



**Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ»**



**ΧΑΛΛΑ ΑΝΘΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑΣ Κ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2016**



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει σαν σκοπό την ανάλυση και τη μελέτη της επιληψίας η οποία εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η νοσηλευτική παρέμβαση.

**Υλικό και μέθοδος:** Η παρούσα πτυχιακή εργασία δημιουργήθηκε μέσα από την άντληση υλικού από ελληνική και ξένη βιβλιογραφία και άρθρα καθώς επίσης και από έγκυρες επιστημονικές διαδικτυακές πηγές.

**Συμπεράσματα:** Η επιληψία αποτελεί κοινό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας. Με τον όρο επιληψία κλινικά ως σήμερα ήταν οι υποτροπιάζοντες απρόκλητους σπασμούς. Επιληπτικοί σπασμοί είναι η παροδική εμφάνιση σημείων ή και συμπτωμάτων λόγω ανώμαλης υπερβολικής ή σύγχρονης νευρωνικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι υψίστης σημασίας. Οι σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι μια σειρά ενεργειών- παρατηρήσεων προκειμένου να εφαρμοστούν από τους νοσηλευτές που θα αναλάβουν την φροντίδα των ανηλίκων επιληπτικών.

## **SUMMARY**

**Purpose:** This project aims to analysis and study of epilepsy that occurs in childhood and the way in which nursing intervention takes place.

**Material and methods:** This project created through the extraction of material from Greek and foreign literature and articles as well as sound scientific online resources.

**Conclusions:** Epilepsy is a common childhood problem. The term epilepsy as clinical today were recurrent unprovoked seizures. Seizures are transient appearance of signs or symptoms due to abnormal excessive or modern neuronal activity in the brain. The role of the nurse is paramount. The aims of nursing intervention is a series of operations; observations in order to be implemented by nurses who will take care of epileptic children.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMARY .....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	8
ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	8
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ .....	8
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	10
1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΩΝ .....	11
1.5 ΑΙΤΙΑ.....	12
1.6 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ .....	13
1.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ .....	14
1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	15
1.9 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ .....	17
1.9.1 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ .....	17
1.9.2 ΕΣΤΙΑΚΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ .....	19
1.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	21
1.10.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	21
1.10.2 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	24
Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	24
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	24
2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	24
2.2.1 ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	25
2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	26
2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....	28
2.5 ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ- ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ .....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	33

<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ.....</b>	<b>35</b>
<b>3.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ .....</b>	<b>40</b>
<b>3.2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ...</b>	<b>42</b>
<b>3.2.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....</b>	<b>43</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....</b>	<b>47</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄ .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄ .....</b>	<b>53</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>58</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>60</b>
<b>ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ .....</b>	<b>60</b>
<b>ΕΛΛΗΝΙΚΗ .....</b>	<b>61</b>
<b>ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....</b>	<b>62</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμφάνιση της επιληψίας στην παιδική ηλικία αποτελεί μια κατάσταση η οποία είναι αρκετά δύσκολη τόσο για το ίδιο το παιδί όσο και για τους γονείς. Εκτός από το άγχος που επικρατεί στο οικογενειακό περιβάλλον για την αντιμετώπιση της ασθένειας υπάρχει και άλλη μια ανησυχία η οποία σχετίζεται με τον κοινωνικό περίγυρο ο οποίος είναι ιδιαίτερα λόγω της αμάθειας και της μη ενημέρωσης πάνω στο συγκεκριμένο θέμα στιγματίζει τα άτομα τα οποία είτε είναι επιληπτικά είτε έχουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον κάποιο άτομο με επιληψία.

Το γεγονός ότι η συγκεκριμένη ασθένεια διαρκεί εφ' όρου ζωής έχει σαν αποτέλεσμα να συνυπάρχουν και ψυχολογικά προβλήματα και στο παιδί αλλά και στους οικείους του. Σε αυτό το ζήτημα θεωρείται πολύ σημαντική η ενημέρωση όχι μόνο του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και του κοινωνικού περιγύρου για τη φύση της νόσου και για τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται εξαλείφοντας τις οποιεσδήποτε κοινωνικές προκαταλήψεις και το στιγματισμό των επιληπτικών παιδιών και των οικείων τους. Γι αυτό το λόγο θεωρήθηκε ιδιαίτερα ενδιαφέρον να μελετηθεί και να αναλυθεί το συγκεκριμένο θέμα σε όλες τις εκφάνσεις του ώστε να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικότερα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΠΙΛΗΨΙΑ

### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η λέξη «επιληψία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη (460-357 π.Χ.) και σημαίνει την αιφνίδια κατάληψη. Η ιδέα ότι ο επιληπτικός καταλαμβάνεται από υπερφυσικές θεϊκές ή δαιμόνιες δυνάμεις, έκανε τους ανθρώπους να πιστεύουν ότι η επιληπτική κρίση ήταν ένας κακός οιωνός. Έτσι, η επιληπτική κρίση εμφανιζόμενη σαν προσωποποίηση του κακού, ενέπνευσε ορισμένες θρησκευτικές κινήσεις και σε άλλες περιπτώσεις, επειδή έχει στοιχεία δύναμης και φαντασίας, θεωρήθηκε ένδειξη εξουσίας (π.χ. Ναπολέον) και δημιουργικής ικανότητας (π.χ. Ντοστογιέφσκι, Μπετόβεν).

Σήμερα είναι γνωστό ότι επιληψία είναι η τάση που έχουν ορισμένα άτομα να παρουσιάζουν σπασμούς ή κρίσεις ή επεισόδια. Στον κόσμο υπάρχουν περίπου 50 εκατομμύρια άτομα με επιληψία (40 εκατομμύρια στις αναπτυσσόμενες χώρες και 10 εκατομμύρια στις αναπτυγμένες χώρες). Δεν είναι νοητική ασθένεια και στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζεται επιτυχώς με φάρμακα. Το κενό θεραπείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο είναι 80%. Στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100.000 άτομα με επιληψία. (<http://www.epilepsy-greece.gr/epilepsy.asp?id1=1>).

Η επιληψία είναι μια ασθένεια με πολλές αιτιολογίες. Οποιαδήποτε κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την κανονική λειτουργία των νευρώνων μπορεί να προκαλέσει επιληψία. Μια βλάβη στον εγκέφαλο από τραύμα, αιμορραγία, λοίμωξη (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα) ή από μια άλλη ασθένεια ή ακόμα λόγω ανώμαλης ανάπτυξης του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσει σε επιληψία.

Η επιληψία μπορεί ν' αναπτυχθεί λόγω ηλεκτοφυσιολογικών ανωμαλιών στις διασυνδέσεις μεταξύ των νευρώνων και μια ανισορροπία στο σύστημα των χημικών ουσιών που λειτουργούν σαν αγγελιαφόροι μεταξύ των νευρώνων και μεταβιβάζουν τα νευρικά ερεθίσματα από το ένα κύτταρο στο άλλο.

### 1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο όρος «επιληψία» εμφανίστηκε στη γαλλική γλώσσα το 1503. Προέρχεται από τη λατινική λέξη *epilepsia*, η ρίζα της οποίας βρίσκεται στο ελληνικό ρήμα *επιλαμβάνειν* (καταλαμβάνω, προσβάλλω αιφνίδια).



Μία αρχαία και λεπτομερής περιγραφή της επιληψίας βρίσκεται σε πλακίδιο από τη Βαβυλώνα, που φυλάσσεται στο Βρετανικό Μουσείο του Λονδίνου. Πρόκειται για ένα κεφάλαιο εγχειριδίου ιατρικής που περιλαμβάνει 40 πλακίδια που χρονολογούνται στο 2000 π.Χ. Στο πλακίδιο καταγράφονται με ακρίβεια πολλοί διαφορετικοί τύποι επιληπτικών κρίσεων τους οποίους αναγνωρίζουμε σήμερα. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην υπερφυσική προέλευση της επιληψίας, με κάθε τύπο της να σχετίζεται με κάποιο πνεύμα ή θεότητα, συνήθως κακή. Για το λόγο αυτό η θεραπεία ήταν κυρίως θρησκευτικό – πνευματικό θέμα.

Η προσέγγιση αυτή αποτελεί τον προάγγελο της ελληνικής άποψης περί «καταραμένης ασθένειας». Η επιληψία (ή αλλιώς δαιμονισμός ή σεληνιασμός) από αρχαιοτάτων χρόνων προκαλούσε την καχυποψία, το φόβο και τη δεισιδαιμονία των ανθρώπων που είχαν σχηματίσει την ιδέα ότι αποτελούσε κατάρα, δαιμονισμό και παρενέργεια διαφόρων πνευματικών δυνάμεων. Οι υπερφυσικές θεωρίες παρέμειναν κυρίαρχες για την αιτιολόγηση της παράξενης συμπεριφοράς και των νοητικών ασθενειών για πολλούς αιώνες.

Ο ορισμός της επιληψίας ως κλινική οντότητα, αποδίδεται (γύρω στο 400 π.Χ.) από τον Ιπποκράτη. Στο έργο του «Περί ιερής νόσου» αναφέρει ότι η ιερά νόσος, ένδειξη της οργής των θεών, είναι μία διαταραχή, αίτιος της οποίας είναι ο εγκέφαλος. Για να εδραιωθεί στους ιατρικούς κύκλους ότι η επιληψία αποτελούσε μία διαταραχή του εγκεφάλου χρειάστηκαν πολλοί αιώνες, ώσπου να φτάσουμε στο 18<sup>ο</sup> και 19<sup>ο</sup> αιώνα.

Το 19<sup>ο</sup> αιώνα, το έργο του John Hughlings Jackson κυριαρχεί στη βιβλιογραφία της επιληπτολογίας. Ο λονδρέζος νευρολόγος διατύπωσε με διορατικότητα τα δυναμικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της επιληπτικής εκφόρτισης «...αιφνίδια, προσωρινή και υπέρμετρη εκφόρτιση ασταθών κυττάρων ενός τμήματος της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου...». Επίσης, πρότεινε πως ο χαρακτήρας της επιληπτικής κρίσης είχε άμεση σχέση με το σημείο και τη λειτουργία της περιοχής όπου λάμβανουν χώρα οι εκφορτίσεις.

Στη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα, χάρη στην εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας πραγματοποιήθηκαν σημαντικές πρόοδοι στη γνώση και την αντιμετώπιση της επιληψίας. Ορόσημο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου αποτελεί η ανακάλυψη της αντιεπιληπτικής δράσης της φαινοβαρβιτάλης και της φαινοτοΐνης. Μεγάλη πρόοδος εντοπίζεται και στον τομέα της διαγνωστικής με την εισαγωγή το 1920, από τον Hans Berger, του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος. Η τεχνική αυτή

επέτρεψε μία καινούρια προσέγγιση στην κατανόηση της επιληψίας, διαχωρίζοντας τις κρίσεις ανάλογα με τα κλινικά και νευροφυσιολογικά χαρακτηριστικά τους.

Τις τελευταίες δεκαετίες, νέα αντιεπιληπτικά φάρμακα τελειοποιούνται και κυκλοφορούν στο εμπόριο, ενώ η βασική έρευνα, που αφορά κυρίως στους νευροχημικούς μηχανισμούς και στη μοριακή γενετική της επιληψίας, γνωρίζει σημαντική πρόοδο. Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία έχει δοθεί στην ποιότητα ζωής των επιληπτικών ατόμων, δηλαδή σε κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές, όπως επίσης και στην ενημέρωση του ευρύτερου κοινού για θέματα σχετικά με την επιληψία, ούτως ώστε να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο τα άτομα με επιληψία θα έχουν μία καλύτερη ζωή.

### **1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), μέχρι 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ποσοστό που αντιστοιχεί στη συχνότητα τουλάχιστον 50 ανά 100.000 του γενικού πληθυσμού, θα εμφανίσουν επιληψία σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους. Σε αναπτυσσόμενες χώρες όμως, ο αριθμός αυτός είναι διπλάσιος. Πρόκειται για μια συχνή νευρολογική πάθηση που συναντάται στο 0,5 έως 0,8% του γενικού πληθυσμού. Πάνω από 60 εκ. άτομα σε όλο τον κόσμο πάσχουν από διάφορες μορφές επιληψίας. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ο αριθμός αυτός μεταξύ 100-120.000 ατόμων ενώ μέχρι το 5% του πληθυσμού θα παρουσιάσει τουλάχιστον μία επιληπτική κρίση κατά τη διάρκεια της ζωής του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το άτομο είναι επιληπτικό.

([http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/epilipsia\\_skopoi\\_frontidas\\_nosileftikis\\_paremvasis.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/epilipsia_skopoi_frontidas_nosileftikis_paremvasis.pdf)).

Συστηματικές μελέτες για την επιληψία άρχισαν το 19ο αιώνα με κύριο ερευνητή τον Hughlings Jackson, ο οποίος έδωσε και τον μέχρι σήμερα γενικά αποδεκτό από τους ειδικούς ορισμό: «η επιληψία οφείλεται σε επεισοδιακή και αιφνίδια εκφόρτιση του εγκεφάλου, υπερβολική και ταχεία, που καταλαμβάνει ικανό αριθμό νευρώνων τηςφαιάς ουσίας του εγκεφάλου» (Μπαλλής 1998).

Μεταξύ ερευνητών σε διάφορες χώρες, υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις για την ποσοστιαία αναλογία και την επίπτωση (νέα περιστατικά) της επιληψίας στο πληθυσμό. Άτομα τα οποία έχουν υποστεί μία μόνο, είτε γενικά λίγες μόνο επιληπτικές κρίσεις, δεν θεωρούνται ότι πάσχουν από την «νόσο» της Επιληψίας, η

οποία είναι μία χρόνια κατάσταση. Όμως και αυτά τα περιστατικά μελετώνται μαζί με τις χρόνιες καταστάσεις.

Η αναλογία (επιπολασμός) εμφάνισης της επιληψίας παρουσιάζεται σε παιδιά (βρέφη έως και εφήβους) και στο γηραιότερο πληθυσμό πάνω από 60 ετών με την μεγαλύτερη επίπτωση (περίπου 75%) να παρατηρείται σε ηλικίες κάτω των 20 ετών (Cockerell 1996). Μεταξύ 0,5-1% των παιδιών παθαίνουν ένα μη επαναλαμβανόμενο, μοναδικό μη προκλητό επεισόδιο σπασμών. Έχει εκτιμηθεί ότι ποσοστό από 2% έως 4% των παιδιών της Ευρώπης και της Αμερικής, έχουν εμφανίσει τουλάχιστον ένα επιληπτικό σπασμό (κρίση / seizure) που συνήθως συνδυάζεται με εμπύρετο νόσημα, πριν την ηλικία των τεσσάρων ετών. Η Επιληψία είναι δυνατόν να επηρεάσει την επίδοση στο σχολείο (Bulteau 2000). Η επίπτωση της επιληψίας κυμαίνεται μεταξύ 50 έως 122 ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος. Εκτιμάται ότι η επιληψία είναι δυνατόν να επηρεάζει την θνησιμότητα δεν υπάρχουν όμως επαρκείς μελέτες για το ποσοστό που οφείλεται αποκλειστικά στην ίδια την νόσο και όχι σε συνυπάρχουσες εγκεφαλικές βλάβες. (<http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/epilipsia.pdf>)

Στις ΗΠΑ εκτιμάται ότι το 1% του πληθυσμού ηλικίας 20 ετών και το 3% ηλικίας 75 ετών πάσχει από επιληψία. Δέκα τοις εκατό των ανθρώπων στις ΗΠΑ θα έχουν τουλάχιστον μια κρίση στη διάρκεια της ζωής τους. Σύμφωνα με το Αμερικανικό Ίδρυμα Επιληψίας (Epilepsy Foundation of America), σχεδόν 3 εκατομμύρια Αμερικανών έχουν βιώσει επιληπτικές κρίσεις. Παγκοσμίως, 40 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από επιληψία. (<http://www.epilepsy.com>).

Η επιληψία μπορεί να προσβάλει ανθρώπους κάθε ηλικίας και φυλής.1 Περίπου 200,000 νέα περιστατικά διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο, ενώ η διάγνωση γίνεται συχνότερα σε άτομα κάτω των δυο και άνω των 65 ετών. Στις ΗΠΑ, το ετήσιο άμεσο και έμμεσο κόστος της επιληψίας εκτιμάται στα 17.6 δισεκατομμύρια δολάρια. (<http://www.epilepsy.com>).

#### **1.4 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΩΝ**

Η σπουδαιότητα της ταξινόμησης των επιληψιών έχει οδηγήσει την «Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας» (International League Against Epilepsy - ILAE) να δημοσιοποιήσει κατά καιρούς διάφορες ταξινομήσεις οι οποίες αφορούν την επιληψία και τα επιληπτικά σύνδρομα (International Classification of Epilepsies and Epileptic

Syndromes) και ξεχωριστά τις επιληπτικές κρίσεις (International Classification of Epileptic Seizures). (Shah et al., 1981, 1989, 1992)

Δηλαδή σύμφωνα με τις διεθνείς ταξινομήσεις, γίνεται μία σαφής διάκριση μεταξύ των επιληψιών και των επιληπτικών κρίσεων. Μια επιληπτική κρίση έχει μία αρχή και ένα τέλος, ενώ η επιληψία θεωρείται χρόνια δυσλειτουργία.

Σύμφωνα με την διεθνή ταξινόμηση, σε σχέση με την εστία της επιληπτικής κρίσης, οι επιληψίες διακρίνονται σε 4 βασικές κατηγορίες. Ανάλογα με τις αιτίες που προκαλούν τις επιληπτικές κρίσεις οι εστιακές και οι γενικευμένες επιληψίες διακρίνονται:

α) ιδιοπαθείς που οφείλονται στην «προδιάθεση» του εγκεφάλου να προκαλέσει επιληπτική κρίση (πιθανολογείται κληρονομική προδιάθεση),

β) συμπτωματικές όταν έχουμε εμφανή αιτία που προξένησε την επιληπτική κρίση (επίκτητες βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού, περιορισμένης έκτασης) και σε

γ) κρυπτογενείς (από το 1989) όπου δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί η αιτία.

