

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

<<ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΗΣ>>

ΣΥΝΕΡΓΑΣΤΗΚΑΝ

Γερολυμάτου Σπυριδούλα

Σωτηρόπουλος Χρήστος

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

κ. Νίκος Μακρής

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	183 α
----------------------	-------

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

<<ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΥΤΗΣ>>

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο : Μακρής Νίκος

Επιτροπή Εγκρίσεως

Πτυχιακής Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

1.

2.

3.

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα.....

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
<u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
Πρόλογος - Ορισμός	1
Αίτια	2-3
Εκλυτικοί παράγοντες	3
Ταξινόμηση επιληψίας	4-7
Νευροπαθολογικά ευρήματα κρίσεων	7-9
Γενικευμένη επιληψία	9-22
Επιληπτική κατάσταση	23-24
Ψυχική επιληψία—	25-30
Ιδιοπαθής επιληψία	30-31
Διάγνωση	32-36
Διαφορά επιληψίας - υστερίας	36-37
Θεραπεία	38-44
Φάρμακα	44-56
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
Νοσηλευτική φροντίδα	57-61
Η επιληψία σαν ψυχολογικό και κοινωνικό πρόβλημα	62-63
Περιπτώσεις παιδικής επιληψίας και νοσηλευτική παρέμβαση	64-74
Επίλογος - Προτάσεις	75

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η επιληψία γνωστή από την αρχαιότητα έγινε αντικείμενο επιστημονικής μελέτης από τον Ιπποκράτη, τον Γαληνό και τον Αβικέννα, στον οποίο μάλιστα οφείλεται ο όρος επιληψία. Για πολλά χρόνια η νόσος θεωρούνταν ιερή.

Κατ'αρχήν επραγματοποιήθη η κλινική περιγραφή της μεγάλης επιληπτικής κρίσεως και έγινε παραδεκτή η εξ εγκεφαλικής ανωμαλίας προέλευσής της.

Περὶ του τέλους του 19ου αιώνας ο JACKSON έδωσε την φυσιολογική ερμηνεία της επιληψίας.

Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Ο ορισμός που έχει επικρατήσει τελικά για την επιληψία είναι: <<Επιληψία είναι η παροδική επαναλαμβανόμενη διαταραχή της συνείδησης, που σταματά αυτόματα και της οποίας συχνά προηγούνται ή ακολουθούν κινητικά ή αισθητικά φαινόμενα.

Αυτή η κατάσταση είναι η κλινική εκδήλωση αιφνίδιας, υπερβολικής, ακανόνιστης εκφόρτισης ικανού αριθμού νευρώνων, ενός δομικά φυσιολογικού ή παθολογικού εγκεφαλικού φλοιού.

Η επιληψία χωρίζεται: α) στην ιδιοπαθή επιληψία και β) στην συμπτωματική επιληψία.

α) Στην ιδιοπαθή επιληψία δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για οργανική βλάβη εγκεφάλου.

Οι κρίσεις πιστεύεται ότι προέρχονται από κάποια λειτουρ-

γική διαταραχή στις περιοχές της βάσης του εγκεφάλου που ασκούν έλεγχο στην φλοιώδη λειτουργία του εγκεφάλου.

β) Συμπτωματική επιληψία

ΑΙΤΙΑ:

- 1) Φλεγμονώδεις και απομυελινωτικές καταστάσεις όπως μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, νευροσύφυλις, σκλήρυνση κατά πλάκας τοξοπλάσμωση.
- 2) Εστιακές ενδοκρανιακές βλάβες οι οποίες συνοδεύονται με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση όπως υποστηληρίδιο αιμάτωμα ενδοκρανιακός όγκος κ.λ.π.
- 3) Συγγενείς ανωμαλίες όπως συγγενής διπληγία, παρεγκεφαλία κ.λ.π.
- 4) Τραυματικές βλάβες: Η βλάβη αυτή συμβαίνει κατά τον τοκετό οπότε έχουμε περιγεννητική κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή αιμάτωμα.
Και σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να συμβεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση και να εμφανιστεί επιληψία.
Το μετατραυματικό κώμα επίσης και τα εστιακά νευρολογικά συμπτώματα μπορεί να προκαλέσουν μετατραυματική επιληψία.
- 5) Αγγειακές παθήσεις όπως εγκεφαλική αθηρωμάτωση, θρόμβωση, εμβολή, πολυκυτταραιμία, εκλαμψία, ενδοκρανιακή αιμορραγία, ενδοκρανιακό ανεύρυσμα, εγκεφαλική ισχαιμία κ.λ.π.
- 6) Εκφυλιστικές και συγγενείς μεταβολικές παθήσεις όπως: εγκεφαλοπάθειες της παιδικής ηλικίας, βρεφικοί σπασμοί, νόσος του PICK, νόσος του ALZHEIMER, νόσος του CREUTZFELDT-JACOB, προοδευτική μυοκλονική επιληψία κ.λ.π.
- 7) Κληρονομικότητα

Η κληρονομικότητα ασκεί επίδραση σ'ένα ποσοστό 5% περίπου

και εμφανίζεται όπου υπάρχει ιδιαίτερη προδιάθεση για επιληπτική αντίδραση.

Με την πάροδο της ηλικίας και την ωρίμανση του εγκεφάλου οι κρίσεις σταματούν ή αραιώνουν σιγά-σιγά.

- 8) Εξωγενή δηλητήρια: όπως κοκαΐνη, στρυχνίνη, χλωροφόρμιο, αλκοόλη, ενσουλίνη, διακοπή λήψης αλκοόλης, βαρβιτουρικών και άλλων φαρμάκων, καμφορά και διάφορες άλλες ενώσεις οργανοφωσφορικές ή οργανοχλωριούχες.
- 9) Ενδοκρανιακές διαταραχές, π.χ. υποπαραθυρεοειδισμός.
- 10) Καταστάσεις που εμφανίζονται ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, π.χ. ραχίτιδα, πυρετικοί σπασμοί.
- 11) Διαταραγμένος μεταβολισμός π.χ. ουραιμία, υπογλυκαιμία, υπολειτουργία των επινεφριδίων ηπατική ανεπάρκεια κ.λ.π.
- 12) Ανοξία: ασφυξία, δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα κ.λ.π.

ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- 1) Ο ύπνος (μορφεικός τύπος επιληψίας)
Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν κρίσεις μόνο στον ύπνο τους, μόλις αποκοιμηθούν ή μόλις ξυπνήσουν.
- 2) Η ήβη μπορεί να προκαλέσει επιληπτικές κρίσεις αφαιρέσεως ή κρίσεις τονικοκλονικές ή ψυχοκινητικές.
- 3) Η εγκυμοσύνη ασκεί πολλές φορές επίδραση
- 4) Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος (καταμηνιακή επιληψία)
- 5) Ο πυρετός
- 6) Αισθητηριακά ερεθίσματα φωτεινά αλλά και ακουστικά
- 7) Σωματική ή πνευματική υπερκόπωση και ψυχολογικοί λόγοι είναι δυνατόν να συντελέσουν στην εμφάνιση κρίσεων και τέλος 8) η μέθη με οινόπνευμα προκαλεί κρίσεις

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

1. Επιληψία και επιληπτικά σύνδρομα από πλευράς εντοπίσεως
 - 1.1 Ιδιοπαθείς συνδεδεμένοι μετά της ηλικίας του πάσχοντος
 - α) Καλοήθης επιληψία της παιδικής ηλικίας μετά κεντροκροταφικών αιχμών
 - β) Επιληψία της παιδικής ηλικίας μετά παροξυσμικών κυμάτων λυιακής εντοπίσεως.
 2. Γενικευμένες επιληψίες και επιληπτικά σύνδρομα
 - 2.1 Ιδιοπαθείς συνδεδεμένοι μετά της ηλικίας του πάσχοντος
 - α) Οικογενείς καλοήθεις νεογνικοί σπασμοί
 - β) Καλοήθεις νεογνικοί σπασμοί
 - γ) Καλοήθεις βρεφική μυαίλονική επιληψία
 - δ) Παιδικές αφαιρέσεις
 - ε) νεανικές αφαιρέσεις, νεανική μυοκλονική επιληψία
 - 2.2 Ιδιοπαθείς και συμπτωματικές επιληψίες κατά ηλικίαν εμφάνισης.
 - α) Σύνδρομον WEST
 - β) Σύνδρομον LENNOX - GASTANT
 - γ) Επιληψία μετά μυαίλωνικών αστατικών κρίσεων
 - δ) Επιληψία μετά μυαίλωνικών αφαιρέσεων
 - 2.3 Συμπτωματικές επιληψίες
 - α) Μη ειδικής αιτιολογίας
 - β) Πρόλιμος μυοκλονική εγκεφαλοπάθεια
 - γ) Ειδικά σύνδρομα
 3. Επιληψίες και σύνδρομα μη καθοριζόμενα ως προς την εστιακή και γενικευμένη φύση αυτών

3.1 Επιληψίες μετά γενικευμένων και εστιακών κρίσεων

- α) Νεογνικοί σπασμοί
- β) Βαρεία βρεφική μυοκλονική επιληψία
- γ) Επιληψία μετά συνεχών συμπλεγμάτων αιχμής - κύματος κατά την διάρκεια του ύπνου μετά βραδέων κυμάτων
- δ) Επίκτητος επιληπτική αφασία (Σύνδρομον LANDAU - KLEFFNER)

3.2 Επιληψίες άνευ γενικευμένων ή εστιακών κρίσεων

4. Ειδικά σύνδρομα

4.1 Σπασμοί συνδεδεμένοι μετά της ειδικής καταστάσεως του πά-
σχοντιος

- α) Πυρετικοί σπασμοί
- β) Σπασμοί συνδεδεμένοι μετά ετέρων αναγνωρίσιμων καταστάσεων όπως είναι το STRESS, τα φάρμακα, η αλκοόλη, η στέρηση ύπνου, οι ενδοκρινολογικές μεταβολές.

4.2 Μεμονωμένες επιληπτικές κρίσεις χωρίς εμφανή εξωγενή αί-
τια

4.3 Επιληψίες χαρακτηριζόμενες μετά ειδικών τρόπων εκλύσεως
των επιληπτικών φαινομένων

4.4 Χρόνια προϊούσα συνεχής μερική επιληψία της παιδικής η-
λικίας

Ταξινόμηση των επιληπτικών κρίσεων και των επιληψιών ως κλινικές οντότητες

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

α) Γενικευμένες κρίσεις

- 1. Αφαιρέσεις: α) απλή ή τοπική αφαίρεση (PATIT MAL)
- β) σύνθετη άτυπη

2. Μυοκλονικές κρίσεις
3. Βρεφικοί σπασμοί
4. Κλονική
5. Τονική
6. Τονικο-κλονική (GRAND-MAL)
7. Μυοτονική
8. Ακίνητη

β) Εστιακές κρίσεις: Με απλή συμπτωματολογία

1. Σωματοκινητικές
2. Αισθητικές (οπτικές, ακουστικές, γευστικές, οσφρητικές)
3. Νευροφυτικές
4. Συνδυασμένες

γ) Με σύνθετη συμπτωματολογία

1. Δυσμνησικές
2. Ψυχοκινητικές
3. Ψυχοαισθητηριακές
4. Συναισθηματικές
5. Θόλωση της συνείδησης

Γενικευμένες τονικοκλονικές συσπάσεις

Τέλος υπάρχουν και οι αταξινομήτες κρίσεις

Επιληψίες ως κλινικές οντότητες.

Α) Γενικευμένη επιληψία

1. Πρωτοπαθής (με σπασμούς, χωρίς σπασμούς, με κλονική καλοήγησ επιληψία των παιδιών)
2. Δευτεροπαθής (με σπασμούς, χωρίς σπασμούς (αφαίρεση) βρεφικοί σπασμοί).

Β) Εστιακή επιληψία

Με απλή ή σύνθετη συμπτωματολογία, αισθητική, νευροφυτική,

σωματοκινητική, συνδυασμένες μορφές

Γ) Επιληψία με αταξινόμενες κρίσεις

Νευροπαθολογικά ευρήματα επί της επιληψίας.

1) Νευροπαθολογικά ευρήματα επί συνεχών επιληπτικών κρίσεων

Ως συνεχής επιληπτική κατάσταση δύναται να χαρακτηριστεί η συνεχής κατάληψις του ασθενούς από επιληπτικές κρίσεις οι οποίες εκδηλώνονται η μία μετά την άλλη, υπερβαίνουν την 1 ώρα χωρίς ο ασθενής να ανακτήσει την συνείδησή του. Επί προκλήσεως πειραματικής επιληπτικής καταστάσεως σε ανθρωποειδή με χορήγηση βικουκουγλίνης διαπιστώθηκαν τα εξής:

- α) Μικροκενοτοπίσεις των νευρώνων
- β) Ισχαιμικές αλλοιώσεις των νευρώνων κυρίως στον ινιακό και στον κροταφικό λοβό.
- γ) Σπογγιώδης κατάσταση στις εξωτερικές στοιβάδες του φλοιού των εγκεφαλικών ημισφαιρίων.

2) Νευροπαθολογικές αλλοιώσεις επί πυρετικών σπασμών

Παρατηρούνται κατά την νηπιακή και κατά την παιδική ηλικία σε συχνότητα 20-72%

Προκαλούν αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και στην παρεγκεφαλίδα οι οποίες αναλυτικότερα συνίστανται:

- α) Σε <<σκλήρυνση του ιπποκάμπου>>
- β) Σε ημιατροφία του εγκεφάλου
- γ) Με νευρωνική απώλεια του εγκεφαλικού φλοιού, του οπτικού θαλάμου και της παρεγκεφαλίδας

Αποτελέσματα αυτών των αλλοιώσεων είναι, η διαταραχή της μνήμης, της συμπεριφοράς και των νοητικών διεργασιών.

3) Νευροπαθολογικές αλλοιώσεις επί κροταφικής επιληψίας

- α) Μορφολογικές αλλοιώσεις στον ιππόκαμπο
- β) Αλλοιώσεις κροταφικών λοβών

Το συνηθέστερο ιστολογικό εύρημα στην κροταφική επιληψία είναι η απώλεια νευρώνων στον ιππόκαμπο και η υπερπλασία των νευρογλοιακών κυττάρων

4) Νευροπαθολογικές αλλοιώσεις επί μυοκλονικής επιληψίας

- α) Εγκεφαλική ατροφία μετά διευρύνσεως των αυλάκιων, λεπτόνσεως των ελίκων και διάταση του κοιλιακού συστήματος
- β) Παρουσία των σωματίων του LATORA στους νευρώνες του εγκεφαλικού φλοιού, του θαλάμου, της ωχράς σφαίρας, της μελαίνης ουσίας, του παρεγκεφαλικού φλοιού και του οδοντωτού πυρήνα.
- γ) Νωτιοπαραγκεφαλιδική εκφύλιση και εκφύλιση του οδοντωτού και του ερυθρού πυρήνα.

Αλλοιώσεις των νευρώνων της επιληπτικής εστίας

- 1) Αυξημένη ευερεθιστικότητα
- 2) Αυτονομία δραστηριότητας και αυτοσυντήρησης των εκφορτίσεων των νευρώνων
- 3) Επιδεικτικότητα σε ετερογενείς επιδράσεις (στον ύπνο κλπ)
- 4) Ευαισθησία των νευρώνων σε γενικές μεταβολές: υπογλυκαιμία, υπερθεμία κ.λ.π.
- 5) Αποδόλωση της κυτταρικής μεμβράνης των επιληπτικών νευρώνων.
- 6) Συγχρονισμός δραστηριότητας των νευρώνων και συνύπαρξη αποπόλωσης και υπερπόλωσης στην επιληπτική εστία

7) Εμφάνιση δευτερογενούς κατοπτρικής εστίας.

Γενικευμένη επιληψία

1) Πρωτοπαθής γενικευμένη επιληψία με σπασμούς

α) Αμιγείς τονικές και αμιγείς κλονικές κρίσεις

Η κλονική μορφή αφορά συνήθως το μισό του σώματος (ημικλονική) και εμφανίζεται σε παιδιά

β) Τονικοκλονικές κρίσεις ή κρίσεις GRAND-MAL

Η κρίση αρχίζει με απώλεια της συνείδησης, τελειώνει απότομα και τονικό σπασμό του συνόλου των μυών που προκαλεί τη χαρακτηριστική κραυγή λόγω της βίαιης εκπνοής και απότομη πτώση. —

Χωρίζεται σε 3 φάσεις:

Την τονική φάση στην οποία έχουμε σύσπαση των μυών των άκρων, του προσώπου, της ράχης και του θώρακος. Προκαλείται η χαρακτηριστική κραυγή και το δάγκωμα της γλώσσας και διαρκεί 10'' - 20''.

Την κλονική φάση: Κλονικοί σπασμοί (τινάγματα) που διαρκούν 30'' - 40''. Οι διαταραχές και το φυτικό νευρικό σύστημα (μυδρίαση, ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης) διαρκούν ως 3' ενώ το μετακρυσιακό κώμα 5' - 10'.

Κατά την τονική και κλονική φάση ο άρρωστος παρουσιάζει εφίδρωση και αδενικές υπερεκκρίσεις κυρίως σάλιου (αφρώδες σάλιο).

Την φάση της αποκατάστασης

Παρατηρείται μυϊκή χαλάρωση, τεγνώδης αναπνοή, αιματηρό σάλιο, απώλεια ούρων και μετακρυσιακό κώμα.

Όταν συνέλθει ο άρρωστος βρίσκεται για λίγη ώρα σε σύγ-

χυση και μπορεί να παρουσιαστεί κεφαλαλγία και έμετος.

Παλαιότερα ως αρχικό στάδιο της κρίσης περιέγραφαν την <<αύρα>> (αισθητική - αισθητηριακή - κινητική).

