

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

Ε Π Ι Λ Η Ψ Ι Α

Ε Ρ Ε Υ Ν Α

Πτυχιακή Εργασία
Αλεξανδροπούλου Νίκη
Κοτσολέτη Παναγιώτα

Υπεύθυνος Καθηγητής

(Υπογραφή)

Όνοματεπώνυμο : Νάνου Κυριακή

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

α)
β)
γ)

Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη Πτυχίου Νοσηλευτικής.

Πάτρα (ημερομηνία)



| | |
|----------------------|-------|
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ | 803 / |
|----------------------|-------|

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I.

| | | |
|------------------------------------------------------|------|------|
| - Πρόλογος..... | σελ. | 1 |
| - Επιληψία - ορισμός..... | σελ. | 2 |
| - Φυσιολογία - Ανατομία του νευρικού συστήματος..... | σελ. | 2- 3 |
| - Παθοφυσιολογία της Επιληψίας..... | σελ. | 3- 4 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------|------|------|
| - Αιτιολογία της νόσου (τοπικά και γενικά αίτια)..... | σελ. | 5- 7 |
| - Πραδιαθεσικοί παράγοντες..... | σελ. | 7- 8 |
| - Ταξινόμηση Επαναληπτικών κρίσεων-Τύποι επιληψίας στ. epilepticus..... | σελ. | 8- 9 |
| - Κλινική εικόνα - Διάγνωση..... | σελ. | 9-11 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III.

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| - Θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων..... | σελ. | 12 |
| - Φαρμακολογική θεραπεία - Ιστορική αναδρομή - γενικές εκτιμήσεις - κλινική εφαρμογή των αντιεπιληπτικών φαρμάκων..... | σελ. | 12-17 |
| - Αντιεπιληπτική θεραπεία κατά την κύηση..... | σελ. | 17-18 |
| - Διακοπή της αντιεπιληπτικής φαρμακευτικής αγωγής..... | σελ. | 18 |
| - Νευροχειρουργική θεραπεία της Επιληψίας..... | σελ. | 18-19 |
| - Ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων..... | σελ. | 19-20 |
| - Τρόπος διαβίωσης - Επαγγελματική αποκατάσταση αντι-Ε κέντρα..... | σελ. | 21-23 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| - Νοσηλευτική φροντίδα - εκτίμηση της κατάστασης ασθενούς - σκοποί της ν. φροντίδας..... | σελ. | 24-28 |
| - Αγωγή του αρρώστου που βρίσκεται σε κατάσταση τονικοκλωνικών σπασμών..... | σελ. | 28-30 |
| - Εφαρμογή νοσηλευτικής αγωγής για έλεγχο και πρόληψη των σπασμών..... | σελ. | 30 |
| - Παιδικό σπασμό και αντιμετώπισή τους..... | σελ. | 30-32 |
| - Προβλήματα του αρρώστου..... | σελ. | 33-34 |
| - Νοσηλευτική αντιμετώπιση των παρενεργειών της αντιεπιληπτικής αγωγής..... | σελ. | 34-41 |

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
| - Υλικό..... | σελ. | 42 |
| - Αποτελέσματα της έρευνας..... | σελ. | 43-45 |
| - Ανάλυση αποτελεσμάτων της έρευνας..... | σελ. | 46-49 |
| - Σκέψεις - Προτάσεις - Μέτρα - Σκοποί - Προβλημα- τισμοί - Συμπεράσματα..... | σελ. | 50 |
| - Επίλογος..... | σελ. | 51 |
| - Παράρτημα - Πίνακες Υπολογισμών..... | σελ. | 52-63 |

" Πέρασε η κρίση της μανίας και πέφτει με αφρούς στο στόμα ο Ξένος. Βλέποντας τον να πέφτει από στην ώρα, όλοι βάλθηκαν από μακριά ή κοντά να τον βαρούνε. Σφουγγίζε τους αφρούς ο άλλος Ξένος και τον νοιαζότανε κι έβαζε μπροστά του ωραίο κρουστό υφαντό να τον σκεπάσει. Είχε απ' τη μία το νου του στις ριξιές μας και φρόντιζε απ' την άλλη για τον φίλο του. "

" Ιφιγένεια η εν Ταύροις "
στιχ. 327 - 335

μεταφρ. Ι. Γρυπάρη, Θ. Σταύρου

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.

Οι επιληψίες όπως αναφέρετε στα επόμενα κεφάλαια, είναι κατά κύριο λόγο νόσος του νευρικού συστήματος και αφορούν κυρίως διαταραχές της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου. Συγκεκριμένα, ως παροξυσμός ή σπασμός χαρακτηρίζεται μια επεισοδιακή ακούσια μεταβολή στο επίπεδο συνείδησης, την κινητική δραστηριότητα, την συμπεριφορά, την αισθητικότητα, ή την αυτόνομη λειτουργία, εξαιτίας της ανώμαλης έντονης εκκένωσης των νευρώνων μέσα στο κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η αναφορά αυτή θα περιλαμβάνει μια μικρή εισαγωγή στην ανατομία και την διαίρεση των επιμέρους τμημάτων του Νευρικού Συστήματος. Θα ακολουθήσει μία αναφορά στην φυσιολογική λειτουργία (φυσιολογία) των νευρώνων και την μεταβίβαση των νευρικών ώσεων διαμέσου των νευρώνων.

Όλα αυτά κρίνονται απαραίτητα προκειμένου να γίνουν κατανοητοί διάφοροι όροι που θα χρησιμοποιηθούν στην εργασία μας όπως εστιακοί σπασμοί, φλοιός του εγκεφάλου κλπ. Επιπλέον δεν μπορούμε να μιλάμε για νόσους του Νευρικού Συστήματος χωρίς να γνωρίζουμε μερικά βασικά πράγματα γι' αυτό όπως είναι η φυσιολογία του και η ανατομία του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

ΕΠΙΛΗΨΙΑ - ΟΡΙΣΜΟΣ

Η επιληψία είναι νευρολογική πάθηση γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων. Πρόκειται για διαλείπουσα διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας, παροδική, που αρχίζει και τερματίζεται απότομα και συχνά συνοδεύεται από κινητικά ή αισθητικά φαινόμενα.

Δόθηκαν σ'αυτήν κατά καιρούς διάφορες ονομασίες, όπως ιερά νόσος, πίπτουσα νόσος, σεληνιασμός κ.α. Η τελευταία ονομασία δόθηκε γιατί πίστευαν ότι οι εκδηλώσεις αυτής είχαν σχέση με τις φάσεις της σελήνης. Οι επιληπτικοί ασθενείς δεν γίνονταν δεκτοί από την κοινωνία, κάτι ανάλογο με την νόσο του Hausen δηλαδή τη λέπρα. Πιστευόνταν επίσης ως άτομα που καταλαμβάνονταν από μαγικές ή δαιμονικές δυνάμεις και πολλοί επιληπτικοί θεωρούνταν ως μάγοι.

Παρ'όλη την παλαιότητα της εμφανίσεως της νόσου, είναι ακόμα και σήμερα δύσκολο να δοθεί ακριβής χαρακτηρισμός της νόσου - ο οποίος να καλύπτει τον πολυποίκιλο χαρακτήρα της νόσου, - επειδή η νόσος εκδηλώνεται με πολλές διαφορετικές μορφές. Δεν μπορεί να υπάρξει ορισμός αρκετά ευρύς και συγχρόνως αρκετά ειδικός για διαταραχές της συνείδησης που είναι βασικά τόσο διαφορετικές μεταξύ τους. Η επιληψία όμως μπορεί να ορισθεί ως μία παροδική επαναλαμβανόμενη διαταραχή της συνείδησης, που σταματά αυτόματα, και της οποίας συχνά προηγούνται ή ακολουθούν κινητικά ή αισθητικά φαινόμενα. Ένας τέτοιος ορισμός μπορεί να συμπεριλαμβάνει τις περισσότερες περιπτώσεις επιληψίας, δυστυχώς όμως συμπεριλαμβάνει και ορισμένες περιπτώσεις συγκοπής ή άλλες καταστάσεις οι οποίες δεν ανήκουν στην επιληψία και θα πρέπει να διαχωρίζονται απ' αυτήν. Ακόμα η απώλεια της συνείδησης δεν είναι σταθερό εύρημα για μερικά επεισόδια που αναμφισβήτητα είναι επιληπτικά.

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.

Για να μπορέσει να επιβιώσει ο ανθρώπινος οργανισμός πρέπει να είναι σε θέση να προσαρμόζει τις λειτουργίες του σύμφωνα με τις ανάγκες που δημιουργεί ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Για να πετύχει κάτι τέτοιο, ο οργανισμός πρέπει να έχει τη δυνατότητα να παίρνει πληροφορίες από το εξωτερικό περιβάλλον, να τις επεξεργάζεται και να δίνει εντολές στα διάφορα όργανα να αντιδράσουν ανάλογα. Το ρόλο αυτό τον παίζει το νευρικό σύστημα που τα κύτταρά του έχουν τέτοιες ιδιότητες, ώστε να είναι σε θέση να επιτελέσουν τις λειτουργίες αυτές.

Το βασικό δομικό στοιχείο του ανθρώπινου Νευρικού Συστήματος είναι ο Νευρώνας, δηλαδή το νευρικό κύτταρο, ειδικά διαφοροποιημένο, με τρόπο ώστε να εκτελεί τη σύνθετη δραστηριότητα της λήψης, μετάδοσης και αντίδρασης. Βασικά χαρακτηριστικά του είναι η διεγερτικότητα, δηλαδή η διαφοροποίησή του

λόγω της δράσης μίας διέγερσης, και η αγωγιμότητα, δηλαδή η ιδιότητα να "άγει" ερεθίσματα. Από το σώμα του αρχικού νευρώνα, όπου εκεί βρίσκεται ο πυρήνας, αρχίζει μία επιμήκνωση, που φθάνοντας σε μία απόσταση, αρχίζει να εξαπλώνεται θυμίζοντας λίγο τη μορφή ενός ροπαλού. Απ' αυτήν την εξαπλωση γεννιούνται πολλές λεπτές αποφυαίδες, από τις οποίες μία ειδικά θα γίνει μακριά και θ' αποτελέσει το νευράξονα ή νευρίτη, ενώ οι άλλες θα παραμείνουν πολύ πιο κοντές και θα αποτελέσουν τους δενδρίτες.

Ο Νευράξονας εκφύεται από τον εκφυτικό κώνο όπου μαζί με τους δενδρίτες αποτελούν τη ζώνη του κυττάρου ή δεκτική, δηλαδή την περιοχή που μπορεί να δεχθεί ένα ερέθισμα, ενώ ο Νευράξονας χρησιμεύει για να μεταφέρει το ερέθισμα από την ζώνη του κυττάρου προς τις τελικές απολήξεις του. Τα σώματα των νευρώνων βρίσκονται μέσα στη φαιά ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και στα νευρικά γάγγλια, ενώ οι προεκβολές ή αποφυαίδες τους αποτελούν τη λευκή ουσία και τα περιφερειακά νεύρα. Τα τελικά κουμπιά του νευράξονα βρίσκονται σε επαφή με την μεμβράνη των δενδριτών ή του σώματος ενός άλλου νευρικού κυττάρου. Το σημείο αυτό συνδέσεως του ενός νευρικού κυττάρου με ένα άλλο λέγεται σύναψη. Σύνάψεις σχηματίζονται μεταξύ νευρικών και μυικών κυττάρων. Δια μέσου των συνάψεων η διέγερση μεταδίδεται από το ένα νευρικό κύτταρο στο επόμενο νευρικό ή σε ένα μυικό κύτταρο. Η μετάδοση αυτής της διέγερσης είναι αρκετά πολύπλοκη διαδικασία. Σε γενικές γραμμές εκείνο που συνήθως συμβαίνει είναι ότι, όταν η διέγερση φθάσει στα τελικά κουμπιά, τότε από την περιοχή του τελικού κουμπιού εκκρίνονται χημικές ουσίες, όπου οι ουσίες αυτές πάνε και κολλάνε στη μεμβράνη του επόμενου νευρικού ή μυικού κυττάρου και τη διεγείρουν. Αυτές οι χημικές ουσίες ονομάζονται διαβιβαστικές. Τέτοιες σημαντικές ουσίες είναι η ακετυλοχολίνη. Με αυτόν τον τρόπο μία διέγερση είναι δυνατό να μεταδοθεί από νευρικό κύτταρο σε νευρικό κύτταρο σε μεγάλες αποστάσεις. Ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον μπορούν να μεταδοθούν μέχρι τον εγκέφαλο ή και αντίθετα ο εγκέφαλος να στείλει εντολές σε όλα τα μέρη του σώματος.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος ποικίλει στην τάση του να προκαλεί σπασμούς. Σε μερικά άτομα ένα μικρό ερέθισμα θα προκαλέσει επιληπτική δραστηριότητα (όπως η παρατεταμένη στέρηση ύπνου), ενώ σ' άλλα άτομα παρά το βαρύ ερέθισμα δεν παρατηρείται τέτοια δραστηριότητα. Εξαιτίας αυτού του μεταβλητού ουδός, ο πληθυσμός μπορεί να διαιρεθεί σε επιληπτικά και μη επιληπτικά άτομα.

Μελετώντας την παθοφυσιολογία ως επιληψία, παρατηρούμε ότι η τοπική εφαρμογή ακετυλοχολίνης (ACh) στο φλοιό του εγκεφάλου έχει ως συνέπεια την εκδήλωση εστιακής επιδημίας. Αντίθετα, το γ-αμβουτυρικό οξύ (GABA) έχει ως συνέπεια την ελάττωση διεργεισιμότητας. Έτσι το τελευταίο δρα ως αντισπασμωδικό, και

κάθε διαταραχή που μεταβάλλει τη σχέση Ach/GABA (όπως η έλλειψη πυριδομίνης που είναι βασική στην έλλειψη του GABA), θα μπορούσε να προδιαθέσει για επιλημία. Πολλές καταστάσεις που τροποποιούν το μεταβολισμό του εγκεφάλου, όπως μεταβολικά νοσήματα, τοξίνες, στέρηση φαρμάκων είναι δυνατόν να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα.

Με την ηλεκτρική διέγερση όπου είναι ένας άλλος μηχανισμός μπορούν να προκληθούν σπασμοί στον φυσιολογικό εγκέφαλο. Επομένως αν ένα στερεότυπο υποβαλβιδικό ερέθισμα επαναλαμβάνεται κατά κανονικά διαστήματα, υπάρχει βαθμιαία αύξηση της αντίδρασης μέχρι σημείου όπου παράγονται γενικευμένοι σπασμοί σε απάντηση του ίδιου του ερεθίσματος, το οποίο αρχικά ήταν υποβαλβιδικό. Ενδεχομένως μπορεί να εμφανιστούν αυτόματα σπασμοί χωρίς παραιτέρω ηλεκτρική διέγερση. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται Kindling. Η σχέση του με την παθοφυσιολογία της μετατραυματικής επιληψίας ή με το ερώτημα σαν επέλευση των ιδίων των παροξυσμών τείνει να συντηρήσει την συνεχή ανάπτυξη επιληπτικής εστίας στον άνθρωπο, δεν έχει διευκρινιστεί.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.

Με βάση την αιτιολογία της επιληψίας είναι δυνατόν να διαχωριστεί σε δύο μεγάλες ομάδες. Την ιδιοπαθή και την συμπτωματική.

Στην ιδιοπαθή επιληψία δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για οργανική βλάβη του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνη για τα επεισόδια, και συνήθως αυτά δεν έχουν εστιακό χαρακτήρα.

Στην συμπτωματική επιληψία οι κρίσεις είναι αποτέλεσμα οργανικής βλάβης του εγκεφάλου. Στην μορφή αυτή, διακρίνουμε τα αίτια σε τοπικά και σε γενικά.

ΤΟΠΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

- α. Ενδοκρανιακός όγκος, εγκεφαλικό απόστημα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, αλλείωμα ή αιμάτωμα.
- β. Φλεγμονώδεις και απομυελινωτικές καταστάσεις:
Μηνιγγίτιδα, οξεία και υποξεία εγκεφαλίτιδα, νευροσύφιλη, σκλήρυνση κατά πλάκας.
- γ. Τραύμα:
Περιγεννητική κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή αιμάτωμα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις σε μεγαλύτερη ηλικία.
- δ. Συγγενείς ανωμαλίες:
Συγγενής διπληγίες, ηβώδεις σκλήρυνση, παρεγκεφαλία.
- ε. Εκφυλιστικές και συγγενείς μεταβολικές παθήσεις:
Εγκεφαλοπάθειες της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων και των βρεφικών σπασμών, φαινυλκετουρία, νόσος του Pick και νόσος του Alzheimer.
- στ. Αγγειακές παθήσεις:
Εγκεφαλική αθυρωμάτωση, ενδοκρανιακή αιμορραγία, θρόμβωση, εμβολή, εκλαμψία, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, ενδοκρανιακό ανεύρισμα και οξεία εγκεφαλική ισχαιμία από οποιαδήποτε αιτία.

ΓΕΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.

- α. Εξωγενή δηλητήρια:
Αλκοόλη, κοκαΐνη, στρυχνίνη, χλωροφόρμιος αιθέρας, ινσουλίνη, αμφεταμίνη, καμφορά, διακοπή λήψης αλκοόλης, βαρβιτουρικών και άλλων φαρμάκων σε εθισμένα άτομα.
- β. Ανοξία:
Ασφυξία, δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα, αναισθησία με οξείδιο του αζώτου και μεγάλη αναιμία.
- γ. Διαταραγμένος μεταβολισμός:
Ουραιμία, ηπατική ανεπάρκεια, υπολειτουργία επινεφριδίων, πορφυρία, υπογλυκαιμία, υπερπυρεξία, υπερκαλιαιμία και έλλειψη πυριδομίνης.
- δ. Ενδοκρανιακές διαταραχές:
Παραθυροειδική τετανία, ιδιοπαθής υποπαραθυροειδισμός και ψευδοϋποπαραθυροειδισμός.

ε. Καταστάσεις που παρατηρούνται ιδιαίτερα στα παιδιά:
Ραχίτιδα και οξείες φλεγμονές (πυρετικοί σπασμοί).

Η πιθανή αιτιολογία ενός επιληπτικού παροξυσμού εξαρτάται από την ηλικία του αρρώστου.

Στα βρέφη οι συνηθέστερες αιτίες επιληψίας είναι η ανόξια ή η ισχαιμία προ και κατά την γέννηση, ενδοκρανιακή βλάβη κατά την γέννηση, μεταβολικές διαταραχές όπως η υπογλυκαιμία, υποασβεσταιμία, λοιμώξεις, συγγενείς δυσπλασίες του εγκεφάλου.

Στο μικρό παιδί, τα τραύματα και οι λοιμώξεις αποτελούν συχνές αιτίες επιληψίας, ενώ οι ιδιοπαθείς επιληπτικοί παροξυσμοί είναι υπεύθυνοι για την πλειονότητα των περιπτώσεων.

Γενετικοί παράγοντες μπορεί να επιδράσουν στην εμφάνιση της επιληψίας. Η πιθανότητα ενός αδελφού ή ενός παιδιού με γενικευμένους παροξυσμούς, να έχει επίσης επιληψία είναι 10%.

Μικρά παιδιά, αναπτύσσουν συχνά σπασμούς κατά την διάρκεια εμπύρετων νόσων. Αυτοί οι πυρετικοί σπασμοί είναι γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί βραχείας διάρκειας και εμφανίζονται σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 3 μηνών και 5 ετών. Είναι απίθανο να αναπτύξει το παιδί επιληψία ή οποιαδήποτε νευρολογική βλάβη εξαιτίας ενός πυρετικού σπασμού, αν αυτός διαρκέσει λιγότερο από 5 λεπτά, είναι περισσότερος γενικευμένος παρά εστιακός, και δεν συνοδεύεται από καμία ΗΕΓγραφική ανωμαλία ή ανωμαλία κατά την νευρολογική εξέταση. Οι πυρετικοί σπασμοί θεραπεύονται πιά αποτελεσματικά με γρήγορα και δραστήρια μέσα ώστε να αποφευχθεί η μεγάλη αύξηση της θερμοκρασίας κατά την διάρκεια διαφόρων παιδικών νοσημάτων, αλλά χωρίς αντιεπιληπτική θεραπεία.

Στους εφήβους και στους ενήλικες, ο τραυματισμός της κεφαλής αποτελεί κύρια αιτία εστιακής επιληψίας. Βλάβες οι οποίες προκαλούν διάτρηση της σκληράς μήνιγγας ή μετατραυματική αμνησία με διάρκεια μεγαλύτερη από 24 ώρες, μπορεί να έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση όψιμης επιληψίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε περιπτώσεις κλειστών κακώσεων της κεφαλής με εγκεφαλική διάσειση είναι μικρότερο.

Βραχυχρόνιες διασεισεις του εγκεφάλου ή μη διαμπερή τραύματα της κεφαλής χωρίς απώλεια της συνείδησης, δεν προκαλούν επιληψία. Σπασμοί που εμφανίζονται αμέσως μετά ή στην διάρκεια των πρώτων 24 ωρών μετά από τον τραυματισμό δεν έχουν κακή πρόγνωση, ενώ σπασμοί που εμφανίζονται μετά την πρώτη ημέρα και μέσα στις 2 πρώτες εβδομάδες έχουν μεγάλη πιθανότητα να αποτελούν συμπτώματα μετατραυματικής επιληψίας. Οι περισσότεροι σπασμοί αναπτύσσονται σε διάστημα 2 ετών μετά την κάκωση, ενώ μπορεί να μεσολαβήσουν και μακρότερα διαστήματα.

Στην ομάδα των εφήβων ή των νεαρών ενηλίκων οι γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί είναι ιδιοπαθείς ή συνοδεύονται με την απόσυρση από φάρμακα (ιδίως βαρβιτουρικά) ή οινόπνευμα. Μετάξυ της ηλικίας των 30 και 50 ετών οι όγκοι του εγκεφάλου αποτελούν τις συνηθέστερες αιτίες σπασμών. Γενικά, οι επιπτώσεις των σπασμών είναι μεγαλύτερες σε περιπτώσεις βραδέως εξελισσόμενων εγκεφαλικών όγκων, που προσβάλουν την παρεγκεφαλίδα. Οστόσο σπασμοί μπορούν να εμφανιστούν σε άτομα με κάθε είδους χωροκατακτητική επεξεργασία του ΚΝΣ, περιλαμβανόμενων των πο-

λύ κακοήθων μεταστατικών όγκων ή των τελείως καλοήθων αγγειακών δυσπλασιών.

Μετά την ηλικία των 50 ετών, η εγκεφαλοαγγειακή νόσος είναι η συνηθέστερη αιτία εστιακών ή γενικευμένων σπασμών. Σπασμοί μπορεί να εμφανισθούν οξέως σε αρρώστους με εμβολή, αιμορραγία ή σπανιότερα θρόμβωση.

Σε κάθε ηλικία, ποικιλία εσωτερικών νόσων μπορεί να προκαλέσει μεταβολικές διαταραχές που μπορούν να εκδηλωθούν ως μονοκλονικοί σπασμοί ή ως γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί.

Συνοψίζοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες κατά κατηγορία εμφανίσεως (εκτός ταξινόμησης με βάση την ηλικία του ασθενούς) παράγοντες που προδιαθέτουν την εμφάνιση της επιληψίας είναι:

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Βάση των παραγόντων που θα αναφέρουμε στη συνέχεια, δημιουργείται προδιάθεση ισχυρή, κατά την οποία προσβάλλεται ευκολότερα ένα άτομο από την συγκεκριμένη ασθένεια.

Τους προδιαθεσιακούς παράγοντες αποτελούν:

α. Τραύματα της κεφαλής και κακώσεις του εγκεφάλου είναι ανάμεσα στους πιο συνηθισμένους παράγοντες που οδηγούν στην εμφάνιση επιληπτικών διαταραχών. Ένα σοβαρό κλειστό τραύμα της κεφαλής έχει ως συνέπεια την εμφάνιση σπασμών στο άτομο μέσα σε 1 ή 2 χρόνια. Όταν το τραύμα έχει ως συνέπεια την διάτρηση του κρανίου και της σκληρής μήνιγγας, τότε το άτομο θα εμφανίσει σπασμούς σε διάστημα αρκετών μηνών έως 2 χρόνια. Επίσης, κάκωση του εγκεφάλου μπορεί να συμβεί κατά την γέννηση (συμπίεση της κεφαλής στο γεννητικό σωλήνα).

β. Εγκεφαλικοί Όγκοι.

Έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση μη εστιακών γενικευμένων σπασμών.

γ. Λοιμώξεις.