Οι τύποι επιληψίας με βάση τη διαγνωστική κατηγορία διακρίνονται

- i) σε σχετιζόμενες με εντόπιση (εστιακές, τοπικές, μερικές) επιληψίες και σύνδρομα (Localization related – focal, local, partial),
- ii) σε γενικευμένες επιληψίες και σύνδρομα (Generalized epilepsies and syndromes) και
- iii) σε επιληψίες και σύνδρομα, που δεν είναι καθορισμένο αν είναι εστιακές ή γενικευμένες.

(<http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/epilipsia.pdf>).

## 1.5 ΑΙΤΙΑ

Δεν υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα αίτια τα οποία επηρεάζουν την εμφάνιση της επιληψίας. Ωστόσο όμως μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες, όπως:

- Γενετικοί παράγοντες: Ορισμένοι τύποι επιληψίας, οι οποίες κατηγοριοποιούνται με βάση το είδος της κατάσχεσης και το τμήμα του εγκεφάλου που επηρεάζεται, είναι κληρονομικές. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι πιθανό ότι υπάρχει μια γενετική επιρροή. Οι ερευνητές έχουν συνδέσει ορισμένους τύπους επιληψίας σε συγκεκριμένα γονίδια, αν και υπολογίζεται ότι έως και 500 γονίδια θα μπορούσαν να συνδέονται με την πάθηση.

- Τραύμα στο κεφάλι: ένα τραύμα στο κεφάλι, ως αποτέλεσμα ενός ατυχήματος, μπορεί να προκαλέσει επιληψία.
- Εγκεφαλικά προβλήματα: Κάποια βλάβη στον εγκέφαλο, όπως είναι οι όγκοι του εγκεφάλου, ή τα εγκεφαλικά επεισόδια, μπορεί να προκαλέσουν επιληψία. Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η κύρια αιτία επιληψίας σε ενήλικες άνω των 35 ετών.
- Μεταδοτικές ασθένειες: Μολυσματικές ασθένειες, όπως μηνιγγίτιδα, AIDS και ιογενή εγκεφαλίτιδα, μπορεί να προκαλέσουν επιληψία.
- Προγεννητικός τραυματισμός: Πριν από τη γέννηση, τα μωρά είναι ευαίσθητα σε εγκεφαλικές βλάβες που θα μπορούσαν να προκληθούν από διάφορους παράγοντες, όπως κάποια μόλυνση της μητέρας, κακή διατροφή, ή έλλειψη επαρκούς οξυγόνου. Μια βλάβη στον εγκέφαλο μπορεί να οδηγήσει σε επιληψία, ή εγκεφαλική παράλυση.
- Αναπτυξιακές διαταραχές: Η επιληψία μπορεί μερικές φορές να συνδέεται με αναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός και η νευροϊνωμάτωση. (Μπαλλής, 1998)

## 1.6 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η επιληψία προκαλείται από μια αυξημένη και συγχρονισμένη ηλεκτρική διέγερση των νευρώνων του εγκεφάλου που έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση επιληπτικών κρίσεων. Αυξημένες ηλεκτρικές διεγέρσεις παρουσιάζονται όταν διαταραχθεί το ισοζύγιο ανάμεσα στη διέγερση και την αναστολή των νευρώνων η οποία με την σειρά της προκαλείται από μια ανισορροπία στο ισοζύγιο των νευροδιαβιβαστών.

Ο νευροδιαβιβαστής είναι ένας ειδικός χημικός παράγοντας που απελευθερώνεται από προσυναπτικό κύτταρο κατά τη διέγερση και διασχίζει τη συναπτική σχισμή για να διεγείρει ή να αναστείλει το μετασυναπτικό κύτταρο. Ανάλογα με τη δράση τους οι νευροδιαβιβαστές χωρίζονται σε διεγερτικούς (πχ. γλουταμικό, ακετυλοχολίνη, ντοπαμίνη) και ανασταλτικούς (πχ. GABA). Ανισορροπία μεταξύ των διεγερτικών και ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών διαταράσσει την ομαλή λειτουργία των νευρώνων και μπορεί να προκαλέσει αυξημένη διέγερση και κατ' επέκταση επιληπτική κρίση. (Μπαλλής, 1998)

Η τυποποιημένη και ασύγχρονη δραστηριότητα των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού, η οποία αποτελεί τη φυσιολογική βάση των εγκεφαλικών απαρτιωτικών λειτουργιών, υποκαθίσταται από μια ανώμαλη και συγχρονισμένη εκφόρτιση νευρωνικών σχηματισμών του φλοιού. Αυτή η παθολογική ηλεκτρική δραστηριότητα

των εγκεφαλικών νευρώνων όταν είναι περιορισμένη σε μια μικρή περιοχή της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου ονομάζεται επιληπτογόνος εστία. Τέτοιες ασυμπτωματικές εστίες μπορεί στη συνέχεια να εξαπλωθούν, με φυσιολογικούς μηχανισμούς, σε παρακείμενους φαιούς σχηματισμούς και να εγκαταστήσουν τελικώς μια ευρύτερη λειτουργική διαταραχή προκαλώντας την εμφάνιση εστιακής εγκεφαλικής συμπτωματολογίας. Οι εστίες αυτές μπορεί να επεκταθούν μέσω παθολογικών συνδέσεων σε όλο το ημισφαίριο ή ακόμη και στα δύο ημισφαίρια. Αν δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες μπορεί να επεκταθούν και σε υποφλοιώδεις σχηματισμούς προκαλώντας γενικευμένη εκφόρτιση του εγκεφαλικού φλοιού και των υποφλοιωδών συνδέσεών του.

Οι μεταλλάξεις σε αρκετά γονίδια έχουν συνδεθεί με διάφορους τύπους επιληψίας. Ορισμένα γονίδια που κωδικοποιούν για πρωτεϊνικές υπομονάδες των αυτοελεγχόμενων διαύλων ιόντων έχουν συσχετιστεί με τις μερικές μορφές επιληψίας. Οι ελαττωματικοί διάυλοι νατρίου παραμένουν ανοικτοί για υπερβολικά μεγάλο χρονικό διάστημα, καθιστώντας έτσι το νευρώνα υπέρ-διεγέρσιμο και κατά επέκταση μπορεί να οδηγήσουν σε επιληπτικές κρίσεις. (Μπαλλής, 1998)

## 1.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα της επιληπτικής κρίσης εξαρτάται από τη λειτουργία του πληθυσμού των νευρώνων που εκφορτίζει ανώμαλα. Οι κρίσεις αυτές ονομάζονται εστιακές και μπορεί να είναι εκδηλώσεις από την κινητικότητα (π.χ. ακούσιες κινήσεις), από την αισθητικότητα (π.χ. παραισθησίες), από το νευροφυτικό σύστημα (π.χ. ναυτία) αλλά και από την ψυχική σφαίρα (σύμπλοκες εστιακές κρίσεις, ψυχοκινητικές, ψυχοαισθητικές, συναισθηματικές κ.α.). Αν η διαταραχή αυτή επεκταθεί σε όλο τον εγκέφαλο, τότε οι εστιακές κρίσεις γενικεύονται δευτερογενώς με αποτέλεσμα την απώλεια της συνείδησης του ασθενούς.

Σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν εκδηλώσει μόνο γενικευμένης κρίσης χωρίς να είναι δυνατόν να διευκρινιστεί η εστιακή έναρξη. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κρίσεις τύπου Petit-mal (κυρίως σε παιδιά τα οποία διακόπτουν για μερικά δευτερόλεπτα τη δραστηριότητά τους και μετά τη συνεχίζουν κανονικά χωρίς να έχουν ανάμνηση του συμβάντος) και οι κρίσεις τύπου gran-mal (απώλεια συνείδησης με γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς διάρκειας περίπου 20").

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι όλα τα ανωτέρω συμπτώματα εμφανίζονται μόνο κατά τη διάρκεια της επιληπτικής κρίσης, ενώ κατά τα μεσοδιαστήματα ο ασθενής είναι απόλυτα φυσιολογικός. Η συχνότητα και το είδος των κρίσεων διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. (Μπαλλής, 1998)

## 1.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

Η διάγνωση περιπτώσεων επιληψίας βασικά στηρίζεται στα χαρακτηριστικά του τύπου της επιληπτικής κρίσης, η οποία παρατηρείται στον ασθενή. Πολλοί άνθρωποι είναι δυνατόν κατά την διάρκεια της ζωής τους να παρουσιάσουν κάποια μεμονωμένη επιληπτική κρίση και σε αυτές τις περιπτώσεις δεν ταξινομείται το συμβάν. Όταν όμως παρατηρείται παρουσία περισσότερων της μίας επιληπτικών κρίσεων, τότε παρουσιάζει ενδιαφέρον η διάγνωση της επιληψίας. Οι επιληπτικές κρίσεις οφείλονται σε ασυνεχείς, προσωρινές διαταραχές του εγκεφάλου και η μορφή τους εξαρτάται από το είδος και τον αριθμό των νευρώνων του φλοιού που ενεργοποιούνται.

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι δυνατόν να παρουσιάσουν συμπτώματα απώλειας της συνείδησης, αισθήσεων ή αντίληψης του περιβάλλοντος και μεταβολές στην σωματική κίνηση. Συνήθως μετά το πέρας της κρίσης ο ασθενής δεν θυμάται τι έγινε και για αυτό τον λόγο η περιγραφή των συμπτωμάτων στον ιατρό, γίνεται από τους συγγενείς του και είναι πολύ σημαντικές οι μαρτυρίες τους για τον προσδιορισμό της μορφής της επιληπτικής κρίσης. Επιπλέον ο ιατρός θα προβεί σε ορισμένες εξετάσεις, οι οποίες θα τον βοηθήσουν στην τελική του διάγνωση. Τα ευρήματα που προέρχονται από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι συχνά πολύ χρήσιμα για την διάγνωση και την διαφορική διάγνωση της επιληψίας και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση του τύπου τη επιληπτικής κρίσης. Για παράδειγμα, είναι συχνό το φαινόμενο να παρατηρούνται κλινικά συμπτώματα γενικευμένης επιληπτικής κρίσης, χωρίς την ύπαρξη εστίας, αλλά μετά την εξέταση των ευρημάτων του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος να αποδεικνύεται ότι υπάρχει αρχική εστία και τελικά ο τύπος της επιληπτικής κρίσης να πρέπει να χαρακτηριστεί ως δευτερευόντως γενικευμένος.

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα διαρκεί συνήθως πιο λίγο από 30 λεπτά και καταγράφει μέρος της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του φλοιού του εγκεφάλου. Τοποθετούνται ηλεκτρόδια στο τριχωτό μέρος της κεφαλής και τα σήματα που

προκαλούνται από την δυναμική ενέργεια σημαντικού αριθμού νευρώνων, ενισχύονται και καταγράφονται σε χαρτί, είτε σε οθόνες υπολογιστών, οι διαφορές δυναμικού μεταξύ δύο σημείων του κρανίου (το σύνηθες). Δυστυχώς το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δίνει πληροφορίες για την ηλεκτρική δραστηριότητα, μόνο κατά την διάρκεια της καταγραφής και αξιολογείται μόνο αν παρατηρηθούν επιληπτικού τύπου κυματομορφές. Ένα φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα δεν αποκλείει την ύπαρξη επιληψίας. Αυτοί οι δύο παράγοντες (η επιληπτική κρίση και τα ευρήματα του ΗΕΓ) αποτελούν και τα βασικά κριτήρια για τις διεθνείς ταξινομήσεις της Διεθνούς Ένωσης κατά της Επιληψίας. (Avanzini G et al, 1996)

Άλλα εργαστηριακά ευρήματα που είναι δυνατόν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες κυρίως για την αιτία της επιληπτικής κρίσης, είναι αυτά που προέρχονται από διάφορες ψηφιακές απεικονίσεις του εγκεφάλου (MRI / CT). Όμως σε πολλές περιπτώσεις αυτά τα ευρήματα είναι φυσιολογικά και δεν μπορούν να αξιολογηθούν αποτελεσματικά.

Συχνά επίσης γίνονται αιματολογικές εξετάσεις για να διαπιστωθεί η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενούς, αλλά και για να αποκλεισθεί κάποια μεταβολική αιτία, η οποία είναι δυνατόν να προκαλέσει τις κρίσεις. Επιπλέον η συνύπαρξη και άλλων κλινικών παρατηρήσεων (διάρκεια κρίσης, ψυχοκινητική ανάπτυξη, νευρολογικά ευρήματα κλπ) και δημογραφικών δεδομένων (ηλικία, κληρονομικότητα κλπ) βοηθούν σημαντικά τον ιατρό στην διαγνωστική του διαδικασία και συχνά του δίνουν την δυνατότητα να διακρίνει καταστάσεις, οι οποίες θα του επιτρέψουν να προσδιορίσει για παράδειγμα αν κάποια περίπτωση επιληψίας είναι συμπτωματική ή ιδιοπαθής ή αν πρόκειται για ειδικό σύνδρομο το οποίο συσχετίζεται με συγκεκριμένες αιτίες.

Κατά την διαδικασία της διάγνωσης ο θεράπων ιατρός κάνει μία αρχική εκτίμηση του τύπου της επιληψίας από την περιγραφή της επιληπτικής κρίσης (κυρίως από μαρτυρίες συγγενών) και τα πρώτα κλινικά και δημογραφικά στοιχεία που μπορεί να συγκεντρώσει. Στην συνέχεια ευρήματα του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος και συστηματικότερη ανάλυση των κλινικών δεδομένων ενισχύουν την αρχική του εκτίμηση ή τον οδηγούν σε εναλλακτικά συμπεράσματα. Η τελική διάγνωση γίνεται μετά την ολοκλήρωση όλων των εργαστηριακών εξετάσεων και την αξιολόγηση του συνόλου των δεδομένων από το ιατρό. (Avanzini G et al, 1996)

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι μια από τις νεότερες διαγνωστικές προσεγγίσεις είναι η Μαγνητική φασματοσκοπία (MRS= Magnetic resonance spectroscopy ) η



οποία μπορεί να αποκαλύψει μεταβολικές αποκλείσεις και να μετρήσει νευροδιαβιβαστές όπως το γ-αμινο-βουτυρικό οξύ (GABA). Η λειτουργική Μαγνητική και η Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (PET=Positron emission tomography) με 18-F-FDG μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό του κέντρου ομιλίας και των κινητικών περιοχών και με PET με 11-Cflumazenil μπορούν να εντοπισθούν επιληπτικές εστίες. Άλλες μέθοδοι είναι η Τομογραφία μεμονωμένων φωτονίων, το SPECT (single photon emission computed tomography) και η Μαγνητική εγκεφαλογραφία, MEG (Magnetic encephalography).

## **1.9 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ**

Οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες στις γενικευμένες και στις εστιακές. Είναι γνωστοί πάνω από 40 τύποι επιληψίας που χωρίζονται στις δυο παραπάνω κατηγορίες.

### **1.9.1 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ**

Στις γενικευμένες κρίσεις η αυξημένη ηλεκτρική δραστηριότητα διαδίδεται ταυτόχρονα και στα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου. Αυτή η ταυτόχρονη διάδοση της αυξημένης ηλεκτρικής δραστηριότητας σε όλον τον εγκέφαλο δημιουργεί είτε σοβαρής μορφής κρίσεις (ή μεγάλη επιληψία), είτε ελαφράς μορφής (ή μικρή επιληψία).

#### ***Ελαφράς μορφής κρίσεις ή μικρή επιληψία (petit mal)***

Είναι μια παροδική διαταραχή της συνείδησης. Στον ασθενή δεν φαίνεται κάποια κίνηση των μυών που να μην είναι φυσική και δεν πέφτει κάτω. Χωρίζεται σε τρεις τύπους κρίσεων :

- α) Οι μυοκλονικές κρίσεις, που είναι ξαφνικές στιγμιαίες συσπάσεις μυών που αποτελούνται από απότομες δονήσεις ενός ή όλων των άκρων και ταυτόχρονη κάμψη του λαιμού και του κορμού.
- β) Οι ακινητικές ή ατονικές κρίσεις, που χαρακτηρίζονται από ξαφνική απώλεια μυϊκού τόνου που οδηγεί το άτομο να πέσει στο έδαφος χωρίς να μπορεί να προστατευθεί με τις δικές του δυνάμεις από την πτώση. Σηκώνεται σχεδόν αμέσως αφού ανακτά γρήγορα του δυνάμεις του.

[http://iatreion.gr/newsdesk\\_info.php?newsPath=42&newsdesk\\_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61](http://iatreion.gr/newsdesk_info.php?newsPath=42&newsdesk_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61)

γ) Οι αφαιρέσεις, πρόκειται για στιγμιαίες απώλειες της συνείδησης, απότομη διακοπή κάθε είδους δραστηριότητα που πραγματοποιεί εκείνη την στιγμή, αδυναμία επαφής με το περιβάλλον και το πρόσωπο του ατόμου έχει χαμένη έκφραση και βλέμμα στο κενό. Αυτές οι κρίσεις σταματούν απότομα και το άτομο συνεχίζει την δραστηριότητα που έκανε χωρίς να αντιληφθεί κάτι από αυτό που συνέβη. Κάθε κρίση είναι μικρή σε διάρκεια (περίπου 1 δευτερόλεπτο) και συναντώνται συνήθως σε παιδιά. Αυτές οι μικρές κρίσεις μπορούν να επαναληφθούν πολλές φορές μέσα σε μία μέρα αλλά και διαδοχικά. Οι αφαιρέσεις χωρίζονται σε 6 τύπους : τις τυπικές, τις απλές, τις άτυπες, τις αφαιρέσεις με κλονικά στοιχεία, αφαιρέσεις με τονικά στοιχεία και αφαιρέσεις με ατονικά στοιχεία.

