

Σπασμοί στην παιδική ηλικία Επείγουσα νοσηλευτική αντιμετώπιση

Κωνσταντίνος Τσουμάκας

*Επίκουρος Καθηγητής Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Βασιλική Μάτζιου

*Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Η άμεση και σωστή αντιμετώπιση των σπασμών στην παιδική ηλικία είναι απόλυτα αναγκαία, ώστε να αποφευχθούν οι νευρολογικές βλάβες και ενδεχομένως ο θάνατος. Η επιλογή του κατάλληλου αντισπασμωδικού εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα, την εύκολη και ασφαλή χορήγησή του, καθώς και από την πιθανή τοξικότητά του. Προτιμάται η ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων, γιατί έτσι εισέρχονται σε ικανοποιητικά επίπεδα στον εγκέφαλο. Η ενδαρτηριακή έγχυση αντενδείκνυται. Στα παιδιά που είναι δύσκολο να γίνει φλεβοκέντηση, συνιστάται η χορήγηση βενζοδιαζεπινών από το ορθό. Τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, όταν χορηγούνται σε υψηλές δόσεις, προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ τα υπνωτικά δεν έχουν θέση στην αντιμετώπιση των σπασμών. Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει την αντιμετώπιση των σπασμών, όπως και τον τρόπο χορήγησης, τη δοσολογία και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων. Οι γενικές οδηγίες σε περίπτωση αντιμετώπισης επεισοδίου σπασμών συνίστανται στη διατήρηση της ψυχραιμίας, στην παρακολούθηση της συμπεριφοράς του παιδιού, στην απομάκρυνση αντικειμένων που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό, στην τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια ή ημιπρηνή θέση για να διατηρηθούν ανοικτοί οι αεροφόροι οδοί και να αποφευχθεί η πνιγμονή, στον καθαρισμό του στό-

Spasm in childhood Emergency nursing management

Constantinos Tsoumakas

*MD, Assistant Professor of the Faculty of Nursing, Faculty of Nursing,
University of Athens, Athens, Greece*

Vasiliki Matziou

*MD, Assistant Professor of the Faculty of Nursing, Faculty of Nursing,
University of Athens, Athens, Greece*

Faculty of Nursing, University of Athens

ABSTRACT The immediate and proper management of spasmodic crisis in childhood is absolutely necessary in order to prevent neurological damages, even death. The choice of the proper anti-spasmodic medication depends from the effectiveness, the easiness, the safety of administering medication and the possible toxicity that they can cause. The use of intravenous administration of medicines is preferable because in this way the medication can get into the cerebrum in satisfactory levels. The endoarterial injection is not recommended. In children that it's difficult to provide intravenous administration of medicines the use of benzodiazepin by rectal is advisable. The antiepileptic medications which are given in high doses can cause undesirable effects, while sleeping pills cant manage spasmodic crisis. Nurses should be informed about the treatment of a spasm seizure about the right dose and the details of the administration antiepileptic medications. The general instructions, in case of a spasm seizure, include calmness, observation of the child's behavior, removal of the objects that can cause injury, move the child sidelong or in hemi-prone state in order to keep the airways open and to avoid asphyxiation, clearance of the mouth from excretion, not use of violent and hard objects while opening the

ματος από εκκρίματα, στη μη χρησιμοποίηση βίαιων ή σκληρών αντικειμένων για τη διάνοιξη του στόματος και στη χορήγηση τουλάχιστον διαζεπάμης από το ορθό, αν οι σπασμοί διαρκούν περισσότερο από 5 min.

Λέξεις-κλειδιά:

• Σπασμοί • Παιδιά • Αντιμετώπιση

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Κωνσταντίνος Τσουμάκας

Δ. Μόσχα 8, 151 24 Μαρούσι, Αθήνα

Τηλ. 210-80 65 166, 6977 67 06 50

E-mail: ctsoumak@nurs.uoa.gr

child's mouth and administration diazepam by rectal, if spastic crisis last more than 5 minutes.