Συχνά σχετίζονται με την εμφάνιση σπασμών, οξείες λοιμώξεις μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, όπου μπορούν να προκαλέσουν επίσης καταστροφή της εγκεφαλικής ουσίας. Τότε οδηγούν σε χρόνιες επιληπτικές διαταραχές.

δ. Αγγειακή εγκεφαλική νόσος.

Αρτηριοτική επεξεργασία με ή χωρίς απόφραξη των μεγάλων αγγείων, παρουσιάζεται συχνά σε ασθενείς μετά την ηλικία των 50 όπου αρχίζουν να εμφανίζουν σπασμούς. Με την εμφάνιση επιληπτικών διαταραχών μπορεί να σχετίζονται και εγκεφαλικά ανευρίσματα, νόσοι του κολλαγόνου και αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες.

ε. Γεννητικοί παράγοντες.

Ο ρόλος του παράγοντα αυτού δεν είναι ξεκάθαρος για την εμφάνιση επιληπτικών διαταραχών. Οι πιθανότητες για ένα παιδί να αναπτύξει επιληπτικές διαταραχές είναι κάπως μεγαλύτερες αν ο ένας από τους γονιούς έχει πρωτοπαθή γενικευμένο σπασμό (τονικοκλονικό), και είναι ακόμα μεγαλύτερες αν και οι δύο γονείς είναι καταθλιπτικοί. Ακόμη, αυτό που μεταβιβάζεται γεννητικώς είναι πιθανόν η προδιάθεση για σπασμούς παρά η εκδήλωση των επιληπτικών διαταραχών. Τα παιδιά επιληπτικών

γονέων μπορούν να αναπτύξουν επιληπτικές διαταραχές από μία ελλάσωνα περιβαντολογική αιτία, απ'ότι τα παιδιά μη επιληπτικών γονέων.

Σε πολλούς ασθενείς, τέλος, με επιληπτικές διαταραχές δεν παρουσιάζεται κανένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες που αναφέραμε προηγουμένως. Η διαταραχή σ' αυτές τις περιπτώσεις ταξινομείται στην κατηγορία της ιδιοπαθούς επιληψίας ή των επιληπτικών διαταραχών αγνώστου αιτιολογίας.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.

Οι νευρολογικές εκδηλώσεις των Ε παροξυσμών ποικίλουν από βραχυχρόνια απόσπαση της προσοχής, ως παρατεταμένη απώλεια συνείδησης. Η ακριβής ταξινόμησή τους είναι σημαντική τόσο για την διάγνωση και την εκτίμηση της πρόγνωσης όσο και για την επιλογή και την εφαρμογή της σωστής θεραπείας.

Η ταξινόμηση που θ'αναφέρουμε παρακάτω, έχει γίνει με βάση τον κλινικό τύπο του παροξυσμού και την ΗΕΓκή εικόνα που τον συνοδεύει. Η βασική προϋπόθεση της ταξινόμησης είναι ότι, ορισμένοι παροξυσμοί (μερικοί ή εστιακοί) ξεκινούν από εντοπισμένη περιοχή του εγκεφάλου (φλοιός) και ή παραμένουν εντοπισμένοι ή εξαπλώνονται δια μέσου του εγκεφάλου, ενώ άλλοι φαίνεται να είναι γενικευμένοι απο την αρχή.

Τέλος σ' αυτό το σχήμα ταξινόμησης έχουν ενσωματωθεί και οι παλιότερες ορολογίες του grand mal, petit mal και της ψυχοκινητικής Ε ή αλλιώς του κροταφικού λοβού.

ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.

1. Εστιακές κρίσεις.
 - α) Απλές ή Jacksonian.
 - β) Σύνθετες ή του κροταφικού λοβού ή ψυχοκινητικές ή σύνθετες μερικές κρίσεις
2. Γενικευμένες κρίσεις.
 - α) Τονικοκλονικές (grand mal)
 - β) Αφαιρέσεις (petit mal)
 - γ) Ατονικές (άτυπες μορφές π.χ. υψοκλονίες, μυοκλονίες και βρεφικοί σπασμοί).

STATUS EPILEPTICUS

Είναι το φαινόμενο κατά το οποίο συμβαίνουν επαναλαμβανόμενες Ε κρίσεις οποιουδήποτε τύπου, χωρίς μεσοδιαστήματα της συνείδησης μεταξύ τους. Πρόκειται για νευρολογική κατάσταση, που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση γιατί μπορεί να επιφέρει τον θάνατο. Διάρκει για 1,2 ή και περισσότερες ημέρες.

Παρουσιάζει απώλεια συνείδησης, έντονες νευριμικές διαταραχές, υποθερμία και μέσα σε φαινόμενα γενικής εξάντλησης μπορεί να επέλθει ο θάνατος.

Η έγκαιρη θεραπεία του σώζει τη ζωή.

Όταν παρέλθει μπορεί ν' αφήσει σημαντική διανοητική έκπτωση στον ασθενή.

Το St. Epilepticus παρατηρείτε σε απότομη διακοπή της Αντι-Ε αγωγής ή και σε όγκους εγκεφάλου.

Υπάρχει, τέλος, Status Epilepticus τύπου petit mal, όπου ο ασθενής βρίσκεται σε συνεχή θόλωση της συνείδησης.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.

Η επιληπτική κρίση διαφοροποιείται σε δύο τύπους, στις εστιακές και στις γενικευμένες, όπου και αυτές με την σειρά τους διαχωρίζονται σε υποκλάδους. Οπότε έχουμε:

1. Εστιακές κρίσεις.
 - α) Απλές ή Jacksonian
 - β) Σύνθετες
2. Γενικευμένες κρίσεις.
 - α) Αφαιρέσεις (Petit Mal)
 - β) Τονικοκλονικές (Grand Mal)
 - γ) Ατονικές

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε κάθε κρίση.

1. Εστιακές Κρίσεις.

α) Απλές ή Jacksonian. Αυτή η κρίση συνήθως αρχίζει με ένα κλονικό σπασμό στις γωνίες του στόματος, στον αντίχειρα, στο δείκτη ή στο μεγάλο δάκτυλο του ποδιού για να εξαπλωθεί στη συνέχεια σε όλο το μυϊκό σύστημα.

Μετά την κρίση το προσβαλλόμενο τμήμα μπορεί να παρουσιάσει για σύντομο διάστημα μια μορφή παράλυσης.

β) Οι Σύνθετες κρίσεις είναι επεισοδιακές μεταβολές της συμπεριφοράς κατά τις οποίες ένα άτομο χάνει τη συνειδητή επαφή του με το περιβάλλον (ο ασθενής έχει ζήσει στο παρελθόν την παρούσα στιγμή (deja vu ή déjà vecu) ή αντίθετα το οικείο περιβάλλον φαίνεται αλλαγμένο (Jamais vu και Jamais vecu)). Αλ-λοτε παρουσιάζει έντονες συναισθηματικές εμπειρίες (φόβο, κα-τάθλιψη, άγχος) ή εξωπραγματικά συναισθήματα (αυτιπροσωποίη-ση).

Επίσης μπορεί να παρουσιάζει ενοχλητικές οσφητικές ή γευ-στικές ψευδαισθήσεις (εφίδρωση, σιελόρροια, αίσθημα παλμών και ανακάτεμα στο στομάχι) ή ήλιγο, καθώς και μη λογική ομι-λία ή συμπεριφορά (όπως π.χ. γδύσιμο δημοσίως).

Μερικές φορές παρατηρείται πλατάγισμα των χειλιών ή γρήγο-ρες μικρές συσπάσεις της γωνίας του στόματος.

2. Γενικευμένες κρίσεις.

α) Αφαιρέσεις (Petit Mal). Οι αφαιρέσεις εκδηλώνονται με απότομη παύση της συνεχιζόμενης συνειδητής δραστηριότητας ή απώλεια του ελέγχου της στάσεως. Συνήθως διαρκούν λίγα δευτε-ρόλεπτα ή λεπτά. Οι απώλειες της συνείδησης ή της εκγρήγορας μπορεί να συνοδεύονται από ελλάσσονες κινητικές εκδηλώσεις.

όπως πτερύγισμα των βλεφάρων, μικρές κινήσεις μασήσεως, ή μέτριο τρέμο χεριών. Σε γενικές γραμμές η απώλεια της συνείδησης είναι τόσο σύντομη ώστε ο ασθενής δεν πέφτει κάτω και η προσοχή του διαταράσσεται τόσο στιγμιαία που σχεδόν δεν γίνεται αντιληπτή. Οι αφαιρέσεις μπορεί να παρουσιάζονται 20-30 φορές την ημέρα και μερικές φορές πυκνώνουν από την συναισθηματική φόρτιση.

β) Τονικο-κλονικοί (Grand Mal). Πριν από την κρίση ο ασθενής μία σειρά αισθήσεων (αύρα) π.χ. ότι έχει παρασυρθεί σε μία σκηνή, δηλαδή ένα ονειρώδες αίσθημα ή μπορεί να έχει την μορφή γεύσης ή οσμής. Μετά απ' αυτές τις "προειδοποιήσεις" ξαφνικά χάνει την συνείδησή του και πέφτει στη γη. Το σώμα του είναι σε ακαμψία, όλο το μυϊκό σύστημα βρίσκεται σε συσπάσεις μπλοκάρωντας τις αναπνευστικές κινήσεις, κι' αυτό προκαλεί κυάνωση στο πρόσωπο. Ο πάσχων έχει σιελόρροια και συχνά δαγκώνει την γλώσσα του. Ορισμένες φορές μπορεί να έχει απώλεια ούρων και κοπράνων.

γ) Ατονικές κρίσεις. Οι κρίσεις αυτές είναι βραχύες απώλειες της συνείδησης και του τόνου της στάσεως και δεν συνοδεύονται από τονικές μυϊκές συσπάσεις. Το άτομο μπορεί να πέσει απλώς στο πάτωμα χωρίς φανερή αιτία.

ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ.

Όλες οι κατηγορίες των διαλειπόντων επιληπτικών κρίσεων μπορεί να εμφανιστούν αποραδικά ή τυχαία, χωρίς προφανές αίτιο ή μπορεί να εμφανίζονται κυκλικά δηλαδή σε συνάρτηση με την υπνοβασία ή την έμμηνη ρήση (κατά μήνα επιληψία). Επίσης μπορεί να εμφανισθούν ως προκλητικές αντιδράσεις σ' ένα ειδικό ερέθισμα, (αντανακλαστική επιληψία) που είναι σχετικά ασυνήθες. Παραδείγματα αποτελούν οι σπασμοί που ελκύονται από την διέγερση από το φως (φωτομουκλονική ή φωτοσπαστική επιληψία) ή το διάβασμα (επιληψία αναγνώσεως ή της γλώσσας). Το τελευταίο έγκειται σε συνήθη βραχεία μουκλονικά τινάγματα της γνάθου, των παρειών και της γλώσσας, εμφανίζεται κατά την διάρκεια της σιωπηρής ή προφορικής ανάγνωσης και μπορεί να εξελιχθεί σε γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ.

Η Διάγνωση της επιληψίας γίνεται από το είδος, την διάρκεια και την συχνότητα των σπασμών. Με την λεπτομερή κλινική εξέταση ερευνάται η τυχόν ύπαρξη υποκειμενικής βλάβης του εγκεφάλου, οπότε βέβαια αποκλείεται η ιδιοπαθής επιληψία.

Επίσης πρέπει να παίρνεται ένα ιστορικό της προγεννητικής και περιγεννητικής περιόδου για την ύπαρξη τυχόν επιβαρυντικών παραγόντων (δυστοκία, ανοξία κλπ.). Σε γενικές γραμμές η κλινική εικόνα βοηθά ελάχιστα στην εκτίμηση της επιληψίας (τύπος κλπ.). Σ' αυτές τις περιπτώσεις είναι απαραίτητο να γίνεται παραιτέρω εργαστηριακός έλεγχος.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις περιλαμβάνουν:

α) Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) όπου καταγράφεται η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου μέσω του άθικτου κρανίου. Αυτό επιτυγχάνεται με την χρησιμοποίηση μιας σειράς μεταλλικών ηλεκτροδίων (8-16). Η διάγνωση της επιληψίας δεν βασίζεται τόσο στην μέθοδο αυτή, όσο στην κλινική εικόνα. Εάν το ΗΕΓ δείξει ιδιοπαθή επιληψία, ή μικτή επιληψία τότε ο παραπέρα εργαστηριακός έλεγχος για την ανεύρεση κάποιας αιτίας δεν είναι χρήσιμος. Αντίθετα η ύπαρξη μιας τοπικής διαταραχής είναι ένδειξη για παραπέρα εργαστηριακή έρευνα.

β) Ακτινογραφία θώρακος. (Δευτεροπαθής καρκίνωμα μπορεί να εμφανιστεί σε συνδυασμό με επιληψία).

γ) Σπινθηρογράφημα Εγκεφάλου. (T-SCAN για την διάγνωση όγκου).

δ) Γενική εξέταση αίματος, αντίδραση Wasser ασβεστίου ορού, προσδιορισμό του σακχάρου νηστείας, και εξέταση των ούρων για παρφυρίνες.

ε) Οσφυονωτιαία παρακέντηση (δεν ενδείκνυται σαν εξέταση ρουτίνας).

στ) Αξονική τομογραφία με ηλεκτρονικό εγκέφαλο (TAC). Η ύπαρξη μιας εγκεφαλικής αλλοίωσης (όγκου, επιληπτικής κρίσης) εκτιμάται της διαφορετικής απορροφητικής δράσης των ακτίνων X κατά την διέλευσή τους από τους ιστούς του εγκεφάλου. Αυτό επιτυγχάνεται από ένα Ηλεκτρονικό Υπολογιστή που συνδέεται άμεσα με μια διαγνωστική συσκευή.

Με την μέθοδο αυτή μειώνεται ο κίνδυνος που διατρέχουν οι ασθενείς από την ακτινοβολία.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ.

Η επικέντρωση της προσοχής στη θεραπεία της επιληψίας βρίσκεται :

- α) Στην εξάλειψη της αιτίας του παροξυσμού.
- β) Στην καταστολή των κλινικών εκδηλώσεων.
- γ) Στην αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών που προκύπτουν από την νευρολογική δυσλειτουργία.

Αν η διαταραχή οφείλεται σε μεταβολική διαταραχή π.χ. υπογλυκαιμία υπασβεστιαίμια, μετά την επανόρθωση διακόπτονται οι παροξυσμοί. Αν η αιτία βρίσκεται σε οργανική βλάβη του εγκεφάλου (π.χ. όγκο ή κύστη), η διόρθωσή της θα καταστείλει τον παροξυσμό. Παρ'όλα αυτά οι μακροχρόνιες βλάβες, ακόμα κι αν δεν εξαπλώνονται, μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνιες μεταβολές του εγκεφαλικού φλοιού, κι έτσι σε χρόνιες επιληψίες. Τότε η χειρουργική αφαίρεση των επιληψιογόνων περιοχών του εγκεφάλου είναι απαραίτητη.

ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.

Για την θεραπεία της επιληψίας έχει χρησιμοποιηθεί μεγάλος αριθμός φαρμάκων.

Κατά τον Μεσαίωνα χρησιμοποιούνταν βότανα κι άλλοι ανόργανοι παράγοντες.

Στις αρχές του 19ου αιώνα χρησιμοποιήθηκαν τα άλατα σιδήρου και του ιωδίου, ψευδάργυρος, άργυρος, καθώς και η δακτυλίτιδα το όπιο, η γωθέρια (τοσί Καναδά) και το φυτό Ατροπος Μπελαντόνα.

Με βάση την υπόθεση ότι η αιτία της επιληψίας είναι ο αυτανοτισμός χρησιμοποιήθηκε το πρώτο αποτελεσματικό φάρμακο, το Βρωμιούχο Κάλιο, τον 19ο αιώνα, το οποίο και χρησιμοποιήθηκε εκτενέστατα.

Μέσα στον 20ο αιώνα χρησιμοποιήθηκαν σταδιακά η φαινοβαρβιτάλη, οι Υδαντοίνες και η Καρβαζεπίνη, και η Τριμεθαδιόνη με πρωτοφανή "ειδικότητα" κατά των κρίσεων αφαίρεσης. Πιο πρόσφατα (τέλη δεκ.60) χρησιμοποιήθηκε το Βαλπροϊκό Νάτριο, με νεώτερο τη Διαζεπάλη, το φάρμακο εκλογής στο st.epilerticus, και την Κλοναζεπάλη.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ.

Φάρμακα που θεραπεύουν την επιληψία για πάντα δεν υπάρχουν ακόμα.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα, εμποδίζουν μερικά τους σπασμούς να εκδηλωθούν κι αυτό μόνο όταν βρίσκονται στην

περιοχή δράσης των σπασμών σε ενεργή κατάσταση. Τα αποτελέσματα τους, γενικά, έχουν σχέση με την συγκέντρωση στο πλάσμα (τ'αντιεπιληπτικά αποτελέσματα, συνήθως επιτυγχάνονται με συγκεντρώσεις λίγο κατώτερες από εκείνες που προκαλούν τοξικότητα).

Οι συγκεντρώσεις των φαρμάκων που είναι απαραίτητες για να καταστείλουν ή να αναστείλουν τους σπασμούς, διαφέρουν από άτομο σε άτομο λόγω της διαφορετικής βαρύτητας των σπασμών. Για να επιτευχθεί η αντιμετώπιση των σπασμών χρειάζεται επαρκής συγκέντρωση του κατάλληλου φαρμάκου.

Η εκλογή του φαρμάκου βασίζεται στον τύπο του σπασμού, αλλά και στην τοξικότητα και τις παρενέργειες που προκαλεί το φάρμακο.

Υπάρχουν κάποιοι βασικοί κανόνες που είναι απαραίτητο να εφαρμόζουμε κατά την φαρμακοθεραπεία. Όπως π.χ. ότι η έναρξη της φαρμακοθεραπείας γίνεται πάντα μ'ένα φάρμακο, ακόμα και αν αργότερα χρειάζεται να προστέθει και ένα άλλο. Έτσι αν συμβεί κάποια ιδιοσυγκρασιακή αλλεργία δεν θα υπάρχει δυσκολία να βρεθεί το αίτιο-φάρμακο που την προκαλεί.

Αν το πρώτο φάρμακο αποδειχθεί ανεπαρκές, θα προστεθεί και δεύτερο. (Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι κανένα φάρμακο δεν πρέπει να θεωρηθεί ότι απέτυχε, αν δεν αυξηθεί η δόση του σχεδόν σε τοξικά επίπεδα). Η απόφαση όμως αν πρέπει ή όχι να συνεχιστεί το πρώτο φάρμακο, εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα του δεύτερου φαρμάκου και από το βαθμό ωφέλειας που παρατηρήθηκε από την χορήγηση του πρώτου φαρμάκου από μόνο του.

Σε ασθενείς με σοβαρούς E-παροξυσμούς χρειάζεται συνδιασμός φαρμάκων. Πάντως η ύπαρξη πάνω των τριών φαρμάκων σε συνδιασμό, σπάνια υπάρχει στην πράξη.

Άλλος ένας βασικός κανόνας που από την φαρμακοθεραπεία πρέπει να ακολουθείται, είναι, η αγωγή ν' αρχίζει και να συνεχίζεται με την χαμηλότερη δυνατή δόση αντιεπιληπτικού φαρμάκου. Αυτό πρέπει να γίνεται για τον κίνδυνο εμφάνισης τοξικών ή άλλων παρενεργειών.

Η φαρμακευτική αγωγή είναι θεμελιώδης τρόπος για τη θεραπεία της επιληξίας. Γι αυτό είναι απαραίτητο να προφυλαχθεί ο άρρωστος από την επιβλαβή δράση που μπορεί αυτή να έχει στην φυσιολογική λειτουργία της γνώσης (ή στα παιδιά στην ανάπτυξη της φυσιολογικής διανοητικής λειτουργίας).

Η ακριβής γνώση του είδους της Επιληψίας που παρουσιάζει ο άρρωστος, και του φάσματος της δράσης των διατιθέμενων αντι-E φαρμάκων και λίγων βασικών αρχών φαρμακοκινητικής, μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα τον έλεγχο του 60-75% των αρρώστων με E.

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

Η αριστοποίηση του δοσολογικού σχήματος και η παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία, είναι δυνατή με τον προσδιορισμό των επιπέδων των αντι-E στο αίμα.

Οι άρρωστοι λοιπόν, όταν τεθούν σε φαρμακευτική αγωγή κι αφού περάσει μια περίοδος εξισορρόπησης (μερικές εβδομάδες συνήθως), θα υποβληθούν σε προσδιορισμό της ποσότητας του φαρμάκου στον ορό. Αυτή θα συγκριθεί με τα σταθερά θεραπευτικά όρια που είναι παραδεκτά για κάθε φάρμακο. Έτσι με τον τρόπο

αυτό μπορούν ν' αντισταθμιστούν αστάθειες που μπορεί να εμφανίζει ο άρρωστος ως προς την απορρόφηση ή το μεταβολισμό των φαρμάκων.

Πολλά αντι-Ε φάρμακα συνδέονται με τις πρωτεΐνες του ορού, ενώ το μη συνδεδεμένο ή ελεύθερο φάρμακο είναι εκείνο που βρίσκεται σε ισοροπία με τους εξωκυττάριους χώρους στον εγκέφαλο. Αυτό το επίπεδο σχετίζεται με τον έλεγχο του παροξυσμού πολύ καλά, το ολικό όμως φάρμακο είναι εκείνο που προσδιορίζεται στον ορό με τις βιοχημικές μεθόδους. Τις πιά πολλές φορές είναι αρκετό αυτό, για να διαπιστωθεί ότι το φάρμακο είναι μέσα στα θεραπευτικά όρια ή όχι.

Υπάρχουν περιπτώσεις, όμως, που τα επίπεδα των αντι-Ε φαρμάκων στον ορό είναι υψηλά ενώ ο άρρωστος συνεχίζει να έχει παροξυσμούς, χωρίς να έχει παρενέργειες του αντι-Ε φαρμάκου. Εδώ η σύνδεση με τις πρωτεΐνες του πλάσματος είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη κι έτσι ο άρρωστος παίρνει μικρότερη ποσότητα φαρμάκου σε σχέση με το μη συνδεδεμένο διαθέσιμο φάρμακο. Τότε η αύξηση της δόσης μπορεί να προκαλέσει έλεγχο των παροξυσμών χωρίς καμμία παρενέργεια (αν και τα επίπεδα στο αίμα θα είναι πάνω από τα θεραπευτικά όρια).

Ετσι σε άτομα με μειωμένη ηπατική ή νεφρική λειτουργία μπορεί να υπάρχουν χαμηλές πρωτεΐνες ορού ή κυκλοφορούσες "τοξίνες", που να μειώνουν την σύνδεση του φαρμάκου. Τότε μπορεί να εκδηλωθεί τοξικότητα σε πολύ χαμηλά επίπεδα ορού, λόγω του σχετικά μεγαλύτερου επιπέδου του ελεύθερου φαρμάκου.

Τέλος η παρακολούθηση σε Βίντεο και εντατική ΗΕΓική παρακολούθηση έχουν δείξει ότι, με τον σωστό χαρακτηρισμό των σπασμών και τη σωστή αντι-Ε φαρμακευτική αγωγή, έχουν βοηθήσει στον έλεγχο των κρίσεων, και μάλιστα σε αρρώστους που θεωρούνταν ανθεκτικοί στα συμβατικά αντι-Ε φάρμακα.

Η λάθος διάγνωση και η λάθος αγωγή καθώς και η αποτυχημένη εκμετάλλευση του συνδιασμού των φαρμάκων, είναι τα αίτια της αποτυχίας της φαρμακευτικής αντι-Ε αγωγής. Εδώ βέβαια πρέπει να προσθέσουμε, ότι αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι ο ασθενής δεν ακολουθεί πιστά τις οδηγίες του γιατρού σχετικά με τη λήψη των φαρμάκων και τον τρόπο διαβίωσης.

Ενας άλλος κανόνας στην αντι-Ε φαρμακοθεραπεία, είναι ότι κάθε διακοπή φαρμάκου πρέπει να γίνεται σταδιακά, εκτός αν απειλείτε η ζωή ή υπάρχει σοβαρή επίπτωση στην υγεία του ατόμου. Διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης Status Epilepticus

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.

1. Αντιμετώπιση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών (Grand Mal) κι εστιακών κρίσεων (Jacksonian).

Φάρμακο εκλογής: - ΦΑΙΝΟΤΟΙΝΗ : Για ενήλικες και παιδιά άνω των 5 ετών.
- ΦΑΙΝΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ : Για παιδιά κάτω των 5 ετών.

