

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

OŠTŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA S EPILEPSIÍ

Bakalářská práce

VERONIKA DANIHELKOVÁ, DiS.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Danihelková Veronika
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 9. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií

Nursing Process for Patient with Epilepsy

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 31. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 25. 3. 2013

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala MUDr. Janě Zárubové (vedoucí lékařka Centra pro epileptologii a epileptochirurgii ve FTN Praha) a Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Velký dík také patří mé přítelkyni M. S., která mi umožnila vstoupit do svého soukromí a ochotně se mnou diskutovala o svém onemocnění.

ABSTRAKT

DANIHELKOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2013. 40 s.

Tato bakalářská práce je zaměřena na záchvatovité onemocnění mozku, epilepsii. Vycházela jsem z uvedených zdrojů a z vlastních zkušeností. Teoretická část obsahuje základní informace o anatomii nervového systému pro snazší pochopení podstaty onemocnění. Dále je věnována charakteristice epilepsie, jejímu průběhu, diagnostickým a léčebným postupům, zásadám první pomoci a problematice řízení motorových vozidel pacientů. Důležitou složkou, ať už pro pacienty či jejich blízké, je zmínka o Společnosti „E“, neziskové organizaci, kde tito lidé mohou najít podporu a odbornou pomoc. Praktická část zahrnuje kazuistiku, zpracovanou z dostupných zdrojů, podstatná část je však vlastní výpovědí pacientky. Byl zvolen postup dle modelu Funkčních vzorců Marjory Gordonové.

Klíčová slova

Epileptóza. Elektroencefalografie. Status epilepticus. Stimulace vágového nervu. Wadův test.

ABSTRACT

DANIHELKOVÁ, Veronika. *Nursing Process for Patient with Epilepsy*. The College of nursing, o.p.s., Degree: Bachelor. Tutor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague. 2013. 40 pages.

The topic of bachelor thesis is focused on seizure brain disease, epilepsy. It is based on the sources listed in Bibliography and on my own experience. The theoretical part contains basic information on the anatomy of the nervous system for easier understanding of the nature of the disease. Next part deals with the characteristics of epilepsy, its course, diagnostic and therapeutic procedures, first aid principles and issues driving a car by these patients. An important topic, either for patients or their relatives, is the comment on the Company „E“, a nonprofit organization, where people can find support and assistance. The practical part includes casereport, prepared from available sources, a substantial portion includes saying of the patient herself. It was chosen the procedure according to the model Functional patterns Marjory Gordon.

Key words: Electroencephalography. Epileptosis. Status Epilepticus. Stimulation of the Vagus Nerve. Wade test.

PŘEDMLUVA

O onemocnění epilepsii jsem se začala zajímat poté, kdy jsem byla přítomna epileptickému záchvatu typu grand mal své kamarádky, kterou znám již 30 let. Tato zkušenost mě motivovala k vyhledání co nejširšího množství informací o tomto onemocnění, abych jí popřípadě mohla pomoci, pokud bych se v této situaci opět ocitla. Člověk se nikdy necítí tak bezmocný, jako když má strach o někoho blízkého a nemá zdání, jak mu pomoci a v jakém nebezpečí se vlastně nachází.

Věřím, že má bakalářská práce pomůže porozumět nemoci, o které panují mylné informace, že je chorobou duševní. Každý z nás může být svědkem epileptického záchvatu a jsem si jista, že nikdo nechce pouze nečinně stát, a teprve poté přemýšlet, jakým způsobem mohl být užitečný. První pomoc by měla patřit ke všeobecnému přehledu znalostí všech lidí, nejen lékařů a zdravotnického personálu.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 ZÁKLADNÍ ANATOMIE A FYZIOLOGIE NERVOVÉHO SYSTÉMU	15
1.1 Nervový systém.....	15
1.2 Bioelektrická aktivita nervových buněk.....	17
2 PATOFYZIOLOGIE A ETIOLOGIE EPILEPSIE.....	18
2.1 Patofyziologie epilepsie	18
2.2 Etiologie epilepsie	18
3 KLASIFIKACE EPILEPSIE	19
3.1 Generalizované záchvaty	19
3.2 Ložiskové (parciální) záchvaty	20
3.3 Epileptózy	20
4 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE.....	21
4.1 Anamnéza.....	21
4.2 Klinické vyšetření	21
4.3 Laboratorní vyšetření	22
4.4 Elektroencefalografie (EEG) a magnetoencefalografie (MGE).....	22
4.5 Zobrazovací metody.....	22
5 PRVNÍ POMOC A LÉČBA EPILEPSIE.....	24
5.1 První pomoc při záchvatu.....	24
5.2 Léčba epilepsie.....	24
5.2.1 Farmakoterapie	25
5.2.2 Chirurgické možnosti léčby	26
5.2.3 Alternativní metody v léčbě epilepsie	27
6 ŽIVOTOSPRAVA A REŽIMOVÁ OPATŘENÍ U EPILEPSIE	28
7 OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA PACIENTŮ S EPILEPSIÍ.....	29
7.1 Žena a epilepsie.....	29
7.2 Epilepsie ve stáří	29
7.3 Epilepsie a řízení motorových vozidel.....	30
8 SPOLEČNOST „E“	31

PRAKTICKÁ ČÁST	32
9 KAZUISTIKA	32
9.1 Základní údaje	32
9.2 Anamnéza	33
9.3 Vyšetření provedené lékařem (25. 2. 2010)	35
9.4 12 funkčních vzorců zdraví dle modelu Marjory Gordon	35
10 STANOVENÍ PŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ	41
10.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie	41
10.2 Potenciální ošetrovatelské diagnózy	46
11 POSTUP V PŘÍPADĚ EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA	49
12 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	50
13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM ZKRATEK

°C	stupeň Celsia
a.	arteria
AA	alergologická anamnéza
aj.	a jiné
amp.	ampule
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BMI	Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)
cca	cirka (přibližně)
cm	centimetr
CNS	centrální nervový systém
CT	computed tomography (počítačová tomografie)
č.	číslo
D	dechová frekvence
DK	dolní končetiny
EEG	elektroencefalografie
FA	farmakologická anamnéza
FR	fyziologický roztok
g	gram
GA	gynekologická anamnéza
GIT	gastrointestinální trakt
GM	grand mal
HA	hormonální antikoncepce
HK	horní končetina
hod.	hodina
i. v.	intravenózní (nitrožilní) podání medikace
kg	kilogram
kys.	kyselina
l	litr
mg	miligram

MGE	magnetoencefalografie
MgSO4	magnesium sulfate (magnesium sulfuricum, síran hořečnatý)
min.	minuta
ml	mililitr
mm	milimetr
MR	magnetická rezonance
N VII	7. hlavový nerv
např.	například
nar.	narozen (a)
NO	nynější onemocnění
NV	nervus vagus
OA	osobní anamnéza
odst.	odstavec
OP	ošetřovatelská péče
P	puls
PET	pozitronová emisní tomografie
PM	petit mal
p. o.	per os (ústy)
r.	rok
RA	rodinná anamnéza
REM	rapid eye movement
s.	strana
SA	sociální anamnéza
sb.	sbírka
SPECT	single-photon emission computed tomography (tomografická scintigrafie)
st. p.	status post
tbl.	tableta
THC	tetrahydrocannabinol (marihuana)
TK	krevní tlak
tt	týden těhotenství
TT	tělesná teplota
tzv.	takzvaně; takzvaný, takzvaná, takzvané

ZTP..... průkaz ZTP (zvlášť těžce postižení)

ZZS..... zdravotnická záchranná služba

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Akumulace - hromadění

Antiepileptikum - léčivo užívané k prevenci a léčbě projevů epilepsie

Aspirace - vdechnutí

Degenerativní - mající znaky úpadku

Destigmatizace - odstraňování negativních hodnocení

Deteriorace - zhoršení, degradace schopností, dovedností

Efektor - výkonný orgán odpovídající na vzruch

Fotosenzibilita - reakce na osvit

Genetický - dědičný

Glukóza - krevní cukr

Gravidita - těhotenství

Hemisféra - polokoule

Hypokalcémie - snížená koncentrace vápníku v krvi

Idiopatický - mající neznámou příčinu

Intenzita - síla

Kongenitální - patologicky vrozený

Lucidita - jasnost vědomí

Malformace - vrozená vývojová vada

Potenciální - případný

Predispozice - předpoklad

Princip - podstata

Progredující - postupující

Receptor - čidlo

Sekundární - druhotný

Symptom - příznak

Temporální - spánkový

Tonické křeče - ztuhlost trvající až 30 sekund

Trauma - úraz, poranění (i psychické)

Vigilita - bdělost

ÚVOD

Epilepsie je záchvatovité onemocnění mozku vyskytující se přibližně u 0,5-1 % populace. Její etiologie není vždy zcela jasně určena, může se objevit náhle, v jakémkoli období života člověka. Je prokázáno, že alespoň jeden epileptický záchvat prožije asi 2-5 % obyvatelstva, což ovšem neznamená její diagnózu.

Diagnostika patří do oblasti neurologie, přesněji epileptologie. Bývá často velmi obtížná a dlouhodobá, stejně jako její léčba, některé metody jsou navíc finančně značně náročné.

Toto onemocnění velmi výrazně zasahuje do života lidí, kteří jím trpí. Zahrnuje značná omezení např. v oblasti sociální a pracovní, diagnóza epilepsie je často spojena s odebráním řidičského oprávnění, což je v současnosti výrazný handicap. Nelehké bývá také přizpůsobení životního stylu předepsaným režimovým opatřením.

Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit danou problematiku a zároveň poukázat na skutečnost, že lidé trpící epilepsií nejsou pro společnost nijak nebezpeční a není třeba se jich stranit.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ ANATOMIE A FYZIOLOGIE NERVOVÉHO SYSTÉMU

1.1 Nervový systém

Nervový systém je nejvýše postaveným řídicím a spojovacím systémem v organismu. Zasahuje do veškerých činností, které se v něm odehrávají a umožňuje kontakt mezi vnějším prostředím a organismem. Činnost nervového systému probíhá na principu odpovědi na specifické změny - podněty. Tyto změny vnitřního nebo vnějšího prostředí jsou zaznamenávány receptory a převáděny vzruchy, ty jsou dále vedeny nervovou cestou do centra a z něj na výkonné orgány - efekторы (DYLEVSKÝ, 2000; KAPOUNOVÁ, 2007; ROKYTA et al., 2003).

