



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالین تشخیص و مدیریت تشنج در بالین

مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب ایران

با همکاری:

دبیر خانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت تشنج در بالغین/تالیف مرکز تحقیقات بیماریهای مغز و اعصاب ایران با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه ؛ به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت.
مشخصات نشر	: تهران: نشر پونه، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	: ۲۶ص: جدول.
شابک	: 978-600-6681-31-3
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
موضوع	: صرع
موضوع	: صرع -- تشخیص
موضوع	: صرع -- درمان
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات بیماریهای مغز و اعصاب ایران
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. معاونت بهداشت
رده بندی کنگره	: RC۲۷۲/۱۷ ۱۳۹۳
رده بندی دیویی	: ۶۱۶/۸۵۳
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۵۸۴۸۱۸



خ طالقانی شرقی - خ جهان- ساختمان پونه - شماره ۶ - طبقه سوم - تلفن ۷۷۶۰۵۷۹۸

نام کتاب: راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت تشنج در بالغین
تالیف: مرکز تحقیقات بیماریهای مغز و اعصاب ایران با همکاری دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه (به سفارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، معاونت بهداشت)

ناشر: پونه

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ جلد

مدیر هنری: علی منتشری

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: معلی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۶۸۱-۳۱-۳

قیمت: رایگان



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت بهداشت

راهنمای بالینه تشخیص و مدیریت تشنج در بالغین

مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب ایران

با همکاری:

دفترخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه



دانشگاه علوم پزشکی تهران

۱۰ مقدمه

۱۱ متدولوژی

۱۲ هدف اصلی

۱۳ جمعیت هدف

۱۴ کاربران هدف راهنما

۱۵ جدول سطح شواهد

۱۶ تشخیص و مدیریت اپی لپسی در بزرگسالان

۱۷ الگوریتم

۱۸ توصیه‌های کلیدی

۱۹ تشخیص و مدیریت اپی لپسی در کودکان و بالغین

۲۰ مدیریت

۲۱ بررسی‌ها و ارجاع

۲۲ درمان خط اول در کودکان و افراد بالغ با تشنج GTC تازه تشخیص داده شده

۲۳ ارجاع اپی لپسی مقاوم یا کمپلکس

۲۴ رژیم کتوژنیک

۲۵ پیگیری پس از اولین تشنج

۲۶ درمان دارویی

۲۷ بارداری

۲۸ تغذیه با شیر مادر

۲۹ درمان استاتوس اپی لپتیکوس در بیمارستان

بسمه تعالی

تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی بیش از یک دهه است که به عنوان ابزاری مهم برای افزایش کیفیت خدمات درمانی و سلامت عمومی در کشور مطرح و پیگیری شده است. برنامه‌های متعدد کشوری، برنامه‌های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همین‌طور سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی درمان (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) بر این ضرورت تأکید کرده‌اند. در پاسخ، بخش‌های مختلف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راهنمای بالینی متعددی در سطوح مختلف و برای مخاطبان مختلف تدوین کرده‌اند که برخی در عمل نیز به کار گرفته شده‌اند. ولی هنوز نیاز نظام سلامت به این مکتوب‌های ارزشمند کامل پاسخ داده نشده است.

تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد علمی که بتواند نیازهای واقعی کشوری با درآمد متوسط مثل جمهوری اسلامی ایران را پاسخ بدهد با دو دشواری مهم روبه‌رو است. نخست آنکه بسیاری شواهد علمی اثربخشی و هزینه - اثربخشی خدمات مختلف از مطالعات کشورهای پردرآمد به دست آمده‌اند. چنین مطالعاتی هر چند می‌توانند کمک فراوانی به کشور کنند، لزوماً پاسخگوی پرسش‌های مرتبط با شرایط کشور نیستند. دشواری مهم دیگر هزینه و زمان بر بودن تدوین راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد است که البته نیازمند تخصص‌های مختلف فنی و همکاری میان گروه‌های متفاوت بالینی است.¹ در نتیجه لازم است موضوع راهنماهای بالینی به درستی انتخاب، و روش‌های معتبری در تدوین راهنماها به‌کارگرفته شوند که هزینه کمتری از نظر نیروی انسانی و زمان اجرا داشته باشند. به خصوص به‌کارگیری روش‌های معتبری برای سازگارسازی راهنماهای معتبری که دیگران برای کشور و شرایط خودشان تدوین کرده‌اند ضرورت می‌یابد.²

مجموعه حاضر، که یک جلد آن اکنون در برابر شما است، گامی در این راستا است. این مجموعه نتیجه تلاش همکاران اینجانب در معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه و مراکز مختلف تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران در طول دو سال گذشته است که در دوران مدیریت آقایان دکتر فرید ابوالحسنی و دکتر علیرضا دلوری آغاز شده و اکنون منتشر می‌شوند. هدف این راهنماها تهیه مجموعه‌ای مبتنی بر شواهد از راهنماهای بالینی برای پزشکان خانواده و عمومی است. البته محتوای این راهنماها می‌تواند برای متخصصان پزشکی، دانشجویان دوره‌های عمومی و تخصصی و همین‌طور همکاران بالینی و نظام سلامت غیرپزشک نیز مفید و ارزشمند باشد و در عین حال آگاهی عمومی جامعه را در زمینه روش‌های درست تشخیص، درمان و مدیریت بیماری‌ها افزایش دهد.

افزایش کیفیت خدمات تنها با انتشار راهنماهای بالینی رخ نمی‌دهد. بدون استفاده از آنها در بالین بیمار و در تشخیص و درمان بیماری، راهنماها تأثیری بر ارتقای خدمات نخواهند داشت. مطالعه‌ی در سال ۱۳۹۰ در تهران نشان داد که فقط حدود یک سوم پزشکان شهر تهران با راهنماهای بالینی آشنایی داشتند.³ بدون برنامه‌ریزی مدون در به‌کارگیری راهنماها و اجرای مداخلات مختلف آموزشی، مدیریتی و اجتماعی، تأثیر آنها بر افزایش کیفیت محدود خواهد ماند. تجربه معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در به‌کارگیری راهنماهای بالینی درمان دیابت در درمانگاه‌های سرپایی ویژه در شبکه‌های بهداشت و درمان جنوب تهران، ری و اسلامشهر نمونه‌ای موفق از کاربرد راهنماهای بالینی در بهبود مراقبت و درمان و ارتقای سلامت بیماران است.

وظیفه دارم از تمام عزیزانی که در تهیه و تدوین این مجموعه تلاش کرده‌اند، به خصوص همکاران ارجمند آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و خانم‌ها دکتر آزاده سیاری فرد و دکتر لاله قدیریان از دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه، آقای دکتر امید خیرخواه و خانم شیما لشگری از معاونت بهداشت، تمامی نویسندگان راهنماها و دیگر همکاران و مسئولان صمیمانه سپاسگزاری کنم و برای همه ایشان و شما خوانندگان گرامی آرزوی توفیق و بهروزی دارم.

دکتر آرش رشیدیان

معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

1- Rashidian A. *Adapting valid clinical guidelines for use in primary care in low and middle income countries. Primary Care Respiratory Journal* 2008; 17(3):136-7.

