

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Epileptické stavy u dospělých v přednemocniční neodkladné péči

Bakalářská práce

Autor: Karel Smudek

Vedoucí práce: MUDr. Drahoslava Tišlerová

Datum: 5. května 2011

ABSTRAKT

Epileptic conditions by adults in the prehospital emergency care

Epilepsy is a neurological disorder characterized by repeated occurrence of epileptic seizures. This is not always the same kind of disorder with the same type of seizures, the same cause, the same treatment and the same course. There are several types of epilepsy and several types of seizures. Seizures may occur during the day but also at night during sleep. They are treated in several ways, of which the most common and effective one is using drugs – antiepileptic drugs. Epilepsy affects approximately one percent of the population and it is caused by abnormal electrical activity in brain cells. Epilepsy is classified, in addition to the location of the affected site and subsequent symptoms divided, into symptomatic, cryptogenic and idiopathic. Cells causing epilepsy are impaired in some way, and their existence is linked to many brain diseases.

An epileptic seizure looks scary to many people, but it does not threaten the life of the person. Mostly, it will pass after a while and the person will return to normal. To recognize epilepsy is not easy for a layman. To ensure quiet and security is the basis of lay first aid in epilepsy. Characteristics of seizures, their course, the circumstances of occurrence and associated diseases are an important guideline for the initiation of targeted therapy in the prehospital emergency care aimed directly to the patient.

ABSTRAKT

Epileptické stavy u dospělých v přednemocniční neodkladné péči

Epilepsie je neurologické onemocnění, charakterizované opakovaným výskytem epileptických záchvatů. Nejedná se však pokaždé o stejný druh nemoci se stejným typem záchvatů, stejnou příčinou, stejnou léčbou a stejným průběhem. Druhů epilepsie a typů záchvatů je několik. Záchvaty se mohou vyskytovat v průběhu dne, ale i v noci během spánku. Léčí se několika způsoby, z nichž nejčastější a nejúčinnější je léčba pomocí léků – antiepileptik. Epilepsie postihuje přibližně jedno procento populace a je vyvolána abnormální elektrickou aktivitou v buňkách mozku. Epilepsie se dále kromě lokality zasaženého místa a následných symptomů rozděluje na symptomatickou, idiopatickou a kryptogenní. Buňky způsobující epilepsii jsou nějakým způsobem narušené a jejich existence souvisí s mnoha onemocněními mozku.

Epileptický záchvat vypadá pro mnohé lidi děsivě, avšak člověka neohrožuje na životě. Většinou po chvíli přejde a člověk se vrátí do normálu. Rozpoznání epilepsie není pro laika vůbec jednoduché. Základem první laické pomoci u epilepsie je zajištění klidu a bezpečí. Charakteristika křečí, jejich průběh, okolnosti vzniku a přidružené nemoci jsou důležitým vodítkem pro zahájení cílené léčby v přednemocniční neodkladné péči již přímo u pacienta.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Epileptické stavy u dospělých v přednemocniční neodkladné péči vypracoval samostatně a použil jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 5. května 2011

.....

Karel Smudek

Poděkování

Chci touto cestou poděkovat MUDr. Drahoslavě Tišlerové za odborné vedení při zpracování této bakalářské práce a své rodině za trpělivý přístup k mé osobě v období celého studia vysoké školy.

.....

Karel Smudek

OBSAH:

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Současný stav	9
1.1 Charakteristika epileptického stavu.....	9
1.1.1 Průběh epileptického záchvatu.....	10
1.2 Druhy a příznaky epilepsie	12
1.2.1 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů	15
1.2.2 Generalizované epileptické záchvaty.....	16
1.2.3 Parciální epileptické záchvaty	18
1.2.4 EEG nález.....	19
1.3 Rizikové faktory epilepsie.....	20
1.4 Příčiny epilepsie	21
1.5 Specifické léčebné postupy v PNP (přednemocniční neodkladná péče)	22
1.6 Laická první pomoc u epileptických stavů.....	26
1.7. Komplikace epilepsie.....	27
EMPIRICKÁ ČÁST	29
2. Cíle a hypotézy	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotéza	29
3. Metodika	29
4. Výsledky	30
4.1 Kazuistiky z výjezdů Zdravotnické záchranné služby	30
4.2 Statistické údaje o epileptických stavech.....	38

4.3 Výsledky dotazníkového šetření	39
4.3.1 Odpovědi na otázky dotazníku.....	39
5. Diskuse	51
5.1 Diskuse nad výsledky.....	51
6. Závěr.....	53
7. Seznam použitých zdrojů	54
8. Klíčová slova	59
9. Seznam zkratk	60
10. Přílohy	61