Εξίσου αποτελεσματικά: - ΚΑΡΒΑΖΕΠΙΝΗ
- ΒΑΛΠΡΟΙΚΟ ΟΞΥ
- ΠΡΙΜΙΔΟΝΗ

2. Αντιμετώπιση αφαιρέσεων (Petit Mal).

Φάρμακο εκλογής: - ΑΙΘΟΣΟΥΞΑΜΙΝΗ : 50% θεραπεία,
25% βελτίωση.

Εξίσου αποτελεσματικό: - ΒΑΛΠΡΟΙΚΟ ΟΞΥ

3. Αντιμετώπιση σύνθετων εστιακών φαινομένων:

Φάρμακο εκλογής : - ΦΑΙΝΥΤΟΙΝΗ

Επίσης χορηγούνται : - ΠΡΙΜΙΔΟΝΗ
- ΦΑΙΝΟΒΑΡΒΙΤΑΛΗ
- ΚΑΡΒΑΜΑΖΕΠΙΝΗ

4. Αντιμετώπιση ατονικών κρίσεων.

Φάρμακο εκλογής : - ΒΑΛΠΡΟΙΚΟ ΟΞΥ.

1. Γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί:

Εδώ η φαινυτίνη, η φαινοβαρβιτάλη και η καρβαμαζεπίνη έχουν αποδεδειγμένη θεραπευτική δράση. Οι περισσότεροι άρρωστοι μπορούμε να πούμε, ότι ελέγχονται με οποιοδήποτε απ' αυτά τα φάρμακα, αλλά σ' εξατομικευμένες περιπτώσεις η χρήση του ενός (συγκεκριμένα) απ' όλα, δίνει τα αποτελέσματα που επιθυμούνται. Η εκλογή μεταξύ τους εξαρτάται από το ποιά προκαλεί τις λιγότερες παρενέργειες. Η φαινυτίνη είναι πιθανώς το φάρμακο εκλογής που προκαλεί πολύ μικρή διανοητική καθυστέρηση.

Η φαινοβαρβιτάλη είναι επίσης δραστική στη θεραπεία των τονικών κρίσεων. Κι η καρβαμαζεπίνη είναι εξίσου αποτελεσματική αλλά δεν παύει να έχει τις παρενέργειές της, στις οποίες θ' αναφερθούμε πιο κάτω.

2. Μερικοί E-σπασμοί και σύνθετοι μερικοί σπασμοί (κροταφικού λοβού):

Κι εδώ χρησιμοποιούνται τα ίδια φάρμακα με τους γενικευμένους σπασμούς, μολονότι η καρβαμαζεπίνη φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική.

Γενικά για να αντιμετωπιστούν αυτού του είδους οι παροξυσμοί χρειάζεται συνδιασμός φαρμάκων.

3. Πρωτοπαθής γενικευμένοι παροξυσμοί κι αφαιρέσεις (Petit Mal ή άτυπο Petit Mal).

Για μια μικρή αφαίρεση η αιθοσουξαμίδη είναι το φάρμακο εκλογής. Συνήθως οι αφαιρέσεις εμφανίζονται σε παιδιά και η δόση υπολογίζεται βάση του σωματικού βάρους.

Για πιο δύσκολα ελεγχόμενες αφαιρέσεις χρησιμοποιείται Βαλπροϊκό οξύ ή η καρβαμαζεπίνη. Αν και το 1/3 των παιδιών με αφαιρέσεις παρουσιάζουν αργότερα τονικοκλονικούς σπασμούς, το πρόβλημα ποιά απ' αυτά πρέπει να κάνουν προληπτική θεραπεία δεν έχει ακόμα ληθεί.

Εδώ πρέπει να αναφέρουμε, κάποιες πρόσφατες ενδείξεις που έχουν αναφερθεί, ότι, η σύγχρονη χορήγηση φαινοβαρβιτάλης και αντι-αφαιρετικών φαρμάκων, μπορεί να εμποδίζει τη θεραπεία

της αφαίρεσης.

Θεραπεία του Status Epilepticus.

Το γενικευμένο τονικοκλονικό Status Epilepticus είναι επείγουσα νευρολογική κατάσταση, που αποτελεί κίνδυνο για την ίδια τη ζωή. Εδώ εκτός από την αντι-Ε φαρμακοθεραπεία, απαιτείται και:

- αντιμετώπιση του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών
- αντιμετώπιση καρδιακών αρρυθμιών
- αντιμετώπιση αφυδάτωσης
- αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας
- αντιμετώπιση υπότασης
- αντιμετώπιση σπασμών

Πρέπει να τονίσουμε ότι, όταν η θεραπεία γίνεται με υπερβολικό ζήλο, και χωρίς προφυλάξεις μπορεί ν'αποβεί περισσότερο βλαβερή παρά ωφέλιμη.

Οι ασθενείς κινδυνεύουν από υπερπυρεξία και οξέωση, (λόγω παρατεταμένης μυϊκής δραστησιότητας) πιο πολ'υ, παρά απ'την υποξία ή την μείωση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Η άμεση θεραπεία του St. Epilepticus περιλαμβάνει:

- α) την προφύλαξη της αεροφόρας οδού
- β) την προφύλαξη της γλώσσας (με ένα μαλακό αντικείμενο αρκετά μεγάλο ώστε να μη μπορεί να καταποθεί μεταξύ των δοντιών που σφίγγονται).
- γ) την προστασία της κεφαλής και
- δ) την εξασφάλιση της παρεντερικής (IV) προσπέλασης.

Αφού παρθεί αίμα για εξετάσεις, ακόμα και αν δεν υποπτευόμαστε υπογλυκαιμία, γίνεται μια δόση εφόδου 50% γλυκόζης σε νερό. Αυτή μπορεί να σταματήσει τους σπασμούς. Η ενδοφλέβια αγωγή θα πρέπει να δοθεί αφού εξασφαλιστούν τα μηχανικά μέσα για την υποστήριξη του κυκλοφοριακού και του αναπνευστικού συστήματος.

Για την αντιμετώπιση των σπασμών το φάρμακο εκλογής είναι η διαζεπάλη, που χορηγείτε ενδοφλέβια σε δόση 10mg (ακολουθείται από δεύτερη δόση αν είναι απαραίτητο), ή η λοραζεπάμη σε δόση 4mg.

Όμως αυτά τα φάρμακα μπορούν να καταστείλουν την αναπνευστική λειτουργία (ή και να προκαλέσουν αναπνευστική ανακοπή) και πρέπει να ληφθούν μέτρα αναπνευστικής υποστήριξης πριν χορηγηθούν. Οι Βενζοδιαζεπίνες είναι φάρμακα βραχείας δράσης, κι αφού χορηγηθούν, απαιτήτε συνήθως η χορήγηση και δεύτερου αντι-Ε φάρμακου, με πιο μακρά δράση, για να προληφθεί η υποτροπή των σπασμών, π.χ. η φαινυλδαντίνη η οποία είναι άλλο ένα φάρμακο εκλογής. Χορηγείτε 500-1500mg (13-18mg/kgr βάρους), σε βραδεία IV εφ'άπαξ δόση ή σε ενδοφλέβια συνεχή έγχυση μέσα σε φυσιολογικό ορό, και στις δύο περιπτώσεις όχι περισσότερο από 50mg/min. Δεν καταστέλει την αναπνοή, αλλά μπορεί να προκαλέσει κολποκοιλιακό αποκλεισμό, και σε γρήγορη χορήγηση πτώση της Α.Π.

Η φαινοβαρβιτάλη, μπορεί επίσης να χορηγηθεί σε δόση 10-20mg/kgr βάρους (έως 1gr), διαιρεμένη σε 2-4 δόσεις μέσα σε 30-70 min. Η φαινοβαρβιτάλη, προκαλεί επίσης αναπνευστική

καταστολή και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται μετά από ενδοφλέβια χορήγηση διαζεπάμης. Η χρήση επίσης μιας βενζοδιαζεπίνης μετά από χορήγηση φαινοβαρβιτάλης ενέχει μεγάλο κίνδυνο.

Τέλος, μετά τη διακοπή των σπασμών είναι ανάγκη να βρεθεί η αιτία που προκάλεσε το St.Epilepticus ώστε να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή. Σε περιπτώσεις που το St.Epilepticus δεν υποχωρεί εφαρμόζεται γενική αναισθησία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΜΙΑΣ ΚΡΙΣΕΩΣ.

Μερικά άτομα παρουσιάζουν μια μοναδική, βραχείας διάρκειας κρίση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών, και μετά από πλήρη έλεγχο, εμφανίζουν φυσιολογικό ΗΕΓ, χωρίς καμιά αιτία που να προκαλεί την κρίση. Μερικά από τ'άτομα αυτά συνεχίζουν τις υποτροπές, αλλά ένα άλλο ποσοστό δεν έχει.

Η απόφαση για θεραπεία μ'αντιεπιληπτικά για μερικά χρόνια πρέπει να είναι σ'εξατομικευμένη βάση, λαμβάνοντας υπόψη τον τρόπο ζωής του ασθενή, το κίνδυνο από μια τυχόν απώλεια συνείδησης και φυσικά την στάση του αρρώστου απέναντι στα φάρμακα.

ΑΝΤΙ-Ε ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ.

Πολλές γυναίκες με επιληψία μπορούν να μείνουν έγγυοι χωρίς δυσάρεστες επιπτώσεις και να γεννήσουν υγιή παιδιά ακόμα και αυτές που παίρνουν αντι-Ε φάρμακα.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ως γνωστόν, τροποποιείται ο μεταβολισμός και πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στα επίπεδα των αντι-Ε. Μερικές φορές ίσως χρειαστεί να δοθούν υψηλές δόσεις για να εξασφαλιστούν θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι περισσότερες γυναίκες που ελέγχονται καλά πριν την εγκυμοσύνη μπορεί να παραμείνουν έτσι κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και τον τοκετό.

Πάντως η αντι-Ε αγωγή πρέπει οπωσδήποτε να συνεχίζεται. Υπάρχει εντύπωση ότι κατά την κύηση οι κρίσεις μπορούν να μειωθούν, αλλά αυτό δεν είναι κανόνας. Μπορεί ακόμα και να αυξηθούν.

Μολονότι θα ήταν ιδεώδες για τις γυναίκες που σκέφτονται να συλλάβουν, να διακόψουν τα αντι-Ε φάρμακά τους, υπάρχει πιθανότητα ότι σε μεγάλο αριθμό γυναικών αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την υποτροπή των κρίσεων, η οποία μακροπρόθεσμα θα είχε βλαβερές συνέπειες και για τη μητέρα και για το παιδί.

Σε περίπτωση λοιπόν εγκυμοσύνης χρειάζεται άμεσα ενημέρωσή του νευρολόγου και στενή παρακολούθηση της εγκύου, ιδίως τους πρώτους μήνες.

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

Αν μερικές άρρωστες έχουν τις προϋποθέσεις διακοπής των

φαρμάκων. αυτή πρέπει να γίνεται με τη μεσολάβηση ενός διαλείματος πριν αρχίσει η κύηση. Σε άλλες αρρώστες η δόση πρέπει να μειωθεί στην ελάχιστη δραστική και να γίνεται τακτική παρακολούθηση τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και του τοκετού, στη διάρκεια του οποίου η παρουσία του νευρολόγου είναι απαραίτητη.

Ν'αναφέρουμε επίσης ότι υπάρχει διπλάσια ως τριπλάσια επίπτωση εμβρυικών διαμαρτιών σε παιδιά επιληπτικών γυναικών και αυτό πιθανώς οφείλεται σε συνδιασμό της χαμηλής επίπτωσης της διαμαρτίας που προκαλείται από φάρμακο της γενετικής προδιάθεσης στον πληθυσμό αυτό. Μεταξύ των διαμαρτιών που εμφανίζονται έχουν περιγραφές και το εμβρυικό σύνδρομο της υδατοΐνης που συνίσταται στο λαγόχειλο και λυκόστομα ως καρδιακά ελλείματα, υποπλασία δακτύλων και δυσπλασία ονύχων. Τέλος ο θηλασμός πρέπει να αποβάλλεται για να μην υποχρεώνεται η έγκυος να διακόπτει τον ύπνο της.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙ-Ε ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.

Πολλοί επιληπτικοί πρέπει να παίρνουν αντι-Ε φάρμακα εφ'όρου ζωής. Ένα μεγάλο ποσοστό όμως μπορεί να απαλλαγεί από τις κρίσεις με την κατάλληλη θεραπεία, και οι μισοί απ'αυτούς να σταματήσουν τα φάρμακά τους χωρίς να εμφανίσουν άλλες κρίσεις. Ένας αρρώστος που δεν είχε κρίσεις για τέσσερα χρόνια και που είχε σχετικά λίγες κρίσεις πριν επιτευχθεί ο έλεγχός τους, που χρειάστηκε μόνο ένα φάρμακο και δεν εμφανίζει παθολογικά νευρολογικά σημεία και οργανική βλάβη που να δικαιολογεί σπασμούς, και είχε φυσιολογικό ΗΕΓ, στο τέλος της θεραπείας έχει τις μεγαλύτερες πιθανότητες να μείνει χωρίς κρίσεις αν τα φάρμακα μειωθούν σταδιακά.

Εδώ είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι κάθε διακοπή φαρμάκου πρέπει να γίνεται σταδιακά, εκτός αν κάποια τοξική παρενέργεια απειλεί τη ζωή ή την υγεία του αρρώστου. Διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης St.Epilepticus.

Όταν συζητάει κανείς τη διακοπή της αντι-Ε θεραπείας πρέπει βέβαια να παίρνει υπόψη τις συνέπειες μιας υποτροπής των παροξυσμών στην υγεία ή και στη ζωή του αρρώστου, αλλά και στο κοινωνικό περιβάλλον.

Πάντως σε άτομα που εκπληρώνουν τις προϋποθέσεις που αναφέραμε και που αποδέχονται το κίνδυνο θα άξιζε να επιχειρηθεί μια προσεχτική δοκιμή βαθμιαίας μείωσης των φαρμάκων.

ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ Ε

Αυτός ο τρόπος θεραπείας εφαρμόζεται στις μη ελεγχόμενες από τα φάρμακα εστιακές Ε, όπου υπάρχει έντονη διαταραχή της συνείδησης.

Οι πρώτες επιστημονικά τεκμηριωμένες προσπάθειες στον τομέα αυτόν ξεκίνησαν στον Καναδά, και απέβλεπαν στην αφαίρεση γνωστών τραυματικών επιληπτογόνων ουλών στον φλοιό του εγκεφάλου.

Λοβεκτομή γίνεται:

- 1) Σε περίπτωση οργανικής βλάβης (δηλαδή όγκο, απόστημα, κύστη) που προκαλεί υποτροπιάζοντες παροξυσμούς. Στην περίπτωση αυτή με την αφαίρεση της βλάβης και του γειτονικού νοσούντος τμήματος περιορίζονται οι κρίσεις ή γίνεται πιο εύκολος ο έλεγχός τους.
- 2) Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει κρίσεις, χωρίς να είναι ορατή με τα γνωστά μέσα ελέγχου, κάποια βλάβη.

Πρόκειται συχνά για σύνθετους μερικούς παροξυσμούς και ΗΕΓικές ανωμαλίες κατά και στα ενδιάμεσα των κρίσεων που προέρχονται από κάποιον ή και από τους δύο λωβούς. Τα αποτελέσματα πολλών επεμβάσεων έχουν δείξει ότι αν η βλάβη μπορεί να εντοπιστεί σαφώς στον ένα κροταφικό λωβό και η χειρουργική αφαίρεση του επιφέρει βελτίωση στα 60%-80% των ασθενών. Η εντόπιση εξαρτάται συχνά από την εντατική ΗΕΓική παρακαλούθηση και τις καταγραφές με ηλεκτρόδια βάθους από τους κροταφικούς λωβούς. Σε μεγάλο ποσοστό των περιπτώσεων ο λωβός που αφαιρείται αποδεικνύεται ότι παρουσιάζει μικροσκοπική παθολογοανατομική βλάβη.

Σε μερικά άτομα με σύνθετους μερικούς παροξισμούς αναπτύσσεται ψυχιατρική νόσος που συχνά χαρακτηρίζεται ως οριακή προσωπικότητα με ειδικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς όπως: υπεργραφίας (hypergraphia), υπερθρησκευτικότητα, έλλειψη αισθήματος ή χιούμορ κλπ. Τα ψυχιατρικά φαινόμενα της νόσου αυτής μπορεί να είναι αποτέλεσμα επιληψίας ή να είναι ανεξάρτητα από την ίδια εγκεφαλική βλάβη που προκαλεί την Ε.

Μετά την νευροχειρουργική επέμβαση η διαταραχή αυτής της προσωπικότητας μπορεί να μην παρουσιάζει μεταβολές ακόμα και αν οι κρίσεις ελέγχονται.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Όπως όλα τα φάρμακα, έτσι και τα αντι-Ε όταν χορηγούνται σε ασθενείς εκτός από τα αναμενόμενα αποτελέσματα η συγκέντρωσή τους μπορεί να αποτελέσει ανεπιθύμητες ενέργειες.

Η εμφάνισή τους είναι το αρνητικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Μεγάλες δόσεις ενός φαρμάκου μπορεί να είναι τοξικές για τον άνθρωπο. Έτσι όσο μεγαλύτερη τοξικότητα παρουσιάζει αυτός σ' ένα φάρμακο, τόσο μικρότερες δόσεις χρειάζονται για την επίτευξη αποτελέσματος.

Τα αντί-Ε φάρμακα εκδηλώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες από το γαστρεντερικό σύστημα, το νευρικό, το δέρμα, το αιμοποιητικό, τους νεφρούς, και τελευταίο αλλά όχι λιγότερο σωματικό από την ψυχική σφαίρα.

Οι γαστρεντερικές διαταραχές εκδηλώνονται συνήθως στην αρχή της θεραπείας και υποχωρούν με ελάτωση της δόσης. Για τις διαταραχές αυτού του είδους (ναυτία, έμμετοι, πόνο και καύσο στο επιγάστριο) ενοχοποιείται το Βαλπροϊκό Νάτριο.

Άλλες συνηθισμένες διαταραχές είναι η αταξία και η ζάλη. Η πρώτη εμφανίζεται συνήθως από τη χρήση βαρβιτουρικών και υδανοϊνών.

Πολλά αντι-Ε επίσης προκαλούν εξάνθημα των οποίων η σπου-

δαιότητα εξαρτάται από το φάρμακο. Μεταβολές στη ψυχική διάθεση ατόμων σε αντι-Ε αγωγή είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Η υπερδιεγερσιμότητα και η υπερεγερθεσιμότητα είναι αποτέλεσμα της φαινοβαρβιτάλης.

Η χρήση υδαντοϊνών, βαρβιτουρικών και πριμιδόνης προκαλεί μεγαλοβληστική αναιμία που υποχωρεί με χορήγηση φιλικού οξέως. Τριχοφυία προκαλεί φαινυδαστοΐνη ενώ η φαινυτοΐνη προκαλεί λεμφαδενοπάθειες. Η καρβαμαζεπίνη προκαλεί κατασλή του μυελού και ηπατοτοξικότητα. Ενώ η τριμεθαδιόνη, η φαινακεμίδη κλπ προκαλούν σοβαρές δυσκρασίες του αίματος.

Τέλος να αναφέρουμε ότι ο έλεγχος των επιπέδων ενός φαρμάκου στον ορό του αίματος προλαβαίνει οποιοσδήποτε τοξικές εκδηλώσεις. Ο έλεγχος των επιπέδων ενός φαρμάκου στον ορό με την λήψη αίματος κι εργαστηριακό προσδιορισμό του φαρμάκου στον ορό. Η μέτρηση των επιπέδων του αντι-Ε θα πρέπει να γίνεται σε συχνά χρονικά διαστήματα σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας και βάση αυτών να καθορίζεται η πιά πέρα πορεία των σπασμών.

κατά την διάρκεια της θεραπείας σημαντική για την αποφυγή ανεπιθύμητης ενέργειας είναι η ακριβής δόση (γιατί τα αντι-Ε έχουν μικρό θεραπευτικό εύρος πράγμα που σημαίνει ότι εύκολα μπορεί να μεταπηδήσουν από τα θεραπευτικά σε τοξικά επίπεδα) και η ταυτόχρονη χορήγηση άλλων φαρμάκων (λόγω τυχόν αλληλεπιδράσεων) ή η ταυτόχρονη χορήγηση και άλλων αντι-Ε ταυτόχρονα η αλκοόλ, και η ρύθμιση της δοσολογίας των αντι-Ε φαρμάκων σε ασθενείς με ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια (γιατί τα φάρμακα απεκρίνονται από τους νεφρούς) και μεταβολίζονται στο ήπαρ άρα μπορεί να αυξηθούν στα επίπεδα του φαρμάκου στον ορό κι έτσι να εμφανιστούν τοξικές εκδηλώσεις.

Αταξία, ζάλη, νυσταγμός, ελλάτωση μνήμης, σύγχυση και διανοητική αμβλυσση ή και κατατονία (όλα νευρολογικά συμπτώματα) μπορούν να εμφανιστούν με την αύξηση των επιπέδων των αντι-Ε και σπανιότατα σε θεραπευτικά επίπεδα.

Για να προληφθούν όλες αυτές οι παρενέργειες και ιδιαίτερα αυτές που σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων σε τοξικά επίπεδα είναι απαραίτητη η συνεχής παρακολούθηση του ασθενή.

Η τριμεθαδιόνη και η παραμεθαδιόνη, νεφροπάθειες είναι συγγενείς ανωμαλίες σε παιδιά επιληπτικών μητέρων.

Οι υδαντοΐνες προκαλούν υπερτροφία ούλων και σοβαρές ηπατικές βλάβες.

Οι αλληλαντιδράσεις με τα αντι-Ε είναι πολύπλοκες. Γι' αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση άλλων φαρμάκων ταυτόχρονα, που πρέπει να γίνονται πάντα με οδηγίες γιατρού.

Εδώ για άλλη μια φορά τονίζουμε ότι τόσο κατά την λήψη αντι-Ε φαρμάκων όσο και στη σύγχρονη λήψη άλλων φαρμάκων ή άλλων αντι-Ε φαρμάκων, η πιστή συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και υποδείξεις όχι απλά αναστέλει τυχόν παρενέργειες αλλά σε μερικές περιπτώσεις είναι σωτήρια για την ίδια τη ζωή.

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ.

Συμπεριλάβαμε στο κεφάλαιο θεραπεία και τον τρόπο διαβίωσης γιατί έχει αποδειχθεί ότι πέρα από τη φαρμακολογική και χειρουργική θεραπευτική επέμβαση ο τρόπος διαβίωσης συντελεί άμεσα και καταλυτικά στην αντιμετώπιση ακόμα και την πρόληψη των σπασμών.

Συνιστάται λοιπόν στους επιληπτικούς αρρώστους η αποφυγή των παραγόντων που δρουν σαν προδιαθεσικοί και βοηθητικοί στο να συμβεί κρίση, όπως π.χ. τη σωματική και πνευματική κόπωση οι εμπύρετοι νόσοι που μπορεί να προληφθούν, η καιρική αλλαγή το αλκοόλ, η κύηση μερικές φορές, η αυπνία, η τηλεόραση ή το διάβασμα σε ορισμένες περιπτώσεις.

Επίσης να προσθέσουμε την υγεινοδietetική που πρέπει να ακολουθείται, δηλ. την αποφυγή λιπών και λευκωμάτων, ρύθμιση της λειτουργίας του εντέρου και ήρεμη διαβίωση.

Οι επιληπτικοί ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν να οδηγούν αυτοκίνητα, ποδήλατα ή μοτοποδήλατα. Σε παιδιά να αποφεύγονται τα εμβόλια για κοκίτη και ευλογιά, γιατί είναι δυνατόν να πάθουν κάποια σοβαρή επιπλοκή.

Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης σε επιληπτικό ασθενή, πρέπει να ενημερώνεται ο γιατρός τόσο για το είδος της Ε όσο και για την φαρμακοθεραπεία που ακολουθείται.

Βέβαια απαραίτητο στην καθημερινή ζωή του επιληπτικού ασθενή είναι η λήψη του φαρμάκου του να γίνεται με συνέπεια και πιστή εφαρμογή των οδηγιών του νευρολόγου. Η εκπαίδευση των παιδιών με Ε απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση.

