

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ και ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΛΗΨΙΑ και ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

κ. ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΦΡΟΔΙΤΗ
ΤΣΑΓΚΑΡΑΚΗ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2009

Περιεχόμενα

Πρόλογος	4
Εισαγωγή	5
Α΄ Μέρος: Η Επιληψία	
1. Γενικά περί της νόσου.....	9
2. Ανατομία και φυσιολογία του νευρικού συστήματος.....	12
3. Αιτιολογία της νόσου	16
4. Φυσιοπαθογένεια της νόσου.....	21
5. Τα είδη των κρίσεων.....	25
6. Κλινική εικόνα – Συμπτώματα	43
7. Διάγνωση.....	45
8. Θεραπεία.....	53
Β΄ Μέρος: Νοσηλευτική Προσέγγιση της Επιληψίας	
1. Συνοπτική ανασκόπηση του νοσηλευτικού ρόλου.....	70
2. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή	77
3. Ο ρόλος του κλινικού νοσηλευτή.....	90
4. Νοσηλευτική ετοιμότητα σε εγκυμοσύνη και λοχεία	95
5. Η παιδική επιληψία και ο ρόλος του νοσηλευτή	97
6. Στατιστικά στοιχεία για την επιληψία.....	102
7. Επιληψία και Θνησιμότητα.....	104
Γ΄ Μέρος: Νοσηλευτική Διεργασία	
Νοσηλευτική Διεργασία.....	107
Συμπεράσματα	115
Επίλογος	117

Βιβλιογραφία.....	118
--------------------------	------------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιληψία είναι μια νόσος κατά την οποία οι ασθενείς πλήττονται από επεισόδια ή επιληπτικές κρίσεις. Μια επιληπτική κρίση μπορεί να περιγραφεί καλύτερα σαν μια αιφνίδια καταιγίδα του εγκεφάλου. Εμφανίζεται ένα παροδικό σφάλμα στο δίκτυο των συνδέσεων μεταξύ των εκατομμυρίων κυττάρων του εγκεφάλου. Αυτά τα εγκεφαλικά κύτταρα ανταλλάσσουν συνέχεια πληροφορίες μεταξύ τους, Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, αυτό συμβαίνει με πολύ καλά οργανωμένο τρόπο. Στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από επιληψία, μεγάλες ομάδες εγκεφαλικών κυττάρων αρχίζουν μερικές φορές, ταυτόχρονα να ανταλλάσσουν μεταξύ τους πληροφορίες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το χάος που προκαλείται στην επιληπτική κρίση. Ευτυχώς όμως ο εγκέφαλος είναι σε θέση να επαναφέρει τη λειτουργία του στη σωστή της ροή. Γι' αυτό το λόγο και οι κρίσεις είναι παροδικές. Ωστόσο, σε ορισμένους ανθρώπους, μπορεί η κρίση να διαρκεί περισσότερο σε σχέση με άλλους ανθρώπους.

Το συγκεκριμένο θέμα κέντρισε το ενδιαφέρον μας από το πρώτο κιόλας έτος της φοίτησης μας καθώς η συγκεκριμένη νόσος αποτελεί χρόνιο πρόβλημα και ταυτόχρονα προσβάλλει νέα άτομα.

Η εργασία αυτή χωρίζεται σε 2 μέρη. Το Α' μέρος αναφέρεται στην επιδημιολογία, την παθοφυσιολογία και στην αντιμετώπιση της νόσου, ενώ το Β' μέρος αναφέρεται στην νοσηλευτική προσέγγιση των ασθενών με επιληψία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από ιστορική άποψη η επιληψία ολοκληρωμένη σαν νοσολογική οντότητα περιγράφηκε σε γραπτό κείμενο από τον Ιπποκράτη, το 450 π.Χ. στο έργο του «Περί ιερής νόσου». Υπάρχουν όμως και προηγούμενες μη αξιόπιστες περιγραφές από Βαβυλωνίους και Αιγυπτίους. Ο Ιπποκράτης σαφέστατα, με ζηλευτή και λιτή επιστημονική γλωσσά, προσδιορίζει τη φύση της νόσου και απορρίπτει από την επιληψία το θεϊκό ή δαιμονικό στοιχείο. Απ'ότι φαίνεται τελικά ο Ιπποκράτης με το διεισδυτικό και αυστηρά επιστημονικό μυαλό του, αφ'ενός μεν την καθορίζει εννοιολογικά σαν ξεχωριστή νοσολογική οντότητα αφετέρου δε κριτικά διαφωνεί με την προφορική και γραπτή παράδοση που την φέρει σαν «ιερά νόσο».

Η διαφορά της από τις άλλες αρρώστιες συντελεί στο να λησμονηθεί ο ορισμός του Ιπποκράτη και η εντόπιση της στον εγκέφαλο. Επικράτησαν για χιλετίες δαιμονικές αντιλήψεις για την αιτία της αρρώστιας και περιγράφηκε η νόσος με διάφορα ονόματα, όπως σεληνιασμός, morbus comotialis, morbus insputatus.

Ο Thomas Willis το 1519 ξαναφέρει την επιληψία στον εγκέφαλο και ο Boerhaave βάζει τα θεμέλια για μια κλινική περιγραφική περίοδο. Οι δυο αυτοί γιατροί συνετέλεσαν στο πέρασμα της επιληψίας, μετά από μια χαοτική περίοδο, στη σωστή σύγχρονη βάση του Jackson το 1925. Ο Jackson όρισε την επιληψία σαν μια αιφνίδια εκτεταμένη ταχεία και τοπική ανωμαλία της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου. Ο επόμενος σταθμός στην επιστημονική μελέτη της επιληψίας είναι η εισαγωγή της ηλεκτροεγκεφαλογραφίας από τον Hans Berger το 1924 και η εφαρμογή της στην έρευνα της επιληψίας από τον Andrean, το 1934. Τον ορισμό του Jackson, που παραμένει επίκαιρος, συμπληρώνει ο Brain το 1951 «Η επιληπτική κρίση είναι μια παροξυσμική και

παροδική διαταραχή της λειτουργίας του εγκεφάλου που αρχίζει ξαφνικά, σταματά μόνη της και δείχνει μια τάση για επανάληψη» (Λογοθέτη, Μυλωνά, 1999)

Είναι απαραίτητο στο σημείο αυτό να ξεχωρίσουμε την εννοιολογική διαφορά μεταξύ των εννοιών «επιληψία – νόσος» και «επιληπτική κρίση». Η επιληψία νόσος είναι μια χρόνια πάθηση με επαναλαμβανόμενες επιληπτικές κρίσεις που προκαλούν αιφνίδιες αλλά αναστρέψιμες μεταβολές στις λειτουργίες του εγκεφάλου, ενώ η επιληπτική κρίση είναι μια κλινική εκδήλωση που μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες π.χ. κυκλοφοριακούς, φλεγμονώδεις, μεταβολικούς, τοξικούς, όγκους, κακώσεις και άλλα. Δεν σημαίνει δηλαδή ότι κάθε άρρωστος που εμφανίζει κρίση θα πρέπει να θεωρηθεί επιληπτικός. Άλλωστε έγινε ρητό: «μια κρίση, καμία κρίση».

Από άποψη επιδημιολογίας είναι χρήσιμο να γνωρίζει κανείς τις πραγματικές της διαστάσεις, τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται στο συνολικό πληθυσμό, την ιδιαιτερότητα που εμφανίζουν ορισμένες ηλικίες, τη θνητότητα από τη νόσο, γενικά δηλαδή πληροφορίες που έχουν σχέση με την επιδημιολογία της (Λογοθέτη, 2000).

Ο κίνδυνος εμφάνισης επιληψίας είναι μεγαλύτερος στην παιδική – εφηβική ηλικία και στην ηλικία άνω των 75 χρόνων. Αν μόνο ο ένας γονέας πάσχει από ιδιοπαθή επιληψία, ο κίνδυνος να εμφανίσει επιληψία το παιδί είναι 2,5-5%, ενώ αν και οι δυο γονείς νοσούν, ο κίνδυνος είναι 25%. Οι μελέτες διδύμων εντόπισαν ισχυρούς προκαθοριστικούς παράγοντες για πολλά είδη διαταραχών με επιληπτικές κρίσεις, ιδίως για κάποιες, όπως η παιδική επιληψία αφαιρέσεων, η νεανική μυοκλονική επιληψία, η καλοήθης ρολάνδειος επιληψία και οι ιδιοπαθείς κρίσεις grand mal. Στους μονογενείς διδύμους, αν πάσχει ο ένας, η πιθανότητα να νοσήσει και ο άλλος είναι 85%,

ενώ στους διωογενείς κατεβαίνει στο 25%. Στα άλλα αδέρφια ο κίνδυνος είναι 2,5 φορές μεγαλύτερος από ότι του γενικού πληθυσμού. Φαίνεται λοιπόν να υπάρχει κάποιος βαθμός μεταβίβασης μιας γενετικής ετοιμότητας τόσο για την ιδιοπαθή όσο και για συμπτωματικές επιληψίες. Σήμερα υπάρχει πολύ μεγάλη πρόκληση για τους ερευνητές το να εξιχνιάσουν το πώς τα διάφορα γονίδια αλλάζουν την ετοιμότητα ενός ατόμου για κρίσεις ή επιληψία, όταν υπάρχει επίκτητη εγκεφαλική παθολογία ή όταν αντιδρούν σε μια οξεία ή υποξεία εγκεφαλική δυσλειτουργία. Επιπλέον, ορισμένες κληρονομικές διαταραχές, όπως η οζώδης σκλήρυνση και η νευροινωμάτωση, συνοδεύονται από εγκεφαλικές βλάβες, οι οποίες δίνουν με τη σειρά τους το έναυσμα για συμπτωματική επιληψία (Ρούσσο, 2002).

Σε μελέτες ορισμένων ιατρών όσον αφορά την επιληψία υποστηρίζεται ότι υπάρχει μια ελαφρά υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών (1,2 /1). Όσο το φαινόμενο αυτό δεν διευκρινίζεται, θα μπορούσε να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι ο γυναικείος πληθυσμός τείνει να αποκρύψει τη νόσο ή από το ότι οι άνδρες παθαίνουν με υψηλότερο ποσοστό κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Υπάρχει μια συρροή περιστατικών που εκδηλώνονται στις πρώτες και τελευταίες δεκαετίες της ζωής, ώστε η παραστατική καμπύλη της επιληψίας σε σχέση με την ηλικία εκδήλωσης έχει σχήμα ύψιλον. Δηλαδή παρατηρείται μια μεγάλη αύξηση συχνότητας στην παιδική και εφηβική ηλικία και στις τελευταίες δεκαετίες της ζωής μας. Στην πρώτη ομάδα επικρατεί η πρωτοπαθής μορφή E, ενώ στη δεύτερη η δευτεροπαθής και συμπτωματικές. Ωστόσο η κατανομή αυτή, δεν φαίνεται να ισχύει παγκόσμια καθώς σε άλλες γεωγραφικές περιοχές η καμπύλη είναι φθίνουσα από την ηλικία των 15 ετών και πάνω (Λογοθέτη, Μυλωνά, 1999).

**Α΄ ΜΕΡΟΣ:
Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η επιληψία δεν είναι μια συγκεκριμένη ασθένεια που προκαλείται από ένα συγκεκριμένο αίτιο. Στην πραγματικότητα είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων καθώς οι επιληπτικές κρίσεις ποικίλλουν ως προς τις μορφές και τα μεγέθη.

Αν εξαιρέσουμε τις πυρετικές κρίσεις και όσες έχουν σχέση με οξύ νόσημα, η δια βίου πιθανότητα ενός ατόμου να παρουσιάσει μια έστω κρίση είναι περίπου 10%. Ο κίνδυνος όμως εμφάνισης επιληψίας είναι χαμηλότερος, δηλαδή κυμαίνεται στο 3-4%. Το ποσοστό αυτό δείχνει ότι δεν οδηγούν όλες οι κρίσεις σε επιληψία. Πράγματι, το 30% περίπου των ασθενών με απρόκλητες κρίσεις προσέρχονται στο γιατρό έχοντας παρουσιάσει μόνο μια κρίση, σχεδόν πάντα γενικευμένη τονικοκλονική. Τα άλλα είδη κρίσεων, όπως αφαιρέσεις, μυοκλονικές και σύνθετες εστιακές, έχουν πρακτικά πάντα υποτροπιάζοντα χαρακτήρα όταν ο ασθενής απευθύνεται στο γιατρό. Επειδή τα άτομα με μόνο μια κρίση δεν πάσχουν από επιληψία και ίσως δεν χρειάζονται μακροπρόθεσμη αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή, έχει σημασία να προσδιορίσουμε το αν μια πρώτη απρόκλητη κρίση είναι πιθανόν να οδηγήσει σε περαιτέρω κρίσεις. Δυστυχώς δεν είμαστε σε θέση να κάνουμε κάτι τέτοιο με ικανοποιητική ακρίβεια. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια κλινικά χαρακτηριστικά που καθορίζουν τις ομάδες των ασθενών που διατρέχουν χαμηλό ή υψηλό σχετικό κίνδυνο για περαιτέρω κρίσεις, πράγμα που βοηθά στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και στην παροχή συμβούλων προς τους ασθενείς. Η ομάδα υψηλού κινδύνου αποτελείται από άτομα με ιστορικό σημαντικής κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης ή άλλης βλάβης και με παθολογικό ΗΕΓ. Γι' αυτούς τους ασθενείς ο κίνδυνος υποτροπής στα 2 χρόνια είναι περίπου 65%. Απεναντίας, για άτομα με ιδιοπαθή γενικευμένη κρίση, φυσιολογικό ΗΕΓ και αρνητικό οικογενειακό ιστορικό για επιληπτικές κρίσεις ή

επιληψία, ο κίνδυνος υποτροπής είναι μόνο 24%.
(www.janssen-cilag.gr)

Μετά από μια δεύτερη κρίση, ο κίνδυνος περαιτέρω κρίσεων ανέρχεται σε ποσοστό πάνω από 80%. Άρα μια δεύτερη κρίση αποτελεί αξιόπιστη ένδειξη επιληψίας.

Τα επιληπτικά άτομα έχουν αυξημένη θνησιμότητα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ως επί το πλείστον αυτός ο αυξημένος κίνδυνος απαντάται σε ασθενείς με συμπτωματική επιληψία, όπου η θνησιμότητα έχει σχέση με την υποκείμενη παθολογία. Για τους ασθενείς με ιδιοπαθή ή κρυπτογενή επιληψία, ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου έχει σχέση κυρίως με ατυχήματα, ιδίως δε με πνιγμούς. Οι νεκροψίες και οι κλινικές σειρές καταδεικνύουν έναν αυξημένο κίνδυνο αιφνιδίου ανεξήγητου θανάτου, που πρέπει να οφείλεται σε καρδιακή αρρυθμία, πνευμονικό οίδημα ή έμφραγμα μυοκαρδίου. Οι πληθυσμιακές μελέτες εκτιμούν τον κίνδυνο αιφνιδίου ανεξήγητου θανάτου των επιληπτικών ασθενών σε 1 προς 1000 ως 1 προς 2000, δηλαδή τουλάχιστον 20πλάσιο του ανάλογου δείκτη στο γενικό πληθυσμό.

Βασικά, υπάρχουν δυο τύποι επιληπτικών κρίσεων:

- Οι κρίσεις που προέρχονται από μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου. Οι γιατροί ονομάζουν αυτό το είδος κρίσεων « εστιακές κρίσεις».
- Οι κρίσεις που προέρχονται από το σύνολο των εγκεφαλικών κυττάρων ταυτόχρονα. Οι κρίσεις αυτού του είδους ονομάζονται «γενικευμένες κρίσεις». Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτών των κρίσεων είναι συνήθως η απώλεια της συνείδησης. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι οι ασθενείς λιποθυμούν πάντα. Μπορεί να υπάρχουν στιγμές απουσίας των

αισθήσεων, που συχνά δεν γίνονται αντιληπτές από άλλους. Αυτό το είδος κρίσης ονομάζεται επίσης « κρίση αφαίρεσης» (www.janssen-cilag.gr)

2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

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 νευρών) 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.

1) 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 την 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.

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 παρεγκεφαλίτιδα, το διεγκέφαλο και τον τελικό εγκέφαλο.

Τα τρίτα πρώτα μέρη του εγκεφάλου συναπαρτίζουν το εγκεφαλικό στέλεχος που περιέχει τα κυτταρικά σώματα των εγκεφαλικών νεύρων 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 αφητηρίας όλων των συνειδητών και πολλών υποσυνείδητων ενεργειών (Trevor, 1995).

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.

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
- ε) Ένα ζεύγος 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 νεύρων και των γαγγλίων 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 δακρυϊκών 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 διεγερσιμότητα του και ειδικότερα η δυνατότητα να αντιδρά σε ορισμένα ερεθίσματα ποικίλης φύσεως π.χ. ηλεκτρομαγνητικής, μηχανικής, θερμικής, χημικής, κ.ά.

4) Νευρική Σύναψη

Νευρική σύναψη είναι το σημείο στο οποίο έρχονται σε επαφή δύο νευρικά κύτταρα.

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

5) Διαβιβαστικές Ουσίες

Στον άνθρωπο για να μεταδοθεί μία νευρική ώση από ένα νευρώνα σε άλλο είναι απαραίτητη η μεσολάβηση μιας 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 (Trevor, 1995).

3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Στις ιδιοπαθείς επιληψίες τα άτομα γεννιούνται με την προδιάθεση να εμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις, πιθανολογείται κάποια κληρονομική προδιάθεση και υπάρχει συχνά οικογενειακή επιβάρυνση. Στις συμπτωματικές επιληψίες συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις του εγκεφάλου αποτελούν την αιτία για την εμφάνιση των επαναλαμβανομένων επιληπτικών κρίσεων. Έχει διατυπωθεί πάντως η άποψη ότι κάποια κληρονομική προδιάθεση μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ακόμη και των συμπτωματικών επιληψιών, καθόσον η ίδια εγκεφαλική φλοιϊκή βλάβη μπορεί σε άλλα άτομα να προκαλέσει την εμφάνιση επιληψίας και σε άλλα όχι. Γι' αυτή τη διαφορά έχει προταθεί η πιθανότητα ύπαρξης διαφορετικού «κληρονομικού ουδού», που ίσως να έχει σχέση με το πόσο ισχυρά σε ένα άτομο, είναι τα νευροχημικά ανασταλτικά κυκλώματα του εγκεφάλου που μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση μιας κρίσης.

Οι κυριότερες αιτίες των συμπτωματικών επιληψιών αναφέρονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1: ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΛΗΨΙΩΝ

- Περιγεννητικές και αναπτυξιακές διαταραχές
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Όγκοι εγκεφάλου
- Λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ.
- Εκφυλιστικές και απομυελινωτικές παθήσεις
- Πυρετικοί σπασμοί

Οι περιγεννητικές και αναπτυξιακές διαταραχές ευθύνονται για το 5,5% όλων των επιληψιών (και το 18% των συμπτωματικών). Στις αναπτυξιακές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται οι διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος που συμβαίνουν κατά την εμβρυογένεση όπως δυσπλαστικά-δυσγενετικά σύνδρομα, χρωμοσωμιακές ανωμαλίες, νευροδερματικά σύνδρομα, ενδογενείς διαταραχές του μεταβολισμού κ.α. Μερικοί από τους γνωστούς αιτιολογικούς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν προγεννητικές διαταραχές της εγκεφαλικής ανάπτυξης και να οδηγήσουν σε επιληψία είναι η λοίμωξη της εγκύου, η χρήση οινόπνεύματος ή ναρκωτικών ουσιών από την εγκυμονούσα, ορισμένα φάρμακα κ.λ.π. Οι περιγεννητικές καταστάσεις συνήθως εμφανίζονται σε δύσκολους και παρατεταμένους τοκετούς, σε κακή θέση του εμβρύου, αιμορραγίες κατά τον τοκετό, χρήση ειδικών οργάνων (εμβρυουλκός) και βεβαίως σε πρόωρο τοκετό νεογνού. Μηνιγγίτιδες ή εγκεφαλίτιδες του νεογνού μπορεί να οδηγήσουν επίσης σε βλάβη των νευρικών κυττάρων με αποτέλεσμα την εμφάνιση επιληψίας.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι υπεύθυνες για το 4-5% όλων των επιληψιών και για το 13-16% των συμπτωματικών. Η βαρύτητα της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, η ανοικτή κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η ύπαρξη ενδοκράνιας παθολογικής κατάστασης (αιμάτωμα, θλάση) και η παρατεταμένη διάρκεια της απώλειας συνείδησης είναι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση επιληψίας. Το 36% από τα άτομα αυτά θα εμφανίσουν επιληψία. Ένας άλλος επιβαρυντικός παράγοντας είναι η πρώιμη εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων μετά την κάκωση. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί πάντως ότι η εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων στην οξεία φάση μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης δεν θέτει τη διάγνωση της μετατραυματικής

επιληψίας. Αυτή τίθεται εάν εμφανισθούν επιληπτικές κρίσεις μήνες ή χρόνια μετά την κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι η κύρια αιτία της επιληψίας στα ηλικιωμένα άτομα και ευθύνονται για το 11,6% όλων των επιληψιών και για το 37% των συμπτωματικών. Το ποσοστό των ασθενών με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια που θα εμφανίσει επιληψία κυμαίνεται μεταξύ 3 ως 8% (Λογοθέτη, 2000).

Οι όγκοι εγκεφάλου ευθύνονται για το 3,6% όλων των επιληψιών και 12% των συμπτωματικών. Το 30% των ασθενών με εγκεφαλικούς όγκους θα εμφανίσουν κρίσεις. Οι κρίσεις εμφανίζονται συχνότερα στα ολιγοδενδρογλοιώματα, στα μηνιγγιώματα και στα αγγειώματα. Σε συμπτωματικές κρίσεις που εμφανίζονται σε ηλικία μεγαλύτερη των 20 χρόνων θα πρέπει να γίνεται λεπτομερής εργαστηριακή έρευνα για ανεύρεση ή αποκλεισμό ύπαρξης όγκου. Η έρευνα αυτή πρέπει να επαναλαμβάνεται περιοδικά, ιδίως όταν οι κρίσεις ελέγχονται ή υπάρχει νευρολογική σημειολογία.

Οι λοιμώξεις του ΚΝΣ ευθύνονται για τα 2,6% όλων των επιληψιών και το 7% των συμπτωματικών.

Οι εκφυλιστικές και απομυελινωτικές παθήσεις ευθύνονται για το 2% όλων των επιληψιών και το 6% των συμπτωματικών. Υπολογίζεται ότι 10% από τους πάσχοντες από τη νόσο του Alzheimer όταν επιβιώνουν μακρό χρονικό διάστημα εμφανίζουν επιληψία. Στους πάσχοντες από πολλαπλή σκλήρυνση ποσοστό μέχρι 5% εμφανίζει επιληπτικές κρίσεις.

Τελικά μόνο στο 30-35% των πασχόντων επιληπτικών είναι γνωστή η αιτία της επιληψίας και αυτό το ποσοστό αντιστοιχεί σε συμπτωματικές επιληψίες. Φυσικά στην πλειοψηφία των πασχόντων (70%) όπου περιλαμβάνονται οι ιδιοπαθείς επιληψίες δεν γνωρίζουμε την αιτία της νόσου.

Η ταξινόμηση των επιληψιών αναγνωρίζει σύνδρομα που καθορίζονται από τον τύπο των κρίσεων, την ηλικία έναρξης, τις ηλεκτροεγκεφαλογραφικές αλλοιώσεις και τα συνωδά νευρολογικά χαρακτηριστικά. Η διάγνωση ενός συνδρόμου είναι χρήσιμη γιατί δίνει στοιχεία για την πρόγνωση, την επιλογή της θεραπευτικής αγωγής και τον πιθανό καθορισμό της αιτιολογίας.

Οι πυρετικοί σπασμοί συνήθως ο ένας από τους δυο γονείς του παιδιού εμφάνιζε επίσης πυρετικούς σπασμούς στην παιδική του ηλικία. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κρίσεις χαρακτηρίζονται από γενικευμένους σπασμούς που εμφανίζονται στη διάρκεια οξείας εμπύρετης νόσου (συχνά επέρχονται με την έναρξη του πυρετού). Διακρίνονται σε απλούς σπασμούς, που είναι βραχείας διάρκειας μέχρι 10 λεπτά, και σε επιπλεγμένους σπασμούς οι οποίοι βέβαια είναι σπανιότεροι, και χαρακτηρίζονται από μακρά διάρκεια, επαναληπτικότητα πολλές φορές στη διάρκεια της ημέρας, και από εστιακές εκδηλώσεις που μπορεί να συνοδεύονται από παροδικά ή μόνιμα νευρολογικά υπολείμματα, όπως είναι το σύνδρομο ημιπληγίας – ημισπασμού- επιληψίας. Η τάση για επανάληψη των πυρετικών σπασμών εμφανίζεται στο 1/3 των παιδιών που τους εμφάνισαν για πρώτη φορά. Η πιθανότητα ανάπτυξης επιληψίας μετά από πυρετικούς σπασμούς είναι 2-5%. Το μέγιστο ποσοστό των περιπτώσεων δεν έχει ανάγκη προφυλακτικής θεραπείας. Η τελευταία όμως συνιστάται ύστερα από επιπλεγμένους πυρετικούς σπασμούς με νευρολογικές διαταραχές και όταν υπάρχει

αναμνηστικό γενικευμένης πρωτοπαθούς επιληψίας στην οικογένεια
(Λογοθέτη, 2000).

4. ΦΥΣΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι κρίσεις είναι αποτέλεσμα ταυτοχρόνων αλληλεπιδράσεων μεγάλων πληθυσμών νευρώνων, οι οποίοι κάνουν διαλείπουσες εκφορτίσεις με παθολογικό τρόπο. Λόγω του μεγάλου αριθμού των μηχανισμών που ρυθμίζουν τη διεγερσιμότητα του φλοιού, είναι απίθανο να υπάρχει ένας και μοναδικός επιληπτογόνος μηχανισμός. Ωστόσο, οι νευροφυσιολογικές μελέτες ποικίλων πειραματικών παρασκευασμάτων δείχνουν ότι οι επιληπτικοί νευρώνες έχουν κοινές ιδιότητες, αν και η συνολική τους έκφραση ποικίλλει ανάλογα με το συγκεκριμένο μοντέλο (Ρούσσο, 2002).