Σήμερα δεν γίνεται αποδεικτό.

Πρωτοπαθής γενικευμένη επιληψία χωρίς σπασμούς.

Διπλή αφαίρεση (PETIT MAL)

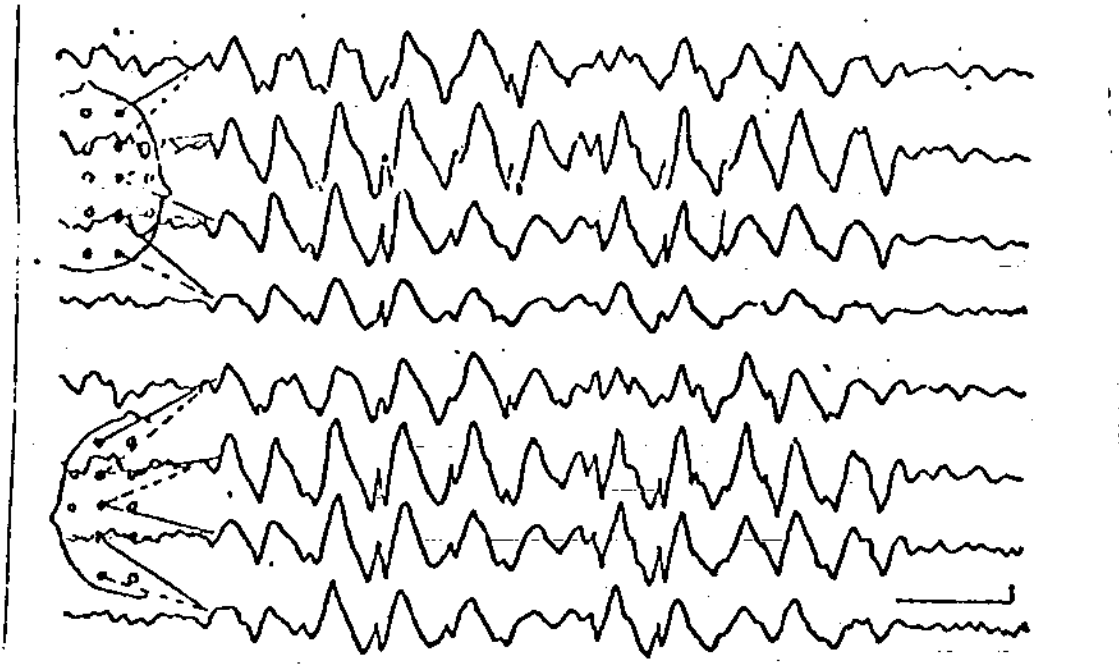
Χαρακτηρίζεται από σύντομη (2'' - 15'') καταστολή των ανωτέρω ψυχικών λειτουργιών και διακρίνονται σε τυπικές και άτυπες αφαιρέσεις.

Οι κρίσεις αρχίζουν από την παιδική ηλικία, σταματούν στην εφηβεία, αλλά μερικές φορές συνεχίζουν και αργότερα.

Η κρίση διαρκεί λίγα δευτερόλεπτα, ξαφνικά το παιδί γίνεται ανέκφραστο, παρατηρείται σπασμωδικό τίναγμα των άκρων και απώλεια συνείδησης για πολύ λίγα δευτερόλεπτα.

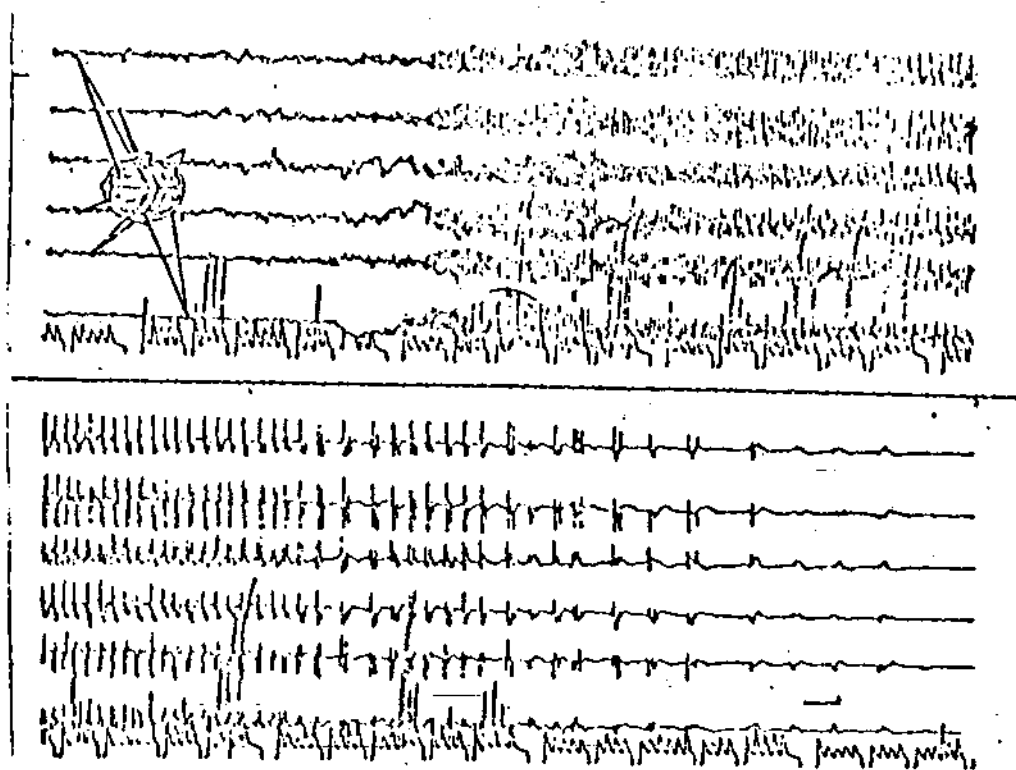
Η πρόγνωση σ' αυτή την μορφή της επιληψίας είναι καλή γιατί στην εφηβεία οι κρίσεις συνήθως σταματούν.

Σε άλλες περιπτώσεις όμως συνεχίζονται οι κρίσεις και σε μεγάλη ηλικία ή παρουσιάζονται κρίσεις GRAND-MAL.



Απλές άτυπες αφαιρέσεις (σύνδρομο LENNOX - GASTAUT)

σε αγόρι 4 ετών, με διανοητική καθυστέρηση. Στη μεσοκριτική περίοδο καταγράφονται βραδέα συμπλέγματα αιχμής - κύματος 1,5 - 2 κ/δ, σε διάγραμμα που παρουσιάζει σαφείς ανωμαλίες της βασικής ΗΕΓραφικής δραστηριότητας.



Το ΗΕΓ κατά τη διάρκεια της γενικευμένης τονικο-κλονικής κρίσης (GRAND-MAL).

Αρχικά καταγράφονται, σύγχρονα και αμφοτερόπλευρα, ταχείς ρυθμοί χαμηλού δυναμικού (αποσυγχρονισμός) που αντικαθίστανται από αιχμές (8-10/1'')

Η εμφάνιση των βραδέων κυμάτων και των συμπλεγμάτων αιχμής-κύματος σημαίνουν το τέλος της τονικής και την αρχή της κλονικής φάσης.

Η ισοηλεκτρική γραμμή μετά την κλονική φάση είναι ένδειξη καταστολής της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου η οποία ξαναρχίζει αργότερα (συνήθως μετά από ένα λεπτό) με την εμφάνιση βραδείας δραστηριότητας.

Σύνθετες αφαιρέσεις

Χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συνείδησης η οποία συνοδεύεται από κινητικές εκδηλώσεις και φαινόμενα από το φυτικό σύστημα.

Στις σύνθετες αφαιρέσεις υπάγονται:

- α) Οι μυ κλινικές αφαιρέσεις για τις οποίες θα αναφερθούμε παρακάτω
- β) Οι υπερτονικές αφαιρέσεις (αύξηση του στατικού τόνου)
- γ) Οι ατονικές αφαιρέσεις (απώλεια του μυϊκού τόνου)
- δ) Οι αυτοματικές αφαιρέσεις
- ε) Οι φυτικές αφαιρέσεις (διαταραχές του φυτικού νευρικού συστήματος).

Μυοκλονική επιληψία

Παρατηρείται συνήθως στην εφηβική ηλικία.

Οι μυοκλονίες είναι στιγμιαίες συσπάσεις άνω ή κάτω άκρων ή του αυχένα. Δεν παρατηρείται διαταραχή της συνείδησης αλλά πολλές φορές παρατηρούνται μυοκλονικά τινάγματα.

Οι μυοκλονίες παρατηρούνται σε ορισμένες ξελικτικές παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως η νόσος GREUTZFELDT - JACOB, η υποξεία σκληρυντική παρεγκεφαλίτιδα, η προοδευτική οικογενής μυοκλονική επιληψία, η μυοκλονική παρεγκεφαλική δυσυνέργεια κ.α.

Η ΗΕΓραφική εικόνα χαρακτηρίζεται από ποικίλα συμπλέγματα αιχμών και πολυαιχμών-κύματος ως και βραδέων και αιχηρών κυμάτων υψηλού συνήθως δυναμίου σε ποικίλους συνδυασμούς. Ο όρος πολλαπλός παραμυόκλονος χρησιμοποιείται για την καλοήγη διαταραχή στην οποία παρουσιάζονται μυοκλονίες που αφαιρούν τους μύς του προσώπου και των άκρων (στους ενήλικες κυρίως)

4. Καλοήθης επιληψίες των παιδιών

Παρουσιάζεται τα πρώτα χρόνια της ζωής (3-10 χρόνια) σε παιδιά και έχει καλή πρόγνωση γιατί υποχωρεί μετά την εφηβική ηλικία τελείως.

Χαρακτηρίζεται κυρίως από τονικοκλονικές κρίσεις ή εστιακές κινητικές ή αισθητικές κατά την διάρκεια της νύχτας.

Δευτεροπαθής γενικευμένη επιληψία

1. Με ή χωρίς σπασμούς:

Και σ' αυτή την μορφή της επιληψίας εκδηλώνονται τονικές, κλονικές, τονικοκλονικές κρίσεις ή άτοπες αιφνιδιασμοί. Άλλες φορές πάλι εμφανίζονται μυοκλονικές κρίσεις. Η αιτιολογία της νόσου δεν είναι εμφανής, αποδίδεται συνήθως σε εγκεφαλικές βλάβες γι' αυτό το λόγο και πολλοί άρρωστοι εμφανίζουν και νευρολογικά ή και ψυχικά συμπτώματα.

2. Βρεφικός σπασμός.

Παρατηρούνται σε παιδιά 3-9 μηνών με βαριά εγκεφαλοπάθεια και αναστολή της ψυχοδιανοητικής τους ανάπτυξης, κλινικά η κρίση εκδηλώνεται με τονικό σπασμό των καμπτήρων του κορμού και των άκρων.

Το ΗΕΓ στην μεσοκριτική περίοδο χαρακτηρίζεται από την ασύγχρονη συνεχή καταγραφή βραδέων κυμάτων και αιχμών υψηλού δυναμικού (υφαρρυθμία) ενώ στην κριτική περίοδο (σπασμοί σε κάμψη) από ταχείς ρυθμούς χαμηλού δυναμικού.

Η αιτία της νόσου είναι άγνωστη και αυτιεπιληπτικά φάρμακα δεν είναι αποτελεσματικά.

Η εγκεφαλοπάθεια με το υφαρρυθμικό διάγραμμα συνθέτουν στην βρεφική ηλικία το σύνδρομο WEST και σε οψιμότερα στάδια περιγράφεται ως σύνδρομο LENNOX-GAUSTANT.

ΕΣΤΙΑΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Στις επιληψίες αυτές ανήκουν κρίσεις με απλή ή στοιχειώδη συμπτωματολογία και κρίσεις με σύνθετη συμπτωματολογία.

Στις πρώτες, η εκφόρτιση καταλαμβάνει τους νευρώνες μιας ειδικής φλοιϊκής περιοχής και εκδηλώνεται με σωματοκινητικές κρίσεις, με αισθητικές ή αισθητηριακές κρίσεις, με νευροφυτικές κρίσεις, ή με κρίσεις συνδυασμού των προηγουμένων.

Στις δεύτερες (με σύνθετη συμπτωματολογία) η εκφόρτιση καταλαμβάνει μη ειδικές περιοχές του φλοιού όπου τελούνται οι ψυχικές, ψυχοπαθητικές και ψυχοκινητικές διεργασίες. Οι εστιακές κρίσεις εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες και η θεραπεία τους είναι σχετικά εύκολη.

Στις εστιακές κρίσεις ανήκουν και οι μετωπιαίες, βρεγματικές, ινιακές, κροταφικές ανάλογα με την ανατομική εντύπωση της βλάβης.

Σωματοκινητική επιληψία

α) Κρίσεις σωματοκινητικές

Στα πλαίσια των κρίσεων αυτών περιγράφονται:

Η συνεχής μερική επιληψία που κλινικά εκδηλώνεται με τις κλονίες μιας ομάδας μυών.

Η καλοήθης παιδική επιληψία που χαρακτηρίζεται από τονικές ή κλονικές συσπάσεις του μισού προσώπου και αδυναμία ομιλίας. Οι κρίσεις αυτές είναι συνηθέστερες στον ύπνο και έχουν καλοήθη εξέλιξη.

Οι αντανακλαστικές επιληψίες που εκδηλώνονται κλινικά με τονικό σπασμό ως αντίδραση σ' ένα απρόσμενο εξωτερικό ε-

ρέθισμα (ακουστικό συνήθως) και ΗΕΓραφικά με αποσυγχρονισμό των εγκεφαλικών ρυθμών.

β) Κρίσεις FRANOUS - JACKSON

Το χαρακτηριστικό κλινικό γνώρισμα των κρίσεων αυτών είναι ότι αρχίζουν από ένα περιορισμένο τμήμα του σώματος και επεκτείνονται ακολουθώντας την σωματοτοπική κατανομή της πρόσθιας κεντρικής έλικας.

Το συνηθέστερο σημείο έναρξης της κρίσης είναι το άνω άκρο (αντίχειρας) με επέκταση στην συνέχεια στο σύστοιχο, μισό του προσώπου και μετά το σύστοιχο κάτω άκρον.

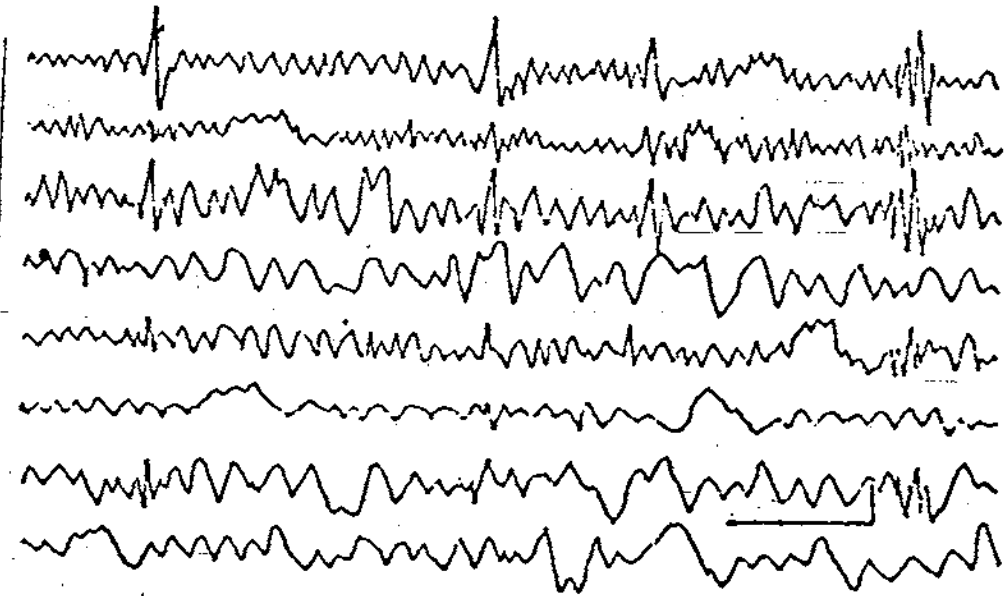
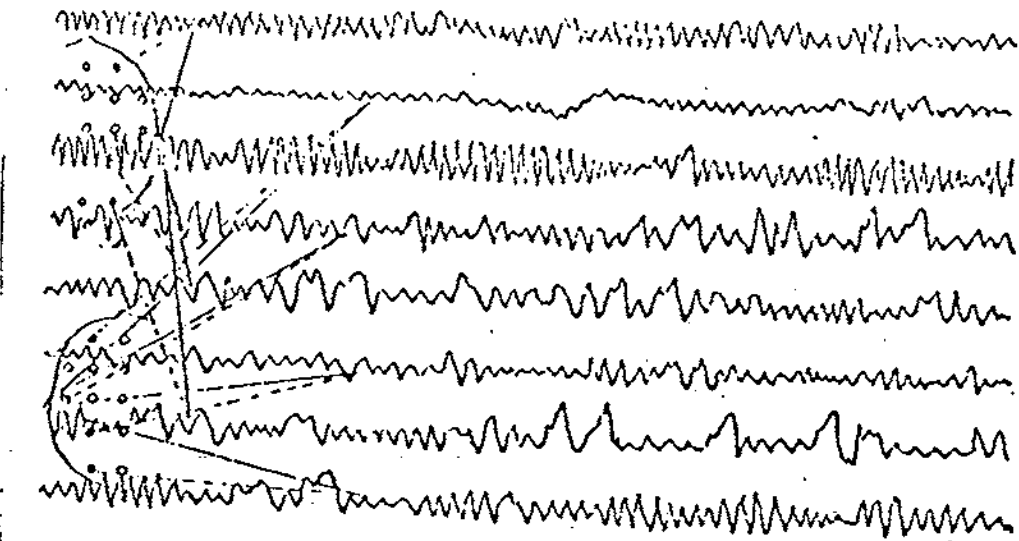
Σ' άλλες περιπτώσεις η κρίση αρχίζει από το πρόσωπο, επεκτείνεται στο άνω και κάτω άκρο, και πιο σπάνια από το μεγάλο δάκτυλο του κάτω άκρου, επεκτείνεται στα κεντρικά τμήματα και στη συνέχεια στο σύστοιχο άνω άκρο και στο μισό του προσώπου.