δ) Οι τονικοκλονικές κρίσεις, χαρακτηρίζονται από αιφνίδια έναρξη χωρίς πρόδρομα σημεία και στην συνέχεια εξελίσσονται σε τρεις φάσεις: την τονική, ακολουθεί η κλονική και η φάση λύσης.

- Η τονική φάση ξεκινά με κραυγή, πλήρη κατάργηση της συνείδησης, γενικευμένο σφίξιμο του σώματος και το άτομο συνήθως πέφτει κάτω. Η τονική φάση διαρκεί περίπου 10-20 δευτερόλεπτα.

- Στην συνέχεια ακολουθεί η κλονική φάση κατά την οποία συμβαίνουν ρυθμικές, έντονες συσπάσεις όλων των άκρων οι οποίες αραιώνουν σιγά σιγά για να διακοπούν αυτόματα. Τα μάτια είναι ανοιχτά και γυρισμένα προς τα πάνω (βολβοστροφή), το στόμα σφιχτά κλειστό, η αναπνοή βγαίνει με δυσκολία, και τα χείλη και το πρόσωπο μελανιάζουν λόγω πτωχής οξυγόνωσης. Αυτή η φάση ονομάζεται και επεισόδιο σπασμών ή κρίση τύπου grand mal και διαρκεί πολύ λίγο, περίπου 30 δευτερόλεπτα.

- Αμέσως μετά την κλονική φάση επέρχεται η φάση λύσης. Διαρκεί από μερικά λεπτά έως μερικές δεκάδες λεπτών. Το άτομο αρχίζει να συνέρχεται αλλά είναι υποτονικό και ακίνητο και παρουσιάζει βαθιά θόλωση της συνείδησης και πλήρη μυϊκή χαλάρωση. Συνήθως θέλει να κοιμηθεί και όταν ξυπνά είναι καλά ή μπορεί να έχει πονοκέφαλο. Η αναπνοή επανέρχεται βαριά και θορυβώδης. Η φάση αυτή ονομάζεται μετακριστική φάση.

#### ***Σοβαρής μορφής κρίσεις ή μεγάλη επιληψία (grand mal) :***

Είναι μεγάλες κρίσεις που μπορούν να συμβούν απροειδοποίητα. Συνήθως όμως οι ασθενείς που προσβάλλονται από αυτές τις κρίσεις, νιώθουν πριν από την κρίση, μία αύρα, δηλαδή αισθήσεις όπως μυρωδιές, γεύσεις ή ακόμα και λάμψεις. Μετά από αυτό, επέρχεται ξαφνική απώλεια της συνείδησης και αν το άτομο στέκεται όρθιο πέφτει στο έδαφος.

Η κρίση αυτή έχει τρεις φάσεις :

- Η άκαμπτη τονική φάση κατά την οποία το σώμα είναι σε ακαμψία, ο ασθενής έχει τονικό μυϊκό σπασμό δηλαδή σπασμωδικές εκτινάξεις και τέντωμα του σώματος. Όλο το μυϊκό σύστημα βρίσκεται σε σύσπαση μπλοκάροντας τις αναπνευστικές κινήσεις, σταματώντας την αναπνοή και προκαλώντας μελάνιασμα (κυάνωση) του προσώπου.
- Η κλονική φάση, που ακολουθεί αμέσως μετά την τονική φάση. Η αναπνοή γίνεται θορυβώδης και σπασμωδική. Οι σπασμωδικές εκτινάξεις των άκρων μειώνονται βαθμιαία και γίνονται δονήσεις και σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα απομένει ατονία σε όλο το σώμα.
- Η κωματώδης φάση από την οποία ο ασθενής βγαίνει σιγά σιγά από αυτήν αλλά 11 παραμένει αποπροσανατολισμένος για λίγη ώρα.

[http://iatreion.gr/newsdesk\\_info.php?newsPath=42&newsdesk\\_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61](http://iatreion.gr/newsdesk_info.php?newsPath=42&newsdesk_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61)

## 1.9.2 ΕΣΤΙΑΚΕΣ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ

Στις εστιακές κρίσεις η αυξημένη ηλεκτρική δραστηριότητα περιορίζεται σε συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου. Ανάλογα με την περιοχή του εγκεφάλου στην οποία συμβαίνει η ηλεκτρική διέγερση των νευρώνων οι εκδηλώσεις της επιληπτικής κρίσης μπορεί να είναι κινητικές όπως ρυθμικές συσπάσεις των άκρων, αισθητικές όπως μούδιασμα ενός άκρου ή μιας πλευράς του σώματος, αισθητηριακές όπως αλλοιωμένη όραση, ακοή, ή όσφρηση, ή ψυχικές όπως παραισθήσεις, σύγχυση και περίεργα αισθήματα. Οι εστιακές κρίσεις αποτελούν το 60% όλων των περιπτώσεων της επιληψίας ενηλίκων και η πιο συχνή μορφή είναι η επιληψία κροταφικού λοβού.

### *Επιληψία κροταφικού λοβού*

Η επιληψία κροταφικού λοβού είναι μία χρόνια νευρολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες κρίσεις που προκύπτουν από τον έναν ή και τους δύο κροταφικούς λοβούς του εγκεφάλου. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση κατά της επιληψίας έχουν αναγνωρισθεί διεθνώς δυο τύποι κροταφικής επιληψίας:

1) Η επιληψία μέσου κροταφικού λοβού, η οποία ελκύεται από τον ιππόκαμπο, την παραϊπποκαμποειδή έλικα και την αμυγδαλή της έσω επιφάνειας του κροταφικού λοβού. Κάποιες μελέτες έχουν αναδείξει ανωμαλίες του ιππόκαμπου σε επιληπτική

κατάσταση που έχουν δημιουργηθεί από παρατεταμένες και επαναλαμβανόμενες επιληπτικές κρίσεις. Οι κρίσεις αυτές μπορούν να ξεκινήσουν από μία βλάβη στον αριστερό ή δεξί ιππόκαμπο. Παρουσιάζεται σε βρέφη από πυρετό λόγω κάποιας λοίμωξης πνευμονικής ή δερματικής και σε παιδιά με την μορφή πυρετικών σπασμών.

[http://iatreion.gr/newsdesk\\_info.php?newsPath=42&newsdesk\\_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61](http://iatreion.gr/newsdesk_info.php?newsPath=42&newsdesk_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61)

2) Η επιληψία πλάγιου κροταφικού λοβού, ο οποία ελκύεται από τον νεοφλοιό της εξωτερικής επιφάνειας του κροταφικού λοβού του εγκεφάλου. Είναι λιγότερο συχνή και μπορεί να είναι κληρονομική. Η πλάγια κροταφική επιληψία με διαταραχές στην όραση ή την ακοή σχετίζεται με όγκους στον εγκέφαλο, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, κάποιο τραύμα, αγγειακές δυσπλασίες ή συγγενείς δυσπλασίες του εγκεφάλου και σε άλλα αίτια που δεν μπορούν πάντα να προσδιοριστούν.

Υπάρχουν τρεις τύποι κροταφικής επιληψίας:

- Απλές εστιακές επιληπτικές κρίσεις, αφορούν μικρές περιοχές του κροταφικού λοβού όπως η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος. Σε αυτές τις κρίσεις προκαλούνται παραισθήσεις στο άτομο που μπορεί να είναι ακουστικές, οσφρητικές, γευστικές, οπτικές ή αφής. Μπορεί να νιώθει δυσφορία ή αισθήματα ευφορίας, φόβο, θυμό και άλλα αισθήματα. Αυτή είναι και η λεγόμενη αύρα δηλαδή το αίσθημα προειδοποίησης που έχει ο ασθενής πριν πάθει κάποια κρίση. Κατά την διάρκεια μίας απλής εστιακής κρίσης η ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τι γίνεται γύρω του και να επικοινωνεί με το περιβάλλον δεν επηρεάζεται καθόλου, οπότε έχει πλήρη συναίσθηση για το τι συμβαίνει και μπορεί να το περιγράψει αργότερα με ακρίβεια.
- Σύνθετες εστιακές επιληπτικές κρίσεις, το επίπεδο συνείδησης επηρεάζεται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό και έτσι ελαττώνεται η ικανότητα του ατόμου να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον. Ξεκινούν με απλή επιληπτική κρίση και στην συνέχεια η ηλεκτρική εκφόρτιση εξαπλώνεται σε μεγαλύτερο τμήμα του κροταφικού λοβού με αποτέλεσμα την διαταραχή της συνείδησης. Το άτομο μπορεί να κινείται χωρίς κάποιο σκοπό ή να κάνει κάποιες στερεότυπες

αυτόματες κινήσεις που γίνονται τελείως ασυνείδητα όπως κινήσεις ματιών, χεριών, στόματος, ασυνήθιστη συμπεριφορά ή ομιλία. Αντίθετα με τις απλές εστιακές κρίσεις, ο ασθενής έχει πολύ περιορισμένη αντίληψη των γεγονότων και δεν μπορεί αργότερα να περιγράψει τι του συνέβη.

- Κρίσεις που αρχίζουν στον κροταφικό λοβό, αλλά στη συνέχεια εξαπλώνονται σε ολόκληρο τον εγκέφαλο είναι ευρέως γνωστές ως Δευτερεύουσες Γενικευμένες Τονικοκλονικές κρίσεις (SGTCS). Αυτές αρχίζουν με μία απλή εστιακή κρίση και στην συνέχεια ο κορμός και τα πόδια παραμένουν σε κάμψη και ακολουθούν σπασμωδικές κινήσεις των άκρων.

[http://iatreion.gr/newsdesk\\_info.php?newsPath=42&newsdesk\\_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61](http://iatreion.gr/newsdesk_info.php?newsPath=42&newsdesk_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61)

## **1.10 ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

### **1.10.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Αποτελεσματικά φαρμακευτικά σκευάσματα χρησιμοποιούνται από τις αρχές του 1900 και ένα από τα αρχαιότερα, η Φαινοβαρβιτάλη, χρησιμοποιείται ακόμη, αν και σε περιορισμένη χρήση λόγω των παρενεργειών που έχει. Στα παλαιότερα φάρμακα ανήκουν επίσης σκευάσματα πριν το 1970 όπως η Φαινυτοΐνη, η Καρμπαμαζεπάμη και η Βαλπροάτη. Μετά το 1990 μια σειρά νέων φαρμάκων έκαναν την εμφάνισή τους όπως η Βιγκαπατρίνη και η Φελμπαμάτη. <http://www.helmedica.gr/items-pdf/items-5-6.pdf>

Η Βιγκαπατρίνη επιδρά στο ένζυμο GABA-T και έτσι εμποδίζεται ο μεταβολισμός της GABA δηλ. του πλέον σημαντικού νευροδιαβιβαστή στον εγκέφαλο αλλά δυστυχώς έχει πλέον πολύ περιορισμένη χρήση λόγω ανεπιθύμητων μονίμων βλαβών όρασης. Ομοίως, για τη Φελμπαμάτη αποδείχτηκε ότι η μακρόχρονη χρήση της επιδρά άκρως αρνητικά στην ανθρώπινη ιδιοσυγκρασία και χρησιμοποιείται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις σοβαρής συμπτωματικής γενικευμένης επιληψίας στα παιδιά. Τα πλέον νεώτερα σκευάσματα, πολλά υποσχόμενα, είναι η Λαμοτριγίνη, η Γκαμπαπεντίνη, το Τοπιραμάτ, η Λεβεριτρασετάμη και η Πρεγκαμπαλίνη.

Η Λαμοτριγίνη χρησιμοποιείται σαν μονοθεραπεία και σε ενήλικες και σε παιδιά για αφαιρέσεις και γενικευμένες τονικο-κλονικές κρίσεις. Το Τοπιραμάτ χρησιμοποιείται για γενικευμένες τονικο-κλονικές και μυοκλονικές κρίσεις και η

Λεβερτιρασετάμη για ιδιοπαθείς γενικευμένες κρίσεις με χαρακτήρα αντιεπιληπτικού ευρείας χρήσης.

Δυστυχώς, τα νεότερα αντιεπιληπτικά, παρά την αποτελεσματικότητά τους όσον αφορά τις κρίσεις συνεχίζουν να έχουν αρκετές παρενέργειες όχι πλέον τόσο σε άλλα όργανα αλλά στο ίδιο το αντικείμενο θεραπείας, τον εγκέφαλο, με ιλίγγους, ζαλάδες, κούραση και επίδραση προσωπικότητας που τα καθιστούν για αρκετούς ασθενείς απαράδεκτα.

Τέλος εγκυμονεί ο κίνδυνος της τερατογένεσης και δια τούτο συνιστάται, στις νεαρές γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν, η σύγχρονη λήψη έξτρα βιταμίνης Φολικού οξέως 5mg ημερησίως. (Kumlien et al., 2004)

### **1.10.2 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

#### **Κετονοθεραπεία**

Προτείνεται συνήθως σε παιδιά με πολύ ανθεκτική συμπτωματική επιληψία. Η δίαιτα αυτή έχει πολύ μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπος και χαμηλή σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες. Ο μηχανισμός είναι άγνωστος αλλά εμπειρικά επιτυγχάνεται μείωση των κρίσεων όπως άλλωστε συμβαίνει μερικές φορές σε καταστάσεις υποσιτισμού. Ένα από τα αρνητικά αυτής της θεραπείας είναι η μη επιθυμητή απώλεια βάρους

#### **Διέγερση του Πνευμονογαστρικού νεύρου**

Η διέγερση του Πνευμονογαστρικού νεύρου χρησιμοποιείται στην Ελλάδα από τις αρχές του 2000. Χρησιμοποιήθηκε και συνεχίζει να χρησιμοποιείται επιτυχώς σε ασθενείς με φαρμακοανθεκτική επιληψία και στους οποίους δεν είναι δυνατή η χειρουργική επιληψίας. Με την νευροδιέγερση αυτή επιτυγχάνεται η μείωση των κρίσεων τουλάχιστον στο 50%, ίσως και περισσότερο. Το ποσοστό των επιπλοκών/παρενεργειών είναι πολύ χαμηλό και παροδικό.

#### **Εν τω βάθει διέγερση εγκεφάλου**

Στερεοτακτικές επεμβάσεις χρησιμοποιούνται από την δεκαετία του 1970 για την θεραπεία της επιληψίας με στόχους ιδιαίτερα τον Ιππόκαμπο και διάφορους πυρήνες του Θαλάμου. Από την δεκαετία του 1990 συνεχίζονται οι προσπάθειες με εν τω βάθει διέγερση. (Kumlien et al., 2004)

### **γ-knife**

Αντιμετώπιση επιληψίας με γ-knife, δηλ. συγκεντρωμένης εστιακής ακτινοβολίας χρησιμοποιείται σε ειδικές μορφές όπως επιληψία λόγω μιας αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας ή ενός απροσπέλαστου όγκου, π.χ. Αμάρτωμα.

### **Χειρουργική επιληψίας**

Η χειρουργική επιληψίας με αφαιρετική φλοιοτομή είναι μία σίγουρη μέθοδος με πολυετή εμπειρία και πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα παγκοσμίως, ιδιαίτερα για επιληψία κροταφικού λοβού με επιτυχία >70%. Για επιληψία εκτός του κροταφικού λοβού τα αποτελέσματα είναι υποδεέστερα. Περίπου 50% των ασθενών θεραπεύονται. Η χειρουργική της επιληψίας χρησιμοποιείται ανεπαρκώς στην χώρα μας με δεδομένο το γεγονός ότι οι επεμβάσεις αυτές έχουν σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές και πολύ χαμηλή θνησιμότητα. Θα πρέπει δε να αναφερθεί ότι η μείωση των κρίσεων δεν είναι το μόνο θετικό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα δεδομένου ότι συγχρόνως επιτυγχάνεται και μια πολύ θετική ψυχοκοινωνική βελτίωση και ποιότητα ζωής. <http://www.helmedica.gr/items-pdf/items-5-6.pdf>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **Η ΕΠΙΛΗΨΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

#### **2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η επιληψία αποτελεί κοινό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας. Με τον όρο επιληψία κλινικά ως σήμερα χαρακτηρίζαμε τους υποτροπιάζοντες απρόκλητους σπασμούς. Επιληπτικοί σπασμοί είναι η παροδική εμφάνιση σημείων ή και συμπτωμάτων λόγω ανώμαλης υπερβολικής ή σύγχρονης νευρωνικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο. Η έναρξή τους σε περισσότερο από 50% των περιπτώσεων συμβαίνει στην παιδική ηλικία και το ποσοστό νοσηρότητας ανέρχεται σε 0,7-1%.

Στην παιδική ηλικία κυριαρχούν τα συγκοπικά επεισόδια, οι κρίσεις κατακράτησης αναπνοής, η επιπλεγμένη ημικρανία, παροξυσμικές δυσκινησίες, ναρκοληψία και παραϋπνίες. Αντιθέτως, στους ενήλικες επικρατούν τα ψυχογενή μη επιληπτικά επεισόδια καθώς και τα παροξυσμικά επεισόδια καρδιακής αιτιολογίας. Τα παροξυσμικά αυτά φαινόμενα, αν και έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τις επιληπτικές κρίσεις, δεν προέρχονται από νευρωνικές εκφορτίσεις, όπως συμβαίνει με τις επιληπτικές κρίσεις, και κατά συνέπεια χρήζουν διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η διαφορική διάγνωση των διαταραχών αυτών από επιληπτικές κρίσεις είναι αρκετές φορές ιδιαίτερα δυσχερής, λόγω πολλών κοινών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν μεταξύ τους.