Πολλά από αυτά τα παιδιά είναι σε θέση να παρακολουθούν τα κοινά σχολεία. Λίγες μόνο περιπτώσεις χρειάζεται να εισαχθούν σε ίδρυμα ή να παρακολουθήσουν κάποιο ειδικό σχολείο. Οι περιορισμοί που θα επιβληθούν στο παιδί καθορίζονται από την κοινή λογική και εξαρτώνται από την βαρύτητα και την συχνότητα των κρίσεων. Δικαιολογείται π.χ. να απαγορευτεί στο παιδί να κάνει ποδήλατο σε πολυσύχναστους αυτοκινητόδρομους, να κάνει αναρίχηση ή να κολυμπάει μόνο του, ενώ άλλες απαγορεύσεις είναι υπερβολικές και οι γονείς δεν πρέπει να γίνονται υπερπροστατευτικοί. Σε γενικές γραμμές οι περισσότεροι αρρωστοί με Ε επιτυγχάνουν επαρκή έλεγχο των κρίσεών τους και είναι ικανοί να παρακολουθήσουν σχολείο, να αναλάβουν εργασία και να ζήσουν μια σχετικά φυσιολογική ζωή.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Από την ιστορία ξέρουμε ότι πολλοί άνθρωποι παρόλο που έπασχαν από επιληψία πρόσφεραν πολλά και άφησαν την σφραγίδα της προσωπικότητάς τους, όπως ο Ιούλιος Καίσαρ, ο Μέγας Αλέξανδρος ο Δούκας του Ουέλιγκτον, ο Βάγκνερ, ο Χαίντελ, ο Ντοστογιέφσκι και άλλοι.

Σήμερα που η εποχή μας χαρακτηρίζεται από τεχνική πρόοδο κι επιτεύξεις στους τομείς της επιστήμης και της έρευνας, γνωρίζουμε ότι υπάρχουν χιλιάδες άτομα που πάσχουν χωρίς αυτό να τους εμποδίζει να εργάζονται αποδοτικά σε μοντέρνα και εξειδικευμένα επαγγέλματα.

Ασφαλώς δεν πρέπει να εκτελούν επαγγέλματα όπως οδηγοί λεωφορείων κλπ. ή πιλότοι ή χειριστές πολύπλοκων μηχανημάτων ή εργασίες που περιέχουν τον κίνδυνο πτώσης. Άλλωστε ο υψηλός δείκτης νόσησής δεν είναι το μοναδικό μέτρο για την επαγγελματική επιτυχία.

Πολλές φορές περισσότερη αξία έχουν η επιδεξιότητα, η ευσυνειδησία και η αξιοπιστία, αρετές που συχνά χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα των επιληπτικών.

ΑΝΤΙ-Ε ΚΕΝΤΡΑ.

Ο χρόνιος επιληπτικός ασθενής αποτελεί μεγάλο κοινωνικό φαινόμενο. Η αντιμετώπισή του αφορά όχι μόνο το γιατρό αλλά και τον νοσηλευτή, δασκάλους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

Στο εξωτερικό υπάρχουν ειδικά κέντρα, που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα οργανωμένα. Οι κύριοι στόχοι τους είναι:

α) Η συνεχή ιατρική παρακολούθηση, η φαρμακευτική αγωγή, η λήψη ΗΕΓ, και η μέτρηση των επιπέδων των φαρμάκων.

β) Η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και η μείωση των ημερών νοσηλείας των επιληπτικών ασθενών.

γ) Η συλλογή και η επεξεργασία δημογραφικών στατιστικών στοιχείων.

δ) Ο επαγγελματικός προσανατολισμός.

ε) Η παροχή συμβουλών για θέματα όπως: η στρατιωτική θητεία, ο γάμος, η εγκυμοσύνη, η τεκνογονία, η οδήγηση κλπ.

στ) Η συνεργασία με γονείς, με παιδικούς σταθμούς, σχολεία, ιδρύματα.

ζ) Η βοήθεια από τους κοινωνικούς λειτουργούς των κέντρων προς την οικογένεια ώστε να λύνουν ειδικά προβλήματά τους κι η φροντίδα ώστε οι ασθενείς να ακολουθούν σωστά την φαρμακευτική αγωγή στα σχολεία και τους παιδικούς σταθμούς.

η) Η βοήθεια από τους ψυχολόγους των κέντρων στη θεραπεία των διαταραχών που εμφανίζονται δευτεροπαθώς στην βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών κλπ.

Τα τελευταία χρόνια τα κέντρα αυτά οργανώνουν εκπαιδευτικά μαθήματα για γονείς και συγγενείς σε μορφή απογευματινών συναντήσεων. Εκεί λύνονται οι παρεξηγήσεις, ανταλλάσσονται απόψεις, σκέψεις και εμπειρίες που βοηθούν να απαληφθούν αισθήματα ενοχής και βελτιώνονται οι σχέσεις.

Τα αντι-Ε κέντρα έχουν την δυνατότητα να παρακολουθούν τους αρρώστους από μακριά (νησιά και ορεινά). Αυτό απαλλάσσει τους ασθενείς από ταξίδια μακρινά, κουραστικά και δαπανηρά.

Στο Δυτικό Βερολίνο τα τελευταία χρόνια λειτουργεί μια πρό-

τυπη υπηρεσία κινητού αντι-Ε κέντρου (αυτοκίνητα ειδικά εξοπλισμένα) που προσφέρει περίθαλψη κατ'οίκον, με λήψεις αίματος, ΗΕΓ και θεραπεία.

Από τις μέχρι τώρα εμπειρίες στο διεθνή χώρο έχει διαπιστωθεί ότι η παρακολούθηση και η θεραπεία της Ε απαιτεί την ύπαρξη οργανωμένων αντι-Ε κέντρων για την καλή διάγνωση και θεραπεία. Η χρηματοδότηση παρόμοιων κέντρων τελικά είναι συμφέρουσες για την εθνική οικονομία.

Χάρης στην εφαρμοζόμενη συμπτωματική θεραπευτική αγωγή, επιτρέπεται στον πάσχοντα να ζει χωρίς τις συνέπειες της ασθένειας και παράλληλα το κράτος δεν επιβαρύνεται με την περίθαλψη χρόνιων ασθενών.

Τα παραπάνω θα έπρεπε να σκεφτούν κι οι εδώ αρμόδιοι παράγοντες και ανάλογα να προχωρήσουν σε κατάλληλες ρυθμίσεις. Εμείς ευχόμαστε να γίνει σύντομα αυτό, για την ανακούφιση και των ασθενών και των συγγενών, και την αποσυμφόρηση και καλύτερη εκμετάλλευση των νοσοκομείων που απεγνωσμένα χρειάζεται το σύστημα υγείας της χώρας μας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι V

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

Η νοσηλευτική φροντίδα των επιληπτικών ασθενών πρέπει να είναι αποτελεσματική, ώστε να ωφεληθεί όσο το δυνατόν αυτός. Τα κυριότερα νοσηλευτικά προβλήματα είναι η αποκατάσταση των επιληπτικών, η ομαλή τους προσαρμογή μέσα στο κοινωνικό σύνολο και η αποδοχή τους από την κοινωνία. Ο ρόλος μας σαν νοσηλευτές στην θεραπεία και την αποκατάσταση αυτών των ασθενών είναι σημαντικός. Περιλαμβάνει την παρατήρηση του ασθενή για την εκτίμηση της κατάστασής του και την βοήθεια του οικογενειακού περιβάλλοντος να αποδεχθεί τη νόσο του αρρώστου.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα αναφέρουμε τις παραμέτρους που πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας σαν νοσηλευτές ώστε να μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον ασθενή σε όλο το φάσμα της νόσου (από την διάγνωση ως την αποκατάστασή του).

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Η αξιολόγηση ενός αρρώστου που εμφανίζει έναν επιληπτικό σπασμό είναι σημαντικής σπουδαιότητας γιατί με αυτόν τον τρόπο θα καθοριστεί η παραιτέρω εξέλιξη της νόσου και το αντιεπιληπτικό σχήμα που θα ακολουθήσει.

Η επιληπτική κρίση είτε είναι γενικευμένη είτε είναι εστιακή συνοδεύεται από τα εξής φαινόμενα: κώμα στην πρώτη περίπτωση, κινητικές αισθητικές και ασηθηριακές διαταραχές στη δεύτερη περίπτωση και ακολουθεί επάνοδο του εγκεφάλου στη φυσιολογική του λειτουργία. Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου με επιληψία γίνεται από τις ακόλουθες πηγές:

- α) Από το ιστορικό υγείας του αρρώστου.
- β) Από την φυσική εκτίμηση του αρρώστου και
- γ) από την εργαστηριακή διερεύνηση.

Στη συνέχεια θα αναλύσουμε τους τρεις αυτούς παραμέτρους. Για την γρήγορη ταξινόμηση ενός ασθενούς που έκανε μιά κρίση μπορεί να χρησιμοποιηθεί το κριτήριο της θερμοκρασίας, οπότε η θεραπευτική αγωγή κατευθύνεται ανάλογα.

- α) Εμπύρετος ασθενής ή στην αποδρομή εμπύρετης πάθησης.

Σ αυτήν την περίπτωση η υποψία μας κατευθύνεται προς την αιτιολογία της μηνιγγίτιδας ή της μηνιγγικής αιμορραγίας.

- β) Απύρετος ασθενής.

Σ αυτήν την περίπτωση η αιτία του επιληπτικού σπασμού μπορεί να οφείλεται στις ακόλουθες καταστάσεις:

- Εξωγενής δηλητηρίαση (π.χ. με αλκοόλ).
- Ενδογενής δηλητηρίαση (π.χ. ουραιμία).
- Εγκεφαλομηνιγγικό οίδημα σε υπερτασικό έδαφος.
- Υπογλυκαιμία.
- Χωροκατακτιπτική επεξεργασία.

Όταν ο αρρώστος εμφανίσει οξύ πρόβλημα (π.χ. γενικευμένοι σπασμοί ή St. Epil) η αρχική μας αντιμετώπιση είναι να του εξασφαλίσουμε επαρκή αερισμό και αιμάτωση και την καταστολή του σπασμού. Όταν ο αρρώστος σταθεροποιηθεί, η διερεύνηση κατευθύνεται προς τον προσδιορισμό της αιτίας. Το ιστορικό του

αρρώστου θα πρέπει να το λαμβάνουμε λεπτομερώς. Οι πηγές είναι οι εξείς: είτε ο ίδιος ο άρρωστος, αν έχει αναρρώσει, είτε άτομα από το στενό οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον, είτε άτομα που έχουν στενή επαφή με τον άρρωστο (π.χ. κάποιος φίλος ή κάποιος συνάδελφος του αρρώστου). Πολλές φορές ο άρρωστος λόγω κοινωνικών λόγων μπορεί να προσπαθήσει να κρύψει το γεγονός. Η προσέγγιση του νοσηλευτή άτομα του στενού του περιβάλλοντος μπορεί να μας δώσει πληροφορίες τις οποίες δεν θα πάρει από τον ίδιο τον άρρωστο.

Το ιστορικό του σπασμού μπορεί να μας δώσει σημαντικές πληροφορίες. Ένα ιστορικό που αναφέρει πρόσφατα εμπύρετο νόσημα, συνοδευόμενο από κεφαλαλγία, μεταβολή της διανοητικής κατάστασης ή σύγχυση, μπορεί να υποδεικνύει οξεία λοίμωξη του ΚΝΣ (μηνιγγίτιδα ή εγκεφαλίτιδα), ιστορικό κεφαλαλγίας ή μεταβολή της νοητικής λειτουργίας που προηγείται του σπασμού και συνδέεται είτε με αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, είτε με εστιακό νευρολογικό έλλημα, υποδεικνύει υποκείμενη χωροκατακτητική επεξεργασία (όγκο, απόστημα, αρτηριοφλεβική δυσπλασία) ή χρόνια υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Η παρουσία αύρας θα πρέπει επίσης να εξακριβώνεται εκ μέρους του ασθενούς. Παρατηρήσεις που έγιναν από άτομα που ήταν παρόντα κατά των επιληπτικών σπασμών θα πρέπει να τις καταγράφουμε λεπτομερώς. Τέτοιες παρατηρήσεις μπορεί να αφορούν:

- α) Κινήσεις βολβών και άκρων.
- β) Μεταβολές στη συνείδηση.
- γ) Αυτοματισμούς.
- δ) Μεταπαροξυσμικές καταστάσεις.

Ένα λεπτομερές οικογενειακό ιστορικό θα πρέπει επίσης να συμπληρώνουμε από τον άρρωστο (είτε από κάποιον συγγενή). Άτομα της οικογένειας τα οποία πάσχουν από επιληπτικό σπασμό (π.χ. πατέρας, μητέρα, αδέρφια) μπορούν να μας κατευθύνουν προς την κληρονομικότητα της νόσου. Στο ατομικό ιστορικό της νόσου θα πρέπει να συμπεριληφθούν και τυχόν προϋπάρχουσες κακώσεις της κεφαλής. Τραυματισμοί επίσης κατά την γέννησή του θα πρέπει να αναφέρονται και να αξιολογούνται κατάλληλα. Το στοιχείο αυτό βέβαια θα το λάβουμε από την μητέρα του αρρώστου ή αν δεν υπάρχει από τον φάκελό του.

Η γενική φυσική εξέταση του αρρώστου μπορεί να μας δώσει σημαντικές πληροφορίες για την αιτιολογία:

Τα ούλα παρατηρούνται προσεκτικά για τυχόν ύπαρξη υπερπλασίας των. Συνήθως η υπερπλασία είναι αποτέλεσμα χρόνιας επιληπτικής θεραπείας με φαινυλδαντοΐνη.

Η εξέταση του δέρματος είναι σημαντική. Μπορεί να αποκαλύψει ειδικό (σαν κρασί πορτό) χρώμα του προσώπου, που οφείλεται στη νόσο Sturge-Weber (με εγκεφαλικές αποτιτανώσεις που ανακαλύπτονται στην ακτινογραφία του κρανίου) ή τα στίγματα της οξόδους σκληρύνσεως (σμιγματορροϊκό αδένωμα και δερματικές κηλίδες) ή της νευροϊνομάτωσης (υποδόρια οζίδια, κηλίδες café au lait). Άσυμμετρίες του σώματος ή των άκρων θα πρέπει να τις καταγράφουμε στο ιστορικό του αρρώστου και μπορεί να αποδείξουν υποτροφική σωματική ανάπτυξη που εντοπίζεται στο αντίθετο πλάγιο μιας συγγενούς ή νεογνικής εγκεφαλικής βλάβης.

Το ιστορικό ή η φυσική εξέταση μπορεί να αποκαλύψουν χρόνια αλκοολισμό. Η διερεύνηση του χρόνιου αυτού προβλήματος πρέπει να γίνεται σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει εκλυτικός παράγο-

ντας. Οι σπασμοί σε άτομα αλκοολικά είναι συνηθισμένο φαινόμενο και εμφανίζονται για διάφορους λόγους (διακοπή λήψεως οινοπνεύματος, παλιά εγκεφαλική διάσειση από πτώσεις ή κτυπήματα κατά τη διάρκεια της μέθης -ας μην ξεχνάμε ότι ένα άτομο υπό την επίρρεια της μέθης είναι πιο ευάλωτο σε πτώσεις και κτυπήματα σε σχέση με ένα φυσιολογικό άτομο-, χρόνια υποσκληρίδιο αιμάτωμα - λόγω τραύματος της κεφαλής -, ή μεταβολικές διαταραχές υποθρεψίας -φαινόμενο συνηθισμένο στους αλκοολικούς-, και ηπατική νόσο -αλκοολική ίνωση, αλκοολική κύρωση-). Η καταγραφή του χρονικού διαστήματος που μεσολάβησε μεταξύ της τελευταίας οινοποσίας και του επιληπτικού σπασμού μπορεί να μας κατατοπίσει αρκετά, επειδή οι σπασμοί που οφείλονται σε διακοπή από το αλκοόλ εμφανίζονται συνήθως μεταξύ της δωδέκατης και της τριακοστής έκτης ώρας είναι βραχείς, γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί. Οι σπασμοί αυτοί δεν χρειάζονται θεραπεία εφόσον συνήθως αυτοιώνονται. Όταν εμφανίζονται σε αλκοολικούς σε άλλο χρόνο θα πρέπει συνήθως να θεραπεύονται.

Μετά τη λήψη του ακριβούς ιστορικού της νόσου και της φυσικής εξέτασης ακολουθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις. Με τις αιματολογικές εξετάσεις γίνεται προσπάθεια να αποκαλυφθεί τυχόν μεταβολικό ή αιματολογικό πρόβλημα, το οποίο είναι η κυριότερη αιτία της εμφάνισης των σπασμών. Η λήψη αίματος για βιοχημικές εξετάσεις θα πρέπει να γίνεται πριν από την έναρξη της αντι-Ε αγωγής από μια μεγάλη περιφερική φλέβα. Οι εξετάσεις αυτές μπορούν να αποδείξουν εάν οι σπασμοί προκλήθηκαν από υπογλυκαιμία, υπονατριαιμία, υπερνατριαιμία, υποασβεστιαία ή υπερασβεστιαία. Λιγότερο συνηθισμένες αιτίες σπασμών είναι η θυρεοτοξίκωση, οξεία διαλείπουσα πορφυρία και η δηλητηρίαση με μόλυβδο ή αρσενικό.

Ο τρόπος ζωής του ασθενούς και οι καθημερινές του συνήθειες θα πρέπει να γίνονται γνωστές επειδή γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί μπορεί να εμφανιστούν σε νευρολογικώς φυσιολογικά άτομα μετά από μέτρια στέρηση ύπνου. Η επαγγελματική ασχολία του αρρώστου παίζει σημαντικό ρόλο, επειδή τέτοιοι σπασμοί μπορεί να παρατηρηθούν σε άτομα που εργάζονται διπλές βάρδιες, σε μαθητές γυμνασίου ή λυκείου κατά την διάρκεια των εξετάσεων και σε στρατιώτες που επιστρέφουν από βραχεία άδεια ή απουσία. Μετά από την πρώτη κρίση, και αν όλες οι εξετάσεις που θα γίνουν αποδειχθούν φυσιολογικές, τα άτομα αυτά δεν χρειάζονται περαιτέρω θεραπεία.

Εάν το ιστορικό του αρρώστου, η φυσική εξέταση και οι βιοχημικές εξετάσεις είναι φυσιολογικές μετά από μια επιληπτική κρίση, είναι πιθανόν ότι η κρίση αυτή είναι ιδιοπαθής και ότι δεν προκλήθηκε από σοβαρή βλάβη του ΚΝΣ. Εντούτοις, όγκοι και άλλες χωροκατακτητικές επεξεργασίες του ΚΝΣ μπορεί να είναι ασυμπτωματικές, και κάθε ενήλικας που παρουσιάζει ένα ανεξήγητο επεισόδιο σπασμών θα πρέπει να προχωρεί και σε ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να κάνει ένα ΗΕΓγράφημα, ένα CTscan ή και τα δύο, χωρίς και με σκιαγραφική ουσία και θα πρέπει να προσέρχεται για εξέταση σε τακτικό χρονικό διάστημα (τουλάχιστον τριών ως έξι μηνών).

Το ΗΕΓ είναι ένα σημαντικό μέσο για την ανακάλυψη της αιτίας των επιληπτικών σπασμών. Το ΗΕΓγράφημα έχει σημασία για την διαφορική διάγνωση, τον προσδιορισμό της αιτίας των σπασμών και την κατάλληλη ταξινόμησή τους. Όταν η διάγνωση ενός

επιληπτικού σπασμού είναι αμφίβολη, όπως π.χ. όταν κανείς προσπαθεί να την διακρίνει από την συγκοπή, η παρουσία μιας παροξυσμένης ΗΕΓγραφικής ανωμαλίας, ενισχύει την διάγνωση της επιληψίας, οπότε το ΗΕΓγράφημα αποκτά σημαντική αξία μεταξύ των εργαστηριακών εξετάσεων για την διευκρίνιση της επιληψίας.

Η αξία του ΗΕΓγραφήματος στην ταξινόμηση των επιληπτικών παροξυσμών είναι σπουδαιότητας σημασίας, και η σωστή παρατήρησή του και η αξιολόγησή του προταρχική.

Παλαιότερη σημαντική μέθοδος που μας βοηθά στην αξιολόγηση του αρρώστου που παρουσιάζει σπασμούς, είναι η ακτινογραφία του κρανίου, μολονότι η υπολογιστική τομογραφία σήμερα, μπορεί να μας δώσει περισσότερες πληροφορίες. Οι ακτινογραφίες μπορούν να αποκαλύψουν αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση ή μετατόπιση του κωναρίου από την γραμμή που προκαλείται από χωροκατακτητική επεξεργασία. Σημαντικές ασυμμετρίες του κρανίου μπορεί να δείξουν παρατεινόμενη ατροφική διεργασία, ίσως ως αποτέλεσμα συγγενούς ανωμαλίας ή εγκεφαλικής βλάβης που αποκτήθηκε κατά την παιδική ηλικία ή κατά την γέννηση.

Η οσφυονωτιαία παρακέντηση διενεργείται για την αξιολόγηση του αρρώστου που παρουσιάζει σπασμούς, στις καταστάσεις εκείνες που υποψιάζεται κανείς οξεία ή χρόνια λοίμωξη του ΚΝΣ ή υπαραχνοϊδή αιμορραγία. Η οσφυονωτιαία παρακέντηση είναι επίσης χρήσιμη σε αρρώστους που εμφανίζουν εστιακή επιληψία, ιδιαίτερα του κροταφικού λοβού, αλλά φυσιολογικό CTscan. Στην περίπτωση αυτή, το αυξημένο λεύκωμα του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) θα μπορούσε να υποδείξει ότι πρέπει να γίνουν επιπρόσθετες εξετάσεις για την ανακάλυψη ασυμπτωματικού εγκεφαλικού όγκου.

Στις οξείες καταστάσεις η οσφυονωτιαία παρακέντηση θα πρέπει να διενεργείται αμέσως, εάν ο ασθενής παρουσιάζει μηνιγγικό σύνδρομο και εφόσον δεν υπάρχει ενδοκρανιακή υπέρταση.

Η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του αρρώστου, παίζει σημαντικό ρόλο στην περαιτέρω εξέλιξη της κατάστασης του αρρώστου και θα πρέπει να γίνεται προς όλες τις κατευθύνσεις και με όλα τα δυνατά μέσα που υπάρχουν σήμερα στην διάθεσή μας (ιστορικό, φυσική εξέταση, εργαστηριακές εξετάσεις).

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.

Οι κυριώτεροι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας για έναν επιληπτικό ασθενή, είναι οι εξής:

α) Αγωγή του αρρώστου ο οποίος βρίσκεται σε κατάσταση σπασμών (γενικευμένοι τονικοκλονικοί σπασμοί -grand mal).

β) Εφαρμογή καλύτερης νοσηλευτικής αγωγής, έτσι ώστε να ελεγχθούν οι επιληπτικοί σπασμοί και η αποφυγή τους (με άλλα λόγια συνιστάται πρόληψη των επιληπτικών σπασμών).

γ) Βοήθεια στον άρρωστο να καταλάβει την φύση των σπασμών, και το ρόλο του ιδίου αλλά και της οικογένειάς του στην αγωγή τους.

Επιπλέον, εκτός από τους σκοπούς που προαναφέραμε υπάρχουν και άλλοι οι οποίοι δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι μικρότερης σημασίας. Αυτοί είναι:

- Η ψυχολογική υποστήριξη του αρρώστου ώστε να αντιμετωπίσει την αρρώστειά του.
- Η αντιμετώπιση των προβλημάτων του αρρώστου που παρουσιάζονται σε όλη τη διάρκεια της νόσου.
- Αποκατάσταση του αρρώστου στους κόλπους της κοινωνίας.
- Αντιμετώπιση των τυχόν παρενεργειών της αντι-Ε αγωγής.
- Ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την φύση των σπασμών και προτροπές ώστε αυτό να δεχθεί τους ασθενείς σαν όλους τους φυσιολογικούς ανθρώπους.
- Αντιμετώπιση του Status Epilepticus.

Στα καθήκοντα του νοσηλευτή εντάσσονται και οι παραπάνω σκοποί. Στη συνέχεια ακολουθεί και ανάλυση αυτών.

ΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΝΙΚΟΚΛΟΝΙΚΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ.