ÚVOD

Každé i sebenepatrnější poškození mozku může za určitých nepříznivých okolností vést ke vzniku epileptického záchvatu. Nejméně 5% všech lidí prodělá v průběhu svého života alespoň jeden epileptický záchvat. Ke vzniku epileptického záchvatu mohou přispět některé okolnosti, kupříkladu nedostatek spánku, horečka, vyčerpání, některé léky, alkohol aj. Ojedinelý záchvat ještě neznamená epilepsii. Pojmem epilepsie se označuje teprve opakovaný výskyt záchvatů. I tak je to onemocnění poměrně časté: postihuje 0.5-1% populace (u dětí 3-5%). Každým rokem pak přibývá 0.6 promile nových případů. V České republice je tedy mezi 50-100 000 nemocných epilepsií a každým rokem jich 7000 přibude. Pravděpodobnost, že budete muset poskytnout první pomoc člověku s epileptickým záchvatem, je výrazně vyšší, než že potkáte člověka stíženého akutním srdečním infarktem.

Cílem mé práce je seznámit důkladněji ostatní s touto nervovou poruchou v souvislosti s přednemocniční neodkladnou péčí a podat důkaz o tom, jak nedokonalé jsou naše znalosti o neuvěřitelně složité hmotě, ve které je v podstatě uložena celá naše osobnost, lidském mozku.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Současný stav

1.1 Charakteristika epileptického stavu

Epilepsie je jedním z mnoha neurologických onemocnění – onemocněním mozku, a to onemocněním tělesným, nikoli psychickým. Jeho lehčí formy nijak neovlivňují intelekt a schopnost žít běžným životem, tj. pracovat, sportovat, zakládat rodiny apod. ⁽³³⁾

Většinou se projevuje opakovaným výskytem epileptických záchvatů. Nejedná se však pokaždé o stejný druh nemoci se stejným typem záchvatů, stejnou příčinou, stejnou léčbou a stejným průběhem. ⁽³³⁾

Druhů epilepsie a typů záchvatů je několik. Záchvaty se mohou projevovat např. pouhým zahleděním, brněním, výpadkem paměti nebo pak známými křečemi se ztrátou vědomí. Záchvaty se mohou vyskytovat v průběhu dne, ale i v noci během spánku. ⁽³⁷⁾

Epilepsie je neurologické onemocnění, charakterizované opakovaným výskytem epileptických záchvatů. Ke stanovení diagnózy epilepsie zpravidla dochází za předpokladu opakovaného výskytu 2 a více nevyprovokovaných epileptických záchvatů. Ke stanovení diagnózy je důležitý dostatek informací jednak o průběhu samotného záchvatu, tak i identifikace možných příčin, které mohou mít provokační vliv na vznik epileptického záchvatu (nedostatek spánku, alkohol a jiné návykové látky, akutní onemocnění mozku – úraz, zánět, cévní příhoda apod.). ⁽³⁷⁾

Diagnózu stanovuje specialista – neurolog, na základě uvedených anamnestických údajů s použitím pomocných vyšetřovacích (EEG) a zobrazovacích (CT, MR) metod.

Častokrát jsou ke stanovení správné diagnózy nutná další podrobná vyšetření (interní a kardiologické, eventuelně psychologické a psychiatrické) k vyloučení jiných příčin záchvatových stavů, které mohou imitovat epileptické záchvaty. ⁽²⁶⁾

Léčí se několika způsoby, z nichž nejčastější a nejúčinnější je léčba pomocí léků – antiepileptik. K operacím se přistupuje v případech, kdy jde o diagnostikování epilepsie, na kterou léky nezabírají a operace může pomoci (čemuž předcházejí důkladná vyšetření). ⁽³⁵⁾

Epilepsie postihuje přibližně jedno procento populace (viz úvod) a je vyvolána abnormální elektrickou aktivitou v buňkách mozku. Tyto abnormality mohou zasáhnout pouze jistou část a v takovém případě se jedná o parciální záchvat. Může však dojít i k rozšíření na celý mozek - tento generalizovaný záchvat je provázen typickými křečemi a bezvědomím. Epilepsie se dále krom lokality zasaženého místa a následných symptomů rozděluje na symptomatickou, idiopatickou a kryptogenní. Symptomatická epilepsie má jasnou příčinu. Vzniká po úrazech hlavy, nádoru na mozku, po cévní mozkové příhodě či prodělané infekci. Tato forma může člověka postihnout v jakémkoliv věku, přičemž ve stáří následkem změn je běžnější. Idiopatická epilepsie je podmíněna dědičnými vlohami a projeví se nejpozději do dvaceti let. U kryptogenní epilepsie jsou dnešní vědě příčiny vzniku zatím neznámé. ^(23,35)

1.1.1 Průběh epileptického záchvatu

Velký generalizovaný epileptický záchvat (grand mal – viz níže), nejčastější a klinicky nejzávažnější forma záchvatu, probíhá zhruba v těchto stádiích: ^(25,36)

1. **Prodromální stadium** - několik hodin až dnů před záchvatem se dostavují tzv. prodromy (předzvěsti). Mezi tyto prodromy patří např. bolesti hlavy, svalové záškuby, dráždivost, zvýšená únavnost, úzkostné stavy aj.