Centrální nervový systém (CNS) se skládá z řady stupňovitě uspořádaných oddílů.

Hřbetní mícha (medulla spinalis) - sloupec nervové tkáně uložený v páteřním kanálu. Nahoře je ohraničena týlním otvorem (zde navazuje na prodlouženou míchu), dole končí u druhého bederního obratle. Mezi funkce míchy patří zprostředkování spojení s vyššími oddíly centrálního nervstva a dále reflexní mechanismus (ten např. zabezpečuje klidové napětí svalů, řídí vyprazdňování močového měchýře a funkce pohlavního aparátu).

Prodloužená mícha (medulla oblongata) přijímá vzruchy z receptorů a převádí je do dalších oblastí centrálního nervového systému. Je centrem reflexů zajišťujících sání, polykání, slinění a obranných reflexů jako kašel, kýchání a zvracení. Nachází se

zde též centrum dýchání, centrum řízení krevního tlaku a regulace srdeční činnosti (KAPOUNOVÁ, 2007).

Varolův most (pons Varoli) - část mozkového kmene bezprostředně navazující na prodlouženou míchu. Ovládá některé reflexní činnosti (např. reflex zužování zornice) a navozuje tzv. REM fázi spánku (KAPOUNOVÁ, 2007).

Střední mozek (metencefalon) je krátký oddíl mozkového kmene, který je uložen mezi Varolovým mostem a hemisférami koncového mozku. Jeho přední dva hrbolky jsou centrem zrakových a obranných reflexů, zadní hrbolky centrem sluchového nervu, jenž při podráždění sluchového čidla vyvolává reflexní pohyb hlavy za zdrojem zvuku.

Mezimozek (diencefalon) - část mozku tvořená párovými talamy a nepárovým hypotalamem. Talamus, velké jádro složené z nervových buněk, kontroluje senzitivní vzruchy. Je branou našeho vědomí. Hypotalamus je spojen úzkou stopkou s podvěskem mozkovým (hypophysis cerebri), ten se podílí na řízení autonomních reakcí. Je také zodpovědný za endokrinní funkce (DYLEVSKÝ, 2009; KAPOUNOVÁ, 2007).

Mozeček (cerebellum) - skládá se ze dvou polokoulí a spojovacího mozečkového nervu (vermis). Účastní se řízení mimovolních i volních pohybů (KAPOUNOVÁ, 2007).

Mozková kůra (cortex cerebri) tvoří 1,5-5 mm silnou vrstvu (plášť) na povrchu předního mozku. Je nejvyšším řídicím centrem pro většinu funkcí (DYLEVSKÝ, 2009; KAPOUNOVÁ, 2007).

Kmen mozku je tvořen prodlouženou míchou, Varolovým mostem a středním mozkem, *zadní mozek* prodlouženou míchou, Varolovým mostem a mozečkem a k *přednímu mozku* patří mezimozek s hypofýzou (KAPOUNOVÁ, 2007).

1.2 Bioelektrická aktivita nervových buněk

Činnost nervových buněk charakterizují biochemické změny a také změny membránového potenciálu, a to: *postsynaptické* (místní) a *akční potenciály* (šířené informace). Při neurochirurgických operacích je možné registrovat jednotkovou aktivitu (činnost jednotlivých nervových buněk), která může být výrazem spontánní aktivity nervové buňky nebo evokovaná přívodem vzruchu. Častěji se však registruje sumační záznam bioelektrické aktivity mozku (elektroencefalogram) elektrodami, které jsou umístěny na určených místech hlavy. Získáme EEG křivku mající charakteristický tvar a amplitudu (ROKYTA et al., 2003).

2 PATOFYZIOLOGIE A ETIOLOGIE EPILEPSIE

2.1 Patofyziologie epilepsie

Pro správnou diagnózu musíme rozlišit dva pojmy: epileptický záchvat a epilepsii jako nemoc. Epileptický záchvat (coby symptom) se může vyskytnout např. při metabolických poruchách (hypoglykémie), hormonálních změnách, vysokých teplotách apod. Je charakterizován náhlou poruchou vědomí a různými, převážně motorickými projevy (např. křečemi, automatickými pohyby či zástavou činnosti). Předpokladem pro jeho vznik je *epileptický podnět*, který záchvat vyvolá, *epileptické ložisko* (částečně poškozené neurony v mozku, odkud se epileptické výboje šíří) a *záchvatovitá pohotovost* (souhrn faktorů umožňující toto šíření, např. požití alkoholu, vynechání předepsané medicíny apod.). Tyto faktory se mohou kombinovat (KÁŠ et al., 1996).

Epilepsie coby onemocnění je opakováním epileptických záchvatů v různých intervalech bez zjevné vyvolávající příčiny (KÁŠ et al., 2003; SPOLEČNOST „E“, Základní informace).

2.2 Etiologie epilepsie

Etiologie epilepsie je různorodá. V případech, kdy zůstává původ epileptických paroxysmů nejasný, hovoříme o epilepsii *primární* (idiopatické). Zde se předpokládají genetické predispozice a projeví se většinou nejpozději do 25. roku života jedince.

U tzv. *sekundární* epilepsie je její příčina známá. Existuje řada etiopatogenetických faktorů pro vznik záchvatů. V prenatálním a raném dětském věku je to např. hypoxie plodu, porodní trauma, kongenitální malformace, choroby matky v těhotenství, hypokalcémie, dehydratace, febrilní křeče, infekce centrálního nervového systému aj.; v období dospívání a dospělosti převážně traumata, nádory CNS nebo degenerativní poruchy (DOSTÁLKOVÁ, 2013).

3 KLASIFIKACE EPILEPSIE

3.1 Generalizované záchvaty

Epileptická aktivita se šíří v obou mozkových hemisférách. *Velký epileptický záchvat* (grand mal, GM) - tomuto druhu záchvatu často předchází tzv. aura (předzvěst). Trvá několik sekund a pacient během ní pociťuje obdobné pocity jako u záchvatů předešlých, proto se mu obvykle podaří lehnout si na zem nebo se alespoň přesunout do bezpečnějšího místa. Není to však bohužel pravidlem. Nastává fáze křečí. Nejprve tonických, trvajících přibližně 30-60 sekund. Svalstvo je napjaté, hlava v záklonu, objevuje se cyanóza v důsledku stažení dýchacích svalů. Zornice jsou rozšířené, nereagují na osvit. Následuje přechod do fáze klonické, charakterizované silnými záškuby svalstva končetin a trupu, pacient se může díky křečím čelistí pokousat, a pokud má plný močový měchýř, dojde k úniku moče. Tato fáze trvá přibližně 1-4 min. Poté křeče začínají ustupovat a pacient se pozvolna probouzí z bezvědomí, je však dezorientovaný a vyčerpaný.

Nebezpečnou komplikací záchvatu grand mal je situace, kdy namísto nabytí vědomí následuje nový záchvat, což se může několikrát opakovat. Tento závažný stav se nazývá *status epilepticus* a dříve často končil úmrtím. V dnešní době lze díky hospitalizaci a podání příslušné medikace status epilepticus zastavit (KÁŠ et al., 1996).

Absence (petit mal, PM) se projevuje krátkodobou poruchou vědomí, převážně u dětí, někdy však přetrvává i do dospělosti. Je charakterizována náhlým přerušением momentální činnosti a upřeným pohledem do neurčita. Pacient nevnímá ani nereaguje na okolní podněty. Je důležité, zvláště ve škole, nepovažovat tyto stavy automaticky za roztěkanost nebo nepozornost (KÁŠ et al., 1996; KOTAGAL, 1996).

„Záchvaty u malých dětí - objevuje se řada různých forem - záchvaty myoklonické, tzv. bleskové křeče, atonické záchvaty lokalizované či generalizované, které se obvykle mění s vývojem dítěte“ (KÁŠ et al., 1993, s. 46).

3.2 Ložiskové (parciální) záchvaty

Záchvatovitá aktivita se šíří z epileptického ložiska, což může být patrné na EEG. Do této skupiny řadíme tzv. *Jacksonovu motorickou epilepsii*, která se projevuje křečemi svalstva částí těla dle lokalizace ložiska. To je v tomto případě v motorické kůře čelního laloku. Pacient má zpočátku zachované vědomí, což se ovšem může změnit, pokud se křeče rozšíří i na druhou polovinu těla.

Senzitivní Jacksonova epilepsie má obdobný mechanismus, vychází však z temenního laloku a projevuje se paresteziemi a dalšími senzitivními změnami.

Temporální (psychomotorická) epilepsie nezahrnuje pouze tělesné projevy. Pacient není v úplném bezvědomí, nachází se v tzv. mráкотném stavu, kterému předchází aura s čichovými či chuťovými halucinacemi, typické jsou automatické pohyby rukou, pomlaskávání a často i agresivita. Po nabytí vědomí má nemocný úplnou amnézii na vše, co se během záchvatu odehrálo. Ložisko temporální epilepsie se nachází ve spánkovém laloku (KÁŠ et al., 1996).

3.3 Epileptózy

Epileptózou rozumíme onemocnění charakterizované neuropsychiatrickými symptomy (poruchy vigility různého stupně, poruchy vnímání, myšlení a chování) a epileptickými projevy elektrických potenciálů mozku. Epileptická aktivita se reflexně váže na psychické trauma, tudíž je ve shodě se zevními podněty, které ji vyvolávají (FÁBER, 1995).

Epileptóza je tedy takové onemocnění, kdy epileptické projevy mění vigilitu i psychiku a některé psychické změny již patří do péče psychiatrů. Tento pojem zavedl prof. Fáber, avšak ne všichni epileptologové s tímto pojmem souhlasí (VOJTĚCH, 2000).

4 DIAGNOSTIKA EPILEPSIE

4.1 Anamnéza

Anamnéza tvoří základ rychlého a správného stanovení diagnózy. Posuzujeme ji z hlediska *subjektivního* (zahrnuje informace získané přímo od pacienta a *objektivního* (z popisu příbuzných, případně svědků přítomných při záchvatu apod.).

Obecně se anamnéza dělí na rodinnou, osobní, farmakologickou, gynekologickou (u žen), pracovní, sociální a na informace týkající se nynějšího onemocnění. V souvislosti s epilepsií nás nejvíce zajímá anamnéza rodinná (pátráme především po neurologických onemocněních v rodině pacienta), osobní (klademe dotazy na období gravidity matky a porodu, na následný psychomotorický vývoj, předešlá onemocnění, prodělané operace a úrazy, alergie, a také škodlivé návyky pacienta jako např. kouření, užívání alkoholu a omamných látek).