#### **2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Τα διαθέσιμα διαγνωστικά μέσα για την διαγνωστική προσέγγιση της επιληψίας ή άλλων μη επιληπτικών παροξυσμικών διαταραχών στα βρέφη και παιδιά περιλαμβάνουν το ιστορικό, την κλινική αντικειμενική εξέταση, τον βιοχημικό εργαστηριακό έλεγχο, τον καρδιολογικό έλεγχο, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και τον νευροαπεικονιστικό έλεγχο του εγκεφάλου. Παρά την εξέλιξη της τεχνολογίας η διάγνωση της επιληψίας εξακολουθεί να είναι κλινική και βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στη κλινική περιγραφή (ιστορικό) δύο ή περισσότερων επεισοδίων σπασμών. (Beghi et al., 2005)

Βασικό ρόλο στη διάγνωση διαδραματίζει η περιγραφή του επεισοδίου και η άντληση σημαντικών πληροφοριών. Σπάνια, όμως, συμβαίνει να είναι παρών κάποιος γιατρός κατά τη διάρκεια του επεισοδίου. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός οφείλει με τις κατάλληλες ερωτήσεις να προσπαθήσει να αποκρυπτογραφήσει όλες τις



λεπτομέρειες που περιγράφονται από τους παρευρισκόμενους στο συμβάν ή από τον μικρό ασθενή, εφόσον έχει τη δυνατότητα να τα περιγράψει. Εκτός από το κληρονομικό και ατομικό ιστορικό, θα πρέπει να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον, στις συνθήκες που επικρατούσαν πριν από την εμφάνιση του επεισοδίου, κατά την διάρκεια του επεισοδίου και μετά το επεισόδιο. (Παύλου, Γκαμπέτα, 2012)

Ερωτήσεις καθοριστικές για τη «φύση» των επεισοδίων είναι οι εξής:

- α) τι προηγήθηκε του επεισοδίου (δραστηριότητα του παιδιού),
- β) περιγραφή της έναρξης του επεισοδίου,
- γ) περιγραφή ολόκληρου του επεισοδίου,
- δ) αν υπήρχε τονική σύσπαση ή αντιθέτως υποτονία κορμού-άκρων,
- ε) αν τα μάτια ήταν ανοικτά ή κλειστά (προσήλωση, βολβοστροφή),
- στ) μεταβολή χροιάς προσώπου,
- ζ) μεταβολή αναπνευστικής λειτουργίας,
- η) απώλεια ούρων – κοπράνων,
- θ) διάρκεια επεισοδίου,
- ι) σε υποτροπή αν υπήρχε δυνατότητα διακοπής του με εξωτερική παρέμβαση,
- κ) περιγραφή και διάρκεια μετακριτικού σταδίου.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των επιληπτικών σπασμών είναι το γεγονός ότι πρόκειται για ένα παροδικό φαινόμενο με ξεκάθαρη έναρξη και τέλος, το οποίο συνήθως συνοδεύεται από ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις όπως κινητικές, αισθητικές, εκδηλώσεις αυτόνομου, μεταβολές επιπέδου συνείδησης, διαταραχές συναισθήματος, διαταραχές μνήμης (deja vu, αμνησία) και διαταραχές συμπεριφοράς. (Παύλου, Γκαμπέτα, 2012)

### **2.2.1 ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η διάγνωση των παιδιών με επιληψία είναι συνήθως δυσχερής. Σύμφωνα με τον Ferrie, στη λανθασμένη διάγνωση των επιληπτικών συνδρόμων συμβάλλουν τα εξής δεδομένα:

- α) η επιληψία δεν αποτελεί μονήρη κλινική διαταραχή,
- β) η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο ιστορικό και δεν υπάρχει κάποιο αποδεικτικό τεστ,
- γ) υπερδιάγνωση του ΗΕΓ,
- δ) στη διαφορική διάγνωση περιλαμβάνονται ποικίλες καταστάσεις με αλληλοεπικάλυψη κλινικών χαρακτηριστικών,

- ε) μη επαρκής εκπαίδευση των ιατρών που ασχολούνται με την επιληψία,
- στ) η λανθασμένη αντίληψη ότι η μη διαγνωσθείσα επιληψία ή η καθυστέρηση στη διάγνωση της είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για τον ασθενή και
- ζ) περιορισμοί των διαθέσιμων «εργαλείων» διάγνωσης.

Η διαφορική διάγνωση των μη επιληπτικών παροξυσμικών επεισοδίων από τις επιληπτικές κρίσεις είναι αρκετές φορές ιδιαίτερα δυσχερής, λόγω πολλών κοινών συμπτωμάτων που παρουσιάζουν μεταξύ τους. Υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία αρκετές περιπτώσεις ασθενών στους οποίους ενώ ετέθη αρχικά διάγνωση επιληψίας, διαπιστώθηκε εσφαλμένη διάγνωση σε ποσοστά που κυμαίνονται από 5-40%. (Παύλου, Γκαμπέτα, 2012)

### **2.3 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ**

Η έννοια της πρόγνωσης στην παιδική επιληψία περιλαμβάνει μια σειρά από επιμέρους ερωτήματα, τα οποία στην κλινική πράξη ανακύπτουν σταδιακά, κατά την πορεία της επιληψίας. Τα περισσότερα ερωτήματα περιστρέφονται γύρω από τον έλεγχο των κρίσεων, είτε σε βραχυπρόθεσμο είτε σε μακροπρόθεσμο χρονικό ορίζοντα, με την χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής. Κυρίαρχο, όμως, είναι και το ερώτημα του κατά πόσον η επιληπτική διαταραχή θα επιδράσει αρνητικά στην διανοητική και ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού, στην ποιότητα ζωής αλλά και στην συνολική κοινωνική του ολοκλήρωση.

Η πρόγνωση της ύφεσης των επιληπτικών κρίσεων είναι πρωταρχικής σημασίας στην κλινική πορεία των ασθενών με επιληψία, καθώς επηρεάζει όλους ανεξαιρέτως τους τομείς της προσωπικής ποιότητας ζωής, αλλά, στην περίπτωση των παιδιών, και της οικογενειακής ζωής. Οι περισσότερες μελέτες ύφεσης των κρίσεων, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, αφορούν σε περιπτώσεις επιληψίας στις οποίες αμέσως μετά την τεκμηρίωση της διάγνωσης χορηγείται αντιεπιληπτική αγωγή (treated epilepsy). Ιδανικά, οι ασθενείς θα πρέπει να εγγράφονται στις μελέτες από την στιγμή που γίνεται η έναρξη της θεραπείας και να παρακολουθούνται προοπτικά για πολλά έτη (longitudinal follow-up), ωστόσο τα πρώτα σημαντικά συμπεράσματα στην δεκαετία του 1980 προέκυψαν από αναδρομικές μελέτες μεγάλου αριθμού ασθενών. (Geerts et al., 2010)

Από πρακτικής κλινικής άποψης, έχει ενδιαφέρον το ποσοστό των ασθενών που επιτυγχάνουν ύφεση των επιληπτικών κρίσεων με το πρώτο ΑΕΦ που χορηγείται ως

μονοθεραπεία ή με επόμενα ΑΕΦ που δοκιμάζονται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό, κατόπιν αποτυχίας της αρχικής αντιεπιληπτικής αγωγής.

Στις προγνωστικές μελέτες της επιληψίας έχουν περιγραφεί μια σειρά από μεταβλητούς και μη παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ανταπόκριση των ασθενών στην αντιεπιληπτική αγωγή και την τελική έκβαση της επιληψίας. Παράγοντες που σχετίζονται με δομικές ανωμαλίες του εγκεφάλου, όπως συμβαίνει στις συμπτωματικές επιληψίες, διαταραχές της νοητικής σφαίρας ή νευρολογικά σημεία και συμπτώματα, μεγάλη συχνότητα και μικρή ηλικία έναρξης των κρίσεων έχουν συσχετισθεί με δυσμενή πορεία της επιληψίας και ανθεκτικότητα των κρίσεων. Αντίθετα, η ιδιοπαθής αιτιολογία της επιληψίας, ο γρήγορος και αποτελεσματικός έλεγχος των κρίσεων μετά την έναρξη της θεραπείας, η φυσιολογική νοητική κατάσταση και ο μικρός συνολικός αριθμός επιληπτικών κρίσεων προδικάζουν μια ευνοϊκή κατά κανόνα πρόγνωση. (Arts et al., 1999)

Οι περισσότερες επιληψίες υποχωρούν με την χορήγηση αντιεπιληπτικής αγωγής. Εφόσον έχει επιτευχθεί ο πλήρης έλεγχος των κρίσεων, η θεραπεία σταδιακά μειώνεται και τελικά διακόπτεται, λόγω των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών της παρατεταμένης χορήγησης ΑΕΦ. Η ελάχιστη χρονική διάρκεια κλινικής ύφεσης που απαιτείται προκειμένου να επιχειρηθεί η διακοπή της θεραπείας εξαρτάται από το επιληπτικό σύνδρομο, χωρίς, όμως, να είναι αυστηρά καθορισμένη. Στις περισσότερες περιπτώσεις τουλάχιστον 2-3 έτη ελεύθερα επιληπτικών κρίσεων πρέπει να προηγηθούν μέχρι να αποσυρθεί σταδιακά η αντιεπιληπτική αγωγή. Το εξαιρετικά σημαντικό ερώτημα που ανακύπτει σε αυτό το σημείο είναι εάν, μετά την διακοπή των ΑΕΦ, οι κρίσεις θα εξαφανιστούν οριστικά ή θα επανεμφανιστούν, με την ίδια ή διαφορετική κλινική έκφραση.

Η κατά μέσον όρο πιθανότητα υποτροπής της επιληψίας μετά τη διακοπή της θεραπείας είναι 30%, με το ποσοστό να κυμαίνεται από 11-41% στις διάφορες μελέτες. Ο κίνδυνος επανεμφάνισης των κρίσεων είναι σημαντικά μεγαλύτερος κατά τους πρώτους μήνες μετά τη διακοπή της θεραπείας, ενώ μετά την παρέλευση της διακοπής η πιθανότητα υποτροπής είναι πολύ μικρή. Όσο πιο εύκολα ελέγχθηκαν οι κρίσεις, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος υποτροπής, ενώ αντίθετα σημαντικός κίνδυνος υπάρχει σε ασθενείς με δομικές βλάβες του εγκεφάλου, ανώμαλα νευρολογικά ευρήματα, μαθησιακά προβλήματα ή προβλήματα συμπεριφοράς, μακρύ ιστορικό επιληπτικών κρίσεων με αργή ανταπόκριση στη θεραπεία ή παρουσία πολλαπλών ειδών κρίσεων. Συγκεκριμένα ιδιοπαθή επιληπτικά σύνδρομα, όπως η

νεανική μυοκλονική επιληψία που εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία, παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό υποτροπών μετά την απομάκρυνση των ΑΕΦ, ενώ η παρουσία παθολογικού ΗΕΓ μετά τη διακοπή της θεραπείας αποτελεί έναν ακόμη πιθανό προγνωστικό παράγοντα υποτροπών, με σχετικό κίνδυνο περίπου. (Hesdorffer et al., 2003)

#### **2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται στην επιληψία είναι κατά σειρά συχνότητας: καταθλιπτικές διαταραχές (μείζων κατάθλιψη, δυσθυμία, "μεσοκριτική δυσφορική διαταραχή"), αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, κοινωνική αγχώδης διαταραχή), ψυχωσικές διαταραχές, διαταραχή μετατροπής ("ψευδοκρίσεις"), διασχιστικές καταστάσεις, διαταραχές συμπεριφοράς, σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας. Πιθανοί αιτιολογικοί μηχανισμοί θεωρούνται οι εξής: η ίδια η επιληπτική δραστηριότητα μέσω του μηχανισμού της "πυροδότησης" (kindling), το φαινόμενο της "επιβαλλόμενης ομαλοποίησης" ("forced normalisation"), η μέση κροταφική σκλήρυνση και οι αλλοιώσεις των δομών του μεταιχμιακού συστήματος, οι διαταραχές σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών, οι δευτερογενείς ενδοκρινικές μεταβολές, τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, η χειρουργική αφαίρεση της επιληπτογόνου εστίας, η κληρονομική προδιάθεση και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. (Nowack, 2006)

Στην παιδική-εφηβική ηλικία οι διαταραχές διάθεσης εμφανίζονται συχνότερα μαζί με άλλες διαταραχές, παρά ως μεμονωμένες (Harrington, 2002). Στις μικρότερες ηλικίες οι διαταραχές της διάθεσης συνυπάρχουν με διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς, ελαττωματικής προσοχής και αγχώδεις διαταραχές και σε μεγαλύτερες ηλικίες με διαταραχές χρήσης ουσιών, διαταραχές πρόσληψης τροφής ή στο πλαίσιο εξελικτικής παθολογίας προσωπικότητας (Ζηλίκης, Αμπατζόγλου, 2001).

Η δυσθυμική διαταραχή είναι συχνά παρούσα στα παιδιά με επιληψία, και αποτελεί μια αρχική διάγνωση η οποία οδηγεί στο μέλλον σε άλλες διαταραχές της διάθεσης, ενώ η μείζων κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στην εφηβεία παρά στα παιδιά. Μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν περίπου το 2% των παιδιών στο Δημοτικό Σχολείο.

Στο γενικό πληθυσμό και 5% των νεαρών εφήβων, με αναλογία αρρένων/θήλεα = 1/1. Στην εφηβεία υπερτερούν τα θήλεα σε συχνότητα εμφάνισης (Παπαγεωργίου,

2005). Οι ενήλικοι ασθενείς με επιληψία εμφανίζουν συχνά κατάθλιψη. Με ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης μπορεί να φθάσουν σε επίπεδα κλινικής συμπτωματολογίας μέχρι και 50% (Ettinger et al., 1998).

Συχνά στα παιδιά τα συμπτώματα επιθετικής συμπεριφοράς υπερτερούν σε συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων των διαταραχών της διάθεσης. Συχνά δε τα νεαρά παιδιά εμφανίζουν συνυπάρχουσες ψυχοπαθολογίες (συννοσηρότητα) πχ. διαταραχή υπερκινητικότητας – ελαττωματικής προσοχής, με συνοδά καταθλιπτικά συμπτώματα και διαταραχή λόγου εκφραστικού – αντιληπτικού τύπου, γεγονός που οδηγεί σε συχνά προβλήματα διαφοροδιάγνωσης – κύριας διάγνωσης. Η κατάθλιψη καλύπτεται από τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις (ευερεθιστότητα) οι οποίες στην ουσία αποτελούν καταθλιπτικά ισοδύναμα. Άλλοι θεωρητικοί υποστηρίζουν πως το ανώριμο Υπερεγώ και η δομή της προσωπικότητας δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη και την εμπειρία συναισθηματικής διαταραχής. (Ζηλίκης, Αμπατζόγλου, 2001)

## **2.5 ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ- ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ**

Συχνά το παιδί με επιληψία νιώθει ότι είναι "διαφορετικό" από τα άλλα παιδιά. Αισθάνεται φόβο ότι δεν θα γίνει αποδεκτό από τους συμμαθητές του ή από τον δάσκαλο. Συχνά έρχεται αντιμέτωπο με διλήμματα όπως: πρέπει να το πω στον δάσκαλο (ή τον καθηγητή) ότι έχω επιληψία; πρέπει να το ξέρουν οι φίλοι μου στο σχολείο ή οι άλλοι συμμαθητές μου; θα με απορρίψουν αν το μάθουν;

Η μη έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των φόβων μπορεί να οδηγήσει σε αποφευκτική συμπεριφορά, σε απομόνωση και σε αυτοαπορριπτική ή αυτοκαταστροφική στάση (π.χ. παραίτηση από αγαπημένες δραστηριότητες, αποθάρρυνση, μη τήρηση του πλαισίου ρύθμισης, κ.λπ.). Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που παρεμποδίζει την ικανοποιητική προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο. <http://e-simvouleutiki.blogspot.gr/2013/10/4.html>

Συμπεριφορές ή εκδηλώσεις ενδεικτικές δυσκολιών ως προς την προσαρμογή του παιδιού στο σχολείο είναι: δυσανασχέτηση του παιδιού με τη σκέψη ότι θα πάει σχολείο, παρουσίαση συμπτωμάτων (π.χ. αδιαθεσία, ναυτία, στομαχόπονοι) όταν πρόκειται να πάει σχολείο, έκφραση παραπόνων για σωματικά ενοχλήματα στο σχολείο με το αίτημα να επιστρέψει στο σπίτι, έντονο άγχος, καταθλιπτική διάθεση, δυσκολίες ως προς τις επιδόσεις του, αδιαφορία του παιδιού για τα μαθήματά του,

αδυναμία συγκέντρωσης ή παρακολούθησης του μαθήματος (π.χ. αφαιρείται, σκέπτεται συχνά άλλα πράγματα μέσα στην τάξη), εριστική διάθεση, αίσθημα μοναξιάς στο σχολείο, δυσκολίες στις σχέσεις με τα άλλα παιδιά (π.χ. αναφέρει ότι τα άλλα παιδιά τον αποφεύγουν, ότι δεν του δίνουν σημασία), δυσκολίες στη σχέση με τον δάσκαλο (π.χ. αναφέρει ότι δεν του φέρεται φιλικά ή δίκαια), αίσθημα μειονεξίας (π.χ. ανησυχεί έντονα μήπως κατά την ώρα του μαθήματος πει κάτι λάθος και ταπεινωθεί ή μήπως δεν γράψει καλά στα διαγωνίσματα), αίσθημα αποθάρρυνσης (π.χ. αισθάνεται ότι είναι πολύ δύσκολο να πάρει τους βαθμούς που θέλει, νιώθει απαισιοδοξία για το μέλλον ως προς τα σχολικά θέματα και την πρόοδό του στο σχολείο), κ.λπ.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτές οι συμπεριφορές ή εκδηλώσεις που προαναφέρονται ή τα χαμηλά επίπεδα λειτουργικότητας του παιδιού (ή του εφήβου) δεν έχουν ως αιτιολογικό παράγοντα την "τεμπελιά" ή τον "κακό χαρακτήρα του" αλλά αποτελούν ενδείξεις της ύπαρξης ιδιαίτερα στρεσογόνων για το παιδί παραγόντων που μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης και της κατάλληλης αντιμετώπισης μπορούν να επιλυθούν ικανοποιητικά.