2. **Aura** - dostavuje se obvykle několik vteřin před vlastním záchvatem. Existuje několik forem aury, např. aura motorická, která je charakterizována několika záškuby těla nemocného, aura senzitivní, kdy nemocný cítí mravenčení, brnění apod., nejčastější je aura senzorická, kdy nemocný vidí zář, blesky (aura optická), slyší bzučení, hudbu nebo slova (aura akustická), cítí vůně (aura čichová), má pocit hořkosti (aura chuťová). Dále může být aura vegetativní, kdy nemocný zbledne, zpotí se atd., aura psychická, ke které patří úzkostné stavy, iluze prožitého aj., nebo aura smíšená, kdy se objevuje současně více forem.
3. **Vlastní záchvat (ztráta vědomí)** - dochází při ní ke krátkodobé ztrátě svalového tonu. Někteří nemocní upadají do bezvědomí velmi rychle, někteří pomaleji. Pád do bezvědomí následují tonické stahy svalstva (včetně svalstva dýchacího - vyražení výkřiků). Po asi půl minutě se objevují klonické záškuby jednotlivých částí těla. Po různě dlouhé době křeče ustávají, nemocný zůstává různě dlouhou dobu v bezvědomí.
4. **Postparoxysmální stadium** - postupný návrat k normě. Někteří nemocní se vrací k vědomí poměrně rychle, někteří pomaleji přes mráкотné stavy, kvalitativní změny ve vědomí, někteří po prodělaném záchvatu usínají.

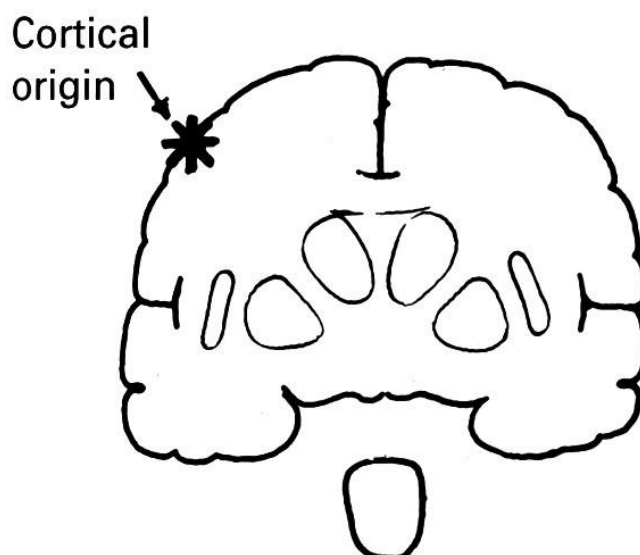
Někteří nemocní kromě velkých záchvatů prodělávají také malé epileptické záchvaty (petit mal). Existuje jich celá řada, např. absence, absence s automatismy, epileptická mdloba, epileptická závrať aj. tyto záchvaty jsou častější u dětí. Projevují se tím, že se dítě na chvíli "zahledí" a nereaguje na okolí. ⁽²⁹⁾

1.2 Druhy a příznaky epilepsie

Epilepsie se rozděluje dle prodělaných příznaků na čtyři skupiny: ^(27, 39)

Jednoduché parciální epileptické záchvaty postihují pouze vyhraněnou oblast mozku a projevují se dočasnou poruchou oné oblasti. Vědomí není nikterak narušeno. Může se projevit pouhými záškuby rukou či koutků úst, avšak také může dojít k zrakovým, sluchovým nebo čichovým halucinacím.

Obr.1 – Cortical origin

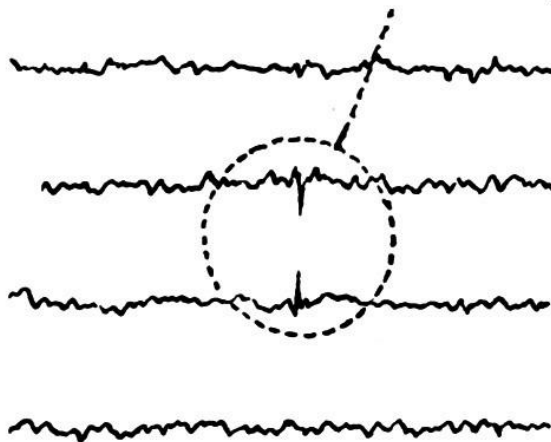


Zdroj: www.med.muni.cz/~mbrazd/epilepsie.ppt ze dne 1.12.2010

Komplexní parciální epileptický záchvat zasahuje širší oblast mozku a zpravidla se projevuje automatizovanými pohyby. Může se jednat o jednoduché mrkání či mlaskání, ale také komplexní chození. Společně se záchvatem se dostavuje i ztráta vědomí, takže postižený nemá o svém nezvyklém chování ani potuchy.