Η επικρατέστερη θεωρία για τις ιδιοπαθείς γενικευμένες επιληψίες είναι η «φλοιοδικτυωτή» που υποστηρίζει την ύπαρξη ενός υπερευαίσθητου φλοιού με συνύρπαξη υπερευαίσθητων μη ειδικών πυρήνων του θαλάμου, που χρησιμεύουν για τη διάδοση και όχι τη γένεση της επιληπτικής εκφόρτισης. Η θεωρία της «κεντρεγκεφαλικής επιληψίας» υποστηρίζει ότι η έναρξη των ιδιοπαθών κρίσεων αρχίζει από κεντρικούς σχηματισμούς του εγκεφάλου, όπως και η θεωρία της καθαρά εστιακής προέλευσης των κρίσεων που τώρα έχουν εγκαταλειφθεί.

Για τις συμπτωματικές (δευτεροπαθείς) επιληψίες- τόσο τις εστιακές όσο και τις γενικευμένες- έχει αποδειχθεί η ύπαρξη εστιακής ή διάχυτης φλοιϊκής βλάβης. Υπόψη ότι η επιληπτική εκφόρτωση αναπτύσσεται στους υγιείς νευρώνες που βρίσκονται σε γειτονιά με τη βλάβη. Οι επιληπτικοί νευρώνες έχουν χαρακτηριστικές ανωμαλίες των δυναμικών της μεμβράνης και των τροπών πυροδότησης που οδηγούν στην εμφάνιση της παροξυντικής αποπολωτικής μεταβολής. Αυτή είναι ένα παρατεταμένο μετασυναπτικό δυναμικό που μπορεί να προκαλέσει την παροξυντική πυροδότηση νευρώνων και είναι ικανό να διεγείρει στη συνέχεια και άλλους νευρώνες ώστε να

εμφανίσουν ένα παρόμοιο ανώμαλο σύγχρονο τρόπο πυροδότησης. Η PDS μπορεί να προκαλείται είτε από διαταραχή της σχέσης διεγερτικών νευροδιαβιβαστών (γλουταμινικού και ασπαργικού) και ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών (GABA), είτε από ανωμαλίες των καναλιών των ιόντων της κυτταρικής μεμβράνης (Λογοθέτη, 2000).

Οι ενδοκυτταρικές καταγραφές νευρώνων μιας επιληπτογόνου εστίας δείχνουν επανειλημμένες αποπολώσεις υψηλής τάσης και μεγάλης διάρκειας, που καλύπτονται και από υψηλές και συχνές δώσεις δυναμικών ενεργείας. Το εξωκυττάριο ρεύμα, που παράγεται από αυτές τις παροξυσμικές αποπολωτικές μεταπτώσεις, καταλήγει στην χαρακτηριστική ηλεκτροεγκεφαλογραφική αιχμή ή σε οξέα κύματα μεταξύ των κρίσεων, δηλαδή στην χαρακτηριστική επιληπτοειδή εκφόρτιση που σημαίνει αυξημένη ετοιμότητα για κρίσεις. Στην παραγωγή των PDS εμπλέκονται αρκετοί μηχανισμοί. Η αυξημένη διεργεσιμότητα λόγω αλλαγών στα ενδογενή τασεοεξαρτώμενα ρεύματα της κυτταρικής μεμβράνης. Επίσης τα δραστηριοποιούμενα διεγείρομενα κυκλώματα, και η εξασθένηση ή κατάργηση της αποτελεσματικής μετασυναπτικής αναστολής και άλλων ανασταλτικών διεργασιών, καθώς και η αυξημένη αποτελεσματικότητα των διεγερουσών συνάψεων. Σε νευρώνες με επιληπτική συμπεριφορά τα συνηθισμένα συνοπτικά εισερχόμενα μηνύματα μπορεί να εκλύσουν υπερβολικές ή παθολογικά ενισχυμένες αντιδράσεις. Η ενεργοποίηση των γλουταμινικών υποδοχέων τύπου N- μέθυλο-D ασπαρτικού (NMDA) ισχυροποιεί την κυτταρική διεγερσιμότητα και οδηγεί σε παρατεταμένη αποπόλωση των νευρώνων και εισροή ασβεστίου. Η παρατεταμένη ενεργοποίηση των υποδοχέων NMDA και η υπερβολική συσσώρευση ενδοκυτταρίου ασβεστίου καταλήγουν επίσης σε τοξίκωση των νευρώνων και μετά από βαριές αλλεπάλληλες κρίσεις ή status epileptics μπορεί να

επιφέρουν κυτταρικό θάνατο- επιληπτική εγκεφαλική βλάβη-. Σε μερικές περιοχές του φλοιού π.χ στον ιππόκαμπο, κάποια υποσύνολα νευρώνων που φυσιολογικά πυροδοτούνται κατά ώσεις, μπορεί στην διάρκεια μιας επιληπτογόνου δραστηριότητας να λειτουργήσουν ως κύτταρα – βηματοδότες για άλλες ομάδες νευρώνων (Ρούσσο, 2002).

Αν και δεν γνωρίζουν τις λεπτομέρειες της αιτιολογίας της μετάβασης από την μεταξύ των κρίσεων κατάσταση στην επιληπτική κατάσταση, η εμφάνιση των πειραματικών κρίσεων μαρτυρά μια ελαττούμενη αποτελεσματικότητα των ανασταλτικών μηχανισμών, με αύξηση των φαινόμενων διέγερσης. Οι PDS γίνονται συχνότερες, περιλαμβάνοντας όλο και μεγαλύτερο αριθμό νευρώνων και πιο απομακρυσμένες περιοχές του φλοιού, κατάσταση που καταλήγει σε προϊούσα αποπόλωση των νευρώνων μέσα και έξω από την αρχική εστία. Στην διάρκεια των συχνών επιληπτοειδών εκφορτίσεων μεταξύ των κρίσεων, ιδίως δε στην διάρκεια των κρίσεων, οι συγκεντρώσεις του εξωκυττάριου καλίου και του ενδοκυττάριου ασβεστίου αυξάνονται και συμβάλλουν στην συνολική διεγερσιμότητα των επιληπτικών νευρώνων. Κατά την ίδια την κρίση, οι νευρώνες αποπολώνονται τονικά και πυροδοτούνται συνεχώς με εκφορτίσεις παρατεταμένου και υψίσυχνου χαρακτήρα που αντιστοιχούν στην τονική φάση της κρίσης. Η κρίση λήγει, καθώς η συνεχής πυροδότηση διακόπτεται από φασικές επαναπολώσεις που είναι και το αντίστοιχο της κλονικής φάσης, και αποκαθίστανται βαθμιαία τα δυναμικά της μεμβράνης σε φυσιολογικά επίπεδα ή σε μια κατάσταση προσωρινής υπερπόλωσης (μετακριτική καταστολή).

Επί εστιακής επιληψίας η παθολογική συμπεριφορά των νευρώνων ξεκινά μέσα σε μια περιορισμένη περιοχή του φλοιού, απ' όπου μπορεί να μην επεκταθεί. Ο εγκέφαλος διαθέτει ισχυρούς μηχανισμούς καταστολής και περιορισμού της παθολογικής ηλεκτρικής συμπεριφοράς. Κατά κανόνα, στη

διάρκεια των εστιακών εκφορτίσεων μεταξύ των κρίσεων ή κατά τις εστιακές κρίσεις, υπάρχει αναστολή των περιοχών γύρω από τον επιληπτογόνο φλοιό (περιβάλλουσα αναστολή), το ίδιο μάλιστα συμβαίνει και με τον ομότοπο αντίπλευρο φλοιό και τις περιοχές του θαλάμου και του στελέχους. Η κρίση επεκτείνεται και γενικεύεται σε δεύτερο χρόνο μόνο αν υπερκεραστούν αυτές οι περιοριστικές επιδράσεις.

Ο θάλαμος παίζει κρίσιμο ρόλο στη γένεση των γενικευμένων κρίσεων και στη ηλεκτροεγκεφαλογραφική εικόνα των γενικευμένων αιχμηρών κυματόμορφων που τις συνοδεύουν. Επειδή δεν υπάρχουν σταθερά ευρισκόμενες και εντοπίσιμες παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στους εγκεφάλους ασθενών με ιδιοπαθή γενικευμένη επιληψία, η ετοιμότητα για τέτοιες κρίσεις είναι πιθανότατα αποτέλεσμα κληρονομικών βιοχημικών ελαττωμάτων της κυτταρικής μεμβράνης ή των νευροδιαβιβαστών, που επιφέρουν παθολογική διεγερσιμότητα εντός των ενεχομένων κυκλωμάτων (Ρούσσο, 2002).

Τέλος σε επιληπτογόνες εστίες έχει παρατηρηθεί, με ποζιτρονική τομογραφία (PET) και τομογραφία μονήρους φωτονίου (SPECT), υπομεταβολισμός και υποαιμάτωση υποδηλώνοντας την υποκείμενη παθοφυσιολογική διαταραχή (Παπαγεωργίου, 2004).

5. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Σχεδόν όλες οι κρίσεις είναι αιφνίδιες, διαρκούν λίγο και είναι αυτό-περιοριστικές. Οι περισσότερες εμφανίζονται αυτομάτως, χωρίς κάποιο προειδοποιητικό στοιχείο και όπως εξηγήσαμε παραπάνω, το είδος της κρίσης εξαρτάται από την περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται.

Ταξινόμηση των Κρίσεων

- Μερικές κρίσεις
 - A. Απλές εστιακές κρίσεις
 - B. Συμπλοκές εστιακές κρίσεις
 - Γ. Δευτεροπαθείς γενικευμένες κρίσεις
- Γενικευμένες κρίσεις
 - A. Κρίσεις με αφαιρέσεις
 - B. Μυοκλονικές κρίσεις
 - Γ. Κλονικές κρίσεις
 - Δ. Τονικές κρίσεις
 - E. Τονικοκλονικές κρίσεις
 - ΣΤ. Ατονικές κρίσεις

Μερικές κρίσεις

- **Απλές εστιακές**

Πρόκειται για κρίσεις που περιορίζονται σε ένα μικρό τμήμα του εγκεφάλου, στη διάρκεια των οποίων δεν υπάρχει απώλεια συνείδησης. Συχνά διαχωρίζονται σε κρίσεις κροταφικού λοβού, μετωπιαίου λοβού, βρεγματικού και ινιακού, ανάλογα με το που αρχίζει η κρίση. Κατά τις κρίσεις του κροταφικού λοβού, ο ασθενής μπορεί να αισθανθεί μεγάλο φόβο, να κάνει

ζωντανές αναδρομές στο παρελθόν, να έχει ένα έντονο αίσθημα ότι έχει ξαναβρεθεί στην ίδια κατάσταση στο παρελθόν και να αισθάνεται δυσάρεστες οσμές και γεύσεις. Όλοι μας ενδέχεται να έχουμε παρόμοιες εμπειρίες από καιρού εις καιρόν και ασφαλώς δεν πρόκειται συνήθως για κρίσεις. Για παράδειγμα, αίσθηση ότι έχουμε ξαναβρεθεί σε όμοια με την όποια παρούσα κατάσταση είναι μια συχνή και φυσιολογική εμπειρία. Η κύρια διαφορά είναι ότι κατά την επιληψία όλα αυτά εμφανίζονται τακτικά και χωρίς αιτία, διαρκούν λίγο και είναι τέτοια η ένταση τους που σπάνια συναντάται στην καθημερινή ζωή.

Κατά τις κρίσεις του μετωπιαίου λοβού ενδεχομένως να υπάρχουν ανεξέλεγκτες απότομες κινήσεις του ενός βραχίονα ή του ενός κάτω άκρου ή το κεφάλι και τα μάτια να γυρίζουν προς τη μια πλευρά..

Στις κρίσεις του βρεγματικού λοβού ο ασθενής ενδέχεται να αρχίσει να τρέμει στη μια πλευρά του σώματος του. Στις κρίσεις του ινιακού λοβού ο ασθενής είναι πιθανό να δει λάμπσεις από τη μια πλευρά της όρασης. Η κρίση διαρκεί συνήθως μερικά δευτερόλεπτα.

- **Σύμπλοκες εστιακές κρίσεις.**

Είναι πράγματι το επόμενο στάδιο, μετά τις απλές μερικές κρίσεις και το κλειδί βρίσκεται στη λέξη «σύμπλοκες». Κατά τις περιπτώσεις αυτές στην κρίση συμμετέχει μεγαλύτερο τμήμα του εγκεφάλου και αυτή εξαπλώνεται σε αρκετά μεγάλο μέρος του, ώστε ο ασθενής χάνει την επαφή του με το περιβάλλον (δηλ. ο ασθενής είναι αναίσθητος). Η εξάπλωση της κρίσης μπορεί να είναι τόσο ταχεία, ώστε ο ασθενής να μην περάσει από την απλή εστιακή κρίση ή τόσο αργή, ώστε να του δημιουργηθεί -για παράδειγμα- η αίσθηση ότι έχει ξαναβρεθεί στην ίδια κατάσταση, να έχει μια περίεργη δυσάρεστη γεύση ή να βλέπει χρωματιστές αναλαμπές διαρκείας δευτερολέπτων έως μερικών λεπτών πριν αποκτήσει επίγνωση του περιβάλλοντος. Στην διάρκεια της

κρίσης, είναι πολύ πιθανό να συμβούν περιπλοκές, παράξενες ή ακατάλληλες κινήσεις (ονομάζονται αυτοματισμοί). Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να ψάχνει τις τσέπες του ή να κάνει σπασμωδικές κινήσεις. Επίσης, οι ενέργειες αυτές συντονίζονται και μπορεί ακόμη και να λάβουν τη μορφή τρεξίματος, χορού, γδυσίματος ή ακόμη και εκφοράς ασυνάρτητων φράσεων. Αυτές οι κρίσεις διαρκούν συνήθως μερικά λεπτά, περιστασιακά όμως είναι περισσότερο παρατεταμένες. Όταν ο ασθενής επανέρχεται, αγνοεί παντελώς τι έχει κάνει.

- **Δευτεροπαθείς γενικευμένες κρίσεις.**

Είναι το αποτέλεσμα εξάπλωσης της κρίσης και στα 2 ημισφαίρια του εγκεφάλου. Η εξάπλωση μπορεί να γίνει με αργό ρυθμό ώστε ο ασθενής να έχει ένδειξη προειδοποίησης (την αύρα, που στην πραγματικότητα είναι μια απλή μερική κρίση) ή να είναι τόσο ταχεία, ώστε ο ασθενής να χάσει τις αισθήσεις του, χωρίς να έχει προηγηθεί αύρα. Αυτή η εξάπλωση ονομάζεται δευτεροπαθής γενίκευση και η κρίση παίρνει τη μορφή «γενικευμένης τονικοκλονικής κρίσης». Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής εμφανίζει ακαμψία (η επονομαζόμενη τονική φάση) και μπορεί να βγάλει μια διαπεραστική κραυγή. Υστέρα, πέφτει, μπορεί να μελανιάσει, ενώ τα χέρια του και τα πόδια του κάνουν σπασμωδικές κινήσεις (η επονομαζόμενη κλονική φάση). Ενδεχομένως να γογγύζει και να βγάζει αφρούς από το στόμα. Στη διάρκεια της κρίσης, ο ασθενής μπορεί να δαγκώσει τη γλώσσα του ή ακόμη και να έχει απώλεια ούρων. Η κατάσταση αυτή συνήθως διαρκεί μερικά λεπτά και στη συνέχεια, πολλές φορές, ο πάσχων είναι σε κατάσταση σύγχυσης. Μπορεί να μην ξέρει που βρίσκεται και πολλές φορές να κοιμηθεί. Οι μετέπειτα επιδράσεις της κρίσης (η λεγόμενη «μετά- επιληπτική φάση») διαρκούν από λεπτά μέχρι ώρες. Αυτή η κρίση, η οποία κατά το παρελθόν ονομάζονταν «grand mal», δηλαδή μεγάλη (σπασμωδική) επιληψία, είναι σήμερα γνωστή

ως «τονικοκλονική» κρίση και μερικές φορές αναφέρεται και ως σπασμός (Γουόκερ, Σάϊμον, 2000).

Γενικευμένες Κρίσεις

Πρόκειται για κρίσεις που ξεκινούν ταυτόχρονα και από τα δυο ημισφαίρια του εγκεφάλου. Δεν υπάρχει προειδοποίηση και ο ασθενής εμφανίζει άμεση απώλεια συνείδησης. Πολλές φορές αυτή η κρίση είναι τονικοκλονική αλλά μπορεί να είναι κλονική (χωρίς τη φάση της ακαμψίας) ή τονική (δεν υπάρχει στάδιο τρέμουλου, ο ασθενής απλώς πέφτει σαν ένα κομμάτι ξύλο).

Υπάρχει επίσης ένας σπάνιος τύπος κατά τον οποίο ο ασθενής σωριάζεται στο έδαφος, αλλά ανακάμπτει πολύ γρήγορα (μια ατονική κρίση).

Υπάρχουν δυο ακόμα κατηγορίες γενικευμένης κρίσης που είναι οι αφαιρέσεις και οι μυοκλονικές ακούσιες κινήσεις.

- **Αφαίρεση**

Ονομάζονταν κάποτε «petit mal», δηλαδή μικρή (μη σπασμωδική) κρίση. Παρατηρείται στα παιδιά και χαρακτηρίζεται από μικρής διάρκειας – μερικών δευτερολέπτων- φάσεις, κατά τις οποίες το παιδί παραμένει ανέκφραστο και μπορεί να είναι σε σύγχυση, εμφανίζοντας έλλειψη συγκέντρωσης ή απώλεια συγκέντρωσης. Τα παιδιά που πάσχουν από αφαιρετική επιληψία μπορεί να εκδηλώσουν εκατοντάδες επεισόδια καθημερινά και πολλές φορές ούτε τα ίδια αλλά ούτε και όσοι βρίσκονται γύρω τους αντιλαμβάνονται τα περισσότερα από αυτά, διότι είναι πολύ σύντομα.

- **Μυοκλονικές κρίσεις**

Οι κρίσεις αυτού του είδους συναντώνται συνήθως σε ασθενείς που εμφανίζουν και άλλες μορφές κρίσεων και χαρακτηρίζονται από πολύ

σύντομες σπασμωδικές κινήσεις ενός μέλους ή ολόκληρου του σώματος. Ενδεχομένως ο ασθενής να περιγράφει ότι είχε ρίξει ξαφνικά κάτω το φλιτζάνι με το τσάι που κρατούσε ή ότι σωριάστηκε στο έδαφος.

Από αυτές τις περιγραφές μπορεί να γίνει αντιληπτό ότι υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές κρίσεων. Πιθανώς να γνωρίζετε ήδη ότι υφίστανται και άλλες καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να ληφθούν λανθασμένα ως μια κρίση (Ματσανιώτης, 2001).

Ταξινόμηση Τύπων Επιληψίας

I. Μερική επιληψία:

Οι κρίσεις προέρχονται από εστιακή βλάβη, συνήθως ανατομική, του εγκεφάλου και μπορούν να εκδηλωθούν είτε με ένα, μόνο σύμπτωμα (απλές), είτε με συμπτώματα μεταβλητού τύπου ή βαθμού (σύνθετες):

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 της συνείδησης.

Αφαίρεση (petit mal)

Άτυπη αφαίρεση

Ατονική

Μυοκλονική

B. Με σπασμούς

Τονικοκλονική (grand mal)

Τονική

Κλονική

III. Άτυπες ή αταξινόμητες επιληπτικές κρίσεις.

Συνήθως χωρίς απώλεια συνείδησης.

A. Παροξυσμικοί τονικοί σπασμοί

B. Νωτιαίος μυόκλονος

Û Μερική επιληψία

Συνίσταται σε κρίσεις εστιακής νευρολογικής δυσλειτουργίας. Οι κρίσεις περιγράφονται ως απλές όταν εκδηλώνονται με ένα μόνο συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς (ισοδύναμο της αύρας) και σε όλη την διάρκειά τους συνοδεύονται από πλήρη αυτοσυνειδησία. Αντίθετα, σύνθετες ονομάζονται οι κρίσεις μερικής επιληψίας, όταν στην διάρκειά τους μεταβάλλεται η μορφή των νευρολογικών συμπτωμάτων και σημείων (π.χ μία οσφρητική ευαισθησία ακολουθείται από σπλαγχνικούς αυτοματισμούς ή σύνθετες κινήσεις) ή όταν κατά την εξέλιξή τους επέρχεται απώλεια της συνείδησης. Και στις δύο μορφές τις καλύτερες ενδείξεις για τον προσδιορισμό της περιοχής του εγκεφάλου με την επιληπτογόνο βλάβη αποτελούν τα εναρκτήρια σημεία και συμπτώματα των κρίσεων.

Û

Û Μερική Κινητική Επιληψία

Οι κρίσεις αυτής της κατηγορίας προέρχονται από επιληπτογόνες εστίες των πρωτεύουσών κινητικών ή των προκινητικών, συμπληρωματικών

κινητικών ή προμετωπιαίων χώρων του μετωπιαίου λοβού. Οι εστίες που βρίσκονται στις πλάγιες προμετωπικές, συμπληρωματικές κινητικές και προκινητικές περιοχές προκαλούν κρίσεις που εκδηλώνονται στην αντίθετη πλευρά του σώματος και παρουσιάζουν μέτριες, μόνο, διαφορές των αντίστοιχων κινητικών εικόνων. Ο μετωπιαίος λοβός έχει πολλές νευρικές διασυνδέσεις με τον φλοιό και με τον οπτικό θάλαμο. Κατά συνέπεια οι μετωπιαίες επιληπτικές εκφορτίσεις μπορούν είτε να εξαπλωθούν προκαλώντας προοδευτική αύξηση της κινητικής δραστηριότητας της αντίθετης πλευράς του σώματος, είτε να προβληθούν κατευθείαν στο διεγκέφαλο και να προκαλέσουν γενικευμένους σπασμούς. Όταν οι αλλοιώσεις εντοπίζονται σε πολύ πρόσθια τμήματα των μετωπιαίων λοβών, η απώλεια της συνείδησης μπορεί να επέλθει ταυτόχρονα με την έναρξη των εστιακών κινήσεων ή ακόμα και λίγο πριν από αυτήν. Πάντως στις περισσότερες περιπτώσεις επιληψίας των συμπληρωματικών ή των προκινητικών περιοχών η εγρήγορση διατηρείται τουλάχιστον ως την αρχή της κρίσης. Τα κινητικά στοιχεία των κρίσεων της μερικής κινητικής επιληψίας μπορούν να αρχίζουν και να παραμένουν, ως απλή στροφή της κεφαλής και των ματιών προς την αντίθετη πλευρά της εστίας, να συνίστανται σε έκταση και ανύψωση του αντίθετου άνω άκρου και σε στροφή του κορμού και, μερικές φορές, να περιλαμβάνουν άναρθρες κραυγές ή, όταν η εστία εντοπίζεται στο επικρατούν ημισφαίριο, αφασία. Ωστόσο η στροφή της κεφαλής δεν αποτελεί, μόνη της, αξιόπιστο σημείο εντοπισμού της εστίας.

Η πρωτοπαθής κινητική (Ρολάνδειος) επιληψία προκαλεί τις κλασσικές επιληπτικές κρίσεις τύπου Jackson. Η κρίση αρχίζει με ρυθμικές, κλονικές συσπάσεις του αντίχειρα ή της γωνίας του στόματος της αντίθετης προς την εστία πλευράς του σώματος, οι οποίες εξαπλώνονται με αργό ρυθμό, σε γειτονικές περιοχές, τις περισσότερες φορές από τον αντίχειρα στο χέρι, στο

άνω άκρο και στο πρόσωπο, αλλά μερικές φορές και προς την αντίθετη κατεύθυνση. Συχνά επίσης παρατηρείται γενίκευση των σπασμών. Πολλές κρίσεις της επιληψίας τύπου Jackson ακολουθούνται από παροδική ή παρατεταμένη μετεπιληπτική παράλυση του άκρου που εμφανίζει τους σπασμούς (παράλυση του todd).

Μερική Αισθητική Επιληψία

Αυτή η μορφή προκαλεί την κλασσική επιληπτική αύρα, η οποία αποτελεί αισθητικό προαίσθημα ή μέρος αισθήματος που αντιπροσωπεύει την έναρξη της κρίσης και υποδεικνύει την προέλευσή της. Κατά σειρά συχνότητας η αύρα συνίσταται σε αίσθημα ανύψωσης του επιγαστρίου, που οφείλεται σε εκφορτίσεις του φλοιού της νήσου (κεντρικού λοβού) του εγκεφάλου, σε σωματικά αισθήματα μυρμηκίασης ή αιμωδίας (διέγερση της οπίσθιας κεντρικής έλικας) σε απλά οπτικά φαινόμενα (κατά το πλείστον ινιακής προέλευσης), σε ίλιγγο (διέγερση της άνω κροταφικής έλικας) ή σε ασαφή ή ολοσωματικά αισθήματα (χωρίς σημασία για την εντόπιση). Οι αλλοιώσεις που εντοπίζονται στην αγκιστρωτή έλικα, ή γύρω από αυτήν προκαλούν οσφρητικές ψευδαισθήσεις (αντίληψη δυσάρεστων οσμών), που συχνά μεταπίπτουν σε άλλα συμπτώματα του κροταφικού λοβού.

Μερική Σύνθετη Κροταφομεταιχμιακή Επιληψία

Αντιπροσωπεύει την συχνότερη μορφή της χρόνιας επιληψίας και το 40% περίπου, όλων των περιπτώσεων επιληψίας. Στις μισές περίπου περιπτώσεις αρχίζει πριν από την ηλικία των 25 ετών και στις περισσότερες οφείλεται σε διαπιστώσιμες οργανικές αλλοιώσεις της μεταιχμιακής περιοχής του κροταφικού λοβού. Συχνά αίτια της μορφής αυτής της επιληψίας είναι διαταραχές της διάπλασης, κατάλοιπα εγκεφαλικών λοιμώξεων των πρώτων

χρόνων της ζωής, ή βαριές περιπτώσεις πυρετικών σπασμών, τραυματισμοί της κεφαλής, νεοπλάσματα και σε μεγαλύτερες ηλικίες, εγκεφαλικά επεισόδια ή τοπική εγκεφαλική ατροφία. Οι περισσότερες κρίσεις μερικής σύνθετης επιληψίας αρχίζουν κατά μήκος της έσω μοίρας του κροταφικού λοβού ή από το γειτονικό κατώτερο μετωπικό τμήμα του μεταιχμιακού συστήματος και εξαπλώνονται προς τα πίσω, κατά μήκος του μεταιχμιακού φλοιού του μετωπιαίου λοβού. Πολλές φορές οι εκφορτίσεις προβάλλονται δια μέσου του μεσολοβίου στην έσω μοίρα του αντίθετου κροταφικού λοβού.

Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί δευτερογενής γενίκευση, με εξάπλωση προς τα βαθύτερα διεγκεφαλικά στοιχεία, και πρόκληση χρόνιων επιληψιών, συχνότερα όμως σύνθετων αυτοματισμών. Σε κάθε περίπτωση κατά την εξέλιξη της κρίσης παρατηρείται βαριά άμβλυση ή απώλεια της συνείδησης και της μνήμης.

Η αύρα των κρίσεων της μερικής σύνθετης επιληψίας αντικατοπτρίζει συχνά την ανατομική τους προέλευση και μερικές φορές αποτελεί το σύνολο του επεισοδίου. Η κρίση συχνότερα εξελίσσεται σε στερεότυπες αυτόματες κινήσεις που μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές, αυτοτελείς ή σε συνδυασμούς. Συνήθως οι κρίσεις διαρκούν 1-2 λεπτά, σπάνια μέχρι 5 και ακολουθούνται από αργή ανάκτηση του προσανατολισμού με κεφαλαλγία και υπνηλία. Στο ΗΕΓ που λαμβάνεται στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων παρατηρούνται αιχμές κροταφικού λοβού ή βραδείες εστίες στο 80%, περίπου, των περιπτώσεων με την προϋπόθεση της καταγραφής στη διάρκεια του ύπνου. Η συχνότητα των διαταραχών αυξάνεται κατά ή μετά την κρίση, αλλά ακόμα και τότε τα επιπολής κраниακά ηλεκτρόδια είναι δυνατό να μην καταγράψουν τις εκφορτίσεις που προέρχονται από βαθύτερες περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος.

Σε πολλές περιπτώσεις μερικής σύνθετης επιληψίας στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων παρατηρείται παθολογική συμπεριφορά, όπως έμμονες διωκτικές ιδέες, θρησκοληψία, σχολαστικότητα, υπερευαισθησία, εσωστρέφεια.

Η διαφορική διάγνωση της μερικής σύνθετης επιληψίας περιλαμβάνει κυρίως τις αφαιρετικές κρίσεις της μικρής επιληψίας (*petit mal*) και τις ψυχιατρικές καταστάσεις φυγής. Οι αφαιρετικές κρίσεις αρχίζουν και τελειώνουν απότομα, διαρκούν λίγα μόνο δευτερόλεπτα, συνήθως δεν συνοδεύονται από αυτεπίγνωση, δεν προκαλούν αύρες ή αυτοματισμούς και δείχνουν διαγνωστική ηλεκτροεγκεφαλογραφική ανωμαλία. Αντίθετα οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν ιστορικό παρατεταμένης αλλοίωσης του ψυχισμού ή της συμπεριφοράς, διαρκούν περισσότερο από τις επιληπτικές κρίσεις, δεν παρουσιάζουν την χαρακτηριστική εξέλιξη «αύρα - κρίση - μετεπιληπτική σύγχυση και υπνηλία» και συχνά έχουν σχέση αιτίου - αποτελέσματος προς καταστάσεις stress, η οποία δεν παρατηρείται στη γνήσια επιληψία. Τέλος, οι κρίσεις μερικής σύνθετης επιληψίας σπάνια αποτελούν ικανοποιητική εξήγηση για τέλεση εγκλήματος ή εκτέλεση άλλων εμφανών εκουσίων αποκλίσεων από τους κοινωνικούς κανόνες.

Συχνά Συμπτώματα Μετ αιχμιοκροταφικής Επιληψίας

Σύμπτωμα	Εστία Προέλευσης
Δυσάρεστη οσμή, «αγκιστρωτή κρίση»	Αγκιστρωτή έλικα κροταφικού λοβού -περιοχή αμυγδαλοειδών πυρήνων
Μικροψία ή μακροψία	Μέση - Κάτω κροταφική έλικα
Αίσθημα έντονης οικειότητας (déjà vu)	Παραϊπποκάμπεια - ιπποκάμπεια ζώνη
Αίσθημα άγνοιας του περιβάλλοντος (jamais vu)	Ακουστικός συνειρμικός φλοιός
Φωνές, φράσεις, τραγούδια	Μετ αιχμιακός φλοιός της νήσου και του πόλου του κροταφικού λοβού
Πλατάγιασμα των χειλιών	
Κοιλιακός πόνος	Παραϊπποκάμπειες περιοχές και
Αίσθημα ανύψωσης του επιγαστρίου	διαφανές διάφραγμα
καρδιακή αρρυθμία	
Ονειρικά αισθήματα	
Φόβος, ευχαρίστηση, οργή	

Συχνές Εκδηλώσεις Μετ αιχμιακής Επιληψίας

Αυτόνομες: Έξαψη, ωχρότητα, ταχύπνοια, ναυτία, ερυγές - βορβορυγμοί, εφίδρωση, καρδιακή αρρυθμία.

- Γνωστικές:** Έντονο αίσθημα οικειότητας με το περιβάλλον (déjà vu), αμνησία χώρου (jamais vu), έντονη σκέψη, ονειρικές καταστάσεις, αποπροσωποποίηση.
- Συναισθηματικές:** Γέλιο, φόβος, οργή, κατάθλιψη, έπαρση.
- Αισθητικές:** Οσφρητικές ψευδαισθήσεις, μακροψία, μικροψία, οικείες φωνές, όραση αντικειμένων ή σκηνών, συγκινησιακές εμπειρίες (ονειρικές καταστάσεις).
- Κινητικές:** Ατενές βλέμμα με πλατάγιασμα των χειλιών, κίνησης μάσησης, ημισκόπιμες κινήσεις τριβής, σύγχυση, αλλόκοτη συμπεριφορά, βάδιση ή μερικές φορές τρέξιμο, μετεπιληπτική σύγχυση ή υπνηλία.

Γενικευμένες Επιληψίες

Γενικευμένη Επιληψία χωρίς σπασμούς

Αφαιρετικές κρίσεις, Μικρή επιληψία (petit mal)

Οι κρίσεις αφαίρεσης αρχίζουν από την παιδική ηλικία, συνήθως μεταξύ 2 και 12 ετών, και στις περισσότερες περιπτώσεις διακόπτονται περί το 20ο έτος. Οι κρίσεις αυτές αντιπροσωπεύουν το κλασικό παράδειγμα της πρωτοπαθούς επιληψίας: δεν συνοδεύουν οργανική ή γνωστή γενικευμένη μεταβολική νόσο του εγκεφάλου. Οι γενετικές μελέτες δείχνουν ότι η συχνότητα ηλεκτροεγκεφαλικών διαταραχών μεταξύ των συγγενών πρώτου βαθμού αυτών των ασθενών ανέρχεται σε 40% περίπου. Οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν διαταραχές της νόησης ή άλλα νευρολογικά συμπτώματα.

Οι απλές αφαιρετικές κρίσεις δεν διαρκούν περισσότερο από 1-2 δευτερόλεπτα και χαρακτηρίζονται από απλανές βλέμμα που συχνά

συνοδεύεται από ελαφρές συχνότητας 3-4 Hz, κινήσεις σύγκλεισης και διάνοιξης των βλεφάρων. Ο απροετοίμαστος παρατηρητής πολλές φορές δεν αντιλαμβάνεται τη διαταραχή και το παιδί την αγνοεί. Σε βαριές περιπτώσεις οι κρίσεις αυτές μπορούν να φθάσουν τις δωδεκάδες ή και τις εκατό ή περισσότερες μέσα σε μία μέρα.

Οι περισσότερο παρατεταμένες σύνθετες κρίσεις αφαίρεσης είναι δυνατό να διαρκέσουν 15-30 δευτερόλεπτα και σε σπάνιες περιπτώσεις ακόμη και 1 λεπτό. Οι κρίσεις αυτές αναγνωρίζονται εύκολα: παρατηρείται πτώση της κεφαλής του παιδιού, ρυθμικές αλλά ελαφρές κινήσεις των βλεφάρων, και μερικές φορές των άνω άκρων, και ενδεχομένως σύντομος κινητικός αυτοματισμός ή ακόμα και ενούρηση.

Το Η.Ε.Γ. της κλασσικής επιληπτικής αφαίρεσης είναι εξ ίσου τυπικό με την κλινική εικόνα: περιέχει επανειλημμένες ομάδες και σειρές συμμετρικών κυμάτων συχνότητας 3,5 Hz. Επιπλέον, τόσο η διαταραχή του ΗΕΓ όσο και η κρίση μπορούν συχνά να αναπαραχθούν με εκούσιο υπεραερισμό επί 60-180 δευτερόλεπτα. Οι άτυπες κρίσεις ή η απουσία ασυμμετρίας στο ΗΕΓ πρέπει να οδηγούν προς την κατεύθυνση κάποιας άλλης λιγότερο καλοήθους, γενικευμένης επιληψίας της παιδικής ηλικίας.

Τα μισά, περίπου, από τα παιδιά με κρίσεις μικρής επιληψίας πριν φθάσουν στην ηλικία των 20 ετών παρουσιάζουν τονικο-κλονικές επιληπτικές κρίσεις.

Ο μυόκλονος μια σύντομη, απροσδόκητη και ανεξέλεγκτη κίνηση ολόκληρου του σώματος ή μιας περιοχής του κορμιού, ή ενός άκρου, είναι συχνό φυσιολογικό φαινόμενο, π.χ. της υπνηλίας πριν από την επέλευση του ύπνου. Ο διάχυτος, όμως, ή πολυεστιακός μυόκλονος είναι παθολογική εκδήλωση διαφόρων εκφυλιστικών τοξικών και λοιμωδών νευρολογικών διαταραχών και της βαριάς παιδικής επιληψίας. Μια περισσότερο καλοήθης

μορφή περιορισμένου μυόκλονου, εντοπίζεται στα άνω άκρα και σχετίζεται στενά με την γενική πρωτοπαθή επιληψία. Ο μερικός μυόκλονος που συνιστάται σε περιφερικές ή κεντρικές επαναληπτικές συστολές εστιακές των μυών, μπορεί να παρατηρηθεί σε διαταραχές του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού.

Ο αμφοτερόπλευρος επιληπτικός μυόκλονος είναι σπάνια κατάσταση, που συνίσταται σε αμφοτερόπλευρες επαναληπτικές μυοκλονικές κινήσεις, παρατηρείται συχνότερα σε κορίτσια, πολλές φορές με έναρξη κατά την εμμηναρχή, και εντοπίζεται ειδικά στους ώμους και στα άνω άκρα. Στο Η.Ε.Γ. παρατηρείται συχνά αμφιμετωπιαία βραδεία επιληπτική δραστηριότητα τύπου αιχμής-κύματος, παρόμοια με εκείνην που βρίσκεται στις αφαιρετικές κρίσεις. Παθογενετικά και γενετικά ο αμφοτερόπλευρος επιληπτικός μυόκλονος έχει στενή σχέση με την μικρή επιληψία, περικλείει τον ίδιο κίνδυνο μελλοντικής εξέλιξης σε τονικό-κλονικές κρίσεις και ανταποκρίνεται στα ίδια φάρμακα και ιδιαίτερα στο βαλπροϊκό νάτριο. Μια περισσότερο σοβαρή μορφή συμμετρικής ή πολυεστιακής επιληψίας με αρθρούς μυόκλονους παρατηρείται σε παιδιά με κληρονομικές εκφυλιστικές παθήσεις (νόσος των Unverricht-Lundborg, κηροειδής λιποφουσκίνωση). Συχνά επίσης πολυεστιακός μυόκλονος συνοδεύει την προϊούσα εγκεφαλίτιδα των παιδιών (υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτιδα) ή των ενηλίκων (νόσος των Unverricht Lundborg). Τέλος, πολυεστιακούς ή τελικούς μυόκλονους (μυόκλονους σκοπού) μπορούν να προκαλέσουν διάφορες μεταβολικές και εκφυλιστικές διαταραχές του εγκεφάλου, όπως η ηπατική εγκεφαλοπάθεια, η ουραιμία, η δηλητηρίαση από πενικιλίνη και διάφορες μορφές άνοιας, όπως η νόσος του Alzheimer, η χορεία του Huntington και, μερικές φορές η νόσος του Wilson.

Οι ατονικές-ακινητικές κρίσεις συνοδεύουν συχνά τη βαριά μυοκλονική επιληψία των παιδιών ηλικίας 1-6 ετών. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι δυνατό να παρατηρηθούν κρίσεις πτώσης της κεφαλής, πτώσεις στο έδαφος, κρίσεις ακινησίας, παρατεταμένα επεισόδια, μικρών κινητικών σπασμών, κρίσεις γενικευμένης τονικοκλονικής επιληψίας και διανοητική καθυστέρηση. Η θεραπεία είναι δύσκολη και συχνά όχι τελείως επιτυχής.

Οι βρεφικοί σπασμοί είναι σύντομοι, συχνά επαναλαμβανόμενοι αθρόοι σπασμοί των καμπτήρων μυών της κεφαλής και των άκρων. Το 50%, περίπου, των περιπτώσεων παρατηρείται σε εκφυλιστικές ή μεταβολικές διαταραχές του εγκεφάλου και οι υπόλοιπες είναι άγνωστης αιτιολογίας.

Σε αναλογία περίπου 9:10 τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν, τελικά, διανοητική καθυστέρηση, μερικές φορές βαριά.

Γενικευμένη Επιληψία με Σπασμούς

Οι σπασμοί της γενικευμένης επιληψίας διακρίνονται σε δύο τύπους:

α) τονικοκλονικοί, β) τονικοί.

Οι τονικο-κλονικές κρίσεις (μεγάλη επιληψία, grand mal) μπορούν ν' αρχίσουν σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι περισσότερες προκαλούν απώλεια της συνείδησης από την έναρξή τους, αν και κάποιο ποσοστό ασθενών αναφέρει ένα αίσθημα ανύψωσης του επιγαστρίου καθώς αρχίζει η κρίση. Μερικές φορές, αρκετές ώρες πριν από την κρίση, παρατηρούνται πρόδρομα σημεία (τα οποία δεν αποτελούν αύρες), όπως αλλαγή της διαθέσεως, αίσθημα φόβου, αϋπνία ή απώλεια της όρεξης. Επίσης, πριν από την κρίση είναι δυνατό να προηγηθούν επεισόδια επαναληπτικού μυόκλονου. Κατά την έναρξη της κρίσης πολλοί ασθενείς κραυγάζουν ασυναίσθητα. Η κρίση αρχίζει με τονική σύσπαση των μυών σε έκταση, συνήθως τόσο έντονη ώστε να αναστέλλεται η αναπνοή και να αναπτύσσεται έντονη κυάνωση, για να

επακολουθήσει χάλαση των μυών και η πρώτη αναπνοή μετά τον τονικό σπασμό. Οι έντονες τονικές φάσεις σπάνια έχουν διάρκεια μέχρι ενός λεπτού, αλλά είναι δυνατό να επαναληφθούν αρκετές φορές κατά την κρίση. 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 ρεγμάζουσα αναπνοή, ωχρότητα και έντονη σιελόρροια. Οι κινητικές μεταβολές συνοδεύονται από υπέρταση, ταχυκαρδία και έντονη εφίδρωση. Στη διάρκεια των τονικών σπασμών είναι δυνατό να παρατηρηθεί σύντομη ακινητοποίηση και μέτριου βαθμού διαστολή των κορών. Η εξάλειψη των οφθαλμοκεφαλικών και η αύξηση των εν τω βάθει τενόντων αντανακλαστικών, καθώς και οι εκτατικές πελματιαίες αντιδράσεις μπορούν να διαρκέσουν και για μερικά λεπτά μετά την κρίση, αλλά συνήθως υποχωρούν με την επανεμφάνιση της εγρήγορης 2-3 λεπτά μετά την έναρξη της φάσης χάλασης. Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται δάγκωμα της γλώσσας και απώλεια του ελέγχου των σφιγκτήρων. Επιπλέον, οι τονικές συσπάσεις είναι δυνατό να έχουν τόση ισχύ ώστε να συμπιέσουν τους θωρακικούς ή τους ανώτερους οσφυϊκούς σπονδύλους. Άλλες σοβαρές κακώσεις παρατηρούνται σχετικά σπάνια, αλλά οι ασθενείς πρέπει να προειδοποιούνται για τον κίνδυνο πνιγμού, αν η κρίση τους βρει στο λουτρό, ή ασφυξίας από τα κλινοσκεπάσματα αν επέλθει στη διάρκεια του ύπνου.

Κάθε εστιακή εκδήλωση που θα παρατηρηθεί κατά ή μετά την κρίση, πρέπει να ερευνάται σχολαστικά, διότι η παρουσία της σημαίνει ότι η επιληψία οφείλεται μάλλον σε τοπικό οργανικό, παρά σε γενικό αίτιο. Μετά την κρίση της μεγάλης επιληψίας ακολουθούν κόπωση, μυϊκή αδυναμία και μυαλγίες, γενική κεφαλαλγία και υπνηλία. Μερικές φορές η σύγχυση του ασθενούς μπορεί να διαρκέσει για αρκετές ώρες. Στις περισσότερες

περιπτώσεις μετά την κρίση ακολουθεί ύπνος και οι ασθενείς αφυπνίζονται μετά από μερικές ώρες με μυαλγίες, που αποτελούν το μόνο υπόλειμμα της επιληπτικής κρίσης.

Αντίθετα, μετά από πολλές διαδοχικές κρίσεις ή από status epilepticus, είναι δυνατό να παρατηρηθούν βαριές υπολειμματικές βλάβες.

Στη διάρκεια των σπασμών της γενικευμένης επιληψίας το Η.Ε.Γ. παρουσιάζει γρήγορα επαναλαμβανόμενες εκφορτίσεις τύπου αιχμής, οι οποίες κατά την επέλευση των κλονικών συστάσεων ακολουθούνται από βραδείας δραστηριότητας αιχμές. Στη μετεπιληπτική περίοδο το Η.Ε.Γ. παρουσιάζει παθολογικά αργή δραστηριότητα εκφορτίσεων, μερικές φορές για αρκετές ώρες. Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων είναι δυνατό να παρατηρηθούν συμπλέγματα αιχμής-κύματος, ομάδες παθολογικά αργών εκφορτίσεων ή μίγματα αιχμών και βραδέων κυμάτων σε μικρής διάρκειας (10-20 sec) σειρές εκφορτίσεων, ενώ στο 20% περίπου των περιπτώσεων το Η.Ε.Γ. είναι φυσιολογικό. Οι διαταραχές, όταν υπάρχουν, εντοπίζονται σε συμμετρικές θέσεις του εγκεφάλου .

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

Η αντανakλαστική επιληψία είναι μια μορφή επιληψίας που μπορεί να παρατηρηθεί σε ευαίσθητα άτομα υπό την επίδραση διαφόρων αισθητικών ερεθισμάτων. Οι φωτογενείς κρίσεις είναι δυνατό να πυροδοτηθούν από την οδήγηση σε δεντροστοιχίες που αφήνουν το ηλιακό φως να περνά ανάμεσα τους ή ακόμα και από τη ρυθμική κίνηση του χεριού εμπρός από τα μάτια, όταν ο ασθενής έχει προσηλώσει το βλέμμα σε κάποιο έντονο φως. Η γενικευμένη επιληπτική κρίση που επέρχεται, μπορεί να έχει την μορφή μυόκλονου, αφαίρεσης ή τονικο-κλονικών σπασμών. Παρόμοιας αιτιολογίας

είναι και οι κρίσεις που ελκύονται κατά την ενατένιση ορισμένων γεωμετρικών σχημάτων ή σπάνια, κατά την ανάγνωση. Η ένταση του ερεθίσματος που προκαλεί τις φωτογενείς κρίσεις μπορεί να μειωθεί με γυαλιά από πολωμένο υλικό και το αποτελεσματικότερο φάρμακο για αυτές είναι το βαλπροϊκό οξύ. Άλλες, σπανιότερες, μορφές αντιδράσεων σε αισθητικά ερεθίσματα είναι οι βίαιες, επαναλαμβανόμενες φοβικές αντιδράσεις στο θόρυβο και οι κρίσεις μερικής σύνθετης επιληψίας οι οποίες πυροδοτούνται από συγκεκριμένα μουσικά θέματα.

Η οικογενής παροξυσμική χορειοθέτηση είναι σπάνια διαταραχή, η οποία κληρονομείται με αυτοσωματικό επικρατητικό ή υπολειπόμενο χαρακτήρα και χαρακτηρίζεται από παροξυσμούς χορειοειδών, δυστονικών και αθετωσικών συστροφών του σώματος με πλήρη διαύγεια της συνείδησης. Την έκλυση των επεισοδίων είναι δυνατό να προκαλέσουν η υπερένταση (stress) ή οι απότομες κινήσεις. Οι περισσότερες περιπτώσεις ανταποκρίνονται στην διφαινυλδαντοΐνη ή στην καρβαμαζεπίνη.

Ο υποτροπιάζοντες σπασμοί συστροφής αποτελούν επεισόδια δυστονικών σπασμών του προσώπου, του κορμού και των άκρων, και παρατηρούνται σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Μερικές φορές οι κρίσεις συνίστανται μάλλον σε αταξία και δυσαρθρία παρά σε δυστονία. Την έκλυση των σπασμών, οι οποίοι δεν επηρεάζουν την συνείδηση, μπορούν να προκαλέσουν κινήσεις του σώματος ή ερεθίσματα που αιφνιδιάζουν τον ασθενή.

Το Η.Ε.Γ. παραμένει φυσιολογικό. Οι κρίσεις που πιθανώς οφείλονται στην κατάληψη του δικτυωτού σχηματισμού της κατώτερης μοίρας του εγκεφαλικού στελέχους από σκληρυντικές πλάκες προλαμβάνονται με την χορήγηση διφαινυλδανταΐνης ή καρβαμαζετίνης.

6. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ – ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η κλινική εικόνα της επιληπτικής κρίσης ποικίλλει ανάλογα με την υπάρχουσα νευρολογική βλάβη.

Έτσι σε μια **επιληπτική κρίση Grand Mal** έχουμε τις εξής κλινικές εκδηλώσεις: πρόδρομα συμπτώματα (επιληπτική αύρα) μπορεί να είναι δυσφορία, ελαφρά ζάλη, αίσθημα ζεστού αέρα και η εμφάνιση της κρίσης είναι ξαφνική. Συνοδεύεται συχνά από κραυγή, γενικευμένο τονικό σπασμό, παροδική διακοπή αναπνευστικής λειτουργίας λόγω του σπασμού, απώλεια συνείδησης και πτώση του αρρώστου όπου βρίσκεται με κίνδυνο τραυματισμού. Μετά τη φάση αυτή, που μπορεί να διαρκέσει μέχρι 10 λεπτά, ακολουθούν προοδευτικά γενικευμένοι κλινικοί σπασμοί οφειλόμενοι στην πλήρη μυική χάλαση, η οποία διακόπτει ρυθμικά την τονική σύσπαση, ενώ βγαίνουν από το στόμα αφροί εξαιτίας της ανακίνησης του σιέλου και των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων. Επίσης λόγω της αύξησης της ενδοκυστικής πίεσης παρατηρείται απώλεια ούρων. Άλλα συμπτώματα που οφείλονται στους κλινικούς σπασμούς είναι η αύξηση Αρτηριακής Πίεσης, η ταχυκαρδία, η μυδρίαση, η ανάσπαση βλεφάρων, η αναστροφή των ματιών προς τα επάνω και το θετικό σημείο Babinski.

Σε μια **επιληπτική κρίση Petit Mal** έχουμε:

Μια σειρά διαφορετικών κρίσεων με διαφορετικές κλινικές εκδηλώσεις, αλλά με κοινά σημεία, όπως σταθερή σχέση με την ηλικία, μεγάλη συχνότητα, και μικρότερη δραματικότητα. Μερικές κρίσεις διακρίνονται από: αφαίρεση με διαταραχή συνείδησης για 3-15" και ο άρρωστος απότομα σταματά να μιλά ή κοιτάζει με βλέμμα απλανές και καθλωμένο ή σταματά αυτό που έκανε και επανέρχεται χωρίς να έχει συνείδηση του τι συνέβη. Μπορεί να υπάρχουν και άλλα στοιχεία όπως

σπασμοί βρεφών σε εγκεφαλική κάκωση κατά τον τοκετό, ή πυρετικοί σπασμοί σε εμπύρετα νοσήματα. Οι κλινικές εκδηλώσεις που αναφέραμε πιο πάνω αποτελούν συμπτώματα των δυο κυριότερων τύπων της γενικευμένης επιληψίας.

Οι κλινικές εκδηλώσεις στην εστιακή ή μερική επιληψία διαφέρουν σε σχέση με τις εκδηλώσεις της γενικευμένης επιληψίας, καθώς οι εστιακές επιληψίες οφείλονται σε μετατραυματικές καταστάσεις και κλινικά εκδηλώνονται ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης. Δηλαδή έχουμε σπασμό ενός άκρου, μουδιάσματα, ακουστικές ψευδαισθήσεις αλλά δεν επηρεάζεται καθόλου το επίπεδο συνείδησης του πάσχοντα.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι όλα τα ανωτέρω συμπτώματα εμφανίζονται μόνο κατά την διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης ενώ κατά τα μεσοδιαστήματα ο ασθενής είναι απόλυτα φυσιολογικός. Η συχνότητα και το είδος των κλινικών εκδηλώσεων διαφέρει από ασθενή σε ασθενή (Παπαγεωργίου, 1991, Μπαλτόπουλος, 1993).

7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ορθή διάγνωση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της σωστής αντιμετώπισης. Η διαγνωστική αξιολόγηση έχει τρεις στόχους: (1) να διαπιστώσει την ύπαρξη της νόσου της επιληψίας, (2) να ταξινομήσει τις κρίσεις και το είδος της επιληψίας και (3) να ταυτοποιήσει, αν είναι δυνατό, το ειδικό υποκείμενο αίτιο.

Προϋπόθεση για μια σωστή διάγνωση αποτελεί αρχικά, η λήψη ενός καλού ιστορικού, ακολουθεί η φυσική εξέταση και τέλος σειρά έχουν οι εργαστηριακές εξετάσεις.