Στην περίπτωση αυτή απαιτείται άμεση βοήθεια προς τον ασθενή. Οι τονικοκλονικοί σπασμοί ή μεγάλη επιληψία (grand mal) εκδηλώνονται ξαφνικά. Μερικές φορές, το άτομο αισθάνεται ένα αίσθημα ονειρώδους κατάστασης. Αυτή η κατάσταση ονομάζεται αύρα και αποτελεί προειδοποίηση ότι κάτι πιο σοβαρό πρόκειται να συμβεί. Πολλές φορές είναι διαφορετική σε κάθε άτομο, (σε άλλους είναι δυνατόν να έχει τη μορφή παράξενου συναισθήματος ή κάποιας συγκεκριμένης γεύσης ή οσμής). Κατά την διάρκεια της αύρας μπορεί να αλλάξει και η φυσιολογική συμπεριφορά του ατόμου, μολονότι δεν διαρκεί για πολύ. Η παρουσία της αύρας είναι ουσιώδης για την εκτίμηση του ασθενή, διότι μας βοηθά να πάρουμε τα αναγκαία μέτρα για την κρίση που πρόκειται να ακολουθήσει. Όλες οι περιπτώσεις μεγάλης επιληψίας εξελίσσονται σε δύο στάδια:

- ακαμψίας, απώλειας των αισθήσεων και στην συνέχεια
- μυικών σπασμών (τονικοκλονικών σπασμών).

Η φάση της ακαμψίας ακολουθεί την πτώση στο έδαφος. Αυτή η φάση διαρκεί λίγα μόνο δευτερόλεπτα, και μπορεί να συνυπάρξει παύση της αναπνευστικής λειτουργίας.

Τα χαρακτηριστικά των τονικοκλονικών σπασμών ή της μεγάλης επιληψίας (grand mal) τα έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο (συγκεκριμένα Κεφ.3, Κλινική εικόνα και διαγνωστικές μέθοδοι).

Οι νοσηλευτικές μας δραστηριότητες συνίστανται στην προστασία του αρρώστου από κακώσεις ή άλλους εξωτερικούς κινδύνους, και στην βοήθεια για την επαναφορά των αισθήσεων. Συγκεκριμένα, ακολουθούμε τις παρακάτω διαδικασίες για τον περιορισμό

του κινδύνου από την κρίση:

Αν ο άρρωστος έχει αύρα πριν από την κρίση, θα πρέπει να τον ξαπλώσουμε στο πάτωμα ή ακόμα καλύτερα σε κάποιο κρεβάτι αν υπάρχει εκεί γύρω. Σε αυτούς τους αρρώστους συμβουλευόμαστε όταν έχουν κάποιο προαίσθημα να ξαπλώνουν σε κάποιο ασφαλές μέρος. Σε περίπτωση που έχουν αρχίσει οι σπασμοί, καλό θα είναι να τοποθετούμε ένα μαξιλάρι ή ένα μαλακό ρούχο κάτω από το κεφάλι του αρρώστου. Η απομάκρυνση κάθε αντικειμένου γύρω από τον άρρωστο είναι αρκετά σημαντική για να αποφύγουμε τυχαίο τραυματισμό του. Στη συνέχεια θα πρέπει να απομακρύνουμε όλα τα άτομα που δεν έχουν σχέση με το επεισόδιο, για να μην δημιουργήσουν αποπνικτική ατμόσφαιρα στον ασθενή, ενώ αυτός χρειάζεται εκείνη τη στιγμή καθαρό αέρα. Για να διευκολύνουμε την αναπνοή του αρρώστου θα πρέπει να του χαλαρώσουμε όλα τα σφιχτά ρούχα αμέσως.

Το βασικότερο ίσως βήμα για την αγωγή του γενικευμένου τονικοκλονικού σπασμού είναι η εξασφάλιση της βατότητας των αεροφόρων οδών επειδή η απόφραξη τους μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο του ασθενούς. Με την έναρξη των κρίσεων, προσπαθούμε να τοποθετήσουμε ένα μαλακό αντικείμενο ανάμεσα στα δόντια, αρκετά μεγάλο ώστε να μην το καταπιεί ο ασθενής. Με τον τρόπο αυτό δεν διεκολύουμε μόνο την αναπνοή, αλλά προφυλάσσουμε και τη γλώσσα από τυχόν δάγκωμα, συνέπεια της σύσπασης της κάτω γνάθου. Τις τεχνιτές οδοντοστοιχίες θα πρέπει να τις αφαιρούμε αμέσως, για να αποφύγουμε τον κίνδυνο κατάποσής τους. Αν ο άρρωστος έχει αύρα, θα πρέπει να τον συμβουλέψουμε να τις βγάλει αμέσως ή κάποιο άτομο να του τις αφαιρέσει, πριν ακόμα αρχίσει η κρίση. Σε οργανωμένο τμήμα είναι απαραίτητο να γίνεται αναρρόφηση των στοματοφαρυγγικών εκκρίσεων, που υπάρχουν στη στοματική κοιλότητα. Αυτό πρέπει να γίνεται γιατί καταργείται το αντανακλαστικό της κατάποσης και υπάρχει ενδεχόμενο να γίνει εισρόφηση του περιεχομένου του στόματος στην τραχεία. Το ίδιο ισχύει αν την στιγμή της κρίσεως ο άρρωστος τρώει και έχει τροφή στο στόμα του. Εξάλλου, ίσως παρουσιαστεί αναγωγή γαστρικού περιεχομένου και εισρόφησή του (λόγω εμετού). Σε περίπτωση που δεν υπάρχει δυνατότητα αναρρόφησης, θα πρέπει να στρέψουμε το κεφάλι του αρρώστου στο πλάι, έτσι ώστε να φεύγουν οι στοματοφαρυγγικές εκκρίσεις προς το πλάι.

Οποιαδήποτε προσπάθεια ακινητοποιήσεως ή συγκράτησης του αρρώστου θα πρέπει να αποφεύγεται. Προσπάθεια να συνεφέρουμε τον άρρωστο με "χαστούκια" θα πρέπει να αποφεύγεται επίσης. Το βέβαιο είναι ότι ο άρρωστος θα αποκτήσει συνήδηση του περιβάλλοντος σε 2 με 5 λεπτά. Η μετακίνηση ή η προσπάθεια να τον ανασηκώσουμε θα πρέπει να αποφεύγεται επίσης. Η μετακίνηση θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος, όπως π.χ. ο άρρωστος να βρίσκεται πολύ κοντά σε φωτιά οπότε συντρέχει ο κίνδυνος εγκαύματος κλπ.

Μετά την κρίση τοποθετούμε τον άρρωστο σε θέση ανάνηψης ώστε να διευκολύνουμε την αναπνοή του η οποία είχε επιβαρυνθεί. Η λήψη υγρών ή τροφής απαγορεύεται αυστηρά, παρά μόνο όταν υπάρχει η βεβαιότητα ότι ο άρρωστος έχει συνέλθει τελείως από την κρίση και εφόσον έχει επανέλθει το αντανακλαστικό της κα-

τάποσης. Θα πρέπει να παραμείνουμε κοντά του για να βεβαιωθούμε ότι πέρασε η κρίση.

Σε περίπτωση που εμφανιστούν νέοι επιληπτικοί σπασμοί θα πρέπει ο άρρωστος να τεθεί κάτω από ιατρική περίθαλψη και θεραπεία με αντιεπιληπτικά φάρμακα καθώς επίσης και μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων, έτσι ώστε να γίνει ακριβής ταξινόμηση της κρίσης και να καθορισθεί το κατάλληλο σχήμα. Η πρόληψη κάθε άλλου σπασμού αποτελείτο μέτρο με το οποίο κρίνεται η νοσηλευτική φροντίδα.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΣΠΑΣΜΩΝ.

Θα πρέπει να έχουμε την γνώση και την ικανότητα να εκτιμήσουμε τις διάφορες μεταβολές στην γενική κατάσταση του αρρώστου, και να προτείνουμε και να εφαρμόσουμε καλύτερα προγράμματα φροντίδας καθώς επίσης και αλλαγές στο ήδη υπάρχον σχέδιο φροντίδας.

Η παρέμβασή μας γίνεται τόσο στην διάγνωση και στην θεραπεία, όσο και στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας του σχετικά με την νόσο:

1) Διαγνωστική παρέμβαση.

α) Η διενέργεια ακριβούς παρατήρησης, η λήψη ιστορικού και η φυσική εξέταση του αρρώστου είναι ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντά μας όσον αφορά τους αρρώστους με επιληψία

β) Το ΗΕΓ και οι άλλες διαγνωστικές εξετάσεις θα πρέπει να γίνονται ευθύς αμέσως μόλις υπάρξει η υποψία επίληπτικών σπασμών.

γ) Εξηγούνται όλες οι διαγνωστικές εξετάσεις στον άρρωστο, και γίνεται προετοιμασία του για αυτές.

ΠΑΙΔΙΚΟΙ ΣΠΑΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ.

Στα παιδιά ηλικίας 1-4 ετών, η αύξηση της θερμοκρασίας, λόγω κάποιου λοιμώδους νοσήματος, είναι δυνατόν να προκαλέσει επιληπτικούς σπασμούς. Φυσικά οι σπασμοί αυτοί σπάνια είναι επικίνδυνοι, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να επιμείνουν αν η θερμοκρασία του παιδιού εξακολουθήσει να παραμείνει πολύ υψηλή.

Τα σημεία και τα συμπτώματα των παιδιών, μπορεί να μοιάζουν με εκείνα των ενηλίκων, όσον αφορά την νόσο, διαφέρουν όμως στα παρακατω σημεία:

- Το παιδί παρουσιάζει υψηλό πυρετό και είναι κατακόκκινο και ιδρωμένο λόγω της αύξησης της θερμοκρασίας του σώματος.

- Εμφανίζονται μικρές συσπάσεις των μυών του προσώπου και των άκρων, όχι όμως στο βαθμό που εμφανίζονται στους ενήλικες.

- Μερικές φορές το παιδί μπορεί να αλλοιθωρίζει ή να παρουσιάζει βολβοστροφή.

- Παρουσιάζει δυσκαμψία ή ακαμψία με οπισθότονο (δηλαδή με το κεφάλι και τη ράχη τεντωμένα προς τα πίσω). Ο οπισθότονος είναι συνήθως χαρακτηριστικό της λοίμωξης του νωτιαίου σπλήνα, όπως μηνιγγίτιδα κλπ.

- Το παιδί μπορεί να κρατά την αναπνοή του.

- Το πρόσωπο και ο τράχηλος φαίνονται ερυθρά.

Σκοπός μας εδώ είναι να προστατέψουμε το παιδί από τις διάφορες κακώσεις, καθώς και να φροντίσουμε και για την πτώση της θερμοκρασίας του σώματος, έτσι ώστε να μειωθεί η ένταση των σπασμών.

Οι γενικές αρχές θεραπείας των παιδικών σπασμών είναι ίδιες με τις γενικές αρχές θεραπείας των επιληπτικών σπασμών των ενηλίκων και δεν θα αναφερθούμε εδώ με λεπτομέρειες, επειδή αυτές έχουν αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο (βλέπε αγωγή του σπρώστου που βρίσκεται σε κατάσταση τονικοκλονικών σπασμών). Η μόνη διαφορά από τους ενήλικες είναι ότι χρειάζεται μεγαλύτερη προσοχή και ευαισθησία στη φροντίδα των παιδιών απ'ότι σ'αυτή των ενηλίκων (χωρίς να αφήσουμε να εννοηθεί ότι δεν χρειάζεται προσοχή στους ενήλικες).

Η πτώση της θερμοκρασίας στα παιδιά γίνεται με τους παρακάτω τρόπους:

Αρχικά γίνεται ένα χλιαρό μπάνιο ώστε να ελαττωθεί ο πυρετός. Φροντίζουμε το νερό να έχει θερμοκρασία χαμηλότερη απ'αυτή του σώματος. Το μπάνιο γίνεται κάτω από τρεχούμενο νερό ή πάνω στο κρεβάτι. Στη δεύτερη περίπτωση βρέχουμε το σώμα του παιδιού με ένα πανί αρχίζοντας από το κεφάλι και προχωρούμε προς τα κάτω. Η θερμοκρασία του δωματίου κατά την διάρκεια του λουτρού, δεν πρέπει να είναι πολύ χαμηλή για να μην κρυώσει ο ασθενής. Για τον ίδιο λόγο κλείνουμε τα παράθυρα για να μην δημιουργούνται ρεύματα αέρα στο δωμάτιο.

Για την πτώση της θερμοκρασίας φροντίζουμε (σε άλλη φάση), το δωμάτιο που βρίσκεται το παιδί να έχει θερμοκρασία μικρότερη από την κανονική. Αν οι γονείς έχουν ντύσει το παιδί με υπερβολικά ρούχα φροντίζουμε να του τα βγάλουμε. Ταυτόχρονα εξηγούμε στους γονείς ότι το παιδί δεν θα πρέπει να είναι υπερβολικά ντυμένο γιατί δεν χρειάζεται. Αν το παιδί είναι σκεπασμένο με πολλές κουβέρτες φροντίζουμε να το ξεσκεπάσουμε αφήνοντας μόνο ένα δροσερό σεντόνι για να μην κρυώσει. Σε πολύ υψηλές θερμοκρασίες βάζουμε κάτω από τις μασχάλες του παιδιού και στις διάφορες αρθρώσεις του (μηροβουβονικές πτυχές,

γόνατα) παγοκύστες, έτσι ώστε να πέσει ο πυρετός. Η ατμόσφαιρα του δωμάτιου θα πρέπει να υγραποιείται, επειδή λόγω της αυξημένης αναπνευστικής συχνότητας ξεραίνεται η αεροφόρος οδός.

Αν κατά την διάρκεια του πυρετού παρουσιαστεί ρίγος, τότε το παιδί θα πρέπει να το σκεπάσουμε με μια ελαφριά κουβέρτα ώστε να μην κρυώσει. Σε εμφάνιση ρίγους προτιμάται η χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου, επειδή η χρήση πογοκύστης και λουτρού δεν συνιστάται. Αντίθετα, τοποθετείται θερμοφόρα στα πόδια και στο σώμα του παιδιού ώστε να παύσουν οι κρυάδες.

Καλό θα είναι σε πυρετικούς σπασμούς, ο πυρετός να αντιμετωπίζεται από την αρχή με αντιπυρετικά φάρμακα, λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης. Τα φυσικά μέσα σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να τα χρησιμοποιήσουμε υποβοηθητικά, συνοδεύοντας την φαρμακευτική αγωγή, καθώς επίσης και αν ο άρρωστος παρουσιάζει ανοχή προς τα φάρμακα αυτά.

Η αξιολόγηση του αρρώστου για τα αποτελέσματα της αντιπυρετικής αγωγής, γίνεται με την συχνή λήψη της θερμοκρασίας (ανά τρίωρο ή ανά ώρα) όπου την καταγράφουμε στο θερμομετρικό διάγραμμα. Την θερμοκρασία την μετράμε είτε εξωτερικά, είτε εσωτερικά. Εξωτερικά την παίρνουμε από τις μασχάλες και την μπροσβουβονική πτυχή, ενώ την εσωτερική την μετράμε από τον ορθό και αντιπροσωπεύει τη θερμοκρασία του σώματος. Στα παιδιά δεν υπάρχει συνεργασία. Πάντως η μέτρηση της θερμοκρασίας στα βρέφη και στα νεογνά, καλύτερα θα πρέπει να γίνεται από το ορθό.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Ο άρρωστος που εμφανίζει επιληπτικούς σπασμούς παρουσιάζει διάφορα προβλήματα που έχουν σχέση με τη διανοητική και νευρολογική του κατάσταση. Φυσικά τα προβλήματα αυτά εμφανίζονται σε διαφορετικό βαθμό από άτομο σε άτομο ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του άρρωστου.

Τέτοια είναι:

- Μεταβολές στην αντίληψη και στον συντονισμό.
- Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας.
- Σύγχυση.
- Μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και σκέψη.
- Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης.
- Μεταβολές στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων (κυκλοφοριακό, αναπνευστικό, ουροδόχος κύστη).

Τα παραπάνω προβλήματα επηρεάζουν τον άρρωστο στις καθημερινές του δραστηριότητες και στις κοινωνικές του συναναστροφές. Η απώλεια της αντίληψης και οι ελλειμματικές διεργασίες (μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και σκέψη) μπορούν να συνοδεύονται από ελλειμματική μάθηση και διανοητική καθυστέρηση, ιδιαίτερα αν η νόσος εμφανίζεται αρχικά από μικρή ηλικία. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθεί ειδικά προγράμματα για επιληπτικά άτομα έτσι ώστε να αποκατασταθεί διανοητικά. Η παρακολούθηση των ειδικών προγραμμάτων θα πρέπει να γίνεται επιπλέον και για ένα άλλο λόγο. Οι άρρωστοι αυτοί είναι επηρεασμένοι λίγο ή πολύ από την νόσο, οπότε τα προγράμματα αυτά θα τους ωφελήσουν σημαντικά.

Οι μεταβολές στην λειτουργία εσωτερικών οργάνων είναι ένα πρόβλημα που θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του άρρωστου, ιδίως όταν οι μεταβολές αυτές αφορούν κυρίως το αναπνευστικό σύστημα. Για το πρόβλημα αυτό έχουμε αναφερθεί εκτεταμένα σε άλλο κεφάλαιο της εργασίας οπότε δεν θα γίνει λόγος εδώ.

Κατά την κρίση γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών (grand mal) ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει μεταβολές στην λειτουργία των εσωτερικών οργάνων, που συνεπάγεται την απώλεια ούρων και κοπράνων.

Η κατάσταση αυτή αποτελεί σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα για τον ασθενή. Σοβαρά μειωμένος αισθάνεται ο ασθενής αν οι απώλειες συμβούν κάποια κοινωνική στιγμή, για παράδειγμα σε κάποιο πολυσύχναστο μέρος ή σε κάποια κοινωνική συγκέντρωση. Το πρόβλημα αυτό τον απασχολεί σοβαρά και τον κάνει να αποσύρεται από τις περισσότερες κοινωνικές εκδηλώσεις. Γι' αυτό θα πρέπει εμείς να υποστηρίξουμε ψυχολογικά τον ασθενή, έτσι ώστε αυτός να ξεπεράσει ορισμένες προκαταλήψεις για τον εαυτό του.

Εξίσου επικίνδυνη για τον ασθενή είναι και η μη ικανοποιητική αντίληψη του περιβάλλοντος καθώς και η απώλεια της συνείδησης, κυρίως αν συμβούν την ώρα που ο ασθενής βρίσκεται σε πολυσύχναστο δρόμο, και ακόμα πιο επικίνδυνη γίνεται αν συμβεί την ώρα που προσπαθεί να διασχίσει το δρόμο. Στην περίπτωση αυτή κινδυνεύει από τα διερχόμενα αυτοκίνητα. Γι' αυτό θα πρέπει να συμβουλευόμαστε κάθε άτομο που πάσχει από επιληψία να κυκλοφορεί με την συνοδεία κάποιου άλλου ατόμου. Στην πε-

ρίπτωση που κυκλοφορεί έξω μόνος του θα πρέπει να διασχίζει το δρόμο από τις διασταυρώσεις, και μαζί με άλλα άτομα ποτέ μόνος του. Έτσι θα έχει κάποιον κοντά του να τον βοηθήσει.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΤΗΣ ΑΝΤΙ-Ε ΑΓΩΓΗΣ.

Οι επιλ. παροξυσμοί, οποιουδήποτε τύπου και να είναι, καταστέλλονται με τ' αντι-Ε φάρμακα.

Τα φάρμακα αυτά δεν θα αναφέρουμε εδώ, γιατί έχουν ήδη αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Κάθε φαρμακευτική ουσία που χορηγούμε, παρουσιάζει εκτός από τα αναμενόμενα αποτελέσματα, κι ανεπιθύμητες ενέργειες.

Κατά την χορήγηση των αντι-Ε φαρμάκων λοιπόν, σκοπό έχουμε σαν νοσηλευτές, την επίτευξη στο μέγιστο των θεραπευτικών αποτελεσμάτων με τις λιγότερες δυνατές παρενέργειες, για το συμφέρον του αρρώστου.

Κι η αντιμετώπιση όμως των παρενεργειών των αντι-Ε είναι ευθύνη των νοσηλευτών που είναι υπεύθυνοι για τον άρρωστο.

Θα πρέπει λοιπόν να γνωρίζουμε τα πρώτα σημεία τοξικότητας των αντι-Ε και στην πρώτη εμφανισή τους, να ενημερώνουμε τον γιατρό για να αναπροσαρμόσει τη δοσολογία. Αυτό προϋποθέτει στενή παρακολούθηση του ασθενή μας, ώστε ν' αντιληφθούμε τα τοξικά σημεία και να σωθεί έτσι ο άρρωστος.

ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΥΛΩΝ.

Αυτή είναι η κυριώτερη παρενέργεια της αντι-Ε αγωγής, κυρίως της αγωγής με φαινυλυδαντοΐνη.

Το φαινόμενο αυτό βέβαια δεν είναι επικίνδυνο, ούτε απειλείται η ζωή. Επειρεύζεται όμως η άνεση του αρρώστου γιατί διογκώνονται τα ούλα κι υπάρχει η αίσθηση ότι το στόμα πρήζεται.

Τα προβλήματα τότε είναι η δυσκαταποσία, δυσκολία στην ομιλία και τη μάσηση, που συνοδεύεται μ' ελαφριά απώλεια βάρους. Η παρέμβασή μας, σαν νοσηλευτές, σ' αυτές τις περιπτώσεις, περιλαμβάνει τη χορήγηση μαλακιάς σύστασης τροφής.

Βέβαια το συγκεκριμένο πρόβλημα δεν εμφανίζεται σε όλους τους ασθενείς με υπερπλασία ούλων αλλά εξαρτάται από την ιδιοσυγκρασία του αρρώστου κι απ' το πόσο έχει εξοικειωθεί με την κατάσταση του.

Συνήθως εξοικειώνεται γρήγορα, στ' αρχικά όμως στάδια δεν μπορεί να φάει τίποτα. Σ' αυτή την περίπτωση η διατροφή του πρέπει ν' αποτελείται από υγρές ή πολτώδεις τροφές. Το κατά πόσο θα μπορεί αργότερα να τρώει τροφές της αρέσκειάς του εξαρτάται από τον ίδιο. Θα πρέπει πάντως να του εξηγήσουμε ότι το φαινόμενο είναι παρενέργεια των φαρμάκων για να σκορπίσουμε κάθε φόβο που μπορεί να δημιουργηθεί στην πορεία της

Θεραπείας.

Επειδή μικραίνει η χωρητικότητα του στόματος, τον συμβουλεύουμε να τρώει μικρές δόσεις φαγητού. Επίσης ν' αποφεύγει τροφές που μπορεί να προκαλέσουν αιμοραγίες στο στόμα, λόγω αύξησης μαζί με το μέγεθος και την αιμάτωση των ούλων. Εκτός των τροφών, αιμοραγία μπορεί να προκαλέσει και σκληρό αντικείμενο (π.χ. οδοντόβουρτσα), τα οποία πρέπει ν' αποφεύγονται.

Σημαντική είναι και η υγιεινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, που ιδιαίτερα πρέπει να συστήνουμε στον ασθενή, η οποία τον κάνει να αισθάνεται πιά άνετα και διευκολύνει τη λήψη τροφής.

Αν τα ούλα είναι επώδυνα, τέλος, του χορηγούμε αναλγητικά, με εντολή του γιατρού.

Λόγω του επειρεασμού και των δοντιών, παραπέμπουμε τον ασθενή μας για εξέταση στον οδοντίατρο. Τυχόν σφραγίσματα και αφαιρέσεις δοντιών πρέπει να γίνονται πριν την έναρξη θεραπείας με φαινυλδαντοίνη λόγω κινδύνου σοβαρής αιμοραγίας.

ΤΡΙΧΟΦΥΙΑ.

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με φαινυλδαντοίνη μπορεί να παρουσιαστεί μετρίου βαθμού τριχοφυία. Στους άντρες το πρόβλημα περνάει απαρατήρητο. Εκεί που είναι δυσάρεστη η τριχοφυία είναι οι νέες γυναίκες. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να συνοδεύεται από ψυχολογικά προβλήματα επειδή υπάρχει αλλαγή του σωματικού ειδώλου της γυναίκας.

Έχουμε καθήκον λοιπόν να ενημερώσουμε, να στηρίξουμε ψυχολογικά και να προτείνουμε λύση για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η ενημέρωση για την τυχόν εμφάνιση της παρενέργειας αυτής γίνεται πριν την έναρξη της χορήγησης της φαινυλδαντοίνης.

Αν η γυναίκα δεν καθουχάζεται παρ' όλες τις προσπάθειές μας, την προτρέπουμε να επισκεφθεί ένα ειδικό ψυχολόγο, ώστε να της προσφέρει αυτός καλύτερη λύση στο πρόβλημά της.

Κάτι που πρέπει να της διευκρινήσουμε, αν δεν το γνωρίζει, είναι ότι για την εξαφάνιση των τριχών υπάρχουν στη διάθεσή της πολλά μέσα που κυκλοφορούν στο εμπόριο ή που προσφέρονται στα ινστιτούτα αισθητικής.

ΗΠΑΤΟΤΟΞΙΚΟΤΗΤΑ.