2- Rashidian A, Yousefi-Nooraie R. *Development of a Farsi translation of the AGREE instrument, and the effects of group discussion on improving the reliability of the scores. Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012, 18(3):676-681.

3- Mounesan L, Nedjat S, Majdzadeh R, Rashidian A, Gholami J. *Only one third of Tehran's physicians are familiar with 'Evidence-based clinical guidelines'. International Journal of Preventive Medicine* 2013 4(3): 349-57.

پیشگفتار

توجه به طبابت مبتنی بر شواهد و استفاده از راهنماهای بالینی در کشور علاوه بر ارتقای کیفیت ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران، در کاهش هزینه‌ها نیز موثر خواهد بود. برای رسیدن به این اهداف، طبابت باید بر اساس یک شیوه استاندارد و کارآمد، در سراسر کشور قابل اجرا باشد تا براساس چک لیست‌های استاندارد بتوان اقدامات انجام شده را ارزیابی نمود. با توجه به جایگاه پزشک خانواده به عنوان بازوی مهم گروه ارائه دهندگان خدمات بالینی در نظام سلامت، تولید راهنماهای بالینی برای این گروه گامی اساسی و موثر در خدمت رسانی بهینه به بیماران به شمار می‌رود.

بنابراین پیرو اعلام نیاز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درخواست دانشگاه علوم پزشکی تهران مبنی بر تهیه و تولید راهنماهای بالینی بومی و مبتنی بر شواهد برای پزشک خانواده، مرکز بیماری‌های مغز و اعصاب، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به بومی سازی راهنمای بالینی تشخیصی و مدیریت تشنج در بالغین نمود. برای تهیه این مستند از راهنماهای معتبر بالینی موجود در دنیا استفاده شده است. همچنین تلاش گردید تا برای استفاده از نظرات، توصیه‌ها و راهنمایی‌های صاحب‌نظران در جهت بومی سازی آن، پیش‌نویس اولیه راهنمای بالینی تشخیصی و مدیریت تشنج در بالغین در اختیار گروه‌های مختلف ذینفع در سراسر کشور قرار گیرد. با این حال معتقدیم که این راهنمای بالینی، خالی از اشکال نبوده و کوشش خواهد شد. در به روز رسانی‌های بعدی اشکالات موجود شناسایی و اصلاح گردد. در اینجا لازم است از حمایت‌های مقام محترم ریاست وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر باقر لاریجانی و معاون محترم بهداشت وقت دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر دلآوری و همچنین جناب آقای دکتر جعفریان، ریاست محترم دانشگاه و جناب آقای دکتر رشیدیان، معاون محترم بهداشت دانشگاه قدردانی نماییم.

همچنین از زحمات کلیه دست اندرکاران تولید و انتشار این راهنما تشکر نموده و پیشاپیش از کسانی که با ارائه پیشنهادات اصلاحی خود ما را در بهبود کیفیت این مجموعه یاری خواهند نمود، سپاسگزاری می‌نماییم.

دکتر مجید غفارپور

رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب

کمیته مطالعه و تدوین راهنمای بالینی تشخیص و مدیریت تشنج در بالغین:

۱. دکتر عباس تفاعری، استادیار نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۲. دکتر مزده قبابی، دانشیار نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۳. دکتر مجید غفارپور، استاد نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۴. دکتر محمدحسین حریرچیان، استاد نورولوژی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۵. دکتر وجیهه آقاملایی، متخصص نورولوژی
۶. دکتر هدی قدمی، پزشک عمومی پژوهشی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب
۷. بهاره پورقاز، کارشناس پژوهشی مرکز تحقیقات بیماری‌های مغز و اعصاب

کمیته مدیریت دانش راهنماهای بالینی پزشک خانواده:

۱. دکتر رضا مجد زاده، استاد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۲. دکتر آزاده سیاری فرد، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۳. دکتر لاله قدیریان، متخصص پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۴. دکتر لیلا حق جو، پزشک عمومی، MPH، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۵. لیلا مونسان، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۶. دکتر فاطمه رجبی، استادیار پزشکی اجتماعی، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه
۷. سمانه عروجی، کارشناس IT، دبیرخانه تحقیق و توسعه سیاست‌های دانشگاه

کمیته اجرایی برنامه ریزی، نشر و ویرایش نهایی:

۱. دکتر امید خیرخواه، پزشک عمومی، MPH، معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه
۲. دکتر سعید تأملی، پزشک عمومی، MPH، معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه
۳. شیما لشگری، کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، معاونت بهداشت دانشگاه

مقدمه

صرع بیماری مزمن، ناتوان کننده و شایع ترین بیماری سیستم عصبی است که ۱-۵٪ افراد به آن مبتلا هستند^۱ و تخمین زده می شود که حدود ۵۰ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا باشند.^۲ میزان شیوع و بروز صرع در کشورهای درحال توسعه بیشتر است.^۳ بیماری صرع از شیوع نسبتاً بالایی در ایران برخوردار است و شیوع آن ۱/۸٪ درصد گزارش شده است.^۴

دسترسى محدود به مراقبت های بهداشتی و آسیب های هنگام تولد و ضربه سر از عوامل مستعدکننده صرع تلقی می شوند. همچنین افزایش میزان عفونت مغزی منجر به افزایش میزان صرع می شود. تشنج در دو گروه سنی (دهه اول زندگی و بالای ۶۰ سال) بیشتر دیده می شود.^۵ و در مردها شیوع بالا تری دارد.^۱ صرع یک بیماری مزمن است که می تواند بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت، تأثیر عمیقی داشته و همچنین می تواند پیامدهای اجتماعی، روانی و جسمی عمیقی داشته باشد.^۶

1- Siddhartha Nadkarni M.D; Josiane LaJoie M.D; Orrin Devinsky M.D, Current treatments of epilepsy. *Neurology* 2005; 64(Supple 3): S2-S11.

2- Sander J.W, Shorvon S.D. Epidemiology of the epilepsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996; 61(5): 433-43.

3- Burn JG, Tell ez-Zenten OJ, Wiebe S. Understanding the burden of epilepsy in Latin America: a systematic review of its prevalence and America: a systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Research* 2005; 66: 63-74.

4- Mohammadi M, Ghanizadeh A. Prevalence of epilepsy and comorbidity of psychiatric disorders in Iran. *Seizure* 2006; 15: 476-82.

5- Brodie ML, Kwan P. Epilepsy in elderly people. *British Medical Journal* 2005; 33: 1317-22.

6- International league against epilepsy. Epilepsy out of the shadows: European declaration on epilepsy. *Epilepsia* 2003; 44: 2-3.

متدولوژی

هدف اصلی

هدف اصلی این راهنمای بالینی ارائه توصیه های لازم جهت آشنایی با تشخیص و مدیریت تشنج بالغین می باشد.