Το λεπτομερές και προσεκτικό **ιστορικό** επιβάλλεται ως ο παράγοντας διάγνωσης με τη μεγαλύτερη σημασία. Επειδή οι ασθενείς συνήθως δεν έχουν παρά μια μικρή επίγνωση της συμπεριφοράς τους κατά τη διάρκεια των κρίσεων, συνήθως πρέπει να αντλούμε επιπρόσθετες πληροφορίες από τα μέλη της οικογένειας ή άλλους κοντινούς μάρτυρες. Η σύνοψη του ιστορικού πρέπει να μας δώσει μια σαφή περιγραφή των κρίσεων του ασθενούς. Τέλος απαραίτητη είναι η αναφορά στο οικογενειακό ιστορικό, καθώς επίσης και αν λάμβανε φαρμακευτική αγωγή στο παρελθόν, τα αποτελέσματα της και τυχόν παρενέργειες της. Αν ο ασθενής έχει λάβει παλαιότερα αγωγή, είναι σημαντικό να ξέρουμε τι φάρμακα είχαν χορηγηθεί. Είναι χρήσιμο να γνωρίζουμε τις δόσεις καθώς και τα επίπεδα φαρμάκων που επιτεύχθηκαν στο αίμα, το θεραπευτικό αποτέλεσμα και τις παρενέργειές τους.

Για τους περισσότερους επιληπτικούς ασθενείς δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα από τη **φυσική εξέταση**. Ωστόσο τυχόν υπάρχοντα παθολογικά ευρήματα δείχνουν είτε υποκείμενο νευρολογικό ή συστηματικό νόσημα, του οποίου μέρος αποτελούν οι επιληπτικές κρίσεις, είτε εντοπισμένη εγκεφαλική παθολογία για παράδειγμα τυχόν ασυμμετρία στο μέγεθος των

άκρων χεριών, των άκρων ποδιών ή στο πρόσωπο σηματοδοτεί μακροχρόνια ανωμαλία του αντίπλευρου προς την πλευρά των μικρότερων διαστάσεων ημισφαιρίου.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που είναι χρήσιμες στην διερεύνηση της επιληψίας, αναφέρονται στο πίνακα 2 (Ρούσσοσ, 2002).

Πίνακας 2: Εργαστηριακός έλεγχος ασθενών με υποψία επιληψίας

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα	Το ΗΕΓ είναι η σπουδαιότερη διαγνωστική εξέταση για την στοιχειοθέ-τηση της διάγνωσης και την ορθή ταξινόμηση των κρίσεων.
Αιματολογικές Εξετάσεις και εξετάσεις ούρων	Είναι χρήσιμες επί ασθενών μεγαλύτερων ηλικιών με οξύ ή χρόνια συστηματικό νόσημα, ενώ σε εφήβους με ανεξήγητες γενικευμένες κρίσεις, για να ελέγχει τυχόν κατάχρηση ουσιών.
Οσφυονωτιαία Παρακέντηση	Η εξέταση επιβάλλεται,, μόνο όταν υπάρχει η παραμικρή υποψία μηνιγγίτι-δας ή εγκεφαλίτιδας.
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	Γίνεται σε κάθε νεαρό άτομο με πρωτοεμφανιζόμενη γενικευμένη κρίση, όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αρρυθμίας, αιφνιδίου ανεξήγητου θανά-του ή επεισοδιακής απώλειας συνείδησης.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Με την πρώτη υποψία της επιληψίας θα πρέπει κανείς να συμβουλευθεί τον γιατρό του. Περισσότερο από το 80% των επιληπτικών μπορούν να επιτύχουν πλήρη ή μερικό έλεγχο των κρίσεων με φάρμακα, εφόσον γίνει σωστή διάγνωση. Παρ' όλα αυτά ένα ποσοστό μικρότερο του 15% αυτών που θα πάρουν χρόνια φαρμακευτική αγωγή, παρουσιάζει ανθεκτικές στη θεραπεία κρίσεις και μπορεί να ωφεληθεί από τη χειρουργική παρέμβαση.

Επίσης, αν η επιληψία εμφανισθεί στην ενηλικίωση, συχνά είναι σημάδι κάποιας άλλης λανθάνουσας ασθένειας, η οποία μπορεί επίσης να θεραπευθεί.

Η διάγνωση της Επιληψίας θα τεθεί από γιατρούς οι οποίοι έχουν την κατάλληλη εμπειρία και γνώσεις. Η διάγνωση στηρίζεται αφενός στην προσεκτική αξιολόγηση του ιστορικού του ασθενούς (τι ακριβώς συνέβη, πότε και κάτω από ποιες συνθήκες) και αφετέρου στην πραγματοποίηση ορισμένων ειδικών εξετάσεων. Οι κυριότερες από τις ειδικές αυτές εξετάσεις είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η αξονική τομογραφία (βλ. πιο κάτω).

Σε ότι αφορά στο ιστορικό του ασθενούς, πρέπει να λάβει κανείς υπ' όψιν του ότι ο γιατρός είναι απίθανο να είναι μάρτυρας σε μία κρίση του ασθενούς, αλλά και ότι ο ασθενής δεν θυμάται τι συνέβη και άρα δεν μπορεί να περιγράψει. Συνεπώς ο γιατρός μπορεί να βοηθηθεί πάρα πολύ αν του περιγραφεί επακριβώς η κρίση και τα χαρακτηριστικά της από κάποιον που ήταν παρών όταν συνέβη.

Από ποια αίτια μπορούν να προκαλούνται οι συγκεκριμένες κρίσεις, βοηθούν να καταλάβουμε δύο είδη τεστ, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η αξονική τομογραφία. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δείχνει την ηλεκτροφυσιο-λογική δραστηριότητα του εγκεφάλου την οποιαδήποτε

δεδομένη στιγμή. Μπορεί να δείχνει μία μη φυσιολογική δραστηριότητα του τύπου που συνήθως συναντάται στην επιληψία και μπορεί να δείξει ποιο τμήμα του εγκεφάλου δεν λειτουργεί φυσιολογικά. Το άλλο τεστ που μπορεί να ζητήσει ο γιατρός είναι η αξονική τομογραφία, που δίνει πληροφορίες για τη δομή του εγκεφάλου.

A. Ιστορικό

Τη μεγαλύτερη σημασία για την διάγνωση της επιληψίας έχει το ιστορικό, πληροφορίες δηλαδή που θα σας ζητήσει ο παιδίατρος σε σχέση με το επεισόδιο που είχε το παιδί και γενικότερα οτιδήποτε αφορά το παιδί σας. Αν εσείς οι γονείς δεν ήσασταν κοντά στο παιδί όταν είχε το επεισόδιο, τότε είναι χρήσιμο να πάρετε μαζί σας στο γιατρό οποιονδήποτε ήταν μάρτυρας του επεισοδίου. Ο γιατρός θα ζητήσει πληροφορίες για την ώρα του επεισοδίου, πόσο διήρκεσε, τις ακριβείς αντιδράσεις του παιδιού, ποια η σειρά των συμπτωμάτων, τι έκανε μετά το τέλος της κρίσης κλπ.

B. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι απαραίτητο σε κάθε άρρωστο που υποψιαζόμαστε ότι μπορεί να έχει επιληψία. Πρέπει όμως να γνωρίζετε ότι το φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν αποκλείει την επιληψία, και από την άλλη δε σημαίνει πως όποιος έχει παθολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, έχει και επιληψία. Ο γιατρός θα αξιολογήσει το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα σε σχέση με το ιστορικό και τα ευρήματα από την εξέταση που θα κάνει στο παιδί.

Ειδικότερα, το Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (**ΗΕΓ**):

Είναι η καταγραφή με μορφή κυμάτων της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου και είναι η πλέον απαραίτητη και χρήσιμη εξέταση σε κάθε

άτομο με υπόνοια επιληπτικής διαταραχής. Πρόκειται για μια τελείως ανώδυνη και ακίνδυνη εξέταση που πραγματοποιείται σε εξειδικευμένα εργαστήρια. Η εξέταση μπορεί να γίνει τόσο στην διάρκεια της εγρήγορσης όσο και του ύπνου. Σε ορισμένες περιπτώσεις ζητείται από τον ασθενή να κάνει στέρηση ύπνου, δηλαδή να μείνει άγρυπνος την νύκτα πριν την εξέτασή του. Το ΗΕΓ περιλαμβάνει και δύο ειδικές δοκιμασίες: την δοκιμασία της **υπέρπνοιας** (ζητείται από τον εξεταζόμενο να εισπνέει και να εκπνέει πολύ βαθιά για 3 λεπτά) και την δοκιμασία των **φωτεινών ερεθισμάτων** (μια ειδική λάμπα αναβοσβήνει για λίγα λεπτά με προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα σε μικρή απόσταση από το πρόσωπο του εξεταζόμενου).

Η Επιληψία χαρακτηρίζεται από την παρουσία συγκεκριμένου τύπου ανωμαλιών στο ΗΕΓ που ονομάζονται επιληπτόμορφες. Εκτός μάλιστα από την επιβεβαίωση της παρουσίας μιας επιληπτικής διαταραχής, το ΗΕΓ βοηθά πάρα πολύ και στον καθορισμό του τύπου και του είδους του προβλήματος. Είναι συνεπώς η πλέον χρήσιμη εξέταση σε κάθε περίπτωση που υποπτευόμαστε την Επιληψία.

Η αξιολόγηση όμως των αποτελεσμάτων του ΗΕΓ πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή για τους εξής λόγους:

- Πρώτον, ένα άτομο με Επιληψία μπορεί να μην εμφανίζει στο ΗΕΓ τις αναμενόμενες χαρακτηριστικές ανωμαλίες. Η πιθανότητα αυτή μειώνεται εάν η εξέταση γίνει μετά από στέρηση ύπνου, εάν εκτός από εγρήγορση καταγραφεί και ύπνος ή εάν το ΗΕΓ επαναληφθεί περισσότερες από μία φορές.
- Δεύτερον, οι χαρακτηριστικές επιληπτόμορφες ανωμαλίες μπορεί εμφανίζονται και σε άτομα που ΔΕΝ έχουν Επιληψία. Συμπερασματικά το ΗΕΓ πρέπει να αξιολογείται με μεγάλη προσοχή και πάντα σε συνδυασμό με το ιστορικό του εξεταζόμενου έτσι ώστε να αποφευχθούν

οι διάφορες διαγνωστικές «παγίδες».

Σε μικρό αριθμό περιπτώσεων (ειδικά σε δύσκολες περιπτώσεις όπου μελετάται το ενδεχόμενο χειρουργικής παρέμβασης) ο ασθενής πρέπει να κάνει πολυήμερη εξέταση με ΗΕΓ, ενδεχομένως και με την χρήση ειδικών ηλεκτροδίων που τοποθετούνται επάνω ή μέσα στον ίδιο τον εγκέφαλο, και ταυτόχρονη καταγραφή με video. Αυτού του τύπου η διερεύνηση μπορεί να γίνει μόνον σε απόλυτα εξειδικευμένα ιατρικά κέντρα και εφόσον βέβαια κριθεί ότι είναι απολύτως απαραίτητη. Συνεπώς, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου. Είναι μια ανώδυνη και ακίνδυνη εξέταση. Ο ασθενής ξαπλώνει σε ένα κρεβάτι, τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία πάνω στο κεφάλι ηλεκτρόδια τα οποία συνδέονται με τον ηλεκτροεγκεφαλογράφο. Κατά την εξέταση ο ασθενής δεν αισθάνεται τίποτε. Απλά γίνεται η καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου σε ένα χαρτί.

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα μπορεί:

1. Να επιβεβαιώσει ότι το παιδί έχει επιληψία.
2. Να προσδιορίσει την μορφή της επιληψίας (όχι πάντα).
3. Να προσδιορίσει παράγοντες που προκαλούν επιληψία (π.χ φωτεινά ερεθίσματα).

Γ. Αξονική (CT) και η Μαγνητική τομογραφία (MRI) του εγκεφάλου

Ο γιατρός μερικές φορές μπορεί να ζητήσει να γίνει αξονική τομογραφία εγκεφάλου ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Οι εξετάσεις αυτές σκοπό έχουν να απεικονίσουν τον εγκέφαλο και να δει ο γιατρός αν υπάρχει κάποια αιτία για την επιληψία του ασθενούς. Ειδικότερα:

Η Αξονική (CT) και η Μαγνητική Τομογραφία (MRI) του εγκεφάλου, απεικονίζουν τον ανθρώπινο εγκέφαλο η πρώτη με την χρήση ακτινοβολίας

και η δεύτερη με την χρήση μαγνητικών πεδίων. Η Μαγνητική Τομογραφία δίνει πολύ λεπτομερέστερες εικόνες του εγκεφάλου και είναι η προτιμώμενη εξέταση σε περιστατικά Επιληψίας. Εάν όμως πράγματι χρειάζεται απεικονιστική εξέταση του εγκεφάλου και ποιου τύπου, είναι αποφάσεις που θα ληφθούν από τον γιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή.

Πρέπει εδώ να διευκρινίσουμε ότι οι Τομογραφίες του εγκεφάλου δεν δείχνουν εάν κάποιος έχει Επιληψία ή όχι αλλά μπορούν να αποκαλύψουν την αιτία της Επιληψίας εφ' όσον βέβαια αυτή οφείλεται σε κάποια ορατή εγκεφαλική βλάβη (συγγενείς ανωμαλίες, δυσπλασίες, νεκρωτικές περιοχές, όγκοι, ανωμαλίες αγγείων κλπ). Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών με Επιληψία, ειδικά αυτοί που ανήκουν στην ιδιοπαθή αιτιολογία, δεν έχει καμιά ανωμαλία στην Αξονική ή την Μαγνητική Τομογραφία του εγκεφάλου.

Σε ένα μικρό αριθμό ασθενών, και μόνον εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο από τον θεράποντα ιατρό, χρειάζονται και άλλες ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις όπως η λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία (fMRI) και η μελέτη του εγκεφαλικού μεταβολισμού με τις εξετάσεις PET ή SPECT. Να τονισθεί ότι πολλές από αυτές τις εξετάσεις δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στην Ελλάδα.

8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Ο επιληπτικός ασθενής στην ουσία πάσχει μόνο κατά τη διάρκεια της κρίσης. Συνεπώς, ο σκοπός της αγωγής είναι να ελαχιστοποιηθεί όσο το δυνατόν περισσότερο ο κίνδυνος εμφάνισης κρίσης. Στους περισσότερους ασθενείς η χρήση φαρμακευτικής αγωγής μειώνει αισθητά αυτόν τον κίνδυνο. Ένα άτομο θεωρείται επιληπτικός ασθενής εφόσον έχει υποστεί δύο κρίσεις και όταν έχει κρίσεις σε τακτά διαστήματα -ακόμη και αν αυτό σημαίνει ότι εμφανίζονται μια φορά το χρόνο. Άρα, λοιπόν η εμφάνιση μιας κρίσης δεν οδηγεί αυτομάτως σε διάγνωση επιληψίας. Γι' αυτό το λόγω η θεραπεία δεν αρχίζει αμέσως αφού δεν είναι βέβαιο ότι θα ακολουθήσει άλλη κρίση και επειδή τα συμπτώματα κάποιων άλλων νόσων μπορεί να εκδηλώνονται σαν επιληπτική κρίση.

Στην οξεία φάση ο ασθενής πρέπει να τοποθετείται σε ημιπρηνή θέση με το κεφάλι στο πλάι για την αποφυγή εισρόφησης. Δεν πρέπει να προσπαθούμε να εισχωρήσουμε με τη βία γλωσσοπιέστρα ή άλλα αντικείμενα ανάμεσα από σφιγμένα δόντια. Το οξυγόνο πρέπει να χορηγείται με μάσκα προσώπου. Οι αναστρέψιμες μεταβολικές διαταραχές (π.χ. υπογλυκαιμία, υπονατρίαζία, υπασβεστιαζία, διακοπή αλκοόλ ή φαρμάκων) πρέπει να διορθώνονται άμεσα.

Η περαιτέρω αντιμετώπιση περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της υποκείμενης νόσου, αποφυγή των προδιαθεσικών παραγόντων, την προφυλακτική αγωγή αντιεπιληπτικά φάρμακα ή με χειρουργική επέμβαση και τη διευθέτηση διαφόρων ψυχολογικών και κοινωνικών θεμάτων. Η επιλογή της αντιεπιληπτικής αγωγής εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως το είδος της κρίσεως, το χρονοδιάγραμμα της χορήγησης των φαρμάκων και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η αγωγή πρώτης εκλογής για τις

εστιακές κρίσεις είναι η καρβαμαζεπίνη ή η φαινυντοΐνη. Για τις γενικευμένες κρίσεις, το βαλπροϊκό οξύ είναι η πρώτη επιλογή, ενώ εναλλακτικά μπορεί να χορηγηθεί η καρβαμαζεπίνη και φαινυντοΐνη. Ο θεραπευτικός στόχος είναι η πλήρης υποχώρηση των κρίσεων χωρίς ανεπιθύμητες ενέργειες με τη χορήγηση ενός φαρμάκου (μονοθεραπεία). Εάν η δόση ενός φαρμάκου είναι αναποτελεσματική, μπορεί να αυξηθεί έως τη μέγιστη ανεκτή σύμφωνα κυρίως με την κλινική απάντηση και όχι σύμφωνα με τα επίπεδα φαρμάκου στον ορό. Εάν αυτό αποτύχει, πρέπει να προστίθεται δεύτερο φάρμακο, και όταν επιτευχθεί έλεγχος των κρίσεων τότε το πρώτο φάρμακο μπορεί να ελαττωθεί αργά και σταδιακά. Περίπου το ένα τρίτο των ασθενών θα χρειαστεί πολυθεραπεία με δύο ή περισσότερα φάρμακα. Φάρμακα που πήραν πρόσφατα άδεια κυκλοφορίας και έχουν ένδειξη ως αγωγή δεύτερης εκλογής είναι η λαμοτριγίνη, η γκαμπαπεντίνη και η τοπιραμάτη. Ασθενείς με συγκεκριμένα επιληπτικά σύνδρομα (π.χ. επιληψία κροταφικού λοβού) παρουσιάζουν συχνά ανθεκτικότητα στη φαρμακευτική αγωγή και μπορούν να βελτιωθούν με χειρουργική αγωγή και μπορούν να βελτιωθούν με χειρουργική εκτομή της επιληπτογόνου εστίας (Γουόκερ, Σάϊμον, 2000).

Φαρμακολογικός Μηχανισμός Δράσης

Ο ακριβής μηχανισμός δράσης των αντιεπιληπτικών φαρμάκων παραμένει άγνωστος, παρά το γεγονός ότι τα σε χρήση σήμερα αντιεπιληπτικά επιφέρουν μερικές κοινές βιοχημικές και νευροφυσιολογικές μεταβολές. Οι τρόποι με τους οποίους μπορούν να καταργηθούν ή να περιορισθούν οι επιληπτικές κρίσεις συνοψίζονται στους ακόλουθους:

α) Παρεμπόδιση ή ελάττωση της υπέρμετρης δράσης των νευροδιαβιβαστών.

β) Αύξηση της οδού διέγερσης των νευρώνων για μείωση της ικανότητας επέκτασης της διέγερσης (εκπόλωσης) από την επιληπτική εστία προς την νευρική σύναψη ή προς άλλους νευρώνες. Ο τρόπος αυτός δράσης είναι κοινός στα περισσότερα σημερινά αντιεπιληπτικά φάρμακα.

γ) Επίταση των ανασταλτικών μηχανισμών του Κ.Ν.Σ.

Σε μοριακό επίπεδο η δράση των αντιεπιληπτικών οφείλεται ενδεχόμενα σε αλλαγές στην διαπερατότητα της μεμβράνης των νευρώνων σε ιόντα νατρίου, καλίου και ασβεστίου

Γενικές Αρχές Κλινικής Φαρμακολογίας Επιληπτικών

Η φαρμακοθεραπεία της επιληψίας απαιτεί την ακριβή διάγνωση του τύπου της επιληψίας για να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπιση. Συνεπώς απαιτείται η λήψη εμπεριστατωμένου ιστορικού (ατομικό και οικογενειακό), φυσική εξέταση και Η.Ε.Γ. Επίσης είναι απαραίτητη η διαφοροδιάγνωση από σπασμούς που εμφανίζονται λόγω απότομης διακοπής χρήσης κατασταλτικών υπνωτικών, σε περίπτωση υπογλυκαιμίας, ουραιμίας, διαβήτη, οξείας δηλητηρίασης από στρυχνίνη, αλκοόλη, τοπικά αναισθητικά, μολυβδίαση.

Γενικοί Κανόνες Φαρμακοθεραπείας Επιληψίας

- Έγκαιρη και ακριβή διάγνωση.
- Έναρξη θεραπείας με ένα φάρμακο μόνο.
- Θεραπεία με χορήγηση από τα χαμηλότερα θεραπευτικά επίπεδα που συνιστώνται από την θεωρία. Σταδιακή αύξηση έως ότου επιτευχθούν θεραπευτικά αποτελέσματα με την προϋπόθεση ότι δεν εμφανίζονται τοξικά συμπτώματα.
- Σε περίπτωση αλλεργικών αντιδράσεων αλλαγή θεραπευτικού.
- Όταν απαιτείται διακοπή του αντιεπιληπτικού, πρέπει να γίνεται με

σταδιακή μείωση της δοσολογίας.

- Κανένα φάρμακο δεν πρέπει να θεωρηθεί ως αποτυχόν έως ότου αυξηθούν οι δόσεις του σχεδόν κοντά στα τοξικά επίπεδα.

Συνήθεις ιατρογενείς λόγοι αποτυχίας αντιεπιληπτικής θεραπείας είναι η κακή διάγνωση του τύπου της επιληψίας, η χορήγηση ανεπαρκούς ή υπέρμετρης δοσολογίας, η συνεχής αλλαγή φαρμάκων καθώς και η μη συμμόρφωση του ασθενούς με τις οδηγίες για ανάπαυση, αποφυγή λήψης αλκοόλ ή άλλων φαρμάκων.

Πως λειτουργούν τα φάρμακα

Δεν έχει διαπιστωθεί πως ακριβώς λειτουργούν τα περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα, φαίνεται όμως να συμμετέχουν αρκετοί σημαντικοί μηχανισμοί. Γνωρίζουμε ότι μπορούν να υπάρξουν κρίσεις όταν η διέγερση και η αναστολή που συμβαίνουν στον εγκέφαλο δεν έχουν ισορροπία. Αυτή τη χημική έλλειψη ισορροπίας έρχονται να διορθώσουν μερικά αντιεπιληπτικά φάρμακα. Άλλα ενεργούν με διαφορετικό τρόπο, «σταθεροποιώντας» τους νευρώνες και εμποδίζοντας έτσι την υπέρμετρη πυροδότηση των αξόνων.

Το σωστό φάρμακο για τον ασθενή

Τα περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα αποδίδουν σε διαφορετικές μορφές επιληψίας. Πολλές φορές είναι απλώς θέμα επιλογής του φαρμάκου που ταιριάζει καλύτερα σε κάθε ασθενή. Προκαλεί ενδιαφέρον το γεγονός ότι μπορεί ένα είναι άκρως αποτελεσματικό για έναν ασθενή, αλλά άχρηστο για κάποιον άλλο. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν αντιεπιληπτικά φάρμακα που αποδίδουν μόνο σε συγκεκριμένες μορφές επιληψίας (για παράδειγμα, η αιθοσουξιμίδη για την αφαιρετική επιληψία) και όντως μερικά αντιεπιληπτικά είναι δυνατό να επιδεινώσουν ορισμένες μορφές επιληψίας (για παράδειγμα, η καρβαμαζεπίνη τις μυοκλονικές κρίσεις) (Ματσανιώτης, 2001).

Επιληψίες και κατάλληλο φάρμακο

Μεγάλος Επιληπτικός Σπασμός

Φάρμακα: Βαρβιτουρικά κατάλληλα

Υδαντοΐνη

Μικρή Επιληψία

Φάρμακα: Οξαζολιδινεδιόνες

Σουξιμίδια

Ακεταζολαμίδη

Ψυχοκινητικό ισοδύναμο

Φάρμακα: Πριμιδάνη

Διφαινυλυδαντοΐνη

Φαιουρόνη

Σουλθειάμη

Επείγουσα Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Κατά την έναρξη της θεραπείας να προτιμάται η ενδοφλέβια χορήγηση αντιεπιληπτικών και όχι ενδομυϊκώς ή από το ορθό, διότι τα κυρίως χορηγούμενα φάρμακα όπως η διαζεπάμη ή φαινοβαρβιτάλη και η διφαινυλοϋδαντοΐνη απορροφώνται βραδέως κατόπιν ενδομυϊκής χορήγησης.

A) Μία μεμονωμένη επιληπτική κρίση. Συνήθως δεν χρειάζεται ιδιαίτερη αγωγή αν ο άρρωστος είναι γνωστός επιληπτικός, θα γίνει αναπροσαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. Μπορεί να δοθούν 100 mg ή 200 mg φαινοβαρβιτάλης υποδορίως. Σε περίπτωση κρίσεως: Διαζεπάμη ή Κλοναζεπάμη.

B) Επιληπτική Κατάσταση (status epilepticus)

α) Ενήλικες

Είναι προτιμητέα μία κρίση γενικευμένη κάθε 10 λεπτά παρά φαρμακευτική υπερφόρτωση.

Έναρξη θεραπείας με τα εξής:

Οξυγόνο 8 l/min και Διαζεπάμη (π.χ. Valium) 5-15 mg IV + Glycse 5% στάγδην σε ταχεία έγχυση ή κλαναζεπάνη (π.χ. Rivotril 1 amp = 1 ml = 1 mg IV. Είναι δέκα φορές ισχυρότερο του Valium).

Σε επιμονή των κρίσεων δίνουμε διαδοχικά:

Διφαινυλδαντοΐνη (π.χ. epanutin, φιαλ. 250 mg) 200 mg IV, μέχρι 750 mg.

Προσοχή: Μπορεί να προκαλέσει υπόσταση ή άπνοια σε μεγάλες δόσεις, καλύτερα να δίνεται μία εφάπαξ δόση.

Φαινοβαρβιτάλη 100 mg IV σε 2-3 λεπτά.

Επανάληψη ανά 5-10 λεπτά μέχρι 500 mg ή και 800 mg.

Παραλδεΐδη: 4 ml + 20-30 ml φυσιολογικού ορού στη σύριγγα, θέρμανση κάτω από τρέχον θερμό νερό-αφρώδης σύσταση - IV 0,4 ml/min. Το όλον 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.

Ξυλοκαΐνη IV 50 mg/min (μέχρι 200 mg).