Key words:

• Spasm • Children • Management

Corresponding author

Constantinos Tsoumakas

8 D. Mosxa street, GR-151 24 Maroussi, Athens, Greece

Tel. +30 210-80 65 166, +30 6977 67 06 50

E-mail: ctsoumak@nurs.uoa.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι σπασμοί στην παιδική ηλικία αποτελούν ένα από τα συχνότερα νευρολογικά προβλήματα. Ως επιληπτική κατάσταση χαρακτηρίζεται το παρατεταμένο επεισόδιο σπασμών, κατά το οποίο παρατηρείται αθέλητη κατά κρίσεις μεταβολή στην κινητικότητα, την αισθητικότητα, τη συμπεριφορά και το επίπεδο συνείδησης του παιδιού. Η αιτιολογία των σπασμών μπορεί να είναι η ιδιοπαθής επιληψία, οι παρατεταμένοι πυρετικοί σπασμοί και η υποκείμενη νευρολογική ή μεταβολική διαταραχή, όπως λοιμώξεις κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), όγκοι ΚΝΣ, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπογλυκαιμία κ.ά.

Οι πυρετικοί σπασμοί είναι επιληπτικά επεισόδια, τα οποία προκαλούνται από υψηλό πυρετό μη οφειλόμενο σε ενδοκράνια λοίμωξη. Στα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών παρατηρούνται σε ποσοστό 5% και διακρίνονται σε απλούς και σύνθετους. Η επιληπτική κατάσταση μπορεί να είναι εστιακή ή γενικευμένη. Οι σπασμοί, γενικά, στο 90–95% των περιπτώσεων δεν διαρκούν περισσότερο από 5–10 min, σταματούν χωρίς θεραπεία και δεν φαίνεται να προκαλούν δυσμενή επίδραση στον οργανισμό.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως, παρατείνονται ή επαναλαμβάνονται συχνά, με ή χωρίς διαταραχή του επιπέδου συνείδησης στο μεσοδιάστημα των κρίσεων (status epilepticus), και η άμεση και σωστή αντιμετώπισή τους είναι απόλυτα αναγκαία για να αποφευχθούν οι μόνιμες νευρολογικές βλάβες, ακόμη και ο θάνατος.¹⁻⁴

Οι σπασμοί είναι επιβεβλημένο να αντιμετωπίζονται άμεσα και αν είναι δυνατόν και από το σπίτι. Οι γενικευμένοι τονικοκλονικοί ή κλονικοί σπασμοί, λόγω των συστηματικών διαταραχών που προκαλούν, απαιτούν άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση.

Οι αφαιρέσεις απαιτούν επίσης επείγουσα αντιμετώπιση, γιατί μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο. Σήμερα, η χρησιμοποίηση πολλών νέων αντιεπιληπτικών φαρμάκων έχει αλλάξει την αντίληψη για το μέγεθος του κινδύνου που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με επιληψία.^{4,5}

Ο νοσηλευτής οφείλει να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις αναφορικά με τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθήσει σε περίπτωση σπασμών και να γνωρίζει καλά τον τρόπο χορήγησης των αντιεπιληπτικών φαρμάκων, τη δοσολογία και τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους. Οι γονείς, σε περίπτωση σπασμών του παιδιού στο σπίτι, οφείλουν να γνωρίζουν καλά τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να του παρέχουν.^{5,6}

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι στόχοι στην αντιμετώπιση της επιληπτικής κατάστασης είναι: (α) η διατήρηση επαρκούς καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, (β) η χορήγηση αντισπασμωδικών φαρμάκων για τον έλεγχο των σπασμών, (γ) η αναζήτηση και αντιμετώπιση του αιτιολογικού παράγοντα και (δ) η πρόληψη των υποτροπών.

