

MIGRÉNA U ŽEN STŘEDNÍHO VĚKU

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA PEŠKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S.
V PRAZE



Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Všeobecná sestra

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s použitím své bakalářské práce k studijním účelům.

V Praze dne.....

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat za podnětné rady a odborné vedení mé bakalářské práce panu Prof. MUDr. Zdeňkovi Seidlovi, CSc. Za poskytnutí respondentek pro výzkum, bych chtěla poděkovat MUDr. Olze Kočové, MUDr. Heleně Štróbl-Syrovcové a rehabilitační pracovníci Aleně Jeníkové.

ABSTRAKT

PEŠKOVÁ, Veronika: Migréna u žen středního věku. Bakalářská práce, Vysoká škola zdravotnická o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář, Všeobecná sestra. Vedoucí práce: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Hlavním tématem práce je poukázat na míru závažnosti poškození kvality života v souvislosti s migrénou, u žen středního věku. Teoretická část charakterizuje specifiku migrény, její příčiny vzniku, průběh a projevy, diagnostiku, léčbu a neméně důležitou prevenci. Praktická část charakterizuje výzkumnou práci zaměřenou na zjištění ovlivnění žen migrénou v různých sférách života. Dále, jak se migréna projevuje po zdravotní stránce u dotázaných žen. A zda a jak využívají ženy v boji proti migréně prevenci.

Klíčová slova: migréna, ženy středního věku, kvalita života

ABSTRACT

PEŠKOVÁ, Veronika: Migraine in middle-aged women. Bachelor work, Vysoká škola zdravotnická o.p.s. in Prague. Level of professional qualification: Bachelor, General nurse. Supervisor: Prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.

Main subject of the work is to refer about negative impact on the life quality in middle-aged women in connection with migraine. Theoretical part of the work describes specificity of migraine, causes of creation, process and manifestations, diagnosis, treatment and not less important prevention. Practical part characterizes research work specialized on findings of affection on women by migraine in different aspects of their lives. Further, how migraine manifests polled women in health aspects and whether and how women make use of prevention in fight with migraine.

Keywords: migraine, middle-aged women, quality of life

PŘEDMLUVA

Téma práce vzniklo ve snaze zaměřit se v dané problematice na vliv migrény na kvalitu života u žen středního věku. Především v jaké míře migréna ovlivňuje zdravotní stav žen v jejich rodinném, společenském a pracovním životě. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že migréna je stále podceňovaná nemoc, v podvědomí populace, ač výzkumná zjištění považují migrénu za civilizační chorobu. Tato skutečnost je podnětem pro zjištění, zda doposud přetrvává podceňování populací, v případě této výzkumné práce, žen středního věku.

Výběr tématu práce byl ovlivněn vlastní zkušeností s touto nemocí a poznáním vlivu migrény na život žen v blízkém okolí. Materiál jsem čerpala z knižních publikací a z internetových zdrojů. Práce je určena studentkám zdravotnických oborů. Mohou v ní najít podnětné rady i zdravotnický personál z praxe ve všech zdravotnických oborech a široká veřejnost.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1. MIGRÉNA	10
1.1 Definice migrény	10
1.2 Historie migrény	10
1.3 Patofyziologie migrény	11
2. PŘÍČINY VZNIKU MIGRÉNY	13
2.1 Provokační faktory migrenózního záchvatu	14
2.2 Senzorické podněty	15
2.3 Fyzikální vlivy	15
2.4 Alimentární faktory	16
3. FORMY MIGRÉNY	17
3.1 Migréna bez aury	17
3.2 Migréna s aurou	17
3.3 Status migraenosus	18
3.4 Průběh migrény	19
4. DIAGNOSTIKA	20
5. LÉČBA MIGRÉNY	21
5.1 Nespecifické léky	21
5.2 Specifické léky	22
5.3 Léčba refrakterní migrény a status migraenosus	22
5.4 Profylaktická léčba	22
5.5 Nefarmakologická léčba	23
5.6 Fyzikální léčba	23
5.7 Alternativní léčba akutního záchvatu	23
6. PREVENCE	25
6.1 Preventivní opatření samoléčby	25
6.2 Migrenózní deník	26
7. PROGNÓZA	27

EMPIRICKÁ ČÁST	28
8. VÝZKUM MIGRÉNY	28
8.1 Cíle a hypotézy migrény	28
8.2 Metodika výzkumu	29
8.3 Výsledky výzkumu	30
9. SHRNUTÍ	43
10. DISKUSE	44
ZÁVĚR	47
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
SEZNAM GRAFŮ	49
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	50
PŘÍLOHY	51

ÚVOD

Migréna je specifické onemocnění, které je mnohem rozšířenější, než si většina lidí uvědomuje. Migrénu můžeme považovat za tzv. civilizační chorobu. Postihuje v ČR okolo 850 000 lidí. To co činí migrénu tak závažnou, je silná bolest a omezení pacienta během migrenózního záchvatu. Migréna ovlivňuje všechny oblasti pacientova života. Člověk trpící migrénou je omezen ve svém pracovním, společenském a rodinném životě. Nezřídka vede migréna až k pracovní neschopnosti se souvisejícím ekonomickým dopadem. Navzdory tomu je migréna stále podceňovaným onemocněním, které podle mnoha studií postihuje více ženy, nejčastěji ve středním věku života. K vzhledem k této skutečnosti je obsah této práce zaměřen na zjištění závažnosti dopadu migrény na ženy ve středním věku, dopad na jejich společenský, rodinný a pracovní život. Nadále zjištění osvojení migreniček preventivních opatření, snižující riziko vzniku dalšího záchvatu, a tím zjistit, zda je stále migréna tolik podceňována ženami trpící migrénou.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MIGRÉNA

1.1 DEFINICE MIGRÉNY

Migréna je chronické záchvatovité onemocnění charakterizované atakami, nejčastěji pulzující bolestí hlavy střední nebo těžké intenzity, postihující převážně jednu polovinu hlavy. Záchvat trvá obvykle 4–72 hodin. Součástí záchvatů bývá nauzea, zvracení, přecitlivělost na světlo (fotofobie), zvuky (fonofobie) a často i přecitlivělost na pachy (osmofobie). Silná intenzita bolesti interferuje nejen s pracovní činností, ale mnohdy i se společenským a rodinným životem pacienta. Typickým příznakem je akcentace bolesti při předklonu hlavy či minimální fyzické námaze. Mezi jednotlivými záchvaty se neobjevují příznaky migrény, postižený netrpí ani bolestí hlavy (5).

1.2 HISTORIE MIGRÉNY

První popisy migrény se nacházejí v hieroglyfech a vyobrazeních starých Egyptanů z roku 1000 před n. l. (1). Léčení sahalo od modliteb a zaříkávání až k trepanaci. Znamky trepanace vykazují lebky, datované od roku 7000 př. Kr. Existují důkazy, že trepanace byla prováděna jako léčba úporné migrény ve Francii v 17. století (11).

Řecký lékař Galén (201-131 před n. l.) zavedl pojem hemikrania, tedy jednostranná bolest (1). Hippokrates (460-370 před n. l.) přesně popsal hemikranii se zrakovou aurou, fotofobií a zvracením na vrcholu záchvatu (4).

Skutečné odlišení migrény (hemicrania) od ostatních bolestí hlavy (cephalaea) se nachází poprvé ve spisech Alexandra z Trallesu (6. století). Také předpokládal, že zdrojem bolestí hlavy jsou žaludeční poruchy.

Charles Lepois (16. stol.) se jako první se zamýšlel nad spojitostí mezi migrénou a epilepsií.

Švýcarský lékař J. J. Weber (17. stol.). Byl jeden z prvních, který vyjádřil domněnku, že migrénózní bolest hlavy je spojena s mozkovými cévami, které se rozšiřují.

První moderní, nejobsáhlejší zpracování migrény vyšlo roku 1873 od dr. Edwarda Liveinga, archiváře Královské lékařské společnosti v Londýně. Domníval se, že záchvaty migrény se mohou vyznačovat také oboustrannou bolestí (7).

1.3 PATOFYZIOLOGIE MIGRÉNY

Etiopatogeneze migrény je složitá. Je mnoho dosud nezodpovězených otázek a názory na etiopatogenezi se neustále vyvíjejí. Vzniklo postupně několik základních koncepcí, které odrážely vždy stávající úroveň znalostí.

Vaskulární teorie

Původcem nejstarší a dosud nejnámější vaskulární teorie je H. G. Wolf. Podle této teorie vede spasmus velkých cerebrálních arterií způsobený neurogenní stimulací, stresem nebo jinými faktory. Nejprve dochází k snížení mozkového krevního průtoku v určité oblasti. Vzniklá ložisková ischemie vyvolává auru.

Lokální vazodilatace intraparenchymových cév vede k poklesu v periferním odporu, což zpětně vyvolává lokální dilataci intrakraniálních i extrakraniálních tepen.

Bolest hlavy je způsobena tepovou vlnou narážející na cévní stěnu. Tepová vlna vede k pasivnímu rozšíření arterií. Přitom jsou pasivně natahována nervová zakončení v cévní stěně.

Vaskulární teorie nedokázala však uspokojivě vysvětlit fázi vazokonstrikce (3), (4).

Destičková teorie

Podle této teorie se tvoří destičkové agregáty, ve fázi aury. Serotonin se uvolňuje z destiček a způsobuje tím vazokonstrikci. Poté následuje fáze bolesti hlavy, kdy se zmenšuje destičkové shlukování a hladina serotoninu klesá. Pokles hladiny serotoninu a vznik přecitlivělosti bolestivých receptorů jsou odpovědné za vazodilataci, která je bolestivá.

Dnes se ukazuje, že součástí komplexnějšího etiopatogenetického procesu je serotonin a destičkové shlukování.

Mnoho studií ukázalo, že migrenici mají abnormální destičkovou funkci. Bylo zjištěno zvýšené destičkové shlukování v krvi migreniků odebrané při atakách i mimo ataky. Byl tedy zjištěn pokles serotoninu v destičkách při atakách migrény, ve srovnání s kontrolními jedinci.

Neurogenní teorie

Mechanismus přenesené bolesti

Podle této teorie je u atak migrény zdrojem bolesti aktivace bolestivých vláken trigeminovaskulárního systému. Tato teorie je dnes akceptována a odpovídá typickým migrenózním záchvatům.

Mnohdy se migrenózní bolest považuje za bolest krční páteře nebo se alespoň uvádí vertebrogenní spoluúčast. Často je v závěrech neurologů stav zhodnocen jako „migréna s veretebrogenní složkou“. Záchvatovitý charakter bolesti předcházejí často provokační faktory a jiné charakteristické příznaky migrény.

Migrenózní bolest hlavy je bolest přenesená. Tento názor je současnými poznatky podporován. Bolest je vyvolávána mechanickou a elektrickou stimulací piálních, durálních i venózních sinů, které jsou inervovány trojklaným nervem. Bolest se projevuje v oblastech, které jsou lokalizovány frontálně, retroorbitálně, periorbitálně a temporálně (3).

2. PŘÍČINY VZNIKU MIGRÉNY

Genetické příčiny

Většina lidí migrénou netrpí, a to ani v podmínkách, které migrénu podporují. Vzhledem k této skutečnosti můžeme tedy usuzovat, že se jedná o existenci dědičných předpokladů. Migréna je z části geneticky podmíněná nemoc, čemuž napovídá spousta faktorů. Proto není samozřejmě možné ji v běžném slova smyslu léčit (9). První záchvat migrény se přibližně v polovině případů projeví již před pubertou (12).

Životní prostředí

Migrénu mohou vyvolat u některých lidí i určité změny, např. implantace umělé srdeční chlopně, úraz lebky, užívání některých léků, aj.

Prostředí, ve kterém žijeme, životní události, strava a mnoho jiného, hraje důležitou úlohu v příčině vzniku migrény (9).

Hormonální příčiny

Vliv menstruace a těhotenství na migrénu

Hippokrates poprvé zaznamenal spojitost migrény s menstruací. Migréna se častěji vyskytuje u dospělých žen než u dospělých mužů. Poměr postižených žen a mužů se udává od 2:1 do 3:1. Ve věku 13-15 let je poměr prevalence mezi dívkami a chlapci 1,5:1 ve prospěch dívek a tento poměr v následujících letech stále stoupá.