Οι γονείς συχνά αισθάνονται άγχος και φόβο για την ασφάλεια, την προσαρμογή, την αποδοχή του παιδιού από το σχολικό περιβάλλον καθώς και αγωνία για τη στάση και τη συμπεριφορά του δασκάλου απέναντι στο παιδί τους. Αυτοί οι παράγοντες ενδέχεται να παρακινήσουν τους γονείς να αναπτύξουν υπερπροστατευτική συμπεριφορά που παρεμβάλλεται ανασταλτικά στην ανάπτυξη πρόσφορης για την ηλικία του παιδιού αυτονομίας και του αισθήματος βασικής εμπιστοσύνης προς τους άλλους. Η διασάφηση των αιτιών της αρνητικής συμπεριφοράς ή των δυσκολιών προσαρμογής του παιδιού στο σχολείο μέσω του διαλόγου, της υπομονής και της αποδοχής αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ικανοποιητική διευθέτηση των δυσκολιών. <http://e-simvouleutiki.blogspot.gr/2013/10/4.html>

Η διαμόρφωση ευκρινών προτεραιοτήτων έχει καθοριστική σημασία στην επίλυση των δυσκολιών. Βασική προτεραιότητα αποτελεί η ασφάλεια του παιδιού. Το ερώτημα αναφορικά με τον δάσκαλο (ή τον καθηγητή) δεν είναι "αν πρέπει να το πούμε", αλλά "πώς πρέπει να το πούμε", δηλαδή, πώς μπορούμε να μοιραστούμε μαζί του τις πληροφορίες που απαιτούνται για την πρόληψη και αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Είναι σημαντικό να γνωρίζει ο δάσκαλος ότι το παιδί έχει επιληψία, ώστε σε περίπτωση που χρειαστεί (π.χ. σε περίπτωση κρίσης) να μπορέσει να δράσει με

αποτελεσματικό και διακριτικό τρόπο. Η άγνοια συνήθως αποδεικνύεται πιο επώδυνη και τραυματική από ότι η νουνεχώς διατυπωμένη ενημέρωση και επίγνωση.

Οι γονείς μπορούν να δημιουργήσουν ένα διευκολυντικό πλαίσιο για την εδραίωση αποτελεσματικής επικοινωνίας και συνεργασίας με τον δάσκαλο ρωτώντας τον με ποιο τρόπο θα μπορούσαν οι ίδιοι να τον βοηθήσουν στο έργο του και ενθαρρύνοντάς τον να θέτει ερωτήσεις ώστε να διερευνηθεί η πιθανότητα ύπαρξης στερεοτύπων ή προκαταλήψεων και να επιτευχθεί η αποσαφήνιση ενδεχόμενων εσφαλμένων αντιλήψεων για συμπεριφορές ή αντιδράσεις του παιδιού (π.χ. δίνοντας έμφαση στο ότι το παιδί "δεν το κάνει επίτηδες" όταν του ζητά την άδεια να βγαίνει από την τάξη καθώς το ίδιο δεν θα επιθυμούσε να του φέρονται με τρόπο που θα το έκανε να αισθάνεται "διαφορετικό" από τα άλλα παιδιά). Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο ο δάσκαλος αντιλαμβάνεται την κατάσταση έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί οι προσδοκίες του επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά και τις επιδόσεις του μαθητή. <http://e-simvouleutiki.blogspot.gr/2013/10/4.html>

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας είναι οι προσδοκίες των γονέων απέναντι στα παιδιά τους καθώς αυτές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά και τις επιδόσεις των παιδιών. Η ταύτιση του παιδιού με θετικά γονεϊκά πρότυπα (ικανοποιητική αντιμετώπιση των αγχο-εκλυτικών παραγόντων, θετικές διαπροσωπικές σχέσεις, αίσθημα αποδοχής, ανάπτυξη αυτοεκτίμησης, ενεργός συμμετοχή, δημοκρατική στάση, έμφαση στην ανάπτυξη αυτονομίας και στην επίτευξη στόχων, κ.λπ.) παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του κινήτρου και των δεξιοτήτων για την επίτευξη στόχων και την επίλυση των δυσχερειών. Είναι σημαντικό επίσης οι γονείς να έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες ως προς το τι μπορεί να κάνει ο δάσκαλος, το παιδί τους και οι ίδιοι για την αντιμετώπιση των δυσκολιών.

Είναι εξαιρετικά επωφελές η διασφάλιση της υγείας του παιδιού να αναπτύσσεται σε ένα πλαίσιο που να προάγει το αίσθημα της ψυχολογικής του ασφάλειας. Κάθε άτομο είναι διαφορετικό, με διαφορετικές ανάγκες και επιθυμίες, με διαφορετικές επιλογές ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών. Είναι σημαντικό να λάβουμε υπόψη αυτή την παράμετρο κατά την διαμόρφωση του υποστηρικτικού πλαισίου. Είναι ουσιώδες μέσω του δημοκρατικού διαλόγου και της συστηματικής και κατάλληλης ενημέρωσης το παιδί να αποκτήσει δεξιότητες αυτοφροντίδας και να διαμορφώσει μια ρεαλιστική θέαση της κατάστασης ώστε να είναι σε θέση να υποστηρίξει τον εαυτό του και να διατυπώνει τις επιθυμίες και τις επιλογές του ως προς το αν, τότε, ποιοι φίλοι του ή συμμαθητές του ή άλλα πρόσωπα, και με ποιο

τρόπο θα πληροφορηθούν σχετικά με την επιληψία. Η εδραίωση της αυτοαποδοχής αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επίτευξη των στόχων σε όλους τους τομείς.

Είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι αυταρχικές, πιεστικές, τελειοθηρικές, ενοχοποιητικές, τιμωρητικές, υπερπροστατευτικές στάσεις και συμπεριφορές από την πλευρά των γονέων καθώς αυτοί οι παράγοντες παρεμβάλλονται ανασταλτικά στην ψυχική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και παρεμποδίζουν τη δόμηση σχέσεων αποδοχής, εμπιστοσύνης και συνεργασίας που αποτελούν τη βάση για την επίτευξη στόχων. <http://e-simvouleutiki.blogspot.gr/2013/10/4.html>

Η εδραίωση πλαισίου θετικής συνεργασίας και κατάλληλης υποστήριξης επιτρέπει στο παιδί να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το αίσθημα ματαιώσης όταν παρουσιάζονται επιπρόσθετες δυσκολίες (π.χ. όταν οι γνωστικές λειτουργίες όπως η ικανότητα για συγκέντρωση και μάθηση καθώς και η μνήμη επηρεάζονται αρνητικά από τη μη ικανοποιητική ρύθμιση με αποτέλεσμα το παιδί σε κάποιες περιπτώσεις να αισθάνεται ότι δεν μπορεί να πετύχει τις επιδόσεις που επιθυμεί παρά τις προσπάθειες που καταβάλλει).

Ακολούθως είναι ουσιώδες να παρέχεται στο παιδί ελεύθερος χρόνος (π.χ. για παιχνίδι ή άλλες δραστηριότητες), να δίδεται έμφαση στην ανάπτυξη πρωτοβουλίας, επιλογών και εναλλακτικών λύσεων (π.χ. να αποφεύγεται η εφαρμογή πιεστικών και άκαμπτων συνθηκών μελέτης καθώς αυτό επιτείνει την κόπωση επιφέροντας διάσπαση προσοχής και μείωση ικανότητας για μάθηση) και να υπάρχει κατάλληλη και συστηματική επιβράβευση και ενίσχυση ώστε να διασφαλίζεται το κίνητρο και το αίσθημα ικανοποίησης.

Η έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών είναι ουσιαστική για την ικανοποιητική συμμετοχή του παιδιού στο πλαίσιο των σχολικών δραστηριοτήτων. Η κατάλληλη υποστηρικτική και συμβουλευτική παρέμβαση από ειδικούς μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στον προσδιορισμό των αιτιών και την επίλυση των δυσκολιών που συνδέονται με τα θέματα του σχολείου. <http://e-simvouleutiki.blogspot.gr/2013/10/4.html>



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

# **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

### **3.1 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Η παιδιατρική νοσηλευτική είναι ένας από τους κλάδους της γενικής νοσηλευτικής, που καλείται να υπηρετήσει ίσως τον πιο ευαίσθητο και πιο τρυφερό τομέα του κοινωνικού συνόλου, το παιδί. Διαχωρίζεται και ασχολείται με πολλούς τομείς-ειδικότητες όπως παθολογικός, χειρουργικός, ογκολογικός, ψυχιατρικός, ορθοπαιδικός, ενδοκρινολογικός, οφθαλμολογικός, εντατική. Ο καθένας από τους οποίους έχει τις δικές του αρχές και τις δικές του αντίστοιχες νοσηλευτικές ευθύνες. Κατά συνέπεια εκείνος που αποφάσισε και επέλεξε να ασχοληθεί επαγγελματικά με τον παιδιατρικό τομέα πρέπει να οπλισθεί θεωρητικά και πρακτικά προκειμένου να επιτύχει το σκοπό του. (Πάνου, 1994)

Βασική φιλοσοφία όλων όσων ασχολούνται με το παιδί, πρέπει να είναι κυρίως η καλή συνεργασία, η αγάπη προς το παιδί και η βαθιά συνειδητοποίηση ότι το παιδί είναι μια ξεχωριστή οντότητα με δική του προσωπικότητα, δικές του βασικές ανάγκες, δικούς του μηχανισμούς άμυνας. Στο παιδιατρικό νοσοκομείο προσέρχονται παιδιά από την βρεφική έως και την εφηβική ηλικία και ο νοσηλευτικός ρόλος αρχίζει από το πρώτο τμήμα του παιδιατρικού νοσοκομείου, που είναι τα εξωτερικά ιατρεία.

Το παιδί και οι γονείς όταν έρχονται στο νοσοκομείο είναι φοβισμένοι και θέλουν ο πρώτος άνθρωπος που θα βρεθεί μπροστά τους, να τους λύσει το πρόβλημα τους, να πάρουν το παιδί τους και να φύγουν. Το νοσοκομείο είναι για το παιδί ένας άγνωστος χώρος που του προκαλεί φόβο, του βάζει σε λειτουργία τους μηχανισμούς φυγής, του στερεί το παιχνίδι, την ελευθερία των κινήσεων και το δικαίωμα να είναι κοντά στα αγαπημένα του πρόσωπα. Το παιδί νιώθει ανασφάλεια, διακατέχεται από νευρικότητα και άγχος. Πολλές φορές η ένταση αυτή εκδηλώνεται με προβλήματα συμπεριφοράς, για παράδειγμα: κλάμα, γκρίνια, άρνηση τροφής, αυτοεγκατάλειψη, νωθρότητα, επιθετικότητα, διαταραχές ύπνου και παλινδρομημένη συμπεριφορά του παιδιού. Σε αυτό εδώ το δύσκολο στάδιο της ζωής του παιδιού, καλείται ο νοσηλευτής να παίξει το σπουδαίο και κυριαρχικό ρόλο του.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην περίπτωση των παιδιών διαφοροποιούνται σε σχέση με αυτές στους ενήλικες. Η παιδική ηλικία έχει κάποιες ιδιαιτερότητες, οι οποίες αποτελούν αιτία τροποποίησης των στόχων και της επικέντρωσης της

νοσηλευτικής οπτικής. Ένας από τους κύριους νοσηλευτικούς στόχους είναι η αποφυγή του αποχωρισμού, ειδικότερα σε παιδιά κάτω των πέντε ετών. Τα μέλη της οικογένειας εκλαμβάνονται ως συμμετοχοί στη φροντίδα του παιδιού.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να κατανοεί τις συμπεριφορές του παιδιού σχετικά με τον αποχωρισμό. Η φάση της διαμαρτυρίας και της απελπισίας είναι φυσιολογικές. Πρέπει να επιτρέπεται στο παιδί να κλάψει. Ακόμα και αν το παιδί δε δέχεται τους ξένους, οι νοσηλευτές, του παρέχουν υποστήριξη με την παρουσία τους. Οι νοσηλευτές αρμόζει να κρατάνε ζωντανή την επαφή του παιδιού με τους γονείς, μιλώντας συχνά για εκείνους, ενθαρρύνοντας το παιδί να τους θυμάται και τονίζοντας τη σημασία των επισκέψεών τους και των τηλεφωνημάτων τους. Η χρήση κινητών τηλεφώνων μπορεί να βοηθήσει στην επαφή του παιδιού που νοσηλεύεται με τους γονείς του ή με κάποιο άλλο σημαντικό μέλος της οικογένειας και φίλους (Mullen & Asher 2007).

Ο αποχωρισμός μπορεί να είναι το ίδιο δύσκολο και για τους γονείς, ιδιαίτερα όταν δεν κατανοούν τις συμπεριφορές που προέρχονται από το άγχος του αποχωρισμού. Με σκοπό να αποφύγουν τις αρχικές διαμαρτυρίες, οι γονείς μπορεί να φύγουν κρυφά ή να πούνε ψέματα στο παιδί ότι δε θα φύγουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, αντί να μάθει το παιδί ότι η απουσία αυτή των γονιών του σημαίνει και τη βέβαιη επιστροφή τους, να καταλαβαίνει το αντίθετο. Το άγχος των γονέων μπορεί να μειωθεί και οι φόβοι τους που αφήνουν το παιδί να μετριάστουν, εάν καταλάβουν ότι οι συμπεριφορές του αποχωρισμού είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες. Πολλοί γονείς φαντάζονται ότι το παιδί τους κλαίει για ώρες μετά τον αποχωρισμό, ενώ στην πραγματικότητα τα παιδιά μπορεί να κλαίνε μόνο για μερικά λεπτά και μετά να ηρεμούν όταν κάποιος άλλος τα παρηγορήσει. Η ελαχιστοποίηση της απώλειας ελέγχου προάγει ελευθερία κινήσεως, διατηρεί τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού, ενθαρρύνει το αίσθημα της ανεξαρτησίας (αυτοεξυπηρέτηση) και επιφέρει κατανόηση, σε συνδυασμό με την παράλληλη πρόληψη ή περιορισμό του φόβου του σωματικού τραυματισμού. Η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας από το νοσηλευτικό προσωπικό ελαχιστοποιεί το άγχος και την ανασφάλεια. Η σαφής γνώση της ιατρικής ορολογίας και του λεξιλογίου που χρησιμοποιεί στις καθημερινές του εργασίες, η περιγραφή της διαδικασίας για παράδειγμα μιας εξέτασης με απλούς κατανοητούς όρους απαλείφει και μετριάζει τους φόβους του παιδιού (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).

Η διάθεση κατάλληλων αναπτυξιακών δεξιοτήτων είναι ο κύριος στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας ενός παιδιού και ελαχιστοποιεί τους κινδύνους για την ανάπτυξή του. Η παροχή ευκαιριών συμμετοχής σε αναπτυξιακά κατάλληλες δραστηριότητες, βοηθά στην περαιτέρω ομαλοποίηση του περιβάλλοντος του παιδιού, όπως επίσης και στη μείωση των παρεμβολών στην ανάπτυξή του. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι πολύ σημαντικός όσον αφορά στην αναγνώριση των παιδιών που κινδυνεύουν ακόμα, όπως επίσης στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αναπτυξιακών παρεμβάσεων.

### **3.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

#### **3.2.1 ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑ**

Οι σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι μια σειρά ενεργειών- παρατηρήσεων προκειμένου να εφαρμοστούν από τους νοσηλευτές που θα αναλάβουν την φροντίδα των ανηλίκων επιληπτικών. Και αφορούν τα εξής :

1. Προστασία του παιδιού από τραυματισμό κατά τη διάρκεια των σπασμών.
2. Ακριβής παρατήρηση και καταγραφή των χαρακτηριστικών του παροξυσμού.
3. Έλεγχος των σπασμών.
4. Παρακολούθηση του παιδιού για επανεμφάνιση των σπασμών.
5. Μείωση του άγχους του παιδιού κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο.
6. Συγκινησιακή υποστήριξη των γονέων.
7. Διδασκαλία γονέων-παιδιού.

Εφαρμογή Νοσηλευτικής Παρέμβασης

#### **1. Προστασία του παιδιού από τραυματισμό κατά τη διάρκεια των σπασμών -**

##### **Προφυλακτικά μέτρα :**

- α) Απομάκρυνση σκληρών αντικειμένων από το κρεβάτι
- β) Διατήρηση μαλακού σταθερού αντικειμένου για άμεση χρήση στο κομοδίνο.
- γ) Κάλυψη των κιγκλιδωμάτων του παιδικού κρεβατιού.
- δ) Εξασφάλιση αναρροφητήρα κοντά στο κρεβάτι του παιδιού για αναρρόφηση των εκκρίσεων κατά τη διάρκεια των σπασμών.
- ε) Εξασφάλιση οξυγόνου για άμεση χορήγηση σε περίπτωση που το παιδί εμφανίσει απότομα αναπνευστική δυσχέρεια. Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).