Βαλπροϊκό Νάτριο (π.χ. Depakine tabl 200 mg., 500 mg διάλυμα 1 ml = 200 mg). Υπό μορφής κλύσματος σιροπιού δόσεις 500 mg ανά 6ωρο. Αν οι κρίσεις συνεχίζονται, δίνουμε γενική αναισθησία.

β) Παιδιά (κάτω των 18 ετών)

Αν οι κρίσεις επιμένουν χορηγούμε διαδοχικά.

- Για ενδομυϊκή και ενδοφλέβιο χρήση.
Φαινοβαρβιτάλη 5-10 mg/kg IV
Νατριούχος αμυλάτη 6,5 mg - 8,5 mg IV/kg
Διφαινυλδαντοΐνη 5-10 mg/kg IV (π.χ. epanutin). Να μην αναμειχθεί με άλλα φάρμακα στην ίδια σύριγγα.
Διαζεπάμη (π.χ. Valium): Ολική δόση 5-10 mg IV ανεξάρτητα βάρους.
Κλοναζεπάμη IV (π.χ. Rivotril).
Παραλδεΐδη 2,5 ml/kg. 1 ml + 10 ml φυσιολογικό ορό ή 5% glycose IV.
Ξυλοκαΐνη 4 mg/kg σε γλυκόζη στάγδην.
- Από του ορθού.
Σεκοβαρβιτάλη 8,5 - 11,5 mg/kg
Ένυδρος Χλωράλη (45-55 mg/kg max 2 g) δίνουμε 150-200 κ.ε. διαλύματος 3%, έναρξη δράσεως βραδεία.
Παραλδεΐδη 0,6 ml/kg μίγμα με 1,3 ml/kg φυτικού ελαίου και χορήγηση με υψηλό υποκλυσμό.
Πεντοθάλη από αναισθησιολόγο

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Αυτοί είναι: ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη δόση, αυτές που σχετίζονται με τα ατομικά χαρακτηριστικά ή την ιδιοσυγκρασία και οι χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες.

- **Ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με τη δόση.** Εμφανίζονται σε όλους του ασθενείς αν η δόση του χορηγούμενου αντιεπιληπτικού φαρμάκου είναι αρκετά υψηλή (αυτό μερικές φορές αποκαλείται φαρμακευτική τοξίκωση). Η ποσότητα φαρμάκου που μπορεί να γίνει ανεκτή διαφέρει από ασθενή. Οι πιο συνηθισμένες ανεπιθύμητες

ενέργειες που σχετίζονται με τη δόση είναι οι ζαλάδες, διπλωπία, αστάθεια, υπνηλία και ο πονοκέφαλος. Ανακουφίζονται με τη μείωση της δόσης του φαρμάκου, αλλά στις περιπτώσεις των φαρμάκων που αργούν να αποβληθούν από το σώμα ίσως χρειαστεί να περάσουν αρκετές ημέρες πριν γίνουν αντιληπτές οι επιδράσεις από τη μείωση της δόσης. Είναι σημαντικό το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι συνηθίζουν μερικές άμεσες ανεπιθύμητες ενέργειες (κυρίως την υπνηλία) έπειτα από σύντομη χρήση του φαρμάκου και συνιστάται πάντα να λαμβάνεται επί ένα μήνα το φάρμακο πριν αυτό εγκαταλειφθεί, εξαιτίας ήπιων ανεπιθύμητων ενεργειών. Τα περισσότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα μπορούν επίσης να παρέμβουν στην πνευματική ικανότητα καθώς και στην ικανότητα συγκέντρωσης του ατόμου.

- **Ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με την ιδιοσυγκρασία.**

Είναι κυρίως αλλεργίες που παρουσιάζονται μόνο σε ορισμένους ανθρώπους. Έχουν τη μορφή εξανθημάτων ή ποικίλων αιματικών διαταραχών. Καθώς δεν εξαρτώνται από τη δόση του φαρμάκου, ο μόνος τρόπος να ξεπεραστούν είναι με τη διακοπή του.

- **Χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες.** Είναι εκείνες που προκύπτουν ύστερα από τη μακροχρόνια λήψη του φαρμάκου. Οι χρόνιες ανεπιθύμητες ενέργειες των νεότερων αντιεπιληπτικών φαρμάκων δεν έχουν ως εκ τούτου καταγραφεί όπως εκείνες των παλαιότερων, πιο καθιερωμένων φαρμάκων (Γουόκερ, Σάϊμον, 2000).

Αλληλεπιδράσεις φαρμάκων

Τα επίπεδα μερικών αντιεπιληπτικών φαρμάκων στο αίμα μπορεί να επηρεαστούν από άλλα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων και άλλων αντιεπιληπτικών φαρμάκων), γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα είτε την πτώση των επιπέδων στο αίμα (προκαλώντας κρίσεις) ή άνοδο των επιπέδων στο αίμα (προκαλώντας ανεπιθύμητες ενέργειες). Αυτό οφείλεται στο ότι η διάσπαση, η αποβολή και η απορρόφηση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων

ενδέχεται να επηρεαστεί από τη λήψη άλλων φαρμάκων. Είναι σημαντικό λοιπόν να το ελέγξετε πριν πάρετε οποιαδήποτε άλλα φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που χορηγούνται χωρίς συνταγή γιατρού. Όταν προστίθεται ένα νέο στην αντιεπιληπτική φαρμακευτική θεραπεία ενός ασθενούς, συχνά χρειάζεται να αλλάξει δοσολογία των ήδη λαμβανομένων αντιεπιληπτικών φαρμάκων και να ελέγχονται τα επίπεδα στο αίμα.

Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα μπορεί επίσης να επηρεάσουν τα επίπεδα άλλων φαρμάκων στο αίμα. Αυτό είναι σημαντικό στην περίπτωση του αντισυλληπτικού χαπιού, επειδή πολλά αντιεπιληπτικά φάρμακα αυξάνουν την ικανότητα του σώματος να διασπά το «χάπι» και να το καθιστά αναποτελεσματικό. Σ' αυτή την περίπτωση απαιτούνται υψηλές δόσεις φαρμάκου. Η ακανόνιστη αιμορραγία αποτελεί ένδειξη ότι η δόση δεν είναι επαρκής και δεν προσφέρει επαρκή αντισύλληψη. Παρόμοια αύξηση στον ρυθμό του φαρμάκου συμβαίνει όταν τα αντιεπιληπτικά συνδυάζονται με ουαρφαρίνη (ένα φάρμακο για την πρόληψη της θρόμβωσης στο αίμα) και ενδεχομένως να χρειαστούν μεγαλύτερες δόσεις από το συγκεκριμένο φάρμακο.

Έναρξη και λήξη λήψης φαρμάκου

Η λήψη υψηλής δόσης αντιεπιληπτικών φαρμάκων στο αρχικό στάδιο της θεραπείας μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες. Ως εκ τούτου τα αντιεπιληπτικά φάρμακα πρέπει να εισάγονται με προσοχή και η δόση τους να αυξάνεται σταδιακά. Η τελική δόση καθορίζεται από την εξισορρόπηση του ελέγχου των κρίσεων και των ανεπιθύμητων ενεργειών.

Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε πως ο κάθε ασθενής έχει ανάγκη διαφορετικής δόσης και πως η τελική δοσολογία μπορεί να είναι

μεγαλύτερη ακόμη και από την ανώτατη που συνιστάται γενικά για το φάρμακο. Σ' αυτή τη περίπτωση δεν χρειάζεται να ανησυχήσει κανείς αν ο ασθενής δεν υφίσταται ανεπιθύμητες ενέργειες. Αν κάποιο φάρμακο είναι αναποτελεσματικό ή οι ανεπιθύμητες ενέργειες του δεν γίνονται αποδεκτές, δοκιμάζεται άλλο φάρμακο. Οι περισσότεροι ασθενείς ελέγχουν την κατάσταση τους με τη χρήση ενός και μόνου αντιεπιληπτικού φαρμάκου, (αγωγή γνωστή ως «μονοθεραπεία»). Μικρότερος αριθμός ασθενών έχει ανάγκη από δύο ή περισσότερα διαφορετικά αντιεπιληπτικά φάρμακα (αυτή η αγωγή ονομάζεται «πολυθεραπεία»).

Ο γιατρός θα προσπαθήσει να αποφύγει την πολυθεραπεία, όπου αυτό είναι δυνατόν, για τους παρακάτω λόγους:

- Μερικά αντιεπιληπτικά φάρμακα αλληλεπιδρούν με άλλα αντιεπιληπτικά φάρμακα.
- Κατά την πολυθεραπεία συνήθως προκύπτουν σοβαρότερες ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Είναι δύσκολο να θυμάται κανείς να παίρνει πολλά φάρμακα και έτσι δεν μπορεί να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις της αγωγής.
- Οι πιθανότητες λαθών είναι πολύ περισσότερες.

Όταν ένα φάρμακο διακόπτεται, η δοσολογία του πρέπει να μειώνεται σταδιακά. Η αιφνίδια διακοπή του αντιεπιληπτικού φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει καταιγισμό επιληπτικών κρίσεων, ακόμη και αν το συγκεκριμένο φάρμακο δεν ήταν εμφανώς αποτελεσματικό (Ματσανιώτης, 2001)

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της επιληψίας

Οι περισσότεροι από τους ανθρώπους που παθαίνουν επιληπτικές κρίσεις διαπιστώνουν πως τα συμπτώματά τους μπορούν να ελεγχθούν με

φαρμακευτική αγωγή κατά των σπασμών. Μερικά φάρμακα υπάρχουν εδώ και πολλά χρόνια, αλλά παρασκευάστηκαν πολύ πρόσφατα.

Μερικά από αυτά είναι:

- **Καρβαμαζεπίνη**

Έχει διαπιστωθεί πως είναι ασφαλής και αποτελεσματική στις περιπτώσεις τόσο της μερικής επιληψίας όσο και τονικοκλονικών κρίσεων. Ενδέχεται ωστόσο να επιδεινώσει τις αφαιρέσεις και τους μυοκλονικούς σπασμούς. Μερικές φορές μπορεί να προκληθούν εξανθήματα ή μη φυσιολογικά αποτελέσματα των μετρήσεων στο αίμα, γεγονός που ενδεχομένως να σημαίνει πως πρέπει να διακοπεί η λήψη του φαρμάκου. Η πολύ υψηλή δόση μπορεί να οδηγήσει σε διπλωπία, ναυτία, πονοκέφαλο, και υπνηλία.

- **Κλωναζεπάμη**

Η φαρμακευτική ουσία κλωναζεπάμη ανήκει σε ομάδα φαρμάκων που ονομάζονται βενζοδιαζεπίνες, τα οποία είναι γνωστότερα για τη χρήση τους στην καταπολέμηση του άγχους και ως υπνωτικά δισκία. Αυτή είναι αποτελεσματική στις κρίσεις με αφαιρέσεις και σε άλλες μορφές της επιληψίας. Ωστόσο στην περίπτωση κάποιων ασθενών το φάρμακο παύει να επιδρά από μια χρονική περίοδο(περίπου τριών μηνών).Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «ανοχή». Όπως συμβαίνει με όλες τις βενζοδιαζεπίνες, η υπνηλία και οι διαταραχές στη συμπεριφορά(ειδικά επιθετικότητα στα παιδιά) είναι οι κύριες ανεπιθύμητες ενέργειες.

- **Αιθοσουξιμίδη**

Αυτή η ουσία είναι χρήσιμη μόνο στην περίπτωση της σφαιρικής επιληψίας. Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν εξανθήματα, ενώ στις ανεπιθύμητες ενέργειες ενδέχεται να συμπεριλαμβάνονται οι πόνοι στο στομάχι, η κόπωση, ο πονοκέφαλος και η ζάλη.

- **Φαινοβαρβιτόνη**

Η φαινοβαρβιτόνη που χρησιμοποιείται από το 1912 είναι ένα από τα παλαιότερα καθιερωμένα αντιεπιληπτικά φάρμακα. Είναι φθινό και αποτελεσματικό για τους περισσότερους τύπους επιληψίας, αλλά τα τελευταία χρόνια έπεσε σε δυσμένεια εξαιτίας των ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλεί. Αρχικά η φαινοβαρβιτόνη χρησιμοποιείτο ως υπνωτικό χάπι. Δεν εκπλήσσει λοιπόν το γεγονός ότι κάποιοι άνθρωποι παθαίνουν υπνηλία, αν και αυτή είναι ελαφριά και συνήθως υποχωρεί με την πάροδο του χρόνου. Επίσης μπορεί να προκαλέσει το αντίθετο στα παιδιά και να τα κάνει υπερκινητικά και επιθετικά. Σε λίγους μπορεί να προκαλέσει εξανθήματα και φουσκάλες. Η πολύ υψηλή δόση οδηγεί σε υπνηλία, ανικανότητα, κατάθλιψη, και εξασθένηση της μνήμης. Η μακροχρόνια χρήση φαινοβαρβιτόνης ενδέχεται να «σκληρύνει» τα χαρακτηριστικά του προσώπου και να μειώσει τα αποθέματα κάποιων βιταμινών στο σώμα (φολικού οξέως και βιταμίνης D).

- **Πριμιδόνη**

Αυτή η ουσία διασπάται στο σώμα σε φαινοβαρβιτόνη, παράγοντας έτσι τις ίδιες ανεπιθύμητες ενέργειες και δράσεις με αυτή.

- **Βαλπροϊκό νάτριο**

Στη δεκαετία του '60 και εντελώς τυχαία διαπιστώθηκε πως η ουσία αυτή είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση της επιληψίας. Σήμερα θεωρείται φάρμακο επιλογής για τη φωτοευαίσθητη επιληψία, τις μυοκλονικές κρίσεις και τις αφαιρέσεις. Παρ' όλα, είναι αποτελεσματικό σε όλες τις μορφές επιληψίας. Η χορήγηση του σε παιδιά κάτω των τριών πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή, γιατί σε πολύ λίγες περιπτώσεις προκαλεί σοβαρή ηπατική βλάβη. Ωστόσο, οι πιο συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι οι στομαχικές διαταραχές, η απώλεια των μαλλιών, το οίδημα των αστραγάλων, η αύξηση του σωματικού βάρους και η υπνηλία.

Νεότερα φάρμακα

- Γαβαπεντίνη
- Λαμοτριγίνη
- Τιαγαβίνη
- Βιγαβατρίνη (Γουόκερ, Σάϊμον, 2000)

Άλλοι τρόποι (εκτός από φάρμακα) αντιμετώπισης της επιληψίας

Στις περιπτώσεις που η επιληψία δεν ελέγχεται με τα φάρμακα αναζητούνται άλλοι τρόποι βοήθειας του ασθενούς. Οι εναλλακτικές μορφές παρέμβασης που μπορεί να χρησιμοποιηθούν, πάντα κατά την κρίση των ειδικών γιατρών, είναι οι εξής:

- **Κετογόνος δίαιτα**

Είναι μια ειδικού τύπου διατροφή που εφαρμόζεται μόνον σε παιδιά και στηρίζεται στην χορήγηση τροφών πολύ πλούσιων σε λιπαρές ουσίες (λίπη, έλαια), με αποτέλεσμα να δημιουργείται στον οργανισμό μια κατάσταση που λέγεται κέτωση. Αυτή η αλλαγή σε μερικά άτομα μπορεί να μειώσει την τάση για εκδήλωση επιληπτικών κρίσεων. Η δίαιτα αυτή θεωρείται ότι μπορεί να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε προσεκτικά επιλεγμένα περιστατικά. Σχετικά μειονεκτήματα της κετογόνου δίαιτας είναι ότι τα φαγητά δεν είναι πάντα εύγευστα ή εύκολο να ετοιμαστούν, απαιτείται αυστηρή συμμόρφωση με τις οδηγίες και συχνή παρακολούθηση από ομάδα ειδικών γιατρών και διαιτολόγων. Σε ορισμένα κέντρα του εξωτερικού χρησιμοποιείται σε αρκετά μεγάλη έκταση και όπως αναφέρεται με αρκετή επιτυχία. Στην Ελλάδα δεν χρησιμοποιείται συχνά και υπάρχει περιορισμένη εμπειρία σε αυτό το θέμα (www.janssen-cilag.gr, www.iator.gr)

- **Η χειρουργική θεραπεία**

Οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι πολύ δύσκολες και γίνονται μόνο σε πολύ λίγα εξειδικευμένα κέντρα. Εάν είναι γνωστή η περιοχή του εγκεφάλου που προκαλεί τις κρίσεις, ο νευροχειρουργός μπορεί να προσπαθήσει να την καταστήσει αβλαβή ή να την αφαιρέσει με στόχο την απαλλαγή του ασθενούς από τις κρίσεις ή έστω την μείωση τους. Είναι κρίσιμο να διασφαλιστεί ότι στην πορεία δεν θα υποστεί βλάβη οποιοδήποτε άλλο τμήμα του εγκεφάλου. Μερικές φορές είναι απαραίτητο ο ασθενής να είναι ξύπνιος κατά την διάρκεια μιας τέτοιας διαδικασίας έτσι ώστε να γίνονται ενδιάμεσοι έλεγχοι για να διασφαλιστεί ότι εξακολουθούν να λειτουργούν συγκεκριμένες εγκεφαλικές λειτουργίες.

Για να συζητηθεί μια τέτοια δραστική παρέμβαση απαιτούνται ορισμένες προϋποθέσεις, όπως:

Πρώτον, πρέπει να είναι απόλυτα βέβαιο ότι έχει εξαντληθεί κάθε περιθώριο βοήθειας από την αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή.

Δεύτερον, πρέπει να διαπιστωθεί με ειδικές εξετάσεις που ακριβώς βρίσκεται η επιληπτική εστία.

Τρίτον, πρέπει να εκτιμηθεί εάν η αφαίρεση της συγκεκριμένης περιοχής του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές στον ασθενή ή όχι.

Τέταρτον, τόσο η προεγχειρητική εκτίμηση όσο και χειρουργική επέμβαση πρέπει να γίνουν σε ιατρικά κέντρα με μεγάλη εμπειρία στα θέματα αυτά.

Η χειρουργική θεραπεία εφαρμόζεται εδώ και αρκετές δεκαετίες στο εξωτερικό και θεωρείται ότι έχει αρκετά καλά αποτελέσματα εφόσον έχει γίνει σωστή επιλογή των ασθενών με τον κατάλληλο προεγχειρητικό έλεγχο. Στην

Ελλάδα η χειρουργική θεραπεία της επιληψίας έχει αρχίσει να εφαρμόζεται σχετικά πρόσφατα (Παπαβασιλείου, 1998, Thomas, Arzimanoglou, 2002).

- **Ο ερεθιστής του πνευμονογαστρικού νεύρου**

Είναι μια σχετικά νέα μορφή θεραπείας που συνιστάται στον διαρκή ηλεκτρικό ερεθισμό του εγκεφάλου μέσω ενός ηλεκτροδίου που τοποθετείται στο πνευμονογαστρικό νεύρο (βρίσκεται στην περιοχή του τραχήλου) και είναι συνδεδεμένο με έναν ηλεκτρικό « βηματοδότη» ο οποίος τοποθετείται κάτω από το δέρμα στην άνω περιοχή του θώρακα. Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι δεν δημιουργεί ιδιαίτερες επιπλοκές, είναι σχετικά απλή στην τοποθέτηση της και δεν παρεμβαίνει στον ίδιο τον εγκέφαλο. Ωστόσο η αποτελεσματικότητά της είναι μέτρια και δεν είναι βέβαιο ότι θα βοηθήσει πάντα τον ασθενή (epilipsia.blogspot.com)

- **Σπασμοθεραπεία**

Η μέθοδος της σπασμοθεραπείας συνιστάται στη τεχνητή έκλυση τονικών ή κλονικών σπασμών, που ουσιαστικά δεν διαφέρουν από μία κρίση γενικευμένης επιληψίας και όπως με την επιληψία οδηγούσε μια προσωρινή απώλεια συνειδήσεως. Η μέθοδος άρχισε να εφαρμόζεται συστηματικά το 1933 από το Ούγγρο Μεντούνα με τη χορήγηση μετραζόλης (καρδιοτονοτικής ουσίας που έχει συγγένεια με την καμφορά). Ο Αυστριακός Ζάκελ χρησιμοποίησε για τον ίδιο σκοπό μεγάλες δόσεις ινσουλίνης. Τέλος, το 1937 οι Ιταλοί Τσερλέτι και Μπίνι εγκαινίασαν την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία και επικράτησε.

Η μέθοδος συνίσταται στην εφαρμογή ηλεκτροδίων στο κρανίο του αρρώστου, συγκεκριμένα στην κροταφική χώρα, και τη διοχέτευση στον εγκέφαλο ηλεκτρικού ρεύματος για 0,1 έως 0,5 δευτερόλεπτα και για να αποφευχθεί η οδυνηρή εμπειρία ο άρρωστος υποβάλλεται σε γενική

αναισθησία με ενδοφλέβια ένεση ενός βαρβιτουρικού κατασκευάσματος γρήγορης αποτελεσματικότητας.

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

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

Β΄ ΜΕΡΟΣ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

1. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ

Γενικά

Η επιληψία είναι μια λειτουργική διαταραχή του εγκεφάλου, που εκδηλώνεται στους πάσχοντες με επαναλαμβανόμενες κρίσεις. Υπάρχουν ποικίλες μορφές επιληπτικών κρίσεων που διαφοροποιούνται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους ως προς την συχνότητα και την βαρύτητα τους.

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κρίσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά αλλά και μακροπρόθεσμα με ειδική θεραπεία, δηλαδή με φαρμακευτική αγωγή και μετρά για την ακολουθητέα συμπεριφορά.

Πολλοί άνθρωποι βιώνουν μια μοναδική κρίση σε όλη τους τη ζωή (σε τέτοιες περιπτώσεις σπάνια γίνεται λόγος για επιληψία). Η πρώτη επιληπτική κρίση μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην αυτοπεποίθηση ενός ατόμου και είναι πολύ πιθανό, το συγκεκριμένο άτομο να χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση σχετικά με την πάθηση. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κρίσεις είναι δυνατό να κατασταλούν εντελώς μέσω ανάλογης θεραπείας. Συνήθως η θεραπεία αυτή γίνεται με τη βοήθεια φαρμάκων με αντιεπιληπτική δράση, τα οποία πρέπει να λαμβάνονται τακτικά και συνήθως για μια σειρά ετών. Εφόσον τα φάρμακα αυτά χορηγούνται σωστά, δεν θα έπρεπε να επιφέρουν παρενέργειες, οι οποίες να επιβαρύνουν φανερά την παραγωγική ικανότητα του ατόμου (www.specialeducation.gr).

Η νευρολογική νοσηλευτική είναι ένας από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς της νοσηλευτικής. Σ' αυτή σπουδαίο ρόλο κατέχει η παρατηρητικότητα, του νοσηλευτή καθώς ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών. Ο νοσηλευτής, με τις σωστές του παρατηρήσεις, είναι πηγή πληροφοριών για διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα, αλλά και για διαπίστωση νοσηλευτικών προβλημάτων.

Οι οργανικές βλάβες, πολλές φορές, δεν αποκαθίσταται πλήρως λειτουργικά. Έτσι, η αποκατάσταση των νευρολογικών αρρώστων είναι μια διεργασία που χρειάζεται καθοδήγηση, απασχόληση, φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγία, επανεκπαίδευση και πολύ υπομονή.

Επειδή, οι οργανικές βλάβες του εγκεφάλου επηρεάζουν την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά, οι άρρωστοι έχουν ανάγκη από πλήρη κατανόηση, προκειμένου να τους δοθεί θετική βοήθεια. Γι' αυτό ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξαιρετικής σημασίας (Σαχίνη- Καρδάση, 2002).

Πιο αναλυτικά ο ρόλος του νοσηλευτή περιγράφεται ως εξής:

1. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα που πάσχουν από τη νόσο της επιληψίας.
2. Οργάνωση, προγραμματισμός και συντονισμός όλων των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς επίσης και υπεύθυνη αξιολόγηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
3. Άσκηση πρωτοβάθμιας και κοινοτικής νοσηλευτικής υγείας με σκοπό την πρωτογενή πρόληψη αλλά και κάθε είδους πρόληψη, καθώς και την παρακολούθηση της πορείας του επιληπτικού ατόμου.
4. Προστασία των επιληπτικών ατόμων από τυχόν παραμέληση ύστερα από επιληπτική κρίση, ή προσβολή της αξιοπρέπειας τους και υποστήριξη της επιστημονικής και ανθρωπιστικής ολοκληρωμένης φροντίδας τους.
5. Αγωγή σωματικής υγείας στους αρρώστους, το προσωπικό, τους εκπαιδευόμενους, τις οικογένειες και το κοινό.
6. Συνεργασία με το νοσηλευτικό και το υπόλοιπο προσωπικό, καθώς επίσης και με την διεπιστημονική ομάδα υγείας.

7. Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και διενέργεια επιθυμητών αλλαγών στις μεθόδους και στις δομές των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας.

8. Ερευνά και δημοσιεύσεις σε θέματα νοσηλευτικής υγείας.

Εφαρμογή ψυχοθεραπείας αν θεωρείται απαραίτητο, σε άτομα τα οποία είναι πολύ επηρεασμένα από τη νόσο αλλά και την εξέλιξή της (Ραγιά, 2004).

Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενούς με Επιληψία

1) Η νοσηλεύτρια θα πρέπει να διευκολύνει την προσαρμογή του ασθενούς στο Νοσοκομείο και να τον ενισχύει ψυχολογικά ώστε να κατανοεί την κατάστασή του.

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

3) Παρατηρεί και αναγράφει με ακρίβεια τα χαρακτηριστικά της κρίσεως του αρρώστου ώστε να βοηθήσει τον γιατρό στη διάγνωση.

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

5) Η αδελφή πρέπει να γνωρίζει το ιστορικό του αρρώστου, διάρκεια και χαρακτηριστικά των κρίσεών του, τα φάρμακα που παίρνει, αν υπάρχουν άλλοι νόσοι, π.χ. υπέρταση, την προσωπικότητά του και κατά πόσο παρουσιάζει αύρα.

6) Εκτίμηση της φυσικής καταστάσεως και συμπεριφοράς.

Με αυτές τις πληροφορίες μπορεί να προγραμματίσει την ειδική φροντίδα και παρακολούθηση την οποία χρειάζεται ο ασθενής της χωρίς να επιβάλλει

περιπτώσεις ή περιττούς περιορισμούς για να τον προστατεύει από τυχόν βλάβες.