جمعیت هدف

بزرگسالان (≤ ۱۶ سال)

کاربران هدف راهنما

پزشکان خانواده شامل سطح اول ارائه خدمات در پزشک خانواده شهری
پزشکان عمومی

جدول سطح شواهد

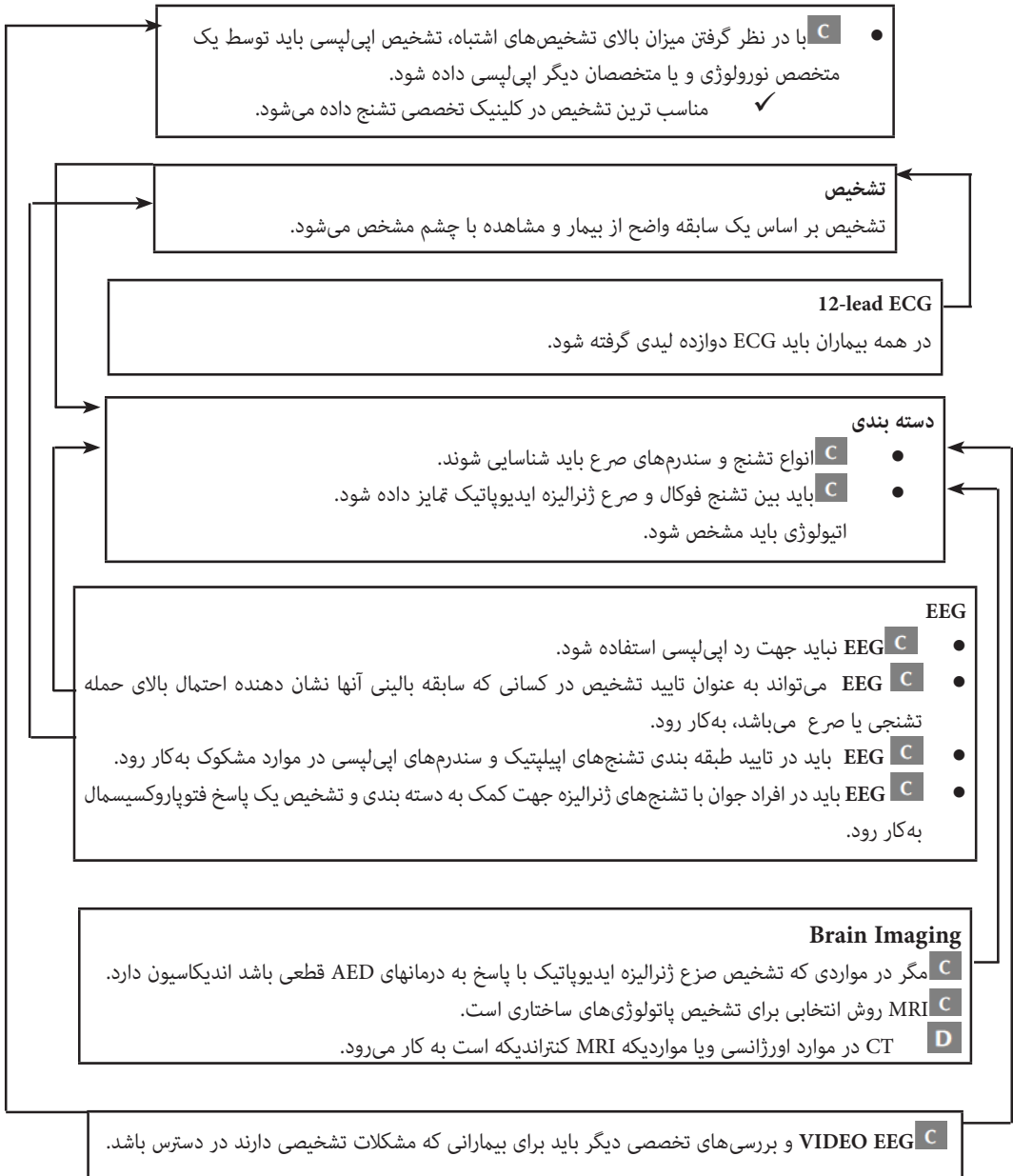
LEVELS OF EVIDENCE

- 1⁺⁺ High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias
- 1⁺ Well conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias
- 1⁻ Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias
- 2⁺⁺ High quality systematic reviews of case control or cohort studies
High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal
- 2⁺ Well conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal
- 2⁻ Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal
- 3 Non-analytic studies, eg case reports, case series
- 4 Expert opinion

- A At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1⁺⁺, and directly applicable to the target population; or
A body of evidence consisting principally of studies rated as 1⁺, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
- B A body of evidence including studies rated as 2⁺⁺, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or
Extrapolated evidence from studies rated as 1⁺⁺ or 1⁺
- C A body of evidence including studies rated as 2⁺, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or
Extrapolated evidence from studies rated as 2⁺⁺
- D Evidence level 3 or 4; or
Extrapolated evidence from studies rated as 2⁺

تشخیص و مدیریت اپی لپسی در بزرگسالان

تشخیص، طبقه بندی و بررسی ها



الگوریتم

شروع درمان دارویی آنتی اِپیلپتیک (AED)

- **B** تصمیم برای شروع درمان AED باید توسط بیمار و یک متخصص در زمینه اپی‌لپسی گرفته شود.
- در موارد زیر AEDها باید در اولین حمله تشنج شروع شوند:
 - ✓ **B** بیمار سابقه قبلی تشنج ایسنس، میوکلونیک، یا تشنج پارشیال داشته باشد.
 - ✓ **B** EEG نشان‌دهنده دیس‌شارژهای واضح اپی‌لپتیک باشد.
 - ✓ **B** بیمار دچار نقص نورولوژیکی مادرزادی باشد.
 - ✓ **D** برای بیمار ریسک غیرقابل قبول عود مطرح باشد.

درمان انتخابی AED

تشنج پارشیال و ژنرالیزه ثانویه	تشنج ژنرالیزه اولیه	انواع نامشخص تشنج
کاربامازپین	سدیم والپروات	سدیم والپروات
سدیم والپروات	لاموتریزین	لاموتریزین
لاموتریزین		
اکس‌کاربازپین		

عوارض جانبی و اثرات متقابل داروها باید برای انتخاب درست برای هر بیمار مورد توجه قرار گیرد

اپی‌لپسی مقاوم به درمان تک‌دارویی (منوتراپی)

- **C** تشخیص اپی‌لپسی و پایبندی به درمان را بررسی کنید.
 - **A** درمان چنددارویی را در موارد زیر در نظر بگیرید:
 - ✓ درمان با دو داروی خط اول AED با شکست مواجه شده است.
 - ✓ داروی خط اول بطور قابل ملاحظه‌ای باعث کنترل تشنج می‌شود، اما با حداکثر دوز قادر به رهایی از تشنج نیست.
- B** داروهای انتخابی در ترکیب داروها باید با نوع تشنج بیمار سازگار باشد و به دو و یا حداکثر سه داروی AED محدود شود.

ارجاع جراحی

B در اپی‌لپسی مقاوم به درمان که به حداقل دو داروی اپی‌لپتیک، به طور منوتراپی و یا چنددارویی پاسخ نداده باشد، این روش را در نظر بگیرید.

