έλεγχος

Γενική αίματος: κατά φύση

Η.Κ.Γ.: χωρίς παθολογικά ευρήματα

Η.Ε.Γ.: Διάγραμμα με καλή οργάνωση και αντιδραστικότητα

Αγωγή

EPANUTIN CAPS (1X3) TEGRETOL TAB (1X3)

Νοσηλευτική παρέμβαση

Οι νοσηλευτικές φροντίδες στην ασθενή ήταν οι εξής:

- 1) Παρεντερική χορήγηση τροφής, αφού εξαιτίας του κώματος, δεν ήταν δυνατό να λάβει τροφή απο το στόμα.
- 2) Τοποθέτηση προφυλακτήρων εσωτερικά του κρεβατιού και γλωσσοπίεστρου καλυμμένου με γάζα.
- 3) Συχνή παρακολούθηση για διατήρηση ανοικτών αεραγωγών και τοποθέτηση σε πλαγία θέση.
- 4) Συχνή λήψη Ζ.Σ.
- 5) Ολοκληρωμένη ατομική καθαριότητα και καθημερινό μπάνιο.

Μετά 4 ημέρες η ασθενής συνήλθε, της συνίσταται τακτικός έλεγχος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

- 1) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Αιφνίδια απώλεια συνείδησης, που συνοδεύεται απο πτώση στο έδαφος.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ:- Ταχύτητα αντιμετώπιση της κατάστασης

- Μεταφορά πάσχοντα σε Νοσοκομείο
- Προστασία ασθενούς απο πιθανές κακώσεις
- Έλεγχος αναπνοής
- Ανεύρεση προκλητικών αιτίων της κρίσης.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗ- ΔΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ : - Η πτώση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν ελαφρότερη.

- Προγραμματισμός για τη διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΔΕΥΤΙΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Στήριξη του ασθενούς για να είναι ελαφρότερη η πτώση.

- Τον ξαπλώνουμε στο έδαφος

- Χαλάρωση ρούχων που περιορίζουν την αναπνοή

- Απομάκρυνση αντικειμένων γύρω από τον άρρωστο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

- Αποφυγή κακώσεων

- Διατήρηση φυσιολογικής αναπνοής

- Αποφυγή τραυματισμού του κεφαλιού

2) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Σπασμός

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - έλεγχος σπασμών

- ασφάλεια αρρώστου

- διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας

- πρόληψη φυσικής βλάβης

- χορήγηση φαρμάκων για την καταστολή σπασμών.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗ-

ΔΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Προγραμματισμός για τους κινδύνους που μπορεί να εμφανιστούν

- Τα φάρμακα είναι έτοιμα

- Προγραμματισμός για ανάνηψη του αρρώστου.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Δεν μετακινούμε τον άρρωστο
- Δεν ακινητοποιούμε βίαια τον άρρωστο
- Δεν προσπαθούμε να τον ξυπνήσουμε
- Μένουμε κοντά του ως το τέλος του σπασμού
- Χορήγηση αντι-Ε φαρμάκων
- Τοποθέτηση σε θέση ανάληψης μετά το πέρας του σπασμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

- Πρόληψη κατάγματος
- Πρόληψη εισρόφησης
- καταστολή σπασμού
- Διευκόλυνση αναπνοής

3) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Δύσπνοια

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ Ανακούφιση του αρρώστου από τη δύσπνοια.

ΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Αποφεύγουμε ν' αφήσουμε τον άρρωστο σε κλειστούς χώρους
- Ανανέωση εισπνεόμενου αέρα

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ :

- Τοποθέτηση ασθενούς σε ανάρροπη θέση
- Χορήγηση O₂
- Διατήρηση χαμηλής θερμοκρασίας του θαλάμου
- Περιορισμός επισκεπτών
- Απαγόρευση καπνίσματος

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

- Εξασφαλίζεται η οξυγόνωση του αίματος σε φυσιολογικά επίπεδα
- Αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης.

- 4) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Πιθανή αναπνευστική ανακοπή
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Αποκατάσταση βατότητας αεραγωγού
και επάρκεια αερισμού
- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗ-
ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Έγκαιρη διασωλήνωση για την ανα-
πνευστική καταστολή.
- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-
ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Χορήγηση O₂
- Αναρρόφηση σε τακτικά διαστήματα
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: - Αναστολή της αναπνευστικής λειτουργίας
- 5) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Τραυματισμός γλώσσας
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Ανακούφιση απο το τραύμα
- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟ-
ΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Καθαριότητα
- Μέτρα προγραμματισμού για την ανα-
κούφιση του αρρώστου κατά τη διάρκεια
του γεύματος.
- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥ-
ΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Αποφυγή ερεθιστικών τροφών
- Ελαφρές κινήσεις κατά το πλύσιμο
των δοντιών.
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: - Επούλωση του τραύματος
- 6) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Κεφαλαλγία
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
ΣΚΟΠΟΣ: - Ανακούφιση απο τον πόνο
- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Περιορισμός των θορύβων
- φάρμακα

- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: - Καταστολή της κεφαλαλγίας
- 7) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Φωτοφοβία
- ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
- ΕΚΟΠΟΣ: - Ανακούφιση απο τη φωτοφοβία
- ΠΡΟΓΡ/ΣΜΟΣ ΝΟΣ/ΚΩΝ
- ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Περιορισμός σε έντονο φως
- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗ-
- ΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Τοποθέτηση σε χώρο με μικρό φωτισμό
- Γυαλιά ηλίου
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: -Καταστολή του φόβου
- ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Ανησυχία
- ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
- ΕΚΟΠΟΣ: - Απομάκρυνση του αιτίου που την προ-
καλεί.
- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ
- ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: -Μείωση προκλητικών αιτίων ανησυχίας
- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ
- ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Ηρεμία - Ομιλία με τον άρρωστο
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: - Ηρεμία του ασθενή
- 8) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Υπέρταση
- ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ
- ΕΚΟΠΟΣ: - Μείωση υπέρτασης
- ΠΡΟΓ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ
- ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Έλεγχος Α.Π.
- Έλεγχος σωματικού βάρους
- Χορήγηση φαρμάκων
- Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος
- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ
- ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Συχνή λήψη Α.Π.
- Δίαιτα σε παχύσαρκους

- Χορήγηση ηρεμιστικών και διουρητικών φαρμάκων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: - Μείωση υπέρτασης

9) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Καρδιογενές SHOCK

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Συμπτωματική ανακούφιση αρρώστου

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Αξιολόγηση αναγκών

- Έλεγχος Ζ.Σ.

- Τοποθέτηση ουροκαθετήρα FOLLEY

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Διατήρηση σε φυσιολογικά επίπεδα της Α.Π.

- Έλεγχος προσλαμβανομένων-αποβαλλόμενων υγρών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:

- Αποκατάσταση του αρρώστου (φυσιολογική Α.Π.)

10) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Πνευματικό οίδημα

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Ανακούφιση του αρρώστου

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη θέση.

- Η Κ.Γράφημα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ/ΤΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Σε ανάρροπη θέση ο ασθενής

- Χορήγηση O_2 -χορήγηση διουρητικών φαρμάκων

- Λευκή αφαίμαξη (διαδοχική περίδεση άκρων).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:

- Αποκατάσταση του αρρώστου

11) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Υπογλυκαιμία με απώλεια συνείδησης

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Άμεση μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομείο

ΠΡΟΓ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Χορήγηση τροφών ώστε ν' αυξηθούν οι τιμές σακχάρου
- Μέτρηση Ζ.Σ.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-

ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Σακχαρούχα ποτά-σοκολάτα
- Μέτρηση σφυγμού
- Τοποθέτηση σε θέση ανάληψης

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: - Αύξηση σακχάρου σε φυσιολογικές τιμές
- Αποκατάσταση ασθενούς

12) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: - Υπονατριαιμία

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Ανακούφιση απο επίδρωση-εμέτους

ΠΡΟΓ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Έναρξη προγράμματος θεραπείας

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Χορήγηση Na
- Χορήγηση διουρητικών φαρμάκων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ: - Αύξηση της τιμής Na

13) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Υπομαγνησιαιμία

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Ανακούφιση απο το σύνδρομο της κακής απορρόφησης

ΠΡΟΓ/ΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛ/ΚΩΝ

ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Έναρξη προγράμματος θεραπείας με φυσικά μέσα

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-

ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Χορήγηση μαγνησίου
- Παρακολούθηση του αρρώστου για παρατεταμένη διάρροια, σύνδρομο

κακής απορρόφησης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:

- Αύξηση μαγνησίου
- Αποκατάσταση ασθενούς

14) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑ: Ενδοκρινικές διαταραχές

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Συμπτωματική ανακούφιση του αρρώστου
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ: - Έλεγχος για υπερθυρεοειδισμό ή
σακχαρώδη διαβήτη.

- Έλεγχος υποθυρεοειδισμού, υπερπαρα-
θυρεοειδισμού.

- Έλεγχος για έλλειψη νατρίου.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-

ΚΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ:

- Παρακολούθηση για αδυνάτιμα και
δυσανάλογη κόπωση

- Χορήγηση NaCl

- Χορήγηση Na

- Χορήγηση φαρμάκων

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ:

- Αποκατάσταση φυσιολογικής δραστη-
ριότητας οργανισμού.