Συχνό φαινόμενο αποτελεί η μετακριτική παράλυση (TODD).

Το ΗΕΓ είναι δυνατό να παραμείνει φυσιολογικό, εφόσον η επιληπτική εκφόρτιση περιορίζεται σε μικρή περιοχή του κινητικού φλοιού και διαρκεί λίγο χρόνο.

Σε περιπτώσεις επέκτασης της επιληπτογόνου ζώνης, παρατηρείται τοπικός αποσυγχρονισμός.

Στη μεσοκριτική περίοδο δυνατό να καταγραφούν παροξυσμικά στοιχεία στην αντίστοιχη περιοχή του τριχωτού της κεφαλής.



Κρίσεις BRARIS-JAKSON αριστερά, σε παιδί 12 ετών, με ιστορικό κυάνωσης κατά τον τοκετό, πυρετικών σπασμών και κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης μέτριας βαρύτητας, σε ηλικία 4 ετών. Εμφάνιση των κρίσεων ένα μήνα μετά την κάκωση. Μεσοκριτικό διάστημα εγρήγορης (επάνω) και βαθύ ύπνου (κάτω). Σαφή παροξυντικά στοιχεία (αιχμές και αιχμηρά κύματα) καταγράφονται στον ύπνο στη δεξιά μετωπο-κροταφική χώρα, ενώ στην αγρήγορη οι αντίστοιχες περιοχές παρουσιάζουν ταχύτερους ρυθμούς και γενικά υψηλότερο δυναμικό.

Τις περισσότερες φορές δεν εμφανίζεται απώλεια της συνείδησης αλλά ορισμένες φορές η κρίση εμφανίζεται δευτερογενής, οπότε παίρνει την μορφή της γενικευμένης τονικοκλονικής κρίσης.

β) Περιστροφικές κρίσεις

α) Μετωπικές κρίσεις

Αρχίζουν συνήθως με συζυγή στροφή των οφθαλμικών βολβών και της κεφαλής προς την αντίθετη πλευρά της εστίας. Στην συνέχεια παίρνουν την μορφή γενικευμένης, τονικοκλονικής κρίσης.

β) Κρίσεις συμπληρωματικής κινητικής περιοχής

Το ετερόπλευρο άνω άκρο εμφανίζει τονική σύσπαση, άνοδο και στροφή.

γ) Αφαιικές κρίσεις

Η επιληπτική βλάβη εντοπίζεται στις φλοϊκές περιοχές του λόγου.

2. Αισθητική και αισθητηριακή επιληψία

Στα πλαίσια των κρίσεων αυτών περιγράφονται οι εξής επιμέρους μορφές

1) Κρίσεις σωματο-αισθητικές

2) Κρίσεις οπτικές

(στοιχειώδης ψευδαισθήσεις με εντόπιση της εκφόρτισης στον ινιακό λοβό).

3) Κρίσεις ακουστικές

Όταν η βλάβη είναι κοντά στον ακουστικό φλοιό παρουσιάζονται ακουστικές ψευδαισθήσεις.

(θόρυβοι, μουσική, λέξεις, ρυθμικοί κρότοι κ.λ.π.)

4) Κρίσεις οσφρητικές

Όταν η βλάβη βρίσκεται στο κάτω και έσω τμήμα του κροταφικού λοβού εμφανίζονται οσφρητικές ψευδαισθήσεις.

5) Γευστικές

Δυσάρεστες ψευδαισθήσεις πικρής ή ξυνής γεύσης που συνοδεύονται με αίσθημα δίψας.

6) Κρίσεις ιλίγγων

Παροξυντική εμφάνιση ιλίγγων ή αίσθημα μετατόπισης του σώματος με πιθανή έδρα της επιληπτικής εκφόρτισης το κατώτερο και πρόσθιο τμήμα του βρεγματικού λοβού.

7) Αισθητικές κρίσεις BRAVAIS - JACKSON.

τα παροξυντικά φαινόμενα αποτελούνται από παραισθήσεις μυρμηγκιάσεως τα οποία αρχίζουν από τα χείλη ή τα δάκτυλα των χεριών ή των ποδιών και στην συνέχεια εξαπλώνονται ανάλογα με την κινητική μορφή.

Νευροφυτική επιληψία.

Στα πλαίσια των κρίσεων από το φυτικό-νευρικό σύστημα περιγράφονται:

α) Κρίσεις του πεπτικού συστήματος.

Σ' αυτές υπάγονται:

Οι στοματο-φαρυγγικές κρίσεις (παρέκκριαι σιέλου, μασητικές, καταποτικές και γευστικές κινήσεις).

Οι επιγαστρικές κρίσεις

(βορβορυγμοί, επώδυνοι πόνοι, ναυτία και έμετος) στα πλαίσια των οποίων περιγράφεται και η κοιλιακή επιληψία.

Στην εστιακή επιληψία υπάγονται και οι συνδυασμένες μορφές επιληψίας και τέλος έχουμε την

Επιληψία με σύνθετη συμπτωματολογία.

Στην επιληψία αυτή ανήκουν κυρίως οι κροταφικές κρίσεις

ή κρίσεις του κροταφικού λοβού.

Τα συμπτώματα που διακρίνουμε είναι:

α) Διαταραχή της συνείδησης

Το άτομο δείχνει την εντύπωση κάποιας διαταραχής της επαφής του με το περιβάλλον.

β) Ψυχο-αισθητηριακά συμπτώματα

Πρόκειται για κρίσεις με την μορφή α) παραισθήσεων, β) ψευδαισθήσεων που αφορούν κυρίως την οπτική, ακουστική και σωματιο-αισθητική σφαίρα.

Στις οπτικές που διακρίνονται σε απλές και σύνθετες, αρχική εκφόρτιση εντοπίζεται στον ινιακό ή κροταφικό λοβό αντίστοιχα.

Στις ακουστικές η αρχική εκφόρτιση εντοπίζεται στην άνω κροταφική έλικα και στις σωματοαισθητικές στον βρεγματικό λοβό.

γ) Διαταραχές του λόγου

Παρατηρείται διακοπή του λόγου και μη λογική ομιλία.

δ) Διαταραχές μνήμης και σχηματισμού ιδεών

Στις περιπτώσεις που περιγράφεται το αίσθημα της παραδοξότητας ή της ονειρώδους κατάστασης, η επιληπτική εκφόρτιση πιστεύεται ότι προσβάλλει την πλάγια και άνω κροταφική χώρα.

Σε ορισμένες περιπτώσεις εκδηλώνονται συναισθηματικές ανωμαλίες.

ε) Κρίσεις ενστικτο-συναισθηματικές

Περιγράφονται εδώ συναισθήματα, πείνας και δίψας και συναισθήματα σεξουαλικών εκδηλώσεων.

Η γελαστική επιληψία (ακατάσχετα γέλια) αποδίδεται είτε σε σπασμό των μιμικών μυών χωρίς συναισθηματική συμμετοχή, είτε σε ευχάριστη συναισθηματική φόρτιση.

στ) Ψυχοκινητικά συμπτώματα

Η κλινική τους εκδήλωση χαρακτηρίζεται από ποικίλους κινητικούς αυτοματισμούς και διαταραχή της συνείδησης. Από τους κυριότερους αυτοματισμούς, οι στοματο-τροφικοί χαρακτηρίζονται από κινήσεις μάσησης-κατάποσης, οι εκφραστικοί χαρακτηρίζονται ανάλογα με την πολυπλοκότητα της κίνησης ως απλοί και σύνθετοι και οι περιπατητικοί διακρίνονται σε ευπραξιικούς και δυσπραξιικούς και αποδίδονται στην κριτική προσβολή του προσθίου τμήματος του μετωπιαίου λοβού.

Τα παραπάνω συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται σαν-θύλο αλλά και μεμονωμένα οπότε έχουμε θόλωση της συνείδησης, δυσμνησιακές διαταραχές, συναισθηματικά συμπτώματα, ψυχοκινητικές ή ψυχοαισθητηριακές διαταραχές κ.λ.π.

ΑΤΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Οι ατονικές κρίσεις διακρίνονται στις κρίσεις μικρής διάρκειας που χαρακτηρίζονται από υποτονία όλων των μυών του σώματος ή του αυχένα και στις κρίσεις μεγάλης διάρκειας που χαρακτηρίζονται από ελάττωση του μυϊκού τόνου, αναστροφή των βολβών και διαταραχή της συνείδησης.

ΑΤΑΞΙΝΟΜΗΤΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Στην κατηγορία αυτή υπάγονται οι επιληπτικές κρίσεις που δεν είναι δυνατό να ενταχθούν σε κάποια από τις 3 προηγούμενες κατηγορίες.

Συνήθως τέτοιες κρίσεις παρατηρούνται στα νεογνά, όπου η ανωριμότητα του φλοιού, πιθανότατα λόγω της αδυναμίας των δευδριτικών συνάψεων να ασκήσουν κάποιο αξιόλογο ανασταλτικό ρόλο, σε συνδυασμό με την έλλειψη μυελίνωσης των συνδεσμικών νευρικών ινών του μεσολοβίου, προκαλούν αφ' ενός ελάττωση του επιληπτικού οδού στην ηλικία αυτή και αφ' ετέρου προσδίνουν τόσο κλινικά όσο και ΗΕΓραφικά διάσπαρτη, ασυντόνιστη και πολυεστιακή εικόνα στις κρίσεις που για το λόγο αυτό ονομάζονται πλανητικές ή μεταναστευτικές κρίσεις.

ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Επιληπτική κατάσταση είναι σειρά επιληπτικών κρίσεων σε συχνά χρονικά διαστήματα, χωρίς να αποκαθίστανται η λειτουργική ακεραιότητα του εγκεφάλου στα μεσοδιαστήματα.

Περιγράφεται συχνότερα ως STATUS - EPILEPTICUS και αναφέρεται σε επιληπτικές κρίσεις που διαρκούν περισσότερο από τις συνηθισμένες ή επαναλαμβάνονται συχνά.

Στα πλαίσια του εστιακού <<STATUS EPILEPTICUS>> περιγράφονται μεν συχνότερα οι κρίσεις με κινητική (απλή συμπτωματολογία, αλλά εντυπωσιαστικότερες είναι οι κρίσεις χωρίς σπασμούς, που αποδίδονται σε ενεργοποίηση του κροταφικού λοβού.

Η λυκοφωτική κατάσταση που περιγράφεται στα πλαίσια του ψυχοκινητικού <<STATUS - EPILEPTICUS>> χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη ελάττωση της εγρήγορης και συνειδησιακής στένωση με αποτέλεσμα την συγκεχυμένη αντίληψη του εξωτερικού κόσμου.

Η ΗΕΓραφική εικόνα στην περίπτωση αυτή χαρακτηρίζεται, συνήθως από εκφορτίσεις βραδίων κυμάτων μεγάλης διάρκειας, που εντοπίζονται πιο συχνά στον ένα κροταφικό λοβό και σπανιότερα από συμπλέγματα αιχμηρή κύματος που δυνατόν να γενικευτούν δευτεροπαθώς.

Στα πλαίσια του γενικευμένου <<STATUS - EPILEPTICUS>> περιγράφεται η επιληπτική κατάσταση των αφαιρέσεων ή STATUS PETIT MAL που χαρακτηρίζεται κλινικά από ποικίλου βαθμού προσβολή της συνειδησιακής διαύγειας και ΗΕΓραφικά από γε-

νικευμένα συμπλέγματα αιχμής κύματος συνεχή ή όχι ρυθμικά ή ψευδορυθμικά.

Κατά την επιληπτική κατάσταση των γενικευμένων κρίσεων συμβαίνουν επανειλημμένες τονικο-κλονικές κρίσεις η μία μετά την άλλη χωρίς ο ασθενής να ξαναβρίσκει την συνείδησή του μετά την κρίση.

Καμιά φορά εμφανίζονται νευροφυτικές διαταραχές (δύσπνοια, υπερθερμία κ.λ.π.).

Κατά την επιληπτική κατάσταση των εστιακών κρίσεων εκδηλώνονται σποραδικές, κλινικές κινήσεις εντοπισμένες και επαναλαμβανόμενες και πυρετικά φαινόμενα.

Ιδιαίτερη μορφή αποτελεί η συνεχής εστιακή επιληψία του ROJERNIKOW κατά την οποία συμβαίνουν κλονικές συσπάσεις σ'ένα τμήμα του σώματος.

Ιδιαίτερη μορφή επίσης αποτελεί η επιληπτική κατάσταση στην κροταφική επιληψία στην οποία έχουμε θόλωση της συνείδησης, ψευδαισθήσεις και ψυχοκινητική δραστηριότητα. Άλλες μορφές επιληπτικής καταστάσεως είναι η μυοκλονική, η τονική και η ημισωματική (ημικλονική και ημιτονικοκλονική) που παρατηρείται κυρίως σε μικρά παιδιά.

ΨΥΧΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Ψυχικές διαταραχές

Είναι γεγονός ότι παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα νοητικής καθυστέρησης και διαταραχές στην συμπεριφορά στους επιληπτικούς, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Το νοητικό επίπεδο των επιληπτικών βρίσκεται γενικά χαμηλότερα (ελάχιστα) από το πεδίο των φυσιολογικών ατόμων.

Επιληπτική προσωπικότητα

Οι συγγραφείς της εποχής επειδή η επιληψία θεωρείται νόσος ενδογενούς προελεύσεως προσπάθησαν να περιγράψουν στους επιληπτικούς τα χαρακτηριστικά ίδιας προσωπικότητας όπως συναισθηματική και πνευματική <<γλοιόδητα>> τάση για και μυστικισμό, επιθετικότητα ή εκρηκτική και παρορμητική συμπεριφορά.

Τέλος μερικοί επιληπτικοί παρουσιάζουν ανώμαλη συμπεριφορά, διαταραχή της μνήμης, ψευδαισθήσεις, θόλωση της συνείδησης, παρανοϊκές ιδέες και παρορμητικές αντιδράσεις.

Παρ' όλα αυτά πρέπει να γίνει παραδεικτό ότι η επιληπτικός αφ' ενός μεν ζει σε κατάσταση διαρκούς ανησυχίας και αγωνίας εν αναμονή του επαπειλούμενου παροξυσμού συγχρόνως δε με αίσθημα μειονετικότητας για την πάθηση του αυτή ενώ παράλληλα αισθάνεται και την επιφύλαξη την οποία τηρεί απέναντί του η κοινωνία, η οποία μπορεί να τον φοβάται ή να τον αποφεύγει.

Όλα αυτά είναι πρόσθετοι παράγοντες που επιδρούν στην διαμόρφωση των χαρακτήρων των επιληπτικών.

Επιληπτική άνοια

Η άνοια θεωρούνταν αρκετά συχνή από τους παλαιούς συγγραφείς. Οι νέες μελέτες απέδειξαν ότι η άποψη αυτή ήταν υπερβολική.

Η άνοια όπως εμφανίζεται οφείλεται στις οργανικές βλάβες του εγκεφάλου,

Μετά τις συνεχείς επαναλήψεις των επιληπτικών παροξυσμών μπορεί να συσχετισθεί η άνοια που παρατηρούνται παρατεταμένα συγχιτικά επεισόδια.

Χρόνιες ψυχωσικές καταστάσεις στους επιληπτικούς

Εδώ υπάγονται τα χρόνια παραληρήματα (παρερμηνευτικά, καταδιώξεως, διεκδικήσεως, επιδράσεως) στα οποία οι περισσότεροι κατατάσσουν την σχιζοφρένεια.

Γενικά θεωρείται ότι πρόκειται περί <<απλού συνδυασμού>> μερικοί παραδέχονται ότι υπάρχει αντινομία μεταξύ των δύο παθολογικών καταστάσεων ενώ άλλοι προσπαθούν να τις συσχετίσουν. Βέβαια όπως έλεγε ο <<BUMKE>> δεν υπάρχει σχιζοφρενική εκδήλωση η οποία να μην μπορεί να εμφανιστεί παροδικώς σε έκτακτες καταστάσεις των επιληπτικών.

Αυτές όμως οι εκδηλώσεις στην επιληψία είναι παροδικές όπως παροδική είναι και η αλλοίωση της συνείδησης κατ' αυτήν. Η βασική ψυχολογική αλλοίωση της σχιζοφρένειας έχει άλλη μονιμότητα και η ύπαρξη εκδηλώσεων σχιζοφρένειας που εμφανίζεται σε άτομα επιληπτικά διαρκεί για να αποδείξει την συσχέτιση των 2 παθολογικών καταστάσεων.

Μανιοκαταθλιπτικά σύνδρομα

Τα μανιοκαταθλιπτικά σύνδρομα είναι σπάνια στους επιλη-

πτικούς. Αν τύχει και εκδηλωθεί ψυχωσική συνδρομή με καταθλιπτικά χαρακτηριστικά σε επιληπτικό, συνυπάρχει κατά κανόνα διαταραχή της συνείδησης, ώστε το σύνολο της κλινικής εικόνας, να αποτελεί μάλλον σύνδρομον συγχυτικοκαταθλιπτικό, συνήθως μικράς διάρκειας κατά το οποίο όμως ο κίνδυνος της αυτοκτονίας του πάσχοντος είναι σοβαρός, γεγονός που οπωσδήποτε δεν εκπλήσει αν πάρουμε για παράδειγμα τις απότομες αντιδράσεις που χαρακτηρίζουν την επιληπτική προσωπικότητα.