Ataky migrény u mnoho žen jsou spjaty s fázemi jejich reprodukčního života. Mnoho žen udává souvislost migrenózních záchvatů s menstruací. U některých z nich se migrenózní záchvaty dostávají výlučně s vazbou na tuto periodu. Ataky přicházejí zpravidla těsně před menstruací. Mohou přicházet i v jiném průběhu např. i v období ovulace (3).

Podle jedné studie provedené na Londýnské klinice migrény uvedlo 15% respondentek spojitost prvního záchvatu s obdobím první menstruace (11).

Existuje i vztah mezi těhotenstvím a záchvaty migrény. Bylo pozorováno zlepšení nebo úplné vymizení záchvatů migrény během těhotenství (v průběhu posledních dvou trimestrů), u žen které trpí migrénou bez aury. Opět se však ataky u mnoha z nich objevily v období laktace (3).

2.1 Provokační faktory migrenózního záchvatu

Psychosociální stres

O tom, že migréna má organický původ, nejsou žádné pochybnosti. Velmi důležitou roli při vzniku záchvatů mají i psychologické faktory. Častým provokačním faktorem je akutní stres, také prolongovaný stres přispívá ke zvýšení frekvence atak. Není ovšem prokázáno, že by migrenici byli častěji vystavováni stresovým situacím než lidé, kteří migrénou netrpí. Stres je však často součástí každodenního života. Zdá se, že migrenici reagují na určitý daný stres intenzivněji, než kontrolní jedinci, kteří migrénou netrpí.

Změna počasí

Mnoho pacientů udává jakoukoli změnu nebo druh počasí jako významný provokační faktor při vzniku ataky. Někteří udávají, že jejich ataky vyvolávají hlavně chladné počasí, suché horké větry, bouřky, či rychlý pokles atmosférického tlaku.

Často migrenici udávají bolesti hlavy z hyperbarického prostředí nebo jsou-li vystaveni sníženému atmosférickému tlaku jako při pobytu ve vysokohorském prostředí nebo při letech ve výškách. Ačkoliv až 50% migreniků udává počasí jako spouštěcí faktor svých atak, několik studií speciálně zaměřených na tuto problematiku nezjistilo vztah mezi počtem atak a typem počasí či aktuálním atmosférickým tlakem.

Spánek

Při atace migrény vede u většiny migreniků krátkodobý spánek k úlevě. Provokačním faktorem u některých migreniků může být nedostatek spánku nebo i naopak nadměrný spánek. Tito pacienti by měli vstávat každý den přibližně stejně, což může rovněž přispět k odlišení od tzv. „víkendové migrény při relaxaci“. Další skupina pacientů se budí nejčastěji ráno, se silnou pulzující bolestí hlavy z nočního spánku.

Únava a fyzická námaha

Fyzická námaha či únava mohou vyvolat záchvat migrény. U některých jedinců vzniká bolest hlavy specificky při fyzické zátěži. Bolest hlavy vznikající z námahy, je nejčastěji oboustranná, pulzující a může mít i migrenózní charakter.

Hladovění a dieta

Za další důležitý provokační faktor se považuje půst nebo diety. Při nepřijímání jídla u migreniček provokovalo ataky nejčastěji po 5. hodině nebo po 13. hodině. Soudilo se, že by se nějakým způsobem mohla uplatnit hypoglykemie. K poklesu glykemie však

nedochází před vznikem ataky a při půstu je glykemie fyziologická. Příznivý efekt má ovšem dodání glukózy hladovějícímu migrenikovi. Pokud ataka vzniká jako důsledek zpoždění v jídle, lze ji potlačit nebo zlepšit, pokud se migrenik nají. Jako reakce na jídlo s vysokým obsahem sacharidů se vyvine u většiny jedinců glykemie. Někteří migrenici udávají podstatné zlepšení, jestliže jedí častěji a přejdou na vysokoproteinovou stravu (3).

2.2 Senzorické podněty

Zrakové podněty

U řady migreniků je intenzivní a oslnivé světlo spouštěcím faktorem. Zejména to může být při expozici slunečního světla, odraženému od vody, či sněhu. Pro jiné pacienty jsou provokačním momentem záblesky či jiné blikavé světlo. Tito pacienti se vyhýbají osvětlení zářivkami, stroboskopickému světlu, blikavému světlu v kině a při sledování televize.

Zvukové podněty

Někteří migrenici udávají, že bolest hlavy u nich vyprovokují intenzivní zvuky bijícího či vřestivého charakteru určitého trvání. Z tohoto hlediska jsou typické zvuky v dopravě, od pneumatických kladiv.

Čichové podněty

Řada migreniků udává různé vůně a zápachy jako provokační faktor. Z aromatických vůní jsou to různé parfémy, vody po holení, kolínské vody, spreje na vlasy a šampony. Z ostatních vůní a zápachů se udává nejčastěji cigaretový kouř nebo kouř z doutníku, dále různé benzinové výpary, barvy, laky apod.

2.3 Fyzikální vlivy

Chlad

Vyprovokovat bolest hlavy může i chlad u nechráněné hlavy nízkým teplotám, např. při mrazivém počasí nebo v chladné vodě. Bolest je zpravidla oboustranná a tvoří samostatnou jednotku.

Velká nadmořská výška

Hypoxie, způsobující vzestup NO se nejspíše podílí na vzniku migrény. Hypoxie prodlužuje životnost NO. Hypoxií indukovaná migréna a hypoxická cévní bolest hlavy mohou být způsobeny zvýšenou koncentrací NO.

2.4 Alimentární faktory

Tyramin

Tyramin uvolňuje serotonin z krevních destiček. Tím by se tedy mohl serotonin uplatňovat při rozvoji ataky u alimentární migrény. Mezi potraviny obsahující významné množství tyraminu patří zejména zralé nebo zrající sýry (camembert, čedar, ementál, roquefort), různé kvasnicové výrobky, slanečky, salámy a uzeniny.

Čokoláda

Čokoláda je uváděna rovněž jako provokační faktor, který obsahuje nízkou koncentraci fenylalaninu. Některé sýry a také červené víno obsahuje fenylalanin. Výsledky studií s podáním orálního fenylalaninu na vysokou citlivost migreniků jsou však rozporné.

Citrusové plody

Citrusové plody jsou rovněž uváděny jako provokační faktor. Oktopamin, který je obsažen v citrusových plodech, je schopen vyvolat bolest hlavy u vnímavých jedinců.

Kofein

Kofein je obsažen v kávě, čaji, čokoládě aj. Někteří pacienti udávají, že jejich ataky migrény jsou vyvolány kávou. Ovšem větší konzumace kofeinu může vyvolat i závislost na kofeinu, či po vysazení obvyklé dávky i abstinční příznaky. Při vysazení kofeinu může migrenika s bolestí hlavy provázet také únava, ospalost nebo podrážděnost.

Alkoholické nápoje

20-50% si podle dosavadních studií myslí, že u nich záchvat migrény vyvolává alkohol. Velká Británie považuje za nejvýznamnější alkohol způsobující migrenózní záchvat červené víno. Naproti tomu studie z Evropy považuje bílé víno za hlavního viníka. Pravděpodobně, zde působí nějaký jiný přídatný faktor kromě alkoholu (3).

3. FORMY MIGRÉNY – DLE KLASIFIKACE IHS

3.1 Migréna bez aury (běžná migréna)

Nejčastější formou migrény je běžná migréna a tvoří kolem 65% migrenózních záchvatů (11).

Migréna bez aury se vyskytuje v pravidelných nebo nepravidelných intervalech. V čase mezi jednotlivými záchvaty netrpí migrenik bolestí hlavy, ani jiné příznaky migrény se neobjevují. Může se ale stát, že léky na bolest hlavy zkomplikují migrénu. Záchvat trvá 4-72 hodin. Bolest hlavy je nejčastěji pulzující a postihuje jednu polovinu hlavy. Při chůzi do schodů bolest sílí a často je doprovázená nauzeou, zvracením, přecitlivělostí na hluk, světlo, vůně či pachy (9). Migréna bez aury není provázena žádnou neurologickou symptomatologií (3).

3.2 Migréna s aurou (klasická migréna)

Je to nejdramatičtější forma migrény, která tvoří však pouze kolem 35% všech migrenózních záchvatů (11). Aura jsou ložiskové neurologické příznaky, provázející ataku a lokalizované v mozkovém kmeni či mozkové kůře. Bolest hlavy obvykle předchází aura, může však přetrvávat i během fáze bolesti hlavy nebo i po jejím skončení (3).

Příznaky aury se vyvíjejí rychle a jsou plně rozvinuté do 4 minut (10).

Zraková aura

Nejčastější aura migrény je zraková aura a trvá méně než 60 minut (10). Nejcharakterističtějším příznakem zrakové aury je scintilační skotom.

Zobrazuje se třpytící se „cik-cak“ obrazec, který je lokalizovaný blízko centra zrakového pole a je následován skotomem, tzn. obloukovitou nebo pruhovanou oblastí zkalené ostrosti vidění uvnitř „cik-cak“ obrazce. U části postižených se objevují tzv. fotopsie. Jsou to barevné nebo bílé geometrické blikající, třpytící nebo lesknoucí se obrazce ve tvaru skvrn, teček, hvězdiček, jiskřiček, záblesků nebo pruhů světla.

Senzitivní příznaky jednostranné parestezie a/nebo hyperstezie či anestezie)

Druhými nejčastějšími příznaky jsou senzitivní příznaky. Především jde o mravenčení a brnění, které se nejčastěji objevuje na ruce, stoupá k rameni, dále může i postihnout tvář nebo i část poloviny těla, které může postihnout i dolní končetinu, poté

je postižená část znecitlivěna. Senzitivní příznaky i pouhá necitlivost se mohou objevit současně na ruce, příslušné straně obličeje a jazyka.

Další příznaky

V souvislosti s migrénou se mohou projevit i jiné příznaky. Za zrakových příznaků to mohou být vjemy jako mikropsie (zrakové vnímání předmětů ve zmenšených rozměrech). Ze sluchových příznaků to mohou být vjemy jako syčení, dunění nebo rachot. Z čichových vjemů jsou to silné pachy. Příležitostně u prolongované migrenózní aury byly pozorovány snové stavy, stavy dezorientace, zmatenosti a iluze. Příznaky aury se často objevují postupně za sebou. Mohou se objevit i v jiném pořadí nebo jen určitý typ poruchy (3).

3.3 Status migraenosus

Pokud migrenózní záchvat trvá déle než 72 hodin, pak mluvíme o status migraenosus. Pacienta je třeba hospitalizovat, pokud záchvat trvá déle než tři dny. Infuze zmírňující otok mozku, patří mezi obvyklá léčebná opatření (2). Pacient by měl být vždy při déle trvajících záchvatech pečlivě vyšetřen, aby bylo možné vyloučit nadměrné užívání léků. Nadměrné užívání léků je častou příčinou status migraenosus.

Existují i jiné migrény, které jsou méně běžné např. vzácná oftalmologická přidružená slabost jednoho z očních svalů. Vzácná je také bazilární migréna, pro niž je typická bolest hlavy spojená se závratí, labilitou či obtížemi při mluvení. Hemiplegická migréna je vzácný typ, kdy dochází k opakovanému oslabení jedné poloviny těla (9).

3.4 Průběh migrény

Prodromální stadium (8-48 hodin před začátkem záchvatu)

Prodromální stadium se vyznačuje příznaky, které odkazují na podráždění a selhání různých částí mozku. Prodromální stadium může nastat i několik hodin nebo dokonce i dva dny před začátkem záchvatu. Typickými příznaky jsou:

- podrážděnost nebo naopak velmi dobrá nálada,
- únava spojená s častým zíváním,
- mžítka před očima a/nebo pocit těžké hlavy,
- velký hlad a chuť především na sladké,
- časté močení, hromadění vody v tkáních, nebo zácpa,
- poruchy koncentrace a řeči.