درمان تشنج‌های برانگیخته

اصلاح شود / رفع کردن فاکتورهای تحریک کننده ✓	اختلالات متابولیک/ داروها
B بنزودیازپین‌های کوتاه اثر تجویز کنید	محرومیت از الکل
B درمان پروفیلاکتیک با AED ها اندیکاسیون ندارد	خونریزی حاد مغزی /جراحی مغز
C داروهای AED را که جهت درمان تشنج‌های برانگیخته بکار می‌برده شدند قطع کنید.(مگر اینکه بعداز آن تشنج غیربرانگیخته اتفاق بیفتد)	عملات تشنجی concussive
D درمان پروفیلاکتیک با AED ها اندیکاسیون ندارد	

ادامه درمان

سطح خونی AED

به طور روتین اندیکاسیون ندارد
در موارد زیر می‌تواند مفید باشد:

- ✓ تنظیم دوز فنی‌توبین
- ✓ ارزیابی وابستگی و توکسیسیتی

عوارض جانبی AED

C شروع درمان AED با دوز بیشتر از دستور شرکت سازنده توصیه نمی‌شود.

C به بیمار در مورد عوارض جانبی داروها در آینده هشدار دهید.

C به بیمار در مورد توجه فوری به علائم راش، کبودی، خواب‌آلودگی و استفراغ آموزش دهید.

D در مورد خطر بسیار کم استئوپروز توضیح دهید.

C بطور روتین نیازی به پایش تستهای کبدی و انجام CBC نیست.

محرومیت دارویی AED

حداقل دو سال بدون حمله تشنجی بوده باشد.

✓ فاکتورهایی که باید مورد بحث قرار گیرند:

احتمال عود تشنج، رانندگی، استخدام، خطرات و ترس از تشنج‌های بیشتر و نگرانی‌های مربوط به درمان طولانی با AED

درمان فیزیولوژیک اپی‌لپسی

درمانهای فیزیولوژیک به عنوان جایگزین درمان دارویی نمی‌باشد، اما استفاده از آنها را می‌توان در بیماران تشنجی که خوب کنترل نمی‌شوند در نظر داشت.

✓ داروهارا بعد از چندماه به آرامی قطع کنید

توصیه‌های کلیدی

اپی‌لپسی و یادگیری ناتوانیها

- زمان کافی جهت مشاوره بدهید
- اطمینان حاصل شود که بیمار توسط یک فرد آشنا با انواع و فرکانس تشنج، احتمال بروز عوارض جانبی درمان و رفتار و سلامت عمومی همراهی می‌شود.
- اطلاعات را در یک فرم قابل دسترس جمع‌آوری کنید.
- با دیگر دستگاههای حرفه‌ای درگیر ارتباط برقرار کنید.
- در صورت نیاز به دیازپام رکتال برای تشنجهای طول کشیده یا تکرار شونده:
 - ✓ به همراهان بیمار آموزش صحیح داده و هر دوسال تکرار کنید.
 - ✓ یک طرح منظم را تنظیم کرده و با توافق GP و متخصص انجام دهید.

درمان مکمل اپی‌لپسی

درمان مکمل در بیمارانی که این روش را به عنوان یک درمان اضافه بر داروهای معمول استفاده میکنند رو به افزایش است. از بیماران باید در مورد مصرف هرگونه داروی مکمل سؤال شود و در مورد احتمال اثرات معکوس به بیماران توضیح داده شود. به دلیل تداخل دارویی بعضی داروهای گیاهی با نسخه دارویی ممکن است مشکلاتی بوجود بیاید.

اپی لپسی در زنان

زنان دچار اپی لپسی که دچار صرع هستند نیاز به توضیحاتی در مورد موضوعاتی مانند کنتراپشنها و بارداری هستند.

✓ زنان فعال از نظر جنسی باید از کنتراپشنها استفاده کنند.
هنگامی که بیماران از کنتراپستيوهای خوراکی ترکیبی همراه یک داروی AED حاوی آنزیم مصرف میکنند باید حداقل ۵۰ میکروگرم استروژن استفاده کنند. به این زنان باید در مورد کاهش اثر داروهشدار داده شود. در صورت بروز خونریزی دوزدارو باید افزایش یابد.
✓ به همه زنان در سنین باروری باید اطلاعات کافی راجع به اپی لپسی و داروهای AED در دوران بارداری و نیاز به فولات و ویتامین K داده شده و در هر ملاقات تکرار شود.
✓ زنانی که دچار اپی لپسی هستند باید هنگام بارداری در یک کلینیک زایمانی و با دسترسی به یک متخصص اپی لپسی تحت نظر باشند.

استاتوس اپی لپتیکوس

پیشگیری بر اساس پروتوکول مورد توافق همراهان بیماران باید بیماران با تشنجهای طول کشیده و یا تکرارشونده را در خارج بیمارستان با دیازپام رکتال درمان کنند.

بیماران با استاتوس اپی لپتیکوس ژنرالیزه تونیک کلونیک

اقدامات اولیه →	<ul style="list-style-type: none">• برقراری راه هوایی• دادن اکسیژن• برقراری تنفس و عملکرد قلبی• برقراری راه وریدی از وریدهای بزرگ• گرفتن نمونه خون جهت پایش گلوکز خون و CBC، اوره و الکتولیتها، تستهای عملکرد کبدی، کلسیم، clotting، سطوح AED و ذخیره جهت آنالیزهای بعدی• اندازه گیری گازهای خون جهت ارزیابی اسیدوزیس
-----------------	--

A لورازپام 4mg IV (یا در صورتی که لورازپام در دسترس نباشد، دیازپام IV 10mg)
--

عدم پاسخ	IV تاخیر در برقراری
10min اگر در بیمارستان هستید حداکثر پس از تکرار کنید	دیازپام رکتال 20-10 mg

D مشخص کردن اتبولوژی
<ul style="list-style-type: none">• هر نشانه‌ای از هایپوگلاسمی : 50ml 50% glucose IV• هر نشانه‌ای از شوک مصرف الکل یا سوء تغذیه : thiamine IV (as 2 pair of ampoules Pabrinex)• درمان معمول AED به صورت خوراکی یا از طریق NG tube بدهید. (در صورت لزوم دادن داروهای فنی توپین، والپروات سدیم و فنوباریتال از راه وریدی استفاده کنید)
اگر تشنج همچنان باقی ماند

طی ۳۰ دقیقه →	<ul style="list-style-type: none">• معادل فنی توپین به مقدار 18mg/kg تا 150mg/min فوس فنی توپین ، ویا فنی توپین 18mg/kg با سرعت 50mg/min بدهید؛ در هر دو دارو باید ECG monitoring انجام شود. می توان از فنوباریتال 15mg/kg، 100mg/min نیز استفاده کرد.• برای آگاهی ITU با آنها تماس بگیرید.
---------------	--

تشخیص و مدیریت اپی لپسی در کودکان و بالغین

اپی لپسی یک اختلال نورولوژیک شایع است که با تشنجهای دوره ای شناخته می شود. انواع مختلف اپی لپسی علل متفاوتی دارند. برآورد دقیق از میزان بروز و شیوع بیماری بدلیل عدم شناسایی دقیق افرادی که اپی لپسی دارند مشکل می باشد. در این گایدلاین گروههای سنی بصورت زیر تعریف می شود:

- کودک : یک ماهه تا ۱۱ ساله
- افراد جوان : ۱۲ تا ۱۷ ساله
- بالغین : ۱۸ سال و بالاتر