Při neurologickém vyšetření je velice důležitá farmakologická anamnéza, jelikož jednou z příčin vzniku epileptických záchvatů může být intoxikace léky. Zaznamenáváme názvy užívaných léků, jejich sílu a dávkování. Neméně důležitou složkou anamnézy je popis nynějšího onemocnění. U záchvatovitých onemocnění je nutno získat informace o prvním záchvatu, celkovou frekvenci záchvatů následujících a jejich co nejpřesnější popis (NEJEDLÁ et al., 2004; ŠKLOUDÍK et al., 2009).

4.2 Klinické vyšetření

Diagnózu stanovuje specialista (neurolog). Jeho snahou je vyloučit onemocnění, která mohou být příčinou vzniku epileptických záchvatů, ale epilepsii pouze připomínat. Jsou to např. různá psychiatrická onemocnění, poruchy srdečního rytmu, cévní mozkové příhody, nízká hladina krevního cukru a řada dalších. V rámci diferenciální diagnózy je jedním z nejpodstatnějších interní a kardiologické vyšetření, a také komplexní

psychiatrické a psychologické vyšetření k rozpoznání relativně častých pseudoepileptických záchvatů (VOJTĚCH, EpiStop; BUDOŠOVÁ, 2013).

4.3 Laboratorní vyšetření

V rámci diagnostiky epilepsie je vyžadováno základní biochemické vyšetření se zhodnocením hladiny iontů a také vyšetření funkce jater a ledvin. V průběhu sledování pacienta, u kterého jsme již zahájili léčbu, je nutná monitorace profilu sérové hladiny antiepileptik (VOJTĚCH, EpiStop; BUDOŠOVÁ, 2013).

4.4 Elektroencefalografie (EEG) a magnetoencefalografie (MGE)

Elektroencefalografie je neinvazivní metoda analyzující a zaznamenávající elektrickou aktivitu mozku. Její princip spočívá ve snímání elektrických potenciálů vznikajících při činnosti nervových buněk. Ve standardních pozicích a s dodržením vzájemných vzdáleností (tento systém nazýváme 10/20) jsou na povrch hlavy umístěny elektrody, na něž je aplikován vodivý gel. Elektrody jsou propojeny s elektroencefalografem, který zesiluje zachycenou elektrickou aktivitu mozku a pomocí digitálního zpracování dat vytváří obraz - elektroencefalogram (ŠKLOUDÍK et al., 2009; SPOLEČNOST „E“, Epilepsie a EEG test; VOJTĚCH, EpiStop; BUDOŠOVÁ, 2013), příloha A, B.

Magnetoencefalografie je vyšetřovací metoda založená na stejném principu jako elektroencefalografie, liší se pouze vyhodnocovacím záznamem. Výhodou je lepší prostupnost tkáněmi, a tím i dokonalejší lokalizační schopnost. Nevýhoda této metody spočívá ve vyšších finančních nákladech (ŠKLOUDÍK et al., 2009; SPOLEČNOST „E“, Epilepsie a EEG test; VOJTĚCH, EpiStop; BUDOŠOVÁ, 2013), příloha C.

4.5 Zobrazovací metody

Výpočetní tomografie (CT) mozku představuje metodu, při níž tenký paprsek rentgenového záření prochází hlavou vyšetřovaného pacienta v různých rovinách. Přístroj, který tento paprsek registruje, vykreslí na počítačovém principu obraz mozku. Některé patologické procesy lze lépe zobrazit po nitrožilní aplikaci kontrastní látky.

V současné době se v diagnostice epilepsie tato metoda používá minimálně, je upřednostňováno vyšetření magnetickou rezonancí (SMITH, 1990; ŠKLOUDÍK et al., 2009; VOJTĚCH, EpiStop).

Při **magnetické rezonanci (MR)** je pacient vystaven silnému magnetickému poli, v některých případech opět za použití kontrastní látky. Výhodou oproti CT je lepší rozlišovací schopnost, možnost provedení řezu tkáněmi a menší zátěž pro pacienta, neboť není vystaven rentgenovému záření. Kontraindikací pro MR je zavedený magnetizovaný materiál (např. kardiostimulátor, cévní náhrady obsahující kov, kýlní mřížky aj.) v těle vyšetřovaného (PLAS, 2000; SMITH, 1990; VOJTĚCH, EpiStop).

Pozitronová emisní tomografie (PET) zobrazuje odlišné tkáně na základě jejich rozdílného metabolismu a schopnosti akumulovat v sobě podanou radioaktivní látku, v tomto případě glukózu. Okolí funkčních buněk bude osvětleno, na rozdíl od buněk nefunkčních, jejich okolí zůstane tmavé (VITALION, 2013).

Tomografická scintigrafie (SPECT) dokáže zobrazit prostorové rozložení izotopu, nitrožilně podaného do těla pacienta. Po určité době po podání tohoto izotopu je pacient snímán scintilační kamerou, ta zachycuje vysílané gama paprsky a vytváří digitální obraz v počítači. SPECT se využívá převážně pro zobrazování funkce orgánů (VITALION, 2013), příloha D.

5 PRVNÍ POMOC A LÉČBA EPILEPSIE

5.1 První pomoc při záchvatu

V průběhu křečového záchvatu je v první řadě nutné zabránit potenciálnímu poranění či pádu. Je důležité odstranit z okolí ostré předměty a uložit pacienta na rovnou podložku, co nejdále od hran a dalšího nebezpečí, např. z dosahu silničního provozu, vody, ohně apod. Hlava by měla být vypodložena a uvolněn těsný oděv, zejména u krku.

V mnoha případech dochází k nadměrné salivaci, pacient by proto měl být uložen na bok, aby bylo zamezeno nadměrné salivaci. Velmi častým pochybením je pokus o násilné otevření úst a vpravení překážky mezi zuby. Nejenže tento pokus bývá vzhledem ke křeči neúčinný, ale zároveň může pacienta ohrozit např. aspirací vylomeného zubu a pacient může osobu provádějící první pomoc zranit stiskem zubů. Dále je třeba vyčkat návratu plného vědomí, v případě přetrvávající poruchy vědomí uložit pacienta do zotavovací polohy. Postižený bývá po prodělaném záchvatu omámený, často upadá do hlubokého spánku (DESITIN PHARMA, 2013; VOJTĚCH, EpiStop).

Závažným důvodem k přivolání zdravotnické záchranné služby a transportu do nemocničního zařízení je bezesporu status epilepticus, a také situace, kdy se jedná o první záchvat či došlo ke zranění (VOJTĚCH, EpiStop).

5.2 Léčba epilepsie

Cílem léčby je dosáhnout úplného odstranění epileptických záchvatů, popřípadě alespoň omezit jejich frekvenci a intenzitu. Volí-li neurolog terapeutický postup, vychází z etiopatogenetické diagnózy a správné klasifikace epileptického syndromu (KÁŠ et al., 1993).

5.2.1 Farmakoterapie

Přibližně 70 % epileptických záchvatů lze úspěšně léčit podáváním antiepileptik, léků snižujících abnormální dráždivost nervových buněk. Bohužel neexistuje univerzální lék, který by zamezil vzniku záchvatů u všech pacientů, někdy je otázkou týdnů, dokonce měsíců, než lékař nalezne ideální soustavu léků. Mechanismus antiepileptik je třeba posoudit na základě jejich vlastností. Především jaké je jejich resorpce, distribuce, metabolismus, detoxikace, vylučování, účinek a výsledný efekt (FÁBER, 1995; KAPOUNOVÁ, 2007).

„Ideální“ antiepileptikum by mělo mít tyto vlastnosti: vysokou účinnost na individuální záchvatový práh, nulovou toxicitu a interakci s ostatními léky, dlouhodobý proces vylučování, rozpustnost ve vodě a nemělo by obsahovat aktivní metabolity (FÁBER, 1995).

Skupin antiepileptik je mnoho, pro přehled zde budou zmíněna pouze ta nejpoužívanější.

Hydantoiny (např. fenytoin) jsou předepisovány takřka u všech typů epilepsie, jejich výhodou jsou nulové hypnosedativní účinky. Kromě účinků antikonvulzivních vykazují také účinky antiarytmické.

Barbituráty a deoxybarbituráty (fenobarbital) jsou vhodné pro tonicko-klonické formy záchvatů.

Sukcinimidy (deriváty kyseliny jantarové) se používají u absencí, nejčastěji užívanou látkou z této skupiny je etosuximid (HYNIE, 2001).

Deriváty kyseliny valproové (valproát sodný, vápenatý) patří do skupiny širokospektrých antiepileptik a jsou opět využitelné téměř u všech typů epilepsie. Vykazují jen minimální hypnosedativní účinky, neovlivňují duševní činnost a snadno se vstřebávají z GIT.

Benzodiazepiny (diazepam, rivotril) lze užít preventivně i k zvládnutí epileptického státu. Mají výrazný sedativní účinek, u dětí se však může naopak projevit hyperaktivita. Účinně působí proti absencím, je zde ovšem riziko vytvoření tolerance (HYNIE, 2001).

5.2.2 Chirurgické možnosti léčby

Chirurgická léčba epilepsie je zvažována u nemocných s farmakorezistentním typem tohoto onemocnění, u nichž trvá bezvýsledná farmakologická léčba nejméně jeden rok a vyřazuje je z běžných životních aktivit. Dále je indikována při progredující deterioraci intelektu nebo zpomalení psychického vývoje.

Předchází jí pečlivé předoperační vyšetření, které zahrnuje krom anamnézy také zobrazení MR, video-EEG monitoraci, PET, SPECT a ve vybraných případech tzv. Wadův test. Cílem tohoto testu je lokalizace paměťového a řečového centra a posouzení rizika jejich porušení během operačního zákroku. V lokální anestezii je z třísla veden tenký katetr do a. karotis, kam je vstříknuto krátkodobě působící anestetikum (amytal, metohexital) tlumící na několik minut jednu hemisféru mozku. Objevuje se jednostranná obrna a vyšetřovaný je pod dohledem neuropsychologa. Druhá hemisféra je vyšetřena stejným způsobem po 30ti minutách. Test je ukončen vyjmutím katetru z třísla, stlačením místa vpichu a pacient zůstává do druhého dne v poloze vleže.