Η ηπατοτοξικότητα συνοδεύει τη χρήση της καρβομαζεπίνης, εμφανίζεται σε μικρό αριθμό αρρώστων, επειδή ο μεταβολισμός της γίνεται στο ήπαρ.

Σκοπό σαν νοσηλευτές εδώ έχουμε να προλάβουμε και ν' αντιμετωπίσουμε τις συνέπειες της παρενέργειας.

Κύριο σύμπτωμα της ηπατοτοξικότητας είναι ο ίκτερος, δηλ. η κίτρινη χροιά του δέρματος και των επιπεφυκότων, λόγω της εναπόθεσης της χολερυθρίνης στους ιστούς αυτούς λόγω ανεπαρκούς μεταβολισμού της.

Η αντιμετώπιση του αρρώστου είναι συμπτωματική γιατί ο ηπατικός ιστός δεν αναγεννάται αν καταστραφεί. Καθήκον μας λοιπόν είναι να διαφυλάξουμε την λειτουργικότητα του οργάνου όση έχει μείνει. Για να επιτύχουμε αυτό, η μείωση της δόσης ή η αλλαγή του φαρμάκου είναι απαραίτητη.

Επίσης συστήνουμε στον ασθενή την τέλεια αποφυγή του οινοπνεύματος και των φαρμάκων με ηπατοτοξική δράση όπως η παρακεταμόλη (DEPON).

Απαραίτητη είναι και η διαμόρφωση της δίαιτας του αρρώστου ανάλογα, ώστε να βοηθήσουμε ν' αναγεννηθεί ο κατεστραμένος ιστός. Αυτό γίνεται με δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες.

Στο διαιτολόγιό του θα πρέπει να συμπεριλάβουμε τροφές πλούσιες σε βιταμίνη Κ. Η έλλειψή της οδηγεί σε παράταση του χρόνου προθρομβίνης (PT) και παράταση των αιμορραγιών, που είναι άλλη μια σοβαρή εκδήλωση της ηπατοτοξικότητας.

Αν η πρόσληψη Βιταμίνης Κ από την τροφή που συστήνεται αρχικά είναι ανεπαρκής ή δεν απορροφάται επαρκώς πρέπει να τη χορηγήσουμε παρεντερικώς (Iv ή Im).

ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΥΠΕΡΕΓΕΡΕΘΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ.

Εμφανίζεται κατά τη χρήση φαινοβαρβιτάλης, συνήθως σε παιδιά και ενήλικους.

Συνήθως παρέρχονται από μόνες τους μετά από λίγες ώρες ή μέρες και δεν χρειάζονται ιδιαίτερη αντιμετώπιση απ' εμάς.

Πάντως πρέπει να παρακολουθούμε τον άρρωστο κατά την διάρκειά τους επειδή γίνεται επιθετικός, πράγμα που μπορεί να βλάψει τον ίδιο αλλά και τους γύρω του.

Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να συγκρατούμε ή να περιορίζουμε τον άρρωστο, γιατί μπορεί να γίνει ακόμα πιο επιθετικός.

Βασικό μέλημά μας βέβαια, είναι ν' απομακρύνουμε από γύρω του όλα τ' αντικείμενα που μπορεί ν' αποβούν επικίνδυνα (π.χ. σκληρά αντικείμενα), κι αν οι παρενέργειες διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα να χορηγήουμε μ' εντολή γιατρού φυσικά, κατασταλτικά - πρεμιστικά φάρμακα.

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ

Η παρενέργεια αυτή εμφανίζεται κατά τη λήψη Βαλπροϊκού Νατρίου.

Στις εκδηλώσεις του γαστρεντερικού ερεθισμού περιλαμβάνεται

το αίσθημα καύσου, πόνο στο επιγάστριο, ναυτία, έμετος και μικροαιμορραγίες λόγω διάβρωσης του βλενογόνου του στομάχου. Οι εκδηλώσεις αυτές εξαρτώνται από την διαφορετική αντίσταση του βλενογόνου από άτομο σε άτομο.

Όταν εμφανιστεί αυτή η παρενέργεια ο νοσηλευτικός σκοπός μας είναι να μειώσουμε την ένταση των εκδηλώσεών της.

Πρώτα τη ναυτία και τον έμετο, που είναι εξαιρετικά δυσάρεστα για τον άρρωστο. Πρέπει να δώσουμε μεγάλη σημασία στη σωστή ρύθμιση της διατροφής του ασθενή. Πράγμα που σημαίνει μικρά και συχνά γεύματα ώστε να μην επιβαρύνεται το στομάχι, κι αποφυγή δυσκολοχώνευτων τροφών με καρικεύματα και πλουσίων σε λίπη και κυτταρίνη.

Την απέχθεια προς το φαγητό που μπορεί να δημιουργηθεί, την αντιμετωπίζουμε με το καλοσερβιρισμένο φαγητό, το ευχάριστο περιβάλλον, την υγιεινή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και την αποφυγή δυσάρεστων συζητήσεων κατά τη διάρκεια του φαγητού, και τέλος με διεγερτικά της όρεξης φάρμακα.

Αν παρ' όλες τις προσπάθειές μας συνεχίζεται ο εμετός, χρειάζεται η χορήγηση αντιεμετικών φαρμάκων (π.χ. Μετοκλοπραμίδη ή Primpelan).

Η προστασία του βλενογόνου από βλάβες, καθώς κι η ανακούφιση του ασθενή απ' αυτά είναι ένα άλλο καθήκον μας.

Για ν' ανακουφίσουμε το αίσθημα καύσου του στομάχου του ασθενή, πρέπει ν' αλκαλοποιήσουμε το γαστρικό περιεχόμενο του στομάχου. Αυτό γίνεται με τη χρήση αντιόξινων (Aludrox, Simco κλπ.) ή ανταγωνιστικών των H² ιστοαμινικών υποδοχέων (τα φάρμακα αυτά μειώνουν την έκκριση ιστοαμίνης η οποία διεγείρει τα τοιχωματικά κύτταρα του στομάχου που παράγουν οξύ) π.χ. αιμετιδίνη ή Zantac, ρανιτιδίνη ή Metracine.

Επίσης προσαρμόζουμε το διαιτολόγιο του αρρώστου κατάλληλα. Του συστήνουμε να αποφεύγει τις τροφές που αυξάνουν την έκκριση υδροχλωρικού οξέως π.χ. τηγανητά, ζάχαρη, καρικεύματα, τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη.

Τον ενημερώνουμε τέλος για τις επιπτώσεις του καπνίσματος, του αλκοόλ και του άγχους στην κατάστασή του και του συνιστούμε την αποφυγή τους, καθώς και των φαρμάκων που προκαλούν γαστρεντερικό ερεθισμό (π.χ. Ασπιρίνη).

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

Εκτός από τις συστηματικές παρενέργειες η αντι-Ε αγωγή μπορεί να έχει και νευρολογικές παρενέργειες. Αυτές εμφανίζονται με την αύξηση των επιπέδων των φαρμάκων σε τοξικά επίπεδα. Τέτοιες είναι η ζάλη, η αταξία, ο τρόμος, η διανοητική άμβλυση, η σύγχυση, η ελλάτωση της μνήμης.

Για να προλάβουμε αυτές τις παρενέργειες κυρίως αυτές που σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων των φαρμάκων σε τοξικά επίπεδα είναι απαραίτητο να παρακολουθούμε στενά τον ασθενή.

Άλλη τοξική παρενέργεια νευρολογικής φύσεως είναι η τοξικότητα της φαινυλδαντοίνης για την παρεγκεφαλίδα που παρουσιάζεται σε μεγάλες δόσεις φαινυλδαντοίνης. Για να την προλάβ-

βουμε απαιτείται η παρακολούθηση των επιπέδων του φαρμάκου στον ορό αίματος.

Στην αποκατάσταση αυτών των αρρώστων, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι σπουδαίος.

Γίνεται χρήση των ασκήσεων βάδισης Fraenkel με τις οποίες ο άρρωστος μαθαίνει να περπατά πάνω σε γραμμές ή αποτυπώματα ποδιών πάνω στο πάτωμα. Η διαδικασία αυτή απαιτεί επιμονή κι ενθουσιασμό από μέρος μας αλλά κι από μέρος του ασθενή.

Καθήκον μας είναι επίσης και η προστασία του ασθενή από τις πτώσεις λόγω απώλειας της ισοροπίας και από τους τραυματισμούς ή εγκαύματα που μπορεί να προκληθούν απ' αυτή.

ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΤΟΥ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ.

Καταστολή του μυελού με ήπια ή μέτρια ελλάτωση του περιφερειακού αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων, μπορεί να παρατηρηθεί μετά από αντι-Ε αγωγή με Καρβαμαζεπίνη.

Η καταστολή εμφανίζεται :

- α) σαν λευκοπενία
- β) σαν θρομβοπενία
- γ) σαν αναιμία

Μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη για τη ζωή γι' αυτό ο ασθενής που είναι σε αγωγή με το συγκεκριμένο φάρμακο θα πρέπει να παρακολουθείται συχνά. Μέτρο για την παρακολούθηση της αιμοποίησης είναι η μέτρηση του περιφερειακού αριθμού των έμμορφων στοιχείων του αίματος.

Η σημαντικότερη και πιό επικίνδυνη εκδήλωση της καταστολής του μυελού είναι η λευκοπενία, γιατί ο ασθενής που πάσχει απ' αυτή αποτελείται σοβαρά από λοιμώξεις λόγω καταστολής του ανοσοποιητικού του συστήματος. Αυτός ο ασθενής χρειάζεται στενή παρακολούθηση και η εισαγωγή του σε νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη.

Σ' αυτή την περίπτωση ασθενή, σκοπός μας είναι η αποκατάσταση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων στα φυσιολογικά επίπεδα, και η προστασία του από λοιμώξεις ή η θεραπεία του σε περίπτωση ανάπτυξής τους.

Για την προστασία του από λοιμώξεις λοιπόν, απαραίτητη είναι η νοσηλεία του να γίνεται σε μονόκλινο δωμάτιο με αυστηρά ελεγχόμενο επισκεπτήριο. Τ' άτομα που έρχονται σε επαφή μαζί του πρέπει να ακολουθούν πιστά ένα αυστηρό πρωτόκολλο πλυσίματος των χεριών με αντισηπτικό, και η ένδυση με προφυλακτική ρόμπα. Η χρήση της μάσκας είναι απαραίτητη τόσο από μας και το ιατρικό προσωπικό όσο κι από τους επισκέπτες για την προστασία από λοιμώξεις που μεταδίδονται με τα σταγονίδια και μπορεί να είναι θανατηφόρες.

Ατομα με λοιμώξεις του αναπνευστικού δεν πρέπει να έρχονται σε επαφή με τον ασθενή.

Πρέπει επίσης να προφυλάξουμε τον ασθενή από τους διάφορους

περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Έτσι τα παράθυρα του δωματίου πρέπει να είναι πάντα κλειστά για να μην δημιουργούνται ρεύματα και η θερμοκρασία να ρυθμίζεται από σύστημα κλιματισμού, το οποίο να έχει ειδικά φίλτρα για την αποστείρωση του αέρα. Μηχανήματα υπεριώδους ακτινοβολίας να αποστειρώνουν το χώρο. Η απολύμανση του θαλάμου πριν την είσοδο του ασθενή είναι βέβαια αυτονόητη.

Μεγάλη προσοχή εκ μέρους μας είναι απαραίτητη κατά τις νοσηλευτικές και ιατρικές διαδικασίες.

Οι ενέσεις, η οσφυονωτιαία παρακέντηση και άλλες τεχνικές πρέπει να γίνονται πολύ προσεκτικά μόνο όταν είναι απόλυτα αναγκαίες και εφαρμόζοντας όλους τους κανόνες αντισημίας και ασημίας.

Η καθαριότητα του δέρματος και του τριχωτού της κεφαλής είναι σημαντική καθώς και η περιποίηση των νυχιών και της στοματικής κοιλότητας. Κατά την εφαρμογή της τελευταίας οι κινήσεις πρέπει να είναι απλές για να αποφευχθούν μικροτραυματισμοί. Το ξύρισμα να γίνεται με ηλεκτρική ξυριστική μηχανή.

Οποιοδήποτε τραύμα—πρέπει να το απολύμενουμε και να το επιδένομε άσυπτα.

Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης δεν πρέπει να γίνεται παρά μόνο αν είναι απόλυτα αναγκαίο.

Αν παρ' όλα αυτά τα προληπτικά μέτρα δεν μπορέσουμε να εμποδίσουμε την ανάπτυξη λοίμωξης τότε είναι αναγκαίο να την θεραπεύσουμε αμέσως. Εφαρμόζουμε λοιπόν αντιμικροβιακή αγωγή, με ευρέως φάσματος αντιμικροβιακά. Αμέσως μόλις εμφανιστεί το πρώτο σύμπτωμα λοίμωξης ο πυρετός δίνοντας τα ευρέως φάσματος αντιμικροβιακά και γίνεται καλλιέργεια αίματος και τεστ ευαισθησίας του μικροβίου.

Άλλος τρόπος αντιμετώπισης της λευκοπενίας είναι η μετάγγιση των λευκών, αφού γίνει έλεγχος συμβατότητας πριν. Κατ' αρχήν χρειάζεται μεγάλη σύνεση και προσοχή τόσο από μέρους μας όσο και από μέρος του ιατρικού προσωπικού γιατί υπάρχει κίνδυνος απόρριψης του μοσχεύματος. Η μετάγγιση ολικού αίματος επίσης μπορεί να βελτιώσει σημαντικά το ανοσοποιητικό σύστημα κι εδώ χρειάζεται η δική μας στενή παρακολούθηση. Ο έλεγχος συμβατότητας είναι κι εδώ απαραίτητος γιατί υπάρχει κίνδυνος αντιδράσεων υπερευαισθησίας.

Άλλος τρόπος αποκατάστασης των λευκών είναι και η χορήγηση έτοιμων αντισημάτων. Μπορεί να ληφθούν από οποιονδήποτε φαρμακείο δότη και κυκλοφορούν στο εμπόριο. Πάντως η πρόληψη είναι καλύτερη για τον άρρωστο παρά η θεραπεία.

Η θρομβοπενία που μπορεί να εμφανιστεί λόγω της χρήσης καρβαζεπίνης μπορεί να είναι επίσης επικίνδυνη για τη ζωή. Η παρενέργεια αυτή είναι σπάνια αλλά μπορεί να προκαλέσει σοβαρά επεισόδια αιμορραγιών.

Σ' αυτή την περίπτωση σκοπός μας είναι η αποκατάσταση του αριθμού των αιμοπεταλίων στις φυσιολογικές τιμές και η πρόληψη των αιμορραγιών. Οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία ν' αποφεύγεται π.χ. τραύματα ενδομυϊκών και υποδόριων ενέσεων. Αν είναι αναγκαίο να γίνουν εφαρμόζουμε πίεση πάνω στο τραύμα τουλάχιστον πέντε λεπτά ώστε να σταματήσει η αιμορραγία. Το ίδιο πρέπει να εφαρμόζουμε και σε οποιοδήποτε τραύμα. Για τον κίνδυνο της αιμορραγίας, πρέπει ν' αποφεύ-

γονται οι αθλοπαιδίες. Σε τυχόν τρώση μεγάλου αγγείου αυτό απολυνώνεται.

Η τακτική παρακολούθηση των ζωτικών σημείων θα μας ενημερώσει για κάποια (εσωτερική) αιμορραγία. Η ταχυσφυγμία και η πτώση της αρτηριακής πίεσης είναι τα πρώτα ενδεικτικά σημεία της αιμορραγίας.

Η περιποίηση του στόματος (βούρτσισμα δοντιών), η διατροφή με μαλακές τροφές, το ξύρισμα η αποφυγή ξυσίματος της μύτης (κίνδυνος ρινορραγίας), θα πρέπει να γίνονται με τον ίδιο τρόπο που περιγράφεται πιο πάνω για τον λευκοπενικό αρρωστο.

Φαρμακευτικές ουσίες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα των αιμοπεταλίων θα πρέπει να αποφεύγονται ή τουλάχιστον να παίρνονται με συνταγή γιατρού. Ο ασθενής αυτός δεν πρέπει να παίρνει φάρμακα αυθαίρετα.

Τα κυριότερα αντισυγκολυτικά των αιμοπεταλίων φάρμακα είναι τα σαλικιλικά (κυρίως η ασπιρίνη) κ.α. Αντιπηκτικά φάρμακα (ασπιρίνη, κουμαρινικά, αντιπηκτικά) δεν πρέπει να λαμβάνονται γιατί μειώνουν το χρόνο προθρομβίνης (P.T.) και ευνοούν την αιμορραγική διάθεση.

Η αντιμετώπιση των αιμορραγιών (με εφαρμογή άμεσης πίεσης ή απολίνωσης) σ' ένα θρομβοπενικό άρρωστο συνίσταται στον άμεσο έλεγχο της αιμορραγίας και την αποκατάσταση του αριθμού των αιμοπεταλίων σε φυσιολογικές τιμές.

Η αποκατάσταση του αριθμού των αιμοπεταλίων γίνεται με μετάγγιση προϊόντων του αίματος δηλ. χορήγηση ολικού αίματος ή αιμοπεταλίων ή παραγόντων πήξεως αίματος (έχουν πολυέξοδη παραγωγή γι' αυτό δεν πολυχρησιμοποιούνται).

Άλλη εκδήλωση της καταστολής του μυελού είναι η καταστολή της ερυθράς σειράς, που εκδηλώνεται με αναιμία.

Η αναιμία σπάνια εκδηλώνεται σε ασθενείς που βρίσκονται σε αγωγή με καρβαμαζεπίνη.

Η καταστολή της ερυθράς εκδηλώνεται με πτώση της τιμής του αιματοκρίτη (Ht) και της αιμοσφαιρίνης (Hb). Πολλές φορές η αναιμία είναι και αποτέλεσμα αυξημένης απώλειας αίματος λόγω αιμορραγίας σε θρομβοπενικό ασθενή.

Σκοπός μας σαν νοσηλευτές είναι να επαναφέρουμε την τιμή του Ht σε Φ. τιμές και τη διόρθωση της αναιμίας. Για τον σκοπό αυτό παίρνουμε διάφορα μέτρα. Μέσα σ' αυτά είναι η ανάπαυση του ασθενή στο κρεβάτι σε ήσυχο θάλαμο, μακριά από εξωτερικούς περιβαλλοντολογικούς παράγοντες που μειώνουν κατά πολύ τα συμπτώματα. Η αποφυγή δυνατού φωτός και θορύβου επίσης. Η έγερση απ' την κλίνη ν' αποφεύγεται γιατί ο άρρωστος μπορεί να ζαλιστεί, να πέσει και να τραυματιστεί. Φυσικά θα πρέπει ν' αποφεύγονται οι αθλοπαιδίες επειδή μ' αυτές αυξάνονται οι ανάγκες σε οξυγόνο και τα αποθέματα δεν είναι αρκετά για να τις αναπληρώσουν. Αποτέλεσμα η εύκολη κόπωση του ασθενή. Με την ανάπαυση οι ανάγκες της περιφέρειας σε οξυγόνο μειώνονται, οπότε τα αποθέματα του οξυγόνου που ήδη υπάρχουν είναι αρκετά να τις αναπληρώσουν.

Η οξυγόνωση του περιφερειακού αίματος ελέγχεται με λήψη αίματος από μια περιφερική αρτηρία και την ανάπλαση των αρτηρίων αίματος. Αν υπάρχει σοβαρή ανοξία εφαρμόζουμε οξυγονοθεραπεία με εντολή του γιατρού. Βασικό μας μέλημα σαν νοσηλευτές είναι να διατηρείται το μείγμα του οξυγόνου στην πυκνότητα που καθορίζεται από το γιατρό.

Σε σοβαρές αναιμίες (λόγω χρήσης καρβαμαζεπίνης) η θεραπεία μπορεί να γίνει με μετάγγιση παραγώγων αίματος και για αποτελεσματικότερα ολικά αίματος (πριν τη μετάγγιση προηγείται πάντα διασταύρωση αίματος και ο έλεγχος συμβατότητας ομάδας και Rhesus).

Η καταστολή του μυελού από χρήση καρβαμαζεπίνης δεν εμφανίζεται σε όλους τους ασθενείς και ούτε σε σοβαρή μορφή. Όταν εμφανιστεί, ο άρρωστος χρειάζεται στενή παρακολούθηση, γι' αυτό θα πρέπει να νοσηλεύεται σε νοσοκομείο. Αν δεν θέλει να μείνει σε νοσοκομείο ενημερώνεται για τις ενεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας καθώς κι ένας στενός του συγγενής, και του συστήνεται να διατηρεί στενή επαφή με το γιατρό του.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ

Μ' αυτήν την εργασία, φιλοδοξούμε να ενημερώσουμε τους σπουδαστές για την ασθένεια και τις επιπτώσεις της στους πασχόντες.

Η ενημέρωσή τους διευκολύνεται από τους πίνακες που παραθέτουμε.

Το πρώτο βήμα ήταν να έρθουμε σε άμεση επαφή με τους ασθενείς και αυτό το καταφέραμε με την έκδοση ερωτηματολογίων. Από τις απαντήσεις των οποίων συγκεντρώθηκαν τ' απαραίτητα στοιχεία που μας βοήθησαν να καταλήξουμε σε σημαντικά συμπεράσματα. Η ερευνά μας έγινε στους νομούς Ηλείας και Αχαΐας.

Το δείγμα του πληθυσμού που ήταν τυχαίο περιλαμβάνει άτομα άνω των δέκα και κάτω των εβδομήντα χρόνων, έγγαμους και άγαμους και των δύο φύλλων.

Οι ερωτήσεις ήταν απλές για να γίνονται εύκολα κατανοητές. Τα ερωτηματολόγια ήταν τριάνταδύο (32) και περιλαμβάνουν δεκαεννέα ερωτήσεις.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθυνθήκαμε, για την διενέργεια της έρευνας, αποτελείτε από άτομα 12 έως 68 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 38,5 έτη.

Η ηλικία των ανδρών ήταν ως εξής: Ένα άτομο ήταν 12 ετών, ένα 18 ετών, ένα 23 ετών, ένα 24 ετών, ένα 38 ετών, ένα 39 ετών, ένα 44 ετών, ένα 51 ετών, ένα 57 ετών, ένα 58 ετών, ένα 59 ετών, επίσης δύο άτομα 60 ετών, ένα 62 ετών, ένα 63 ετών και τέλος ένα 68 ετών.

Επίσης η ηλικία των γυναικών εμφανίστηκε ως εξής: Ένα άτομο ήταν 13 ετών, ενώ στην ηλικία των 15 ετών έχουμε τρία άτομα, ένα άτομο 18 ετών, ένα 23 ετών, επίσης στην ηλικία των 27 έχουμε τρία άτομα, ένα άτομο 30 ετών, ένα 35 ετών, ένα 43 ετών, ένα 45 ετών, ένα 47 ετών, ένα 54 ετών, κι ένα άτομο 58 ετών.

Ταξινόμηση του πληθυσμού κατά ηλικία εμφανίζεται στον ανάλογο Πίνακα του Παραρτήματος.

Το δείγμα του πληθυσμού, που ήταν το αντικείμενο της έρευνάς μας, αποτελείτε στο σύνολό του από 32 άτομα.

Κατά το 1/2 ήταν άνδρες (δηλαδή 16 άτομα), και κατά το 1/2 γυναίκες (16 άτομα).

Αυτό ήταν τυχαίο αλλά η επιληψία έχει την ίδια συχνότητα εμφάνισης και στα δύο φύλλα.

Παραστατική ανάλυση της ερώτησης που αφορά το επάγγελμα, γίνεται στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος.

Όπως φαίνεται το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού που περιλάβαμε στην έρευνά μας, το ποσοστό 34,4% (δηλαδή 11 άτομα) ήταν άνεργοι. Είναι μεγάλο ποσοστό και μάλιστα αν συσχετιστεί με το νεαρό της ηλικίας (μέσος όρος ηλικίας 38,5 ετών) του ερωτηθέντος πληθυσμού.

Οι συνταξιούχοι άλλωστε αποτέλεσαν μόνο το 15,62% (δηλαδή 5 άτομα), κι οι μαθητές-τριες ένα ποσοστό 15,62% (επίσης 5 άτομα).

Μπορούμε δηλαδή να συμπεράνουμε ότι η εμφάνιση της επιληψίας, είχε σαν αποτέλεσμα τον επηρεασμό του άνεργου ποσοστού 34,4% στον τομέα της εργασίας.