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

Ασθενείς οι οποίοι εμφανίζουν ούρα πριν από την κρίση μπορεί να διδαχθούν να πηγαίνουν στο κρεβάτι ή να ξαπλώνουν στο πάτωμα και να φωνάζουν την αδελφή όταν επίκειται μία κρίση. Πρέπει να προστατεύεται το κεφάλι με την τοποθέτηση μαξιλαριού ή μίας κουβέρτας κάτω απ' αυτό.

Αν τα ρούχα περιορίσουν τις κινήσεις ή παρεμποδίζουν την αναπνοή πρέπει να χαλαρώνονται. Ένα γλωσσοκάτοχο ή ένα μαλακό αντικείμενο πρέπει να τοποθετείται μεταξύ των δοντιών για την πρόληψη δαγκώματος της γλώσσας.

Αν τα δόντια είναι κλειστά δεν πρέπει να ανοίγονται με βία εφόσον ήδη προηγήθηκε τραυματισμός της γλώσσας και υπάρχει περίπτωση να επεκταθεί αν σπάσουν ένα ή περισσότερα δόντια.

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

Αν δεν υπάρχει σπαστικότητα μπορεί να προκληθεί κάταγμα. Απομακρύνονται τυχόν αντικείμενα από το περιβάλλον στα οποία υπάρχει πιθανότητα να χτυπήσει ο ασθενής.

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

διευκόλυνση αποβολής των στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων και πρόληψη εισροφήσεως αυτών.

Νοσηλευτικά σημεία και συμπτώματα τα οποία πρέπει να παρατηρεί και να αναγράφει η νοσηλεύτρια / νοσηλευτής κατά την περιγραφή μιας επιληπτικής κρίσεως.

- 1) Έκλαψε ο ασθενής ή προσπάθησε να ελκύσει την προσοχή της με οποιονδήποτε τρόπο;
- 2) Ποια ήταν η θέση της κεφαλής του κορμιού και των άκρων;
- 3) Άλλαξε η αρχική θέση του σώματος;
- 4) Οι οφθαλμοί εξέκλιναν άνω - κάτω - πλαγίως. Οι κόρες άλλαζαν μέγεθος, αντέδρασαν στο φως κατά την κρίση ή μετά την κρίση;
- 5) Το πρόσωπο και τα χείλη άλλαξαν χρώμα;
- 6) Έσφιξε ο ασθενής τα δόντια του, δάγκωσε την γλώσσα του κατά την διάρκεια της κρίσεως;
- 7) Υπήρξαν σπασμοί σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος; Αν υπήρχαν από ποιο σημείο άρχισαν και πόσο διήρκεσαν;
- 8) Έχασε ο ασθενής τις αισθήσεις του; Αν ναι; επί πόση ώρα;
- 9) Ποιος ήταν ο ρυθμός της αναπνοής; Παρουσίαζε άπνοια;
- 10) Μπορούσε ο ασθενής να αντιδράσει στα ερεθίσματα; Ήταν ανήσυχος;
- 11) Είχε απώλεια ούρων;
- 12) Πόσο διήρκεσε όλη η κρίση;
- 13) Εξέφρασε ο ασθενής κανένα παράπονο για πόσο ή δυσχέρεια κινήσεως σε οποιοδήποτε μέλος του σώματός του μετά την κρίση;

Αφού συνέλθει ο ασθενής, η αδελφή τον ρωτά αν κατάλαβε και μπορεί να περιγράψει την αρχή της κρίσεως.

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

Σκοπός της αδελφής είναι να προστατεύσει τον πάσχοντα από κακώσεις στην διάρκεια της κρίσης και να φροντίσει να ξαναβρεί τις αισθήσεις του.

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

Όταν σταματήσουν οι σπασμοί τοποθετήστε τον πάσχοντα σε θέση ανάνηψης για να διευκολύνεται στην αναπνοή.

Δεν πρέπει να δοθεί τίποτα από το στόμα κατά την διάρκεια της κρίσεως και δεν πρέπει να προσπαθείτε να ξυπνήσει ο ασθενής.

Τέλος πάνω απ' όλα πρέπει να ενημερωθεί ο γιατρός.

Νοσηλευτική Αντιμετώπιση Επείγουσων Περιστατικών Επιληπτικών Κρίσεων

Νοσηλευτική αντιμετώπιση επείγουσων περιπτώσεων, όπως:

- Û Μέτρηση αρτηριακής πίεσης σε περίπτωση υπέρτασης.
- Û Διερεύνηση του αιτίου για την καταστολή των σπασμών
- Û Σε έμφραγμα αντιμετώπιση καρδιοπνευμονικής ανακοπής.
- Û Αντιμετώπιση εγκεφαλικού οιδήματος με ενδοφλέβια χορήγηση φουροζεμίδης
- Û Χορήγηση ισχυρών δόσεων αντιβιοτικών σε μηνιγγοεγκεφαλίτιδες.
- Û Επείγουσα νευροχειρουργική επέμβαση σε κρανιοεγκεφαλική κάκωση.
- Û Αντιμετώπιση εκλαμπτικής κατάστασης.
- Û Εξασφάλιση βατού αεραγωγού και επαρκούς αερισμού.
 - α) Τεχνητή αναπνοή αν είναι απαραίτητη
 - β) Αναρρόφηση σε τακτικά διαστήματα
 - γ) Χορήγηση οξυγόνου είτε υπάρχει κυάνωση είτε όχι

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

Û Εφαρμογή καθετήρα Folley. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων ούρων κάθε 15 λεπτά.

Û Χορήγηση φαρμάκων σύμφωνα με ιατρικές διαταγές.

Û Στενή παρακολούθηση της νευρολογικής κατάστασης του αρρώστου.

Û Τοποθέτηση σε κατάλληλη θέση στο κρεβάτι για αποφυγή πνευμονίας από αναρρόφηση εκκρίσεων.

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

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

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στην επιληψία οι κοινωνικές προκαταλήψεις είναι πιο βαριές από την ίδια την πάθηση. Εκτός από ορισμένες μόνο περιπτώσεις, ο επιληπτικός πρέπει να φοιτήσει σε κανονικό σχολείο, να εργάζεται κανονικά και να αναπτύξει οικογένεια. Επισημαίνεται ότι τα επαγγελματικά ατυχήματα δεν είναι περισσότερα στους επιληπτικούς. Δυστυχώς, σήμερα η ανεργία στους επιληπτικούς είναι μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό, παρόλο που με την κατάλληλη θεραπεία πάνω από το 85% των επιληπτικών έχουν ικανοποιητικό ή και πλήρη έλεγχο των κρίσεων. Σπάνια μόνο θα απαιτηθεί εγκλεισμός του επιληπτικού σε ειδικό ίδρυμα για λόγους ψυχικών διαταραχών από βαριές εγκεφαλοπάθειες (Αθανάτου, 2000).

Ο κοινοτικός νοσηλευτής στα πλαίσια του εκπαιδευτικού συμβουλευτικού του ρόλου στην κοινότητα, επιβάλλεται να έχει ειδικές γνώσεις σχετικά με την διαχείριση επιληπτικών ασθενών.

Η επιληψία δεν απαιτεί ιδιαίτερη δίαιτα με εξαίρεση το οινόπνευμα, το οποίο επιτρέπεται μόνο σε κοινωνική λήψη. Η τηλεόραση δεν απαγορεύεται. Σε περιπτώσεις φωτοευαίσθητης επιληψίας συνιστούμε στον άρρωστο να διατηρεί απόσταση τουλάχιστον 5 μέτρων από το δέκτη της τηλεόρασης, να μην προσπαθεί ο ίδιος να ρυθμίσει την εικόνα, να μην βλέπει σε περίπτωση παρασίτων, να έχει καλά φωτισμένο το δωμάτιο και να έχει ένα φως πίσω από την τηλεόραση. Στην φωτοευαίσθητη επιληψία συνίσταται προσοχή στη χρησιμοποίηση ηλεκτρονικών παιχνιδιών (και απαγόρευση αν παρατηρούνται κρίσεις κατά την ασχολία με αυτά). Τα άτομα με επιληψία δεν πρέπει να στερούνται ύπνου, καθόσον η στέρηση ύπνου αποτελεί τον κυριότερο εκλυτικό παράγοντα εμφάνισης επιληπτικής κρίσης.

Τα 2/3 των επιληπτικών μπορούν να αθλούνται όπως όλοι. Απαγορεύεται η ορειβασία, η πτήση και το υποβρύχιο ψάρεμα. Στο κολύμπι συνιστάται να παραμένουν σε ρηχά νερά με συνοδό. Επίσης, για καθαριότητα να προτιμούν το douche από την μπανιέρα. Στους επιληπτικούς με κρίσεις, που συνοδεύονται από διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, πρέπει να συνιστούμε την αποχή από την οδήγηση για διάστημα δυο χρόνων μετά την τελευταία τους κρίση. Οι στατιστικές δεν έχουν δείξει μεγαλύτερη συχνότητα ατυχημάτων στα άτομα με επιληψία.

Υπάρχει η εσφαλμένη εντύπωση ότι στη διάρκεια γενικευμένης τονικοκλονικής κρίσης πρέπει να βάλουμε κάτι ανάμεσα στα δόντια του αρρώστου. Αποτέλεσμα αυτού είναι να τον τραυματίσουμε ή να του σπάσουμε τα δόντια. Το μόνο που πρέπει να κάνουμε είναι να τον ξαπλώσουμε στο πλάι (να μην πάει περιεχόμενο του στόματος στην τραχεία) και να φροντίσουμε να μην τραυματιστεί στη διάρκεια των κλονικών σπασμών. Τέλος, σε επιληπτικούς με νυχτερινές κρίσεις στον ύπνο συνιστούμε να κοιμούνται χωρίς μαξιλάρι και αν δεν μπορούν, τότε συνιστούμε μαξιλάρι σκληρό και λεπτό. (Αθανάτου, 2000).

∅ Οδηγίες που αφορούν άλλες δραστηριότητες.

∅ Επιτρέπεται η τηλεόραση;

Στην φωτοκινητική επιληψία η γρήγορη και έντονη εναλλαγή της εικόνας της τηλεόραση προκαλεί σπασμούς. Η διάγνωση τίθεται εύκολα με το ΗΕΓ.

Στις περιπτώσεις αυτές η τηλεόραση πρέπει να περιορίζεται ή και να αποφεύγεται και να λαμβάνονται οπωσδήποτε οι παρακάτω προφυλάξεις:

Ø Να τοποθετείται η συσκευή τουλάχιστον 3 μέτρα μακριά και να είναι στο ίδιο επίπεδο με τα μάτια.

Ø Μέσα στο δωμάτιο να υπάρχει διάχυτο φως και καλύτερα μια μικρή λάμπα πάνω από τη συσκευή της τηλεόρασης.

Ø Να αποφεύγεται η γρήγορη αλλαγή των καναλιών, να προτιμάται το τηλεκοντρόλ, και μάλιστα με κλείσιμο του ενός ματιού. Υπάρχουν ειδικά γυαλιά για την τηλεόραση, ενώ τα γυαλιά ηλίου δεν είναι βοηθητικά. Τα γυαλιά της τηλεόρασης χρησιμοποιούνται μαζί με ένα ειδικό φίλτρο που τοποθετείται πάνω στην οθόνη της τηλεόρασης έτσι ώστε τα φωτεινά ερεθίσματα να εισέρχονται μόνο από το ένα μάτι. Στην ουσία το αυτό επιτυγχάνεται κι αν το παιδί την ώρα της τηλεθέασης καλύψει το ένα μάτι του.

Ø Μικρή συσκευή τηλεόρασης είναι προτιμότερη από μια μεγάλη (www.janssen-cilag.gr)

Ø Προκαλούν επιληπτικούς σπασμούς τα βιντεοπαιχνίδια;

Τα τελευταία χρόνια έγινε σημαντική έρευνα από την επίδραση των video- παιχνιδιών και έδειξε ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερος κίνδυνος από αυτά στο παιδί με επιληψία. Αν το παιδί είναι φωτοευαίσθητο, είναι προτιμότερο να παίζει παιχνίδια σε κανονική οθόνη computer ή στις ειδικές κονσόλες για τα παιχνίδια αυτά, παρά στην οθόνη της τηλεόρασης (dipe.kan.sch.gr).

Ø Επιτρέπονται τα computer;

Τα κομπιούτερ και η τηλεόραση δεν λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο και τα φωτεινά ερεθίσματα που παρέχουν δεν έχουν τις ίδιες ιδιότητες. Επομένως το παιδί με επιληψία μπορεί να χρησιμοποιεί computer υπό την προϋπόθεση ότι η οθόνη είναι ενδεδειγμένη για το computer και όχι μια κοινή οθόνη

τηλεόρασης. Αν και αυτή την περίπτωση οι γονείς δεν αισθάνονται ασφάλεια, τότε μπορεί να χρησιμοποιήσουν οθόνη LCD που είναι απολύτως ασφαλής.

Ø Επιτρέπεται η Ντίσκο;

Τα φωτορυθμικά της ντίσκο μπορεί να προκαλέσουν σπασμούς σε μερικά φωτοευαίσθητα νεαρά άτομα, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με ζεστή, θόρυβο, ξενύχτι, σωματική κόπωση και οίνοπνευματώδη. Στην πραγματικότητα υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος φωτορυθμικών (strobe lights) που προκαλούν σπασμούς σε φωτοευαίσθητο άτομο. Αν μια disco χρησιμοποιεί τέτοια φώτα είναι καλύτερο αποφεύγεται. Επίσης αν ένα άτομο εκτεθεί αιφνίδια σε φωτορυθμικά που του προκαλούν ενόχληση μπορεί να μειώσει την ευαισθησία του και να προστατεύσει τον εαυτό του καλύπτοντας με το ένα χέρι το ένα μάτι (www.specialeducation.gr).

Ø Επιτρέπεται η άθληση;

Για να δοθεί μια σαφής απάντηση στο εάν επιτρέπεται ή όχι να λαμβάνει μέρος ο ασθενής με επιληψία σε αθλητικές δραστηριότητες, θα πρέπει να διερευνηθεί α) εάν η σωματική άσκηση ή η μυϊκή κόπωση γενικότερα, είναι εκλυτικός παράγοντας ή αυξάνει τις πιθανότητες να προκληθεί επιληπτική κρίση και β) πόσο κινδυνεύει ο ασθενής από μια επιληπτική κρίση την ώρα της άθλησης.

Στην διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται σε μεμονωμένες περιπτώσεις ασθενών που παρουσίασαν επιληπτικές κρίσεις την ώρα της άσκησης. Αυτό αποδόθηκε χωρίς να τεκμηριωθεί, σε στιγμιαία υποξία του εγκεφάλου. Ακολούθησαν μελέτες με μεγάλες σειρές ασθενών, στις οποίες διαπιστώνεται ότι όχι μόνον δεν προκαλούνται επιληπτικές κρίσεις, αλλά αποτρέπονται από την σωματική φυσική άσκηση.

Η τελευταία αυτή διαπίστωση έγινε τόσο από την μακροχρόνια παρακολούθηση ασθενών, πριν και μετά από πρόγραμμα άσκησης αλλά και με Γραφική καταγραφή την ώρα της άσκησης. Ο αριθμός των επιληπτικών εκφορτίσεων στο ΗΕΓράφημα, κατά την διάρκεια της σωματικής άσκησης, μειώνονταν σημαντικά. Σε άλλη μελέτη, διαπιστώνεται ότι σε ποσοστό πάνω από 50% η άθληση δεν είχε καμιά επίδραση στην πρόκληση των κρίσεων, ενώ στο 36% των ασθενών η άθληση μείωσε τον αριθμό των κρίσεων.

Στην ίδια μελέτη, σε ποσοστό 10% οι ασθενείς συνέδεαν την άσκηση με πρόκληση κρίσεων, αλλά μόνον στο 2% από αυτούς αποδείχθηκε ότι η άθληση αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για επιληπτικές κρίσεις. Στην τελευταία κατηγορία, η πλειοψηφία των ασθενών παρουσίαζε δευτερογενή επιληψία.

Ένας από τους παράγοντες που πιθανολογείται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προφύλαξη του ασθενούς από κρίσεις κατά την άσκηση, είναι η απώλεια υγρών που προκαλείται από την εφίδρωση. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να δίδεται οδηγία, να αποφεύγεται μετά το τέλος της άσκησης η απότομη και υπερβολική ενυδάτωση.

Ένα ερώτημα που τίθεται συχνά, είναι εάν ένα παιδί με αφαιρετικές επιληπτικές κρίσεις μπορεί να αθλείται, με δεδομένο ότι η υπερπνοία είναι εκλυτικός παράγοντας κρίσης. Πρέπει να τονιστεί ότι η κρίση «αφαίρεσης» προκαλείται στον ασθενή, όταν τον υποβάλλουμε σε παρατεταμένη υπερπνοία κατά την ηρεμία με σκοπό να προκληθεί μεταβολική αλκάλωση, λόγω της υποκαπνίας, η οποία ευθύνεται για την πρόκληση της κρίσης.

Αντίθετα, στην διάρκεια της μυικής άσκησης, η παραγωγή γαλακτικού οξέος και άλλων παραγόντων καύσης, προκαλούν μεταβολική οξέωση. Η ταχύπνοια που παρατηρείται κατά την άθληση προσπαθεί απλά να αντιρροπήσει την οξέωση αυτή και όχι να προκαλέσει αλκάλωση και αύξηση του κινδύνου για κρίση.

Τελικά η μυική κόπωση και η άθληση γενικότερα δεν προκαλεί επιληπτικές κρίσεις, ίσως και να τις αποτρέπει. Η περιγραφή περιορισμένων περιπτώσεων που αυξάνονται οι κρίσεις κατά την άθληση, οδήγησε στην άποψη ότι υπάρχει ένα είδος αντανακλαστικής επιληψίας, η «προκαλουμένη από άθληση επιληψία», στην οποία η άθληση αποτελεί εκλυτικό παράγοντα πρόκλησης επιληπτικής κρίσης. Σε αυτή την περίπτωση και μόνο πρέπει να αποφεύγεται η άθληση. Ιδιαίτερη περίπτωση 'άθλησης' αποτελεί η πυγμαχία, η οποία απαγορεύεται για τα προκαλούνται επιληπτικές κρίσεις ως αποτέλεσμα κακώσεων του εγκεφάλου και όχι άλλων μηχανισμών που σχετίζονται με την σωματική άσκηση (www.specialeducation.gr)

Ο κίνδυνος που υπάρχει για την ζωή του ασθενούς εάν πάθει επιληπτική κρίση την ώρα της άθλησης, εξαρτάται από το είδος του αθλήματος. Υπάρχουν αθλήματα με μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό επικινδυνότητας και με βάση αυτό χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες.

Πίνακας 3: Διαβάθμιση επικινδυνότητας αθλημάτων

A. Αθλήματα χαμηλού κινδύνου	B. Αθλήματα μέτριου κινδύνου	Γ. Αθλήματα υψηλού κινδύνου
<ul style="list-style-type: none"> • Τροχάδην • Ποδόσφαιρο • Άλματα (ύψους, μήκος) • Αεροβική γυμναστική • Χορός • Πίνγκ-Πόνγκ • Ξιφασκία • Μπόουλινγκ • Γκολφ 	<ul style="list-style-type: none"> • Βόλεϊ • Μπάσκετ • Τένις • Ράγκμπι • Ποδηλασία • Τοξοβολία • Κυνήγι • Ψάρεμα • Υποβρύχια κατάδυση 	<ul style="list-style-type: none"> • Πυγμαχία • Αναρρίχηση • Πτώση με αλεξίπτωτο • Υποβρύχια κατάδυση • Bungee jumping

<ul style="list-style-type: none"> • Χόκεϊ • Κρίκετ 	<p>(χωρίς συσκευή)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ιππασία • Πατίνια • Χόκεϊ σε πάγο • Κολύμπι • Θαλάσσιο σκι • Ενόργανη γυμναστική • Σκι • Κανό 	
---	---	--

Σε χαμηλού κινδύνου αθλήματα κατατάσσονται αθλήματα που δεν διατρέχει κίνδυνο ο ασθενής ακόμη και αν υποστεί επιληπτική κρίση ή ο κίνδυνος δεν είναι στατιστικά μεγαλύτερος από οποιοδήποτε άλλο τυχαίο συμβάν την ώρα της άθλησης, σε οποιοδήποτε υγιές άτομο. Συνεπώς οι ασθενείς με επιληψία μπορούν χωρίς επίβλεψη, να ασχολούνται με τα αθλήματα αυτά.

Αθλήματα μετρίου κινδύνου θεωρούνται όσα έχουν μικρού βαθμού κίνδυνο, εάν συμβεί επιληπτική κρίση. Οι ασθενείς μπορούν να επιδίδονται σε τέτοια αθλήματα εφόσον βρίσκονται υπό επίβλεψη. Πρέπει να συνοδεύονται από άτομο ενημερωμένο και ικανό να παρέχει τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση κρίσης. Σε περιπτώσεις θα πρέπει να φορούν προστατευτικό κράνος στην διάρκεια της άθλησης (σκι, πατίνια, ιππασία). Άλλες δραστηριότητες όπως θαλάσσιο σκι, καταδύσεις κλπ θα πρέπει να γίνονται σε οργανωμένες παραλίες με παρουσία ναυαγοσωστών και όχι σε ερημικές τοποθεσίες.

Τα αθλήματα υψηλού κινδύνου απαγορεύονται σε ασθενείς με επιληψία. Επιτρέπονται μόνον εάν περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς κρίσεις μετά την διακοπή των φαρμάκων. Το διάστημα αυτό πιστεύονταν

παλαιότερα ότι πρέπει να είναι 5 χρόνια, σήμερα τα 2 χρόνια θεωρούνται αρκετά, ακόμη και για τα «ακραία» αυτά αθλήματα (www.specialeducation.gr).

- **Επιληψία και εργασία**

Τόσο η διάγνωση όσο και η εμφάνιση κρίσεων δεν θα έπρεπε να θέσουν σε αμφισβήτηση την ικανότητα ενός ανθρώπου, να ασκήσει ένα αμοιβόμενο επάγγελμα. Στις σπάνιες εκείνες περιπτώσεις όπου οι περιορισμοί για συγκεκριμένες εργασιακές θέσεις καθίστανται απαραίτητοι, θα πρέπει η ανάλογη απόφαση να βασίζεται σε μια δίκαια αξιολόγηση τόσο των ειδικών εργασιακών απαιτήσεων, διανοητικών και φυσικών, όσο και του συγκεκριμένου πάσχοντα. Διαφορετικά τέτοιοι περιορισμοί αποτελούν δυσμενή διάκριση εις βάρος του. Όλοι οι άνθρωποι με επιληψία θα πρέπει να έχουν τις ίδιες δυνατότητες πρόσβασης όπως κάθε άλλος άνθρωπος στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τα προγράμματα εργασίας και την κοινωνική υποστήριξη, ούτως ώστε να επιτύχουν τον καλύτερο δυνατό έλεγχο της πάθησης τους και να εξασφαλίσουν περισσότερες ευκαιρίες απασχόλησης. Οι πάσχοντες από επιληψία θα πρέπει κατά τις διαδικασίες εύρεσης εργασίας, επιλογής υποψηφίων και πρόσληψης να απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Για την δίκαια μεταχείριση των ανθρώπων με επιληψία στον εργασιακό τομέα απαιτείται:

- Ø Ιατρική περίθαλψη πασχόντων
- Ø Αξιολόγηση καταλληλότητας αυτών για ειδικές εργασιακές θέσεις
- Ø Επιλογή υποψηφίων
- Ø Παροχή βοήθειας στον εργασιακό χώρο

Είναι γνωστό ότι ο καλός έλεγχος των κρίσεων και γενικότερα η καλή προσαρμογή στην πάθηση αυτή όσο και η ψυχική υγεία και οι εργασιακές ικανότητες ενός ατόμου με επιληψία, μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά τις εργασιακές ευκαιρίες του. Κατά την αξιολόγηση ενός εργαζομένου ή υποψηφίου ο εργοδότης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα ακόλουθα σημεία αναφορικά με την επιληψία και τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της στην απόδοση του εργαζόμενου. Οι περιπτώσεις όπου τα άτομα με επιληψία υφίστανται κρίσεις στον εργασιακό χώρο ή η αποδοτικότητα τους επιβαρύνεται από τα χορηγούμενα φάρμακα, είναι περιορισμένες. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η γνωμοδότηση από έναν ειδικευμένο στην θεραπεία της επιληψίας γιατρό οδηγεί συχνά στον περιορισμό των κρίσεων και την μείωση των παρενεργειών. Αναρρωτικές άδειες και εργατικά ατυχήματα δεν είναι συχνότερα σε ανθρώπους με επιληψία απ' ότι στους άλλους εργαζόμενους. Οι εργαζόμενοι που πάσχουν από επιληψία θα πρέπει να τυγχάνουν της ίδιας ασφαλιστικής κάλυψης όπως όλοι οι εργαζόμενοι (www.specialeducation.gr)

Η συντριπτική πλειοψηφία των υφισταμένων εργασιακών θέσεων είναι κατάλληλη για ανθρώπους με επιληψία. Η ιατρική άποψη που ενδεχομένως θα ζητηθεί κατά την αξιολόγηση της καταλληλότητας ανθρώπων με επιληψία για ειδικές εργασιακές θέσεις, θα πρέπει να αναφέρεται στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης εργασιακής θέσης και να βασίζεται στις σύγχρονες γνώσεις για την επιληψία και τις από αυτήν προερχόμενες κρίσεις. Γενικευμένες απαγορεύσεις, που δεν αφορούν συγκεκριμένες περιπτώσεις, θα πρέπει να αποφεύγονται. Σε εργασιακές θέσεις, όπου ο κίνδυνος να βλάψει κανείς τον εαυτό του ή τους άλλους είναι αυξημένος, θα πρέπει να εξεταστούν οι δυνατότητες μείωσης του κινδύνου αυτού μέσω οργανωτικών ανακατατάξεων. Μόνο σε περιπτώσεις όπου κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό,

μπορούν να θεωρηθούν δικαιολογημένοι κάποιοι περιορισμοί στην εργασιακή δραστηριότητα των ατόμων που πάσχουν από επιληψία.

Εάν ένας επιληπτικός κατέχει τα απαραίτητα προσόντα ή προϋπηρεσία, θα πρέπει κατά κανόνα να θεωρείται ότι είναι και ο κατάλληλος.