مدیریت Management

- ✓ متخصصان بهداشت و درمان باید یک روش مشاوره ای را با کودکان، افراد جوان و بالغین مبتلا به صرع بوجود آورند. بطوریکه این بیماران در مورد مراقبت های بهداشتی و درمانی خود مشارکت داشته باشند.
- ✓ همه کودکان، جوانان و بزرگسالان مبتلا به صرع باید یک برنامه مراقبت جامع داشته باشند به گونه ای که بین فرد و خانواده و یا سرپرست وی بعنوان ارائه دهندگان مراقبت های اولیه و ثانویه به توافق رسیده باشد (۲۰۰۴).
- ✓ داروهای ضد صرع (AED s) باید بر اساس نوع تشنج، سندروم های اپی لپتیک، Co-medication، co-morbidity و بر اساس سن و شیوه زندگی هر بیمار تجویز شوند. (۲۰۰۴)

بررسی ها و ارجاع

- همه ی کودکان، افراد جوان، بالغین مبتلا به اپی لپسی باید یک برنامه سازمان یافته ی منظم داشته باشند. در کودکان و افراد جوان این بررسی باید حداقل سالانه (ممکن است برحسب نیاز هر ۳ تا ۱۲ ماه باشد) و توسط یک متخصص انجام شود. این بررسی در بزرگسالان باید حداقل سالانه و توسط یک پزشک عمومی و یا متخصص انجام شود که به چگونگی کنترل اپی لپسی و یا داشتن یک شیوه زندگی خاص بستگی دارد.
- در صورت عدم کنترل تشنج و یا شک به تشخیص یا شکست درمانی، کودکان، افراد جوان و یا بالغین باید هرچه زودتر جهت بررسی های تشخیصی بیشتر به سرویس تخصصی ارجاع شوند.
- در صورتیکه درمان ادجوانت موثر نبوده و یا تحمل نشود، با یک متخصص اپی لپسی مشاوره کنید و یا بیمار را ارجاع دهید.

درمان خط اول در کودکان، افراد جوان و یا بالغین با تشنج GTC تازه تشخیص داده شده

- والپروات سدیم بعنوان درمان خط اول در کودکان، افراد جوان و بالغین با تشنج GTC تازه تشخیص

- داده شده پیشنهاد می‌شود. به یاد داشته باشید که والپروات سدیم تراتوزنیک می‌باشد.
- در صورتی که والپروات سدیم مناسب نباشد لاموتریژین پیشنهاد می‌شود.
- اگر بیمار تشنج میوکلونیک دارد و یا مشکوک به تشنج میوکلونیک جوانان هستید (JME) آگاه باشید که لاموتریژن ممکن است باعث برانگیخته شدن تشنج‌های میوکلونیک شود.
- کاربامازپین و اکس کاربازپین را هم در نظر داشته باشید ولی توجه کنید که این دو دارو باعث برانگیخته شدن تشنج‌های ابسنس یا میوکلونیک می‌شوند.
- در صورتیکه درمان ادجوانت در کودکان، افراد جوان و بالغین با تشنج ابسنس غیرموثر باشد و یا تحمل نشود با یک متخصص اپی‌لپسی مشورت کنید و یا بیمار را ارجاع دهید و کلونازپام، کلونازپام، ل و تیراستام، توپیرامات و زونیسامید را در نظر داشته باشید.
- در صورتیکه با یک نوزاد با اسپاسم‌های نوزادی مواجه شدید با یک متخصص در زمینه اپی‌لپسی کودکان مشورت کنید و یا بیمار را ارجاع دهید.
- در صورتیکه با یک کودک مشکوک به سندرم Dravet مواجه شدید با یک متخصص در زمینه اپی‌لپسی کودکان مشورت کنید و یا بیمار را ارجاع دهید.
- در صورتیکه درمان ادجوانت در کودکان، افراد جوان و بالغین مبتلا به IGE (صرع ژنرالیزه ایدیوپاتیک) موثر نباشد و یا تحمل نشود با یک متخصص در زمینه اپی‌لپسی مشورت کنید و یا بیمار را ارجاع دهید و کلونازپام و کلونازپام و یا زونیسامید را در نظر داشته باشید.
- در صورتیکه درمان ادجوانت در کودکان، افراد جوان و بالغین با صرع ابسنس کودکی، صرع ابسنس جوانی و یا سندرم‌ها دیگر صرع ابسنس غیرموثر باشد و یا تحمل نشود با یک متخصص در زمینه اپی‌لپسی مشورت کنید و یا بیمار را ارجاع دهید و کلونازپام، لوتیراستام، توپیرامات و یا زونیسامید را در نظر داشته باشید.

ارجاع اپی‌لپسی مقاوم یا کمپلکس

- همه کودکان، افراد جوان و بالغین مبتلا به اپی‌لپسی باید از طریق پزشکان متخصص در هنگام نیاز به یک مرکز مجهز دسترسی داشته باشند.
- در صورتیکه تشنج کنترل نشود و یا شک تشخیصی وجود داشته باشد و یا با شکست درمانی مواجه شویم کودکان، افراد جوان و بالغین باید هرچه زودتر جهت بررسی‌های بیشتر به یک سرویس مجهز ارجاع شوند.

در صورتیکه حداقل یکی از کرایتریای زیر وجود داشته باشد بیمار باید ارجاع شود:

- اپی‌لپسی که بعد از دو سال درمان دارویی کنترل نشده است.
- اپی‌لپسی که با دو دارو کنترل نشده است.

- سن زیر دو سال
- کودکان، افراد جوان و بالغین که دچار عوارض جانبی ناخواسته داروها شده و یا ریسک ابتلا به عوارض جانبی را دارد.
- وجود ضایعه ساختاری یک طرفه
- وجود همزمان مشکلات روانی
- شک به تشخیص به گونه ای که به ماهیت تشنج و یا سندرم‌های تشنجی مشکوک باشیم.

❖ تشخیص و مدیریت اپی‌لپسی در سال‌های اولیه زندگی در کودکان ممکن است بسیار چالش برانگیز باشد. به همین دلیل کودکان مشکوک به اپی‌لپسی باید سریعاً به مراکز مجهز ارجاع شوند. چون تأثیرات روانی، رفتاری و تکاملی عمیق ممکن است با تشنج‌های ادامه دار مرتبط باشد.

❖ در پس رفت تکاملی و یا رفتاری و یا عدم توانایی در تشخیص سندرم اپی‌لپسی در کودکان، فرد جوان و بزرگسال باید هرچه سریعتر ارجاع به مراکز تخصصی انجام شود.

❖ یک سرویس مجهز باید شامل یک تیم چند رشته ای باشد که در زمینه بررسی کودکان، افراد جوان و بالغین مبتلا به اپی‌لپسی با تجربه بوده و دسترسی کافی به تجهیزات و وسایل درمانی شامل دارویی و جراحی باشد.

❖ متخصصین تیم چند رشته‌ای که در مدیریت اپی‌لپسی دخیل می‌باشند باید شامل روانپزشکی، روانشناسی، کاردرمانی، مشاوره، نوروفیزیولوژی، کار اجتماعی، متخصصین پرستاری بالینی، نورولوژی، نوروسرجری و بیهوشی نورولوژی باشد. تیم‌ها باید امکانات دسترسی به MRI, VIDEO, TELEMETRY داشته باشند.