Οι διεγερτικές καταστάσεις είναι συχνότερες και βραχιότερες.

Σπάνια παρουσιάζονται οι κραδασμοί χαράς της μανίας.

Οι καταστάσεις αυτές εκδηλώνονται δια διεγέρσεως μονοτονίας και βιαιότητας με παρορμητικούς χαρακτήρες, και άλλες φορές με συγχυτικά στοιχεία.

Λυκοφωτικές καταστάσεις

Αυτές αποτελούν τα πιο συνηθισμένα και τα πιο χαρακτηριστικά παθολογικά ψυχικά επεισόδια των επιληπτικών. Πρόκειται περί συγχυτικών καταστάσεων αλλά όπου η ψυχική αλλοίωση είναι σχετικώς ελαφρά, ώστε ο πάσχων να μπορεί να έχει επαφή με το περιβάλλον, οι σχέσεις του όμως με αυτό είναι ανώμαλοι ένεκα της ψυχικής του καταστάσεως.

Η εικόνα του εξωτερικού κόσμου δεν είναι διαυγής αλλά θολωμένη, οι ανώτερες διανοητικές λειτουργίες βρίσκονται σε αναστολή, ο προσανατολισμός δεν είναι διαυγής και ο πάσχων συγχέει την πραγματικότητα με το όνειρο.

Την ασάφεια και την μεταβλητότητα της εικόνας του

εξωτερικού κόσμου όπου η πραγματικότητα συγχέεται με το δειρο δημιουργώντας σκηνοθεσίες φανταστικού χαρακτήρα, συνοδεύει διέγερση έντονου παρορμητικού χαρακτήρα. Με αυτές τις συνθήκες αλλάζει και η συμπεριφορά του επιληπτικού και γίνεται ακατανόητη, αλλοπρόσαλλη, συχνά βίαιη, επιθετική και λίγο επικίνδυνη.

Οι λυκοφωτικές καταστάσεις εμφανίζονται μετά από επανειλημμένους παροξυσμούς και μπορούν να διαρκέσουν ώρες ή ημέρες ή και εβδομάδα μετά την εξαφάνιση όμως αυτών η ανάμνηση των γεγονότων είναι μερική, διακεκομμένη, με μεγάλα χάσματα.

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου εμφανίζεται σύγχυση, η αλλοίωση της συνειδήσεως είναι έντονη και η κλινική εμφάνιση είναι ίδια με τη διανοητική σύγχυση (άγχος - διέγερση κ.λ.π.) Όταν ο βαθμός της συγχύσεως είναι λιγότερο βαρύς, παρατηρούνται οξεία παραληρηματικά επεισόδια (τύπου καταδιώξεως) και πολλές οπτικές ψευδαισθήσεις.

Όλες αυτές οι ψυχωσικές καταστάσεις συσχετίζονται με την επιληψία όχι μόνο γιατί συνήθως αυτές εκδηλώνονται μετά το τέλος του επιληπτικού παροξυσμού με γρήγορη εγκατάσταση και γρήγορη απόσβεση αλλά γιατί όλες εξελίσσονται με βάση την παροδική αποδιοργάνωση της συνείδησης δια μηχανισμού ο οποίος κατά κανόνα παρουσιάζεται στις επιληπτικές κρίσεις.

Οξείες ψυχοπαθολογικές εικόνες στους επιληπτικούς

Πρόκειται για ψυχικές αλλοιώσεις που παρουσιάζονται ως ψυχώσεις θυμικού ή συγχυτικού χαρακτήρα και εκδηλώνονται ή

μετακριτικώς ή στα διαστήματα μεταξύ των κρίσεων και παρουσιάζουν ορισμένες κλινικές ειδικότητες (απότομη αρχή, βραχυδιότητα, απότομο τέλος).

Ψυχικές εκδηλώσεις κατά τους επιληπτικούς παροξυσμούς

Μεγάλη επιληψία. Παρατηρείται ψυχική αλλοίωση κατά την περίοδο προ του παροξυσμού (περίοδος ημερών) δηλαδή κατάθλιψη, ανησυχία, άγχος, υπερεθιστικότητα, υπέρταση κ.λ.π.).

Μικρά επιληψία.

Κατά την αφαίρεση η απώλεια της συνειδήσεως είναι συνήθως απότομη και πλήρης και μετά το τέλος της κρίσης υπάρχει πλήρης αμνησία του επεισοδίου. Κατά τις ατονικές κρίσεις η συνείδηση διατηρείται σε μικρό ή σε μεγάλο βαθμό.

Μερική επιληψία.

Σ' αυτήν την μορφή της επιληψίας ο πάσχων αισθάνεται (φόβο, ανησυχία, κατάθλιψη, άγχος ή αιφνιδια ευφορία). Παρουσιάζονται επίσης στιγμιαία ψυχοπαθολογικά φαινόμενα που συναντάμε στις ψυχώσεις και στην σχιζοφρένεια π.χ. ο ασθενής βλέπει τον εαυτό του να μεταμορφώνεται, νομίζει ότι μεταμορφώνεται κ.λ.π.

Όσον αφορά τις οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις αυτές δεν αλλοιώνουν την συνείδηση ενώ οι οσφητικογευστικές ψευδαισθήσεις επιφέρουν αλλοίωση του ψυχικού κόσμου του ασθενούς.

Πλην αυτών όμως υπάρχουν άρες καθαρού ψυχικού περιεχομένου οι οποίες παρατηρούνται σε περιπτώσεις κροταφικής επιληψίας που μπορούν να οφείλονται σε αλλοίωση της οπτικής αισθήσεως, όταν το αντικείμενο φαίνεται απομακρυσμένο

ή σε αλλοίωση της ακουστικής αισθήσεως όταν ο προσλαμβανόμενος ήχος φαίνεται πολύ ασθενής ή πολύ ισχυρός, σε αλλοίωση της πραγματικότητας, της μνήμης ή του αισθήματος του χρόνου.

Άλλοτε οφείλονται σε ψυχική αλλοίωση που μοιάζει με κατάσταση ονείρου εν πλήρει εγρηγόρσει.

Ειτός όμως απ'αυτές τις <<ψυχικές αύρες>> υπάρχουν και άλλες καθαρά νοητικού χαρακτήρα στις οποίες ο πάσχων αντιλαμβάνεται ότι παρά την θέλησή του η σκέψη του κατευθύνεται προς διάφορες ιδέες.

Ο νους κινείται ανεξάρτητα απ'την θέλησή του προς διάφορες κατευθύνσεις χωρίς ο πάσχων να μπορεί να τις σταματήσει. Άλλοτε πάλι παράγεται απότομα αυτόματος αναστολή της σκέψεως, η τουναντίον εξ ίσου απότομος επιτάχυνση αυτής. Τέλος αναφέρονται και οι μνημονικές αύρες κατά τις οποίες απότομα και χωρίς αίτια αναδύονται από τα υποσυνείδητα βάθη της μνήμης παλαιά βιώματα τελείως λησμονημένα μέχρι τότε.

Το ζήτημα της ιδιοπαθούς επιληψίας

Μεγάλο μέρος από τις ιδιοπαθείς επιληψίες αναγνωρίστηκαν σαν συμπτωματικές.

Υπάρχουν όμως και σήμερα πολυάριθμες περιπτώσεις όπου καμμία αιτία δεν ανευρίσκεται παρ'όλη την σχολαστικότητα της ανακρίσεως για το παρελθόν της μητέρας και του παιδιού.

Όταν τέτοια ανάκριση αποβεί αρνητική τότε μιλάμε για <<ιδιοπαθή>> επιληψία η οποία αμέσως θέτει το ζήτημα της κληρονομικότητας.

Με την ανακάλυψη της Ηλεκτροεγκεφαλογραφίας ανακαλύφθηκε και η ύπαρξη ηλεκτροεγκεφαλογραφικών ανωμαλιών, όχι πάντα με την μορφή της επιληψίας αλλά αρκετά έντονες και συχνές, πέρα του μέσου όρου που παρατηρείται στα φυσιολογικά άτομα.

Κατόπιν τούτου και το ζήτημα του γάμου των επιληπτικών θα απλοποιούνταν εάν μπορούσαν να μελετηθούν ηλεκτροεγκεφαλογραφικώς όλα τα μέλη της οικογένειας του πάσχοντος και των πλαγίων κλάδων αυτής.

Μ'αυτή την έρευνα θα μπορούσε να υπολογιστεί και η πιθανότητα επιληπτικών εκδηλώσεων στους απογόνους.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση κάθε μορφής επιληψίας στηρίζεται κυρίως στο αναμνηστικό, κατά τη λήψη του οποίου επιδιώκεται η ακριβής περιγραφή της κρίσης, τόσο απ' τον ίδιο τον ασθενή, όσο και από το περιβάλλον του.

Επίσης η διερεύνηση της κάθε περίπτωσης πρέπει να αποβλέπει, πρώτον, στην εξακρίβωση της επιληπτικής φύσης των κρίσεων και επομένως στη διαφορική διάγνωση από άλλες προσβολές μη επιληπτικής υφής και δεύτερον, στην αναζήτηση των αιτιολογικών παραγόντων.

Στη διαφορική διάγνωση πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οι εξής καταστάσεις:

1) Η συγκοπική απώλεια της συνείδησης: Αυτή φοείλεται σε αιφνίδια κυκλοφοριακή ανεπάρκεια. Κατά κανόνα, της κρίσης αυτής προηγείται δυσάρεστη κατάσταση, που χαρακτηρίζεται ως <<αίσθημα λιποθυμίας>>.

Η διάρκεια της απώλειας της συνείδησης είναι μικρή μπορεί κατά την πρόση να εμφανισθεί μικρή τονική σύσπαση, χωρίς να συνοδεύεται από κλονικούς σπασμούς.

Το δέρμα του αρρώστου γίνεται ωχρό, ψυχρό και υγρό και ο σφυγμός λεπτός και ταχύς.

Δεν παρατηρείται μετακριτική θόλωση της συνείδησης ή μετακριτικός ύπνος και το άτομο ξαναβρίσκει τις αισθήσεις του και σηκώνεται αμέσως.

Αν η πράτη είναι απότομη, μπορεί να συμβούν τραυματισμοί.

Η κρίση αυτή εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με νευροφυ-

τική δυστονία, συνηθισμένες αιτίες πρόκλησης είναι: έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, πόνος, έντονος βήχας, ούρηση, αιφνίδια έγερση κ.λ.π.

Μεγάλη βοήθεια στην διάγνωση αυτής της κατάστασης παρέχεται από την μελέτη του οφθαλμοκαρδιακού αντανακλαστικού από πλυσταφικό έλεγχο, δηλαδή, σύγχρονη καταγραφή ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και αναπνοής.

2) Η νευρωσική ή υστερική κρίση: Κατά την κρίση αυτή η πρώτη είναι αργή και προσδευτική και έτσι δεν προκαλούνται τραυματισμοί. Δεν υπάρχει απώλεια συνείδησης και οι κινήσεις έχουν τον χαρακτήρα της τονικοκλονικής κρίσης. Η διάρκεια της κρίσης είναι μεγάλη (20 λεπτά και πάνω) και δεν επακολουθεί μετακριτικό κώμα ή ύπνος.

Η κρίση συμβαίνει σχεδόν πάντα μετά από συναισθηματικό ερέθισμα.

Σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση δεν είναι εύκολη, λόγω ατελούς κυρίως αναμνηστικού. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το ΗΕΓ αμέσως μετά την κρίση, ή το ΗΕΓ του ύπνου ή μετά από στέρηση ύπνου, βοηθούν σε μεγάλο βαθμό, γιατί τα ευρήματα συμπίπτουν με τα φυσιολογικά όρια.

3) Οι πυρετικοί σπασμοί: Οι σπασμοί αυτοί εμφανίζονται σε παιδιά, που προηγούμενα είναι υγιή, ηλικίας 6 μηνών έως 3-4 χρόνων.

Με τους σπασμούς αυτούς φαίνεται ότι υπάρχει οικογενής προδιάθεση.

Οι μικροί ασθενείς σε κάποιο πυρετό εμφανίζουν απώλεια συνείδησης, γενικευμένη τονική σύσπαση και στην συνέχεια μικρές κλονικές κινήσεις στους μύς του προσώπου.

Μετά την αποδρομή της κρίσης, που διαρκεί ελάχιστα, μπορεί να επακολουθήσει μικρής διάρκειας συγχιτική κατάσταση.

Οι μικρής διάρκειας πυρετικοί σπασμοί δεν χρειάζονται θεραπεία, σε αντίθεση με τους παρατεταμένους ή επαναλαμβανόμενους πυρετικούς σπασμούς, που επιβάλλεται φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Οι σπασμοί εμφανίζονται συνήθως κατά την άνοδο της θερμοκρασίας εξαιτίας κυρίως λοιμώξεων των ανώτερων αναπνευστικών οδών.

Το ΗΕΓ που καταγράφεται πάντοτε μετά την κρίση, λόγω της μικρής της διάρκειας μπορεί να είναι φυσιολογικό ή να εμφανίζει για πολλές μέρες βραδέα διάσπαρτα κύματα και ιδιαίτερα μονόμορφα βραδέα κύματα με επικράτηση στις οπίσθιες περιοχές.

Επίσης είναι δυνατόν να παρουσιάζει γενικευμένες αιχμές ή συμπλέγματα αιχμής - κύματος, ιδιαίτερα όταν υπάρχει διακοπτόμενος φωτεινός ερεθισμός. Αυτό είναι υποκρυπτόμενος εστιακής επιληψίας.

4) Οι σπασμοί των λυγμών: Στην περίπτωση αυτή δεν πρόκειται για επιληπτικές κρίσεις.

Η κατάσταση αυτή έχει καλή πρόγνωση και οι κρίσεις σταματούν το αργότερο κατά το τρίτο έτος της ηλικίας.

Αφορούν συνήθως βρέφη και μικρά παιδιά και συμβαίνουν μετά από συναισθηματικά ή σωματικά STRESS όπως, έκπληξη, φόβος, συγκίνηση, πόνος, πτώση κ.λ.π.

Το παιδί φωνάζει ή αρχίζει αμέσως τους λυγμούς στο τέ-

λος των οποίων επέρχεται άπνοια. Ακολουθεί κυάνωση, μυδρίαση, χαλάρωση ή σύσπαση μυική και απώλεια της συνείδησης.

Αν η προσβολή διαρκέσει πάνω από δύο λεπτά, μπορεί να εμφανισθούν κλονικοί ή και γενικευμένοι τονικο-κλονικοί σπασμοί.

Μετά το τέλος των σπασμών ο μικρός ασθενής εμφανίζει υπνηλία.

Οι κρίσεις έχουν την τάση να επανέρχονται ορισμένες φορές βελτιώνονται με βαρβιτουρικά.

Στο ΗΕΓ δεν εμφανίζονται ποτέ επιληπτικά στοιχεία.

Συνοπτικά, πρέπει να ειπωθεί ότι πρωταρχική σημασία στη διάγνωση της επιληψίας έχει η καλή λήψη του ιστορικού και των πληροφοριών από αυτούς που βρέθηκαν στις κρίσεις, όσο και η πλήρης νευροψυχιατρική εξέταση.

Στη συνέχεια βασικά στοιχεία παρέχουν ΗΕΓ οι ακτινογραφίες κρανίου, η εξέταση του οφθαλμικού βυθού και οι γενικότερες βιολογικές εξετάσεις αίματος και εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Ειδικά για την ηλεκτροεγκεφαλογραφία πρέπει να ειπωθεί ότι οφείλει την μεγάλη της επιτυχία και τη διεθνή της καθιέρωση σαν μέθοδος έρευνας της λειτουργικότητας του εγκεφάλου, στην αναμφισβήτητη προσφορά της ως προς τη διάγνωση και τη θεραπεία της επιληψίας.

Η ηλεκτροεγκεφαλογραφία έχει αξία ως δυναμική μέθοδος ελέγχου της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου, εξαιτίας κυρίως της συμβολής της στη διερεύνηση των επιληψιών, όπου η εφαρμογή της ηλεκτρονικής αξονικής τομογραφίας έχει ένδειξη όταν πρόκειται να αποκλειστεί ή να επικυρωθεί

η ύπαρξη μιας ορατής εγκεφαλικής βλάβης ως γενεσιουργός αιτία των επιληπτικών κρίσεων.

Σο ΗΕΓ η συνηθισμένη εικόνα στην αρχή της επιληπτικής εκφόρτισης (για κροταφικές κυρίως εντοπίσεις) είναι ο αποσυγχρονισμός των εγκεφαλικών ρυθμών.

Τον αποσυγχρονισμό ακολουθεί η εμφάνιση αιχμών χαμηλού δυναμικού οι οποίες βαθμιαία αυξάνουν σε ύψος και ελαττώνονται σε συχνότητα.

Η ΗΕΓραφική εικόνα από την έναρξη της κρίσης ως το σημείο αυτό αντιστοιχεί κλινικά στην τονική φάση.

Στη συνέχεια της κρίσης οι αιχμές αντικαθίστανται από συμπλέγματα αιχμής - κύματος και βραδέα κύματα που θεωρούνται ως αποτέλεσμα της δράσης ανασταλτικών μηχανισμών. Στην περίοδο αυτή η ΗΕΓραφική εικόνα αντιστοιχεί στην κλονική φάση.

Το τέλος της κλονικής φάσης ακολουθεί τοπικά παροπλάτυνση των καμπυλών του διαγράμματος, που οφείλεται στην καταστολή της βιοηλεκτρικής ενέργειας των κυττάρων και που μπορεί να φτάσει ως την ηλεκτρική σιγή.