Διατήρηση επαρκούς καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας

Άμεση προτεραιότητα του νοσηλευτή είναι η διατήρηση επαρκούς καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, η οποία επιτυγχάνεται με τα εξής μέτρα:

- (α) Άμεση επισκόπηση της βατότητας των αεραγωγών και εξασφάλιση επαρκούς αερισμού. Το παιδί τοποθετείται σε ασφαλή πλάγια θέση, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου. (β) Διάνοιξη των αεραγωγών, τοποθέτηση της κεφαλής του παιδιού σε έκταση και έλξη της κάτω

γνάθου, αναρρόφηση των εκκρίσεων, των εμεσμάτων και του γαστρικού περιεχομένου. (γ) Αποφυγή βίαιης διάνοιξης του στόματος και τοποθέτηση δακτύλων και σκληρών αντικειμένων, όταν οι μασητήρες είναι συσπασμένοι, για να αποφευχθεί ο τραυματισμός. Μόνο σε περιπτώσεις κλονικών συσπάσεων επιτρέπεται η τοποθέτηση μαλακού αντικειμένου μεταξύ των δοντιών, για προστασία της γλώσσας από τραυματισμό. (δ) Χορήγηση O_2 100% με μάσκα ή με ambu σε περίπτωση κυάνωσης. Ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή και μηχανική υποστήριξη εφαρμόζεται ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του παιδιού.^{1,7-9}

- Εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας: Έλεγχος ζωτικών σημείων, σφύξεων, αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας, αφού ο πυρετός αυξάνει τις μεταβολικές ανάγκες των νευρικών κυττάρων.^{1,7-9}
- Εξασφάλιση ενδοφλέβιας οδού, λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και χορήγηση υγρών και φαρμάκων. Σε αφυδάτωση και υπόταση χορηγούνται ισότονα διαλύματα, ενώ σε σταθερή αιμοδυναμική κατάσταση χορηγείται μόνο το 2/3 των υγρών συντήρησης, για την αποφυγή εγκεφαλικού οιδήματος.
- Σύντομη και ταχεία φυσική και νευρολογική εξέταση για σημεία τραυματισμού, εστιακά νευρολογικά σημεία, σημεία μηνιγγικού ερεθισμού ή συστηματικής λοίμωξης. Η αναγνώριση του είδους των κρίσεων, η σωστή καταγραφή του τύπου των σπασμών, των συμπτωμάτων και των ευρημάτων από τα άλλα συστήματα βοηθούν στην αποτελεσματική αντιμετώπισή τους. Παρακολούθηση και αντιμετώπιση διαταραχών των ζωτικών λειτουργιών πρέπει να γίνεται περιοδικά όσο διαρκούν οι σπασμοί.^{1,6} Λεπτομερές ιστορικό λαμβάνεται μετά την αντιμετώπιση του επεισοδίου για τη διάγνωση και αντιμετώπιση υποκείμενης νόσου, καθώς και για την αναγνώριση των προδιαθεσικών παραγόντων και την αντιμετώπιση των επιπλοκών.^{1,6,7,9}

Φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο των σπασμών

Η επιλογή του κατάλληλου αντισπασμωδικού φαρμάκου εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα, την εύκολη και ασφαλή χορήγησή του, καθώς και από την πιθανή του τοξικότητα.¹⁰ Η αντιμετώπιση του επεισοδίου σπασμών γίνεται με συγκεκριμένο πρωτόκολλο, το οποίο περιλαμβάνει διαδοχικά στάδια και εφαρμόζεται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που φροντίζει το παιδί.

1ο στάδιο: Έλεγχος της γλυκόζης αίματος με ταινίες (dextrostick). Αν η γλυκόζη <60 mg/dL, χορηγείται ενδοφλέβια (IV) διάλυμα γλυκόζης 25% σε δόση 2 mL/kg βάρους σώματος (BΣ) σε ώση (bolus).