15) ΠΡΟΒΛΗΜΑ-ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ: Φόβος για την υποκείμενη αιτία

κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες
για τον άρρωστο και την οικογένειά
του.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ: - Συγκινησιακή υποστήριξη του αρρώστου
και της οικογένειάς του.

- Κοινωνική αποκατάσταση του αρρώστου

- Πρόληψη επιπλοκών από τη θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Εκτός απο την καθημερινή χορήγηση των Αντι-Ε φαρμάκων, υπάρχουν ορισμένες αρχές που κρίνονται απαραίτητες για την ομαλότητα στη διαβίωση των ασθενών.

Η χρήση του αλκοόλ απαγορεύεται. Η εξαντλητική δίαιτα, όταν συνδυάζεται και με κατάργηση του πρωϊνού γεύματος, δημιουργεί καταστάσεις υπογλυκαιμίας, οι οποίες εννοούν την επέλευση των επιληπτικών κρίσεων.

Η χρησιμοποίηση καφέ πρέπει να γίνεται σε λογικά πλαίσια, επίσης πρέπει να αποφεύγονται τροφές που δημιουργούν δυσκοιλιότητα, γιατί είναι γνωστό ότι η δυσφορία και τα φουσκώματα στα έντερα αυξάνουν τις πιθανότητες της κρίσεως. Το κάπνισμα δεν πρέπει να επηρεάζει τη συχνότητα των κρίσεων, ενώ αντίθετα οι λίγες και άτακτες ώρες ύπνου φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων.

Πολλές γυναίκες με επιληψία, μπορούν να μείνουν έγκυες, χωρίς δυσάρεστες επιπτώσεις και να γεννήσουν υγιή παιδιά, ακόμα και αυτές που παίρνουν αντι-Ε φάρμακα. Όμως, πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στα επίπεδα των αντι-Ε φαρμάκων, γιατί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τροποποιείται ο μεταβολισμός του σώματος.

Υπάρχει διπλάσια επίπτωση εμβρυικών διαμαρτυριών σε παιδιά επιληπτικών γυναικών και αυτό οφείλεται σε συνδυασμό της χαμηλής επιπτώσεως της διαμαρτυρίας που προκαλείται από φάρμακα και της γενετικής προδιάθεσης στις γυναίκες αυτές.

Μολονότι θα ήταν ιδεώδες για τις γυναίκες που σκέπτονται να συλλάβουν, να διακόψουν τα αντι-Ε φάρμακά τους,

υπάρχει πιθανότητα ότι σε μεγάλο αριθμό γυναικών αυτό θα είχε σαν αποτέλεσμα την υποτροπή των κρίσεων, η οποία μακροπρόθεσμα θα είχε βλαβερές συνέπειες για τη μητέρα αλλά και για το παιδί.

Γενικά σε όλες τις μητέρες με κρίση επιληψίας η δόση θα πρέπει να μειωθεί στην ελάχιστη και να γίνεται τακτική παρακολούθηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Σχετικά με το θέμα οδήγησης και επιληψία, 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.

Ακόμα αποτελεί ευθύνη του γιατρού να προειδοποιήσει τον άρρωστο για τους κινδύνους της οδήγησης όταν οι κρίσεις δεν ελέγχονται.

Η επαγγελματική αποκατάσταση των επιληπτικών παρουσιάζει ορισμένες φορές προβλήματα. Επαγγέλματα που θεωρούνται ακατάλληλα για τους επιληπτικούς είναι : οδηγός οχημάτων, εργάτης που δουλεύει σε ύψος, νοσηλεύτης, αστυνομικός, βρεφοκόμος κ.α.

Η απασχόληση με τον αθλητισμό δεν πρέπει να απαγορεύεται αλλά και να μην ξεπερνά το μέτρο. Πολλές φορές η απότομη και εντατική σωματική άσκηση, συντελεί στην αύξηση της συχνότητας των κρίσεων.

Ο γάμος δεν απαγορεύεται στους επιληπτικούς αλλά θα ήταν καλύτερο ο σύζυγος με το πρόβλημα να ενημερώσει τον άλλο σχετικά.

Η τεκνοποίηση πρέπει να αποφεύγεται στις περιπτώσεις που και οι δύο γονείς είναι επιληπτικοί, αν είναι μόνο ο ένας, οι πιθανότητες να νοσήσει το παιδί είναι μικρές.

Οι έντονα συγκινησιακές καταστάσεις, πρέπει να αποφεύγονται γιατί μπορεί να αυξήσουν τη συχνότητα των κρίσεων.