Fáze aury (cca 1 hodina před začátkem záchvatu)

Někteří odborníci na migrénu vnímají auru jako snížené prokrvení cévek uvnitř a vně lebky. Ovšem většina z nich chápe auru jako poruchu při vzniku podráždění, která poté může vést k omezení prokrvení. Ve fázi aury se vyskytují především:

- poruchy zraku (záblesky, výpadky zorného pole, mihotající klikaté čáry)
- poruchy řeči,
- závrať,
- poruchy rovnováhy,
- snížená citlivost nebo příznaky ochrnutí.

Fáze vlastní bolesti hlavy (cca 4-72 hodin)

Právě v této fázi začíná migréna u 80-90% migreniků. Bolest spíše přichází pozvolna. Tuto fázi doprovází nejčastěji doprovodné stavy, jako jsou: nevolnost nebo ztráta chuti, zvracení, přecitlivělost na hluk, světlo, pachy a vůně.

U některých pacientů končí fáze bolesti hlavy zvracením.

Postdromální fáze

Postdromální fáze je fáze odeznění, při níž může docházet k dlouhému močení a pulzující bolest vystřídá bolest tupá. K odeznění bolesti dochází většinou po zvracení nebo po spánku. U některých pacientů ale migréna i přes zlepšení opět propukne po 8-24 hodinách (9).

4. DIAGNOSTIKA

Stanovení diagnózy migrény je především postaveno na pečlivém odběru anamnézy a klinického vyšetření, praktickým lékařem. Je třeba znát charakter a lokalizaci bolesti, všechny doprovodné příznaky i provokační faktory migrény, pokud je pacient zná. Důležité jsou i jiné nemoci, které pacient prodělal, nebo se eventuálně vyskytují v jeho rodině. K jednoznačnému stanovení diagnózy primárních bolestí hlavy, neexistuje žádné pomocné vyšetření. Osobnost lékaře je zde naprosto nenahraditelná (6). K stanovení migrény existuje celá řada dotazníků. Lékař vyplní dotazník s pacientem, nebo pacient může dotazník vyplnit sám (4).

K vyloučení sekundárních bolestí hlavy se mnohdy zbytečně indikují drahá pomocná vyšetření. Praktický lékař se většinou obrací na neurologa, pokud si není zcela jist. Konzultuje také s očním lékařem nebo ORL lékařem k vyloučení např. zánětu dutin. Bývá často postižena i krční páteř, proto je třeba konzultace s rehabilitačním lékařem. Důležité je i vyšetření biochemické a vyšetření krevního obrazu (6).

Z vyšetřovacích metod nejprve indikujeme EEG, které je funkční vyšetření snímající elektrickou aktivitu mozku pomocí elektrod. Další funkční vyšetření je SPECT mozku, které zobrazí prokrvení mozkových laloků.

Morfologická vyšetření jako je CT nebo MR, především vyloučí mozkový nádor, kterého se pacienti nejvíce obávají. Dle definice mezinárodní klasifikace, trvají neurologické příznaky přibližně 7 dní. Na CT či MR se prokáže ischemie (3).

5. LÉČBA MIGRÉNY

V současné farmakoterapie migrény jsou dostupné antimigrenika různých farmakologických skupin, které postihují patogenetický proces na různých úrovních. Medikamentózní léčba migrény je akutní a profylaktická. Léčba akutní se uplatňuje u maximálně dvou atak za měsíc, kdy se léčí pouze ataka. Profylaktická léčba se doporučuje u více než dvou atak za měsíc nebo u menšího počtu atak, ale pokud jedna ataka trvá déle než 2 dny.

Léčba akutního záchvatu

Léčba akutního záchvatu migrény se dělí na léčbu specifickou a nespecifickou.

5.1 Nespecifické léky

Jednoduchá analgetika

V počáteční fázi akutního záchvatu si obvykle vystačíme s jednoduchými analgetiky jako je paracetamol nebo acetylsalicylová kyselina, zejména pokud jde o záchvaty malé nebo střední intenzity.

Antiemetika

Antiemetika se podávají pro omezení zvracení, které často doprovází migrenózní ataku. Vhodná jsou antiemetika, která mají prokinetické vlastnosti, takže kromě antiemetického účinku i normalizují motilitu gastrointestinálního traktu. Účinek těchto látek urychluje ústup bolesti hlavy. Ideální antiemetika jsou například metoklopramid a domperidon.

Nesteroidní Antiflogistika

Nesteroidní antiflogistika jsou další možností v léčbě akutní ataky. Působí analgeticky, antipyreticky a protizánětlivě. Patří sem acetylsalicylová kyselina (aspirin), deriváty propionové kyseliny (ibuprofen, naproxen, ketoprofen) a tolfenamová, flufenamová a mefenamová kyselina.

Námelové přípravky

Jedná se o částečně specifická antimigrenika, které mají vysokou schopnost se slučovat s různými typy receptorů. Patří sem hlavně ergotamin nebo dihydroergotamin. Ergotamin je lék, který dlouhou dobu pomáhal migrenikům, více než jiné prostředky proti bolesti. Jeho nepříznivý účinek spočíval v možnosti zesilování atak při delším

užívání. Při počínajícím záchvatu by měl pacient užít nejprve antiemetikum a za 15 minut analgetikum (9)

5.2 Specifické léky

Triptany

Triptany představují kvalitní léčbu migrény. Jsou vysoce účinné a mají širokou použitelnost hlavně v léčbě středně těžkých až těžkých migrenózních záchvatů. Hlavním představitelem je sumatriptan (Imigran), který představuje tzv. „zlatý standart“ v léčbě záchvatů migrény (3). Za dvě hodiny mohou záchvaty úplně odstranit u 20-30% migreniků a u 60% mohou vést k výraznému zlepšení (9).

5.3 Léčba refrakterní migrény a status migraenosus

Léčba pacientů, kteří mají prolongované migrenózní ataky, nebo status migraenosus trvající déle než 72 hodin, je obtížná. Jedním z doporučených postupů je léčba trvající tři nebo i více dnů, opakující se nebo kontinuální intravenózní léčba. Neuroleptika jako např. chlorpromazin nebo prochlorperazin, se osvědčila při léčbě atak rezistentních na léčbu.

5.4 Profylaktická léčba

Profylaktická léčba je indikována u pacientů, kteří mají za měsíc tři a více atak, nebo jsou-li ataky refrakterní nebo prolongované na akutní léčbu anebo pokud je akutní léčba kontraindikována. Profylaktickou léčbu indikujeme i u atak s rizikem trvalého neurologického deficitu, např. u hemiplegické migrény.

Optimální doba podávání léků je minimálně 3 měsíce, dosud se ale diskutuje, někteří doporučují minimální dobu 6 měsíců i více. Pokud se záchvaty zkompenzují, lze snižovat dávky až k vysazení léku. U některých pacientů přetrvává efekt i jistou dobu po vysazení. Profylaktickou léčbu lze aplikovat také epizodicky, pokud jsou známy spouštěcí faktory, např. fyzická zátěž, sexuální aktivita. Mezi nejdůležitější profylaktika patří betablokátory, nesteroidní antirevmatika apod. Byl prokázán profylaktický účinek magnesia a i riboflavinu.

5.5 Nefarmakologická léčba

U nefarmakologické léčby je jediným prokazatelným účinkem kombinace relaxačního tréninku s termální léčbou. Údajně 50% takto léčených pacientů uvedlo snížení četnosti bolestí hlavy na polovinu (3).

5.6 Fyzikální léčba

Obklady na bolestivá místa

Příspěvek k zlepšení stavu během ataky mohou i teplé obklady šíje. Existují důkazy, že odstranit bolest hlavy mohou i rychlé ledové obklady, které se přikládají pod týlovou kost nebo obecně na bolestivá místa, např. na spánky. Masírování kostkou ledu bývá ještě účinnější, ale nemělo by trvat déle než 5 minut, poté by mělo následovat 15 minut pauzy (9).

Masáž a aromaterapie

Masáže jsou užitečné jako metoda relaxace nebo jako prostředek ke snížení napětí ve svalech. Pokud se masáž provádí pravidelně, může minimalizovat stres a zároveň bolest hlavy. Ještě více může prospívat masáž kombinovaná s použitím aromatických olejů.

Akupunktura a Akupresura

Jedná se o léčebné metody patřící do tradiční lidové medicíny na Východě. Jejich využití slouží hlavně k zmírnění či k zastavení právě probíhajícího záchvatu. Metoda akupunktury spočívá v dráždění přesně určených bodů, a to buď jemným tlakem, nebo vpichy. U akupresury pouze prst, sirka nebo propiska, slouží k tlaku na daná místa, která ve spojitosti s migrénou se vyskytují na chodidle, hlavě a šíji (Příloha 1), (11).

5.7 Alternativní léčba akutního záchvatu

Nervová léčba

Nervová léčba spočívá v tom, že lékař aplikuje lokální anestetikum, např. prokain nebo lidokain. Existují různé lokality k aplikaci anestetika, a to následující:

- injekce do všech bolestivých bodů, které pacient uvede,
- injekce do tlakových bodů ve svalech,
- blokáda ganglionu cervicale superius injekcí.

Injekce hořčíku

Americký lékař v roce 1931 vyzkoumal, že migrenózní záchvaty po injekci sulfátu hořčíku jsou méně časté, slabší nebo také na delší dobu ustanou. Tato zkušenost není ojedinělým případem. V Americe u 75% pacientů trpící migrénou zajistila injekce hořčíku zlepšení nebo vymizení migrenózní ataky (9).

6. PREVENCE

6.1 Preventivní opatření samoléčby

Životospráva

Ke snížení frekvence migrenózních atak může vést změna životosprávy. I když migrenik nezná své spouštěče migrenózního záchvatu, četnost migrenózního záchvatu sníží, pokud:

- bude dodržovat pravidelný denní rytmus
- bude dbát na dostatek spánku
- odstraní stresové situace
- přestane nebo alespoň omezí kouření
- omezí příjem soli, koření, aspartamu, potravin překyselujících žaludek, sýrů, červeného vína, čokolády a burákového másla
- si do jídelníčku zařadí rybí tuk, potraviny bohaté na měď (ořechy, semena, olivy, pšeničné otruby) a zeleninu (mrkev, špenát, celer, petržel, červenou řepu, okurky a ředkvičky)
- se bude vyvarovat výrazných změn tlaku (vysokohorské prostředí)
- začne s vytrvalostními sporty jako je např. běh, plavání nebo jízda na kole.
- navštíví odborníky na fyzioterapii, akupunkturu, akupresuru, relaxační techniky, jógu nebo se naučí autogenní trénink (12), (13), (14), (15).

Automasáž

Pacienti trpící migrénou jsou často napjatí v oblasti hlavy, šíje, obličeje. Spouštěcí body, především ve svalech, které působí bolesti i v blízkém okolí, mohou také vést k atace. Automasáž spočívá v masírování celé pokožky hlavy pomocí prstů (Příloha 2).

Jógová stojka

Zakladatel moderního výzkumu migrény H. G. Wolff, před 50 lety zjistil od artistů, že stoj na hlavě pomáhá k odblokování začínajícího záchvatu migrény. Pravidelným prováděním jógové stojky tedy zabraňuje migrenózním záchvatům (Příloha 3), (9).

6.2 Migrenózní deník

Migrenózní deník (kalendář), nám pomůže zjistit možné spouštěcí faktory migrény. Prvním krokem ke snížení četnosti atak, je zjištění spouštěcích faktorů a jejich následná eliminace. V Deníku by určitě neměly chybět následující informace, a to nejlépe 24 hodin zpětně před záchvatem.