Στη φάση της αποκατάστασης εμφανίζονται αρχικά βραδείς ρυθμοί οι οποίοι βαθμιαία αυξάνουν σε συχνότητα για να πάρει τελικά το διάγραμμα τη μορφή που είχε πριν από την κρίση.

Διαφορά επιληψίας-υστερίας

Γενικά όσον αφορά την μεγάλη επιληψία η διάγνωση είναι σχετικά εύκολη και τα συμπτώματα γνωστά αλλά στην μικρή επιληψία η διάγνωση είναι δύσκολη γιατί μπορεί να περάσει α-

παρατήρητη.

Η παιδική επιληψία παρουσιάζει άλλες διαγνωστικές δυσκολίες επειδή η συμπτωματολογία της είναι άτοπη και το ΗΕΓ δεν βοηθά πολύ στην διάγνωση.

Οι νυχτερινοί φόβοι και η υπνοβασία δεν σημαίνουν πάντοτε επιληψία αλλά εγείρουν την υπόνοια πειληψίας. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ επιληπτικών και υστερικών κρίσεων υπήρξε σπουδαία μελέτη των κλασικών νευρολόγων.

Η υστερία έχει βάση ψυχολογική και η ψυχολογία της προσωπικότητας του υστερικού και τα υποσυνείδητα ελατήρια των υστερικών του εκδηλώσεων, ως και ο τρόπος των σπασμών της υστερικής κρίσης, απέχουν πολύ τόσο από την ψυχολογία του επιληπτικού όπως και από την μηχανικότητα και την στερεοτυπία των επιληπτικών σπασμών.

Παρ' όλα αυτά υπάρχουν αμφίβολες περιπτώσεις.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η <<υστεροεπιληψία>> που πρίσταν παλιά κάλυπτε συχνά περιπτώσεις κροταφικής <<ψυχοκινητικής>> επιληψίας που καθώς ξέρουμε οι πάσχοντες εκτός από τις επιληπτικές κρίσεις, παρουσιάζουν και υστερικές εκδηλώσεις γεγονός άλλωστε νοητό σε άτομα που παρουσιάζουν μόνιμη εγκεφαλική λειτουργική ανωμαλία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικές αρχές της θεραπείας

1. Η επιλογή του θεραπευτικού σχήματος σπηρίζεται βέβαια στην μορφή της επιληψίας, στην ηλικία του ασθενή, στις ατομικές του αντιδράσεις και στο ωράριο εμφάνισης των κρίσεων.

2. Η εξαφάνιση ή η μείωση της συχνότητας των κρίσεων με την φαρμακευτική αγωγή δεν λύνει τα προβλήματα για τον επιληπτικό. Μεγάλη σημασία έχει η έρευνα για την ανεύρεση της αιτίας.

3. Η πλήρης εξάλειψη των κρίσεων δεν θα πρέπει να επιδιώκεται χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δευτερογενείς κίνδυνοι από την φαρμακευτική αγωγή.

Πολλές φορές ο συνδυασμός διαφόρων φαρμάκων βοηθάει να ξεπεράσουμε τους κινδύνους αν και θα πρέπει πάντοτε η αρχή της θεραπείας να είναι μονοφαρμακευτική. Μόνο σε περίπτωση αποτυχίας προσθέτουμε δεύτερο και τρίτο φάρμακο.

Τα σκευάσματα που κυκλοφορούν στο εμπόριο με συνδυασμό δύο ή περισσότερων φαρμάκων πρέπει να αποφεύγονται.

4. Η συνεχής λήψη των φαρμάκων έχει μεγάλη σημασία. Η απότομη διακοπή τους μπορεί να προκαλέσει κρίσεις.

5. Διακοπή της θεραπείας μπορεί να αποφασισθεί μετά από διάστημα 3-5 χρόνων εάν ο ασθενής δεν εμφάνισε καμμία κρίση και το Η.Ε.Γ. έχει ομαλοποιηθεί. Τα φάρμακα μπορούν να διακοπούν από 3-6 μήνες.

6. Η κλινική παρακολούθηση έχει μεγάλη σημασία και η εξατομίκευση της φαρμακευτικής αγωγής είναι απαραίτητο στοιχείο της θεραπείας.

7. Η αποφυγή των παρενεργειών είναι απαραίτητο μέρος της θεραπείας.

Αρκετά συχνά παρατηρείται νυσταγμός, αταξία, υπνηλία, φαρμακευτική εγκεφαλοπάθεια κ.α..

8. Η επιληπτική κατάσταση πρέπει να αντιμετωπίζεται με φάρμακα ταχείας δράσεως π.χ. διεξαπάμη, χλωρόλη, κλονοζεπάμη κ.λπ..

9. Η χρήση οίνοπνεύματος απαγορεύεται για όλες τις μορφές επιληψίας.

10. Νευροχειρουργική επέμβαση εφαρμόζεται κυρίως στην κροταφική επιληψία.

11. Η κοινωνική αποκατάσταση του ασθενή

Ο ασθενής πρέπει να ζει κατά το δυνατόν μια φυσιολογική ζωή.

Σ' ότι αφορά το γάμο, το επάγγελμα, το οδήγημα αυτοκινήτου παίρνονται ειδικά μέτρα. Οι επιληπτικοί με διανοητική καθυστέρηση ή ψύχωση χρειάζεται να μπουν σε ψυχιατρική κλινική. Η συναισθηματική ζωή του ασθενή έχει μεγάλη σημασία, τόσο για την μείωση των κρίσεων όσο και για τον ίδιο και την ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

Οι μικρής διάρκειας πυρετικοί σπασμοί δεν χρειάζονται θεραπεία σε αντίθεση με τους παρατεταμένους ή επαναλαμβανόμενους πυρετικούς σπασμούς που χρειάζονται φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Ανθεκτικότητα της επιληψίας στην θεραπεία

Η μη σπάνιση των σπασμών στη θεραπευτική αγωγή μπορεί να οφείλεται σε πολλά αίτια, όπως:

- λάθος διάγνωση είτε από ανεπαρκή λήψη του ιστορικού είτε από κακή αξιολόγηση των κλινικών σημείων και του ΗΕΓ.

-χαμηλή δοσολογία των φαρμάκων.

-χορήγηση μη καταλλήλου φαρμάκου.

-ανθεκτική στη θεραπεία μορφή επιληψίας.

-γρήγορη αύξηση ή υπέρβαση της κανονικής δόσης με συνέπεια την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών που καλύπτουν την κλασική κλινική εκδήλωση της αρρώστιας.

-έλλειψη υπομονής και πρόωπη αλλαγή της θεραπείας πριν ακόμα φανούν τα αποτελέσματά της. Χρονική περίοδος τουλάχιστον 3 εβδομάδων είναι απαραίτητη για να αξιολογήσουμε το θεραπευτικό αποτέλεσμα ενός φαρμάκου κατά την έναρξη ή την αλλαγή της θεραπείας.

-η μη συστηματική λήψη των φαρμάκων.

-η ελάττωση της δόσης, συνήθως μετά από μακρά περίοδο ελεύθερη από σπασμούς.

-διακοπή του φαρμάκου μετά από μικρό διάστημα ελεύθερο σπασμών.

-η συχνή αλλαγή γιατρού.

-αλλαγή στις συνήθειες του αρρώστου (λίγος ύπνος, χρήση αλκοολούχων ποτών κ.α.).

-Σπάνια αιτία αποτυχίας της θεραπείας είναι ο εθισμός του ασθενή στο φάρμακο.

Διάρκεια της αντιεπιληπτικής αγωγής

Ο χρόνος της θεραπείας εξαρτάται από τον τύπο των σπασμών, από τη συχνότητα ή τις υποτροπές των κρίσεων, από την ύπαρξη ή όχι νευρολογικών ευρημάτων και από την αποκατάσταση του ΗΕΓ. Θεωρητικά θα πρέπει να θεωρηθεί ότι με τη θερα-

πεία έχει αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του εγκεφάλου, ακόμα και μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Σιέψη για διακοπή της θεραπείας πρέπει να γίνει, εφόσον ο άρρωστος τα τελευταία 2-3 χρόνια δεν εμφάνισε καμιά κρίση και το ΗΕΓ έχει αποκατασταθεί ή εμφανίζει μη ειδικές παθολογικές αλλοιώσεις.

Βασικές αρχές που ισχύουν για την παραπέρα χορήγηση των φαρμάκων είναι:

α) Η παραμονή υπερύγχρονων δυναμικών στο ΗΕΓ, οπότε η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται για 5 τουλάχιστον χρόνια χωρίς σπασμούς.

β) Όταν εμφανίζονται αραιές κρίσεις (λιγότερες από τρεις το χρόνο) πρέπει να συνεχίζεται η θεραπεία για 5 χρόνια ελεύθερη κρίσεων.

γ) Κατά την εφηβεία (μεταξύ 10ου και 15ου χρόνου της ζωής) πρέπει να χορηγείται φάρμακο κατά της μεγάλης επιληψίας, γιατί στην εφηβεία ο σπασμογόνος ουδός είναι χαμηλός.

Λόγοι που επιβάλλουν τη διακοπή ή αλλαγή της θεραπείας είναι:

- Η μη απάντηση στην θεραπεία
- Η εμφάνιση νευρολογικών ή ψυχικών συμπτωμάτων σαν συνέπεια εκδηλώσεων της βασικής νόσου που προκάλεσε τους σπασμούς.
- Η εμφάνιση ψύχωσης.

Διακοπή της αντιεπιληπτικής αγωγής:

Η διακοπή της θεραπείας πρέπει να γίνεται σταδιακά επειδή υπάρχει ο φόβος υποτροπής των σπασμών. Ελάττωση κατά 1/4-1/2 του δισκίου πρέπει να γίνεται ανά 3μηνο και κάθε

6-12 μήνες ΗΕΓφικός έλεγχος. Εμφάνιση υπερσύγχρονων δυναμι-
κών στο ΗΕΓ, επιβάλλει νέα αύξηση της δόσης μέχρι να αποκα-
τασταθεί πάλι το ΗΕΓ. Ο χρόνος αυτός δεν πρέπει να είναι μι-
κρότερος από 2 χρόνια.

Όταν χορηγούνται περισσότερα από 2 φάρμακα πρέπει να
διακρίπτεται πρώτα αυτό με τις περισσότερες ανεπιθύμητες ε-
νέργειες. Η σταδιακή μείωση του φαρμάκου μπορεί να αρχίσει
μετά 2-3 χρόνια ελεύθερα σπασμών. Κριτήριο για τη σταδιακή
μείωση της θεραπείας αποτελεί η διάρκεια του ελεύθερου σπα-
σμών χρονικού διαστήματος και ο αριθμός των φυσιολογικών
ΗΕΓ πριν από την έναρξη της σταδιακής μείωσης.

Σε επιληψίες με πρωτοπαθείς γενικευμένους σπασμούς ή
σταδιακή μείωση δεν πρέπει να γίνεται μεταξύ 9ου και 15ου
χρόνου της ζωής. Η θεραπευτική επιτυχία είναι μεγαλύτερη
στα παιδιά που η εμφάνιση των σπασμών έγινε μετά το δεύτε-
ρο χρόνο της ζωής, στο μη εστιακό GRAND MAL και στις τυπι-
κές αφαιρέσεις. Το υψηλότερο ποσοστό υποτροπών εμφανίζεται
στα πέντε πρώτα χρόνια μετά τη διακοπή της θεραπείας.

Δυσμενή προγνωστικά στοιχεία για τη διακοπή της θερα-
πείας και την εμφάνιση υποτροπών αποτελούν: η μεγάλη χρονι-
κή διάρκεια μέχρι να σταματήσουν οι σπασμοί, νευρολογικές
διαταραχές, κρίσεις τύπου JACKSON και ο συνδυασμός διάφο-
ρων μορφών επιληψίας.

Χειρουργική θεραπεία

Σκέψη για χειρουργική θεραπεία της επιληψίας πρέπει να
γίνεται μόνο στην εστιακή μορφή και εφόσον: α) οι κρίσεις

δεν ελέγχονται με τα φάρμακα, β) η φύση και η συχνότητα των σπασμών είναι τέτοια που δημιουργεί στον ασθενή οικονομικά, κοινωνικά και άλλα προβλήματα, γ) υπάρχει μόνιμη εστία, που μπορεί να εντοπιστεί ακριβώς, δ) ο δείκτης νοημοσύνης είναι μεγαλύτερος από 65, ε) ο άρρωστος δεν είναι ψυχωτικός και ζ) δεν υπάρχει κακοήθης όγκος του εγκεφάλου και η αφαίρεση της εστίας δεν συνεπάγεται διαταραχή των βασικών λειτουργιών του αρρώστου.

Ετην επιλογή των ασθενών σημαντική βοήθεια προσφέρει η αξονική τομογραφία του εγκεφάλου σ'ότι αφορά την εντόπιση και το μέγεθος των αλλοιώσεως. Σε κροταφικές λοβεκτομές που έγιναν σε επιλεγμένους αρρώστους, τα αποτελέσματα ήταν θετικά. Σ'ένα ποσοστό 10-20% των αρρώστων που χειρουργήθηκαν για κάποιο λόγο στον εγκέφαλο, εμφανίστηκε μετεγχειρητική επιληψία. Το ποσοστό όμως αυτό, δε μείωσε τις πιθανότητες της χειρουργικής αντιμετώπισης της επιληψίας. Τέλος, απόλο τον αριθμό των αρρώστων με επιληψία, κάτω από αυστηρά κριτήρια, μόνο σε ποσοστό 1-3% υπάρχει ένδειξη χειρουργικής θεραπείας. Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα στατιστικά στοιχεία, ευνοϊκή πορεία της επιληψίας παρατηρήθηκε στο 50% των χειρουργηθέντων αρρώστων.

Διαιτητική αγωγή

Κετογόνος δίαιτα: Εφαρμόζεται συνήθως σε αρρώστους που δεν ανέρχονται καλάτα αντιεπιληπτικά φάρμακα ή εμφανίζουν ανθεκτικότητα σ'αυτά.

Ο μηχανισμός δράσης της κετογόνου δίαιτας παραμένει άγνωστος. Πιθανό να σχετίζεται με μεταβολές του νερού, των

ηλεκτρολυτών και της οξεοβασικής ισορροπίας με στόχο την οξέωση. Στην κетоγόνο δίαιτα η σχέση με γραμμάρια λίπους προς λευκώματα και υδατάνθρακες είναι 4:1. Αυτό σημαίνει ότι οι ημερήσιες ανάγκες σε θερμίδες θα προέρχονται κατά 90% από το λίπος, 6% από τα λευκώματα και 4% υδατάνθρακες. Στην καθημερινή πράξη η εφαρμογή της δίαιτας αυτής είναι δύσκολη και έχει θετικό αποτέλεσμα μόνο όταν στα ούρα ανιχνευθεί οξόνη και ακετονικό οξύ.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Φάρμακα πρώτης επιλογής για οξεία και άμεση θεραπεία θεωρούνται η διαζεπάμη, η κλοναζεπάμη και η υδαντοΐνη. Το ποσοστό καταστολής των σπασμών για όλες τις μορφές που αναφέρθηκαν ανέρχεται για τη διαζεπάμη και κλοναζεπάμη σε 75-85% περίπου και αυξάνεται κατά 10-20% όταν χορηγείται πάλι το φάρμακο σε περίπτωση υποτροπής.

Τα ίδια ποσοστά επιτυχίας ισχύουν και για την υδαντοΐνη, ότι αφορά στην αντιμετώπιση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών ή GRAND MAL STATUS, ενώ η αποτελεσματικότητά της στην εστιακή επιληπτική κατάσταση και στους τονικούς σπασμούς (STATUS) φθάνει μόνο στο 50% και είναι σχεδόν χωρίς αποτέλεσμα στην επιληπτική κατάσταση τύπου PETIT MAL. Φάρμακα δεύτερης επιλογής είναι η φαινοβαρβιτάλη (ενδοφλέβια), παραλδεΐδη (ενδομυϊκά ή από το ορθό) και ένυδρος χλωράλη (από το ορθό). Σε γενικευμένη επιληπτική κατάσταση μπορεί να χορηγηθεί λιδοκαΐνη 200-300 MG/ώρα. Τελευταία χορηγείται με πολύ καλά αποτελέσματα η διαζεπάμη από το ορθό (μικροκλύσμα-

τα των και 10 MG). Είναι ένα φάρμακο που πρέπει να υπάρχει στο σπίτι κάθε επιληπτικού.

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες της διαζεπάμης και της κλοναζεπάμης είναι η υπνηλία, η υπόταση και η καταστολή του αναπνευστικού συστήματος, ιδίως όταν έχει προηγηθεί χορήγηση υπνωτικών π.χ. φαινοβαρβιτάλης, καθώς και σιελόρροια κατά τη χορήγηση κλοναζεπάμης. Η υδαντοΐνη έχει λιγότερη υπνωτική δράση και προκαλεί μικρότερη καταστολή του αναπνευστικού σε σύγκριση με τη διαζεπάμη και την κλοναζεπάμη και μάλιστα όταν χορηγηθεί σωστά, αποφεύγονται ανεπιθύμητες ενέργειες όπως η υπόταση, ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός και οι αρρυθμίες σε καρδιολογικούς αρρώστους. Τέλος, με τη φαινοβαρβιτάλη παρατηρείται αυξημένη υπνωτική δράση η οποία δυσχεραίνει την εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης και δημιουργεί προβλήματα στη διαφορική διάγνωση των εγκεφαλικών νοσημάτων.