Epileptochirurgické výkony lze obecně dělit na *kauzální* a *paliativní*. Cílem kauzálního výkonu je odstranění epileptogenního ložiska, aniž by byly zasaženy okolní oblasti mozku. Provádí se tzv. resekcí výkon (řez kůží, odklopení kostního laloku spolu s mozkovými obaly, proniknutí k ložisku a jeho resekce). Úspěch operace je závislý zejména na oblasti, kde se toto ložisko nachází (PLAS et al., 2000; NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2013).

Mezi paliativní metody léčby patří tzv. kalozotomie, přerušení drah, jimiž se záchvat šíří z jedné hemisféry do druhé, což může pozměnit průběh záchvatů (prodloužení aury, snížení frekvence pádů apod.). V situacích, kdy není možné provést resekci (ložisko se nachází příliš blízko důležitých center), je řešením tzv. mnohočetná

subpiální transekce, mozková kůra je v pravidelných rozestupech naříznuta způsobem, kterým je znesnadněno šíření epileptického výboje (VOJTĚCH, EpiStop).

Dnes ještě poměrně novou, do budoucnosti však slibnou metodou je stimulace bloudivého nervu (nervus vagus). Využívá se u nejtěžších forem epilepsie, u nichž není pravděpodobnost zvládnutí záchvatů výše popsanými operačními zákroky. Pod kůží do levé podklíčkové jamky je vložen stimulátor, jehož hmotnost je přibližně 16 g a velikost 4,5 x 3,2 x 0,7 cm. V levé části krku se na bloudivý nerv napojí elektroda a vedena podkožím, je připojena ke stimulátoru. Podobně jako kardiakům srovná nepravidelný chod srdce kardiostimulátor, upraví tento přístroj patologické vzruchy v mozku epileptika. Znatelně tím sníží frekvenci záchvatů, zvýší kvalitu života a navíc může pozitivně ovlivnit jeho paměť, pozornost a náladu. Tato léčba je však bohužel indikována pouze u velmi malého procenta pacientů z důvodu finanční náročnosti (LANGOVÁ, 2013), příloha E, F.

5.2.3 Alternativní metody v léčbě epilepsie

Lidé často ztrácejí důvěru v klasickou medicínu, zejména nevidí-li okamžitý výsledek nebo alespoň zlepšení. Vyhledávají alternativní druhy léčebných metod jako je např. homeopatie, akupunktura nebo biofeedback (terapeutická metoda umožňující regulaci frekvence elektrické aktivity mozkových vln). Bohužel ani u jedné z těchto alternací nebyl prokázán dostatečný účinek

Vzhledem k poznatku, že jedním ze spouštěcích mechanismů epileptických záchvatů je stres, může do určité míry pacientovi prospět jóga, meditace a aromaterapie, tedy metody stres zmírňující (BUDOŠOVÁ, 2013).

6 ŽIVOTOSPRAVA A REŽIMOVÁ OPATŘENÍ U EPILEPSIE

Nemocní s diagnózou epilepsie by měli v první řadě svou nemoc co nejlépe poznat, zjistit spouštěcí mechanismy, které jim vyvolávají záchvaty a snažit se jich vyvarovat. Hlavním a striktním omezením je absolutní zákaz alkoholu, ten bývá spouštěcím mechanismem u převážné většiny epileptiků. Velmi důležitý je také pravidelný jednofázový spánek, nedoporučuje se usínání přes den. Není vhodná nadměrná fyzická zátěž, ale ani stagnace denních činností, ta mívá navíc negativní vliv na pacientovu psychiku. Spouštěcím mechanismem může být krom výše uvedeného alkoholu také např. obrazovka počítače, stroboskopy v tanečních klubech, zářivky, blesk fotoaparátu, psychické přetížení apod.

Epilepsie představuje i řadu omezení v sociální a pracovní oblasti. Je prakticky vyloučeno, aby osoba trpící epilepsií pracovala u běžících strojů a ve výškách, absolvovala noční směny, řídila motorová vozidla a obecně se pohybovala v situacích, kdy by mohla způsobit zranění sobě nebo jiným. Zvláštní opatření by se měla týkat také sportu. Nebezpečí hrozí u horolezectví, potápění a kontaktních sportů (judo, karate aj.). Při plavání je vhodná přítomnost další osoby (KÁŠ et al., 1993; DESITIN PHARMA, 2013; VOJTĚCH, EpiStop).

Řadu zbytečných problémů si způsobují pacienti nedodržením předepsané medikace. Užívání antiepileptik, pokud má být účinné, vyžaduje pravidelnost a správné dávkování (KÁŠ et al., 1993).

7 OVLIVNĚNÍ ŽIVOTA PACIENTŮ S EPILEPSIÍ

7.1 Žena a epilepsie

Přibližně u dvou třetin žen trpících epilepsií dochází k vyšší frekvenci záchvatů v období okolo menstruace. Je nutná těsná spolupráce mezi neurologem a gynekologem. V některých případech lze tento problém řešit hormonální léčbou či změnou antiepileptik. Také je třeba věnovat pozornost otázce antikoncepce. Řada antiepileptik snižuje hladinu antikoncepčních přípravků a vystavuje tím ženu riziku nechtěného těhotenství. Zde je nutné zvýšit dávkování antikoncepčních přípravků či změnit preparát (VOJTĚCH, 2000).

Riziko, že dítě pacientky s epilepsií bude mít pro toto onemocnění genetický předpoklad je poměrně malé, objevuje se pouze u některých typů epilepsie a detailnější objasnění může přinést porada s genetikem. Existuje však zvýšené riziko vrozených vad těchto dětí (rozštěp rtu a patra a srdeční vady). Jejich výskyt je přibližně 1,5-2 %, tedy 3x více než u dětí, jejichž matka epilepsií netrpí. Je tedy žádoucí, aby bylo těhotenství plánováno a neurolog mohl předem upravit medikaci či ji zcela vysadit. Pravděpodobnost výskytu vrozených vad může snížit v prvním trimestru užívání kyseliny listové.

Důležitá jsou následná opatření týkající se péče o dítě. Mělo by být krmeno a ošetřováno na podlaze vystlané polštáři pro případ, že by matka upadla v důsledku záchvatu a stejně tak koupano ve vaničce uložené na podlaze, nejlépe v přítomnosti další osoby (VOJTĚCH, 2000).

7.2 Epilepsie ve stáří

Zvláštní pozornost by měla být věnována seniorům, jelikož se u nich vyskytuje řada přidružených chorob, na něž užívají příslušnou medikaci, která nemusí být v souladu s užíváním antiepileptik. Proto je vhodné zavést co nejjednodušší dávkování

léků a pamatovat na jejich vzájemné působení. Speciální oblastí jsou stavy po úrazech, cévní mozkové příhodě nebo u hemodialyzovaných pacientů (VOJTĚCH, 2000).

7.3 Epilepsie a řízení motorových vozidel

Existují důkazy, že u osob trpících epilepsií, která není účinně zvládnuta, nastává zvýšené riziko účasti na dopravních nehodách. Z tohoto důvodu se musí minimálně jeden rok obejít bez řidičského oprávnění, které je pro většinu lidí nezbytnou součástí života. Jeho odebrání znamená do určité míry omezení jejich nezávislosti a je častým důvodem ke změně zaměstnání.

Právní normy upravující způsobilost k řízení motorových vozidel lidí s epilepsií v České republice jsou: Zákon 361/2000 Sb. (ve znění novely 411/2005 Sb.) a vyhláška 277/2004 Sb. K vydání posudku o zdravotní způsobilosti je zapotřebí neurologického vyjádření neurologa, u kterého je pacient dlouhodobě sledován. Základní podmínkou pro jeho vydání je bezzáchvatové období trvající minimálně jeden rok. Avšak ani splnění tohoto kritéria nezaručuje automatické navrácení řidičského oprávnění. Profesionálního řidiče je možno uznat způsobilým až po 5ti letech bez jediného náznaku záchvatu (SME, Řízení motorových vozidel s lidmi s epilepsií; VOJTĚCH, EpiStop).

8 SPOLEČNOST „E“

Společnost „E“ je nezisková organizace se sídlem v Praze založená r. 1990 rodiči a přáteli osob postižených epilepsií. Je t.č. jedinou profesionální organizací v České republice, jež je zaměřena na podporu lidí s epilepsií a jejich blízkých. Jejím posláním je co nejefektivnější začlenění těchto lidí do běžného života, destigmatizace epilepsie, odstranění obav veřejnosti, zlepšení přístupu okolí a rozšíření vyšší informovanosti nejen o onemocnění jako takovém, ale i o poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu.

Společnost poskytuje odborné poradenství a sociálně-aktivizační služby formou telefonických, písemných i osobních kontaktů s klienty, a to v oblasti sociální (legitimace ZTP, invalidní důchody), právní (prostřednictvím odborníků v této oblasti), psychologické (bezplatné konzultace s psychologem) a zdravotní (opět s pomocí odborníků: neurologů, epileptologů, psychologů a psychiatrů).

Sociálně-aktivizační služby jsou poskytovány formou programu v pražském denním stacionáři (např. kurz anglického jazyka, aranžování, rukodělných prací, vaření aj.). Nemocní mohou navštěvovat tzv. Klub „E“, kde se odehrávají společenská setkávání v rámci sociálního začleňování do společnosti, a také mohou využívat metody EEG biofeedback. Společností jsou zajištěny i další klubové činnosti, např. pořádání letních táborů pro děti i dospělé a sportovně-rehabilitační pobyty pod lékařským dohledem.

Mimo tyto činnosti je od r. 1991 vydáván měsíčník Aura, ve kterém je možno nalézt zprávy o průběhu činnosti sdružení, aktuální nabídky služeb, odborné informace, a také články související s životem epileptiků. Úsilí této společnosti je jistě obdivuhodné, jejich krédem je Senecův citát, jenž mají uvedený na svých webových stránkách: „*Život měříme skutky, ne časem*“ (SPOLEČNOST „E“, Kdo je společnost „E“?).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 KAZUISTIKA

Dne 25. 2. 2010 byla ZZS přivezena na neurologické oddělení děčínské nemocnice pacientka po epileptickém záchvatu GM. Odehrál se v supermarketu, kde byla nakupovat se svým bratrem a který ZZS přivolal. Dle jeho výpovědi trval záchvat přibližně 3 min. Předchozí večer slavila pacientka narozeniny, požila větší množství alkoholu a šla spát okolo 4. hodiny ranní. Jedná se o opakovaný záchvat GM, od r. 2006 je sledována neurologem, který stanovil diagnózu epilepsie, avšak sama pacientka uvádí, že na kontrolní vyšetření EEG dochází nepravidelně, spíše dochází pouze pro recept na antiepileptika, který jí předává přítomná všeobecná sestra.