- Den záchvatu
- Možné spouštěcí faktory
 - Potraviny a nápoje – vypište, co jste jedli a pili – snídaně, oběd, večeře další konzumace
 - Spánek – poznamenejte, změnu v obvyklém denním režimu
 - Pohyb – zaznamenejte, pokud jste sportovali
 - Práce – příliš mnoho práce nebo stres
 - Zábava – zaznamenejte, jaké bylo prostředí (zakouřené, hlučné a tak dále) a co jste dělali (posezení, tanec, dlouhé stání na koncertě atd.)
 - Ostatní – vše co Vás napadne, ale do kolonek se nevešlo např. začátek a konec menstruačního cyklu.
- Charakteristika záchvatu
 - Popis bolesti – co nejpodrobněji popište, jak a kde Vás hlava bolí
 - Čas a trvání – zaznamenejte, v jakou denní dobu záchvat začal a jak dlouho trval
 - Další obtíže – poznamenejte si, pokud Vás např. trápí světloplachost, poruchy hybnosti, nevolnost atd.
 - Síla záchvatu – Pokuste zaznamenat intenzitu bolesti. Bolest hlavy může být mírná, střední nebo silná.
- Léčba
 - Léky a jejich účinnost – zaznamenejte, jaké léky jste si ke zmírnění bolesti vzali a jak dlouho trvalo, než začaly působit.
 - Ostatní – vše co Vás napadne, ale do kolonek se nevešlo (Příloha 4), (16).

7. PROGNÓZA

Bolestí hlavy stále přibývá a hranice výskytu sahá až do dětských věkových skupin. Moderní léčba však pomáhá problémy spojené s migrénou účinně řešit (5).

Prognosticky lze považovat migrénu za léčitelnou. Zejména pokud se léčba zahájí včas, je pacient schopen do jisté míry eliminovat své provokační faktory. Avšak může dojít k progresi migrény a postupně přecházet do chronicity, pokud není správně léčena (4).

EMPIRICKÁ ČÁST

8. VÝZKUM MIGRÉNY

8.1 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU

Výzkumný problém

Vliv migrény na kvalitu života u žen středního věku.

Výzkumné cíle

Cíl 1. Zjistit, jak migréna ovlivňuje ženy ve středním věku v jejich společenském, pracovním a rodinném životě.

Cíl 2. Zjistit, zda se migréna u žen středního věku, kromě bolesti hlavy, projevuje častěji smyslovými poruchami nebo neurologickými poruchami.

Cíl 3. Zjistit, kolik procent žen středního věku trpící migrénou činí preventivní opatření migrenózního záchvatu.

Výzkumné hypotézy

Hypotéza 1. Předpokládám, že ženy ve středním věku trpící migrénou, migréna častěji ovlivňuje jejich společenský a rodinný život než pracovní.

Hypotéza 2. Předpokládám, že u více než 60% žen středního věku trpících migrénou, se migréna kromě bolesti hlavy, projevuje smyslovými poruchami, než neurologickými poruchami.

Hypotetické tvrzení

Předpokládám, že většina žen středního věku trpící migrénou, činí nejvíce změnu životního stylu k předcházení dalšího migrenózního záchvatu.

8.2 METODIKA VÝZKUMU

Metodika výzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Výzkumnou metodu k získávání informací, jsem zvolila dotazník. Časový plán výzkumu byl v rozmezí měsíci ledna 2008.

Výzkumný vzorec

Výzkumný vzorec tvořily ženy středního věku trpící migrénou. Respondentky byly cíleně vyhledávány u dvou praktických lékařů v Poděbradech, Nymburce, a Lázních Poděbrady. Výběr byl tedy záměrný. Věkové rozmezí jsem stanovila na 35-50 let.

Technika dotazníku

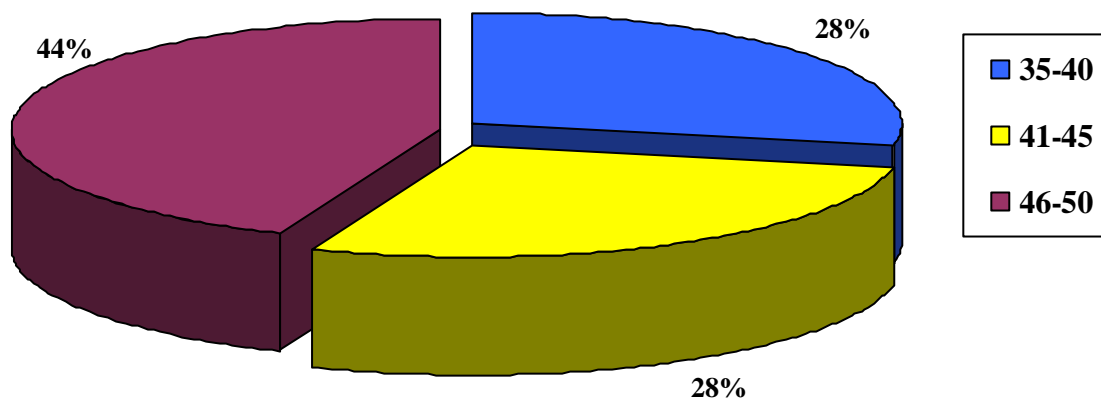
Dotazník obsahoval 13 otázek. V první otázce ženy doplnily svůj věk. Pouze u čtyř otázek mohly respondentky doplnit odpověď, pokud jim nevyhovovaly uvedené odpovědi. Zbylé otázky byly uzavřené. Respondentky mohly vybrat v libovolném počtu své odpovědi.

Dotazníku bylo rozdáno 50. Návratnost dotazníků byla 100%.

8.3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

1. VĚK RESPONDENTEK

Graf 1 Věk respondentek

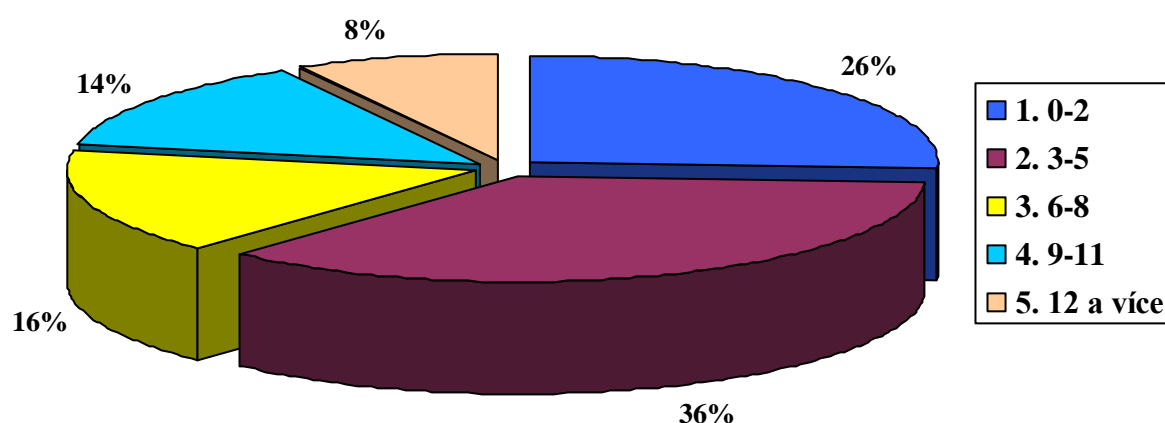


Ženy nejsou jediné, které trpí migrénou. Migréna postihuje všechny osoby různého pohlaví a různé věkové skupiny. Nejčastější prevalence migrény s poměrem žen k mužům je 2:1–3:1. Prevalence je však nejvyšší u žen v nejproduktivnějším, tedy ve středním věku. Mnoho studií udává snížení migrenózních záchvatů v souvislosti s menopauzou v důsledku hormonálních změn. U některých žen však záchvaty přetrvávají i po menopauze.

Věkovou skupinu žen, jsem stanovila v rozmezí 35-50 let. 28% žen byla ve věku 35-40 let. Dalších 28% žen, byla ve věku 41-45 let. Největší procento žen, tedy 44% byla ve věku 46-50 let. Průměrný věk dotázaných žen byl 44 let.

2. ČETNOST MIGRENÓZNÍHO ZÁCHVATU V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH

Graf 2 Četnost migrenózního záchvatu v posledních 12 měsících



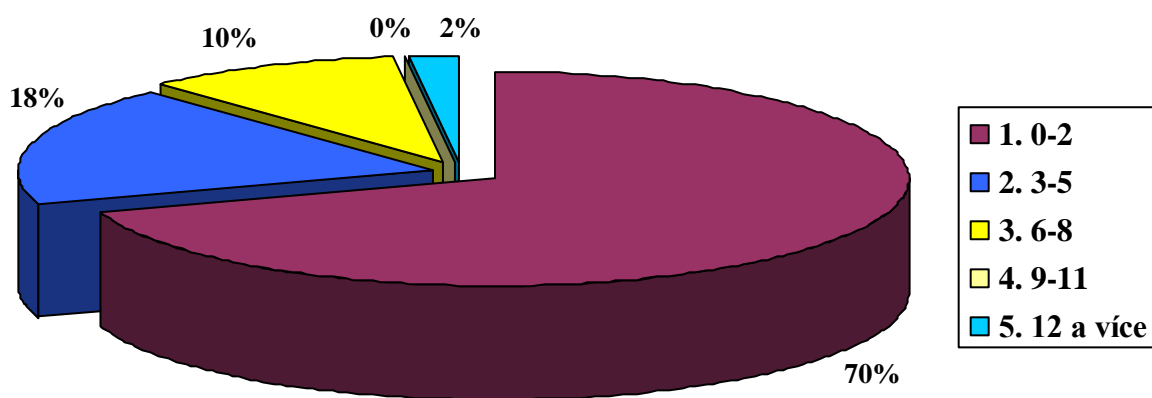
Zjištění četnosti migrenózního záchvatu je důležité pro dotvoření celého obrazu dopadu migrény na život respondentek. Každá žena trpící migrénou má různou četnost migrény. Četnost migrenózních záchvatů se může v průběhu života značně změnit. Vybranou periodu 12 měsíců, jsem zvolila, aby časový interval, byl dostatečně dlouhý.

Nejvíce respondentek, tedy 36%, udává četnost migrenózních záchvatů 3-5krát za rok. 26% žen udává četnost migrény 0-2krát. 16% dotázaných žen má 6-8krát za rok migrenózní záchvat. 14% respondentek postihuje migréna 9-11krát. 12 a vícekrát migréna postihuje 8% žen.

Ženy tedy nejčastěji migréna postihuje 3-5krát do roka. Tato četnost však nepoukazuje na závažnost migrenózního záchvatu. Důležité je i 8% žen, které migréna postihuje 12krát i častěji za měsíc. Tato četnost již poukazuje minimálně na výrazné ovlivnění života.

3. ČETNOST PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH

Graf 3 Četnost pracovní neschopnosti v posledních 12 měsících



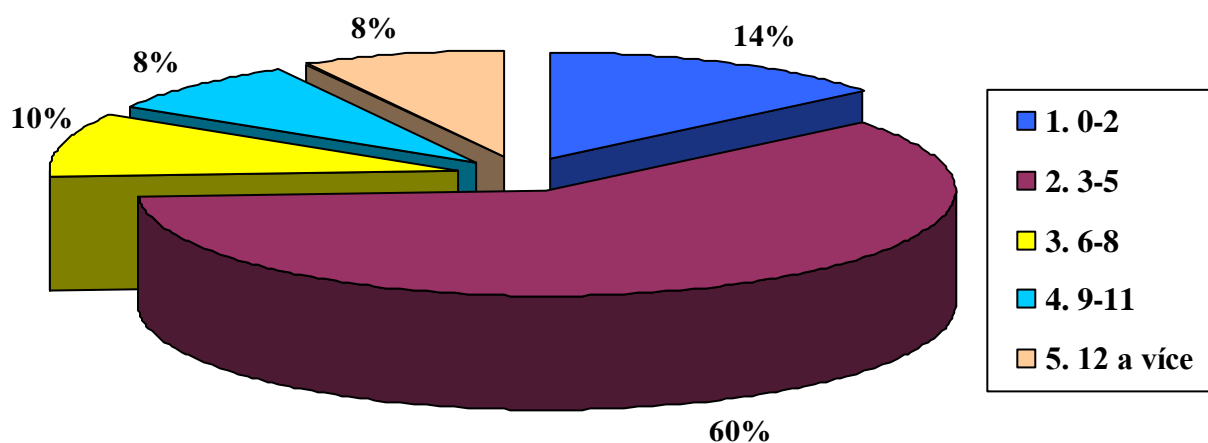
Pracující ženy nemohou dovolit, aby jim nemoc ovlivnila pracovní výkonnost. Pokud jsou ženy během záchvatu v práci, snižuje jim migréna pracovní produktivitu. Podívejme se tedy, jaká je skutečnost.