❖ جراح مغزو اعصاب در تیم چند رشته ای باید تجربه تخصصی و یا آموزش جراحی اپی‌لپسی را داشته و به امکانات Invasive EEG recording دسترسی داشته باشند
باید به کودکان، افراد جوان و بالغین و خانواده سرپرست آنها درباره دلایل درنظر گرفتن عمل جراحی به خوبی توضیح داده شود. مزایا و خطرات احتمالی جراحی باید قبل از گرفتن رضایت آگاهانه کاملاً برای بیمار توضیح داده شود.

رژیم کتوژنیک

- کودکان، افراد جوان مبتلا به صرع که به داروهای ضدصرع مناسب پاسخ نمی دهند جهت درنظر گرفتن استفاده از رژیم کتوژنیک به یک متخصص در زمینه اپی‌لپسی کودکان ارجاع دهید.

تشخیص

- تشخیص اپی‌لپسی در بالغین باید توسط یک پزشک با آموزش و مهارت در زمینه اپی‌لپسی داده شود.

- تشخیص اپی لپسی در کودکان و افراد جوان باید توسط یک متخصص اطفال با آموزش و مهارت در زمینه اپی لپسی داده شود.
- ممکن است که امکان تشخیص قطعی اپی لپسی وجود نداشته باشد، در صورتیکه تشخیص واضحاً تایید نشده باشد، بررسی‌های بیشتر و یا ارجاع به یک متخصص را باید در نظر داشت.
- بیماران باید بصورت منظم و پیوسته پیگیری شوند.

پیگیری پس از اولین تشنج

✓ کودکان و افراد جوان و بالغین که با حملات مشکوک تشنجی به بخش اورژانس و یا تصادفات مراجعه میکنند در ابتدا باید تحت نظر قرار گیرند و ویزیت شوند. معاینه اولیه باید توسط یک پزشک اطفال و یا پزشک بزرگسالان انجام شود و در صورت شک به حمله تشنجی به متخصص ارجاع دهد (۲۰۰۴)

✓ شرح حال کاملی از خانواده بیمار گرفته شود (۲۰۰۴)

✓ توصیه می‌شود تمام کودکان و افراد جوان که حمله اولیه تشنج بدون تب داشته اند در اسرع وقت توسط یک متخصص ویزیت شوند تا اینکه تشخیص دقیق مشخص شده و در صورت نیاز درمان‌های لازم شروع شود (۲۰۰۴)

EEG •

✓ کودکان، افراد جوان و بالغین نیاز به EEG دارند، که باید پس از درخواست سریعا انجام شود.

✓ EEG در بزرگسالان بعنوان تایید کننده تشخیص در افراد با حمله تشنج که مشکوک به اپی لپسی هستند کاربرد دارد. (۲۰۰۴)

✓ EEG در کودکان و افراد جوان برای تایید تشخیص اپی لپسی باید انجام شود در صورتیکه انجام EEG ضرورت داشته باشد، باید پس از حمله تشنجی دوم انجام شود، اما ممکن است در شرایط خاص طبق نظر متخصص انجام آن ضرورت یابد که پس از اولین حمله تشنج انجام می‌شود. (۲۰۰۴)

✓ در موارد مشکوک به سنکوپ نباید EEG انجام شود چون احتمال مثبت کاذب بالا می‌باشد.

✓ EEG برای رد اپی لپسی در افرادی که تابلوی بالینی آن به نفع تشخیص حوادث غیر صرعی می‌باشد، نباید انجام شود (۲۰۰۴)

✓ EEG به تنهایی نباید برای تشخیص اپی لپسی انجام شود.

✓ انجام EEG های مکرر در مواردی که تشخیص اپی لپسی و یا سندروم نامشخص است ممکن است کمک کننده باشد. با این وجود در صورتیکه تشخیص ثابت شده باشد تکرار EEG ها مفید بنظر نمی‌رسد (۲۰۰۴)

- تصویربرداری نورولوژی (Neuroimaging)
 - ✓ MRI بعنوان روش انتخابی در کودکان، افراد جوان و بالغین می‌باشد.
 - ✓ تصویربرداری نورولوژیک نباید بطور روتین در کسانی که برایشان تشخیص اپی لپسی ژنرالیزه گذاشته شده است درخواست شود.

- MRI در موارد زیر مهم است :
 - ✓ کسانی که قبل از دو سالگی و یا بزرگسالی دچار اپی لپسی می‌شوند.
 - ✓ کسانی که سابقه شروع کانونی حملات و یا معاینات EEG دارند (مگر در کسانی که برای آنها تشخیص صرع کانونی اولیه گذاشته شده است).
 - ✓ در کسانی که حمله تشنجی علی رغم درمان خط اول همچنان ادامه دارد.

در مواردی که MRI در دسترس نمی‌باشد و یا کنتراندیکه است و همچنین در کودکان و یا در افراد جوانیکه برای گرفتن MRI باید بیهوشی عمومی اعمال شود باید بجای MRI از CT استفاده کرد.(۲۰۰۴)

- آزمایشات دیگر
 - ✓ اندازه گیری پرولاکتین سرم برای تشخیص اپی لپسی توصیه نمی شود.(۲۰۰۴)
 - ✓ در بزرگسالان تست‌های آزمایشگاهی مانند الکترولیت ها، گلوکز و کلسیم سرم برای تشخیص علل و یا شناسایی همراهی عوارض باید اندازه گیری شود.(۲۰۰۴)
 - ✓ در بزرگسالان مشکوک به تشنج باید یک 12-lead ECG گرفته شود.
 - ✓ در کودکان و افراد جوان در صورت ابهام تشخیص باید یک 12-lead ECG گرفته شود.

- درمان دارویی
 - ✓ در صورتیکه علی رغم مصرف دوز مطلوب از داروی خط اول ضد صرع، حملات تشنجی همچنان ادامه پیدا میکند، تشنج اپی لپسی نیاز به بررسی دقیق تری دارد.
 - ✓ توصیه می‌شود که کودکان، افراد جوان و بالغین از داروهای ضد صرع از یک شرکت خاص استفاده نمایند(۲۰۱۲)
 - ✓ توصیه می‌شود که کودکان، افراد جوان و بالغین در صورت امکان با یک داروی ضدصرع تحت درمان قرار گیرند (منوتراپی) در صورتیکه درمان اولیه موفقیت آمیز نبود، درمان تک دارویی دیگری گذاشته شود. احتیاط در طی تغییر دارو نیاز است (۲۰۰۴)
 - ✓ در صورتیکه یک داروی ضد صرع (AED) بدلیل عوارض جانبی یا ادامه حمله تشنجی شکست خورد، داروی دوم باید شروع شود. ممکن است داروی خط اول جایگزین و یا داروی خط دوم باشد و تا حد