Δοσολογία και τρόπος χορήγησης

Η διαζεπάμη, η κλοναζεπάμη και η υδαντοΐνη πρέπει να χορηγούνται ενδοφλέβια πολύ αργά και η διάρκεια έγχυσης κατά κανόνα δεν πρέπει να είναι μικρότερη από 5 λεπτά. Τα φάρμακα αυτά δεν πρέπει να χορηγούνται σε συνδυασμό λόγω της αθροιστικής υπνωτικής δράσης τους. Εξαίρεση αποτελεί η χορήγηση της υδαντοΐνης αμέσως μετά τη διαζεπάμη. Πρέπει πάντοτε να έχουμε υπόψη τον κίνδυνο καταστολής της αναπνοής κυρίως όταν η χορήγηση γίνεται γρήγορα, έχει προηγηθεί χορήγηση φαινοβαρβιτάλης ή όταν υπάρχουν κυκλοφοριακές διατα-

ραχές. Η διαζεπάμη δίνεται σε δόση 0,2-0,5 MG/KG ή σε βρέ-
φη: 2-5 MG, σε μικρά παιδιά: 5-10 MG, σε παιδιά σχολικής η-
λικίας: 10 MG, και σε ενήλικους 10-20 MG. Η δόση της κλονα-
ζεπάμης ανέρχεται σε 0,01-0,1 MG/KG και η μέγιστη αρχική
δόση κυμαίνεται ανάλογα με την ηλικία μεταξύ 0,5-4 MG. Αν
χρειαστεί, η δόση για τα προσπάνω φάρμακα επαναλαμβάνεται
μεταξύ 15-20' μέχρι τρεις φορές συνολικά. Η υδαντοΐνη χο-
ρηγείται σε δόση 10-15 MG/KG (25-50 MG/ 1) και χρησιμοποι-
είται στις περιπτώσεις που οι σπασμοί δεν καταστέλλονται με
τα προηγούμενα φάρμακα.

Επειδή η δραστηριότητα κυρίως της διαζεπάμης και της
κλοναζεπάμης παρέχεται μετά μία ώρα περίπου, προτείνεται, με-
τά το τέλος της κρίσης, να χορηγηθεί υδαντοΐνη (πρόληψη υπο-
τροπής) σε δόση 8-10 MG/KG ενδοφλέβια πολύ αργά ή φαινοβαρ-
βιτάλη σε δόση 4-8 MG/KG ενδομυϊκά, μέχρι ο άρρωστος να μπο-
ρέσει να πάρει τα φάρμακα από το στόμα και για να καλυφθεί
ο χρόνος μεταφοράς του στο πλησιέστερο νοσοκομείο.

Αν με τα προσπάνω μέτρα δεν σταματήσουν οι σπασμοί τό-
τε χορηγούνται τα φάρμακα δεύτερης επιλογής.

Φάρμακο πρώτης επιλογής στους τονικούς σπασμούς θεωρεί-
ται η φαινοβαρβιτάλη σε υψηλή δόση (10-30 MG/KG) ενδοφλέ-
βια, δηλαδή σε δόση νόρμωσης. Ορισμένοι προτιμούν τη φαινο-
βαρβιτάλη και στο GRAND MAL STATUS, εφόσον δεν γίνει κατα-
στολή μετά τη χορήγηση της κλοναζεπάμης.

Γενικά μέτρα

Εξίσου σπουδαία κρίνονται και τα συμπληρωματικά μέτρα
όπως η διατήρηση ελεύθερων των αναπνευστικών οδών, η παρα-

κολούθηση των ζωτικών λειτουργιών, προστατευτικά μέτρα για αποφυγή τραυματισμών στο στόμα, αντιμετώπιση του πυρετού, της αφυδάτωσης ή οξέωσης και η αντιμετώπιση τυχόν εγκεφαλικού οιδήματος. Η αντιμετώπιση του εγκεφαλικού οιδήματος γίνεται με μανιτόλη 20% ενδοφλέβια 5-6 ML/KG, Β.Σ. σε 15-30 λεπτά και η δόση μπορεί να επαναληφθεί ως δύο φορές. Στη μετακριτική φάση που ο άρρωστος μπορεί να κοιμάται ή να βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση ή διέγερση, δεν χρειάζονται άλλα θεραπευτικά μέτρα. Η χορήγηση αναληπτικών αντενδείκνυται διότι μπορούν να προκαλέσουν σπασμούς. Σε περίπτωση περιφερικής κυκλοφορικής ανεπάρκειας συνιστάται η χορήγηση φαρμάκων που δρουν μόνο περιφερικά.

Αντιεπιληπτικά φάρμακα

Η χρήση των αντιεπιληπτικών φαρμάκων πρέπει να γίνεται με πολύ σύνεση και στενή παρακολούθηση του αρρώστου. Παρακάτω θα περιγραφούν μεμονωμένα τα βασικότερα φάρμακα.

Φαινοβαρβιτάλη

Σκευάσματα: GARDENAL (TABL 100 MG, IUMINATETTEN

TABL. 15 MG, IUMIDROPS I σταγόνα = 1 MG).

Θεραπευτική δόση: ενήλικες = 20-24 MG/H σε 1 δόση

παιδιά = 2-6 MG/KG Β.Σ./H σε 2 δόσεις

Ποσοστό σύνδεσης με πρωτεΐνες: 45%

Χρόνος ημιπεριόδου ζωής:

ενήλικες = 50-160 ώρες

παιδιά = 30- 70 ώρες.

Χρόνος που επιτυγχάνεται σταθερό επίπεδο: 14-21 ημέρες

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 10-40 MG/ML

Τοξικό επίπεδο στο αίμα: 50MG/ML

Ενδείξεις: Είναι ένα από τα κύρια αντιεπιληπτικά φάρμακα και χρησιμοποιείται είτε μόνο είτε σε συνδυασμό με άλλα για τη θεραπεία γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών, μερικών κρίσεων, πυρετικών σπασμών και λιγότερο των ψυχοκινητικών κρίσεων.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Υψηλός κίνδυνος στους ενήλικες. Αντίθετα στα παιδιά είναι συνηθέστερη η υπερκινητικότητα, η ευερεθιστότητα, η επιθετικότητα, η ελάττωση της προσοχής, ελάττωση της μνήμης. Άλλες παρενέργειες είναι αλλεργικά εξανθήματα, δυσκοιλιότητα, διαταραχές του χαρακτήρα, στομαχία, νυσταγμός, απολεπιστική δερματίτιδα. Η επίδραση στην ενζυμική λειτουργία του ήπατος έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της αλκαλικής φωσφατάσης, των τρανσαμινασών, των ηπατικών δοκιμασιών και της χοληστερόλης. Απότομη διακοπή της φαινοβαρβιτάλης οδηγεί σε συμπτώματα αποτέρευσης: Τρόμος, ιδρώτας, διαταραχές ύπνου, επιληπτική κατάσταση. Ο συνδυασμός φαινοβαρβιτάλης με βαλπροϊκό νάτριο αυξάνει τα επίπεδα της φαινοβαρβιτάλης, ενώ ελαττώνει του βαλπροϊκού.

Πριμιδόνη

Σκευάσματα: MYSOLIN (TABL. 250 MG)

Θεραπευτική δόση: ενήλικες = 250-1500 MG/Η, παιδιά=15-20
MG/KG Β.Σ./Η σε 2-3 δόσεις.

Ποσοστό σύνδεσης με πρωτεΐνες: 20%

Χρόνος ημιπεριόδου ζωής: πριμιδόνη = 4-12 ώρες

Χρόνος που επιτυγχάνεται σταθερό επίπεδο: 2-3 ημέρες

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 8-12 MG/ML

Τοξικό επίπεδο στο αίμα: 15 MG/ML

Ενδείξεις: Όπως της φαινοβσοβιτάλης.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Με την έναρξη της θεραπείας ζάλη, απάθεια, αταξία, ναυτία, έμετος και αίσθημα μέθης. Τα παροξάνω συμπτώματα είναι ηπιότερα σε σταδιακή σύληση της δόσης. Οι άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ίδιες με της φαινοβσοβιτάλης.

Υδαντοΐνη

Σκευάσματα: EPANUTIN (CAPS. 100 MG, SUSP=30 MG/5ML, VIAL=250 MG).

Θεραπευτική δόση: ενήλικες = 150-600 MG/H, παιδιά=5-8 MG/KG B.Σ./H σε δύο δόσεις.

Ποσοστό σύνδεσης με πρωτεΐνες: 90%

Χρόνος ημιπεριόδου ζωής: 9-140 ώρες

Χρόνος που επιτυγχάνεται σταθερό επίπεδο: 7-15 ημέρες

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 10-20 MG/ML

Τοξικό επίπεδο στο αίμα: 25 MG/ML

Ενδείξεις: Γενικευμένοι τονιμοκλονικοί σπασμοί (GRAND MAL), εστιακές και ψυχοκλυητικές κρίσεις. Δεν δρα στους βρεφικούς σπασμούς, στις τυπικές ασιωρέσεις και στο μυοκλονικοαστιικό PETIT MAL.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: α) Εξαστώμενες από τη δόση: νυσταγμός, ασύρωση όρασης, αταξία, δυσσοθορία, υπνηλία, κώμα, β) τοξικές: υπερτόλωση, ακμή, αδρά χροατηροιστικά προσώπου, υπερπλοσία ούλων, υπαισοβεστισιμία, οστεομολαγία, ανεπάροκεια

φυλλικού οξέος, μεγαλοβλαστική αναιμία, ανοσολογικές διαταραχές. γ) Αντιδράσεις υπερευαισθησίας: εξάνθημα, ηπατοσπληνομεγαλία, αρθραλγίες και ηπατίτιδα, δ) τερατογόνες επιδράσεις στο έμβryo, προσωπικές ανπλασίες, νοητική στέρωση, χαμηλό βάρος, υποπλασία των δοκτύλων-ευβουϊκό σύνδρομο της υδαντοΐνης.

Καρβομαζεπίνη

Σκευάσματα: TEGRETOL (TABL. 200 MG)

Θεραπευτική δόση: ενήλικες = 400-1800 MG/Η, παιδιά=10-20
MG/KG Β.Σ./Η σε 2-3 δόσεις.

Ποσοστό σύνδεσης με πρωτεΐνες: 75%

Χρόνος ημιπεριόδου ζωής: ενήλικες= 10-30 ώρες, παιδιά=
8-20 ώρες

Χρόνος που επιτυγχάνεται σταθερό επίπεδο: 4-6 ημέρες

Θεραπευτική επίπεδο στο αίμα: 4-12 MG/ML

Τοξικό επίπεδο στο αίμα: 15 MG/ML

Ενδείξεις: Απλές και σύνθετες εστιακές κρίσεις, ψυχοκινητικές κρίσεις, γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: α) εξαρτώμενες από τη δόση: διπλωπία, υπνηλία, αμαύρωση, παραισθήσεις, νυσταγμός, αταξία, ναυτία, έμετος, β) δερματολογικές: εξάνθημα, γ) αιματολογικά: λευκοπενία, θρομβοπενία, απλαστική αναιμία, δ) άλλες: ηπατίτιδα, αντιδιουρητική δράση, μείωση των επιπέδων θυροξίνης και τριϊδωθυρονίνης στον ορό.

Διπρόπουλοξεϊκό νάτριο ή Βαλπροϊκό νάτριο

Σκευάσματα: DEPAKINE (TABL. 200 MG, TABL. 500 MG,

SOLUT. 1 ML = 200 MG)

Θεραπευτική δόση: ενήλικες = 600-200 MG/H, παιδιά = 20-30

MG/KG Β.Σ./Η σε 3 δόσεις.

Ποσοστό σύνδεσης με πρωτεΐνες : 92%

Χρόνος ημιπεριόδου ζωής: 8-12 ώρες

Χρόνος που επιτυγχάνεται σταθερό επίπεδο: 4 ημέρες

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 50-100 MG/ML

Τοξικό επίπεδο στο αίμα: 120 MG/ML

Ενδείξεις: Θεωρείται σημαντικό αντιεπιληπτικό φάρμακο για τη θεραπεία των σφαλοέσεων (PETIT MAL), των μυοκλονικών-αστατικών και των πρωτοπαθών γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών. Ακόμη χορηγείται με επιτυχία στη γενικευμένη φωτοευαίσθητη επιληψία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Οι συχνότερες παρενέργειες είναι από το γαστρεντερικό όπως ναυτία, έμετοι, διάρροια, κοιλιακοί πόνοι. Υπνηλία και νωθρότητα, παρατηρούνται κυρίως σε ασθενείς που παίρνουν φαινοβαρβιτάλη ή υψηλές δόσεις βαλπροϊνού. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι: τρόμος, σταξία, παροδική αλωπεκία, θρομβοπενία. Η σοβαρότερη παρενέργεια, αν και σπάνια, είναι η ηπατοτοξικότητα. Κλινικά προειδοποιητικά συμπτώματα είναι: κόπωση, υπνηλία, απώλεια βάρους, έμετοι, ίκτερος και ο εργαστηριακός έλεγχος δείχνει αύξηση των τρανσαμινασών και της αμιωνίας.

Σουκινιμίδια - Εθοσουξιμίδη

Σκευάσματα: ZARONTIN (CAPS. 250 MG, 5ML STRUP = 250 MG)

Θεραπευτική δόση: ενήλικες: 500-1500 MG/H, παιδιά: 20-35 MG/

KG Β.Σ./Η σε 1-3 δόσεις.

Ποσοστό σύνδεσης με πρωτεΐνες: ασήμαντο ως 0%

Χρόνος ημιπεριόδου ζωής: ενήλικες: 40-70 ώρες, παιδιά:

20-40 ώρες

Χρόνος που επιτυγχάνεται σταθερό επίπεδο: ενήλικες= 8-10

ημέρες, παιδιά = 2-4 ημέρες.

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 40-100 MG/ML

Τοξικό επίπεδο στο αίμα: 150 MG/ML

Ενδείξεις: Οι τυπικές αφαυρώσεις (PETIT MAL) μόνη ή σε συνδυασμό με βαλπροϊνό και σε συνδυασμό με φαινοβαρβιτάλη σε ασθενείς με τυπικές αφαυρώσεις και μερικούς σπασμούς.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: α)ανάλογα με τη δόση: γαστρικός πόρτος, ναυτία, έμετοι, ανορεξία, κούραση, λήθαργος, κεφαλαλαγία, εμβοές, β)ανεξάρτητα από τη δόση: δερματικά εξανθήματα, λευκοπενία, σύνδρομο ερυθματώδους λύκου.

Βενζοδιαζεπίνες

Είναι τα ισχυρότερα αντιεπιληπτικά φάρμακα για την άμεση αντιμετώπιση των σπασμών, η αξία τους όμως για μακρόχρονη χρήση έχει περιοριστεί σημαντικά από την ανάπτυξη ανοχής και από τα συμπτώματα της αποστείωσης.

Σκευάσματα:

α)Διαζεπάμη: VALIUM (TABL. 2 MG, 5 MG, 10 MG, 5ML STR.=2 MG, 1 AMP.=10 MG)

ATARVITON (TABL. 2 MG, 5 MG, 10 MG, 5 STR.= 2 MG, 1 AMP= 10 MG)

β)Κλοναζεπάμη: RIVOTRIL (TABL. 0,5 MG, 2 MG, 1 σταγ.=0,1 MG, 1 AMP = 1 MG)

γ) Νιτροζεπάμη: MOGADON (TABL. 5 MG)

Θεραπευτικές δόσεις:

α) Διαζεπάμη: 1) νεογνά: ενδοφλέβια 0,5 MG/KG Β.Σ., ορθό
0,5 MG/KG Β.Σ.

2) παιδιά: ενδοφλέβια 0,2-0,3 MG/KG Β.Σ., ορθό
0,2-0,3 MG/KG Β.Σ.

β) Κλοναζεπάμη: ενδοφλέβια 0,01-0,1 MG/KG Β.Σ., στόμα
0,1-0,3 MG/KG Β.Σ.

γ) Νιτροζεπάμη: στόμα 0,5-0,1 MG/KG Β.Σ.

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: διαζεπάμη 0,2-0,5 MG/ML

κλοναζεπάμη 0,03 MG/ML

Τοξικό επίπεδο στο αίμα: διαζεπάμη 1MG/ML

κλοναζεπάμη 0,08 MG/ML.

Ενδείξεις: Από τις διαζεπίνες μόνο η Κλοναζεπάμη χρησιμοποιείται για μακροχρόνια αντιεπιληπτική θεραπεία σε διάφορες μορφές επιληψίας. Καλύτερα αποτελέσματα αναφέρονται στις ασιαιόσεις. Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η υπνηλία, αταξία, διαταραχές συμπεριφοράς και σιελόρροια. Η ενδοφλέβια χορήγηση μπορεί να προκαλέσει καρδιοαναπνευστική καταστολή.

Οξαζολιδίνες

Εκκευάσματα: Τριμέθαδιόνη-TRIDIONE (CAPS, 300 MG, TABL. 150MG,
SOLUTION, 5 ML = 200 MG)

Θεραπευτικές δόσεις: 20-40 MG/KG Β.Σ/Η

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 20 MG/ML

Ενδείξεις: Οι οξαζολιδίνες χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία

των τυπικών αφαιρέσεων πριν από τη χοσιμοποίηση της εθουξουλιμίδης. Λόγω όμως των τοξικών παρενεργειών η χρήση τους περιορίζεται μόνο στις περιπτώσεις που είναι ανθεκτικές στην εθουξουλιμίδα και στο βλαπροϊκό.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Καταστολή, υπνηλία, αταξία, ασυνέργεια. Επηρεάζεται η οπτική προσαρμογή από σκοτεινό σε φωτεινό περιβάλλον. Δερματολογικές αντιδράσεις όπως πολύμορφο εξάνθημα και απολεπιστική δερματίτιδα. Μετά από θεραπεία μηνών μπορεί να εμφανιστεί νέφρωση, αναφέρεται επίσης και μυασθένεια. Τέλος, είναι ισχυρά τερατογόνο φάρμακο και πρέπει να αποφεύγεται σε εγκύους.