Obr.2 – Focal EEG abnormality

Focal EEG abnormality

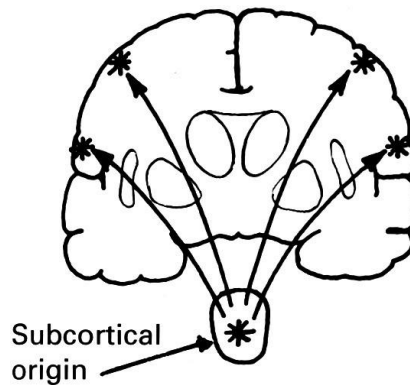


Zdroj: www.med.muni.cz/~mbrazd/epilepsie.ppt ze dne 3.12.2010

Generalizovaný epileptický záchvat bez křečí postihuje kompletně celý mozek a projevuje se nečekanou krátkou ztrátou vědomí, strnulým pohledem či jen přerušením rozdělané činnosti. Poměrně dost svými projevy připomíná pouhé zahledění či mikrospánek. Jen zřídka kdy se stává, aby nemocný upadl, zkrátka pouze na několik sekund ztrácí kontakt s okolím a okamžitě po odeznění záchvatu se vrací do normálu. Právě proto ani nemusí tušit, že nějaký epileptický záchvat právě prodělal. Avšak opakované záchvaty mohou vést hlavně u dětí k zapomnětlivosti a ztrátě koncentrace.

Generalizovaný epileptický záchvat s křečemi je onen klasický záchvat, který si většina lidí v souvislosti s epilepsií vybaví. Dochází k výpadku vědomí, při němž tělo ovládne křeč. Čelisti se pevně sevřou a hrozí nebezpečí prokousnutí jazyka. Silné svalové kontrakce způsobují neovladatelné třesení končetin a mohou vést i k problémům s dýcháním. Zpravidla záchvat trvá několik minut a postižený je po něm velmi vysílen a upadá do spánku.

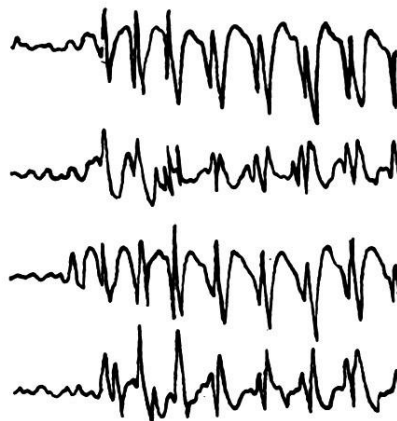
Obr.3 – Subcortical origin



Zdroj: www.med.muni.cz/~mbrazd/epilepsie.ppt ze dne 1.12.2010

Obr.4 – Generalised EEG abnormality

**Generalised EEG
abnormality**



Zdroj: www.med.muni.cz/~mbrazd/epilepsie.ppt ze dne 3.12.2010

Občas můžete zaslechnout i pojmy jako grand mal či petit mal, což je dřívější rozdělení druhů epilepsie, jenž se dnes sice již nepoužívá, ale stále ho občas se setrvačností můžete zaslechnout. Proto zde uvedu i toto rozdělení: ^(32,34)

- Grand mal čili velký záchvat byl charakterizován křečemi, pokousáním, bezvědomím a pomočením.

- Petit mal nesl znaky mrákot či vrávorání bez křečí či jiných příznaků.
- Jacksonské záchvaty představovali záškuby ve svalech či nekoordinované pohyby.
- Psychomotorický záchvat vyvolával pobíhání po místnosti při zastřeném vědomí.
- Epileptický mrákotný stav se projevuje částečně zastřeným vědomím, kdy postižený koná automaticky nějakou činnost, jenž by třeba běžně nikdy neudělal. Tento stav může trvat i několik dní.