Αν δεν υπάρχει υπογλυκαιμία, εφαρμόζεται υποκλυσμός διαζεπάμης (Stesolid) σε δόση 0,5 mg/kg BΣ (μέγιστη δόση 10 mg και 20 mg σε μεγαλύτερα παιδιά). Η διαζεπάμη διατίθεται με τη μορφή υποκλυσμού για χορήγηση από το ορθό (Stesolid 5 και 10 mg), αλλά και η ενδοφλέβια μορφή της διαζεπάμης χορηγείται από το ορθό για τον ίδιο σκοπό. Η προώθησή της στο ορθό γίνεται σε βάθος 3–5 cm ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και διευκολύνεται με την εμβάπτιση της σύριγγας σε λιπαντική ουσία (π.χ. γλυκερίνη). Η τοποθέτηση υπόθετων δεν βοηθά, γιατί η απορρόφηση είναι βραδεία και ασταθής.^{1,11,12}

2ο στάδιο: Αν 5 min μετά την εφαρμογή του υποκλυσμού διαζεπάμης οι σπασμοί συνεχίζονται (διάρκεια σπασμών >10 min), χορηγείται διαζεπάμη IV 0,1–0,3 mg/kg BΣ σε έγχυση σε 2–5 min (μέγιστη δόση 10 mg) ή μιδαζολάμη IV 0,15–0,3 mg/kg BΣ σε έγχυση σε 2–3 min (μέγιστη δόση 5 mg) ή λοραζεπάμη IV 0,05–0,1 mg/kg BΣ σε έγχυση σε 2–5 min (μέγιστη δόση 4 mg).¹¹⁻¹³

3ο στάδιο: Ανεξάρτητα από την επίτευξη ή όχι διακοπής των σπασμών, χορηγείται:

- Φαιντοϊνη: Φόρτιση με 15–20 mg/kg BΣ σε διάλυμα NaCl 0,9% και έγχυση σε 20 min (μέγιστη ημερήσια δόση 150 mg). Επί διακοπής των σπασμών 12–24 ώρες μετά τη φόρτιση, συνέχιση της φαιντοϊνης σε δόση συντήρησης 3–9 mg/kg BΣ διαιρεμένης σε 2 δόσεις.

Η φαιντοϊνη δεν πρέπει να αραιώνεται σε διάλυμα γλυκόζης, γιατί υφίσταται κροκίδωση, καθιζάνει και καθίσταται ανενεργής. Χορηγείται απευθείας στη φλέβα ή, καλύτερα, διαλυμένη σε φυσιολογικό ορό (10 mg/mL), γιατί το αδιάλυτο φάρμακο μπορεί να προκαλέσει φλεβίτιδα στο σημείο της έγχυσης. Η φλέβα απ' όπου χορηγείται το φάρμακο πρέπει να ξεπλένεται με φυσιολογικό ορό μετά τη χορήγησή του, για την αποφυγή εμφάνισης φλεβίτιδας.

Η ενδομυϊκή χορήγηση της φαιντοϊνης ή η έγχυσή της έξω από τη φλέβα προκαλεί, λόγω του υψηλού pH του φαρμάκου, τοπική ιστική βλάβη.

- Βαλπροϊκό νάτριο: 15 mg/kg BΣ, έγχυση σε 3–10 min. Επί διακοπής των σπασμών 12–24 ώρες μετά τη φόρτιση, συνέχιση με βαλπροϊκό νάτριο σε δόση συντήρησης 20–30 mg/kg BΣ διαιρεμένη σε 2–3 δόσεις. Το βαλπροϊκό νάτριο πλεονεκτεί σε σχέση με τα άλλα

αντιεπιληπτικά φάρμακα, γιατί δεν προκαλεί καρδιοαναπνευστικές επιπλοκές.^{1,12,14}