Dle záznamu ZZS byla somnolentní, dezorientovaná; věděla, že studuje, nedokázala však odpovědět na otázku, jakou školu. Na samotný záchvat má amnézii. Na levém oku a levém rameni má viditelný hematom způsobený pádem.

9.1 Základní údaje

Jméno a příjmení: M. S.

Pohlaví: žena

Datum a místo narození: 24. 2. 1979, Děčín

Věk: 34 let

Stav: svobodná

Povolání: studentka

Bydliště: Děčín

Zdravotní pojišťovna: 111

Státní příslušnost: Česká republika

Datum přijetí: 25. 2. 2010

9.2 Anamnéza

RA - rodinná anamnéza

matka: nar. 1950, r. 1986 konizace děložního čípku, 1989 cholecystektomie; hypertenze, hypertyreóza

otec: nar. 1954, chronická bronchitis, od r. 2000 artróza, hypertenze, jinak zdrav

sourozenci: bratr, nar. 1977, střevní divertikly, jinak zdrav

AA - alergologická anamnéza

Pacientka udává alergii na sluneční záření a kontaktní alergii na nikl.

FA - farmakologická anamnéza

HA: Jeanine tbl. 0-0-1

antiepileptika: Lamictal 50 mg tbl. 1-0-1

GA - gynekologická anamnéza

Menarché 1991, začátek pohlavního života 1993, od r. 1994 HA, menstruace pravidelná. Od r. 2008 užívá HA kontinuálně. V r. 2004 interrupce v 11. tt. (na vlastní žádost). V r. 2011 konizace děložního čípku.

SA - sociální anamnéza

Pacientka je svobodná, žije v bytě se svým partnerem. Studuje vysokou školu zdravotnického zaměření, příležitostně si přivydělává brigádami různého druhu. Částečně je také podporována rodiči.

OA - osobní anamnéza

Porod i psychomotorický vývoj pacientky proběhl bez komplikací. V mezidobí let 1982-1986 st. p. varicella a salmonella (záznam z očkovacího průkazu). V r. 1988 hospitalizována pro meningitis, pravděpodobně st. p. parotitis epidemica.

V r. 1994 intoxikace léky (název si již nepamatuje) po hádce s partnerem a pod vlivem alkoholu. Pacientka uvádí suicidální podtext. Vybavuje si, že se ráno probudila, byla zmatená a nemohla odpovídat. Následoval první epileptický záchvat

GM, který (dle rodičů) trval přibližně 3 min. Byla převezena ZZS do nemocničního zařízení, vyšetřena psychologem a jelikož ve výpovědi suicidální podtext popřela, propuštěna domů.

Další záchvat proběhl v r. 2004, předcházelo mu 14 dní, kdy pacientka málo spala a pila téměř denně větší množství alkoholu. Ráno si šla se svým partnerem zaběhat do lesa, vybavuje si, že měla na okamžik „bílo před očima“ a dále si již nic nepamatuje. Vědomí nabyla asi po 5ti minutách, partner uváděl, že se náhle zastavila, upadla a měla epileptický záchvat, podle popisu symptomů opět GM.

V následujícím období od r. 2006 se záchvaty začaly objevovat až 3x do měsíce, vždy jim předcházelo požití alkoholu a nepravidelný spánek. Pacientka se rozhodla navštívit neurologa, který diagnostikoval epilepsii a nasadil medikaci, Lamictal 100 mg tbl. 1-0-1, po jejím nasazení záchvaty ustaly, také díky absolutnímu vysazení alkoholu.

Abúzus

Pacientka kouří od 15ti let s krátkými pauzami, posledních 10 let cca 15 cigaret denně, avšak v kombinaci s alkoholem vykouří i 30 cigaret za večer.

Alkohol konzumuje většinou 1x týdně, množství se pohybuje okolo 1 l vína, tvrdý alkohol zhruba rok nepožívá vůbec.

V minulosti udává užívání návykových látek, zpočátku THC, v mezidobí let 2002-2003 pervitin. V současné době užívá 1x měsíčně kokain, tato droga jí (dle jejích slov) vyhovuje, jelikož u ní omezuje účinek alkoholu. Opiáty neguje.

NO - nynější onemocnění

Po čtyřech měsících dodržování režimových opatření se pacientka navrátila k původnímu stylu života, alkohol konzumovala min. 1x týdně, zhruba 0,75 l za večer. Záchvaty se objevovaly 1x ročně bez vážnějších úrazů. Nejčastějším místem byly supermarkety, spouštěcím mechanismem zřejmě zářivky.

Tento stav trval v podstatě do minulého roku, v r. 2010, se však vyskytly 3 záchvaty GM. Od r. 2010 již další záchvat nenastal, a ačkoliv pacientka udává

občasné aury trvající několik sekund, tvrdí, že se naučila spuštění záchvatu ovládnout a daří se jí to za určitých podmínek, např. nechodí-li druhý den po zábavách ven a odpočívá, a pokud již cítí nějakou předzvěst, začne se soustředit na něco jiného a k záchvatu nedojde. Medikace snížena na Lamictal 50 mg tbl. 1-0-1.

9.3 Vyšetření provedené lékařem (25. 2. 2010)

Podán FR 1000 ml+1 amp. (10 ml) MgSO₄ i.v., doba kapání nastavena na 4 hod. Po dokapání infúze pacientka lucidní, orientovaná, spolupracuje. Hybnost aktivní, bez fatické léze, artikulace v normě. Hlava na poklep nebolestivá, zornice izokorické, fotosenzibilita ++, bulby jsou ve středním postavení, dotahuje všemi směry. Skléry bílé, spojivky růžové. Výstupy NV nebolestivé, inervace N VII souměrná. Jazyk vlhký, plazí středem. Kolorit normální, turgor kůže přiměřený, výživa v normě. HK výbavné, stisk a čítí symetrické. DK bez akroparéz. Stoj pevný, chůze bez nápadností. Bolest v oblasti levého ramenního kloubu.

Vzhledem k stavu po požití alkoholu pacientka hospitalizována na lůžkovém oddělení neurologie. Provedeno RTG vyšetření levého ramenního kloubu, bez nálezu. Předepsán klidový režim, kontrolní měření TK, kontrola hydratace. Medikace Lamictal 50 mg tbl. 1-0-1, při bolesti Novalgin 500 mg tbl. 1-1-1.

9.4 12 funkčních vzorců zdraví dle modelu Marjory Gordon

Základní struktura modelu tvoří 12 oblastí, autorkou označených jako funkční vzorce zdraví. Model byl zvolen na základě toho, že v těchto 12ti oblastech lze o pacientce získat ucelené a podrobné informace.

Vnímání zdraví, udržování zdraví

Zdraví pacientka vnímá jako složku života, od které se odvíjejí všechny její další činnosti, chování i nálada. Netrvá na tom, aby byl její životní styl pouze zdravý. Měl by být symbiózou fyzické a psychické pohody. Když se její tělo cítí dobře, cítí se tak i ona. Spousta věcí jí dodává energii, i když ji některé mohou zase vzít. Hlavní je, aby

pozitivní energie převládala. Jí zdravě, pravidelně cvičí, ale také si občas sedne s přáteli a pije nějaký ten alkohol, ačkoli ho má zakázaný a ví, že by jí ve skutečnosti bylo fyzicky lépe, kdyby se ho úplně zřekla. Je-li však ve společnosti jediná, kdo nepije, přestává ostatním rozumět, dá se říci, že je na „jiné vlně“. Vzhledem k její nemoci bylo těžké najít „zlatou střední cestu“, to znamená bavit se a zároveň si co nejméně ubližovat.

Výživa, metabolismus

Styl výživy pacientky se odvíjí od situace, ve které se právě nachází. Ve dnech, kdy chodí do školy nebo do práce je nucena přizpůsobit se daným podmínkám. Snídá většinou 1,5 hod. poté, co se probudí a další porce jídla následují v tříhodinových intervalech. Pokud se včas nenají, vnímá úbytek energie, třesou se jí ruce. První pomocí, pokud nemá možnost se najíst, je kostka hořké čokolády s vysokým obsahem kaka. Do jídelníčku se snaží zahrnout dostatečné množství ovoce a zeleniny, celozrnného pečiva, mléčných výrobků, obilovin, cereálií atd., a to v co nejkvalitnější formě (např. neloupanou rýži, těstoviny z mořských řas apod.). Není přílišným milovníkem masa, v minulosti byla několik let vegetariánkou, avšak vzhledem k tomu, že jí začaly padat vlasy a objevovat se bílé skvrny na nehtech, zařadila do jídelníčku alespoň ryby a krůtí maso.

Užívá některé potravinové doplňky pro podporu mozkové činnosti (lecitin, gingo biloba), imunity (echinacea) a celkového fyzického stavu (B-komplex).

Dodržovat pitný režim jí nečiní nejmenší potíže, za den vypije minimálně 4 l tekutin, zhruba 1,5 l tvoří čistá voda, zbývající část bylinné a zelené čaje, ředěné ovocné šťávy apod.

Je-li v období zvýšeného stresu, objevují se jí v ústech afty. Se zuby problémy nemívá, pravidelně 1x za 6 měsíců navštěvuje dentistu.

Vylučování

V této oblasti pacientka nezaznamenala žádné obtíže, snad jen častější mikci vzhledem k pravidelnosti pitného režimu. Diuréza změřena na 3 litry, což by se dalo klasifikovat jako polyurie. Špatně snáší vysoké teploty, což se u ní projevuje zvýšeným pocením, zvláště v obličeji.

Aktivita, cvičení

V době, kdy byla pacientce diagnostikována epilepsie se začala věnovat józe, cvičí pravidelně každé ráno, přibližně 20 min. Jóga jí pomáhá se soustředit a dle jejího názoru také ovlivňuje zvládání záchvatů. Má-li čas, věnuje se běhání, plavání, cyklistice a příležitostně horolezectví, ovšem pouze na amatérské úrovni.