Až 70% dotázaných žen, měla pracovní absenci v rozmezí do dvou dnů během 1 roku. 18% respondentek, měla absenci v práci 3-5 dní. 10% žen byla v pracovní neschopnosti 6-8 dní. Žádné procento žen s migrénou nebyla v pracovní neschopnosti 9-11 dní. Pouze 2% dotázaných žen nebyla 12 a vícekrát v práci.

Z toho vyplývá, že největší procento žen měla nejmenší pracovní absenci z důvodu migrény, ať už z nízké četnosti migrény nebo z ekonomických či jiných důvodů.

4. ČETNOST ABSENCE SPOLEČENSKÝCH AKTIVIT V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH

Graf 4 Četnost absence společenských aktivit v posledních 12 měsících

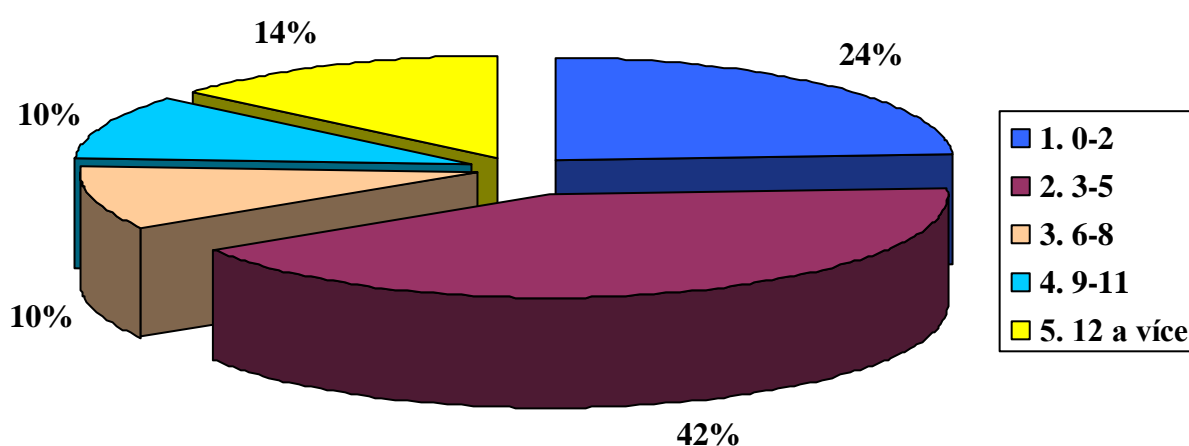


Společenské aktivity jsou nedílnou součástí volného času. Migréna tuto sféru ovlivňuje také, ale do jaké míry?

60% žen musí omezit 3-5krát společenské aktivity během roku. 14% dotázaných musí oželeť společenské akce 0-2krát za rok. 10% respondentek omezí společenskou činnost během roku 6-8krát. 9-11krát do společnosti nezavítá 8% respondentek. Stejně procento žen, 8%, se nemůže věnovat společenským činnostem 12 a vícekrát za rok.

5. ČETNOST ABSENCE RODINNÝCH AKTIVIT V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH

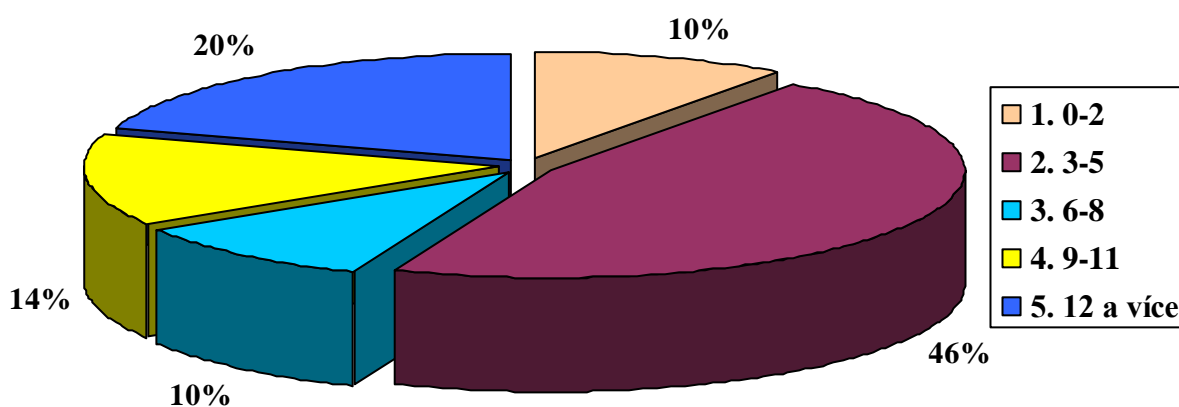
Graf 5 Četnost absence rodinných aktivit v posledních 12 měsících



Rodinné aktivity jsou běžnou součástí každého dne. Necelá polovina, tedy 42% dotázaných žen není schopna po dobu migrény vykonávat 3-5 dní rodinných aktivit během jednoho roku. 24% udává neschopnost rodinné aktivity 0-2krát. 14% žen se nemůže plně věnovat rodině 12 a vícekrát. 10% žen omezí svůj čas strávený s rodinou 6-8 dní během roku. Dalších 10%, omezí své rodinné aktivity 9-11krát.

6. ČETNOST NESCHOPNOSTI VYKONÁVAT DOMÁCÍ PRÁCE V POSLEDNÍCH 12 MĚSÍCÍCH

Graf 6 Četnost neschopnosti vykonávat domácí práce v posledních 12 měsících

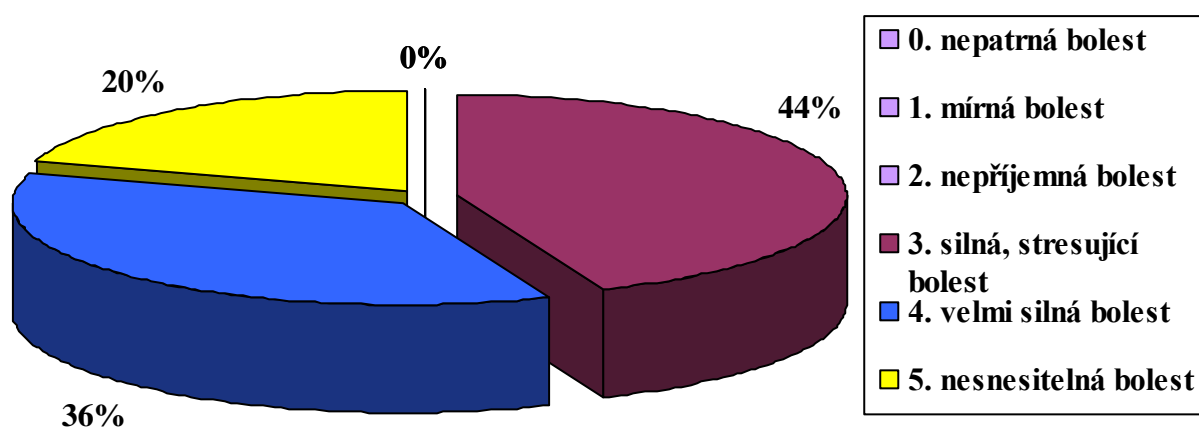


Domácí práce jsou nedílnou součástí každodenního života, proto je jejich omezení prakticky nemožné.

46% dotázaných žen omezuje domácí práce 3-5krát v průběhu roku. Nemalé procento žen, 20%, nemohou vykonávat domácí práce 12 a vícekrát. 14% žen se nemůže plně věnovat domácím pracím 9-11krát. 10% žen nejsou schopny vykonávat 6-8krát domácí činnost. Stejně procento respondentek, 10%, je nucena omezit domácí práce 0-2krát v roce.

7. INTENZITA BOLESTI HLAVY PŘI MIGRENÓZNÍM ZÁCHVATU

Graf 7 Intenzita bolesti hlavy při migrenózním záchvatu



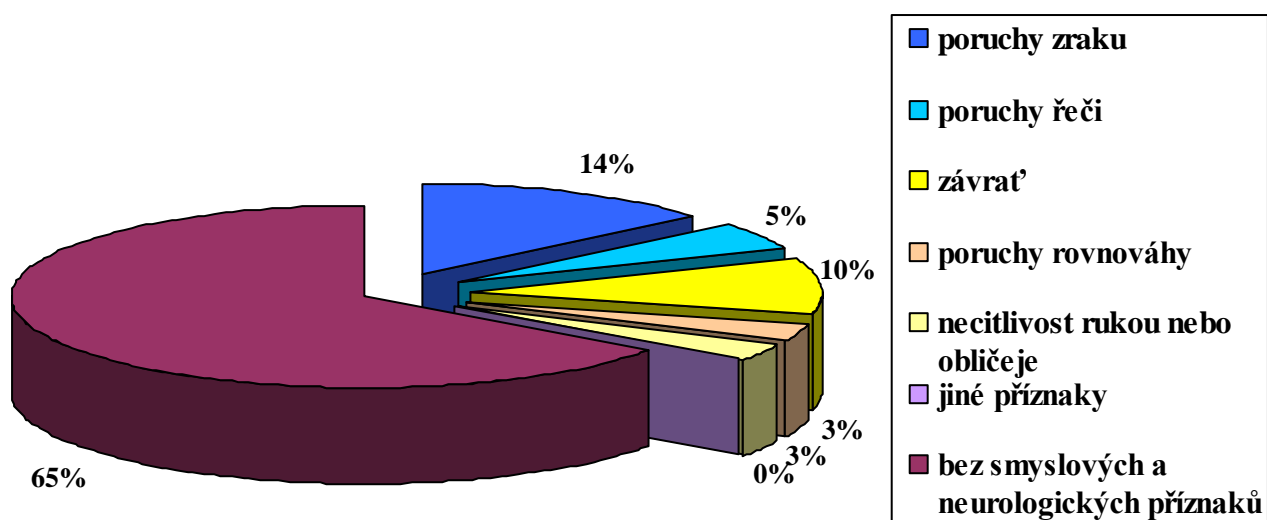
Intenzita bolesti je subjektivně vnímána, avšak pomocí škálovacích metod ji můžeme lépe zhodnotit. V mé práci jsem použila metodu výrazu obličeje, která je nejčastěji používanou metodou při hodnocení intenzity bolesti (Příloha 5).

Respondentky během migrenózního záchvatu nepocítují nepatrnou, mírnou ani nepříjemnou bolest. 44% žen pocítují silnou, stresující bolest během záchvatu. Velmi silnou bolest prožívá 36% žen. Nezanedbatelných, 20% žen, prožívá až nesnesitelnou bolest, která je na škále bolesti největší.

Nejvíce respondentek tedy uvádí prožívání silné, stresující bolesti. Uvedená intenzita bolesti však také závisí na prahu a toleranci bolesti jednotlivce.