- ✓ دوز کافی و یا تا حد اکثر دوز ساخته شده است و سپس داروی اول بتدریج قطع می‌شود.
- ✓ در صورتیکه داروی دوم هم کمک کننده نباشد، داروی اول و دوم باید تدریجاً قطع شوند و داروی دیگری با توجه به اثربخشی، عوارض جانبی و چگونگی تحمل داروهای دیگر انتخاب شود. (۲۰۰۴)
- ✓ درمان چند دارویی فقط در زمانی توصیه می‌شود که حمله تشنجی به درمان تک دارویی با AEها پاسخ نداده باشد. (۲۰۰۴)
- ✓ اگر از کاربامازپین در درمان استفاده شود از فرآورده‌های CONTROL-RELEASE کاربامازپین استفاده شود. (۲۰۱۲)
- ✓ زمانیکه برای زنان و دخترانی که در سن باروری هستند، سدیم والپروات تجویز می‌کنیم باید در مورد خطر احتمالی ایجاد ناهنجاری و اختلالات عصبی (Neurodevelopmental) در جنین، در موارد مصرف دوزهای بالای این داروی ضد تشنج یا در موارد پلی تراپی توضیح دهیم (۲۰۱۲)

درمان دارویی

- ✓ درمان دارویی ضدصرع باید زمانی که تشخیص قطعی شد شروع شود، مگر در شرایط خاص که نیاز به بحث و توافق بین پزشک، متخصص، بیمار و یا خانواده بیمار وجود داشته باشد. (۲۰۰۴)
 - ✓ درمان دارویی ضدصرع در بزرگسالان باید طبق توصیه یک متخصص شروع شود. (۲۰۰۴)
 - ✓ درمان دارویی ضدصرع در بچه‌ها و افراد جوان باید توسط یک متخصص شروع شود. (۲۰۰۴)
 - ✓ درمان دارویی ضدصرع بطور کلی پس از حمله دوم تشنجی شروع می‌شود. (۲۰۰۴)
- درمان دارویی ضدصرع در افراد زیر باید در اولین حمله تشنجی غیر برانگیخته در نظر گرفته شود:
- ✓ کودک، فرد جوان و یا فرد بزرگسالی که نقص نورولوژیکی دارد.
 - ✓ EEG فعالیت اپی لپتیک واضح را نشان می‌دهد.
 - ✓ کودک، فرد جوان و یا افراد بزرگسال و خانواده شان ریسک بزرگ و غیرقابل قبول تشنج را دارند.
 - ✓ تصویربرداری‌های مغزی نشان دهنده ی اختلالات ساختاری می‌باشد.

پاراداری

- زنان مبتلا به اپی‌لپسی طی بارداری به اطلاعات دقیقی نیاز دارند و برای تمامی زنان و دختران مبتلا به اپی‌لپسی که تصمیم به قطع درمان ضدصرع را دارند باید در مورد احتمال SUDEP (مرگ ناگهانی دز اثر تشنج) و epilepticus status توضیح داده شود.
- زنان و دختران مبتلا به تشنج تونیک _کلونیک ژنرالیزه باید اطلاع داشته باشند که جنین ممکن است

در طول یک حمله تشنجی در معرض خطر نسبتا بالاتری باشد، اگرچه خطر مطلق بسیار پایین باقی می ماند و سطح خطر ممکن است به فرکانس تشنج بستگی داشته باشد.

- بطور کلی به زنان و دختران باید اطمینان داد که ریسک حمله تشنجی تونیک کلونیک طی زایمان و ۲۴ ساعت پس از تولد پایین می باشد. (۱_۴٪)
- دختران و زنان بارداری که داروهای ضد تشنج استفاده میکنند باید یک سونوگرافی با وضوح بالا برای بررسی آنومالی ساختاری انجام دهند. این اسکن باید در هفته ۲۰-۱۸ بارداری توسط یک سونوگرافیسیت آموزش دیده انجام شود اما اسکن کردن قبل از آن امکان شناسایی زودتر ناهنجاریها را فراهم می کند.
- همه کودکانی که از مادران مصرف کننده داروهای ضد تشنج بدنیا می آیند باید در لحظه تولد ویتامین K 1mg دریافت کنند.

تغذیه پاشیر مادر

- همه زنان و دختران مبتلا به اپی لپسی باید به شیردادن تشویق شوند مگر در شرایط خیلی نادر بطور کلی شیر دادن برای بیشتر زنان و دخترانی که داروهای ضد تشنج مصرف میکنند بی خطر است و باید تشویق شوند. با این حال هر مادری باید در انتخاب روش تغذیه ای که مناسب ترین روش برای خودش و خانواده اش باشد مورد حمایت قرار گیرد.

حملات تشنجی مکرر و یا طول کشنده STATUS APILEPTICUS

- درمانهای خط اول برای کودکان، افراد جوان و بالغین با حمله تشنجی در خارج از بیمارستان
- ✓ مراقبت ها و درمانهای اضطراری و اورژانسی را برای کودکان، افراد جوان و بالغین که دچار حمله تشنجی طول کشیده (بیشتر از ۵ دقیقه) و یا تکرار شونده (۳ حمله یا بیشتر در یک ساعت) شده اند، فراهم کنید. (۲۰۱۲)
 - ✓ برای کودکان، افراد جوان و یا بالغینی که سابقه حملات تشنجی طول کشیده و یا تکرار شونده داشته اند فقط میدازولام بوکال (مخاطی) و یا دیازپام رکتال تجویز کنید. (۲۰۱۲)
 - ✓ در کودکان، افراد جوان و بالغینی که حملات تشنجی طول کشیده و یا تکرار شونده دارند بعنوان خط اول درمان میدازولام بوکال تجویز کنید. در صورتیکه میدازولام بوکال در دسترس نباشد، از دیازپام رکتال استفاده کنید. اگر اقدامات احیا فراهم بود و برای بیمار رگ گرفته شده است لورازپام وریدی تجویز کنید. (۲۰۱۲)
 - ✓ مراقبت های اولیه باید در جهت حفظ راه هوایی بیمار و برقراری تنفس و عملکرد قلبی باشد. (۲۰۰۴)
- بر اساس پاسخ به درمان و وضعیت بیمار در موارد زیر با آمبولانس تماس بگیرید:

- حمله تشنجی که بیشتر از ۵ دقیقه بعد از اقدامات اولیه اورژانسی ادامه داشته باشد.
- فردی که سابقه حملات مکرر از تشنجهای تکرار شونده و یا استاتوس اپیلتیکوس دارد و یا اینکه اولین حمله تشنجی است که نیاز به اقدامات اورژانسی پیدا کرده است.
- مشکلات و نگرانی هایی در مورد پایش راه هوایی، تنفس، گردش خون و یا علائم حیاتی دیگر وجود دارد (۲۰۱۲)

درمان استاتوس اپیلتیکوس در بیمارستان

درمان استاتوس اپیلتیکوس در بالغین (منتشر شده در سال ۲۰۰۴)