Spánek, odpočinek

Pro spánek je pro ni nejvíce vyhovující 1. a 9. hodina ranní. V tomto případě se cítí nejvíce odpočatá, což je ovšem málokdy, jelikož studuje a chodí do zaměstnání převážně v ranních hodinách. Její spánek je tudíž velice nepravidelný. Občasný stres se snaží kompenzovat již zmíněnou jógou a také relaxací ve vaně za použití svíček a vonných olejů, jejím nejoblíbenějším je výtažek z červeného pomeranče, který má dle aromaterapie antidepresivní a osvěžující účinky.

Relaxací by se dalo nazvat i posezení s přáteli, pacientka udává, že v těchto chvílích zapomíná na záležitosti a problémy všedních dnů. Nejraději tráví čas na čerstvém vzduchu.

Citlivost (vnímání), poznávání

Pacientka srovnává období, kdy ve svých 20ti letech neměla problémy se soustředěním, vyjadřováním, schopností rozhodování ani pamětí. V současnosti již bohužel registruje úbytek paměťové kapacity a těžko se rozhoduje, byť často v primitivních situacích. Když se delší dobu zabývá určitým problémem, začínají se jí myšlenky rozbíhat a je nucena tuto činnost přerušit. Je to pro ni velmi nepříjemný pocit,

frekvence těchto situací většinou závisí na míře zátěže. Tuto určitou mozkovou stagnaci přičítá svému stylu života a do jisté míry i následkům epileptických záchvatů.

Zřejmě má vyšší práh bolesti, tu vnímá pouze jako lehce odlišný fyzický stav, kterým se nijak hlouběji nezabývá. Zásadně nepoužívá žádná analgetika.

Sebepojetí, sebeúcta

Sama sebe vnímá jako člověka, který by (kdyby měl silnější vůli) mohl být mnohem soustředěnější, vnímavější a mohl působit vyrovnaněji. Věří, že má velký potenciál učit se novým věcem, naslouchat přátelům a najít v sobě vnitřní klid. Také její okolí ji vnímá jako inteligentní a vtipnou osobnost v období, kdy se vyhýbá alkoholu, což jí alespoň částečně navrácí pozbylé sebevědomí.

Role, vztahy

Nejpevnější zázemí cítí ve své rodině, je šťastna, že se má o koho opřít a kde hledat pomoc. Jako velmi důležitého vnímá také svého partnera a malou skupinu stálých přátel, ke kterým se často vrací, ač již několikrát změnila místo svého působiště.

Zatím na ni nijak nedoléhá touha většiny žen vdát se a mít děti. Je přesvědčena, že mohou partneři vedle sebe svobodně žít, aniž by podepsali svatební dokumenty. Ovšem věrnost a úcta k partnerovi jsou pro ni stěžejní.

Reprodukce a sexualita

Téma reprodukce již bylo popsáno v předešlém bodě, pojem sexualita má pacientka spojen především s pocitem porozumění, bigamii neuznává.

Stres, zátěžové situace - zvládání, tolerance

Za základ zvládání stresu pacientka považuje uvědomění si cíle, kterého chce dosáhnout. Je pro ni velmi důležité, aby měla zaměstnání, které ji naplňuje a kolektiv, ve kterém se cítí spokojena.

Víra a životní hodnoty

Pacientka se řídí tezí, že vše pozitivní, co předala se jí stejnou měrou navrací zpět a naopak. Pokud nastává období, kdy se jí méně daří, vnímá ho jako důsledek vlastního pochybení a jako zkušenost, která by měla vést k určité změně.

Vyznáním se neřadí k žádné konkrétní církvi, svými myšlenkami je jí nejbližší buddhismus, na kterém si váží nenásilnosti, tolerance a vnitřního klidu tohoto náboženství, lásky k ostatním bez předsudků a hledání pochybení v první řadě v sobě. Lidé by dle ní měli být prosti kritiky, na kterou nebyli tázáni a zaměřit se na to, aby se sami stali osobnostmi, které by si mohli vážit.

Jiné

V návaznosti na předchozí body pacientka udává, že je se svým životem převážně spokojena, svoje chyby se snaží napravovat. Jejím životním krédem je „nepřekážet a neškodit“ a také se snažit, aby její chování nebo jednání negativně neovlivňovala okolí.

9.5 Fyzikální vyšetření provedené sestrou

25. 2. 2010 (po přijetí)

Fyziologické funkce

TK: 115/80 - normotenze

P: 77' - pravidelný

D: 15' - eupnoe bez stridoru

TT: 36,8 °C

výška: 174 cm

váha: 55 kg

BMI: 19

stav kůže: hematom na levém oku a levém rameni následkem pádu; pacientka si stěžuje na výraznou bolest v levém rameni (dle škály bolesti 5/10)

vědomí: zastřené z důvodu postalkoholového stavu, somnolence

orientace: orientována osobou, časem i prostorem

řeč: zpomalená

dutina ústní: pokousaný jazyk na pravé straně, chrup neporušen

dutina nosní: bez sekrece

Ordinace, ošetrovatelská péče během dne:

měření TK, P:

TK 110/75 P 65' (8 hod.)

TK 120/80 P 72' (12 hod.)

TK 120/75 P 70' (17 hod.)

stav hydratace: přiměřený, příjem tekutin 1,5l/den

medikace: Lamictal 50 mg. tbl. 1-0-1

 Novalgin 500 mg. tbl. 1-1-1 (v 17 hod. 3/10 škály bolesti)

26. 2. 2010 (2. den hospitalizace)

Ordinace, ošetrovatelská péče:

měření TK, P:

TK 120/75 P 69' (8 hod.)

TK 125/80 P 72' (12 hod.)

stav hydratace: přiměřený

stav kůže: hojící se hematom na levém oku a rameni

vědomí: orientovaná

orientace: orientována osobou, časem i prostorem

řeč: plynulá

dutina ústní: rány po pokousání bez zduření

dutina nosní: bez sekrece

reakce na bolest: pacientka již nevyžaduje analgetika (v 8 hod. škála bolesti 0/10)

10 STANOVENÍ PŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ

Ošetřovatelské diagnózy byly stanoveny dle publikace *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. V bakalářské práci jsou rozděleny na aktuální a potenciální v pořadí dle priority.

Aktuální ošetřovatelské diagnózy:

- 00128 Akutní zmatenost
- 00133 Akutní bolest
- 00078 Neefektivní léčebný režim
- 00084 Hledání zdravého životního stylu

Potenciální ošetřovatelské diagnózy:

- 00155 Riziko pádu
- 00038 Riziko traumatu
- 00039 Riziko aspirace

10.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie

1. 00128 Akutní zmatenost (v důsledku prodělaného epileptického záchvatu)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: orientace osobou, místem i časem (do ukončení hospitalizace)

Cíl krátkodobý: kompenzace akutního stavu zmatenosti (do 4 hodin)

Výsledná kritéria:

- pacientka si je vědoma skutečnosti, že prodělala epileptický záchvat (do 2 hod.)
- pacientka je orientována osobou, místem i časem (do 4 hod.)

- pacientka je srozuměna s dodržováním klidového režimu (do 4 hod.)
- pacientka má k dispozici signalizační zařízení v případě potřeby (od začátku hospitalizace)

Plán intervencí:

- upokoj pacientku, zajisti pocit bezpečí - sestra
- popiš pacientce okolnosti vzniku proběhlého epileptického záchvatu - sestra
- ujisti se, že je pacientka orientována osobou, místem a časem - sestra
- zajisti signalizační zařízení pro případ potřeby - sestra

Realizace: 25. 2. 2010

Pacientka byla přivezena ve stavu akutní zmatenosti. Nepamatovala si okolnosti vzniku epileptického záchvatu. Po uložení pacientky na lůžko byla podána infúze 1 amp. MgSO₄ (10 ml) v 1000 ml FR i. v. Doba kapání nastavena 4 hod. V průběhu prvních dvou hodin se stav pacientky začal kompenzovat, bylo jí šetrným způsobem vysvětleno, že se nachází v nemocničním zařízení po epileptickém záchvatu a byly jí popsány okolnosti jeho vzniku. Byla ujistěna, že je v bezpečí a že může v případě potřeby použít signalizační zařízení. Po dokapání infúze se pacientka sama začala rozvzpomínat na situaci, kterou prožila.

Hodnocení: 25. 2. 2010

Dlouhodobý i krátkodobý cíl byl splněn. Pacientka je orientována osobou, místem i časem, akutní stav zmatenosti byl kompenzován do 4 hodin od podání infúze.

2. 00133 Akutní bolest (v důsledku pádu při epileptickém záchvatu)

Priorita: střední

Dlouhodobý cíl: pacientka nebude cítit bolest v levém rameni (do týdne)

Krátkodobý cíl: zmírnění akutní bolesti (do 1 hod.)

Výsledná kritéria:

- pacientka potvrdí, že akutní bolest již ustoupila (do 1 hod.)
- pacientka bude uvádět maximálně 1/10 škály bolesti (v průběhu celé hospitalizace)

Plán intervencí:

- zjistí stupeň škály bolesti - sestra
- zajistí úlevovou polohu - sestra, ošetřovatelka
- podávej analgetika dle ordinace lékaře - sestra
- průběžně kontroluj účinek analgetik - sestra
- v případě zhoršení bolesti ihned uvědom lékaře - sestra

Realizace: 25. 2. - 26. 2. 2010

Pacientka byla vyzvána, aby určila počet bodů na stupnici škály bolesti 1-10. Nejmenší bolest udávala v poloze na zádech mírně pootočena pravým bokem k podložce. Dle ordinace lékaře byla podána 1 tbl. Novalginu 500 mg a po 30 min. zkontrolován účinek zpětnou reakcí pacientky.

Hodnocení: 25. 2. - 26. 2. 2010

Vytyčený krátkodobý cíl byl splněn, pacientka přibližně po 40ti min. od podání analgetika cítila výrazné zmírnění bolesti, 2. den hospitalizace udávala stupeň 1/10 na stupnici škály bolesti. Ani v noci nezaznamenala zhoršení, neprobouzela se.

3. 00078 Neefektivní léčebný režim (z důvodu neochoty ke změně životního stylu)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý:

- začlenění příslušných režimových opatření do životního stylu pacientky (tento cíl by měl probíhat po celou dobu nemoci)

Cíl krátkodobý:

- seznámení pacientky s riziky souvisejícími s nedodržením léčebného režimu (do 24 hod.)