1.2.1 Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů

Tab.1 - Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů

PARCIÁLNÍ ZÁCHVATY	GENERALIZOVANÉ ZÁCHVATY
<p>JEDNODUCHÉ PARCIÁLNÍ (bez poruchy vědomí)</p> <ul style="list-style-type: none"> - s motorickými (hybnými) příznaky - se somatosensorickými (pocitovými) nebo smyslovými příznaky - s vegetativními příznaky - s psychickými příznaky <p>KOMPLEXNÍ PARCIÁLNÍ (s poruchou vědomí)</p>	<p>Absence</p> <ul style="list-style-type: none"> - typické - atypické <p>Myoklonické</p> <p>Klonické</p> <p>Tonické</p>

<ul style="list-style-type: none"> - jednoduché parciální následované poruchou vědomí - porušené vědomí od počátku <p style="text-align: center;">PARCIÁLNÍ ZÁCHVATY PŘECHÁZEJÍCÍ DO SEKUNDÁRNÍ GENERALIZACE</p>	<p style="text-align: center;">Tonicko-klonické</p> <p style="text-align: center;">Atonické</p> <p style="text-align: center;">Neklasifikovatelné</p>
--	---

Zdroj: Převzato z Komise pro klasifikaci a terminologii Mezinárodní ligy proti epilepsii, 1981.

1.2.2 Generalizované epileptické záchvaty

Jsou provázeny různě dlouhou poruchou vědomí. Po odeznění příhody si postižený na proběhlý záchvat nepamatuje. Podle průběhu je možné poměrně snadno odlišit různé typy generalizovaných záchvatů: ^(13,16)

a) *Primární tonicko-klonické záchvaty* (označované též jako „velké záchvaty“, „grand mal“):

Postižený může začít plakat nebo začne lapat po vzduchu, následuje pád, ztuhnutí celého těla a ztráta vědomí. Svaly celého těla po chvíli začnou cukat, dýchání je povrchní. Osoba se může pomočit nebo pokálet. Může dojít k pokousání jazyka, tváří a rtů. Záchvat bývá provázen zvýšeným sliněním. Kůže může zmodrat. Záchvat obvykle sám od sebe ustává během několika minut. Po záchvatu může být člověk přechodně zmatený, ospalý, může na chvíli usnout, může jej bolet hlava.

b) *Sekundárně generalizované tonicko-klonické záchvaty*

Vypadají podobně jako primární tonicko-klonické záchvaty, avšak začínají jako záchvaty parciální (viz níže) a teprve potom se rychle šíří mozkem, až postihnou mozek celý.

c) *Tonické záchvaty* (tonický- zasahující svalové napětí)

Začínají stejně jako primární tonicko-klonické záchvaty, dojde ke ztuhnutí všech svalů, ale nenásledují žádné záškuby. Osoba může spadnout, pokud záchvat přijde ve chvíli, kdy stojí. Tyto záchvaty bývají obvykle kratší než jednu minutu.

d) *Atonické záchvaty* („drop attack“)

Dochází při nich k náhlé ztrátě svalového napětí s následným pádem k zemi. Trvání těchto záchvatů je obvykle sekundové.

e) *Myoklonické záchvaty*

Projevují se náhlým záškubem horních i dolních končetin. Přicházejí obvykle bezprostředně po probuzení a mohou se objevovat v nakupení (několik záchvatů v krátkých intervalech po sobě). Trvání myoklonického záchvatu je rovněž sekundové.

f) *Absence* (=zahledění, „petit mal“)

Jsou charakterizovány krátkou ztrátou vědomí, která se může opakovat i mnohokrát denně. Jediným příznakem může být, že osoba zrychleně mrká nebo vyvrací oči „v sloup“. Někdy záchvat proběhne tak rychle, že může snadno uniknout pozornosti. Může při něm vzniknout dojem, že člověk jen nedává pozor. Ve škole může během záchvatu dítěti uniknout sluchová informace nebo pokyn. Záchvat rychle odeznívá (maximálně během

několika sekund). Po záchvatu osoba obvykle pokračuje v záchvatem přerušené činnosti.

1.2.3 Parciální epileptické záchvaty

Do této skupiny patří nejčastější typy epileptických záchvatů, které se vyskytují u dětí ve věku nad 4 roky. Lze je dále dělit na záchvaty **simplexní** a **komplexní**. Hlavní rozdíl mezi těmito dvěma skupinami je porucha vědomí, která je u záchvatů komplexních a naopak u simplexních nebývá vědomí porušeno. (10,11)

a) *Simplexní (jednoduché) parciální záchvaty*

Mohou probíhat jako záškuby jen některé části těla (tváře, jedné končetiny) nebo svalů jen jedné poloviny těla, osoba může cítit abnormální vjemy neodpovídající skutečnosti (různé chuti, vůně či zápach, mravenčení, brnění, píchání apod.), může prožívat emoce (třeba strach, smutek, hněv a zlost) neodpovídající situaci, ve které se nachází. Může cítit bolesti břicha nebo nucení na zvracení. Tyto záchvaty mohou trvat několik sekund až desítky minut. Simplexní parciální záchvat může spontánně ustoupit; někdy může po chvíli přejít v záchvat sekundárně generalizovaný (viz výše).

b) *Komplexní parciální záchvaty* („psychomotorické záchvaty“, „automotorické záchvaty“)