Στις περιπτώσεις όπου ζητείται ιατρική γνωμάτευση, θα πρέπει αυτή να υποβάλλεται σε ξεχωριστή επεξεργασία από τα υπόλοιπα δικαιολογητικά υποψηφιότητας και να αξιολογείται από ένα αρμόδιο πρόσωπο. Το ενδιαφέρον στις συνεντεύξεις θα πρέπει να εστιάζεται περισσότερο στις ικανότητες του ατόμου με επιληψία και όχι στους πραγματικούς ή υποτιθέμενους περιορισμούς που αυτή του επιβάλλει. Οι επιπτώσεις της επιληψίας ενός υποψηφίου στην εργασιακή του απόδοση θα πρέπει να θίγονται μόνο αφού η καταλληλότητα του για μια συγκεκριμένη εργασία έχει διαπιστωθεί από τον εργοδότη. Εάν κατά την αξιολόγηση της εργασιακής ικανότητας επιζητείται ιατρική γνωμοδότηση θα πρέπει οι παρεχόμενες συμβουλές να βασίζονται στη λεπτομερή γνώση της εν λόγω εργασιακής θέσης καθώς και του είδους της επιληψίας του υποψηφίου.

Στην περίπτωση που ένας εργαζόμενος παρουσιάζει για πρώτη φορά επιληπτικές κρίσεις, ο εργοδότης οφείλει να τον αντιμετωπίσει με κατανόηση και να του δώσει την ευκαιρία να υποβληθεί σε ιατρική θεραπεία, προτού πάρει κάποια απόφαση σχετική με την νέα εργασιακή του ικανότητα. Εάν υπάρχει η πιθανότητα να παρουσιαστούν επιληπτικές κρίσεις στον εργασιακό χώρο, θα πρέπει ο εργοδότης να βοηθήσει τον εργαζόμενο να ενημερώσει τους συναδέλφους του σχετικά με την πάθηση του. Στους εργαζόμενους / συναδέλφους που ενδέχεται να είναι παρόντες σε μια επιληπτική κρίση, θα πρέπει να δοθούν ανάλογες πληροφορίες καθώς και βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών. Εάν είναι απαραίτητοι κάποιοι περιορισμοί σε ορισμένες

εργασιακές δραστηριότητες, τότε θα πρέπει να καθοριστούν με σαφήνεια τα χρονικά περιθώρια και οι προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες οι περιορισμοί αυτοί τίθενται σε ισχύ, ελέγχονται και αίρονται. Εάν ακόμα και μετά από ανάλογη ιατρική θεραπεία είναι απαραίτητη η μετάθεση σε μια άλλη εργασιακή θέση, τότε θα πρέπει όσο το δυνατό νωρίτερα να καταστεί δυνατή μια ανάλογη επαγγελματική καθοδήγηση και υπηρεσίες αποκατάστασης (www.special-education.gr).

Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας.

Ο νοσηλευτής, που είναι ο κύριος υπεύθυνος για την φροντίδα του αρρώστου, θα πρέπει να έχει την γνώση και την ικανότητα να εκτιμά μεταβολές στην κατάσταση του, να προτείνει και να εφαρμόζει αλλαγές στο σχέδιο φροντίδας του.

Αρχικά ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να κατανοήσει την φύση των επιληπτικών κρίσεων και τι ρόλο του στην αγωγή τους. Στη συνέχεια πρέπει να ενημερώσει τον ίδιο και την οικογένεια του για τους κινδύνους και τα μέτρα αυτοπροστασίας με λεπτομέρεια και σαφήνεια. Πρέπει να συστήνει στον άρρωστο οπουδήποτε και αν βρεθεί, μόλις αισθανθεί κάποιο σύμπτωμα να καθίσει στο πάτωμα, στο δρόμο ή όπου αλλού, για την πρόληψη τραυματισμού. Να τονίζει την ανάγκη να έχει πάντα μαζί του κάρτα με όλα τα ατομικά του στοιχεία, ιδιαίτερα τηλέφωνο και διεύθυνση. Να επισημαίνει την ανάγκη της λήψης των φαρμάκων συστηματικά χωρίς διακοπές, την αποφυγή της κόπωσης, αϋπνίας, οινοποσίας, λοιμώξεων, για τους γνωστούς λόγους. Να βοηθά τον άρρωστο να κατανοήσει ότι πρέπει να περιορίσει ορισμένες δραστηριότητες, όπως ορειβασία, πτήση, οδήγηση, υποβρύχιο κολύμπι, να κολυμπάει σε ρηγά νερά και με συνοδό, να προτιμά το ντους κ.α για προληπτικούς λόγους. Σε νέα άτομα προκύπτει και θέμα

επιλογής επαγγέλματος, που πρέπει να γίνει με πολύ περίσκεψη. Πρέπει να τονίζει την πιστή επιλογή των ιατρικών οδηγιών σε ότι αφορά τα φάρμακα και τις εργαστηριακές εξετάσεις, διότι ορισμένα μπορεί να προκαλέσουν αναιμία, τοξική επίδραση στο ήπαρ κ.α. Εκτός από τον άρρωστο, δικαιούνται και η οικογένεια να γνωρίζει όλα τα παραπάνω, ώστε να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση της δοκιμασίας του αρρώστου (Αθανάτου, 2000).

Συνήθως, οι ασθενείς με επιληψία δεν νοσηλεύονται αλλά στην πλειοψηφία τους είναι κοινοτικοί ασθενείς. Ωστόσο πολύ συχνά ο κλινικός νοσηλευτής χρειάζεται να έχει γνώσεις για την επιληψία, καθώς συχνά ασθενείς προσερχόμενοι με διάφορα άλλα νοσήματα, βρίσκονται ταυτόχρονα υπό αντιεπιληπτική αγωγή. Έτσι, για παράδειγμα θα χρειαστεί να γνωρίζει τουλάχιστον τον τρόπο χορήγησης και τις παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Επίσης όταν ο ασθενής σιτίζεται κανονικά, δεν τίθεται ζήτημα τρόπου λήψης του φαρμάκου. Τα προβλήματα εμφανίζονται σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί να λάβει το φάρμακο από το στόμα π.χ όταν κάποιος εμφανίζει εμετούς, όταν μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση δεν διατηρεί τις αισθήσεις του, ή όταν έχει υποβληθεί σε αμυγδαλεκτομή, και τέλος όταν βρίσκεται σε status epilepticus. Τότε το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί από άλλη οδό, ενδοφλέβια ή από τον ορθό. Αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα για κάποιο φάρμακο να μπορεί να χορηγηθεί από όλες τις οδούς. Η ημερησία συχνότητα χορήγησης ενός ΑΕΦ δεν είναι αυθαίρετη. Υπακούει και αυτή σε κανόνες. Συγκεκριμένα, εξαρτάται από το χρόνο ημίσειας ζωής του φαρμάκου. Έτσι, το διάστημα δυο διαδοχικών δόσεων ενός φαρμάκου δεν θα πρέπει να ξεπερνά το χρόνο ημίσειας ζωής του. Αυτό σημαίνει ότι τα φάρμακα με μικρό χρόνο ημίσειας ζωής πρέπει να χορηγούνται συχνά μέσα στο 24ωρο, σε αντίθεση με φάρμακα με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής, τα οποία μπορούν να χορηγηθούν συχνότερα μέσα στο 24ωρο. Βεβαίως, ο κανόνας έχει και τις

εξαιρέσεις του. Έτσι, εάν ένα φάρμακο κρίνεται απαραίτητο, αλλά δεν γίνεται ανεκτό διότι προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές, θα πρέπει να ληφθεί σε μικρές και συχνότερες δόσεις μέσα στο 24ωρο, ανεξάρτητα από το χρόνο ημίσειας ζωής του, ή κατά την διάρκεια των γευμάτων, έτσι ώστε να επιβραδυνθεί ο ρυθμός απορρόφησης του και να μειωθεί η τιμή της μέγιστης συγκέντρωσης του στο πλάσμα. Παρόμοια είναι και η τακτική που ακολουθείται στην περίπτωση εγκύου που λαμβάνει αντιεπιληπτική αγωγή (Τριανταφύλλου, 1999).

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Νοσηλευτική διεργασία επιληπτικού ασθενούς

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια επιστημονική μέθοδος που χρησιμοποιείται στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Ο τομέας της αποκατάστασης είναι ένας ενδιαφέρον χώρος για άσκηση νοσηλευτικής παρέμβασης γιατί από τη φιλοσοφία που τον διέπει είναι συγγενής προς τη φιλοσοφική έννοια της νοσηλευτικής που είναι η παροχή ολιστικής φροντίδας. Η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στην αποκατάσταση αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για τον επισκέπτη υγείας και το νοσηλευτή, γιατί με τη χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας εκτιμά, σχεδιάζει, παρέχει φροντίδες, αξιολογεί και επαναπροσαρμόζει το πρόγραμμα φροντίδας σύμφωνα με τις νέες ανάγκες του νοσηλευόμενου ασθενούς και της οικογένειάς του. Αν και η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί ένα ξεχωριστό πρωταρχικό κεφάλαιο της βασικής νοσηλευτικής κρίνεται σκόπιμο να παρατεθεί εν συντομία στην παρούσα έκδοση (Σαπουντζή- Κρέπια, 2004).

Νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει πέντε στάδια.

- 1. Νοσηλευτική εκτίμηση**
- 2. Προσδιορισμός της νοσηλευτικής διάγνωσης.**
- 3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.**
- 4. Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας.**
- 5. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας.**

Τα πλεονεκτήματα της μεθόδου της νοσηλευτικής διεργασίας είναι ότι επιτρέπει τη συνεχή τροφοδότηση με νέες πληροφορίες, την ενσωμάτωση

αυτών των πληροφοριών και την αναπροσαρμογή της φροντίδας συμφωνά με τα νέα στοιχεία που προκύπτουν.

Η νοσηλευτική εκτίμηση αφορά τη συλλογή πληροφοριών που θα βοηθήσουν στην εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου και των αναγκών φροντίδας του. Εργαλεία για τη νοσηλευτική εκτίμηση είναι η νοσηλευτική συνέντευξη, η παρατήρηση, η κλινική εξέταση, το ιατρικό ιστορικό, προηγούμενο νοσηλευτικό ιστορικό, η επικοινωνία με την οικογένεια, οι πληροφορίες νοσηλευτών, γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας.

Είναι ο προσδιορισμός και η διατύπωση ενός υπαρκτού ή πιθανού προβλήματος υγείας ενός ατόμου. **Η νοσηλευτική διάγνωση** διαφέρει από την ιατρική, καθώς αυτή εντοπίζεται στην περιγραφή των αντιδράσεων στην αρρώστια ή σε κάποιο πρόβλημα και δεν αποτελεί περιγραφή της αρρώστιας (Ραγιά, 2004).

Στο προγραμματισμό Νοσηλευτικής Φροντίδας γίνεται ιεράρχηση των προβλημάτων. Καθορίζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα χρησιμοποιηθούν. Καθορίζονται τα κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων της φροντίδας. Γίνεται συνεργασία με το άτομο και την οικογένεια. Ο προγραμματισμός της φροντίδας είναι εξατομικευμένος και οι προτεραιότητες δεν είναι σταθερές αλλά μπορεί να αλλάζουν ανάλογα με την αλλαγή της καταστάσεως της υγείας του νοσηλευόμενου ατόμου.

Η εφαρμογή του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας έχει σαν στόχο την παροχή ολιστικής φροντίδας στο άτομο και την οικογένεια και λαμβάνει υπόψη μια ευρεία γκάμα παραμέτρων όπως σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτισμικές. Η εφαρμογή του προγράμματος απαιτεί άρτια επιστημονική κατάρτιση, γνώση των

χρησιμοποιούμενων τεχνικών, οργανωτικές δεξιότητες, καλή επικοινωνία και άριστες διαπροσωπικές σχέσεις (Ραγιά 1995, Hickey 1990).

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας έχει μεγάλη σπουδαιότητα γιατί επισημαίνει τα σημεία που η φροντίδα χρειάζεται αναπροσαρμογή ή βελτίωση. Η αξιολόγηση γίνεται με παρατήρηση, επικοινωνία με το άτομο και την οικογένεια, με αντικειμενικές μετρήσεις, και ανάλογα με τα αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης που έχουν τεθεί. Μετά την φάση αυτή, ακολουθεί επανεκτίμηση του ασθενούς και νέος κύκλος της νοσηλευτικής διεργασίας. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι πέντε φάσεις της νοσηλευτικής διεργασίας δεν είναι εντελώς ξεχωριστές γιατί η νοσηλευτική διεργασία είναι κυκλική και διευκολύνει τη συνεχή εναλλαγή και κίνηση μεταξύ των φάσεων (Hickey, 1990).

Παρακάτω θα παραθέσουμε αναλυτικότερα την νοσηλευτική διεργασία ενός ατόμου που πάσχει από επιληψία.

Κατά την διάρκεια της επιληπτικής κρίσης

Νοσηλευτική διάγνωση: Κίνδυνος πτώσης και τραυματισμού, από αιφνίδια απώλεια συνείδησης και σπασμών.

Νοσηλευτικοί σκοποί: Παρακολούθηση για:

- α)** Αύρα (δυνατή)
- β)** Απότομη απώλεια συνείδησης
- γ)** Επιληπτική κραυγή, καθώς ο αέρας ωθείται έξω από τους πνεύμονες
- δ)** Πτώση στο έδαφος
- ε)** Τονική ή Κλονική σύσπαση των μυών της γλώσσας και των άκρων
- στ)** Σφίξιμο της κάτω γνάθου
- ζ)** Απώλειες
- η)** Παροδικό κώμα
- θ)** Σύγχυση και υπνηλία (κατάσταση μετά την κρίση)

ι) Πονοκέφαλος (Αθανάτου, 2000)

Νοσηλευτική παρέμβαση:

α) Η αναστολή της κρίσης με θεραπευτικό μέσο δεν είναι δυνατή στη φάση αυτή.

β) Προστασία από βλάβη:

- Τοποθέτηση αρρώστου στο πάτωμα για ασφάλεια
- Χρησιμοποίηση μαξιλαριών σε σημεία που μπορεί να χτυπήσει για την προστασία του από τραυματισμό.

- Αν το επιτρέπει ο χρόνος, τοποθέτηση μαλακού, σταθερού αντικειμένου μεταξύ των δοντιών, για αποφυγή βλάβης της γλώσσας.

- Ποτέ δεν επιχειρείται τοποθέτηση αντικειμένου μεταξύ των δοντιών, αν τα δόντια είναι ήδη σφικτά κλεισμένα.

γ) Χειρισμός του αρρώστου με ήπιες κινήσεις, χαλάρωση ενδυμάτων.

δ) Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού με τοποθέτηση του αρρώστου σε πλαγιά θέση.

ε) Η συνείδηση επανέρχεται μέσα σε 2-5 min.

Αν οι κρίσεις επαναλαμβάνονται ή συνεχίζονται χωρίς διακοπή χορηγούνται αντισπασμωδικά ενδοφλέβια, και αν ενδείκνυται μεταφορά σε εντατική μονάδα (Σαχίνη- Καρδάση 2002, Αθανάτου 2000).

Κατά την αποδρομή της επιληπτικής κρίσης

Νοσηλευτική διάγνωση: Ταχυκαρδία, αύξηση ΑΠ λόγω των σπασμών.

Νοσηλευτικοί σκοποί:

1. Επαναφορά καρδιακού ρυθμού στα φυσιολογικά επίπεδα.
2. Μείωση αρτηριακής πίεσης στις φυσιολογικές τιμές.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Έλεγχος ζωτικών σημείων, αξιολόγηση του, καταγραφή και ενημέρωση του γιατρού για πιθανή αναπροσαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.

Μετά την επιληπτική κρίση

Νοσηλευτική διάγνωση: Συγχυτικά φαινόμενα, υπνηλία, κατάλοιπα της κρίσης.

Νοσηλευτικοί σκοποί:

1. Μείωση βαθμού υπνηλίας
2. Αποβολή συγχυτικών φαινομένων.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Συχνή παρακολούθηση του επιπέδου συνείδησης, όπως τύπο σύγχυσης, βαθμό υπνηλίας, βαθμιαία επανάκτηση συνείδησης, με επικοινωνία του νοσηλευτή και ενημέρωση του γιατρού. Παρακολούθηση για πιθανές παρενέργειες φαρμάκων. Έλεγχος κεφαλής και σώματος για τυχόν κακώσεις, αν έπεσε κατά την κρίση. Εξασφάλιση ησυχίας, διότι ο ύπνος μετά την κρίση είναι αναγκαίος για ξεκούραση. Ψυχολογική υποστήριξη κατά την ανάνηψη, κατανόηση, βοήθεια και φροντίδα για την αποκατάσταση του αισθήματος της αξιοπρέπειας του μετά την κρίση, ιδιαίτερα αν παρουσίασε απώλειες ούρων και κοπράνων. Φροντίδα στόματος που θεωρείται απόλυτα αναγκαία (Αθανάτου, 2000).

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ

Η επιληπτική έγκυος έχει όλους τους κινδύνους που συνεπάγεται μια εγκυμοσύνη και δυο επιπλέον επιβαρυντικούς παράγοντες. Τις τυχόν επιληπτικές κρίσεις που μπορεί να εμφανίσει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και τις επιδράσεις των φαρμάκων που πρέπει να παίρνει σε μια περίοδο στην οποία λόγω της εγκυμοσύνης έχουν τροποποιηθεί πολλές λειτουργίες του οργανισμού της, όπως το ενδοκρινικό, πεπτικό και αναπνευστικό σύστημα, η ηπατική και νεφρική λειτουργία και επιπλέον η συνολική ψυχική της κατάσταση. Οι κίνδυνοι της επιληπτικής εγκύου και του εμβρύου είναι πολλοί. Αναλυτικότερα οι επιπλοκές είναι οι εξής:

- **Επιβάρυνση της ανάπτυξης του εμβρύου:** παρατηρήσεις σε νεογνά επιληπτικών γυναικών έδειξαν μείωση του σωματικού βάρους και μήκους ενώ η παρακολούθηση του εμβρύου με υπερήχους έδειξε επιβράδυνση της ανάπτυξης αυτού.

- **Πρόωρος τοκετός:** δεν βρέθηκε συχνότερος απ' ότι στο γενικό πληθυσμό

- **Αιμορραγία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης:** έχει παρατηρηθεί ελαφρά αύξηση του κινδύνου για αιμορραγία σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στις επιληπτικές έγκυες βρέθηκε αιμορραγία 33% ενώ στις μη επιληπτικές 25%. Πιο συχνή είναι επίσης η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, 4,1% σε επιληπτικές γυναίκες.

- **Αποβολές:** η κάπως αυξημένη συχνότητα πρόωρων αποβολών στις επιληπτικές έγκυες μπορεί να αποδοθεί στην ύπαρξη μειζόνων δυσπλασιών του κυήματος. Αργότερα αποδείχτηκε ότι ο συνολικός κίνδυνος αυτόματης αποβολής ανέρχεται στο 18% και είναι περίπου ίσος με τον μη επιληπτικό πληθυσμό.

- **Τοξιναιμία κύησης:** βρέθηκε να απαντά με την ίδια περίπου συχνότητα σε επιληπτικές και μη επιληπτικές γυναίκες, φαίνεται όμως ότι οι βαριές μορφές τοξιναιμίας είναι συχνότερες στις επιληπτικές.

- **Εκλαμψία:** απαντά συχνότερα στις επιληπτικές γυναίκες από ότι σε υγιείς. Συσχετίζεται με αυτή την ίδια την επιληψία γιατί 2% των εκλαμπτικών γυναικών βρέθηκε να εμφανίζουν αργότερα επιληπτικές κρίσεις ενώ 8 στις 20 εκλαμπτικές γυναίκες είχαν οικογενειακό ιστορικό επιληψίας.

- **Επιληπτική κατάσταση «Status epilepticus»:** είναι μια ασυνήθιστη κατάσταση που συμβαίνει στο 1% των επιληπτικών εγκύων, και μπορεί να εκδηλωθεί μετά από επανειλημμένες κρίσεις ή να αποτελεί το πρώτο σημείο επιληψίας και εκδηλώνεται συνήθως στο δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης.

Σε παλαιότερες εργασίες αναφέρεται θνησιμότητα 33% για την έγκυο και 50% για το κύημα. Υπήρχε μάλιστα η θέση να διακόπτεται η κύηση το συντομότερο δυνατό. Εντούτοις σύμφωνα με νεότερες εργασίες μετά από χρήση ισχυρότερων φαρμάκων και βελτιωμένων μέσων αντιμετώπισης, η διακοπή της κύησης δεν θεωρείται απαραίτητη και σταθερός αντικειμενικός στόχος παραμένει ο έλεγχος των κρίσεων. Μόνο σε αποτυχία όλων των διαθέσιμων μέσων και εφόσον οι κρίσεις δεν ελεγχθούν, τότε ο τερματισμός της κύησης μπορεί να είναι το έσχατο μέσο. Σε έγκυες σε Status epilepticus, πρέπει να αντιμετωπίζονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας, με ενδοφλέβιο χορήγηση, κατά προτίμηση βενζοδιαζεπίνων. Εφόσον ελέγχουν οι κρίσεις, πρέπει να προσδιοριστεί το επίπεδο των φαρμάκων στο αίμα, να χορηγηθούν οι ανάλογες ποσότητες ώστε να υπάρχουν θεραπευτικά επίπεδα και η εγκυμοσύνη μπορεί να συνεχισθεί (Λογοθέτη, 2000).

5. Η ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ποια προβλήματα έχει ένα παιδί με επιληψία στον παιδικό σταθμό και σχολείο

Ως γνωστόν η καλύτερη παιδαγωγική προετοιμασία όλων των παιδιών για το κανονικό σχολείο επιτυγχάνεται όταν αυτό προηγουμένως έχει παρακολουθήσει ένα παιδικό σταθμό. Το ίδιο ισχύει και για τα παιδιά που πάσχουν από επιληψία ειδικότερα όταν με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή έχουν οι σπασμοί τους σημαντικά βελτιωθεί ή σταματήσει, θα πρέπει ωστόσο να ενημερωθεί η βρεφονηπιαγωγός για την ασθένεια του παιδιού και τις πιθανές διαταραχές συμπεριφοράς που αυτό μπορεί να παρουσιάζει. Τα παιδιά που εμφανίζουν έντονη νευρική και ανησυχία αρχικά πρέπει να παραμένουν για λίγες ώρες στο σταθμό προσαρμοζόμενα σταδιακά στο περιβάλλον. Παιδιά με ψυχονητική καθυστέρηση είναι καλό να παρακολουθούν ειδικό παιδικό σταθμό, όπου οι ομάδες των παιδιών είναι πολύ μικρές, η νηπιαγωγός μπορεί να τα φροντίζει περισσότερο, απασχολείται μαζί τους λόγω και των ειδικών γνώσεων και εμπειριών που διαθέτουν σε θέματα παιδιών με ειδικά προβλήματα. Το αυτό ισχύει και για το σχολείο. Επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει, ότι τα παιδιά με επιληψία με φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη όταν αναπτύσσουν πνευματική δραστηριότητα εμφανίζουν μικρότερο αριθμό σπασμών. Σκόπιμο είναι βεβαία ν' αποφεύγεται κάθε υπερβολή.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στο σχολείο είναι:

- έντονη ανησυχία σε σημείο πολλές φορές να ενοχλούνται τα υπόλοιπα παιδιά.

- βραδύτητα στην εκτέλεση εντολών με αποτέλεσμα να μην προλαβαίνουν τις σχολικές τους υποχρεώσεις.

- διάσπαση συγκέντρωσης προσοχής
- γρήγορη κόπωση.

Τα προβλήματα αυτά πρέπει οι γονείς να συζητούν με τους εκπαιδευτικούς προς όφελος του παιδιού. Ωστόσο 30% όλων των παιδιών με επιληψία δεν είναι ικανά να παρακολουθήσουν ένα κανονικό σχολείο. Το γεγονός αυτό βέβαια δεν επιθυμούν οι γονείς για να μην μειονεκτεί το παιδί τους έναντι των υπολοίπων συμμαθητών του. Πρέπει όμως να γνωρίζουν ότι περισσότερο νιώθει μειονεκτικά και ταλαιπωρείται, όταν το αποτέλεσμα της προσπάθειας του -παρά την επιπλέον βοήθεια στο σπίτι- είναι στο σχολείο αρνητικό. Έτσι το παιδί είναι απογοητευμένο, φοβισμένο, δεν επιθυμεί να συνεχίσει την προσπάθεια του, ενώ σε ένα ειδικό σχολείο μπορεί να έχει πολύ καλή επίδοση και να νιώθει και το ίδιο ευτυχισμένο. Σημαντικό είναι πάντως να ενημερώνεται ο δάσκαλος του σχολείου για την πάθηση του παιδιού για να μπορούν να αντιμετωπίσουν τυχόν απρόοπτες καταστάσεις και να δείξουν κατανόηση στις τυχόν ιδιαιτερότητες (dipe.kav.sch.gr).

Τι κάνουμε όταν το παιδί επαναστατεί στη λήψη φαρμάκων;

Ίσως το φάρμακο να έχει άσχημη γεύση. Αυτές τις περιπτώσεις το μελί, η μαρμέλαδα, ο χυμός, ακόμα και το γάλα ή το τσάι μπορούν να βοηθήσουν. Μερικές φορές τα χάπια που έχουν γραφτεί από το γιατρό είναι μεγάλα και δυσκολεύουν το παιδί να καταπιεί. Η αλλαγή τους σε σιρόπι είναι αναγκαία. Μερικά παιδιά δεν θέλουν να πάρουν τα φάρμακα τους γιατί ακούν από τους γονείς, ότι αυτά είναι επικίνδυνα και έχουν επιπλοκές. Άλλοτε πάλι γιατί η σχέση μαζί τους είναι διαταραγμένη και με αυτόν τον τρόπο θέλουν να τους τιμωρήσουν μη ικανοποιώντας την επιθυμία τους. Είναι λοιπόν σημαντικό οι

γονείς να ξεπεράσουν οι ίδιοι τους φόβους τους απέναντι στα φάρμακα και να αντιμετωπίζουν τη διαδικασία της χορήγησης τους χωρίς υπερβολές και ανασφάλεια.