Výsledná kritéria:

- pacientka je srozuměna s riziky souvisejícími s nedodržením léčebného režimu (do 24 hod.)
- pacientka je ochotna změnit svůj životní styl (v průběhu trvání onemocnění)
- pacientka dosáhne optimálního stupně začlenění léčebného režimu do svého životního stylu (po ukončení hospitalizace)
- pacientka se vyhne odvratitelným komplikacím svého onemocnění (denně)

Plán intervencí:

- podej dostatek informací o zásadách léčebného režimu - lékař, sestra
- edukuj o rizicích hrozících při nedodržení léčebného režimu - lékař, sestra
- motivuj a podporuj v úsilí změnit svůj životní styl tak, aby vedl k úspěšné léčbě - sestra
- začleň rodinné příslušníky pacientky do léčebného režimu - sestra

Realizace: 26. 2. 2010

Pacientce byl podán dostatek informací o zásadách léčebného režimu a rizicích spojených s jeho nedodržením.

Hodnocení: 26. 2. 2010

Krátkodobý cíl byl splněn: pacientka si je vědoma rizik spojených s nedodržením léčebného režimu, do určité míry je rozhodnuta změnit svůj životní styl. Projevuje se snaha o plnění prevence epileptických záchvatů.

4. 00084 Hledání zdravého životního stylu (z důvodu nedodržení léčebného režimu)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: dodržování léčebného režimu (denně)

Cíl krátkodobý: motivace pacientky ke změně životního stylu (po dobu hospitalizace)

Výsledná kritéria:

- pacientka si je vědoma důsledků rizikových návyků a chování (do 24 hod.)
- pacientka sama vyhledává možnosti změn, alternativních metod (denně)
- v rámci svých možností žije pacientka zdravým životním stylem (denně)

Plán intervencí:

- sestav edukační plán zdravého životního stylu - lékař, sestra
- motivuj pro plánování změn v životních návycích - sestra
- nabídní pomoc při vyhledávání veřejných zdrojů týkajících se zdravého životního stylu - sestra

Realizace: 26. 2. 2010

Pacientce byly zodpovězeny veškeré dotazy týkající se možností změn její dosavadní životosprávy, rozhovor byl zaměřen na pozitivní důsledky těchto změn. Spolu s pacientkou byly aktivně vyhledány instituce, kde by mohla nalézt pomoc a inspiraci.

Hodnocení: 25. 3. 2010

Tento cíl byl splněn: pacientka si přeje lépe ovládat své zdraví, zajímá se o vliv prostředí na svůj zdravotní stav. Zná zařízení a prostředky ve svém okolí, které slouží k podpoře zdraví, nevyklučuje možnost návštěvy ambulantního protialkoholního zařízení.

10.2 Potenciální ošetřovatelské diagnózy

1. 00155 Riziko pádu (v důsledku ztráty vědomí při epileptickém záchvatu)

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý:

- nedochází k epileptickým záchvatům (podmíněno dodržováním předepsaného léčebného režimu)

Cíl krátkodobý:

- edukace o příčinách rizika pádu (do 24 hod.)

Výsledná kritéria:

- pacientka pravidelně navštěvuje svého ošetřujícího neurologa (dle ordinace lékaře)
- pacientka je informována o hrozícím riziku pádu (do 24 hod.)
- pacientka důsledně dodržuje předepsanou medikaci (denně)
- pacientka nepožívá alkoholické nápoje ani návykové látky (denně)
- pacientka dodržuje spánkový režim (denně)

Plán intervencí:

- edukuj o následcích zanedbání předepsané medikace a nedodržování léčebného režimu - lékař, sestra
- varuj před následky požívání alkoholu a návykových látek - lékař, sestra
- spolupracuj s rodinnými příslušníky pacientky v edukaci o možných rizicích pádu, prevenci a první pomoci při pádu - sestra

Realizace: 26. 2. 2010

Pacientce byla popsána rizika zanedbání předepsané medikace, byla upozorněna na absolutní abstinenci alkoholu a omamných látek. Byla domluvena konzultace pro rodinné příslušníky, zodpovězeny veškeré jejich dotazy.

Hodnocení: 26. 2. 2010

Tento cíl byl splněn částečně: pacientka si je vědoma rizik, která se týkají vynechání předepsané medikace. Je rozhodnuta aktivně spolupracovat se svým ošetřujícím neurologem. Ví, jak se zachovat, pokud by cítila jakoukoli předzvěst záchvatu. Její rodina zná zásady první pomoci a dokáže rozlišit situace, kdy volat ZZS.

2. 00038 Riziko traumatu (v důsledku pádu při epileptickém záchvatu)

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: nedochází k epileptickým záchvatům (podmíněno dodržováním předepsaného léčebného režimu)

Cíl krátkodobý: eliminace rizikových faktorů úrazu

Výsledná kritéria:

- pacientka si je vědoma příčiny a rizika úrazu (do 24 hod.)
- snaha o eliminaci rizikových faktorů úrazu ze strany pacientky (do 24 hod.)

Plán intervencí:

- zhodnot' příčiny předchozích úrazů - sestra
- zhodnot' rizika traumatu - sestra
- zjistí rizikové faktory, které by mohly pacientku ohrozit - sestra
- zhodnot' zvyklosti pacientky týkající se zachování vlastní bezpečnosti - sestra
- informuj rodinné příslušníky o příčinách a první pomoci při traumatu - sestra

Realizace: 26. 2. 2010

Byla provedena kontrola informací týkajících se příčin traumatu při předchozích záchvatech pacientky i rodiny formou zpětné vazby.

Hodnocení: 26. 2. 2010

Tento cíl byl splněn (po dobu hospitalizace): pacientka eliminuje veškeré rizikové faktory, které by mohly být spouštěcím mechanismem pro epileptický záchvat. Je informována o rizicích vedoucích k traumatu, v případě nedodržení efektivního léčebného režimu ví, že musí dbát zvýšené opatrnosti, odpočívat, při pocitu předzvěsti epileptického záchvatu vyhledávat nejbezpečnější místo pro pád.

3. 00039 Riziko aspirace (v důsledku nadměrného slinění či zvracení při epileptickém záchvatu)

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: je zajištěna prevence aspirace (denně)

Cíl krátkodobý: zajištění pomoci pacientce v případě aspirace při epileptickém záchvatu

Výsledná kritéria:

- pacientka a její rodina rozpozná rizikové faktory vyvolávající aspiraci (do 24 hod.)
- dbá o prevenci aspirace dodržováním efektivního léčebného režimu (denně)

Plán intervencí:

- vysvětlí srozumitelnou formou možná rizika aspirace - sestra
- informuj rodinné příslušníky o první pomoci v případě aspirace při epileptickém záchvatu - sestra

Realizace: 26. 2. 2010

Realizace tohoto cíle spočívala v edukaci pacientky a rodinných příslušníků o prevenci aspirace a případné první pomoci.

11 POSTUP V PŘÍPADĚ EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA

Hlavní kritéria:

- v případě záchvatu je nutné odsunout nábytek či jiné předměty, které by mohly způsobit poranění pacienta
- pokud záchvat probíhá na lůžku, podložit hlavu pacienta a zvednout postranice
- uložení pacienta na bok z důvodu prevence aspirace (umožňuje-li to situace)
- zajištění přivolání lékařské pomoci
- není doporučováno (a ve většině případů ani možno) zavedení ústního vzduchovodu, pacient by mohl být zraněn
- kontrola základních životních funkcí
- kontrola případného poranění (rty, ústní dutina, jazyk)
- posouzení stavu vědomí
- setrvání u pacienta do příchodu lékaře
- po odeznění záchvatu zajištění klidu na lůžku se zdviženou horní polovinou těla o 30' (prevence aspirace)
- následné sledování pacienta (záchvat se může opakovat)

12 ZHODNOCENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

26. 2. 2010

Pečovali jsme o pacientku, která byla hospitalizována na neurologickém oddělení děčínské nemocnice po prodělaném epileptickém záchvatu. První den hospitalizace bylo našim cílem zajistit protikřečovou terapii podáním infúze 1 amp. (10 ml) MgSO₄ v 1000 ml FR i. v. a antiepileptik Lamictal 50 mg tbl. 1-0-1 (farmakologická anamnéza zjištěna od bratra pacientky). Důsledně byl dodržován klidový režim pacientky, v počátku infúzní terapie pacientka převážně spala.

Přibližně po dvou hodinách od podání infúze se pacientka začala probouzet, komunikovala, dotazovala se, kde se nachází a na důvod své hospitalizace. Byla jí sdělena skutečnost, že prodělala epileptický záchvat a za jakých okolností. V průběhu rozhovoru byla somnolentní, některé věty se jí musely opakovat. Tento stav trval ještě přibližně další 2 hodiny. Po této době si již pacientka rozvzpomínala na proběhlé události, sama již byla schopna odpovídat na otázky anamnézy.

Hospitalizace probíhala 2 dny, v jejím průběhu byla zajištěna analgetická terapie z důvodu bolesti levého ramene následkem pádu při epileptickém záchvatu. Dále byla zajištěna dostatečná hydratace, kontrolní měření tlaku a za pomoci sestry i hygienická péče (ranní hygiena, doprovod na toaletu apod.).

2. den hospitalizace byl zaměřen na edukaci pacientky - příčiny a spouštěcí mechanismy epileptického záchvatu, zásady léčebného režimu, rizika spojená s jeho nedodržením a následky z nich plynoucí. Do edukačního plánu byli zapojeni i rodinní příslušníci pacientky.

Vzhledem ke kompenzaci stavu pacientky byla 26. 2. po 12. hod. hospitalizace ukončena, zajištěn doprovod a předána lékařská zpráva pro ošetřujícího neurologa.

27. 2. 2013

Po třech letech od hospitalizace pacientka svůj životní styl nijak výrazně nezměnila, přesto neprodělala již žádný epileptický záchvat typu grand mal. Dalo by se říci, že určitým způsobem pouze přizpůsobila životní styl svému onemocnění. V průběhu týdne studuje nebo chodí do zaměstnání, avšak dny volna většinou tráví s přáteli na zábavách, nadále požívá alkohol (přibližně 1 l vína za večer) a je občasnou uživatelkou kokainu.