8. SMYSLOVÉ A NEUROLOGICKÉ PŘÍZNAKY MIGRÉNY

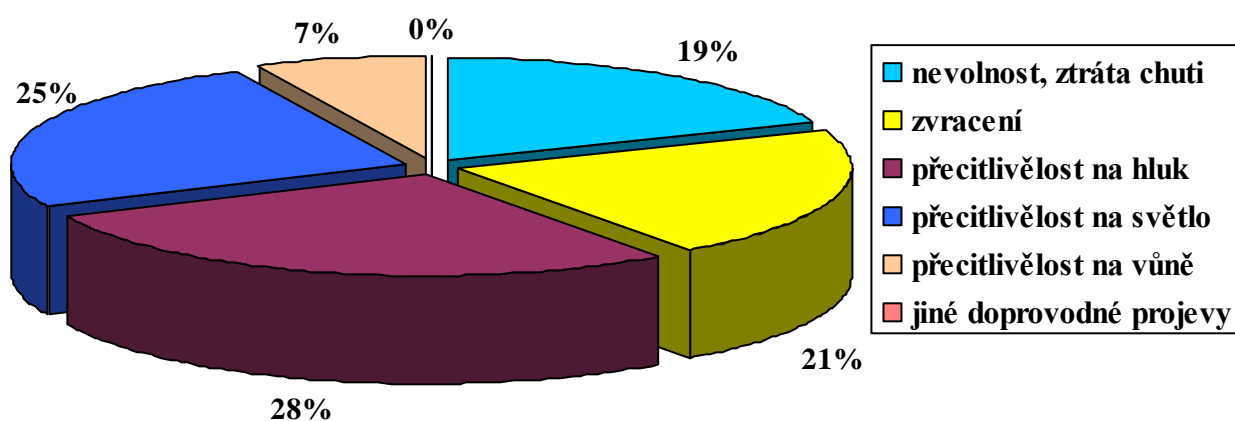
Graf 8 Smyslové a neurologické příznaky migrény



14% žen mívá před, během nebo po migrenózním záchvatu poruchu zraku, která se může projevit záblesky, výpadky zorného pole, předměty měnící velikost nebo mihotající se klikatými čarami. Závrat' postihuje 10% respondentek. 5% dotázaných mívá poruchy řeči. 3% migreniček udává poruchy rovnováhy a zbylé 3% se potýkají s necitlivostí rukou nebo obličeje, po případě lehkého ochrnutí. Žádná respondentka nevedla jiné příznaky migrény, než ty uvedené. Drtivá většina, 65% žen, nevnímá žádné smyslové a neurologické příznaky před začátkem ataky.

9. DOPROVODNÉ PROJEVY VE FÁZI BOLESTI HLAVY

Graf 9 Doprovodné projevy ve fázi bolesti hlavy

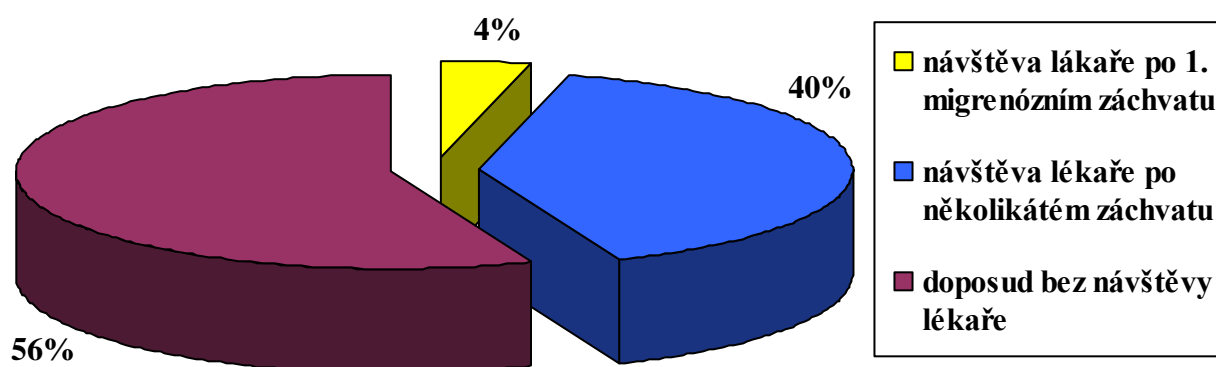


Bolest hlavy není jediná specifika migrény. Doprovází ji i jiné nepříjemné projevy, které omezují migrenika, což je hlavně přecitlivělost smyslových orgánů.

Nejvíce ženy postihuje přecitlivělost na hluk, a to v 28%. Přecitlivělost na světlo mívá 25% žen. 21% žen v průběhu nebo ke konci záchvatu zvrací. V 19% provází respondentky nevolnost se ztrátou chuti. Přecitlivělost na čichové vjemy mívá 7% dotázaných žen. Žádná respondentka neuvedla jiné doprovodné projevy, než ty uvedené. Většina žen mívá více doprovodných projevů najednou.

10. NÁVŠTĚVNOST LÉKAŘE PO MIGRENÓZNÍM ZÁCHVATU

Graf 10 Návštěvnost lékaře po migrenózním záchvatu

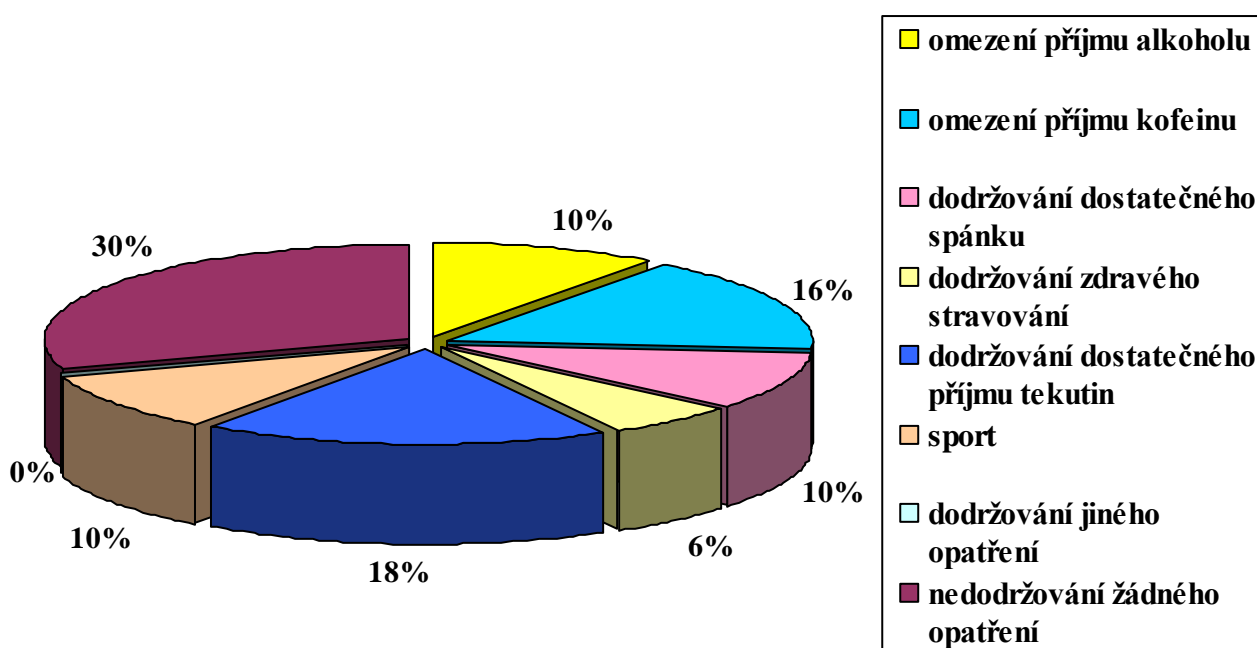


Migréna je stále podceňovanou nemocí, protože většina populace migrénu nevnímá jako lékařskou diagnózu. Prvním krokem k léčbě a prevenci migrény je návštěva lékaře. Tato otázka má dát odpověď na vnímání závažnosti migrény respondentek.

Nadpoloviční většina, tedy 56% žen, doposud nenavštívily lékaře. 40% respondentek, navštívila lékaře až po několikátém záchvatu. Pouze 4% žen navštívila lékaře po prvním migrenózním záchvatu.

11. PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ MIGRENÓZNÍHO ZÁCHVATU

Graf 11 Preventivní opatření migrenózního záchvatu

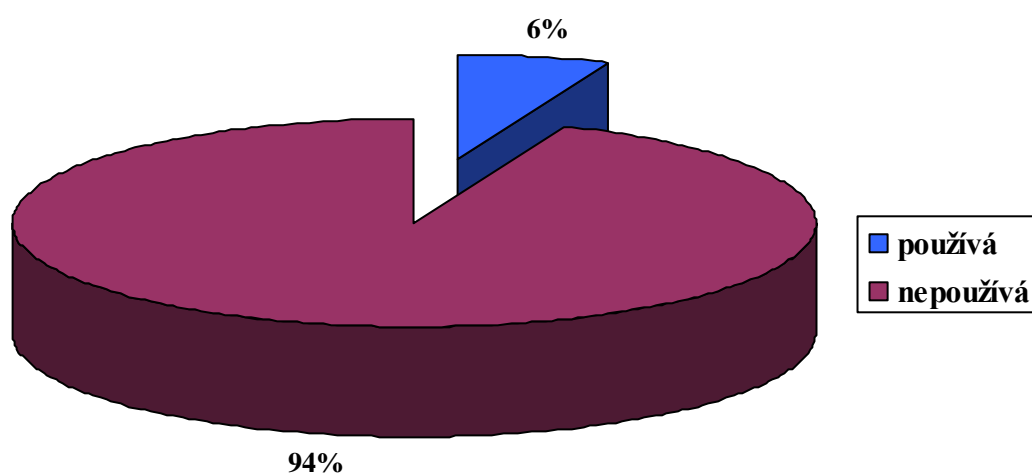


Důležité v předcházení dalšího migrenózního záchvatu je preventivní opatření. Změna životního stylu je tedy nezbytná v boji s migrénou.

18% dotázaných dodržuje dostatečný příjem tekutin. Kofeinu se vyvaruje 16% žen. 10% žen se vyvaruje požití alkoholu. Sportovním aktivitám se věnuje 10% žen. Dodržovat dostatečný a kvalitní spánek se snaží 10% žen. Zdravě jíst se snaží 6% dotázaných. 30% žen nedodržuje žádná opatření. Žádná žena nečiní jiná preventivní opatření, než byly nabídnuty v odpovědích. Některé ženy dodržují několik opatření ve změně životního stylu najednou.

12. POUŽÍVÁNÍ MIGRENÓZNÍHO DENÍKU (KALENDÁŘE)

Graf 12 Používání migrenózního deníku (kalendáře)

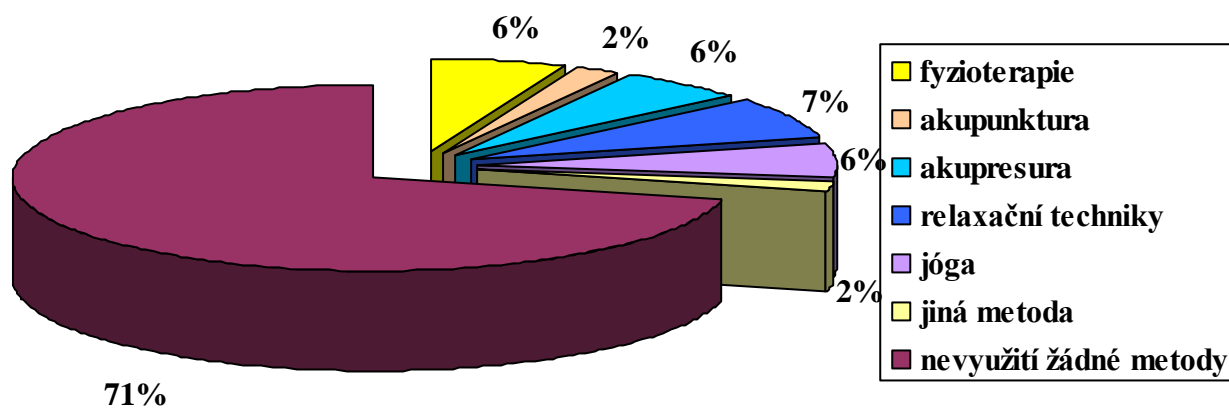


Důležitá součást prevence migrény je využívání migrenózního deníku (kalendáře).
Člověk trpící migrénou má díky deníku přehled o migrenózních záchvatech.

Skutečnost že 94% žen neuvžívá migrenózní deník, to vypovídá o malé informovanosti migreniček a jejich ošetřujících lékařů. Nicméně 6% žen migrenózní deník využívá.

13. VYUŽITÍ ALTERNATIVNÍCH METOD K PREVENCI MIGRENÓZNÍHO ZÁCHVATU

Graf 13 Využití alternativních metod k prevenci migrenózního záchvatu



Využívání alternativních metod k prevenci dalšího migrenózního záchvatu může být k životnímu stylu doplňková či může být hlavní osvědčenou prevencí.