4ο στάδιο: Αν οι σπασμοί επιμένουν (διάρκεια σπασμών >45 min), ο ασθενής μεταφέρεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας, όπου η αντιμετώπιση συνεχίζεται με φαινοβαρβιτάλη: φόρτιση με 15–20 mg/kg ΒΣ IV σε 25 min (μέγιστη ημερήσια δόση 150 mg). Ο ρυθμός χορήγησης δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 2 mg/kg/min. Επί διακοπής των σπασμών 12–24 ώρες μετά τη φόρτιση, συνέχιση με φαινοβαρβιτάλη σε δόση συντήρησης 3–5 mg/kg ΒΣ IV, διαιρεμένη σε 2–4 δόσεις. Η φαινοβαρβιτάλη χορηγείται μόνο ενδοноσοκομειακά, ώστε αν προκληθεί άπνοια ή καρδιοαναπνευστική καταστολή, να μπορεί να εφαρμοστεί διασωλήνωση.^{1,12,15–18}

5ο στάδιο: Σε περίπτωση που οι σπασμοί συνεχίζονται και η διάρκεια τους είναι >60 min, ακολουθείται το παρακάτω σχήμα χορήγησης των αντισπασμωδικών φαρμάκων:

- Συνεχής έγχυση διαζεπάμης IV (50 mg σε 250 mL 0,9% NaCl ή διαλύματος δεξτρόζης 5%) με ρυθμό 1 mL/kg ΒΣ/ώρα ή 2 mg/kg ΒΣ/ώρα, ή
- Συνεχής έγχυση μιδαζολάμης IV σε δόσεις στα νεογνά πρόωρα: 0,03 mg/kg ΒΣ/ώρα, στα νεογνά τελειόμηνα: 0,06 mg/kg ΒΣ/ώρα και στα βρέφη και μεγαλύτερα παιδιά: 0,06–1 mg/kg ΒΣ/ώρα, ή
- Έγχυση πεντοβαρβιτάλης IV σε αρχική δόση 5 mg/kg και έγχυση σε 1–2 ώρες και συνεχής έγχυση σε δόση 0,5–5 mg/kg ΒΣ/ώρα μέχρι την καταστολή της δραστηριότητας του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος.^{1,12,15,17,18}

6ο στάδιο: Αν και με το παραπάνω σχήμα οι σπασμοί δεν ελέγχονται, τότε απαιτείται γενική αναισθησία με αλοθάνη και νευρομυϊκός αποκλεισμός.^{12,19}

Συμπερασματικά, σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων στο παιδί με επεισόδιο σπασμών, ο νοσηλευτής που το αντιμετωπίζει θα πρέπει να γνωρίζει ότι όλα τα αντιεπιληπτικά φάρμακα, όταν χορηγούνται σε υψηλές δόσεις, προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες από το καρδιοαναπνευστικό σύστημα (π.χ. άπνοια, υπόταση). Τα υπνωτικά φάρμακα (π.χ. η χλωράλη) δεν έχουν καμιά θέση στην αντιμετώπιση των σπασμών. Προτιμάται η ενδοφλέβια χορήγηση των φαρμάκων, γιατί έτσι εισέρχονται σε ικανοποιητικά επίπεδα στον εγκέφαλο. Η ενδαρτηριακή έγχυση αντενδείκνυται, γιατί προκαλείται φλεγμονή, σύσπαση και νέκρωση της αρτηρίας. Στα παιδιά με δυσκολία ενδοφλέβιας χορήγησης των φαρμάκων συνιστάται η χορήγηση βενζοδιαζεπινών (π.χ. διαζεπάμη) από το ορθό.¹⁷

Κατεθυντήριες οδηγίες άμεσης αντιμετώπισης επεισοδίου σπασμών

Οι γενικές οδηγίες στο προσωπικό υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν άμεσα και σωστά το παιδί με σπασμούς, συνοψίζονται στα παρακάτω:^{20,21}