Následující den dodržuje klidový režim, snaží se odpočívat a nevycházet ven, uvádí, že pokud jde na místa, kde se nacházejí zářivky, počíná cítit předzvěst záchvatu, jakési absence, které popisuje jako deja-vu a snaží se co nejrychleji vrátit domů.

Dochází na pravidelné kontroly ke svému ošetřujícímu neurologovi a důsledně dodržuje předepsanou medikaci.

13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučení pro management:

- zajistit pravidelná proškolení personálu
- motivovat zdravotnický personál pro získávání nových vědomostí a zkušeností
- zajistit odborníky pro semináře a přednášky

Doporučení pro zdravotnický personál:

- důkladně se seznámit s anamnézou pacienta
- prosazovat empatický přístup k pacientovi
- motivovat pacienta k pozitivnímu přístupu k léčbě
- vysvětlit vždy příčinu, rizika a důsledky daného onemocnění
- podávat informace o prevenci rizik spojených s tímto onemocněním
- zajistit pacientovi klidné a příjemné prostředí pro hospitalizaci
- zajistit co nejčastější přístup rodiny k pacientovi
- trpělivě zodpovídat veškeré dotazy pacienta
- ujistit se formou zpětné vazby, že pacientův dotaz byl vysvětlen srozumitelně

Doporučení pro pacienta:

- dodržovat předepsanou medikaci
- dodržovat stanovený léčebný režim
- vyhýbat se spouštěcím mechanismům, které by mohly způsobit epileptický záchvat
- vyvarovat se požívání alkoholu a omamných látek
- dodržovat pravidelný spánek
- pravidelně docházet na plánovaná vyšetření

Doporučení pro rodinu:

- zajistit si co nejvíce informací o onemocnění pacienta
- upevnit si základy první pomoci v případě epileptického záchvatu
- rozpoznat, ve kterých případech je nutné přivolání ZZS

- neprojevat o pacienta přílišnou péči
- snažit se zajistit dostatek činností, které mohou nahradit zábavu spojenou s užíváním alkoholu
- vyhýbat se místům, kde se požívá alkohol

ZÁVĚR

Epilepsie je velmi závažné a v mnoha případech i život ohrožující onemocnění mozku, které se může objevit náhle, kdykoli během života, ať už z jakékoli příčiny. Cílem této bakalářské práce bylo toto onemocnění přiblížit, v teoretické části jsme poznali patofyziologii, podstatu epilepsie, její diagnostiku, léčbu a další specifika týkající se epilepsie.

V praktické části jsme se seznámili s příběhem pacientky, která epilepsií trpí, musí s tímto onemocněním žít a denně se přizpůsobovat mnoha faktorům, které by její nemoc mohly ovlivnit. Což zajisté není jednoduché a stojí mnoho sil. Epilepsií může onemocnět každý z nás. Není to porucha duševní a není nijak nebezpečná pro okolí. Není proto třeba se těchto nemocných stranit či mít vůči nim jakékoli předsudky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografická citace dokumentů je zpracována dle normy **ČSN ISO 690: 2011**.

AMPAPA, Radek, 2013. *EEG - elektroencefalografie* [online]. [cit. 2013-03-03]. Dostupné z: <http://nemji.cz/eeg/d-3725>.

BUDOŠOVÁ, Pavla, 2013. *Edukace klienta se záchvatovitým onemocněním - Epilepsie* [online]. [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/72314/lf_bakalarska_prace_komplet_2.txt.

DESITIN PHARMA, 2013. *Co bychom měli vědět o epilepsii*. Praha: Desitin Pharma, 16 s. (brožura).

DOSTÁLKOVÁ, Hana, 2013. *Co je to EEG?* [online]. [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://www.neurologicka.ordinace-uh.cz/eeg-laborator.php>.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 544. s. ISBN 978-80-247-3240-4.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2000. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: Epava, 480 s. ISBN 80-86297-05-5.

FABER, Josef, 1995. *Epilepsie a epileptózy*. 1. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 271 s. ISBN 80-85912-02-3.

HYNIE, Sixtus, 2001. *Farmakologie v kostce*. 2. vyd. Praha: Triton, 520 s. ISBN 80-7254-181-1.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KÁŠ, Svatopluk a kol., 1993. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 216 s. ISBN 80-85526-20-4.

KÁŠ, Svatopluk a Jan ORSZÁGH, 1996. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Scientia medica, 64 s. ISBN 80-85526-53-0.

KOTAGAL, Suresh, 1996. *Základy dětské neurologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 205 s. ISBN 80-85875-06-3d.

LANGOVÁ, Tereza, 2013. *Nový způsob léčby epilepsie* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1932>.

MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

METRIMPEX, 2013. *Elektroencefalograf* [online]. [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://www.metrimpex.cz/cz/products/Elektroencefalograf--EEG-.html>.

NEJEDLÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ, 2004. *Ošetrovatelství IV*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 190 s. ISBN 80-7333-032-6.

NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2013. *Chirurgická léčba epilepsie* [online]. [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: <http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/neurochirurgie/pro-lekare/chirurgicka-lecba-epilepsie.html>.

PLAS, Jaroslav a kol., 2000. *Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 111 s. ISBN 80-7262-075-4.

ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ, 2003. *Somatologie I a II*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 264 s. ISBN 80-86432-49-1.

SME (Skupina Mladých s Epilepsií). *Řízení motorových vozidel s lidmi s epilepsií*. 16 s. (brožura).

SMITH, Dennis B., 1990. *Epilepsy: current approaches to diagnosis and treatment*. New York: Raven Press, 267 s. ISBN 0-88167-615-2.

SPOLEČNOST "E". *Epilepsie a EEG test*. Praha, 7 s. (brožura).

SPOLEČNOST "E". *Kdo je společnost "E"?* [online]. [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/spolecnost-e/kdo-je-spolecnost-e>.

SPOLEČNOST "E". *Základní informace*. Praha, 6 s. (brožura).

STUBBLEFIELD, Matthew S., 2013. *Brain Imaging* [online]. [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: http://drstubblefield.com/resources_brain-imaging.html.

ŠKLOUDÍK, David, Michal BAR a Olga ZAPLETALOVÁ a kol., 2009. *Obecná neurologie pro studenty bakalářského směru*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 101 s. ISBN 978-80-7368-608-6.

TRANSKONTAKT-MEDICAL, 2013. *Magnetoencefalografie* [online]. [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://www.medicaltk.com/cz/magnetoencefalografie/>.

VITALION, 2013. *Popis PET - Pozitronové emisní tomografie* [online]. [cit. 2013-03-16]. Dostupné z: <http://vysetreni.vitalion.cz/pet/>.

VOJTĚCH, Zdeněk, 2000. *Epilepsie dospělých*. 1. vyd. Praha: Triton, 59 s. ISBN 80-7254-096-3.

VOJTĚCH, Zdeněk. *Epilepsie u dospělých osob*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení EpiStop, 39 s. (brožura).

VOKURKA, Martin, Jan HUGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf-Jessenius, 1160 s. ISBN 80-7345-202-5.

ŽIVNÝ, Boris, 2013. *Vágová stimulace* [online]. [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: <http://neurochirurgie.cz/neuroinfo.html>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - EEG - umístění elektrod.....	I
Příloha B - Elektroencefalograf	II
Příloha C - Magnetoencefalograf.....	III
Příloha D - SPECT (tomografická scintigrafie).....	IV
Příloha E - Přístroj pro stimulaci vágového nervu.....	V
Příloha F - Umístění přístroje pro stimulaci vágového nervu.....	VI
Příloha G - Čestné prohlášení	VII

Příloha A - EEG - umístění elektrod



Zdroj: AMAPA, 2013

Příloha B - Elektroencefalograf



Zdroj: LANGOVÁ, 2013

Příloha C - Magnetoencefalograf



Zdroj: TRANSKONTAKT-MEDICAL, 2013

Příloha D - SPECT (tomografická scintigrafie)



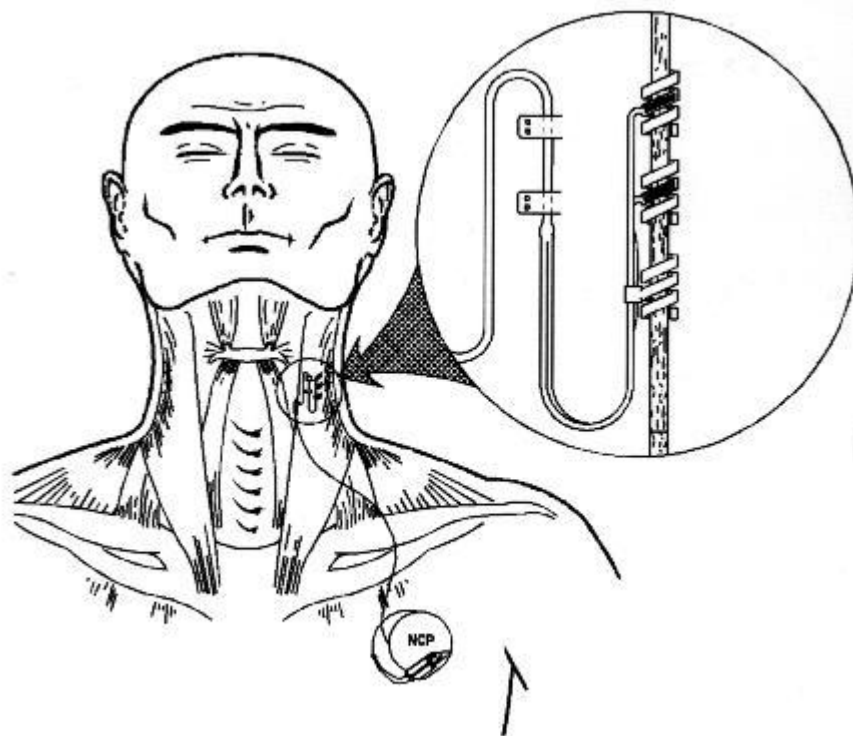
Zdroj: STUBBLEFIELD, 2013

Příloha E - Přístroj pro stimulaci vágového nervu



Zdroj: ŽIVNÝ, 2013

Příloha F - Umístění přístroje pro stimulaci vágového nervu



Zdroj: ŽIVNÝ, 2013

Příloha G - Čestné prohlášení studenta k získání podkladů pro zpracování bakalářské práce

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem získala údaje/podklady pro zpracování praktické části bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelský proces u pacienta s epilepsií“ v průběhu odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o.p.s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 25. 3. 2013

Jméno a příjmení studenta