Osoba s tímto záchvatem je jakoby v zasněném stavu. Obvykle není při vědomí nebo nereaguje na výzvy. Může provádět neobvyklou činnost, jako je manipulace s oblečením, případně svlékání se, grimasování, polykání a žvýkání na prázdno apod. Někdy při tomto druhu záchvatů stáčí oči, hlavu, případně i trup k jedné straně. Vzácně se může dostat do takzvaného vigilambulantního stavu, kdy provádí neuvědomělou, ale přitom mnohdy velmi složitou činnost (může chodit z místa na místo,

uchopovat různé předměty apod.), která může nepoučenému pozorovateli připomínat normální chování, osoba však nereaguje na slovní výzvy. Komplexní parciální záchvaty trvají nejčastěji od 30 sekund do 3 minut, výjimečně mohou však trvat až desítky minut. Po odeznění záchvatu bývá osoba ještě po určitou dobu zmatená, desorientovaná. ⁽¹⁶⁾

1.2.4 EEG nález

Pro vyšetření pacienta a pro definitivní stanovení diagnózy je EEG nezbytným prostředkem (viz zmínka výše). Odchyly záznamu člověka postiženého epilepsií během záchvatu od člověka zdravého jsou známy již delší dobu. Je jasné, že při rutinním vyšetření se jen výjimečně s epileptickým záchvatem setkáme. Ve většině případů tedy diagnóza závisí na nálezu EEG v intervalech mezi záchvaty. U postižených se v této době mohou vyskytovat různé abnormální výboje. Tento fakt je velmi důležitý, i když u 20 – 30 % jsou tyto nálezy v mezích normy. ^(12,16)

Sledování epileptického záchvatu je velmi náročný úkol. Souvisí to s křečovými a jinými projevy postiženého. Proto se obvykle sleduje předem připravovaný záchvat, vyvolaný uměle pomocí léků, nejčastěji Cardiazolu.

Bylo zjištěno, že již několik dní (a ještě výrazněji několik vteřin) před záchvatem typu grand mal se v záznamu objevují tzv. beta vlny (o veliké frekvenci), přičemž jejich amplituda (odchylka od normálu) se neustále zvětšuje.

Vlastní záchvat se pak na EEG záznamu projevuje abnormální frekvencí elektrických vln vysílaných mozkem. ^(17,21)

1.3 Rizikové faktory epilepsie

Příčinou epileptického záchvatu je tedy nerovnováha mezi stimulujícími a tlumícími procesy v centrálním nervovém systému vedoucí k převaze stimulující složky. Hlavní roli sehrávají aminokyseliny. Mezi nejdůležitější excitační (stimulující) patří kyselina glutamová a aspartová. Nejvýznamnější inhibiční (tlumící) je GABA – kyselina gama aminomáselná. ^(25, 34)

Epilepsie může vzniknout v každém věku. Při jejím vzniku se uplatňují zejména tyto tři faktory: ⁽³⁶⁾

1. pohotovost k záchvatu,
2. vznik ohniska, které záchvaty vyvolává,
3. podnět jako spouštěcí mechanismus záchvatu.

Pohotovost k záchvatu je podmíněna především geneticky. Známe již několik desítek tisíc genů, které se podílejí na vzniku epileptických onemocnění.

Mezi další faktory ovlivňující vznik záchvatů se řadí stav vnitřního prostředí a věk daného jedince. Záchvatová pohotovost klesá úměrně s rostoucím věkem. Nejvyšší je u kojenců a batolat. U nich se setkáváme s tzv. febrilními záchvaty (febrilie = horečka), tedy záchvaty vázanými na horečnaté stavy. Jde o na věku závislé poruchy vědomí nebo křeče, vyskytující se výhradně při zvýšené teplotě. Tento typ záchvatu se do onemocnění epilepsie neřadí přímo, ale při opakovaném výskytu z něj epilepsie může vzniknout. ^(12,17)

Pohotovost ke vzniku epileptických záchvatů zvyšuje i celá řada faktorů zevního prostředí, mezi nejčastější patří nedostatek spánku, alkohol, fyzická vyčerpanost. Důležitým provokačním momentem u některých typů epilepsií může být i běžný spánek.

Nejvýznamnějším faktorem ovlivňujícím vznik záchvatu je vznik ohniska, ložiska, ve kterém se nacházejí nervové buňky poškozené, neodpovídající normálnímu vzhledu a mající i pozměněnou funkci. Takováto ložiska mohou vznikat prenatálně (před narozením), perinatálně (při porodu) i postnatálně (již u narozeného jedince).