Relaxačních technik si dopřává 7% žen. 6% respondentek dochází na fyzioterapii. Metodu akupresury využívá 6% žen. Dalších 6% cvičí jógu. 2% žen se podrobuje akupunktuře. Další 2% využívají jinou metodu, Tai chi. 71% respondentek však žádnou metodu nevyužívá.

9. SHRNU TÍ

Průměrný věk žen je 44 let. Nejvíce žen, 36%, udává četnost migrenózního záchvatu 3-5krát za rok. 44% žen pociťuje silnou, stresující bolest během záchvatu. Pracovní neschopnost v rozmezí do dvou dnů během jednoho roku udává 70% dotázaných žen. 60% žen musí omezit 3-5krát společenské aktivity během roku. Necelá polovina, tedy 42% žen, není schopna po dobu migrény vykonávat rodinné aktivity 3-5 dní během jednoho roku. Nejvíce žen, tedy 46%, se nemůže plně věnovat domácím pracím 9-11krát za rok.

Hypotéza 1. se potvrdila. Z výzkumu vyplývá, že migréna více ovlivňuje ženy v jejich společenském, a rodinném životě. Méně často se ženy nechají ovlivnit v práci.

Nadpoloviční většina žen 65%, nevnímá žádné neurologické příznaky nebo projevy migrény. Nejvíce žen vnímá smyslové poruchy. Ze smyslových poruch je to nejvíce přecitlivělost na hluk, a to v 28%.

Hypotéza 2. se potvrdila. U nadpoloviční většiny respondentek se migréna projevuje smyslovými poruchami, než neurologickými poruchami.

Nadpoloviční většina, tedy 56 % migreniček doposud nenavštívily lékaře. 94% respondentek, nevyužívá migrenózní deník (kalendář). 71% žen žádnou alternativní metodu k prevenci dalšího migrenózního záchvatu nevyužívá. Změnu životního stylu dodržuje 70% žen. Některé ženy dodržují více opatření ve změně životního stylu najednou.

Hypotetické tvrzení se potvrdilo. Většina žen středního věku trpící migrénou činí hlavně změnu životního stylu. Ženy méně využívají rozšířené/alternativní metody k prevenci migrenózního záchvatu. Většina žen nenavštívila lékaře, neboť, jak vychází z dalších otázek, nepovažují migrénu za onemocnění, které by bylo třeba lékařsky řešit.

10. DISKUSE

Migréna představuje velký společenský problém. Zasahuje postiženého jedince v jeho životě rodinném, společenském a pracovním.

(Kotas a kol., 2001) uvádí, že dle americké studie, ve které bylo 31% migreniček a 17% migreniků, jich vynechalo 6 a více dnů v roce v zaměstnání. Samozřejmě ztráta produktivity práce způsobená migrénou má pro Ameriku každoročně velký ekonomický dopad.

(Waberžinek, 2003) poukazuje na ekonomickou situaci v souvislosti s migrénou, a uvádí, že ekonomická zátěž společnosti v souvislosti s migrénou v současné době je vyšší v Americe, než v České republice. Dále se zmiňuje o tom, že v ČR je migréna i nadále podceňována a není léčena na současné úrovni vědění.

Stejný názor na ekonomický dopad má i (Taubert, 2007), který uvádí další americkou studii, ve které se zmiňuje o tom, že migrenici jsou migrénou postiženy nejčastěji na vrcholu svého profesionálního života, kdy dochází k největším pracovním výpadkům a s tím souvisejícím finančním nákladům. Dále ze studie vyplývá, že 43% všech migreniků nemůže být 1-7 dní v roce v zaměstnání, což způsobuje vysoké hospodářské ztráty.

Shodující názor o pracovní neschopnosti má i (Mastík, 2007), který navíc uvádí, že pacienti v Americe, kteří trpí migrénou s těžkým průběhem, přicházejí často o zaměstnání.

(Waberžinek, 2003) navíc udává, že i u lehké a střední migrény, je migrenik v pracovním, společenském a rodinném životě omezen.

Dále (Mastík, 2007) uvádí, že v České republice, sice migrenici zůstávají v práci při atakách, ale opět se to odrazí na snížené produktivitě práce, proto čeští migrenici volí výběr různých forem náhradního volna, ze strachu ze ztráty zaměstnání. (Mastík, 2007) se zmiňuje také o tom, že jen zcela výjimečně může být migrenikovi přiznán částečný invalidní důchod.

(Wilkinson a Macgregor, 2001) uvádí, že většina migreniků při atace přečká pracovní část dne, ale jakmile přijde domů, podléhá nemoci. Také uvádí, že společenské aktivity a rodinný život je při migréně zvrácený a volný čas tedy vyhodnocuje jako vážně ovlivněný migrénou oproti práci.

Jako jediný autor tedy rozlišuje jednotlivé životní sféry poškozené migrénou. Tedy, že ve společenských a rodinných činnostech je více absence než v pracovním životě.

Ataka migrény má i kromě bolesti hlavy i jiné doprovodné příznaky nebo projevy.

(Wilkinson a Macgregor, 2001) uvádí, že nejčastější forma migrény je migréna bez aury (neurologických příznaků) a to v 65%, dle londýnské studie, 35%, tedy připadá na migrénu s aurou, která se na prvním místě projevuje zrakovými poruchami a až na místě druhém senzitivními poruchami např. mravenčení, brnění.

Shodný názor má i (Waberžinek, 2003), který uvádí, že nejčastější forma migrény je v 80% migréna bez aury (neurologických příznaků). Migréna s aurou tvoří tedy 20% migreniků. Dále o auře uvádí, že nejčastějším typem aury je vizuální aura. A na místě druhém, uvádí auru senzitivní, většinou ve smyslu mravenčení a brnění.

Totožný názor má i (Kotas a kol., 2001), který uvádí, že nejčastější aura je zraková, pak senzitivní, relativně často se objeví motorické příznaky a poruchy řeči.

Oproti tomu (Ždichynec, 1999) poukazuje, že se i kromě zrakové aury vyskytuje také sluchová aura spojená s ušními šelesty a přechodným snížením úrovně sluchu. Dále dodává, že se vzácně objevuje také i aura chuťová.

(Waberžinek, 2003) se o doprovodných projevech zmiňuje, že jsou především gastrointestinální (nevolnost, zvracení, průjem, křeče žaludku apod.) Dále uvádí, že nejčastější je nevolnost, a to v 90%, a zvracení je druhý nejčastější projev.

Oproti tomu má (Mastík, 2007) opačný názor a píše, že nejčastější doprovodné projevy jsou nauzea a fotofobie, až poté fonofobie, osmofobie a zvracení.

Podle mého výzkumu, z doprovodných příznaků či projevů je však nejčastější fonofobie, dále fotofobie, zvracení, nechutenství a osmofobie.

Prevence je důležitá v boji s migrénou. Do jaké míry, ale migreničky provádí změnu životního stylu či využívají jiné rozšířené/alternativní metody?

(Mastík, 2007) poukazuje, že migrenik, který nemá migrénu silné intenzity, se léčí sám, převážně analgetiky nebo nesteroidními antiflogistiky. Dále, že se migrenik nejčastěji radí o léčbě migrény s rodinou, známými či lékárníkem. Dále uvádí, že by migrenik neměl setrvávat v „samoléčitelství“ a raději se by měl svěřit do rukou praktického lékaře, či neurologa.

Stejný názor má i (Kotas a kol., 2001), který uvádí, že si migrenici často sami řídí své medikace bez lékařské kontroly, nebo většině migreniků předepisují antimigrenika nejprve lékaři primární péče. A dodává, že lékaři primární péče často neznají riziko zhoršení migrény, nadužíváním těchto léků.

V žádném z těchto názorů však nebyla uvedena studie o četnosti migreniček či migreniků, kteří provádí změnu životního stylu nebo využívají rozšířených/alternativních metod. Je proto nutné tuto oblast více prozkoumat.

ZÁVĚR

Závěrem práce bych chtěla dodat, že ženám trpících migrénou, jim tato nemoc znepríjemňuje a velmi silně ovlivňuje život. Z výzkumné práce vyplývá, že jsou migrénou ovlivněny a nejčastěji nemohou vykonávat společenské a rodinné činnosti, a přichází tak o svůj volný čas. V pracovní činnosti je migréna ovlivňuje hlavně na úkor jejich snížené produktivity v práci. Respondentky jsou tedy svědomité a nedopustí migréně vysokou absenci v práci. Ataka migrény způsobuje ženám zdravotní problémy. Kromě silné bolesti hlavy, způsobuje ženám smyslové a neurologické poruchy, což je samo o sobě stresující a nepříjemné. Aby ženy zabránily atace migrény, provádějí nejčastěji změnu životního stylu. Návštěvu lékaře však nadpoloviční většina respondentek neprovedla. Alternativní metody v prevenci migrény nevyužívá ani polovina respondentek. Tato skutečnost poukazuje na to, že samy ženy bagatelizují svou nemoc. Je však na nich, zda i nadále budou bagatelizovat svou nemoc. Pokud dokážou nebagatelizovat, bude možná na migrénu přikládat větší důraz i zbytek populace. Proto si myslím, že by měly být více dostupné informace o migréně a lékaři primární péče by měli lépe znát možnosti léčby.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. DIENER, H. CH. *Migréna*. 1. vydání. Praha: Scienta Medica, 1994. 84s. ISBN 80-85526-34-4
2. FUČÍKOVÁ, H. *Migréna-stále podceňovaná choroba* (online). 10. 10. 2005.
Dostupný z WWW: <http://www.prevencemigreny.cz/zajimavosti/migrena--stale--podcenovana--choroba.html>
3. KOTAS, R. a kolektiv *Migréna, patofyziologie a léčba*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2001. 195s. ISBN 80-85912-39-2
4. MASTÍK, J. *Migréna*. 1. vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 104s. ISBN 978-80-7345-139-4
5. MEDOVÁ, E. *Farmakoterapie migrény* (online). 1/2006: Remedia
Dostupný z WWW: <http://www.remedia.cz/clanek.php?unit=>
6. MEDOVÁ, E. *Migréna-diagnostika a akutní terapie záchvatů* (online). 4/2004: Solen
Dostupný z WWW: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/04/09.pdf>
7. PRUSINSKI, A. *Migréna*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1988. 222s. ISBN 08-065-88
8. STAŇKOVÁ, M. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání.
Brno: NCO NZO, 2006. 55s. ISBN 80-7013-323-6
9. TAUBERT, K. *Migréna, jak ji předcházet a léčit*. 1. vydání. Brno: Computer Press a.s., 2007. 208s. ISBN 978-80-251-1604-3
10. WABERŽINEK, G. *Migréna-diagnostika a léčba*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 158s. ISBN 80-7254-442- x
11. WILKINSON, M., MACGREGOR, A., *Migréna a jiné bolesti hlavy*. 1. vydání.
Praha: Grada Publishing spol. s.r.o., 2001. 96s. ISBN 80-247-0090-5
12. ŽDICHYNEC, B., *Bojujeme s migrénou*. 1. vydání. Praha: Sdružení MAC spol. s.r.o., 1999. 31s. ISBN 80-86015-53- x
13. <http://www.mayoclinic.com/health/migraine-headache/DS00120/DSECTION=10>
18.1.2008
14. <http://www.migraine.org/overview.php#53903138> 7.6.2006
15. <http://www.migraine.org.uk/content.aspx?cid=49> 5.2.2008
16. <http://www.prevencemigreny.cz/pro-migreniky/muj-denicek.html> 26.3.2004

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentek	30
Graf 2 Četnost migrenózního záchvatu v posledních 12 měsících	31
Graf 3 Četnost pracovní neschopnosti v posledních 12 měsících	32
Graf 4 Četnost absence společenských aktivit v posledních 12 měsících	33
Graf 5 Četnost absence rodinných aktivit v posledních 12 měsících	34
Graf 6 Četnost neschopnosti vykonávat domácí práce v posledních 12 měsících	35
Graf 7 Intenzita bolesti hlavy při migrenózním záchvatu	36
Graf 8 Smyslové a neurologické příznaky migrény	37
Graf 9 Doprovodné projevy ve fázi bolesti hlavy	38
Graf 10 Návštěvnost lékaře po migrenózním záchvatu	39
Graf 11 Preventivní opatření migrenózního záchvatu	40
Graf 12 Používání migrenózního deníku (kalendáře)	41
Graf 13 Využití alternativních metod k prevenci migrenózního záchvatu	42