##### **Επείγουσες ενέργειες :**

- α) Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων από το γύρω χώρο εάν το παιδί δεν βρίσκεται στο κρεβάτι του και υπάρχει πιθανότητα να χτυπήσει.
- β) Αποφυγή περιορισμού των κινήσεων του παιδιού, διότι η προσπάθεια περιορισμού μπορεί να τις αυξήσει και σε περίπτωση σπαστικότητας είναι δυνατόν να προκληθεί κάταγμα. (Πάνου, 1994)
- γ) Χαλάρωση των ενδυμάτων γύρω από το λαιμό αν αυτά εμποδίζουν.
- δ) Διατήρηση ανοιχτών αεραγωγών με τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια θέση, ώστε να παροχεύεται ο σίελος από το στόμα του.
- ε) Τοποθέτηση μαλακού σταθερού αντικειμένου ή αεραγωγού μεταξύ των δοντιών του για αποφυγή τραυματισμού της γλώσσας και διευκόλυνση της αναπνοής σε περιπτώσεις που οι τονικοκλονικές συσπάσεις εντοπίζονται στο πρόσωπο και στη γνάθο. Ποτέ δεν επιτρέπεται τοποθέτηση αντικειμένου μεταξύ των δοντιών, αν αυτά είναι ήδη σφικτά κλεισμένα.
- στ) Τοποθέτηση μικρής διπλωμένης κουβέρτας ή μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι για αποφυγή βλάβης σε περίπτωση εμφάνισης σπασμών, όταν το παιδί δεν είναι στο κρεβάτι.
- ζ) Αποφυγή χορήγησης οτιδήποτε από το στόμα
- η) Τοποθέτηση του παιδιού στο κρεβάτι μετά τον παροξυσμό εάν δεν ήταν στο κρεβάτι.

## **2. Ακριβής παρατήρηση και καταγραφή των χαρακτηριστικών του παροξυσμού**

- α) Συμπεριφορά πριν τον παροξυσμό, αύρα,
- β) Χρόνος έναρξης-λήξης των σπασμών.
- γ) Μέρος του σώματος όπου οι σπασμοί άρχισαν, εάν επεκτάθηκαν ή παρέμεναν εντοπισμένοι και ποια η διάρκεια τους.
- δ) Θέση της κεφαλής του κορμιού και των άκρων,
- ε) Κινήσεις ματιών και μεταβολές στο μέγεθος της κόρης,
- στ) Χρώμα προσώπου και χειλιών.
- ζ) Μεταβολή στην αναπνοή.
- η) Παρουσία αφρών από το στόμα,
- θ) Βαθμός απώλειας συνείδησης κατά τη διάρκεια του παροξυσμού,
- ι) Απώλεια ούρων και κοπράνων,
- κ) Συμπεριφορά μετά τον παροξυσμό. (Πάνου, 1994)

## **3. Έλεγχος των σπασμών**

- α) Χορήγηση αντισπασμωδικών, μετά από ιατρική εντολή και παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας τους.
- β) Χορήγηση βιταμίνης C και φυλλικού οξέος στα παιδιά που παίρνουν φαινοβαρβιτάλη και/ή φαινυτοΐνη διότι οι ανεπάρκειες και των δύο είναι συνδεδεμένες με τα αντισπασμωδικά αυτά φάρμακα.
- γ) Παρακολούθηση για εμφάνιση επιπλοκών από την φαρμακευτική θεραπεία και ενημέρωση του γιατρού.

#### **4. Παρακολούθηση του παιδιού για επανεμφάνιση των σπασμών**

- α) Τοποθέτηση του παιδιού κατά τρόπο, που είναι δυνατόν να παρακολουθείται στενά.
- β) Παρακολούθηση και συχνή καταγραφή των ζωτικών σημείων και αξιολόγηση της νευρολογικής του κατάστασης.
- γ) Συχνή επισκόπηση του παιδιού και άμεση αναφορά για μεταβολές στη συμπεριφορά, όπως ερεθιστικότητα, ανησυχία, νωθρότητα.

#### **5. Μείωση του άγχους του παιδιού κατά τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο**

- α) Η θεραπευτική αξία των αντισπασμωδικών φαρμάκων εάν το παιδί έχει περισσότερο άγχος από εκείνο στο οποίο μπορεί να ανταπεξέλθει.
- β) Επεξήγηση των διαγνωστικών εξετάσεων και του θεραπευτικού σχήματος με τρόπο που θα μπορεί να τα καταλάβει. Το παιχνίδι είναι πολύ αποτελεσματικό για να εξηγηθούν ορισμένα πράγματα στα μικρά παιδιά αλλά και μέσω του παιχνιδιού το παιδί μπορεί να εκφράσει τα αισθήματά του. Το μεγαλύτερο παιδί πρέπει να ενθαρρύνεται να υποβάλλει ερωτήσεις και να μιλάει για την εμπειρία του αυτή.
- γ) Επιτρέπεται στο παιδί να έχει φυσιολογική δραστηριότητα όσο το δυνατόν.
- δ) Παραμονή κοντά στο παιδί κατά τη διάρκεια των σπασμών και ήρεμη διαβεβαίωση του ότι όλα θα πάνε καλά. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).
- ε) Βοήθεια του παιδιού να προσαρμοσθεί στην πραγματικότητα εάν δυσκολεύεται να θυμηθεί το επεισόδιο.
- στ) Μεγαλύτερα παιδιά ίσως χρειασθούν βοήθεια για να χειριστούν τα αισθήματα ενοχής και την αμηχανία που νιώθουν εξαιτίας των απωλειών τους και της αδυναμίας ελέγχου του σώματός τους.
- ζ) Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος, εάν οι σπασμοί διήρκεσαν πολλή ώρα.
- η) Εξασφάλιση κατάλληλης ψυχαγωγίας ανάλογα με την ηλικία. Τα παιχνίδια πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να μην προκληθεί βλάβη κατά τη διάρκεια των σπασμών.

## **6. Συγκινησιακή υποστήριξη των γονέων**

- α) Πλήρης περιγραφή των διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών που γίνονται στο παιδί, όπως ΗΕΓ, πνευμο-εγκεφαλογράφημα, εξετάσεις αίματος, φάρμακα.
- β) Πληροφόρηση για τη νόσο. Σημεία έμφασης:
- > Η επιληψία δεν είναι μολυσματική. Σπάνια είναι επικίνδυνη και δε σημαίνει τρέλα ή διανοητική καθυστέρηση.
  - > Τα περισσότερα παιδιά με επιληψία σπάνια εμφανίζουν σπασμούς και με τα φάρμακα μπορούν πλήρως να ελέγχουν τους παροξυσμούς τους.
  - > Το παιδί μπορεί να έχει φυσιολογική νοημοσύνη και ζήσει χρήσιμη και παραγωγική ζωή.
  - > Τα φάρμακα δεν επηρεάζουν την πνευματική ικανότητα του παιδιού ή την προσωπικότητα, ούτε το παιδί μπορεί να εθιστεί σε αυτά.
  - > Είναι αδύνατη η ακριβής πρόβλεψη της πιθανότητας εμφάνισης σπασμών στα αδέλφια του παιδιού.
- γ) Παραπομπή της οικογένειας στις κατάλληλες πηγές και υπηρεσίες της κοινότητας.
- δ) Παρατήρηση των αντιδράσεων γονέων-παιδιού για διαπίστωση απόρριψης ή υπερπροστασίας. Οι γονείς διαβεβαιώνονται και επαινούνται για τον τρόπο που χειρίζονται το πρόβλημα του παιδιού τους.
- ε) Ετοιμασία των γονέων για να επιτευχθεί το κατάλληλο θεραπευτικό αποτέλεσμα ίσως θα χρειαστούν αρκετές εβδομάδες. (Σαββοπούλου, 1996)

## **7. Διδασκαλία γονέων και παιδιού**

- α) Βοήθεια των γονέων να προγραμματίσουν τη χορήγηση του φαρμάκου σε ώρες που να διαταράσσεται η ρουτίνα της οικογενειακής ζωής όσο γίνεται λιγότερο. Η πιο κατάλληλη ώρα για χορήγηση του φαρμάκου είναι η ώρα του γεύματος ή του ύπνου. Αν και τα αντισπασμωδικά φάρμακα κυκλοφορούν στο εμπόριο σε υγρά εκχυλίσματα ή γαλακτώματα, τα δισκία προτιμούνται από τους νευρολόγους. Στα μικρά παιδιά τα δισκία της κατάλληλης δόσης συνθλίβονται και χορηγούνται ως σιρόπι, ζελέ ή άλλες εύγευστες ουσίες.
- β) Τονισμός της σπουδαιότητας της συμμόρφωσης με την αντισπασμωδική θεραπεία. Μερικές φορές είναι πολύ εύκολο να παραλειφθούν τα φάρμακα για διάφορους λόγους, ειδικά όταν το παιδί είναι ελεύθερο από σπασμούς τον περισσότερο χρόνο. Αυτό μπορεί να συμβεί, ιδιαίτερα όταν το παιδί είναι μεγάλο και αναλαμβάνει την

- ευθύνη για τη λήψη του φαρμάκου του. Η παράλειψη λήψης του φαρμάκου είναι, πιο συχνή αιτία του Status epilepticus.
- γ) Ενημέρωση των γονέων και του παιδιού για τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Αυτοί πρέπει, να γνωρίζουν τις κοινές ανεπιθύμητες ενέργειες, ώστε να αναφέρουν κάθε ασυνήθιστη εκδήλωση, που ίσως είναι ενδεικτική ανεπιθύμητης αντίδρασης. (Πάνου, 1994)
- δ) Πληροφόρηση των γονέων για την αναγκαιότητα της περιοδικής φυσικής εκτίμησης του παιδιού και των εργαστηριακών εξετάσεων, εάν το παιδί παίρνει φαινοτοΐνη, πριμηδόνη, ώστε να καθοριστούν οι πιθανές, αποκλίσεις από τα φυσιολογικά ευρήματα. Πιθανές ανεπιθύμητες επιδράσεις στο αιμοποιητικό σύστημα, το ήπαρ και το νεφρό μπορεί να εκδηλωθούν με συμπτώματα, όπως πυρετό, πονόλαιμο, διόγκωση λεμφαδένων, ίκτερο και αιμορραγικές εκδηλώσεις, όπως εύκολους μώλωπες, πετέχιες, εκχυμώσεις και επίσταξη.
- ε) Ενημέρωση των γονέων για τις πιθανές μεταβολές στη συμπεριφορά του παιδιού, καθώς οι σπασμοί ελέγχονται στα παιδιά που παίρνουν πριμηδόνη, φαινοβαρβιτάλη ή φαινοτοΐνη. Μεταβολές στην προσωπικότητα, αδιαφορία για τις σχολικές δραστηριότητες και την οικογένεια, υπερδραστηριότητα ή και ψυχωτική συμπεριφορά μπορεί μερικές φορές να παρατηρηθούν. (Σαββοπούλου, 1996)
- στ) Ενημέρωση γονέων και παιδιού σχετικά με τις επιτρεπόμενες δραστηριότητες. Ο βαθμός περιορισμού των δραστηριοτήτων είναι εξατομικευμένος για κάθε παιδί και εξαρτάται από τον τόπο, τη συχνότητα και τη βαρύτητα των παροξυσμών, την αντίδραση του παιδιού στη θεραπεία και το χρόνο που οι σπασμοί είναι υπό έλεγχο. Τα παιδιά ενθαρρύνονται να επιδίδονται σε φυσιολογικές, υγιεινές δραστηριότητες η συμμετοχή τους σε ανταγωνιστικά αθλήματα καθορίζεται σε ατομική βάση. Με την κατάλληλη ενθάρρυνση, τα παιδιά μπορούν να αποδεχθούν τους επιβαλλόμενους περιορισμούς. Τα αθλήματα επαφής, όπως ποδόσφαιρο, μπίτζμπολ ή πάλη, πρέπει να αποφεύγονται. Επίσης, δεν πρέπει να επιτρέπεται στα παιδιά να ανεβαίνουν στα δένδρα και σε μηχανήματα που μπορεί να πέσουν και να τραυματιστούν σοβαρά. Ένα καλώς ελεγχόμενο επιληπτικό παιδί μπορεί να οδηγήσει ποδήλατο ή να κολυμπά, εάν βρίσκεται κάποιος κοντά του. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).
- ζ) Αποφυγή παραγόντων που επισπεύδουν παροξυσμό. Η διατήρηση του παιδιού σε καλή φυσική κατάσταση, με ιδιαίτερη προσοχή στην κατάσταση των δοντιών του,

των ματιών το και στη πρόληψη της λοίμωξης, καθώς και η αποφυγή υπερβολικής κόπωσης, υπερυδάτωσης και υπεραερισμού, πρέπει να τονιστούν ιδιαίτερα.

- η) Ενημέρωση του σχολικού νοσηλευτή και δασκάλου για την κατάσταση του παιδιού και τη θεραπεία του, εφόσον το παιδί ενθαρρύνεται να παρακολουθεί κανονικά σχολείο, κατασκήνωση και άλλες φυσιολογικές δραστηριότητες. Αυτοί μπορούν να βοηθήσουν να εξασφαλιστεί η κανονική λήψη του φαρμάκου και να δοθεί οποιαδήποτε ειδική φροντίδα θα χρειασθεί το παιδί. Ο δάσκαλος πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με τη φροντίδα του παιδιού κατά τη διάρκεια παροξυσμού, τότε να ενεργεί με ήρεμο τρόπο, για το καλό του παιδιού και για να επηρεάσει θετικά τη στάση των συμμαθητών του.
- θ) Παροχή συμβουλών στους γονείς σχετικά με την επείγουσα φροντίδα κατά τη διάρκεια των σπασμών και παρατήρηση σημείων επερχόμενου παροξυσμού και συμπεριφοράς κατά και μετά τον παροξυσμό.
- ι) Πληροφόρηση του παιδιού για τη νόσο και τη θεραπεία. Το παιδί παροτρύνεται να υποβάλλει ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται με ειλικρίνεια.
- κ) Βοήθεια του μεγαλύτερου παιδιού και του εφήβου να αποκτήσουν την ανεξαρτησία τους. Τους παρέχεται η δυνατότητα να συζητήσουν με το γιατρό σε ιδιαίτερο χώρο, για τη διάγνωση της νόσου τους. Ενθαρρύνονται να νιώσουν υπεύθυνα για τη λήψη των φαρμάκων τους και να χρησιμοποιούν την κρίση τους στην καθημερινή τους ζωή. Επίσης τους παρέχεται βοήθεια, να θέσουν ρεαλιστικούς, εκπαιδευτικούς και επαγγελματικούς στόχους. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).

### 3.2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Η νοσηλευτική φροντίδα των παιδιών που παρουσιάζουν επιληψία δεν αποτελεί μια εύκολη υπόθεση. Χρειάζεται ειδικό χειρισμό και σωστή αντιμετώπιση. Για να μπορέσουν οι γιατροί και νοσηλευτές να περιθάλψουν καλύτερα, να βγάλουν σωστά συμπεράσματα για την μορφή της επιληψίας που έχει το κάθε περιστατικό και να δώσουν μέσα από αυτή την διαδικασία την κατάλληλη μέθοδο θεραπείας πρέπει να συλλέξουν τις απαιτούμενες πληροφορίες. Πληροφορίες σχετικά με το παιδί μπορούν να ληφθούν από το ίδιο (ανάλογα με την ηλικία), την οικογένεια και από διάφορα ιατρικά δελτία. Επίσης πληροφορίες συλλέγονται και από :

- **Ιστορικό υγείας παιδιού**



Από αυτό παίρνουν πληροφορίες σχετικά με τα παρόντα προβλήματα του παιδιού δηλαδή αν εμφανίστηκαν στο παρελθόν άλλες κρίσεις, παροξυσμοί ή άλλα ενοχλήματα πόσο διήρκεσαν και πόση η ένταση τους. Γίνονται γνωστοί οι παράγοντες που επιδεινώνουν ή μειώνουν τις παροξυσμικές φάσεις και τα διάφορα ενοχλήματα. Πληροφορούνται από τα άτομα που ήταν παρόντα κατά την διάρκεια της κρίσης την όλη γενική εικόνα του παιδιού σε αυτήν την κατάσταση. Στη συνέχεια τους ρωτούν αν το παιδί κατά τη διάρκεια των κρίσεων που είχε στο σπίτι παρουσίαζε μεταβολές στη συνείδηση, αν υπήρχε αύρα και αν εμφάνισε αταξικές κινήσεις των βολβών του και των άκρων.

Ενημερώνονται επίσης για το ατομικό του ιστορικό, δηλαδή για παρελθούσες νόσους του παιδιού είτε αυτές είναι παιδικές είτε όχι, για τυχόν τραυματισμούς (ατυχήματα), εγχειρήσεις που υπέστη, αν τυχόν παρουσιάζει αλλεργίες καθώς και τα εμβόλια που του έχουν γίνει μέχρι τώρα. . (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).

Ένα άλλο βασικό στοιχείο είναι το οικογενειακό ιστορικό. Παίρνουν πληροφορίες από τους γονείς του παιδιού για την όλη οικογενειακή τους κατάσταση, όπως την ηλικία των γονέων, που εργάζονται, αν τα έσοδα τους καλύπτουν τις βασικές τους ανάγκες, αν υπάρχουν προβλήματα στις σχέσεις της οικογένειας και τέλος αν υπήρχε ή υπάρχει στο οικογενειακό τους δένδρο κάποιο άτομο (θείος-θεία, γιαγιά-παππούς) που να παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις. Ωστόσο δεν πρέπει να αγνοηθεί και το κοινωνικό ιστορικό του παιδιού. Προσέχουν και μαζεύουν πληροφορίες για κάθε μεταβολή της συμπεριφοράς στις διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού και πως μπορεί να επηρεάσει το πρόβλημα την καθημερινή του ζωή. (Σαββοπούλου, 1996)

#### · **Ψυχική κατάσταση του παιδιού**

Ελέγχεται το επίπεδο συνείδησης και ο βαθμός αντίδρασης στα ερεθίσματα. Παρατηρούν αν έχει πλήρη αντίληψη του περιβάλλοντος, αν είναι συγχυτικό, αν παραληρεί ή είναι κωματώδες. Εξετάζουν την γενική συγκινησιακή κατάσταση και συμπεριφορά, αν δηλαδή το παιδί κατά την εισαγωγή του ήταν τεταμένο ή θλιμμένο, αν εισήλθε με ευεξία, αν ήταν συνεργάσιμο με τη θεραπευτική ομάδα ή αν παρουσίασε απρεπή συμπεριφορά.