- Διατήρηση της ψυχραιμίας
- Παρακολούθηση της συμπεριφοράς του παιδιού για την περιγραφή της κατάστασής του, του επιπέδου συνείδησης, των εστιακών ή γενικευμένων κινήσεων, των τονικών ή κλονικών συσπάσεων, της προ και μετά την κρίση εμφάνισης συμπτωμάτων. Καταγραφή της ώρας εμφάνισης των συμπτωμάτων και της αλλαγής στη συμπεριφορά του παιδιού
- Απομάκρυνση των αντικειμένων που πιθανόν να προκαλέσουν τραυματισμό
- Τοποθέτηση του παιδιού σε πλάγια ή ημιπρηνή θέση για τη διατήρηση ανοικτών των αεροφόρων οδών, με στόχο τη μείωση του κινδύνου εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου
- Καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας από εκκρίματα (αν το στόμα είναι ανοικτό)
- Μη χρησιμοποίηση βίαιων ή σκληρών αντικειμένων για τη διάνοιξη του στόματος
- Αποφυγή περιορισμού των κινήσεων του ασθενούς, γιατί αυξάνεται ο κίνδυνος τραυματισμού και κακώσεων
- Χορήγηση διαζεπάμης από το ορθό, αν η διάρκεια των σπασμών είναι >5 min.

Αναζήτηση-αντιμετώπιση του αιτίου των σπασμών

Το παιδί με επεισόδιο σπασμών εισάγεται στο νοσοκομείο αφενός για παρακολούθηση και αφετέρου για να υποβληθεί σε πλήρη κλινικοεργαστηριακό έλεγχο, προκειμένου να διερευνηθεί η αιτιολογία των σπασμών, η οποία θα βοηθήσει στην περαιτέρω αντιμετώπιση.

Ο έλεγχος περιλαμβάνει:^{6,10,17}

- Εργαστηριακό και αιματολογικό έλεγχο γλυκόζης, ηλεκτρολυτών, ουρίας, καθώς και επιπέδων αντιεπιληπτικών φαρμάκων
- Απεικονιστικό έλεγχο, που περιλαμβάνει αξονική και μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου
- Οσφυνωτιαία παρακέντηση για λήψη εγκεφαλονωτιαίου υγρού
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), το οποίο είναι χρήσιμο για τη διάγνωση υποκείμενης διαταραχής ή νευροεκφυλιστικής βλάβης, καθώς και για την εκτίμηση της ανταπόκρισης του παιδιού στη θεραπεία.

Πρόληψη των υποτροπών

Η πρόληψη των υποτροπών των σπασμών σήμερα επιτυγχάνεται με τη χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Η δοσολογία ρυθμίζεται σύμφωνα με τα αποτελέσματα των επιπέδων των φαρμάκων στο αίμα και με εργαστηριακή παρακολούθηση.

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των σπασμών έχουν οι γονείς, καθώς είναι εκείνοι που θα παρέχουν τις πρώτες βοήθειες. Η λεπτομερής και ακριβής ενημέρωσή τους σχετικά με την αιτιολογία της νόσου, την πρόγνωση και τη φαρμακευτική αγωγή συμβάλλει στη μείωση της ανησυχίας και του φόβου τους για την εξέλιξη της υγείας του παιδιού τους. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να διδάξουν στους γονείς τον τρόπο χορήγησης της διαζεπάμης από το ορθό, την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και τα μέτρα προστασίας για τη μείωση του κινδύνου ατυχήματος κατά τη διάρκεια επεισοδίου σπασμών.^{12,22}

Η κατανόηση από μέρους των γονέων των ιδιαιτεροτήτων της θεραπείας συμβάλλει στην αποδοχή και στη συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, καθώς και στην ομαλή προσαρμογή του παιδιού στις καθημερινές του δραστηριότητες, ώστε να ζει όσο γίνεται φυσιολογικά, χωρίς περιορισμούς που μειώνουν την αυτονομία του και εμποδίζουν την ψυχοκοινωνική του εξέλιξη.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει χρέος να γνωρίζει τον τρόπο άμεσης αντιμετώπισης επεισοδίου σπασμών, παρέχοντας σωστά τις πρώτες βοήθειες στο παιδί. Επίσης, παρέχει υποστήριξη ώστε η οικογένεια να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα ψυχολογικά, κοινωνικά και εκπαιδευτικά προβλήματα που απορρέουν από τη φύση της ασθένειας.^{12,18,23}