	اقدامات عمومی
وضعیت اولیه	<p>قدم اول (0- 10 min)</p> <p>برقراری راه هوایی و احیای بیمار</p> <p>تجویز اکسیژن</p> <p>برقراری عملکرد قلبی</p> <p>برقراری راه وریدی</p>
	<p>قدم دوم (0-30 min)</p> <p>برقراری مانیتورینگ منظم</p> <p>توجه به احتمال وضعیت غیر تشنجی</p> <p>اقدامات اورژانسی</p> <p>تجویز گلوکز % SOML of slution و در صورت شک به سوء مصرف الکل و یا سوء تغذیه تیامین وریدی (250 mg) مانند parbinex وریدی</p> <p>در صورت شدید بودن درمان اسیدوز</p>
وضعیت پایدار Stablshed status	<p>قدم سوم (0-60 min)</p> <p>تعیین اتیلوژی</p> <p>هشدار به نتخصصین بیهوشی ITU</p> <p>شناسایی و درمان عوارض پزشکی</p> <p>درمان پرسور در صورت نیاز</p>
وضعیت مقاوم Refractory status	<p>قدم چهارم (30-90 min)</p> <p>انتقال به بخش مراقبت های ویژه</p> <p>برقراری مراقبت ویژه و مانیتورینگ EEG</p> <p>مانیتورینگ اولیه فشار داخل مغزی در صورت نیاز</p> <p>درمان AED وناسب و طولانی مدت اولیه</p>

<p>بررسی های اورژانسی</p> <p>نمونه خون باید گرفته شود و جهت بررسی گازهای خونی، گلوکز، عملکرد کبد و کلیه، کلسیم، منیزیم، شمارش کلی خون (شامل پلاکت ها)، لخته شدن خون، سطح خونی داروهای AED فرستاده شود. 5ml از سرم و 50ml از نمونه ادراری باید برای آنالیز در آینده نگه داشته شود که شامل توکسیکولوژی می باشد. بخصوص در مواردی که علت تشنج نامشخص باشد. رادیو گرافی قفسه سینه برای بررسی احتمال آسپیراسیون باید گرفته شود.</p> <p>بررسی های دیگر بر اساس شرایط کلینیکی انجام می شود که ممکن است شامل تصویر برداری مغزی و LP باشد.</p>
<p>مانیتورینگ</p> <p>نظارت نورولوژیکی و اندازه گیری پالس و فشار خون و درجه حرارت بطور منظم انجام شود.</p> <p>ECG، بیوشیمی، گازهای خونی، لخته خون، CBC و سطح دارویی باید بررسی شود. بیماران به طیف گسترده ای از خدمات ITU نیاز دارند و مراقبت باید با مشارکت متخصص بیهوشی و متخصص مغز و اعصاب انجام شود.</p> <p>ECG monitoring برای وضعیت های مقاوم به درمان ضروری است. در استاتوس ایلپتیکوس مقاوم به درمان، نقطه پایان اولیه، سرکوب فعالیت اپی لپتیک در EEG با نقطه پایان ثانویه با الگوی سرکوب پشت سرهم است (که فواصل زمانی کوتاه تا یک ثانیه بین تکرارهای ریتم پس زمینه دارد)</p>

درمان AED اورژانس برای تشنج استاتوس ایلپتیکوس (منتشر شده در سال ۲۰۰۴)

<p>مرحله قبل بیمارستان</p> <p>دiazepam رکتال ۱۰-۲۰mg، در صورت تداوم حمله تشنجی هر ۱۵ دقیقه قابل تکرار است یا میدازولام بوکال ۱۰mg در صورت ادامه تشنج بصورت زیر درمان کنید.</p>	
<p>وضعیت اولیه</p> <p>لورازپام وریدی ۱mg/kg، بطور معمول ۴mg بولوس که بعد از ۱۰-۲۰ min قابل تکرار است.</p> <p>اگر بیمار تحت درمان است، درمان AED معمول را بدهید.</p> <p>برای کنترل مستمر یا در صورتیکه تشنج ادامه دارد. درمان به شرح زیر می باشد.</p>	
<p>وضعیت پایدار</p> <p>انفوزیون فنی توپین با دوز ۱۵-۲۰mg/kg با سرعت ۵۰mg/min یا فوس فنی توپین با دوز ۱۵-۲۰mg فنی توپین معادل (PE)/kg با سرعت ۵۰-۱۰۰ mg PE/-۵۰ min ویا بولوس فنوباریتال ۱۰-۱۵mg با سرعت ۱۰۰mg/min</p>	
<p>وضعیت مقاوم به درمان</p> <p>بیهوشی عمومی با یکی از داروهای :</p> <p>بولوس پروپوفول ۱-۲mg/kg سپس ۲-۱۰mg/kg در ساعت ✓</p> <p>بولوس میدازولام ۰,۱-۰,۲ mg/kg سپس ۰,۰۵-۰,۵ mg/kg در ساعت ✓</p> <p>بولوس تیوپنتال سدیم ۳-۵mg/kg سپس ۳-۵ mg/kg در ساعت. ✓</p> <p>بعد از ۳ تا ۲ روز استراحت سرعت انفوزیون باید کاهش پیدا کند.</p> <p>داروی بیهوشی باید مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از آخرین حمله تشنجی الکتروگرافیک یا کلینیکی ادامه پیدا کند و سپس بتدریج کاهش یابد.</p>	

درمانهای دارویی ضدصرع باید به موازات اقدامات اورژانسی انجام شود. داروی انتخابی بستگی به درمانهای قبلی، نوع صرع و وضعیت کلینیکی دارد.

گایدلاین درمان STATUS APILEPTICUS در اطفال (منتشر شده در سال ۲۰۱۱)

زمان ۰ دقیقه (قدم اول)	شروع تشنج، چک ABC، اکسیژن با حجم زیاد در صورت در دسترس بودن چک گلوکز خون	تایید کلینیکی حمله تشنجی
۵ دقیقه (قدم دوم)	میدازولام بوکال ۰,۵mg/kg یا لورازپام وریدی ۰,۱mg/kg در صورت داشتن راه وریدی	میدازولام ممکن است توسط والدین یا سرپرست بیمار در خارج بیمارستان به بیمار داده شده باشد.
۱۵ دقیقه (قدم سوم)	لورازپام وریدی ۰,۱mg/kg	این مرحله باید در بیمارستان انجام شود. جهت کمک با شخص ارشد تماس گرفته شود. فنی تونین جهت قدم چهارم آماده شود. وجود حمله تشنجی مجدداً تایید شود.
۲۵ دقیقه (قدم چهارم)	فنی توین ۲۰mg/kg وریدی طی مدت ۲۰ دقیقه یا فنوباریتال ۲۰mg/kg وریدی طی مدت ۵ دقیقه	پاراآلدهید ۰,۸ mg/kg که بعد از شروع انفوزیون فنی توین داده می‌شود ممکن است توسط شخص ارشد تجویز شود.
۴۵ دقیقه (قدم پنجم)	القاء سریع بیهوشی با استفاده از تیونیتال سدیم ۴mg/kg داخل وریدی	انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه کودکان

STATUS EPILEPTICUS غیر صرعی در کودکان و بالغین (گایدلاین ۲۰۰۴)

این وضعیت نسبت به وضعیت اپی‌لپسی تونیک-کلونیک کمتر شایع می‌باشد. درمان استاتوس غیر تشنجی فوریت کمتری نسبت به اپی‌لپسی تشنجی دارد. درمان باید بصورت زیر باشد:

- ✓ درمان AED خوراکی نگهدارنده
- ✓ استفاده از بنزودیازپین‌های وریدی تحت کنترل EEG، بخصوص زمانی که تشخیص مشخص نمی‌باشد، تایید نشده است.
- ✓ ارجاع جهت مشاوره تخصصی و مانیتورینگ EEG