Άξιο σημασίας είναι να προσέξουν την διανοητική λειτουργία του παιδιού, αν ανάλογα με την ηλικία του, προσανατολίζεται στο χώρο, στο χρόνο, στα πρόσωπα και αν υπάρχει η δυνατότητα υπολογισμών. Σημαντικό επίσης γεγονός είναι η υπάρχουσα ή μη μνήμη προσφάτων γεγονότων, η κρίση και ικανότητα επίλυσης απλών προβλημάτων.

Χρήσιμο είναι να ελέγχουν την διεργασία της σκέψης του παιδιού, αν δηλαδή παρουσιάζει ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις ή έμμονες ιδέες. Επίσης ελέγχουν την αισθητική λειτουργία του παιδιού, την ικανότητα αναγνώρισης των διαφόρων ερεθισμάτων. Σημαντική είναι και η ικανότητα αναγνώρισης μερών του σώματός του. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στην εξέταση είναι η κινητική λειτουργία, αν δηλαδή υπάρχει η ικανότητα να πραγματοποιήσει με επιτυχία πράξεις που χρειάζονται δεξιοτεχνία, όταν δεν υπάρχει παράλυση και όταν η ηλικία το επιτρέπει.

Εξετάζουν επίσης την ομιλία. Η εξέτασή της αποτελείται από την εξέταση της ακουστικής αντίληψης, της ικανότητας δηλαδή του παιδιού να αναγνωρίζει, να διατηρεί και να κατανοεί αυτό που ακούει, από την ακουστική έκφραση, της ικανότητας να μιλά και να εκφράζει τις διεργασίες της σκέψης του με λόγια. Βασικό μέρος της εξέτασης αποτελεί και η διαπίστωση ύπαρξης οπτικής αντίληψης, δηλαδή η ικανότητα να αναγνωρίζει, να διατηρεί και να κατανοεί το γραπτό λόγο, αν βέβαια η ηλικία το επιτρέπει. Κάτι που επίσης προσέχουν είναι η γραπτή έκφραση, η έκφραση δηλαδή των σκέψεων γραπτά, όταν δεν υπάρχουν κινητικές διαταραχές. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007)

### **3.2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Πολυάριθμες διαγνωστικές εξετάσεις και δοκιμασίες γίνονται, μετά τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση του αρρώστου, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ή να μελετηθεί περισσότερο ένα νευρολογικό πρόβλημα.

Οι ρόλοι του νοσηλευτή σ' αυτές είναι:

1. Να ετοιμάσει τον άρρωστο και την οικογένεια του με διδασκαλία και ενθάρρυνση πριν από τις εξετάσεις.
2. Να συνοδέψει και ενθαρρύνει τον άρρωστο κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας.
3. Να βοηθήσει το γιατρό κατά τη διάρκεια της εξέτασης.
4. Να κάνει συχνές και προσεκτικές παρατηρήσεις της κατάστασης του αρρώστου μετά την εξέταση.

Κατά την προετοιμασία και την διάρκεια της εξέτασης του Ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος, ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

- Η ενημέρωση του παιδιού και της οικογένειας με λόγια κατανοητά για το σκοπό του ΗΕΓραφήματος, τη διάρκεια, και τον τρόπο με τον οποίο θα εκτελεστεί.

- Η ενθάρρυνση του αρρώστου για τους φόβους που μπορεί να έχει πριν από την εξέταση καθώς επίσης και της οικογένειας του.
- Ο καθαρισμός της κεφαλής για να τοποθετηθούν τα ειδικά ηλεκτρόδια.
- Η χορήγηση κατευναστικού φαρμάκου (σε ορισμένες περιπτώσεις) κατόπιν οδηγίας από το θεράποντα ιατρό. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).
- Η τοποθέτηση του παιδιού κατά την λήψη του ΗΕΓ σε αναπαυτική θέση σε ειδική καρέκλα ή να είναι ξαπλωμένο στο κρεβάτι για 20 λεπτά.

Η αξονική τομογραφία όπως και η μαγνητική, επιτυγχάνει λήψεις ακτινογραφιών σε πολύ μικρά τμήματα του εγκεφάλου. Δεν υπάρχει κάποια ιδιαίτερη δυσκολία στην διεξαγωγή της εξέτασης αυτής αλλά και εδώ ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για ορισμένες ενέργειες που είναι:

- Η ενημέρωση του παιδιού και των γονέων για το είδος, τον τρόπο και τη διάρκεια της εξέτασης.
- Η ενθάρρυνση του παιδιού, για τους φόβους που μπορεί να έχει πριν από την εξέταση, καθώς επίσης και της οικογένειας του.
- Το να κάνει κάποιες συστάσεις τόσο στο παιδί όσο και την οικογένεια, όπως το ότι πρέπει να μείνει νηστικό πριν από την εξέταση.
- Η συνοδεία του παιδιού στην αίθουσα που θα γίνει η εξέταση και το να είναι κοντά του σ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας.
- Μετά την εξέταση, η παρακολούθηση του παιδιού για τυχόν εμφάνιση αναφυλακτικών αντιδράσεων ή παρενέργειες από το σκιαγραφικό. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).

### **3.2.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΚΑΛΕΙΤΑΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Τόσο ο γιατρός όσο και ο νοσηλευτής της νευρολογικής μονάδας πρέπει να γνωρίζουν τα πάντα για το άρρωστο παιδί και το περιβάλλον του. Έτσι θα πρέπει να μαζέψουν μέσα από διάφορες ερωτήσεις, πληροφορίες που είναι απαραίτητες για να έχουν πλήρη εικόνα της κατάστασης που αντιμετωπίζουν. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο γιατί τα άτομα που συνοδεύουν το παιδί βρίσκονται σε σύγχυση και δεν αντιδρούν καλά. Στην κατάσταση που βρίσκονται είναι πιθανόν να παραποιήσουν τα

πράγματα. Οι ερωτήσεις και οι υποθέσεις που κάνουν για να βγάλουν συμπεράσματα συνήθως είναι:

1. Πώς είναι οι σχέσεις του παιδιού με τους γονείς; Και αν από πρώτη όψη οι γονείς δε φαίνεται να έχουν προβλήματα, ο νοσηλευτής και ο γιατρός δεν πρέπει να εφησυχάζουν αλλά να αναζητούν. Στον ψυχολόγο και παιδοψυχίατρο δεν θα πάνε όλα τα παιδιά. Βασικές συμβουλές θα δίδονται μαζί με τα φάρμακα από τον νοσηλευτή.
2. Ποιες είναι οι αντιδράσεις των γονέων στη διάγνωση; Οι γονείς αντιδρούν με άγχος. Συχνά αναπτύσσουν αισθήματα ενοχής. Πολλές φορές επίσης διαταράσσονται οι σχέσεις μεταξύ των γονέων.
3. Πόσο συνεργάζονται οι γονείς με το γιατρό; Όσο η νόσος ελέγχεται, συνήθως η συνεργασία είναι καλή. Απλοϊκοί γονείς μπορεί να μην παραδέχονται τη διάγνωση, αλλά να αποδίδουν τις κρίσεις του παιδιού σε διάφορα αίτια. Στις περιπτώσεις αυτές παραβλέπουν τη θεραπεία. Άλλοτε πάλι, αρχικά αναπτύσσουν αισθήματα ενοχής. Αργότερα, προβάλλοντας ένα είδος άμυνας, αποδίδουν την αιτία στο περιβάλλον. Έτσι, ο μαιευτήρας, ο παιδίατρος, θεωρούνται σαν υπαίτιοι της νόσου, με αφορμή κάποιο λάθος που τους καταλογίζεται (π.χ. λάθος στη γέννα, μεγάλη δόση εμβολίου). Ακόμα κι ο γιατρός που θεραπεύει την επιληψία, μπορεί να είναι αυτός που προκάλεσε την κατάσταση με τα φάρμακα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, οι γονείς αναζητούν συχνά θεραπευτική βοήθεια από εξωιατρικές πηγές. (Σαββοπούλου, 1996)
4. Πόσο συνεργάζονται οι γονείς με τον Νοσηλευτή; Η συνεργασία τους είναι αρκετά καλή, εφόσον ο Νοσηλευτής βρίσκεται όλο το 24ωρο κοντά τους δείχνοντας το συνεχές ενδιαφέρον του και τη μεγάλη προθυμία του.
5. Πόσο προστατεύουν οι γονείς το παιδί που έχει επιληπτικές κρίσεις; Συχνά παρατηρείται υπερπροστασία. Υπάρχουν γονείς που προσέχουν το παιδί συνέχεια. Αναπτύσσεται έτσι μια έντονη προσκόλληση γονέων-παιδιών. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, που οι γονείς αντιδρούν με επιθετικότητα-απορρίπτουν το παιδί. Γονείς μορφωμένοι και με έντονη ενεργητικότητα, μπορεί να παραμελήσουν τη θεραπεία.
6. Ποιες οι σχέσεις του άρρωστου παιδιού με τα αδέρφια του; Με τα υγιή αδέρφια υπάρχουν συχνά προβλήματα. Αυτά είναι τόσο πιο έντονα, όσο η αρρώστια του παιδιού είναι βαρύτερη. Όμως και στις περιπτώσεις που η κατάσταση του παιδιού ελέγχεται πλήρως θεραπευτικά, η προσκόλληση των γονέων σ' αυτό, μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις από τα αδέρφια. . (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).

7. Πότε διαταράσσονται περισσότερο οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιού με αφορμή τις κρίσεις και που οφείλεται αυτό; Όσο πιο βαριά είναι η περίπτωση, τόσο οι αντιδράσεις των γονέων είναι πιο έντονες. Έχει βρεθεί, πως κυρίως οι αντιδράσεις των γονέων, είναι αυτές που κάνουν το πρόβλημα της συμπεριφοράς του παιδιού ακόμα πιο έντονο.

8. Τι αντιμετωπίζει το παιδί στο σχολείο; Μια προκατάληψη εναντίον της νόσου, κυρίως από δασκάλους και γονείς άλλων παιδιών. Τα άλλα παιδιά, τα ίδια δε σοκάρονται και μπορούν να δείξουν κατανόηση. Μπορεί να εκδηλωθούν φόβοι για «μεταδοτικότητα» ή για ευθύνη από το δάσκαλο. Με μια καλή συνεργασία με το δάσκαλο, μπορούν να ξεπεραστούν οι δυσκολίες αυτές.

9. Τι θα εξηγήσουν στο παιδί για την αρρώστια του; Κυρίως στην ήβη, αλλά καμιά φορά και νωρίτερα, το παιδί προβληματίζεται. Μπορεί να μην το εκφράζει. Όσο καλύτερες είναι οι σχέσεις του με τους γονείς, τόσο ευκολότερα μπορεί να δοθούν εξηγήσεις στο παιδί. Αυτές πρέπει να είναι όσο το δυνατό πιο ρεαλιστικές, ανάλογα πάντα και με την ηλικία του παιδιού. Όσο πιο «φυσιολογικά» και ρεαλιστικά έχουν δεχθεί οι γονείς τη διάγνωση, τόσο πιο εύκολο είναι να συζητήσουν με το παιδί. Θα του εξηγήσουν ότι χρειάζεται για ένα διάστημα θεραπεία, αλλά ότι θα μπορέσει να ζήσει όπως και οι άλλοι (να σπουδάσει, να κάνει οικογένεια κ.λ.π.). Τα παιδιά είναι αρκετά έξυπνα. Καταλαβαίνουν πως υπάρχει διαφορά με τα άλλα παιδιά. Προσπαθούν να μάθουν τι φάρμακο παίρνουν. Μπορεί να ρωτήσουν το γιατρό όταν πηγαίνουν για έλεγχο. Εάν πάθουν κρίση που προκάλεσε αντιδράσεις στο περιβάλλον, μπορεί να αντιδράσουν κι αυτά δυσάρεστα, εάν δεν είχαν δεχθεί το πρόβλημα τους. Σ' αυτές τις καταστάσεις, όπως και σε κάθε άλλη, που αντιληφθεί ο γιατρός πως το παιδί υποφέρει, πρέπει να ελέγξει τις σχέσεις του με τους γονείς. Εάν το παιδί δεν είχε επισκεφθεί μαζί με τους γονείς ψυχολόγο θα πρέπει γίνει κι αυτό τώρα. Οι γονείς, πρέπει να συμβάλλουν ώστε να ρυθμιστούν οι σχέσεις τους με το παιδί, για να βοηθηθεί αυτό.

Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει και άλλα προβλήματα, γιατί μπορεί κατά την διάρκεια της παραμονής του παιδιού στην μονάδα να είναι παρών σε ένα ακόμα επιληπτικό επεισόδιο και να χρειαστεί να συγκρατήσει το παιδί και αυτό να μην είναι εύκολο, λόγω ίσως ενδεχόμενης αρνητικής αντίδρασής του, όσο και να δείξει στους γονείς το πώς πρέπει να φερθούν και οι ίδιοι σε τυχόν ανάλογη περίπτωση. Συχνά είναι αυτός που επωμίζεται το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης ως προς την ενημέρωση των οικείων του παιδιού, όπως επίσης αυτός είναι που ακούει τα παράπονα του ασθενή ή του

περιβάλλοντος του, γιατί είναι το πρόσωπο που βλέπουν περισσότερο και αναπτύσσουν άλλου είδους σχέση, από ότι με τον ιατρό. (Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου 2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **4.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α΄**

##### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

**Όνομα:** Κ.Λ.

**Φύλο:** Άρρεν

**Ηλικία:** 6 ετών

**Τόπος διαμονής:** Πάτρα

**Αίτια εισαγωγής:** Εστιακές επιληπτικές κρίσεις

##### **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Οι γονείς του παιδιού έχουν καταγωγή από την Ρουμανία. Ο πατέρας του παιδιού εργάζεται σε εργοστάσιο και η μητέρα σε κατάσταση μαζικής εστίασης στην κουζίνα κυρίως τις βραδινές ώρες. Ο ασθενής έχει έναν αδελφό ο οποίος είναι δύο χρόνια μεγαλύτερος και ο οποίος δεν έχει παρουσιάσει συμπτώματα επιληψίας. Στο σπίτι αντιμετωπίζουν προβλήματα οικονομικής φύσεως και γι αυτό το λόγο τα παιδιά για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα όταν ήταν μικρότερα είχαν μείνει στη Ρουμανία με τη γιαγιά τους.

##### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Δεν υπάρχουν στοιχεία κληρονομικότητας ενώ παράλληλα ο τοκετός της μητέρας του ασθενούς ήταν εύκολος. Ο ασθενής παρουσίασε την πρώτη επιληπτική κρίση πριν από τρία χρόνια ενώ βρισκόταν στη Ρουμανία με τη γιαγιά του. Γύρω στις 23:00 το βράδυ που το παιδί είχε πάει για ύπνο και ενώ η γιαγιά πήγε να ελέγξει πως είναι το παιδί παρατήρησε το παιδί να κουνάει το αριστερό άνω και κάτω άκρο και να ανοιγοκλείνει τον αριστερό οφθαλμό. Η κρίση αυτή είχε διάρκεια 2 λεπτά. Η γιαγιά ενημέρωσε τους γονείς οι οποίοι εσπευσμένα πήγαν Ρουμανία και έφεραν το παιδί τους στην Ελλάδα για να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες εξετάσεις. Ο ασθενής υπεβλήθη σε Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα όπου διεγνώσθη από το νευρολόγο με επιληψία. Λόγω της μη ορθής λήψης φαρμακευτικής αγωγής με ευθύνη της μητέρας

το παιδί συνέχιζε να παρουσιάζει επιληπτικές κρίσεις τουλάχιστον μια φορά το μήνα. Με την τελευταία κρίση που έπιασε το παιδί κατά τη διάρκεια της νύχτας η οποία είχε διάρκεια πάνω από 2 λεπτά η μητέρα του ασθενούς έτρεξε εσπευσμένα στο Τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου όπου το παιδί εισήχθη στην νευρολογική κλινική.

## **ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Το παιδί παρέμεινε στη νευρολογική κλινική για μια εβδομάδα όπου και υπεβλήθη σε Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα το οποίο κατέδειξε Εστιακή δυσρυθμία (αριστερά). Παράλληλα πραγματοποιήθηκαν και οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο το παιδί λαμβάνει καρβαμαζεπίνη (Tegretol) 100mg την ημέρα. Το παιδί όσο παρέμεινε στην κλινική δεν παρουσίασε κάποια επιληπτική κρίση. Ωστόσο όμως δεν ήταν εύκολη η συνεργασία μαζί του καθώς ήταν αρνητικός στην υποβολή των εξετάσεων και στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Παράλληλα αισθανόταν φόβο και άγχος για τη επανάληψη κάποιας κρίσης. Το παιδί είχε την απαραίτητη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα για την επίλυση των προβλημάτων.



Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Δυσκολία του ασθενούς να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό περιβάλλον	Δημιουργία αισθήματος ασφάλειας στον ασθενή και προσπάθεια συνεργασίας μαζί του προκειμένου να έχει ομαλή νοσηλεία	<p>Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας στον ασθενή</p> <p>Συζήτηση με τον ασθενή και εξήγηση των λόγων για τους οποίους έχει πραγματοποιηθεί η εισαγωγή του στο νοσοκομείο</p> <p>Ύπαρξη συναναστροφής του παιδιού με άλλα παιδιά στην κλινική</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε ξενάγηση του ασθενούς στο χώρο της κλινικής προκειμένου να αισθανθεί ασφάλεια.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε πολύωρη συζήτηση με ηρεμία και αγάπη με τον ασθενή σχετικά με την ασθένεια του και τον λόγο που έχει εισαχθεί.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε βόλτα στους υπόλοιπους θαλάμους προκειμένου το παιδί να γνωρίσει και άλλα παιδιά και να παίξει μαζί τους.</p>	Το παιδί παρουσίασε σημαντικά σημάδια βελτίωσης όσον αφορά την προσαρμογή του στο χώρο του νοσοκομείου και έγινε πιο φιλικό από την στιγμή που γνώρισε και άλλα παιδιά.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Μη συνεργατικότητα του ασθενούς στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής	Να πραγματοποιηθεί η καλύτερη συνεργασία με τον ασθενή προκειμένου να λάβει τη φαρμακευτική αγωγή	Συζήτηση με τον ασθενή για το λόγο που θα πρέπει να λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή του και το πόσο σημαντική είναι.	Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με τον ασθενή όπου εξηγήθηκαν οι λόγοι για τους οποίους το παιδί θα πρέπει να παίρνει τη φαρμακευτική αγωγή του και το πόσο σημαντική είναι για την εξάλειψη των κρίσεων.	Ο ασθενής μετά από τη συζήτηση που πραγματοποίησε με το νοσηλευτή έγινε πιο συνεργατικός και έλαβε κανονικά τη φαρμακευτική αγωγή του.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Άγχος και φόβος του ασθενούς για την εμφάνιση επιληπτικής κρίσης	Εξάλειψη του άγχους και του φόβου του ασθενούς	<p>Συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να μην υπάρχουν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</p>	<p>Ο νοσηλευτής πραγματοποίησε συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να εκφράσει τα συναισθήματα του.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση της νόσου του και ενθάρρυνση να την αντιμετωπίσει.</p> <p>Το παιδί καθησυχάστηκε ότι με τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής θα έχει ομαλή και φυσιολογική ζωή.</p>	<p>Ο ασθενής μέσα από τη συζήτηση κατανόησε τη φύση της νόσου του και έγινε πιο ήρεμο ενώ παράλληλα τα δυσάρεστα συναισθήματα εξαλείφθηκαν</p>

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ανησυχία των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους.	Εξάλειψη της ανησυχίας των γονέων και δημιουργία καθησυχαστικού κλίματος.	<p>Ψυχολογική υποστήριξη των γονέων</p> <p>Ενημέρωση των γονέων για τη φύση της ασθένειας</p> <p>Εκπαίδευση των γονέων για τον τρόπο με τον οποίο θα αντιμετωπίζουν το παιδί τους</p>	<p>Συζήτηση με τους γονείς με σκοπό την ενθάρρυνση τους να αντιμετωπίσουν με ηρεμία και με ψυχραιμία την κατάσταση.</p> <p>Οι γονείς ενημερώθηκαν για τη φύση της ασθένειας του παιδιού τους και για την πορεία του</p> <p>Οι γονείς εκπαιδεύτηκαν ώστε να αντιμετωπίζουν το παιδί τους φυσιολογικά, να μην το αγχώνουν, να του μιλάνε ήρεμα, να συζητάνε μαζί του και να το καθησυχάζουν όταν παρουσιάζει φοβάται</p>	Η ανησυχία των γονέων μειώθηκε και οι γονείς μέσα από τη συζήτηση που πραγματοποιήθηκε καθησυχάστηκαν.

## 4.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β΄

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

**Όνομα:** Δ.Ε

**Φύλο:** Θήλυ

**Ηλικία:** 4 ετών

**Τόπος διαμονής:** Πάτρα

**Αίτια εισαγωγής:** Παιδική αφαιρετική επιληψία

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Οι γονείς του παιδιού είναι και οι δύο εργαζόμενοι. Το παιδί δεν έχει άλλα αδέρφια. Δεν υπάρχει ιστορικό κληρονομικότητας ενώ παράλληλα η οικογένεια δεν αντιμετωπίζει προβλήματα.

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η ασθενής παρουσίασε την πρώτη επιληπτική κρίση μια εβδομάδα πριν την εισαγωγή του στην κλινική η οποία διήρκεσε 10 με 15 δευτερόλεπτα το οποίο επεισόδιο είχε τα εξής συμπτώματα: απώλεια της συνείδησης και στροφή των βολβών προς τα πάνω. Μετά από κάποιες μέρες παρουσιάστηκε ξανά επιληπτική κρίση και πριν την εισαγωγή του στο νοσοκομείο είχε εμφανίσει τρεις επιληπτικές κρίσεις σε μία ημέρα.

### ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Το παιδί εισήχθη στη νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ρίου όπου και πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις προκειμένου να εξακριβωθεί ο λόγος που εμφανίζει αυτές τις κρίσεις. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα κατέδειξε τυπικές γενικευμένες εκφορτίσεις. Η διάγνωση του θεράπων ιατρού ήταν παιδική αφαιρετική επιληψία. Σκοπός της νοσηλείας του ασθενούς ήταν να εξακριβωθούν τα αίτια και να αντιμετωπιστούν με το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα οι επιληπτικές κρίσεις. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής παρέμεινε σε γενικές γραμμές σταθερός.

Παρουσίασε δύο επιληπτικές κρίσεις τις πρωινές ώρες ενώ παράλληλα χορηγήθηκε βαλπροϊκό νάτριο (Depakine) 300mg την ημέρα.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ο ασθενής παρουσίασε κεφαλαλγία	Εξάλειψη του συμπτώματος  Ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο	Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής  Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος	Χορηγήθηκε παρακεταμόλη 1tab στον ασθενή κατόπιν ιατρικής οδηγίας  Διατήρηση χαμηλού φωτισμού στο θάλαμο Ενημέρωση των γονέων και επισκεπτών να μιλούν χαμηλόφωνα  Εξασφάλιση αρκετών ωρών ήσυχου ύπνου	Το αίσθημα του πόνου μειώθηκε και ο ασθενής ανακουφίστηκε από τον πόνο.

Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Εκδήλωση επιληπτικής κρίσης	Απαλοιφή ενδεχομένου πρόκλησης σωματικής βλάβης του παιδιού	<p>Συνεχής παρακολούθηση του παιδιού</p> <p>Παραμονή με το παιδί</p> <p>Καταγραφή και εκτίμηση της κατάστασης του</p> <p>Πρόληψη σωματικής βλάβης του παιδιού</p>	<p>Το παιδί παρακολουθήθηκε σε όλη τη διάρκεια της κρίσης και ο νοσηλευτής παρέμεινε εκεί ψύχραιμος και ήρεμος μέχρι να τελειώσει η κρίση</p> <p>Απομακρύνθηκαν τα επικίνδυνα αντικείμενα γύρω από τον ασθενή</p> <p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε στη σωστή στάση δηλαδή στα πλάγια ώστε να παραμείνουν οι αεραγωγοί ανοιχτοί και να αποφευχθεί το ενδεχόμενο του πνιγμού</p>	Το παιδί επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα χωρίς να έχει προκληθεί βλάβη.



Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αίσθημα κατάθλιψης του ασθενούς μετά την εμφάνιση επιληπτικής κρίσης	Εξάλειψη του συμπτώματος	<p>Συζήτηση με τον ασθενή προκειμένου να εκφράσει τα συναισθήματα του</p> <p>Τόνωση του ηθικού του ασθενούς</p> <p>Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς</p>	<p>Πολύωρη συζήτηση με τον ασθενή ο οποίος εκδηλώθηκε και εξέφρασε τις ανησυχίες του.</p> <p>Ενημέρωση του ασθενούς για τη φύση της νόσου και τόνωση του ηθικού του.</p> <p>Συζήτηση με το παιδί για τη φύση της ασθένειας του και ενημέρωση του για την απλοϊκότητα των σπασμών και για το γεγονός ότι με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής δεν χρειάζεται να ανησυχεί.</p>	Ο ασθενής ένιωσε καλύτερα και τα δυσάρεστα συναισθήματα μειώθηκαν σε πολύ σημαντικό βαθμό.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιληψία αποτελεί μια ασθένεια η οποία έχει πολλές αιτιολογίες. Οι καταστάσεις οι οποίες μπορούν να παρουσιάσουν κάποια επιληπτική κρίση είναι μια βλάβη στον εγκέφαλο από τραύμα, η αιμορραγία, μια λοίμωξη όπως είναι η μηνιγγίτιδα ή κάποια άλλη ασθένεια. Ο ορισμός της επιληψίας παρουσιάστηκε για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη. Στο έργο του «Περί ιερής νόσου» αναφέρει ότι η ιερά νόσος, ένδειξη της οργής των θεών, είναι μία διαταραχή, αίτιος της οποίας είναι ο εγκέφαλος.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), μέχρι 50 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ποσοστό που αντιστοιχεί στη συχνότητα τουλάχιστον 50 ανά 100.000 του γενικού πληθυσμού, θα εμφανίσουν επιληψία σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι μέχρι το 5% του πληθυσμού θα παρουσιάσει τουλάχιστον μία επιληπτική κρίση κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Η επιληψία αποτελεί κοινό πρόβλημα της παιδικής ηλικίας. Με τον όρο επιληψία κλινικά ως σήμερα ήταν οι υποτροπιάζοντες απρόκλητους σπασμούς. Επιληπτικοί σπασμοί είναι η παροδική εμφάνιση σημείων ή και συμπτωμάτων λόγω ανώμαλης υπερβολικής ή σύγχρονης νευρωνικής δραστηριότητας στον εγκέφαλο.

Στην παιδική επιληψία τα διαθέσιμα διαγνωστικά μέσα για την διαγνωστική προσέγγιση της επιληψίας ή άλλων μη επιληπτικών παροξυσμικών διαταραχών στα βρέφη και παιδιά περιλαμβάνουν το ιστορικό, την κλινική αντικειμενική εξέταση, τον βιοχημικό εργαστηριακό έλεγχο, τον καρδιολογικό έλεγχο, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) και τον νευροαπεικονιστικό έλεγχο του εγκεφάλου.

Το παιδί μπορεί να παρουσιάζει κάποια προβλήματα στο σχολικό του περιβάλλον κυρίως ψυχολογικής φύσεως. Το παιδί έχει το άγχος και το φόβο μην παρουσιάσει κάποια επιληπτική κρίση στο σχολείο. Γι αυτό το λόγο θα πρέπει να αντιμετωπίζονται οι φόβοι του. Η μη έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των φόβων μπορεί να οδηγήσει σε αποφευκτική συμπεριφορά, σε απομόνωση και σε αυτοαπορριπτική ή αυτοκαταστροφική στάση (π.χ. παραίτηση από αγαπημένες δραστηριότητες, αποθάρρυνση, μη τήρηση του πλαισίου ρύθμισης, κ.λπ.).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι υψίστης σημασίας. Οι σκοποί της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι μια σειρά ενεργειών- παρατηρήσεων προκειμένου να εφαρμοστούν από τους νοσηλευτές που θα αναλάβουν την φροντίδα των ανηλίκων επιληπτικών.

Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής θα πρέπει να προστατεύει το παιδί ώστε να μην τραυματιστεί αν παρουσιάσει κάποια επιληπτική κρίση. Επίσης θα πρέπει να καταγράφει και να πραγματοποιεί εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού. Θα πρέπει να είναι ήρεμος και ψύχραιμος κατά τη διάρκεια μιας επιληπτικής κρίσης. Θα πρέπει να μειώνει το άγχος του παιδιού και να το καθησυχάζει ενώ παράλληλα θα πρέπει να υποστηρίζει τους γονείς και να τους εκπαιδεύει ώστε να αντιμετωπίσουν την κατάσταση του παιδιού τους με ψυχραιμία και χωρίς να αγχώνονται.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

Arts WFM, Geerts AT, Brouwer OF, et al. The early prognosis of epilepsy in childhood: the prediction of a poor Outcome. The Dutch Study of Epilepsy in Childhood. *Epilepsia* 1999,40(6): 726-734

Avanzini G et al, “ILAE Classification of Epilepsies: Its Applicability and Practical Value of Different Diagnostic Categories”, *Epilepsia*, 1996, 37(11):1051-1059.

Beghi E, Berg A, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Hauser WA, Malmgren K, Shinnar S, Temkin N, Thurman D, Tomson T. Comment on epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*. 2005;46:1698-9.

Bulteau C, Jambasque I, Vinuier D et al (2000). “Epileptic syndromes cognitive assessment and school placement: a study of 251 children” *Developmental Medicine Child Neurology*, 42: 319-327

Cockerell CO, (1996). Shorvon Sd, “Epilepsy - Current Concepts” *Current Medical Literature*.

Ettinger AB, Weisbrot DM, Nolan EE, Gradow KD, Vitale S.A. Andriola MR, Lenn NJ, Novak GP, Hermann BP Symptoms of Depression and Anxiety in Pediatric Epilepsy Patients, *Epilepsia*, 39: 595-599, 1998.

Geerts A, Arts WF, Stroink H, et al. Course and prognosis of childhood epilepsy : a 15-year follow-up of the Dutch study of epilepsy in childhood. *Epilepsia* 2010,51(7): 1189–1197

Harrington, R. Affective Disorder In: M Rutter and E Taylor (eds). *Child and Adolescent Psychiatry* 4th Edition. Blackwell Publishing, 463-485, 2002.

Hesdorffer DC, Logroscino G. Methods in prognosis studies In: *Prognosis of epilepsies* by Jallon P, Berg A, Dulac O, Hauser A, John Libbey Eurotext, Paris, 2003: 3-11

Kumlien E, Ben-Menachem E. Epilepsy. Incitament, Supplement Neurologi, p 21-23,2004

Mullen, J. & Asher, L. (2007). Implementation of a nursing professional practice model of care in a pediatric hospital. *Pediatric Nursing*, 33 (6), 499-504.

Nowack W.J. Psychiatric disorders associated with epilepsy. *E Medicine Specialities/Neurology/Seizures and epilepsy* 2006:1-7.

Shah KN and others, (1981), (1989), (1992). "Experience with International League Against Epilepsy Classifications of Epileptic Seizures and Epilepsies and Epileptic Syndrome in epileptic children in a developing country", *Epilepsia*, 33(6):1072-1077.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Ζηλίκης Ν., Αμπατζόγλου Γ., Καταθλιπτικές διεργασίες και ψυχοπαθολογία στην εφηβεία, στο Η Νευρολογία προ της τρίτης χιλιετίας, Θεσσαλονίκη, Α΄ Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, 404-415, 2001.

Μπαλλής Θ, (1998). «Επιληψίες», κεφάλαιο 38 του βιβλίου «Νευρολογία», Ι. Λογοθέτη, University Studio Press.

Πάνου Μ. (1994), Παιδιατρική Νοσηλευτική, έκδοση 1η, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Παντελιάδης Χ. Π. (2004), "Επιληψίες Επιληπτικά Σύνδρομα", 4η έκδοση, Εκδόσεις: Γιαχουδη. Θεσσαλονίκη

Σαββοπούλου Γ. (1996), Βασική Νοσηλευτική,, εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση, Α. & Πάνου, Μ. (2007). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική: νοσηλευτικές διαδικασίες. 2η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

## **ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

Παύλου Ε., Γκαμπέτα Α. (2012). Κλινική και διαγνωστική προσπέλαση Επιληπτικών και μη Επιληπτικών παροξυσμικών επεισοδίων στα παιδιά. Ελληνική Νευρολογική Εταιρεία.

Διαθέσιμο στο [http://www.jneurology.gr/en/images/pdf\\_2\\_2012/6-10.pdf](http://www.jneurology.gr/en/images/pdf_2_2012/6-10.pdf)

(Τελευταία προσπέλαση 18/08/16)

Σταματοπούλου Ε., Σταματοπούλου Α., Πρεκατές Α. (2012). Επιληψία-Σκοποί Φροντίδας & Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις σε Επιληπτικό Επεισόδιο. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Διαθέσιμο στο

[http://journal-ene.gr/wp-](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/epilipsia_skoroi_frontidas_nosileftikis_paremvasis.pdf)

[content/uploads/2012/01/epilipsia\\_skoroi\\_frontidas\\_nosileftikis\\_paremvasis.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/epilipsia_skoroi_frontidas_nosileftikis_paremvasis.pdf)

(Τελευταία προσπέλαση 20/08/2016)

Ελληνική Εθνική Ένωση κατά της Επιληψίας, 2016

Διαθέσιμο στο <http://www.epilepsy-greece.gr/epilepsy.asp?id1=1>

(Τελευταία προσπέλαση 25/08/2016)

Τα είδη των επιληπτικών κρίσεων, 2008

Διαθέσιμο στο

[http://iatreion.gr/newsdesk\\_info.php?newsPath=42&newsdesk\\_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61](http://iatreion.gr/newsdesk_info.php?newsPath=42&newsdesk_id=391&osCsid=21423d65c8de52a04e253b9cc176de61)

(Τελευταία προσπέλαση 01/09/2016)

Κουρτόπουλος Χ. (2010). Επιληψία: Νέα διαγνωστικά και θεραπευτικά όπλα. Περιοδικό HelMedica.

Διαθέσιμο στο

<http://www.helmedica.gr/items-pdf/items-5-6.pdf>

(Τελευταία προσπέλαση 05/09/2016)

Παιδική και εφηβική επιληψία, 2013

Διαθέσιμο στο

<http://e-simvouleutiki.blogspot.gr/2013/10/4.html>

(Τελευταία προσπέλαση 15/09/2016)

Schachter S. C., Shafer P.O., Sirven J. I. (2013). Epilepsy statistics. Epilepsy foundation.

Διαθέσιμο στο

<http://www.epilepsy.com/>

(Τελευταία προσπέλαση 30/09/2016)