Ακεταζολαμίδα

Σκευάσματα: DIAMOX (TABL. 250 MG, 500 MG)

Δόση: 100 MG/KG Β.Σ. σε 1-2 δόσεις

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 10-14 MG/ML

Ενδείξεις: Είναι δραστηνή στη θεραπεία αφαιρέσεων, απλών και σύνθετων μερικών κρίσεων και γενικευμένων τονικοκλονικών καθώς και μικτού τύπου σπασμών.

Μετά όμως μερικές εβδομάδες θεραπείας εμφανίζεται ανοχή.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Πολύ λίγες όπως λήθαργος, παραισθήσεις, αντιδράσεις υπερευαισθησίας, εξανθήματα, διάταση κοιλιάς και κυάνωση.

Φλοιοτρόπος ορμόνη (ACTH) - Κορτικοστεροειδή

Η αντισπασμωδική δράση των στεροειδών αναφέρεται ήδη από το 1942.

Σκευάσματα: SYNACTEN, CORTROSYN (1 ML = 100 μον.),

ACHTARGEL 1 ML = 80 μονάδες.

Θεραπευτική δόση: ACTH από 20-120 μον/Η, δεξαμεθαζόνη 0,3-
1,0 MG/KG Β.Σ./Η.

Ενδείξεις: Η φλοιοτοδόκος ορμόνη χρησιμοποιείται σε ανθεκτι-
κές μικτές μορφές βροφικής ή παιδικής επιληψίας (μυοκλο-
νικούς-αστατικούς σπασμούς).

Τα κορτικοστεροειδή (πρεδνιζολόνη, δεξαμεθαζόνη, μεθυλο-
πρεδνιζολόνη) χρησιμοποιούνται για τις ίδιες καταστάσεις.
Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι αυτές της θεραπείας με
κορτικοειδή, ανάπτυξης, κατακράτηση Na, υπέρταση, ευαισθη-
σία στις λοιμώξεις, αιμορραγία από το γαστρεντερικό και ου-
ροποιητικό σύστημα, ενδοκρανια αιμορραγία κ.α.. Άγνωστα πα-
ραμένουν τα αίτια της <<ατροφίας>> του εγκεφάλου (παρέγχυ-
μα) με διεύρυνση του υπαραχνοειδή χώρου και του κοιλιακού
συστήματος. Το μέγεθος της <<ατροφίας>> αυξάνεται σε υψη-
λότερες δόσεις.

Έλεγχος κατά τη διάρκεια της ορμονοθεραπείας: μέτρηση
πίεσης και ζαχάρου αίματος, ΗΓΦκτικός έλεγχος, μετά 3-6
μήνες αξονική τομογραφία εγκεφάλου.

Σουλτιάμη

Σκευάσματα: OSPOLOT (TABL. 50 MG, 200 MG)

Θεραπευτικό επίπεδο στο αίμα: 6-10 MG/ML

Ενδείξεις: Οι ψυχοκινητικές κρίσεις, οι εστιακές κρίσεις
και η μεγάλη επιληψία.

Ανεπιθύμητες ενέργειες: Η σουλιτάμη προκαλεί αλλεργικές επι-

δηλώσεις. Σοβαρές τοξικές βλάβες δεν έχουν αναφερθεί. Σπάνια οι ασθενείς παραπονούνται για ανορεξία, απώλεια βάρους, ανησυχία και παραισθήσεις.

Φάρμακα εκλογής σε διάφορες μορφές επιληψίας

Στον παρακάτω πίνακα (7) αναφέρονται συνοπτικά διάφορες μορφές επιληψίας και το αντίστοιχο φάρμακο που χορηγείται για την θεραπεία τους.

Πίνακας 7.

Τυπικές ασιρόσεις	Βαλπροϊκό νάτριο, αιθοσουξιμίδη
Μυοκλονικές-αστατικές κρίσεις	Βαλπροϊκό, αιθοσουξιμίδη, κλοναζεπάμη, ACTH, συχνά σε συνδυασμό με άλλα αντιεπιληπτικά.
Εστιακές κρίσεις	Καρβαμαζεπίνη, υδαντοΐνη
Ψυχοκονητικές κρίσεις	Καρβαμαζεπίνη, υδαντοΐνη, φαινοβαρβιτάλη

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδος στην επιληψία είναι:

1. Αγωγή του αρρώστου που βρίσκεται σε κατάσταση σπασμών.

2. Να εφαρμοστεί η καλύτερη νοσηλευτική αγωγή για αποφυγή και έλεγχο των παροξυσμών, και

3. Βοήθεια του αρρώστου να καταλάβει τη φύση των παροξυσμών και το ρόλο του στην αγωγή τους.

I. Αγωγή του αρρώστου που βρίσκεται σε κατάσταση σπασμών (μεγάλη επιληπτική κρίση)

1. Εντίμηση

α) Αύρα

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) Ξύγχυση και υπνηλία (κατάσταση μετά την κρίση)

ι) Πονοκέφαλος

II. Προέμβαση

α) Προστασία από βλάβη

-Τοποθέτηση του αρρώστου στο πάτωμα

-Αν το επιτρέπει ο χρόνος τοποθέτηση μαλακού σταθερού αντικειμένου μεταξύ των δοντιών για αποφυγή βλάβης της γλώσσας. Ποτέ δεν επιχειρείται η τοποθέτηση αντικειμένου μεταξύ των δοντιών, αν τα δόντια είναι ήδη σφιχτά κλεισμένα.

β) Διατήρηση ανοικτών αεραγωγών με τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση.

γ) Η συνείδηση επανέρχεται σε 2-5 λεπτά. Αν ο παροξυσμός επαναλαμβάνεται ή συνεχίζεται χωρίς διακοπή (STATUS EPILEPTICUS) χορηγούνται αντισπασμωδικά ενδοφλέβια.

δ) Επαναπροσανατολισμός του αρρώστου μετά την κρίση.

ε) Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης

στ) Διαπίτωση και άρση παράγοντα που προκαλεί την κρίση όπως η μη λήψη του φαρμάκου, λοίμωξη κ.λπ..

III. Αξιολόγηση

α) Σε περίπτωση νέων παροξυσμών, ο άρρωστος πρέπει να τεθεί κάτω από ιατρική επίβλεψη και να του γίνουν διαγνωστικές εξετάσεις.

β) Η πρόληψη κάθε άλλου παροξυσμού αποτελεί το μέτρο με το οποίο κρίνεται η φροντίδα.

2. Να εφαρμοστεί η καλύτερη νοσηλευτική αγωγή για αποφυγή και έλεγχο των παροξυσμών.

I. Εκτίμηση

Η νοσοκόμος που είναι κύρια υπεύθυνη για τη φροντίδα του αρρώστου έχει τη γνώση και την ικανότητα να εκτιμήσει μεταβολές στην κατάσταση του και να προτείνει και να εφαρμόσει αλλαγές στο σχέδιο φροντίδας.

II. Παρέμβαση

α) Διαγνωστική

- Διενέργεια ακριβούς παρατήρησης, παίρνεται ιστορικό και γίνεται φυσική εξέταση.

- ΗΕΓ και άλλες εξετάσεις

- Εξηγούνται οι διαγνωστικές εξετάσεις και ο άρρωστος ετοιμάζεται γι' αυτές.

β) Θεραπευτική

- Παρακολούθηση για αποτελεσματικότητα των αντιεπιληπτικών.

- Παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες.

β) Εξασφάλιση συμβουλών και εκπαίδευσης του αρρώστου, της οικογένειας και της κοινότητας.

3. Βοήθεια του αρρώστου να καταλάβει τη φύση των παροξυσμών και το ρόλο του στην αγωγή τους.

I. Εκτίμηση

α) Οι πιο πολλοί άρρωστοι πρέπει να παίρνουν αντιεπιληπτικά για πολλά χρόνια αν όχι σε όλη τους τη ζωή.

β) Τόσο ο κίνδυνος του παροξυσμού όσο και εκείνος των περιορισμών της θεραπείας θα επιβάλλουν μείωση στη δραστηριότητα του αρρώστου.

γ) Για τον έφηβο, η εκδήλωση παροξυσμού και το θεραπευτικό σχήμα είναι μία πολύπλοκη διεργασία, στην οποία υπεισέρχονται θέματα ανεξαρτησίας και ελέγχου.

δ) Κάθε παροξυσμός είναι μία κρίση. Η έλλειψη ελέγχου και η απώλεια συνείδησης τρομάζουν.

ε) Η άγνοια της κοινωνίας που ξεχωρίζει αυτούς που έχουν παροξυσμούς σαν ειδική ομάδα ανθρώπων, δημιουργεί μια προκατάληψη που πολύ δύσκολα μπορεί να υπερπηδηθεί.

II. Παρέμβαση

α) Διδασκαλία του αρρώστου πως να διαχειρίζεται τα φάρμακα:

- τα αντισπασμωδικά ενεργούν όταν φτάνουν και διατηρούνται σε επαρκή επίπεδα στο αίμα. Η μη τακτική λήψη μηδενίζει την προστασία.

- Η λοίμωξη και άλλα φυσικά STRESS (όπως η περίοδος στις γυναίκες) μπορεί να απαιτήσουν μεγαλύτερη δόση.

- Αναγνώριση και έλεγχος και ανεπιθύμητων ενεργειών (όπως υπεροξοφία ούλων με την DILANTIN).

- Προειδοποίηση του αρρώστου να μη χρησιμοποιεί άλλα φάρμακα χωρίς τη συμβουλή νευρολόγου.

- Η αιτία για τη μη λήψη αλκοόλης είναι ότι κατεβαίνει η ούδος παροξυσμών όταν σταματά η λήψη της.

β) Επεξήγηση των λόγων που βρίσκονται πίσω από κάθε περιορισμό: Κολύμβηση, οδήγηση και χειρισμός βαριών μηχανημάτων απειλούν τη ζωή του αρρώστου αν κατά τη διάρκειά τους συμβεί επιληπτική κρίση.

γ) Οι έφηβοι πηγαίνουν καλύτερα αν:

- Τους δοθεί μία επαρκής περιγραφή της παθολογίας και του Η.Ε.Γ..

- Του επιτραπεί να αισθανθούν υπεύθυνοι για τη λήψη φαρμάκων και κλείσιμο συναντήσεων με το γιατρό.

- Γνωριστούν με παιδιά της ηλικίας τους που έχουν τα ίδια προβλήματα.

δ) Όταν συμβαίνει ένας παροξυσμός, ο άρρωστος μπορεί να αισθάνεται ενοχή, ταπείνωση, κατάθλιψη και αγωνία για το

ότι είναι υπό έλεγχο.

-Ευκαιρία για έκφραση των αισθημάτων

-Βοήθεια στην οικογένεια και φίλους να καταλάβουν τα αισθήματα του αρρώστου.

Λήψη μέτρων για βελτίωση του ελέγχου των παροξυσμών.

ε) Προαγωγή κατανόησης των παροξυσμών στην επαγγελματική κοινότητα, στο σχολείο και τη βιομηχανία.

III. Αξιολόγηση

α) Ακριβής διάγνωση και θεραπεία (αν είναι δυνατή) της υποκείμενης αιτίας.

-β) Ο γιατρός, η νοσοκόμος και ο άρρωστος μπορούν να προλάβουν τους παροξυσμούς.

Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΑΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας ως προς αυτό.

Αποφασιστικό ρόλο στην πορεία της ασθένειας παίζει η απεριόριστη αγάπη των συγγενών και της νοσηλεύτριας προς τον επιληπτικό και η ένδειξη κατανόησης για τα προβλήματά του. Πρέπει να εμπεδωθεί στον άρρωστο ότι και οι δικοί του αλλά και η νοσηλεύτρια βρίσκονται πάντοτε κοντά του σε κάθε πρόβλημα.

Τότε μόνο θα απαιτήσει αυτοπεποίθηση και θα αντιμετωπίσει σωστά και επικριδομητικά τις πολλαπλές συναισθηματικές και επογγελματικές αντιξοότητες.

Ιδιαίτερα πρέπει το στενό περιβάλλον του επιληπτικού να του συμπεριφέρονται σαν ίσος προς ίσο και όλες τις συζητήσεις με το γιατρό, τη νοσηλεύτρια, την κοινωνική λειτουργό, τον ψυχολόγο να γίνονται μπροστά του.

Όσον αφορά τον ρόλο της νοσηλεύτριας δεν περιορίζεται απλά στην αντιμετώπιση των κρίσεων αλλά επεκτείνεται και στην ψυχολογική υποστήριξη και αποκατάσταση του ασθενή. Η άμεση επαφή της με τον ασθενή, αφού είναι κύρια υπεύθυνη για την φροντίδα του, οι γνώσεις και οι ικανότητές της, της επιτρέπουν να αξιολογεί την κατάσταση του, να προτείνει και να εφαρμόζει αλλαγές στο σχέδιο φροντίδας.

Η δικαιολογία ότι μια επιληπτική κρίση δημιουργεί δυσμενή επίδραση τους άλλους δεν ευσταθεί.

Η πείρα δίδαξε ότι ο κόσμος δεν αντιδρά με φόβο και αποστροφή στην θέα των σπασμών, εφόσον βέβαια προηγουμέ-

νως δεν έχουν ενημερωθεί εσφαλμένα για την επιληψία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να προσαρμοστεί στην κοινωνία και να μην αισθάνεται φόβο για την τυχόν εμφάνιση κρίσεων ή αίσθημα κατωτερότητας απέναντι στους άλλους.

Η συζήτηση με τον άρρωστο καθώς και η κατανόηση που θα του δείξει θα τον βοηθήσουν να ξεπεράσει τα τυχόν ψυχολογικά προβλήματα που θα του έχει δημιουργήσει η κατάσταση του.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1η περίπτωση: Κ.Θ. του Α και της Ε

Ημερομηνία γέννησης: 11.5.78

Τόπος γέννησης: Φάρσαλα

Ημερομηνία Α' εισαγωγής στο Δ.Π.Ν.Α.: 21.6.83

Τρόπος εισαγωγής: τον έφερε ο πατέρας του διότι δεν μπορεί να τον φροντίζει. Η μητέρα του απεβίωσε από Ca.

Οικογενειακή κατάσταση: Η μητέρα απεβίωσε προ της εισαγωγής του Θ στο Δ.Π.Ν.Α..

Ο πατέρας σιοτώθηκε αργότερα σε αυτοκινητιστικό ατύχημα.

Υπάρχει μία μικρότερη αδελφή υγιής.

Τον επισκέπτεται συχνά ένας θείος με την σύζυγό του.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ Α' εισαγωγής στην Νευρολογική Κλινική: 3.9.86

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Δεξιά ημιπληγία-μέση νοητική καθυστέρηση-επιληψία.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ (οι πληροφορίες λαμβάνονται από τον φάκελλο του ασθενή).

Πρωτότοκος κύηση κ.φ. Τοκετός δύσκολος, δεν έγινε χρήση εργαλείων αλλά το παιδί παρουσίαζε <<μειωτική παράλυση>> όπως θεωρήθηκε τότε Β.Σ. 400 GR. Όταν άρχισε να βαδίζει έγινε αντιληπτό ότι είχε παράλυση με στρωσία του δεξιού κάτω άκρου.

Έπαθε ελαρά και κοκκύτη.

Σε ηλικία 3 ετών τον πήγαν σε νευρολόγο ο οποίος έκανε ΗΕΓ και συνέστησε SIR. EPANUTIN αν και μέχρι τότε δεν είχε παρουσιάσει κρίσεις Ε. Κατά τους γονείς 17 ημέρες μετά την έ-

ναρξη της θεραπείας ενώ εκοιμάτο άκουσαν ένα παράξενο ήχο, έτρεξαν κοντά του και είδαν ότι έκαμε σπασμούς. Τροποποιήθηκε η θεραπευτική που αγωγή και από τότε για μεγάλο διάστημα δεν έκαμε σπασμούς, μόνο κάπου-κάπου ένα παράξενο γέλιο για λίγα δευτερόλεπτα.

Από το 1981 άρχισε πάλι να κάνει γενικευμένους τονικονικλονικούς σπασμούς, κατά διαστήματα πολλές φορές ημερησίως.

29.6.87: Αραιές κρίσεις συνεχίζεται η ίδια θεραπεία.

25.11.87: Ίδια κατάσταση συνεχίζεται η ίδια θεραπευτική αγωγή.

14.12.87: Αραιές κρίσεις <<Ε>> ίδια θεραπευτική αγωγή.

2.2.87. Ο θ. νοσηλεύεται στην Νευρολογική Κλινική από

3.9.86 με τη διάγνωση: δεξιά ημιπληγία-επιληπτικές κρίσεις-ελαφρά νοητική καθυστέρηση.

Τον πρώτο καιρό από της εισαγωγής του έκανε πολλές Επιληπτικές κρίσεις την ημέρα και ήταν αρνητά απεινούμενος και άτακτος. Έχει γίνει μερική τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής του και οι κρίσεις του αραιώσαν σημαντικά.

Όπως φαίνεται στο τετράδιο καταγραφής των κρίσεων μπορεί να κάνει 1-2 και 3 κρίσεις μέσα σε μια ημέρα αλλά μπορεί να περάσουν 1-2 ημέρες χωρίς καμία κρίση Ε.

Συνήθως οι κρίσεις του συνίσταται σε πτώση της κεφαλής προς τα εμπρός και κρέμασμα των άνω άκρων. Αυτό κρατάει λίγα δευτερόλεπτα και συνδυάζονται με θόλωση συνείδησης.

Άλλες φορές οι κρίσεις του συνίστανται σε τονικό σπασμό των άνω άκρων με απώλεια συνείδησης και πτώση στο έδα-

φος ή σε τονικό σπασμό των 4 άκρων ή σε γενικευμένους τονι-
κονικλονικούς σπασμούς. Μερικές φορές, την ώρα που συνέρχε-
ται γελάει αναίτια.