Τι πρέπει να γνωρίζουν οι παιδαγωγοί;

Αν οι κρίσεις συμβαίνουν κατά την διάρκεια της ημέρας είναι σκόπιμο να πληροφορήσουμε όσους είναι επιφορτισμένοι με την ημερησία φροντίδα του παιδιού. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν η διάγνωση έχει γίνει πρόσφατα και η πιθανότητα υποτροπής των κρίσεων είναι μεγάλη. Ο παιδαγωγός πρέπει να γνωρίζει πως οι κρίσεις του παιδιού έτσι ώστε να τις αναγνωρίσει και να ειδοποιήσει τους γονείς. Αν δοθεί φαρμακευτική αγωγή ο παιδαγωγός θα πρέπει να πληροφορηθεί για πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου π.χ υπνηλία οι οποίες ίσως να επηρεάσουν την επίδοση του παιδιού στο σχολείο.

Θα πρέπει να παραδεχτούμε ότι αρκετές φορές η αντιμετώπιση εκ μέρους των παιδαγωγών δεν είναι η πρότερη και ενδεδειγμένη, συνήθως γιατί δεν έχουν εκπαιδευτεί σωστά πάνω στα θέματα υγείας των παιδιών και λιγότερο συχνά γιατί αντιμετωπίζουν το θέμα με αρνητισμό και ευθυνοφοβία. Ο γονέας στη περίπτωση αυτή πρέπει να ζητήσει τη βοήθεια του γιατρού του παιδιού ο οποίος γραπτά ή προφορικά θα δώσει τις αναγκαίες εξηγήσεις και πληροφορίες. Αν οι κρίσεις του παιδιού είναι πλήρως ελεγχμένες ή μονό νυκτερινές ο γονέας αφού συζητήσει με το γιατρό του, μπορεί να αποφασίσει να μην ανακοινώσει το θέμα στο σχολείο (dipe.kav.sch.gr)

Άθληση και παιδί

Θεωρείται σκόπιμη η αναφορά στην παιδική και εφηβική ηλικία, τόσο γιατί η έναρξη της νόσου αφορά κυρίως την ηλικία αυτή, αλλά και τα παιδιά

και οι έφηβοι σήμερα ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για τέτοιες δραστηριότητες. Πριν από 20 περίπου χρόνια για να λάβει μέρος ένα παιδί σε αθλητικές δραστηριότητες, ακόμα και στην απλή γυμναστική του σχολείου, έπρεπε να έχει περάσει χρονικό διάστημα ενός έτους χωρίς κρίση. Φυσικά σήμερα δεν επικρατούν οι ίδιες απόψεις. Στα παιδιά, περισσότερο και από τους ενήλικες πρέπει να ληφθούν υπόψη οι κίνδυνοι για την διατάραξη της ψυχικής τους υγείας από υπερβολικές απαγορεύσεις που οδηγούν σε εξάρτηση το παιδί, του αυξάνουν το αίσθημα της ' ιδιαιτερότητας' και το οδηγούν στην απομόνωση.

Θεωρείται ότι όταν τηρούνται οι κανόνες ασφαλείας που πρέπει για όλα τα παιδιά, από γονείς, γυμναστές και προπονητές, το παιδί μπορεί να συμμετέχει στις περισσότερες αθλητικές δραστηριότητες με τις οποίες ασχολούνται τα παιδιά της ηλικίας του. Έτσι αυξάνεται η αυτοπεποίθηση του παιδιού, αποφεύγεται η απομόνωση που συχνά οδηγείται, αποφεύγεται η υπερπροστασία και η εξάρτηση από τους γονείς και αποτρέπεται το άγχος και η κατάθλιψη που συχνά αναπτύσσουν παιδιά με επιληψία (www.iator.gr).

Κολύμβηση

Επειδή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, θεωρήθηκε σκόπιμο να γίνει σύντομη αναφορά για την κολύμβηση στην παιδική ηλικία.

Θεωρητικά ο κίνδυνος να πνιγεί ένα παιδί με επιληψία στη θάλασσα ή την πισινά είναι μεγάλος, γιατί μπορεί αυτό να συμβεί ακόμη και σε βάθος 10 εκατοστών, εάν συμβεί επιληπτική κρίση. Πρακτικά όμως θάνατος από πνιγμό σε παιδιά με επιληψία είναι εξαιρετικά σπάνιο και ασυνήθιστο.

Όλα τα παιδιά πρέπει να κολυμπούν στην θάλασσα κάτω από προϋποθέσεις όπως α) να μην πηγαίνουν στην παραλία χωρίς συνοδό, β) να μην απομακρύνονται στα βαθιά χωρίς συνοδό ικανό να τα βοηθήσει σε

περίπτωση ανάγκης, γ) να μην χρησιμοποιούν φουσκωτά σκάφη, στρωματά κλπ χωρίς συνοδό. Θεωρούμε ότι εάν οι παραπάνω καθώς και άλλες ανάλογες οδηγίες που ισχύουν για όλα τα παιδιά, εφαρμοστούν και σε όσα πάσχουν από επιληψία τότε αυτά μπορούν με ασφάλεια να απολαύσουν την θάλασσα.

Πιστεύεται τελικά ότι τα παιδιά με επιληψία, εφόσον τηρούνται οι προϋποθέσεις όπως συμμόρφωση και ανταπόκριση στην θεραπεία, ενημέρωση του προπονητή και σωστή επίβλεψη, μπορούν να παρακολουθούν με ασφάλεια και αυτά τα αθλήματα. Γνωρίζουμε εξάλλου παιδιά με επιληψία που όχι απλώς συμμετέχουν αλλά έχουν διακριθεί σε τέτοια αθλήματα.

Σε όλες τις περιπτώσεις, αφού συνεκτιμηθούν και ληφθούν υπόψη παράγοντες όπως η μορφή της επιληψίας, ο βαθμός ελέγχου των κρίσεων, η συμμόρφωση του ασθενούς με την φαρμακευτική αγωγή, η συνεργασία με τον ασθενή και το περιβάλλον του, πρέπει να δίδονται οι κατάλληλες οδηγίες για την ασφάλεια του και να αφήνεται ελεύθερος, ίσως και να παροτρύνεται να ασχοληθεί με όποιο άθλημα επιθυμεί (www.iator.gr)

6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Όπως εύκολα συμπεραίνεται από τα πιο πάνω, ο καθένας μας μπορεί να παρουσιάσει επιληψία, ανεξαρτήτως φύλου ή χρώματος.

Μπορεί να εμφανισθεί στη γέννηση ή αργότερα στη μετέπειτα ζωή ενός ανθρώπου. Μπορεί να είναι το αποτέλεσμα για το παιδί προβλημάτων υγείας που είχε η μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, επιπλοκών στον τοκετό, μπορεί να προέλθει από τραύματα στο κεφάλι, από ορισμένες δηλητηριώδεις ουσίες, από εγκεφαλικές φλεγμονές και περιστασιακά από όγκους ή από αποπληξία (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια). Τις περισσότερες φορές όμως, οι κρίσεις αυτές συμβαίνουν για λόγους που δεν μπορούμε καθόλου να εντοπίσουμε.

Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτία, υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο που πάσχουν από επιληψία.

Σε γενικές γραμμές αυτό αντιστοιχεί σε 0,5% έως 0,8% του πληθυσμού. Συγκριτικά, περίπου ο ίδιος αριθμός ανθρώπων στην Ευρώπη πάσχουν από διαβήτη.

Η επιληψία εμφανίζεται συνήθως πριν τα 15 ή μετά τα 65 χρόνια, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών υπέστη την πρώτη κρίση μεταξύ της ηλικίας των 10 και 20 ετών.

Η επιληψία είναι εξίσου συνήθης στους άνδρες και στις γυναίκες (www.janssen-cilag.gr)

Ειδικότερα για τα παιδιά υπολογίζεται ότι περίπου ένα στα εκατό παιδιά σχολικής ηλικίας έχει επιληψία.

Η μέση αναλογία της ενεργού επιληψίας (δηλ. συνεχιζόμενες επιληπτικές κρίσεις και ανάγκη θεραπείας) είναι περίπου 7 ανά 1000 άτομα του γενικού πληθυσμού. Έτσι 40-45 εκατομμύρια άτομα στον κόσμο έχουν

επιληψία σε οποιαδήποτε δοθείσα στιγμή (40 εκ. στις αναπτυσσόμενες χώρες, 10 εκ. στις αναπτυγμένες χώρες). Στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100.000 άτομα με επιληψία.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ), το 80% των ατόμων με επιληψία στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν λαμβάνει καμία αντιεπιληπτική αγωγή.

Λόγω του ότι η επιληψία είναι πιο διαδεδομένη στα άτομα με διανοητική καθυστέρηση, πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της επιληψίας και της ευφυΐας. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει, παρόλο που είναι γεγονός ότι η επιληψία σοβαρής μορφής μπορεί να καθυστερήσει την ανάπτυξη ενός παιδιού. Για πολλά άτομα είναι μια ασθένεια που επηρεάζει δραστικά την καθημερινή τους ζωή.

Ο κίνδυνος τραυματισμού εξαρτάται από το είδος της κρίσης και αφορά κυρίως τις κρίσεις εκείνες κατά τις οποίες παρουσιάζεται απώλεια των αισθήσεων χωρίς προειδοποίηση και πτώση στο έδαφος με ή χωρίς σπασμούς. (Thomas P., Arzimanoglou A. 2002).

7. ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Το ποσοστό θνησιμότητας στους επιληπτικούς ασθενείς είναι 2 έως 3 φορές υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού.

Ο θάνατος μπορεί να έχει άμεση σχέση με την αιτία της επιληψίας (αλκοολισμός, όγκος, εκφυλιστική πάθηση κλπ) ή να συμβαίνει συμπτωματικά στη διάρκεια μιας κρίσης: επιληπτική κατάσταση, εισρόφηση, ασφυξία, δευτεροπαθής κρανιοεγκεφαλική κάκωση, πνιγμός, κ.λ.π..

Οι ασθενείς που εμφανίζουν επιληψία με τονικοκλονικές κρίσεις φαίνεται να διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.

Είναι γεγονός όμως ότι ο κίνδυνος τραυματισμού και του ξαφνικού απροσδόκητου θανάτου από τις κρίσεις είναι υψηλός.

Πρόσφατα πολλές εργασίες έχουν αφιερωθεί στον αυξημένο κίνδυνο ανεξήγητου αιφνίδιου θανάτου (SUDDS = Sudden Unexplained Death Syndrome) στον επιληπτικό ασθενή. Ο θάνατος αυτός υπολογίζεται στο 10% των θανάτων των επιληπτικών ασθενών και το μεγαλύτερο κίνδυνο φαίνεται ότι διατρέχουν ασθενείς που εμφανίζουν νυχτερινές επιληπτικές κρίσεις. Οι μηχανισμοί που εμπλέκονται είναι κυρίως καρδιογενείς: καρδιακή ανακοπή, οξεία καρδιακή αρρυθμία κατά την κρίση με παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Έχουν επίσης ενοχοποιηθεί η αναπνευστική ανακοπή και η μηχανική «ασφυξία», οι οποίες συμβαίνουν στην άμεση μετακριτική φάση. Ωστόσο τα φυσιολογικά ευρήματα στην αυτοψία καθιστούν τα αίτια του θανάτου σχεδόν υποθετικά.

Ο κίνδυνος του ξαφνικού απροσδόκητου θανάτου ποικίλλει. Παράγοντες αυξημένου κινδύνου είναι: νεαροί ενήλικες, γενικευμένες τονικοκλονικές κρίσεις, νυχτερινές κρίσεις, απότομες και γρήγορες αλλαγές των φαρμάκων και οι αρρυθμιστες κρίσεις. Ο κίνδυνος στα άτομα υψηλού

κινδύνου είναι 1:100, ενώ στον γενικό πληθυσμό 1:1000 (παρόμοιος του κινδύνου από 10 σιγαρέτα ημερησίως). Ξαφνικοί θάνατοι σε παιδιά κάτω των 16 ετών συμβαίνουν σπάνια, κυρίως σε παιδιά που έχουν και άλλα νευρολογικά ελλείμματα (Thomas P., Arzimanoglou A. 2002)

Γ' ΜΕΡΟΣ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η ασθενής Ρ.Γ 35 ετών νοσηλεύτηκε στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ από 3-2-08 έως 9-2-08.

Λόγος εισαγωγής

Επιληπτικές κρίσεις

Ιστορικό Παρούσας νόσου

Η ασθενής παρουσιάζει κρίσεις Ε από 70 ετών. Ο λόγος είναι κάκωση του εγκεφάλου κατόπιν σοβαρού τραυματισμού σε τροχαίο ατύχημα. Πρόκειται για κρίσεις εστιακού χαρακτήρα. Μέχρι σήμερα παρουσιάζει κρίσεις κάθε τρίμηνο κατά μέσο όρο. Ο λόγος εισαγωγής ήταν η εμφάνιση κρίσεων τύπου GRAND MAL.

Προηγούμενο Ιστορικό

Αναφέρει ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη εδώ και 10 χρόνια.

Ευρήματα από τον παρακλινικό έλεγχο

Γενική αίματος: Χαμηλός αιματοκρίτης

Ro θώρακος: Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Ro Κρανίου: Εντοπισμένες οστικές κροταφικές αλλοιώσεις

Αγωγή

Epanutin 1amp χ 3 σε 100cc N/S IV

Stedon caps 2,5mgr 1 x 3 peros

Πίνακας 1

<u>Σύμπτωμα</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή προγράμματος</u>	<u>Εκτίμηση Αποτελέσματος</u>
• Ζάλη	• Έγκαιρη πρόληψη	• Χορήγηση φαρμάκων για την πρόληψη της ζάλης	• Εδόθησαν φάρμακα	• Επιτεύχθηκε η πρόληψη της ζάλης χάρη στην συνεργασία της ασθενούς
	• Προφύλαξη	• Τοποθέτηση σε σωστή θέση για την αποφυγή τραυματισμών	• Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε αναπαυτική θέση ενώ συμβουλευθηκε να μην κάνει απότομη κίνηση	
	• Αντιμετώπιση	• 3ωρη παρακολούθηση των Ι.Σ. του αρρώστου	• Ελέγχθηκαν οι ζωτικές λειτουργίες	

Πίνακας 2

<u>Αξιολόγηση</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή προγράμματος</u>	<u>Εκτίμηση Αποτελέσματος</u>
• Σπασμός	• Ασφάλεια του αρρώστου και πρόληψη σωματικής βλάβης	• Πρόληψη κινδύνων πτώσεως και τραυματισμών της γλώσσας	• Η ασθενής στερεώθηκε στο κρεβάτι της και με την εφαρμογή του αεραγωγού αποφεύχθηκε ο τραυματισμός της γλώσσας, ενώ ταυτόχρονα εξασφαλίσθηκε κανονική λειτουργία	• Αποτελεσματικός έλεγχος των σπασμών με την νοσηλευτική παρέμβαση
	• Φαρμακευτική αντιμετώπιση	• Ετοιμασία φαρμάκων	• Χορηγήθηκε σπασμολυτικό	
	• Διατήρηση αναπνοής	• Τοποθέτηση αεραγωγού	• Έγινε υποκλυσμός με 2cc stedon	

Πίνακας 3

<u>Αξιολόγηση</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή προγράμματος</u>	<u>Εκτίμηση Αποτελέσματος</u>
• Κίνδυνος εισρόφησης	• Προφύλαξη της ασθενούς από πνιγμονή	• Σωστή θέση	• Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση	• Αποτράπηκε ο κίνδυνος εισρόφησης
		• Παρακολούθηση για διατήρηση ανοικτών αεραγωγών	• Τακτική πεντάλεπτη παρακολούθηση της αναπνοής	
		• Ετοιμότητα για αναρρόφηση	• Έγινε αναρρόφηση ενώ αποφεύχθηκε η διασωλήνωση	
		• Ετοιμασία συσκευής οξυγόνου και δίσκου διασωληνώσεως		

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Ο κύριος Ι. Σ. ετών 35 νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας – Πειραιάς Αγ. Παντελεήμων από 11-11-08 έως 19-11-08.

Λόγος Εισαγωγής

Αναφερόμενη απώλεια συνειδήσεως με χαρακτήρες Ε

Σύντομο ιστορικό

Πρόκειται για άρρεν ασθενή 35 ετών που προσέρχεται λόγω αναφερόμενου επεισοδίου απώλειας συνείδησης. Το εν λόγω επεισόδιο έλαβε χώρα κατά την μεταγευματική του ανάπαυση και σύμφωνα με τους οικείους εμφάνισε σπασμούς κυρίως των άνω άκρων καθόλη δε την διάρκεια του επεισοδίου δεν είχε επαφή με το περιβάλλον.

Ατομικό Ιστορικό

Προ 3ετίας ο ασθενής αναφέρει τουλάχιστον 1 φορά τον μήνα (για 6 μήνες περίπου) επεισόδια διάρκειας 5-10 δευτ. χαρακτηριζόμενα από αιμωδία αριστερού ημιμορίου σώματος. Το αίσθημα αιμωδίας αφορούσε αρχικά το κάτω άκρο και σε λίγα δευτερόλεπτα επεκτείνεται στον κορμό, το άνω άκρο και το ημιμόριο του προσώπου. Το χρονικό αυτό διάστημα περιγράφεται ότι έχει πλήρη αντίληψη του χώρου, κατανοούσε το λόγο αλλά δεν μπορούσε να εκφέρει προφορικό λόγο.

Ευρήματα από παρακλινικό έλεγχο

Γενικής αίματος: Χαμηλός αιματοκρίτης

Ro θώρακος: εντός φυσιολογικών ορίων

Ro κρανίου: κρανίο χωρίς οστικές αλλοιώσεις

Αγωγή

KEPRA 500mg 1 x 2

Nootrop 1 amp x 3 IV

Πίνακας 1

<u>Αξιολόγηση</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή προγράμματος</u>	<u>Εκτίμηση Αποτελέσματος</u>
• Αιφνίδια απώλεια συνείδησης, που συνοδεύεται από πτώση στο έδαφος	• Ταχύτατη αντιμετώπιση της κατάστασης	• Η πτώση πρέπει να είναι όσο το δυνατόν ελαφρότερη	• Στήριξη του ασθενούς για να είναι ελαφρότερη η πτώση	• Αποφυγή κακώσεων
	• Μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο	• Προγραμματισμός για την διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας	• Τον ξαπλώνουμε στο έδαφος	• Διατήρηση φυσιολογικής αναπνοής
	• Προστασία ασθενούς από πιθανές κακώσεις		• Χαλάρωση ρούχων που περιορίζουν την αναπνοή	• Αποφυγή τραυματισμού του κεφαλιού
	• Έλεγχος αναπνοής		• Απομάκρυνση αντικειμένων γύρω από τον άρρωστο	
	• Ανεύρεση προκλητικών αιτιών της κρίσης			

Πίνακας 2

<u>Συμπτώματα</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή προγράμματος</u>	<u>Εκτίμηση Αποτελέσματος</u>
• Υπέρταση	• Μείωση Υπέρτασης	• Έλεγχος ΑΠ	• Συχνή λήψη ΑΠ	• Μείωση της υπέρτασης
		• Έλεγχος σωματικού βάρους	• Δίαιτα σε παχύσαρκους	
		• Χορήγηση φαρμάκων	• Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων	
		• Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος		

Πίνακας 3

<u>Συμπτώματα</u>	<u>Αντικειμενικός Σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή προγράμματος</u>	<u>Εκτίμηση Αποτελέσματος</u>
• Ενδοκρινικές διαταραχές	• Συμπτωματική ανακούφιση του αρρώστου	• Έλεγχος για υπερθυρεοειδισμό ή Σ.Δ.	• Παρακολούθηση για αδυνάτισμα και δυσανάλογη κόπωση	• Αποκατάσταση φυσιολογικής δραστηριότητας οργανισμού
		• Έλεγχος υποθυρεοειδισμού	• Χορήγηση NaCl	
		• Έλεγχος για έλλειψη νατρίου	• Χορήγηση Na	
			• Χορήγηση φαρμάκων	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεδομένου ότι η επιληψία ελέγχεται σε μεγάλο βαθμό με φάρμακα, η ζωή του ασθενούς δεν επηρεάζεται σημαντικά.

Σε ότι αφορά την απασχόληση, ορισμένα επαγγέλματα και ορισμένα εργασιακά περιβάλλοντα, παρουσιάζουν πράγματι κίνδυνο. Υπάρχει όμως ένα τεράστιο φάσμα εργασιακών συνθηκών όπου η επιληψία δεν δημιουργεί καθόλου πρόβλημα ή δημιουργεί πρόβλημα σε ελάχιστο βαθμό.

Η επιληψία δεν πρέπει να επηρεάζει τα ενδιαφέροντα των ατόμων όσον αφορά των αθλητισμό και τη σωματική άσκηση. Μπορεί κανείς να ασχοληθεί με τα περισσότερα αθλήματα, εκτός από αυτά όπου η επιληψία θα μπορούσε να επηρεάσει σοβαρά την ασφάλεια του ή την ασφάλεια των γύρω του.

Οι επιληπτικές κρίσεις μπορούν να συμβούν λόγω έλλειψης ύπνου. Πρέπει ο τακτικός ύπνος να γίνει ουσιώδες τμήμα της καθημερινής ζωής του ασθενή. Προσοχή χρειάζεται με το αλκοόλ, γιατί μπορεί να αλληλεπιδράσει με τα φάρμακα που παίρνει κανείς. Επιπλέον, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σπασμούς.

Η επιληψία δεν εμποδίζει στο να φέρει κανείς στον κόσμο φυσιολογικά και υγιή παιδιά. Όταν προγραμματίζεται εγκυμοσύνη, χρειάζονται πιθανόν ορισμένες αναπροσαρμογές στα φάρμακα έτσι ώστε να ελαχιστοποιούνται οι κίνδυνοι για το έμβρυο. Η αλλαγή των φαρμάκων, γίνεται συμφωνά με τις οδηγίες του γιατρού σας.

Τελικά, θα λέγαμε ότι η επιληψία είναι νόσος πολύ παλαιά αλλά αντιμετωπίσιμη τόσο από θεραπευτικής όσο και από νοσηλευτικής άποψης. Τα σύγχρονα φάρμακα επιτρέπουν στον ασθενή να ζει μια φυσιολογική ζωή. Ο κοινοτικός νοσηλευτής κατέχει βαρυσήμαντο ρόλο στη διαχείριση επιληπτικών

ασθενών. Πρέπει ο ίδιος να εκπαιδευτεί και να γνωρίζει τις ανάγκες και τα προβλήματα αυτών των ασθενών ώστε να μπορέσει να τους βοηθήσει.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η επιληψία θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες πλέον ασθένειες σε όλο τον κόσμο. Επίσης είναι μια από τις πιο δύσκολες και σοβαρές ασθένειες που ταλανίζουν πάρα πολλούς ανθρώπους. Οι άνθρωποι αυτοί χρίζουν άμεση νοσηλευτική φροντίδα. Ένας από τους ρόλους του νοσηλευτή είναι να βοηθά τους ασθενείς να επιτελέσουν βασικές δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής. Η εκπλήρωση αυτού του νοσηλευτικού ρόλου απαιτεί μια στενή επαφή και ένα καλό επίπεδο επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενή. Ο νοσηλευτής στην επικοινωνία του με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους πρέπει πάντοτε να λαμβάνει υπόψη του το κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο μέσα στο οποίο τόσο ο ίδιος ο νοσηλευτής, όσο ο ασθενής και η οικογένεια του δρουν. Πέρα από την νοσηλευτική φροντίδα που πρέπει οπωσδήποτε να έχουν και που την έχουν τόσο πολύ ανάγκη, ακόμη πιο σημαντική γι' αυτούς είναι η ψυχολογική υποστήριξη. Είναι πολύ γνωστό ότι τα περισσότερα άτομα τα οποία πάσχουν από τη νόσο της επιληψίας, αρκετά συχνά παρουσιάζουν ένα είδος μελαγχολίας. Αυτή η μελαγχολία οφείλεται καθαρά και μονό στη νόσο αλλά εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να καταλήξει και σε μια βαριά μορφή κατάθλιψης. Η κύρια αντιμετώπιση της είναι η ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο πρέπει οι οικογένειες των ασθενών να υποστηρίζονται ώστε οι ίδιες να αγκαλιάσουν και να περιβάλλουν τους ανθρώπους τους με στοργή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Ε.Κ. (2000) *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*, ΣΤ' Έκδοση, Αθήνα.
- Γουόκερ Μ, Σάϊμον Σ. (2000) *Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός*, Ελληνική Έκδοση Λαμπράκη ΑΕ, Αθήνα.
- Hickey PW (1990) *Nursing process handbook*, Mosby, St Louis.
- Λογοθέτη Ι. (2000) *Νευρολογία*, University Studio Press, Αθήνα.
- Λογοθέτη Ι, Μυλωνά Ι. (1999) *Νευρολογία*, University Studio Press, 3^η Έκδοση, Αθήνα.
- Ματσανιώτης Ν. (2001) *Ιατρικό Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
- Μπαλτόπουλος Γ.Ι. (1993) *Εγχειρίδιο επείγουσας θεραπευτικής*, 3^η Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Παπαβασιλείου Α, Παπαναγιώτου Ν. (1998) *Παιδική Επιληψία*, Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου Ε.Γ. (2004) *Νευρολογία*, 4^η Έκδοση, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Παπαγεωργίου Ε.Γ. (1991) *Νευρολογία*, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
- Ραγιά Α. (2004) *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας- ψυχιατρική νοσηλευτική*, 4^η Έκδοση Βελτιωμένη, Αθήνα.

Ραγιά Α. (1995) *Βασική νοσηλευτική, θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*, Αθήνα.

Ρούσσος Χ. (2002) *Νοσολογία*, Τόμος 3^{ος}, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. (2002) *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διαδικασίες*, 3^{ος} τόμος, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα.

Trevor Weston (1995) *Άτλας Ανατομίας*, Εκδόσεις Κισσός, Αθήνα.

Τριαντάφυλλου Ν.Ι. (1999) *Η αντιεπιληπτική αγωγή και οι εν γένει χειρισμοί κατά την διάρκεια της κύησης*, Εκδόσεις Βασιλειάδη, Αθήνα.

Thomas P. Arzimanoglou A. (2002) *Επιληψίες*, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε, Αθήνα.

Διαδίκτυο

<http://www.jansencilag.gr/disease/detail.jhtml?itemname=epilepsy.about&product=non>

<http://dipe.kav.sch.gr/8ssea/arthra/alla-epihepsia.html>

<http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=intex&catid=topic=22>

<http://www.iator.gr/kotsalis/epilipsia%20athletic.html>

<http://epilipsia.blogspot.com/2006/08/ketogenic-diet.html>