V rámci prenatálních poškození se uplatňují poruchy vývoje, infekce a toxické vlivy. Z perinatálních zásahů je nejdůležitější příčinou nedostatečné zásobení mozku kyslíkem. V postnatálním období a dospělosti jsou nejčastějšími příčinami poškození úrazy, krvácení do mozku, cévní mozkové příhody (tzv. mrtvice), infekce a nádory. ^(31, 36)

S narůstajícím množstvím inzultů u starších jedinců souvisí i zvýšený výskyt epilepsie u osob nad 60 let věku.

Podnět uplatňující se jako spouštěcí mechanismus epileptického záchvatu je přítomný pouze u některých typů epilepsie. Jedná se o zevní i vnitřní faktory, kde ze zevních se nejčastěji uplatňují smyslové vjemy, zejména světelné (např. reflektory na diskotékách, rychlé záblesky v dětských seriálech) a zvukové. Dobrým příkladem vlivu faktorů vnitřního prostředí je u žen závislost záchvatů na fázi menstruačního cyklu, dále horečka, únava, hladovění, léky. ⁽³²⁾

1.4 Příčiny epilepsie

Vlastní příčinou epilepsie je situace, kdy se v mozku vyskytuje skupinka buněk, které za určitých okolností vyšlou do „sítě“ elektrický signál, který se v ní začne šířit a dočasně naruší její funkci. Může to být popsáno jako elektrický zkrat. ^(26,28)

Buňky způsobující epilepsii jsou nějakým způsobem narušené a jejich existence souvisí s mnoha onemocněními mozku – epilepsie může být vrozená,

kdy během vývoje mozku vznikla defektní ložiska, či získaná. Získaná epilepsie vznikla za předpokladu, že během života člověka došlo k nějakému poškození části mozkové tkáně. Příčin tohoto poškození je celá řada. Již během porodu může snadno dojít ke krátkodobému nedostatku kyslíku a část buněk mozku může zůstat poškozena. Je-li toto poškození malé, nemusí se projevit poruchou hybnosti ani intelektu, ale poškozené buňky mohou během života začít způsobovat epileptické záchvaty. Mozkové buňky mohou být poškozeny i při úrazu hlavy, při mozkové mrtvici, při infekcích (záněty mozkových plen, záněty mozku), při mozkových nádorech (spíše u nezhoubných) apod. Po všech těchto stavech může začít docházet k opakovaným epileptickým záchvatům. ⁽²³⁾

Ke vzniku epilepsie jsou nicméně potřebné i další faktory. Při jejich výskytu je o něco pravděpodobnější, že narušená nervová buňka epileptický signál spustí. K těmto faktorům se řadí nedostatek spánku, požití alkoholu, sledování světelných záblesků, fyzické a psychické vyčerpání apod. ⁽²³⁾

1.5 Specifické léčebné postupy v PNP (přednemocniční neodkladná péče)

Charakteristika křečí, jejich průběh, okolnosti vzniku a přidružené nemoci jsou důležitým vodítkem pro zahájení cílené léčby již přímo u pacienta.

Obecně platí: zajištění venózního přístupu flexilou, zajištění průchodnosti dýchacích cest, prevence poranění při záchvatu, prevence pokousání - nejlépe použitím ústního vzduchovodu. ⁽²⁰⁾

Důležité jsou anamnestické údaje, klinické známky: ^(17,26)

Pokousání jazyka, stopy po úrazu nebo operační jizvy (zejména na hlavě), zápach dechu, dechová frekvence, případné vpichy, celkový vzhled pacienta. Nápomocny mohou být i stopy v okolním prostředí - lékovky, stříkačky, či zprávy o předchozím ošetření. Nezbytné je monitorování vitálních funkcí, TK, EKG,

saturace O₂, tělesné teploty. Lékař posuzuje neurologický náález, stav a reakci zornic, z odběrů lze v rámci přednemocniční péče (PNP) na místě stanovit glykemii, individuálně orientační test na drogy z moče (triple test), specificky při podezření na neuroinfekci - meningitidu - se provádí odběr krve k přesné laboratorní diagnostice.

Léčebně se obecně aplikují intravenózně benzodiazepiny (diazepam, dornicum), u dětí nebo při problémovém zajištění žíly je vhodná rektální aplikace (diazepam desitin rectal tube). U závažných stavů s ohrožením dýchání a nutností intubace jsou vhodné barbituráty. Doplnující léčbou je aplikace kyslíku obličejovou maskou nebo brýlemi, kapání infuze je praktické z důvodu rychlého proplachu žilní linky po aplikaci léků nebo opakovaných dávkách.

Specifické léčebné postupy křečových stavů podle vyvolávající příčiny: ^(17,26)

Epilepsie: petit mal (malý záchvat), grand mal (generalizovaný), status epilepticus (dlouhotrvající, nad 30 minut) nebo kumulace záchvatů. Léčba benzodiazepiny, barbituráty, intubace, individuálně antiedematózní léčba mannitolem.