Εδώ ν'αναφέρουμε ότι στο σύνολο του 34,4% του άνεργου πληθυσμού, ανέφερε ότι έχει κρίσεις διάρκειας λεπτού το 21,87%, το οποίο επίσης δήλωσε ότι επηρεάστηκε η ζωή του στον τομέα εργασία.

Επίσης στην κατηγορία Αγρότες - Εργάτες περιλαμβάνεται το 25% (οκτώ άτομα). Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1 του Παραρτήματος, αποτελούν το δεύτερο μεγάλο ποσοστό. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί εύκολά, μια κι η έρευνά μας έγινε σε περιοχές, όπου η κύρια ασχολία του πληθυσμού είναι

η αγροτική ενασχόληση ή η εργασία σε εργοστάσια.

Στην κατηγορία οικιακά, περιλαμβάνεται το 9,4% (δηλαδή 3 άτομα), μ' όλο που ο μισός μας πληθυσμός, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, αποτελείτε από γυναίκες.

Όσον αφορά τις γραμματικές γνώσεις του ερωτηθέντος πληθυσμού, οι περισσότεροι απ' τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι, έχουν γραμματικές γνώσεις δημοτικού σε ποσοστό 56,20% (18 άτομα).

Με γνώσεις Γυμνασίου εμφανίστηκε το 25% (8 άτομα).

Ένα ποσοστό 3,125% (1 άτομο) ήταν απόφοιτος Λυκείου.

Αναλφάβητοι εμφανίστηκαν σε ποσοστό 15,62% (5 άτομα).

Τέλος στην πέμπτη κατηγορία της ερώτησης για τις γραμματικές γνώσεις, δηλαδή στους απόφοιτους ή φοιτητές Ανώτερης ή Ανώτατης Σχολής, δεν έχουμε κανένα άτομο. Ίσως να κρατούν κάποια επιφυλακτικότητα ή μυστικότητα μπροστά στην συγκεκριμένη ασθένεια, λόγω του γεγονότος ότι συνεχίζει ν' αποτελεί κοινωνικό στίγμα, κι αποκρύπτεται συστηματικά.

Στην κατηγορία αυτή θα ήρεπε να γίνει ίσως μια πιο εκτεταμένη έρευνα από μια αρμόδια υπηρεσία, για να καταλήξουμε σε ορισμένα συμπεράσματα.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι οι περισσότεροι απ' τους άνεργους (ποσοστό 21,85%) είναι απόφοιτοι του δημοτικού, ενώ αναλφάβητοι άνεργοι ήταν το 9,3%, κι όλοι τους έπασχαν από διανοητική καθυστέρηση.

Για μια καλύτερη κατανόηση των απαντήσεων της πέμπτης ερώτησης του ερωτηματολογίου, που παραθέτουμε στο Παράρτημα, δές στον Πίνακα 2, που επίσης παραθέτουμε στο Παράρτημα. Απ' τον Πίνακα αυτό, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι περισσότεροι απ' τους ερωτηθέντες, σε ποσοστό 31,25% (10 άτομα), ανακάλυψαν ότι έπασχαν από επιληψία στην ηλικία των 10-20 ετών, δηλαδή στο τέλος της παιδικής ή στην εφηβική ηλικία.

Η εμφάνιση της επιληψίας σ' αυτές τις ηλικίες, στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι αποτέλεσμα ατυχήματος.

Στην ηλικία απ' την γέννηση ως 10 ετών το ποσοστό εμφάνισης ήταν 21,80% (7 άτομα).

Στην ηλικία 20-30 ετών το ποσοστό εμφάνισης ήταν 15,62% (δηλαδή 5 άτομα).

Στην ηλικία 30-40 βρέθηκε ποσοστό 6,25% (2 άτομα).

Στην ηλικία των 40-50 βρέθηκε επίσης ποσοστό 6,25% (2 άτομα). Και στην ηλικία των 50 και άνω, το ποσοστό ήταν 18,75% (6 άτομα).

Η ταξινόμηση που πληθυσμού κατέ ηλικία εμφάνιση της επιληψίας φαίνεται στον Πίνακα 6 του Παραρτήματος.

Στην ερώτησή μας αν ήταν η εμφάνιση της επιληψίας αποτέλεσμα νόσου ή ατυχήματος, δεχτήκαμε θετική απάντηση από το 50% (16 άτομα). Απ' αυτούς το 31,25% ήταν άνω των σαράντα ετών, ενώ στον κάτω των σαράντα ετών πληθυσμό, μόνο το 18,75% απάντησε θετικά.

Όπως μπορούμε να δούμε στον Πίνακα 4 του Παραρτήματος,

αρνητικά εδώ απάντησαν το 6,25 % (2 άτομα), κι άγνοια σχετικά με το θέμα είχε το 9,375 % (3 άτομα).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό μάλιστα 84,375 % (27 άτομα) γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό. Μόνο το 6,25% (2 άτομα) δήλωσε ότι γεννήθηκε με μη φυσιολογικό τοκετό, και σ' αυτόν η ηλικία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου ήταν κάτω των δέκα ετών.

Τ' άτομα ήταν δύο, το ένα κνήκει στο αρσενικό φύλλο και το άλλο στο θηλυκό φύλλο, δεν έπασχαν απο κάποια χρόνια ασθένεια, ούτε κάποιο πρόσωπο απο το οικογενειακό ή συγγενικό τους περιβάλλον, έπασχε απο επιληψία. Όποτε μπορούμε να συμπεράνουμε ότι, το γεγονός του μη φυσιολογικού τοκετού κι οι πιθανοί εκεί τραυματισμοί μπορούν να ροηγήσουν στην εμφάνιση της επιληψίας.

Τέλος το 9,375 % απ' τους ερωτηθέντες (3 άτομα) δήλωσαν ότι αδυνατούν ν' απαντήσουν θετικά ή αρνητικά στην ερώτησή μας.

Ένα αρκετά σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που περιλάβαμέ στην έρευνά μας, το 43,75 % (14 άτομα), δήλωσε ότι υπάρχει στην οικογένειά του, άτομο που έπασχε απ' την ίδια νόσο. Κυρίως πρόκειται για λοιπούς συγγενείς σε ποσοστό 34,375 % (11 άτομα), αλλά και για μητέρα στο 6,25% (2 άτομα), και για πατέρα 3,125 % (1 άτομο). Βλέπουμε εδώ, το φαινόμενο του ρόλου της κληρονομικότητας σαν προδιαθεσικό παράγοντα της επιληψίας. Τα ποσοστά δείχνουν ότι ο φόβος της κληρονομικότητας μπορεί να είναι υπαρκτός αλλά δεν είναι τεράστιος. Είναι άλλωστε γεγονός ότι η κληρονομικότητα είναι πολυπαραγοντική, κι ότι αυτό που μεταβιβάζεται στους απογόνους είναι η προδιάθεση για σπασμούς.

Πάντως είναι σίγουρα απαραίτητο πριν τον γάμο επιληπτικού ατόμου, ολοι οι ενδιαφερόμενοι να ενημερώνονται με ειλικρίνεια.

Έντυπωση είναι το ποσοστό των επιληπτικών που ερωτήθηκαν αν πάσχουν συγχρόνως απο κάποια χρόνια ασθένεια, κι απαντήσαν μεταφατικά.

Πρόκειται για το 1/4 του ολου πληθυσμού της έρευνάς (8 άτομα).

Αναλυτικά, στον πληθυσμό της έρευνας μας, παρουσιάζεται :

-Διανοητική καθυστέρηση, διαφόρων βαθμών σε ποσοστό 15,62% (δηλαδή σε 5 άτομα).

Η διανοητική κατάσταση του ατόμου δεν επηρεάζεται απο την επιληψία. Όμως οι διάχυτες εγκεφαλικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα επιληπτικών κρίσεων.

Τρία απ' τ' άτομά που πάσχουν απο διανοητική καθυστέρηση, κατά τον τοκετό και παρουσίασαν στην παιδική τους ηλικία (3-12 ετων) επιληπτικά σημεία, αλλά δύο απ' αυτά είχαν συγγενικό πρόσωπο που έπασχε απο επιληψία.

Ένω τ' άλλα δύο είχαν γεννηθεί με μη φυσιολογικό τοκετό, πράγμα που εξηγεί ίσως, την κατάστασή τους.

-Καρδιακή αρρυθμία σε ποσοστό 3,125 % (1 άτομο).

-Καρκίνος εγκεφάλου σε ποσοστό 3,125 % (1 άτομο).

Οι ενδοκρανιακοί όγκοι αποτελούν, όπως έχουμε αναφέρει στο πρώτο μέρος της εργασίας μας, αίτιο για την εμφάνιση επιληπτικών κρίσεων, και το συγκεκριμένο άτομο δήλωσε ότι οι επιληπτικές εκδηλώσεις του ήταν αποτέλεσμα νόσου.

- Ζαχαρώδης Διαβήτης σε ποσοστό 3,125 % (1 άτομο).

Η χρήση βαρβιτουρικών κι άλλων τέτοιων φαρμακευτικών ουσιών, κι η απόσυρσή απ' αυτές μπορεί να προκαλέσει επιληπτικούς σπασμούς. Κατά την διενέργεια της έρευνάς, πάντως κανείς απ' τους ερωτηθέντες δεν ανέφερε ότι έχει ποτέ χρησιμοποιήσει τέτοιου είδους ουσίες.

Και η χρόνια λήψη αλκοόλ είναι δυνατό να προκαλέσει επιληπτικούς παροξυσμούς.

Απ' τ' άτομα που συμπεριλάβαμε στην έρευνά μας μόνο το 6,25 % (2 άτομα) υπήρξε λήπτης αλκοόλ για μακρύ χρονικό διάστημα. Ήταν αρσενικού φύλλου. Το ένα άτομο εμφάνισε σπασμούς στην ηλικία των 56 ετών και το άλλο στην ηλικία των σαράντα τριών. Επίσης δεν έπασχε από επιληψία κανένας απ' το οικογενειακό ή το συγγενικό τους περιβάλλον.

Τα άτομα που υπήρξαν λήπτες αλκοόλ, δεν έπασχαν από κάποια νόσο και δεν τους είχε συμβεί κανένα ατύχημα, οπότε η μακροχρονική λήψη αλκοόλ ίσως έχει σχέση με την εμφάνιση των επιληπτικών παροξυσμών.

Τ' άτομά αυτά έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο λόγω της συγκεκριμένης ασθένειας. Ο ένας μάλιστα απ' αυτούς δεν ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες κι αυτό έχει σχέση με ψυχοκοινωνικούς λόγους, όπως δήλωσε.

Στο ερώτημα, πόσο διαρκεί η κάθε κρίση, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι, ποσοστίο 59,37 % (19 άτομα) παρουσιάζουν στιγμιαίες κρίσεις.

Αλλά βρέθηκε και ένα καθόλου αξιοκαταφρόνητο ποσοστό των 34,375 % (11 άτομα), που πάσχουν από μεγαλύτερης διάρκειας κρίσεις.

Μόνο το 6,25 % (2 άτομα) δήλωσαν άγνοια για την διάρκεια των επιληπτικών εκδηλώσεών τους.

Παρόλο που για το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού που διερευνήσαμε, οι επιληπτικές εκδηλώσεις διαρκούν ελάχιστα, το ποσοστό ανεργίας είναι μεγάλο καθώς και το ποσοστό αυτών που δήλωσαν ότι η επαγγελματική τους ζωή επηρεάστηκε άμεσα λόγω της εμφάνισης της συγκεκριμένης ασθένειας.

Θα έπρεπε ν' αναζητήσουμε τα αίτια αυτής της κατάστασης, στο είδος της εργασίας όπου εξασκούν τ' άτομα της έρευνάς μας. Επι το πλείστον, είναι αγρότες κι εργάτες και νοικοκυρές, εργασίες επίπονες και που απαιτούν ιδιαίτερη αντοχή.

Σημαντικός αριθμός ερωτηθέντων, δηλαδή ποσοστό 78,125 % (25 άτομα), ανέφερε ότι έχει σημεία που τον προειδοποιούν για τις επερχόμενες επιληπτικές εκδηλώσεις.

Αντίθετα μόνο το 21,875 % (7 άτομα) δήλωσε ότι, δεν παρουσιάζει προειδοποιητικά σημεία.

Είναι σημαντικό κι ευχάριστο το γεγονός ότι ένας τόσο μεγάλος αριθμός ασθενών παρουσιάζουν προειδοποιητικά σημεία γιατί, έτσι προετοιμάζεται κατάλληλά κάθε φορά για την κρίση κι αποφεύγονται οι τραυματισμοί και οι τυχόν ζημιές. Αυτό τον κάνει ανεξάρτητό, κι υπεύθυνο για την αντιμετώπιση της κατάστασώς του. Επίσης συντελεί στην καλή ψυχολογική του κατάσταση και το αντικατόπτρισμά της στην προσωπική και την κοινωνική του ζωή.

Στο σύνολο των 32 ατόμων που ερωτήθηκαν, αν έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο, λόγω της συγκεκριμένης ασθένειας τους, θετικά απάντησε το 90, 625 % (29 άτομα). Αρνητική απάντηση έδωσε μόλις 9,375 % (3 άτομα). Μάλιστα απ'τα 29 άτομα που απάντησαν θετικά, τα 18 είχαν νοσηλευτεί πάνω απο δυο φορές, ενώ τα 11 άτομα, κάτω απο δύο φορές.

Όπως είδαμε προηγουμένως, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει προειδοποιητικά σημεία για την επερχόμενη κρίση, κι επίσης έχει κρίσεις που εις το πλείστον διαρκούν στιγμιαία. Παρ' όλα αυτά βλέπουμε ότι το ποσοστό των εισαχθέντων σε νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα υψηλό.

Αυτό κατοπτρίζει, ίσως την αδυναμία του υπάρχοντος συστήματος περίθαλψης, στο λεπτό αυτό σημείο της αντιμετώπισης της επιληψίας, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει το πρόβλημά της συμφόρησης των νοσοκομείων που ήδη είναι τεράστιο. Αλλά να μεγαλώνει και η ταλαιπωρία και τα έξοδα του κοινού. Ίσως η λύση να ήταν η δημιουργία των ειδικών αντιεπιληπτικών κέντρων που έχουν αναφερθεί στο πρώτο μέρος της εργασίας, που θ' αναλάβουν να εξυπηρετήσουν την πλειονότητα των περιπτώσεων, με αποτέλεσμα την καλλιτέρευση των προσφερόντων υπηρεσιών, και την βελτίωση της κατάστασης των νοσοκομείων, αλλά πάνω απ' όλα την σωματική, οικονομική και ψυχική ανακούφιση των ασθενών.

Παρενέργειες απ'τα φάρμακα έχουν εμφανιστεί στο 28,125 % (9 άτομα). Ενώ το 71,875 % (23 άτομα) δεν έχει ποτέ εμφανίσει παρενέργειες. Απ' το 28,125 % που εμφάνισε παρενέργειες, το 15,725 % ήταν άτομα κάτω των σαράντα ετών. Μάλιστα το 21,875 % ήταν γυναίκες που στην πλειοψηφία τους ήταν νοικοκυρές στο επάγγελμα.

Απ' όλους αυτούς που είχαν παρενέργειες, μόνο το 31,25 % δεν ακολουθούσε τις ιατρικές οδηγίες.

Σημαντικό επίσης είναι, ότι, τ' άτομα αυτά έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο, προφανώς λόγω των ειδηλώσεων των παρενεργιών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων.

Το θέμα της εμφάνισης παρενεργιών είναι πολύ σοβαρό κι επηρεάζει τους ασθενείς οργανικά και ψυχικά.

Τα είδη των παρενεργιών που μας αναφέρθηκαν, διακρίνονται ως εξής :

- Γαστρεντερικές διαταραχές, 15,625 % (5 άτομα).
- Δερματικές αντιδράσεις 3,125 % (1 άτομο).
- Διόγκωση ούλων 3,125 % (1 άτομο).
- Αναιμία 3,125 (1 άτομο).
- Υπερεφερευθιστικότητα 3,125 % (1 άτομο).
- Υπερκινητικότητα 3,125 % (1 άτομο).

Πιθανή είναι και η φαρμακευτική "κακοποίηση", η κατέχρηση δηλαδή των φαρμακευτικών δόσεων, των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, για λόγους που θ' αναφέρουμε πιο κάτω.

Το μεγαλύτερο τμήμα των ερωτηθέντων ακολουθεί τις ιατρικές και φαρμακευτικές οδηγίες, όπως δηλώσε σε ποσοστό 84,375 % (27 άτομα). Και μόνο το 15,625 % (δηλαδή 5 άτομα) δείχνει απειθαρχία κατά την λήψη των φαρμάκων.

Οι λόγοι τους οποίους, οι τελευταίοι προβάλλουν, είναι ψυχοκοινωνικοί, κι εφορούν τις προκαταλήψεις του κοινωνικού τους περιβάλλοντος σχετικά με την επιληψία, και κάποιο αίσθημα μειονεκτικότητας έναντι του περιγύρου τους. Μαζί με σγχος και φόβο λόγω της εξάρτησής τους από τα φάρμακα κι έτσι με την μη συστηματική λήψη τους προσπαθούν ν' αποδευμευτούν. Δύο απ' τ' άτομα που δεν πειθαρχούσαν στις ιατρικές οδηγίες για την λήψη των φαρμάκων, μάλιστα, έχουν παρουσιάσει παρενέργειες απ' τα φάρμακα.

Ακόμα, ένα άλλο άτομο που δεν πειθαρχούσε στις οδηγίες για την χρήση των φαρμάκων, ήταν αλκοολικός.

Μαθήματα για την αντιμετώπιση των κρίσεων, έχει πάρει το 93,75 % (24 άτομα), των ερωτηθέντων.

Το πιο πάνω αποτελεί σημαντικό στοιχείο, απ' το οποίο συμπεραίνουμε, ότι, ο ασθενής παίρνει το θέμα της υγείας του στα χέρια του. Ήσσει να είναι παθητικός. Αναλαμβάνει κι αυτός μαζί με την θεραπευτική ομάδα, την υπεύθυνότητα για την αντιμετώπιση των κρίσεών του.

Απ' το 93,75 %, το 31,25 % (10 άτομα), έχουν πάρει μαθήματα από γιατρό, ενώ το 43,75 % (14 άτομα) έχουν πάρει μαθήματα για αντιμετώπιση των κρίσεών τους, από νοσηλεύτη ή νοσηλεύτρια. Οι νοσηλεύτές με την σύγχρονη κατάρτισή και την ευσυνειδησία τους συντελούν όσο κανείς στην ενημέρωση του κόσμου αφού άλλωστε είναι τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, που έρχονται σε πολύ στενή επικοινωνία μαζί του. Κι όπως πιο πάνω αναφέρθηκε, το 93,625 % του πληθυσμού της έρευνας, έχει εισαχθεί σε νοσοκομείο λόγω της συγκεκριμένης νόσου.

Μόνο ένα 6,25 % (8 άτομα) του συνολικού πληθυσμού δεν έχει πάρει μαθήματα.

Το ποσοστό αυτό αποτελείτε κυρίως από γυναίκες στο 54,687 % του, ένδειξη της θέσης της γυναίκας στην ελληνική επαρχιακή κοινωνία. Και μια προσπάθεια ίσως απόκρυψης της νόσου για προφανείς λόγους (μελλοντικός γάμος).

Ο τρόπος ζωής επηρεάστηκε σε περισσότερους σε περισσότερους από έναν τομείς, για το 93,75% (σε 31 άτομα), κι απ' αυτό το ποσοστό το 81,25% (26 άτομα) επηρεάστηκε κυρίως στο τμήμα της εργασίας, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και γραμματικών γνώσεων.

Ενώ στο 77,419% (24 άτομα), επηρεάστηκε η οικογενειακή ζωή του, κι επίσης στο 77,419% (24 άτομα) επηρεάστηκε η κοινωνική ζωή.

Τέλος για ένα 9,677% (3 άτομα) επηρεάστηκαν κι άλλοι τομείς της ζωής.

Δυστυχώς όπως δείχνουν τα ποσοστά, η επιληψία συνεχίζει να αποτελεί στίγμα για την ελληνική κοινωνία, μ' αποτέλεσμα, οι πάσχοντες να υποφέρουν εκτός απ' τις εκδηλώσεις της νόσου και απ' την αρνητική αντιμετώπιση της κοινωνίας, κι απ' τον αντικατοπτρισμό της, σ' όλες τις παραμέτρους της ζωής.

Το κοινωνικό στίγμα της νόσου βαρύνει ολη την οικογένεια, και δεν ξεπερνιέται εύκολά με τις σημερινές συνθήκες. Αν η οικογένεια έχει ήδη πρόβλημα, το πρόσθετο φορτίο ενός επιληπτικού τα επαυξάνει. Οι οικογένειες αντιδρούν συνήθως με φόβο και άγχος μπρος στις κρίσεις, αν και τελικά μέλλόν προσαρμόζονται. Όμως αυτή η προσαρμογή είναι πιθανό να έχει μικροπρόθεσμες συνέπειες στα μέλη της οικογένειας, ιδιαίτερα αν το πρόβλημα χρονίζει.

Η εξέλιξη των επιληπτικών και η εύρεση εργασίας ή η διατήρησή της είναι άλλο πρόβλημα. Τα ποσοστά ανέργων (34,4%) που αναφέραμε είναι ενδεικτικά, το ίδιο κι οι γραμματικές γνώσεις, ανελέαβητοι στο 15,62%, ελάχιστοι με μόρφωση Λυκείου και κανείς απο Ανώτερη Σχολή.

Σ' όλα τ' άλλα να προσθέσουμε τα οικονομικά βάρη απ' την φαρμακευτική αγωγή και μάλιστα σε συνδυασμό με την έλλειψη ή την απώλεια της εργασίας, και την ανέπτυξη υπερπροστασίας έως και τον καταπιεσμό τους απο οικογένεια και τους γνωστούς τους, και απ' την διακοπή ή την απουγιά κάποιων δραστηριοτήτων.

Από τα οσα αναφέρθησαν γίνεται αντιληπτό, πως πρέπει να επεμβένει κάποιος ειδικός π.χ. ψυχολόγος, γιατί αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα δυσχέρειας στις διαπροσωπικές τους σχέσεις αλλά και στις σχέσεις με τον εαυτό του.

Κάθε άνθρωπος έχει τον ιδιαίτερο δικό του τρόπο να ξεπερνάει δυσκολίες της ζωής. Ξέρουμε ότι μια επιληψία σημαίνει, μια "υπερβολική πρόκληση" για τις δυνάμεις προσαρμογής, κι αυτό είναι πολύ δύσκολο να το ξεπεράσει κανείς μόνος του βασισμένος μόνο στην θέλησή του.

Τέλος στις δεκαπέντε γυναίκες, από το σύνολο των δέκαξι ερωτηθέντων, οι κρίσεις συμπύκνουν με την εμμηνορρεια, δηλαδή σε ποσοστό 93,75%. Είναι γεγονός ότι όλες οι κατηγορίες των διαλειπόντων επιληπτικών κρίσεων μπορούν να εμφανίζονται κυκλικά, όπως στην συγκεκριμένη περίπτωση της κατέ μήνα επιληψίας.

Κλείνοντας την παράθεση κι ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, προτείνουμε να γίνει, απ' τους αρμόδιους φορείς, μια πιο ευρεία και σε βάθος διερεύνηση της νόσου κι όσων απορρέουν από αυτή.

ΣΚΕΨΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΜΕΤΡΑ - ΣΚΟΠΟΙ - ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιληψία έχει πολλές ιδιαιτερότητες. Εμφανίζεται με ποικιλομορφία κλινικών εικόνων και οι κρίσεις συνήθως πανικοβάλλουν το περιβάλλον. Υπάρχουν επίσης, πολλές βαθειά ριζωμένες προκαταλήψεις για τους περισσότερους ανθρώπους και μόνο η λέξη επιληψία φέρνει τρόμο. Ίσως αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο πολύ συχνά στη χώρα μας χρησιμοποιούνται συνώνυμα ή άλλες λέξεις π.χ. σπασμοί, εγκεφαλική διαταραχή, σεληνιασμός, ιερά νόσος. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν ασαφή εικόνα του τι είναι επιληψία. Φαντάζονται κάτι που έχει σχέση με τις διανοητικές λειτουργίες, κάτι μεταξύ "τρελού", στιγματισμένου και διανοητικά ανάπηρου, όπου η κληρονομικότητα παίζει μεγάλο ρόλο.

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους επιληπτικούς είναι συχνά αρνητική αν όχι εχθρική και έχει σαν αποτέλεσμα τον αποκλεισμό τους από διάφορα επαγγέλματα.