Τα παιδιά με επιληψία παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα στο σχολείο από ότι οι συμμαθητές τους, αλλά αν η νοημοσύνη τους είναι φυσιολογική τότε όλα εξαρτώνται από τη συμπεριφορά του δασκάλου, που από τη μία πρέπει να προστατεύσει το μικρό μαθητή από την πιθανώς ειρωνική συμπεριφορά και κακή αντιμετώπιση των άλλων μαθητών και από την άλλη να τονώσει το ηθικό του χωρίς να φανεί ότι είναι υπερπροστατευτικός.

Αν η επιληψία συνοδεύεται από διανοητική καθυστέρηση, τότε η φοίτηση πρέπει να γίνεται σε ειδικά σχολεία.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

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

Ο άνθρωπος μπροστά στην εικόνα ενός ατόμου που κάνει σπασμούς, πανικοβάλλεται και πολλές φορές αντιδρά λαθεμένα.

Οι ερωτήσεις που αυτόματα έρχονται σχετικά με τα αίτια και τον τρόπο αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών, είναι πολλές και σίγουρα θα έχουν γίνει αντικείμενο συζήτησης με τον θεράποντα γιατρό. Όμως πολλές φορές μπορεί να παραμένουν κενά.

Αν λάβουμε υπόψη την κοινωνική αντίδραση που υπάρχει γύρω από την επιληψία, μπορούμε να καταλάβουμε την ανάγκη για πλατύτερη ενημέρωση στο θέμα αυτό, η οποία ενημέρωση μπορεί να συμβάλλει τόσο στην εξάλειψη των προκαταλήψεων, όσο και στην απομυθοποίησή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΡΜΕΝΗΣ ΤΑΣΟΣ : ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΓΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ. Β' έκδοση. Εκδόσεις Βήτα Αθήνα 1989.

ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ : ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ. Αθήνα 1985.

DESPOPOULOS AGAMEMNON-SILBERNAGL STEFAN : ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ. Μετάφραση - Επιμέλεια : Κωστόπουλος Γ.
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 1989.

FRICK H. - LEONHARDT H. - STRCK D. : ΓΕΝΙΚΗ ANATOMIA -
ΕΙΔΙΚΗ ANATOMIA I.. Επιμέλεια : Κατσιομάτης Α. Ευάγ-
γελος. Μετάφραση : Νηφόρος Δ. Νικόλαος.
Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1985.

HARRISON : ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ. Τόμος Γ' Έκδοση 10η
Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόρη Κ. Παρισιανού,
Αθήνα 1988.

ΚΑΖΗΣ Δ. ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ : ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ
Θεσσαλονίκη 1987.

ΚΑΡΔΑΣΗ ΣΑΧΙΝΗ - ΑΝΝΑ ΠΑΝΟΥ : ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. "Νοσηλευτικές διαδικασίες"
Τόμος 2ος, Μέρος Β', Πρωτότυπη Έκδοση. Εκδόσεις "ΒΗΤΑ"
Αθήνα 1985.

ΜΑΚΡΗΣ ΝΙΚΟΣ : ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ
Οκτώβρης 1986.

ΜΗΤΣΙΚΩΣΤΑΣ Δ. Δ. : ΒΑΛΠΡΟΪΚΟ ΝΑΤΡΙΟ : ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ. Από το περιοδικό ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ. Αθήνα.
Τόμος 28, Νο 2 1991 ATHENS.

ΞΕΝΑΚΗΣ Μ. ΧΡΗΣΤΟΣ : ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙ-
ΛΗΨΙΑ. Εκδόσεις Θυμάρι Αθήνα 1984.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ - ΜΟΥΣΟΥΡΑ : ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ-
ΚΗΣ. Τ.Ε.Ι. Πάτρας 1984.

ΤΖΑΜΟΥΡΑΝΗ - ΒΟΝΤΖΑΛΙΔΟΥ Ε. ΖΩΓΡΑΦΟΣ Ε. : ΚΑΛΟΘΕΣ ΠΑΙ-
ΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ. Από το περιοδικό ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, Αθήνα,
Τόμος 28. Νο 1. 1991 ATHENS.

WALTON JOHN : ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ. Πέμπτη έκδοση. Μετάφραση :
Παπαπετρόπουλος Θ. Πασχόλης Χ. Τζεμπελίκος Ε.
Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 1984.

ΧΑΡΤΟΚΟΛΗΣ ΠΕΤΡΟΣ : ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ
Εκδόσεις Θεμέλιο. Δεύτερη Έκδοση, αναθεωρημένη.

DEPARTMENT OF MEDICINE CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER.
BOSTON: MANUAL ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ. Ιατρικές
εκδόσεις Λίτσας 1983.

ΥΓΕΙΑ ΟΔΗΓΟΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ: Τόμος 4ος Νευρικό σύστημα. Εκδό-
σεις "ΔΟΚΙΜΗ Ο.Ε.", 1992.