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μπενέτου Β, Πουρούκος Σ. Επιληπτική κατάσταση. *Δελτ Α' Παιδιατρ Κλιν Πανεπ Αθηνών* 2002, 49:225–228
- Σκαρδούτσου Α. Προφύλαξη από τις υποτροπές των πυρετικών σπασμών. *Παιδιατρική* 2000, 63:170–176
- Shields W. West's syndrome. *J Child Neurol* 2002, 17(Suppl 1):S76–S79
- Camfield P, Camfield C. Epileptic syndromes in childhood: Clinical features, outcomes, and treatment. *Epilepsia* 2002, 43(Suppl 3):27–32
- Chamfield PR, Chamfield CS. Treatment of children with ordinary epilepsy. *Epileptic Disord* 2000, 2:45–51
- Ridsdale L. The effect of specially trained epilepsy nurses in primary care: a review. *Seizure* 2000, 9:43–46
- Behrman RE, Klegman RM, Jemson HB (eds) *Nelson textbook of pediatrics*. 16th ed. Philadelphia, WB Saunders, 2000:603
- Dunkley C, Cross JH. NICE guidelines and the epilepsies: how should practice change? *Arch Dis Child* 2006, 91:525–528
- Duncan R, Barlow G, Smith AC. Review of patients in general practice with a diagnosis of epilepsy: development of a practice nurse checklist and an assessment of resource implications. *Scott Med J* 2005, 50:114–117
- Camfield PR, Camfield CS. Advances in the diagnosis and management of pediatric seizure disorders in the twentieth century. *J Pediatr* 2000, 136:847–849
- Baumann RJ, Duffner PK. Treatment of children with simple febrile seizures: the AAP practice parameter. *Pediatr Neurol* 2000, 23:11–17
- Crumrine PK. Antiepileptic drug selection in pediatric epilepsy. *J Child Neurol* 2002, 17:2–8
- Guerrini R, Arzimanoglou A, Brouwer O. Rationale for treating epilepsy in children. *Epileptic Disord* 2002, 4(Suppl 2):S9–S21
- Hill A. Neonatal seizures. *Pediatr Rev* 2000, 21:117–121
- Rosenow F, Arzimanoglou A, Baulac M. Recent developments in treatment of status epilepticus. A review. *Epileptic Disord* 2002, 4(Suppl 2):S41–S51
- Βούδρης Κ. Οξεία αντιμετώπιση επιληπτικών κρίσεων. Στο: *Εξελίξεις στην παιδιατρική διαγνωστική και θεραπευτική*. Έκδοση Β' ΠΚΠΙΑ, Αθήνα, 2004:92–115
- Bourgeois BFD. Differential cognitive effects of antiepileptic drugs. *J Child Neurol* 2002, 17(Suppl 2):S28–S33
- Brodie M, Kwan P. Staged approach to epilepsy management. *Neurology* 2002, 58(8 Suppl 5):S2–S8
- Baumer JH. Evidence based guideline for post-seizure management in children presenting acutely to secondary care. *Arch Dis Child* 2004, 89:278–280
- Κατσαρού-Πεκτασίδη Ε. Θεραπεία της επιληψίας στα παιδιά – νεότερα δεδομένα. Στο: *Θέματα Παιδονευρολογίας*. Έκδοση Α' ΠΚΠΙΑ, Αθήνα, 2003:33–44
- Elawd, M, Sullivan P. Management of constipation in children with disabilities. *Dev Med Child Neurol* 2001, 43:829–832
- Goldstein J, Plioplys S, Zelko F. Multidisciplinary approach to childhood epilepsy: exploring the scientific rationale and practical aspects of implementation. *J Child Neurol* 2004, 19:362–378
- Smith RA, Phillips R. How can paediatric epilepsy services best be delivered in secondary care? *Seizure* 2004, 13:308–316

Υποβλήθηκε: 31/5/2006

Επανυποβλήθηκε: 16/7/2007

Εγκρίθηκε: 20/7/2007