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

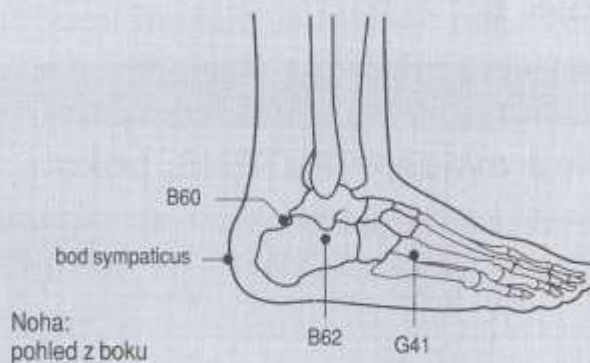
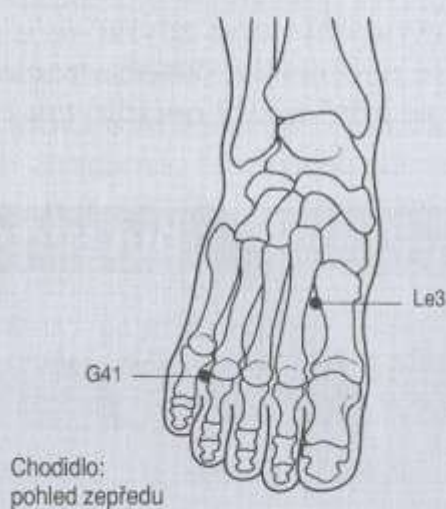
aj.	.....	a jiné
apod.	.....	a podobně
atd.	.....	a tak dále
CT	.....	počítačová tomografie
dr.	.....	doktor
EEG	.....	elektroencefalografie
IHS	.....	Mezinárodní společnost bolestí hlavy
i. v.	.....	intravenózní
MR	.....	magnetická rezonance
např.	.....	například
ORL	.....	otorinolaryngologie
popř.	.....	po případě
před n. l.	.....	před naším letopočtem
př. Kr.	.....	před Kristem
SPECT	.....	jednofotonová emisní počítačová tomografie
tzn.	.....	to znamená
tzv.	.....	takzvaný

Příloha 1 Akupunkturní a akupresurní body (1. část), (9)

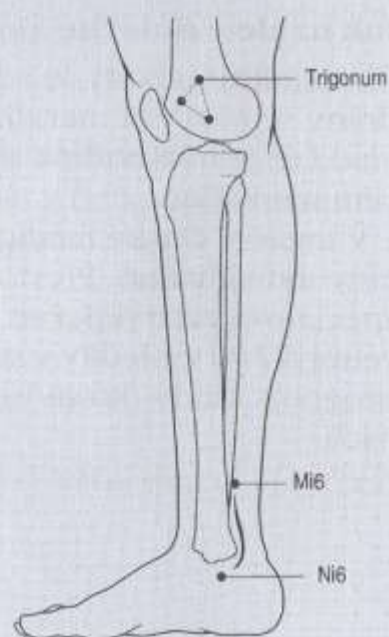
CO BYSTE MĚLI VĚDĚT

Akupunkturní body na chodidlech a nohou

- Le3** Bod, na kterém se setkává první a druhá nártní kost (dobré také při bolesti v oku nebo za okem, posiluje tělu vlastní systém tlumící bolest, snižuje cholesterol)
- G41** Na nártu, kde spolu sousedí čtvrtá a pátá nártní kost
- B62** Asi půl šíře palce pod vnějším kotníkem
- B60** Uprostřed mezi vrcholem vnějšího kotníku a Achillovou šlachou



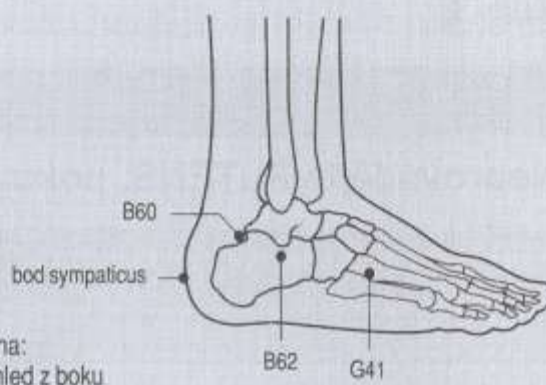
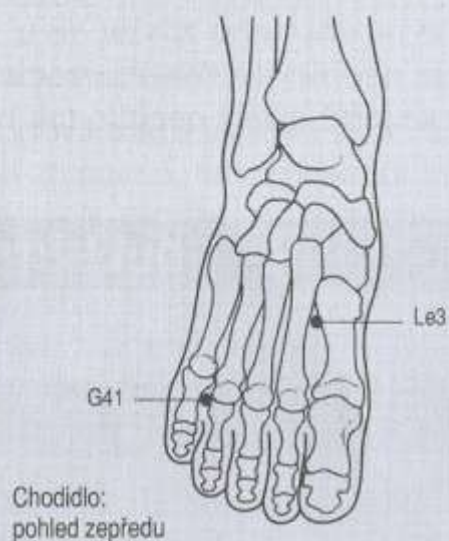
- Mi6** Čtyři prsty (příčně) nad vrcholem vnitřního kotníku na zadní hraně bérce
- Ma36** Čtyři prsty příčně pod čéškou, na šířku palce stranou od okraje (hrany) holeně
- Ni6** Šíře palce pod vnitřním kotníkem



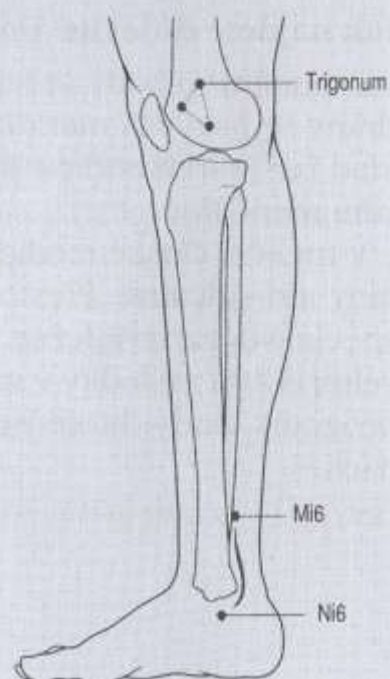
Příloha 1 Akupunkturní a akupresurní body (2. část), (9)

Akupunkturní body na chodidlech a nohou

- Le3** Bod, na kterém se setkává první a druhá nártní kost (dobré také při bolesti v oku nebo za okem, posiluje tělu vlastní systém tlumící bolest, snižuje cholesterol)
- G41** Na nártu, kde spolu sousedí čtvrtá a pátá nártní kost
- B62** Asi půl šíře palce pod vnějším kotníkem
- B60** Uprostřed mezi vrcholem vnějšího kotníku a Achillovou šlachou



- Mi6** Čtyři prsty (příčně) nad vrcholem vnitřního kotníku na zadní hraně bérce
- Ma36** Čtyři prsty příčně pod čéškou, na šířku palce stranou od okraje (hrany) holeně
- Ni6** Šíře palce pod vnitřním kotníkem



Příloha 2 Automasáž (9)

Automasáž v jedenácti krocích

Automasáž můžete provádět v sedu. Doporučujeme přitom následující:

Masáž hlavy

1. ■ Pravou rukou se dotkněte levé šíje. Loket se nachází před tělem
 - Konečky čtyř prstů a vnitřkem ruky intenzivně promasírujte šíjové svalstvo.
 - Vyměňte strany.

Délka: 3 minuty na každé straně

2. ■ Ruku zdvihněte nad hlavu, dotkněte se krčního svalstva a několikrát silně promasírujte.
 - Šíjové svalstvo přitom vícekrát zdvihněte nahoru k hlavě.

Délka: 3 minuty

3. ■ Masírujte pokožku celé hlavy podobně jako při umývání vlasů.

Délka: 3 minuty

4. ■ Polštářky prstů masírujte pokožku od středu čela směrem k uším; klidně trochu přitlačte.

Délka: 3 minuty

5. ■ Konečky prstů masírujte oblast spánků, provádějte kruživé pohyby ve směru i proti směru hodinových ručiček.

Délka: po 2 minutách



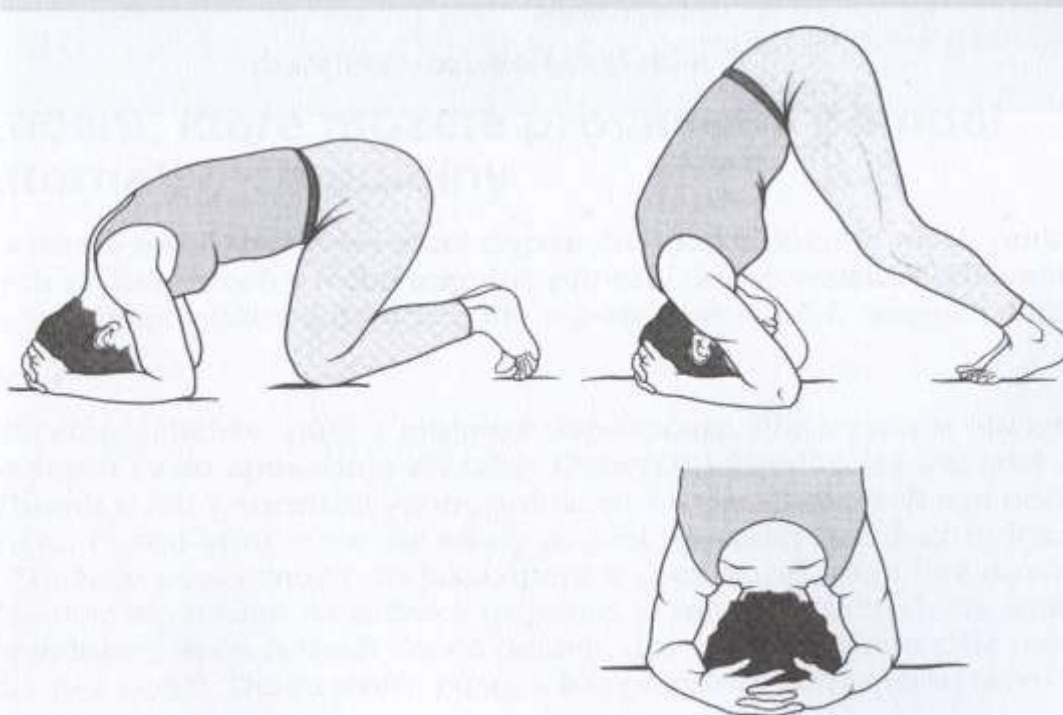
Příloha 3 Jógová stojka (9)

Jógová stojka (stojka v józe)

Naučit se tuto variantu stojky vyžaduje sice trochu cviku, ale je zdravější než normální stojka.

Jógovou stojku provádějte následovně:

Počáteční poloha	1. Klekněte si na podlahu (pod hlavu si dejte podložku: polštář, deku, karimatka nebo něco podobného). 2. Rukama si obejměte hlavu, předloktí položte na podlahu, celá váha vašeho těla tím pádem spočívá na předloktí a krční páteř je odlehčená.
Poloviční stojka	3. Nadzvedněte hýždě a natáhněte nohy. Oproti normální variantě nohy nejsou roztažené, nýbrž jsou u sebe.
Konečná poloha	4. Přitáhněte nohy a pomalu je posunujte směrem nahoru.



Příloha 4 Migrenózní deník (16)

Týden: <input type="text"/>		Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek	Sobota	Neděle
Možné spouštěcí faktory	Snídaně							
	Oběd							
	Večeře							
	Další konzumace							
	Spánek							
	Pohyb							
	Práce							
	Zábava							
	Ostatní							
Charakteristika záchvatu	Čas a trvání							
	Popis bolesti hlavy							
	Další obtíže							
Léčba	Síla							
	Léky a účinnost							
	Ostatní							
	Poznámky							

Příloha 5 Škála výrazů obličeje (8)