Γενικώς είναι ευδιάθετος, παρακολουθεί με συναισθημα-
τική συμμετοχή τα παιχνίδια των παιδιών στο σαλόνι και τους
περιπάτους έξω από το τμήμα. Συχνά πειράζει τα άλλα παιδιά
και προκαλεί αναταραχή.

Η αγωγή του είναι: TABL.TEGRETOL 200 2.2.2
CAPS EPANUTIN 100, 1x2
TABL.DIHYDERGOT 2,5 1-0-0
TABL.FRISIUM 10, 2-1-1
TABL DEPAKINE 200, 2-1-1 (από 21.1.87)

B.Σ. 44 GR.

Επίπεδα αντι-Ε φαρμάκων (13.1.87)

Φαινυτοΐνη= 15,5 (Θ.Ε. =10-20)

Καρβαμαζεπίνη= 5 (Θ.Ε. = 4-10)

Βαλπροϊνό οξύ=55 (Θ.Ε. =50-120) (με DEPAKINE 600 MG)

15.2.87

Δεν υπάρχει μεταβολή στις κρίσεις Ε, και στην συμπεριφορά
του. Παραμένει η ίδια αγωγή.

18.3.87

Ίδια κατάσταση. Ελήφθησαν επίπεδα στις 27.2.87. Το DEPAKINE
έχει ανέβει σε 2-1-1.

19.5.87.συνεχίζονται οι κρίσεις σε 3-4 την εβδομάδα η ίδια
φαρμακευτική αγωγή.

20.8.87 Συνεχίζονται οι κρίσεις-συχνές. Η ίδια αντι-Ε θεραπεία

12.10.87 Έχει τις ίδιες κρίσεις/ η ίδια θεραπεία

23.1.88 Παρουσίασε κρίσεις <<Ε>>

26.1.88 Ελεύθερος κρίσεων <<Ε>>

29.3.88 Παρουσίασε κρίσεις αραιές / η ίδια θεραπεία

ΗΕΓ 10.9.86

Διάγραμμα βασύ για την ηλικία του εξεταζόμενου και διάχυτα σώμαλο με συχνές παροξυντικές εκφορτίσεις από τυπικά και άτυπα συμπλέγματα σιχηής κύματος σε γενικευμένη κατανομή άμφω χωρίς σαφή ημισφαιρική επικράτηση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Προβλήματα ασθενούς	Συγκεκριμένοι σινοποι	Προγραμματισμένος N. φροντίδα	Εφαρμογή N. ενεργειών	Αξιολόγηση αποτελέσματος
1. Δυσκολία προσομο- γής του παιδιού στο περιβάλλον του νοσο- κομείου.	Δημιουργία ήου- χου, ήρεμου & φι- λικού περιβάλλο- ντος.	Δημιουργία φιλικού κλίματος στο νοσο- κομείο. Συζήτηση με το παιδί.	Συζήτηση με το παιδί. Ένδειξη στοργής και κα- τάνοησης ως προς αυτό. Εξήγηση των λόγων που βόσκειται εκεί και γνω- ριμιά του παιδιού με το χώρο.	Ήσυχο, ήρεμο, συ- νεργάσιμο και κοι- νωνικό, φιλικό με άλλα παιδιά.
2. Αγωνία και φόβο για επιειόμενη κούση.	Ο ασθενής να απο- βάλλει τους φό- βους του.	Ένδειξη αγάπης προς το παιδί.	Υποστήριξη του παιδιού να εκφράσει τα αισθήμα- τά του. Βοήθεια ώστε να αποβάλλει φόβους που του δημιουργεί η κούση.	Ο ασθενής έχει κα- τανοήσει την φύση της ασθένειας και δέχεται κάθε συμ- βουλή για να ξε- περάσει το πρόβλημα.
3. Ενδάλωση της κού- σης (απώλεια συνείδη- σης, σπασμοί, πρώτη δόξη γλώσσας).	Ο ασθενής να ξεπ- περάσει την κού- ση.	Προσσία και φρο- ντίδα του ασθενή.	Παραμονή κοντά στον άο- ρωτο. Προσσία από βλά- βες (τοποθέτηση στο πά- τωμα). Σταθερό αντικεί- μενο ανάμεσα στην γλώ- σση. Έλεγχος για ανοι- κτούς αεραγωγούς.	Έχει ξεπεράσει την κούση όσο πιο ανώ- δυνα γίνεται. Δεν φέρει μώλωπες, κα- τάγματα ή άλλες βλάβες. Κανονική αναπνοή.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Προβλήματα ασθενούς	Συγκεκριμένοι σκοποί	Προγραμματισμός Ν. φροντίδας	Εφαρμογή Ν. ενεργειών	Αξιολόγηση αποτελέσματος
4. Παρέκλιση στα ζω- τινά σημεία.	Φυσιολογικά ζω- τινά σημεία.	Έλεγχος ζωτικών σπυείων.	Έλεγχος ζωτικών σημεί- ων φροντίδας και παρα- κολούθηση του ασθενή.	Φυσιολογικά ζω- τινά σημεία.
5. Ο άρρωστος είναι εξαντλημένος. Κοιμά- ται.	Ο άρρωστος να παραμεύει ήρε- μος.	Εξασφάλιση άνετου χώρου. Παρακολού- θηση.	Τοποθέτηση του ασθενή σε πλάγια θέση στο κρε- βάτι και παρακολούθη.	Παραμένει ήσυχος και ήρεμος.
6. Ευπνά κουρασμένος και ανήσυχος και πα- ρουσιάζει πονοκέφαλο.	Να ανασκουφιστεί ο ασθενής.	Ψυχολογική φροντί- δα επαναπροσανατο- λισμού μετά την κρίση.	Παραμονή κοντά στον άρ- ρωστο, ψυχολογική υπο- στήριξη, επαναπροσανα- τολισμός του αρρώστου μετά την κρίση.	Ανακούφιση του αρ- ρώστου μετά την υ- ποστήριξή του.
7. Το παιδί αντιδρά στην λήψη φαρμάκων.	Πρόληψη.	Συζήτηση με το παιδί.	Εξηγείται η αναγκαιότη- τα λήψης φαρμάκων για την εξάλειψη των κού- σεων.	Το παιδί καταλαβαί- νει την αναγκαιότη- τα λήψης φαρμάκων και δεν αντιδρά.
8. Δυναμική αίσθηση μοναξιάς. Η σγώνια για επικείμενη κρίση δημιουργεί ψυχολογι- κά προβλήματα στο παιδί.	Πρόληψη, όπως φαί- νεται μετά από συζήτηση.	Συζήτηση με το παιδί. Ψυχολογική φροντίδα.	Ψυχολογική υποστήριξη. Ζήτησε να συζητήσει μα- ζί του Κοιν. Λειτουργός και ο Ψυχολόγος.	Το παιδί ξεπέρασε τα προβλήματά του.

Άλλες εξίσου σημαντικές νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι: παρακολούθηση του παιδιού για τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από την λήψη των φαρμάκων, παρακολούθηση για αποτελεσματικότητα της θεραπείας, προετοιμασία του παιδιού για τυχόν εξετάσεις (εργαστηριακές, ΗΕΓ κ.λπ.).

2η Περίπτωση: Ι.Μ. του Μ και ΜSΚ

Ημερομηνία Εισαγωγής: 1977 (Αλεξανδρούπολη)

Συνοδοί: πατέρας και μητέρα

Αιτία Εισαγωγής: Επιληψία, νοητική καθυστέρηση, ανυπακοή, διάφορες κλοπές.

Οι γονείς αναφέρουν ότι οι επιληπτικές κρίσεις άρχισαν πριν από 2 χρόνια, και παρά την φαρμακευτική αγωγή με TABL. GARDE-NAL και TABL. STEDON, εμφανίζει κρίσεις καθημερινά.

Εισαγωγή στην νευρολογική κλινική 17.11.87

Σκοπός Εισαγωγής: ρύθμιση των <<Ε>> κρίσεων που επέρχονται πολλές φορές την ημέρα.

Πληροφορίες για κύηση, τοκετό, αρρώστιες της παιδικής ηλικίας και πορεία ανάπτυξης δεν έχουμε γιατί οι γονείς δεν μιλούν ελληνικά και δεν μπορούν να μας πληροφορήσουν.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Επιληψία, νοημοσύνη στα κατώτερα φυσιολογικά όρια
25.2.88 Περιγραφή κρίσεων

Σύμφωνα με την περιγραφή του νοσηλευτικού προσωπικού, οι κρίσεις αρχίζουν συχνά με ανύψωση και τέντωμα του ενός άνω άκρου και ακολουθεί σαρλαία πτώση στο έδαφος. Αμέσως σηκώνεται μόνος του. Μερικές φορές μένει για μερικές στιγμές κάτω και έχει προφανώς απώλεια συνειδήσεως.

Οι κρίσεις του έχουν αραιώσει και επέρχονται μια φορά ανά 30 ημέρες περίπου. Η θεραπευτική αγωγή του είναι:

TABL. TEGRETOL 1X3

TABL. FRISIUM 1X3

Το παιδί παρακολουθεί το ειδικό δημοτικό σχολείο και όπως μας πληροφορεί ο δάσκαλος, έχει καλή απόδοση και είναι επιμελής.

Στο τμήμα είναι ζωηρός και συχνά μαλώνει με τα παιδιά χωρίς όμως να δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα. Βοηθάει στις μικροδουλειές και αυτοεξυπηρετείται.

Οι γονείς του δεν δείχνουν πραγματική διάθεση να τον πάρουν, αν και συχνά του τηλεφωνούν και τον επισκέπτονται. Τον επισκέπτεται επίσης αδελφός του που μένει στην Αθήνα.

13.4.88 Ελεύθερος κρίσεων από 16.3.1988

Παρακολουθεί το δημοτικό σχολείο με μεγάλη ευχαρίστηση. Αρκετή βελτίωση στη συμπεριφορά του προς τα παιδιά. Έχει τάση να κλέβει μικροσαντικείμενα που τα βάζει στο μαξιλάρι του. Πάντως αραιώσαν τα περιστατικά κλοπής σε σύγκριση με το πρώτο διάστημα της νοσηλείας του στην νευρολογική κλινική.

19.5.88 Ελεύθερος κρίσεων. Η ίδια θεραπευτική αγωγή. Σχετικά ήρεμος.

29.5.88 Ίδια αγωγή

20.7.88 Παρουσιάζει κρίσεις GRAND MAL από το διάστημα 29.5.88

22.8.88 Ίδια κατάσταση. Οι κρίσεις έχουν αραιώσει. Η ίδια θεραπεία.

25.10.88 Εξήλθε από την κλινική. Συνοδεύτηκε με κοινωνική λειτουργό για την Αλεξανδρούπολη όπως και παρέμεινε. Δόθηκαν οδηγίες και να παρακολουθείται από ειδικό στην πατρίδα του.

Επίπεδα Αντι-Ε φαρμάκων - Φαρμακευτική Αγωγή.

25.11.87

Επίπεδα στον ορό: φαινοβαρβιτάλη 24,2 (Θ.Ε. = 10-30)

με αγωγή TABL. GARDENAL 100 MGR, 1X2

TABL. STEDON 5 1X3

27.2.88 Καρβαμαζεπίνη: 7,8 (Θ.Ε.=4-10)

Βαλπροϊκό οξύ 20 (Θ.Ε.=50-120)

με αγωγή TABL. TEGRETOL: 1-1-2

SIR DEPAKINE: 50 MG X 3

24.3.88 Καρβαμαζεπίνη 8,5 (Θ.Ε. 4-10)

με TABL. TEGRETOL 200 1½ X 3

3.6.88 GARBAMAZEPINE 7,3 (Φ.Τ. 4-10)

με TABL. TEGRETOL 200 MG 1½ X 3

ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1.6.88 Αιματοκρίτης 43 Πολυμορφοπύρρηνα ουδετερόφιλα 58

Αιμοσφαιρίνη 14 Λεμφοκύτταρα 34

Λευκά αιμοσφαίρια 6000 Μονοπύρρηνα 8

Αιμοπετάλια 300.000 Τ.Κ.Ε. 1η ώρα 20 MMHG

Ουρία 20 (Φ.Τ. 10-50)

Σάκχαρο 96 (70-110)

SCOT 26 (ΦΤ 40)

SGPT 24 (ΦΤ 45)

ΥGT 18 (ΦΤ 49)

19.10.88 Αιματοκρίτης 42 Πολυμορφοπύρρηνα ουδετερόφιλα 52%

Αιμοσφαιρίνη 13,5 Ηωσινόφιλα 4%

Λευκά αιμοσφαίρια 4800 Λεμφοκύτταρα 36%

Αιμοπετάλια ΚΦ Μονοπύρρηνα 8%

Τ.Κ.Ε. 25 MMHG

Ουρία 22 MG% (ΦΤ 15-45)	Γενική ούρων
Σάκχαρο 78 (ΦΤ 70-110)	Έντονα αλιαλιδιά
SCOT 25 (ΦΤ 40)	Πυοσφαίρια 8-12
SGPT 21 (ΦΤ 45)	Αρκετή βλέννη
ΥGT 26 (ΦΤ 50)	Αρκετά άμορφα άλατα.

Η Ε Γ (14.11.87)

Διάγραμμα ηρεμίας διάχυτα ανώμαλο με επικράτηση ταχέων ουθιών. Στην υπέρπνοια καταγράφησαν προξυντικές εκφορτίσεις από αιχμές, βραδέα κύματα και συμπλέγματα αιχμής-κύματος.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Προβλήματα ασθενή	Συγκεκριμεμένοι σκοποί	Προγραμματισμός N. φροντίδας	Εφαρμογή N. ενεργειών	Αξιολόγηση αποτελέσματος
1. Σπασμοί, πτώση στο έδαφος από αλώλεια συνείδησης.	Πρόληψη, μετά από αξιολόγηση του.	Παρακολούθηση του Αρρώστου. Αξιολόγηση.	Προστασία από βλάβες. Παραμονή κοντά στον άρρωστο. Παρακολούθηση & αξιολόγηση της κατάστασής του.	Ο άρρωστος ξεπέρασε την κρίση.
2. Σύγχυση, υπνηλία.	Αποκατάσταση ασθενούς.	Παρακολούθηση του ασθενή.	Παρακολούθηση του ασθενή. Ψυχολογική υποστήριξη.	Ήρεμος, πλήρης αποκατάσταση.
3. Αισθήματα ενοχής, ταπείνωσης για την κόση. Αγωνία και φόβος για τις διάφορες εξετάσεις.	Πρόληψη μετά από συζήτηση μαζί του.	Ψυχολογική υποστήριξη.	Ψυχολογική υποστήριξη. Επεξήγηση των εξετάσεων και προετοιμασία του αρρώστου γι' αυτές.	Ανακούφιση του αρρώστου. Έγιναν οι εξετάσεις.
4. Αγωνία λόγω αβιαιότητας για την εξέλιξή του.	Ανακούφιση του αρρώστου από την αγωνία. Αποκατάσταση του ασθενή.	Ψυχολογική υποστήριξη.	Προσπάθειες για την αποκατάσταση του ασθενή.	Αποκατάσταση του ασθενή. Κοινωνική συμπεριφορά.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ Ή ΣΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΤΟΥ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟΥ.

1. Η σωματική άσκηση βοηθάει τους επιληπτικούς και κυρίως τα παιδιά ψυχικά και σωματικά. Να αποφεύγεται η μεγάλη υπερπόωση και ορισμένες δραστηριότητες όπως Ιπασία, Πυγμαχία, Δρόμοι ταχύτητας, Θαλάσσια αγωνίσματα.

2. Η πνευματική εργασία βοηθάει τον επιληπτικό. Πρέπει μόνο να αποφεύγεται η πνευματική κόωση. Η παρακολούθηση ενός συνηθισμένου σχολείου εξαρτάται από την νοημοσύνη του παιδιού.

3. Πρέπει ο επιληπτικός να λαμβάνει τα φάρμακά του σωστά.

4. Μεγάλη σημασία για τον επιληπτικό και ειδικά για το παιδί έχει ο ψυχολογικός παράγοντας. Η αγάπη και η κατανόηση μέσα στην οικογένεια είναι απαραίτητη για να μπορέσει ο ασθενής να προσαρμοστεί στην κοινωνία.

<<Ευχαριστούμε -πολύ όλους όσους βοήθησαν ο καθένας με το δικό του τρόπο ώστε να πάρει η εργασία αυτή τη συγκεκριμένη μορφή.

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε - τον κ. Νίκο Μακρή του οποίου η βοήθεια και η συμβολή έπαιξαν καθοριστικό ρόλο για την επίτευξη της εργασίας>>.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

<<Εγχιέφαλος>>, <<Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής>>, Σελί-
δες 100-120, Τόμος 2ος, Έκδοση Β, Αθήνα 1981

Εγχειλοπαίδηλα <<Ιατρική>>, Έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπου-
δών, Τόμος 6ος, Έκδοση Α, Αθήνα 1964

Καζής Δ.Αρ. <<Κλινική Νευρολογία>>, τόμος 1ος, Έκδοση Β΄
Εκδόσεις ΓΙΑΝΟΥΔΗ, Θεσσαλονίκη 1984

Σαχίνη-Κορδάση Α. Πάνου Μ. <<Παθολογική και Χειρουργική Νο-
σηλευτική>>, Τόμος 1ος, Έκδοση Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ,
Αθήνα 1985

Φιλιππόπουλος Γ., <<Δυναμική Ψυχιατρική>>, Τόμος 1ος, Έκ-
δοση Α΄, Εκδόσεις Α. ΚΑΡΑΒΙΑ, Αθήνα 1971