Επίσης το κοινωνικό στίγμα της αρρώστιας που βαραίνει την οικογένεια δεν ξεπερνιέται εύκολα, στις σημερινές συνθήκες. Αν η οικογένεια έχει ήδη προβλήματα, το πρόσθετο φορτίο ενός επιληπτικού το αυξάνει. Πρέπει να ενθαρυνθεί, να έχει επικοινωνία με τον ασθενή, τέτοια που να τον βοηθήσει και το βασικότερο να κρατήσει μία στάση ρεαλιστική απέναντι στο γεγονός.

Είναι αλήθεια ότι οι επιληπτικοί εμφανίζουν συχνά διαταραχές της συμπεριφοράς κι αυτό ωφείλεται σε περιβαλλοντολογικούς λόγους, όπως προκαταλείψεις του περιβάλλοντος, συνειδητοποίηση αναπηρίας, μειονεκτικότητα. Αλλά άλλοι απ' αυτούς φιλοσόφισαν τα αίτια και το ξεπέρασαν, άλλοι κατόρθωσαν και δεν το δείχνουν, και άλλοι το δείχνουν. Τα ενοχλήματα που συνειστούν το σύμπλεγμα κατωτερότητας δεν καλουπώνονται.

Η προσπάθεια των πολλαπλών προβλημάτων, που παρουσιάζουν τα άτομα με επιληψία, απαιτούν τη συνεργασία πολλών ειδικών. Θα πρέπει να αναπτυχθεί κλίμα αισιοδοξίας, γιατί η καλή ψυχολογική κατάσταση των ασθενών έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της πρόγνωσης των Ε-εκδηλώσεων. Επίσης διευκολύνεται η προσαρμογή των ασθενών με επιληψία προς το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, και τις απαιτήσεις τους και είναι πολλές φορές παρατηρημένο ότι οι δυσκολίες προέρχονται και εκ μέρους των ίδιων των πασχόντων, να προσπαθήσουν να εξοικειωθούν καλύτερα και να προσαρμοστούν στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Αυτό θα επιτευχθεί με την κατανόηση και την καθοδήγηση του αρρώστου σε θέματα γενικού και κοινωνικού περιεχομένου αναφορικά με την κατάστασή του.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Από τα όσα έχουν ειπωθεί κατά την ανάπτυξη του θέματος, γίνεται αντιληπτό, ότι η επιληψία έχει πολλές ιδιαιτερότητες και σημαντικές επιπτώσεις τόσο στον άρρωστο όσο και στην οικογένειά του.

Ο καλά καταρτισμένος νοσηλευτής, εδώ, αισθάνεται μεγαλύτερη υπευθυνότητα, γιατί έχει την ευκαιρία να προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα στους πάσχοντες με το πνεύμα της αγάπης προς τον άνθρωπο, να καταπραΰνει το άγχος, να επεξηγήσει, να συμπαρίσταται και να διδάξει. Η προσφορά στον τομέα αυτό είναι εξίσου σημαντική και απαραίτητη το ίδιο και στον τομέα ενημέρωσης για το πλατύ κοινό.

Πάντως εμείς ελπίζουμε και συνάμα ευχόμαστε να γίνουν οι επιληπτικοί περισσότερο αποδεκτοί από την κοινωνία και να αλλάξει η νοοτροπία απέναντί τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία:.....

2. Φύλο:

α) Άρσενικό

β) Θυληκό

3. Επάγγελμα :.....

.....

4. Γραμματικές Γνώσεις:

α) αναλφάβητος

β) δημοτικό

γ) γυμνάσιο

δ) λύκειο

ε) ανώτερη ή ανώτατη σχολή

5. Πότε για πρώτη φορά καταλάβατε ότι πάσχετε από επιληψία:
(ηλικία)

α) 0 - 10 ετών

β) 10 - 20 ετών

γ) 20 - 30 ετών

δ) 30 - 40 ετών

ε) 40 - 50 ετών

στ) 50 και πάνω

6. Ήταν η ασθένειά σας αποτέλεσμα νόσου ή ατυχήματος:

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν ξέρω

7. Η γέννησή σας, έγινε με φυσιολογικό τοκετό:

α) Ναι

β) Όχι

γ) Δεν ξέρω

8. Επασχε από την ίδια ασθένεια κάποιος απ'τους γονείς, ή άλλο συγγενικό πρόσωπο:

α) πατέρας

β) μητέρα

γ) άλλος συγγενής

δ) όχι

9. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένια:

α) Ναι

β) όχι

Αν ναι, από ποιά:

.....
.....
.....

10. Έχετε ποτέ κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών;

α) Ναι

β) Όχι

Αν ναι, τι είδους;

.....
.....
.....

11. Υπήρξατε λήπτης αλκοόλ ποτέ για μακρύ χρονικό διάστημα;

α) Ναι

β) Όχι

12. Πόσο διαρκεί συνήθως η κάθε κρίση;

α) Στιγμή

β) Λεπτό

γ) Δεν ξέρω

13. Έχετε πριν από κάθε κρίση προειδοποιητικά στοιχεία;

α) Ναι

β) Όχι

14. Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο λόγω της συγκεκριμένης ασθένειάς σας;

α) Ναι

β) Όχι

Αν ναι, πόσες φορές;

α) πάνω από δύο φορές

β) κάτω από δύο φορές

15. Είχατε ποτέ παρενέργειες από φάρμακα:

α) Ναι

β) Όχι

Αν ναι τι είδους παρενέργειες ήταν:

.....
.....
.....

16. Ακολουθείτε πιστά την φαρμακευτική αγωγή και τις άλλες ιατρικές οδηγίες:

α) Ναι

β) Όχι

Αν όχι γιατί:

.....
.....
.....

17. Έχετε πάρει ποτέ, εσείς ή κάποιος συγγενής σας, μαθήματα για την αντιμετώπιση των κρίσεών σας:

α) Ναι

β) Όχι

Αν ναι, από ποιόν:

α) Γιατρό

β) Νοσηλεύτη

γ) Κάπου αλλού

18. Επηρεάστηκε ο τρόπος ζωής σας από την ασθένειά σας:

α) Ναι

β) Όχι

Αν ναι, σε ποιούς τομείς:

α) εργασία

β) οικογένεια

γ) κοινωνική ζωή

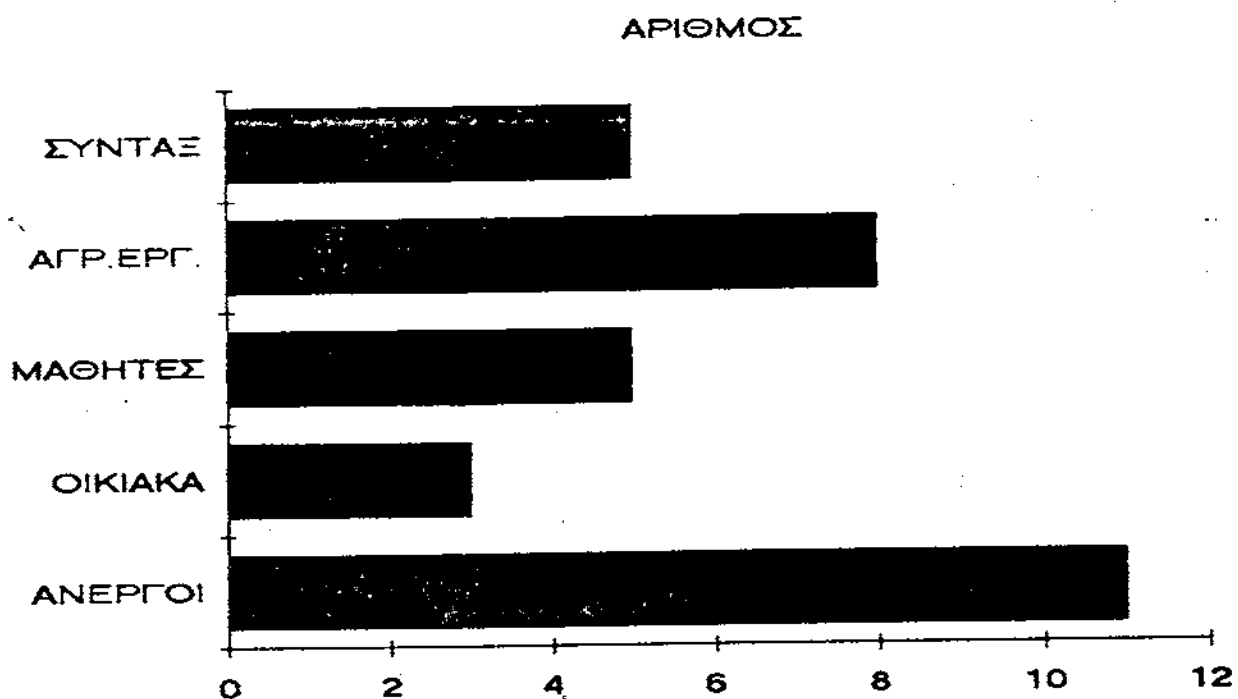
δ) κάπου αλλού

— Για τις γυναίκες

19. Συμπίπτουν οι κρίσεις με την εμμηνόρροια (περίοδα) σας:

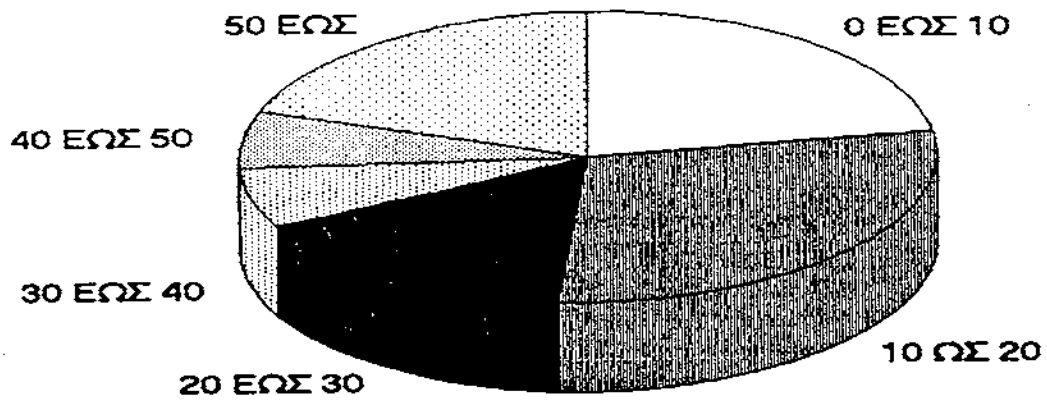
α) Ναι

β) Όχι



ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΕΡΩΤΗΣΗ 3^η ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: ΕΝΑΓΓΕΛΙΑ.

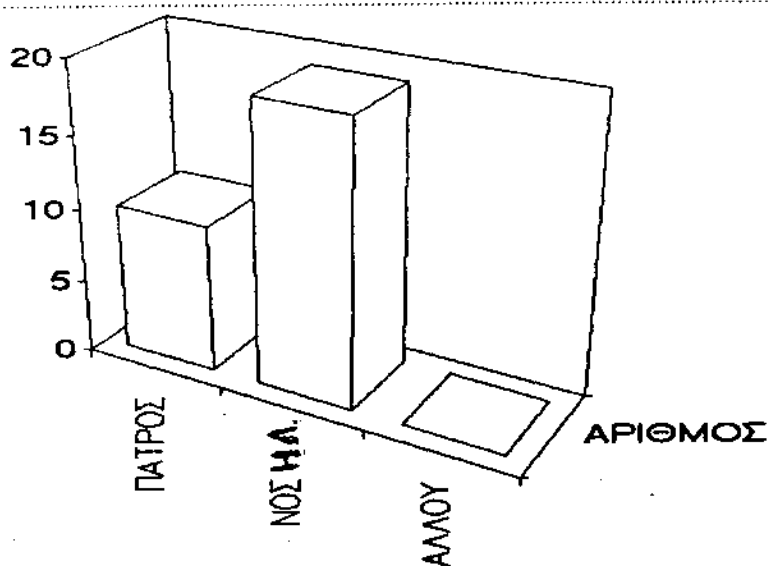


ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΕΡΩΤΗΣΗ 5# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: ΠΟΤΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΚΑΤΑΛΑΒΑΤΕ ΟΤΙ ΠΑΣΧΕΤΕ ΑΠΟ ΕΠΙΑΝΨΙΑ; (ΝΑΙΚΙΑ).

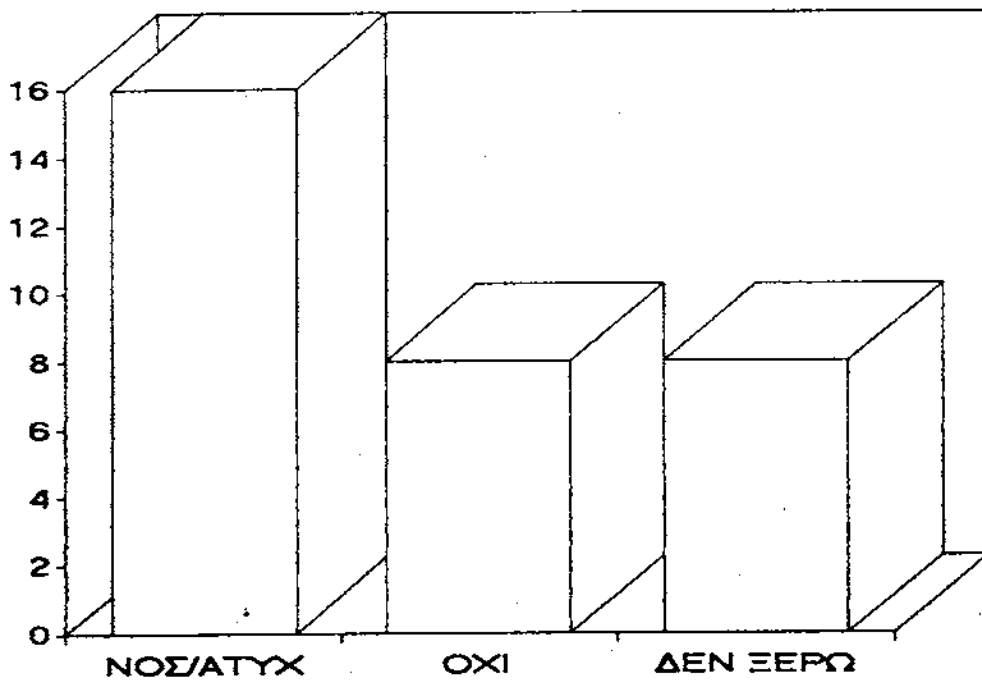
Sheet Chart 1

ΑΡΙΘΜΟΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΕΡΩΤΗΣΗ 17= ΕΡΩΤΗΣΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΠΟΤΕ, ΒΕΒΙΣ Η ΚΑΠΟΙΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΑΣ, ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΑΣ.ΑΝ ΝΑΙ, ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ ;



ΠΙΝΑΚΑΣ 4

ΕΡΩΤΗΣΗ 6^η ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: ΗΤΑΝ Η ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΝΟΣΟΥ Η ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ;

ΑΣΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΘΟΥΣΜΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΤΑ ΗΑΙΚΙΑ.

| cord# | AGE | FYLLO | EP | GG | POTE | HTAM | GEN | EPASXE | PASXETE | MARK | ALKOOL | DIARKEI | PRIN | NOS | PAREN | FARN | MATH | EPHR | SYMP |
|-------|-----|-------|----|----|------|------|-----|--------|---------|------|--------|---------|------|-----|-------|------|------|------|------|
| 15 | 12 | A | Γ | Γ | 11 | 0 | A | Γ | B | 0 | 0 | A | 0 | B | 0 | A | 0 | 0 | |
| 9 | 13 | B | Γ | Γ | 12 | B | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | B | E | |
| 6 | 15 | B | Γ | Γ | 14 | B | A | B | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | A | E | A |
| 21 | 15 | B | Γ | Γ | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | A | E | A |
| 26 | 15 | B | B | Γ | 10 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | 0 | 0 | 0 | A | 0 | E | A |
| 25 | 18 | A | A | A | 4 | 0 | 0 | 0 | A | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | A | E | |
| 31 | 18 | B | B | Γ | 3 | A | A | Γ | A | 0 | 0 | A | A | A | A | A | A | E | A |
| 8 | 23 | B | B | B | 21 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | B | Γ | A | A | E | A |
| 19 | 23 | A | A | 0 | 18 | 0 | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | B | B | A | 0 | E | |
| 20 | 24 | A | 0 | Γ | 19 | 0 | A | Γ | 0 | 0 | 0 | B | A | B | 0 | 0 | A | E | |
| 1 | 27 | B | A | A | 12 | A | A | Γ | A | 0 | 0 | B | A | A | 0 | 0 | 0 | A | A |
| 16 | 27 | B | A | B | 25 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | E | 0 | A | E | A |
| 29 | 27 | B | A | B | 13 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | A | A | A | A | E | A |
| 7 | 30 | B | 0 | B | 20 | B | A | B | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | A | E | A |
| 30 | 35 | B | A | B | 31 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | B | A | A | A | A | A | E | A |
| 17 | 38 | A | 0 | B | 12 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | Z | A | A | E | |
| 13 | 39 | A | 0 | B | 9 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | A | E | |
| 24 | 43 | B | B | B | 25 | A | B | 0 | 0 | 0 | 0 | Γ | A | A | A | A | A | E | A |
| 22 | 44 | A | 0 | B | 43 | B | B | 0 | 0 | 0 | A | Γ | 0 | B | 0 | 0 | 0 | E | |
| 5 | 45 | B | B | B | 13 | Γ | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | B | A | 0 | A | E | A |
| 28 | 47 | B | A | B | 35 | A | A | Γ | Γ | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | A | E | A |
| 3 | 51 | A | 0 | B | 44 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | A | E | |
| 10 | 54 | B | A | B | 52 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | 0 | A | E | A |
| 12 | 56 | A | A | A | 5 | A | A | A | A | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | A | E | |
| 27 | 57 | A | E | Γ | 25 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | 0 | 0 | A | A | E | |
| 23 | 58 | B | 0 | B | 25 | 0 | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | A | E | A |
| 32 | 58 | A | 0 | B | 55 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | 0 | 0 | A | A | E | |
| 11 | 60 | A | A | B | 53 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | 0 | 0 | E | |
| 14 | 60 | A | E | A | 6 | 0 | B | 0 | A | 0 | A | B | 0 | A | 0 | A | A | E | |
| 18 | 62 | A | A | B | 52 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | 0 | A | 0 | A | A | E | |
| 2 | 63 | A | E | A | 60 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | A | E | |
| 4 | 68 | A | E | A | 64 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | A | E | |

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΑΡΟΥΣΤΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΕΨΙΑΣ.

| cord# | AGE | FYLLO | EP | GG | POTE | HTAN | GEN | EPASXE | PASKETE | NARK | ALKOOL | DIARKEI | PRIN | NOS | PAREN | FARM | MATH | EPHR | SYNP |
|-------|-----|-------|----|----|------|------|-----|--------|---------|------|--------|---------|------|-----|-------|------|------|------|------|
| 31 | 18 | B | B | Γ | 3 | A | A | Γ | A | 0 | 0 | A | A | A | A | A | A | E | A |
| 25 | 18 | A | A | A | 4 | 0 | 0 | 0 | A | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | A | E | |
| 12 | 56 | A | A | A | 5 | A | A | A | A | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | A | E | |
| 14 | 60 | A | E | A | 6 | 0 | B | 0 | A | 0 | A | B | 0 | A | 0 | A | 0 | E | |
| 21 | 15 | B | Γ | Γ | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | A | E | A |
| 13 | 39 | A | 0 | B | 9 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | B | E | |
| 26 | 15 | B | B | Γ | 10 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | 0 | 0 | 0 | A | 0 | E | A |
| 15 | 12 | A | Γ | Γ | 11 | 0 | A | Γ | B | 0 | 0 | A | 0 | B | 0 | A | 0 | 0 | |
| 1 | 27 | B | A | A | 12 | A | A | Γ | A | 0 | 0 | B | A | A | 0 | 0 | B | A | A |
| 9 | 13 | B | Γ | Γ | 12 | B | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | B | E | |
| 17 | 38 | A | 0 | B | 12 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | Z | A | A | E | |
| 5 | 45 | B | B | B | 13 | Γ | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | B | A | 0 | B | E | A |
| 29 | 27 | B | A | B | 13 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | A | A | A | A | E | A |
| 6 | 15 | B | Γ | Γ | 14 | B | A | B | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | A | E | A |
| 19 | 23 | A | A | 0 | 18 | 0 | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | B | A | 0 | A | E | |
| 20 | 24 | A | 0 | Γ | 19 | 0 | A | Γ | 0 | 0 | 0 | B | A | B | 0 | A | 0 | E | |
| 7 | 30 | B | 0 | B | 20 | B | A | B | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | A | E | A |
| 8 | 23 | B | B | B | 21 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | B | Γ | A | B | E | A |
| 16 | 27 | B | A | B | 25 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | A | 0 | A | E | A |
| 23 | 50 | B | 0 | B | 25 | 0 | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | 0 | E | A |
| 24 | 43 | B | B | B | 25 | A | B | 0 | 0 | 0 | 0 | Γ | A | A | A | A | A | E | A |
| 27 | 57 | A | E | Γ | 25 | B | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | 0 | 0 | A | 0 | E | |
| 30 | 35 | B | A | B | 31 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | B | A | A | A | A | B | E | A |
| 28 | 47 | B | A | B | 35 | A | A | Γ | Γ | 0 | 0 | B | A | A | 0 | A | A | E | A |
| 22 | 44 | A | 0 | B | 43 | B | Γ | 0 | 0 | 0 | A | Γ | 0 | B | 0 | 0 | 0 | E | |
| 3 | 51 | A | 0 | B | 44 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | B | E | |
| 10 | 54 | B | A | B | 52 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | 0 | B | E | A |
| 18 | 62 | A | A | B | 52 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | B | 0 | A | 0 | A | A | E | |
| 11 | 60 | A | A | B | 53 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | 0 | B | E | |
| 32 | 58 | A | 0 | B | 55 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | 0 | 0 | A | 0 | E | |
| 2 | 63 | A | E | A | 60 | A | A | Γ | 0 | 0 | 0 | A | A | A | 0 | A | A | E | |
| 4 | 68 | A | E | A | 64 | A | A | 0 | 0 | 0 | 0 | A | A | B | 0 | A | B | E | |

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γεωργαράς Ανδρέας: "Εγχειρήδιο Νευρολογίας"
Αθήνα, 3 Νοεμβρίου 1985.

Γιουρούκος Σωτήρης.

"Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής"
Πρώτος Τόμος (τρίτο μέρος), Ψυχοκοινωνικά θέματα.
Κεφ.14, Ιατρικοκοινωνικά Προβλήματα της παιδικής
Επιληψίας.
Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, Αθήνα 1987.

Both Andres: "Ιατρική Φαρμακολογία"

10η Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1982.

Harrison : "Εσωτερική Παθολογία. Συνοδό Εγχειρήδιο"
11η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ.Παρισιάνος.
Αθήνα 1990.

Καρακιουλάκης Δ. Γεώργιος: "Ειδική Φαρμακολογία"
Σημειώσεις Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών 1989.

Μαλγαρινού Μ.Α. - Σ.Φ. Κωνσταντινίδου.

"Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική", Τόμος Β, Μέρος 2ο
Έκδοσης Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων
"Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1988.

Μεντελόπουλος Γεώργιος.

"Επείγουσα Αντιμετώπιση του Νευρολογικού Ασθενή".
University Studio Press. Θεσ/νίκη 1983.

Μούσουρα Αδαμαντία: "Νευρολογική Νοσηλευτική"
Σημειώσεις Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών 1990.

Ξενάκης Μ.Χρ.: "Τι πρέπει να γνωρίζετε για την Επιληψία"
Εκδόσεις ΘΥΜΑΡΙ, Αθήνα 1984.

Παπαδάκη Ελένη: "Σημειώσεις Ανατομίας"
Σημειώσεις Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πατρών 1988.

"Πρώτες Βοήθειες. Οδηγός Αντιμετώπισης ατυχημάτων στο
σπίτι, την εργασία και τις διακοπές".
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.

Read C. Alan - D.W.Barrit - R.Langton Hewer
"Σύγχρονη Παθολογία", 2η Έκδοση,
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1984.

Σαχίνη Άννα - Καρδάση Μαρία Πάνου
"Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές
Διαδικασίες". Τόμος 2ος, Μέρος Β.
Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Medical Arts, Αθήνα 1985.

Εγκυκλοπαίδεια "ΥΓΕΙΑ". Οδηγός υγείας.
Νευρικό Σύστημα, Ψυχιατρική και Ψυχανάλυση.
Εκδόσεις ΔΟΜΙΚΗ Ο.Ε. , Αθήνα 1990