Úrazy mozku, nádory: lze rozeznat pouze podle anamnézy, eventuálně zevního poranění, nutné cílené vyšetření v nemocnici, léčba obecná, specificky podle stavu pacienta.

Metabolické příčiny: hypoglykemie (korekce 40% glukózou i.v.), poruchy metabolismu iontů a vody, tzv. otrava vodou, nedostatek vápníku, hořčíku, sodíku, např. při popáleninách, pankreatitidě, nebo při graviditě, lze určit pouze laboratorním vyšetřením.

Hypoxie: orientačně lze soudit podle nízké hodnoty SpO₂, léčba obecná, O₂ a podle příčiny.

Hyperventilační tetanie a hysterie: především sedativy, zpětné vdechování ze sáčku.

Intoxikace alkoholem a delirantní stav: podle anamnézy, zápachu dechu, často nutná intubace pro riziko aspirace, ale i kumulace léčebně aplikovaných sedativ a požitého alkoholu.

Akutní otrava: zejména tricyklická antidepresiva, lithium, drogy - kokain, amfetamin, pervitin, „extáze“, insekticidy (organofosfáty), herbicidy (Paraquat). Léčebný postup obecně jako u otrav - výplach žaludku, černé uhlí, často nutná řízená ventilace, přesné stanovení látky a hladiny podle laboratorního vyšetření, nutné zajistit na místě podezřelé zbytky léků a lékovky či jiný materiál. U otravy oxidem uhelnatým je nezbytné podat 100% kyslík, otravy kyanidy, např. hořením ropy, jsou převážně smrtící. Specificky se podávají antidota - „protijedy“ - v rámci PNP však jejich použití nemá místo (nejistá detekce jedu).

Eklampsie: křečový stav u těhotných, po 20. týdnu, často spojen s otoky, vysokým TK a ztrátou bílkovin močí, ohrožuje pacientky krvácením do mozku nebo z jater, odumřením plodu. Léčbou je především O₂, vyšší dávky magnesia při sledování jeho hladin v krvi v nemocnici, antihypertenziva, např. Ebrantil, nitráty (Isoket, Nitro Mack), dále diazepam a Epanutin při křečích, podle stavu nutná i intubace, rychlý transport na specializované pracoviště, často nezbytné i ukončení gravidity.

Infekce: tetanus, vzteklina - detekce pouze podle typického rozvoje, anamnézy, přítomnosti rány - v rámci PNP nutná intubace se svalovou relaxací, antikonvulziva, vhodný transport na vakuové matraci pro nebezpečí zlomenin obratlů při intenzivní křeči. Diagnostika je na místě značně obtížná. Může být zvýšená tělesná teplota.

Meningitidy, typická klinika: horečka, ztuhlost šíje, bolesti hlavy, zvracení, fotofobie, často i petechie (tečkovité krvácení na sliznicích a kůži), nezbytné

dodržení přísných hygienických opatření, na místě odběr krevního vzorku, poté co nejdříve aplikace antibiotik - jsou součástí povinné výbavy sanit RLP. U dětí se aplikuje i Dexona s protiedémovým účinkem.

Febrilní křeče: typické u dětí do 5 let, ve vyšším věku se spíše jedná o epilepsii nebo jinou příčinu. Léčbou je diazepam injekční nebo rektální, paralen, účinný rychle v čípku, chlazení a zavodnění infuzí. Dítě je transportováno v doprovodu rodiče na dětské oddělení k dalšímu vyšetření. Nezbytnou součástí péče je opakované měření tělesné teploty.

V podmínkách záchranné služby je diagnostika ochuzená o pomocná vyšetření, zobrazovací, laboratorní, či konziliární a je prakticky výsledkem erudice posádky. Správné zhodnocení situace přispívá k volbě léčebné taktiky a správnému směřování pacienta na příslušné nemocniční pracoviště. Často je navíc omezena komunikace s pacientem pro nespolupráci, nebo poruchy vědomí a odběr údajů k upřesnění okolností vzniku potíží bývá složitý. Proto je na místě nutné využít nejenom teoretických poznatků, ale i rutinních zvyků - rychlé zhodnocení pacienta i okolí pohledem, případně zajištění materiálů, které by mohly se stavem souviset, eventuálně zaznamenání údajů od dostupných osob. ⁽³⁰⁾

Nezbytné je zajištění pacienta na místě, ošetření případných poranění, monitorování. Je nutné vždy počítat s možným opakováním záchvatů během transportu nebo zhoršením stavu. Samozřejmostí je zajištění pacientova komfortu a bezpečí při převozu. Časné zahájení správné léčby mnohdy omezí výskyt pozdních komplikací. Pacient je v nemocnici často směřován na urgentní příjem nebo ARO, podle stavu i na JIP, ve specifických případech je sekundárně přeložen po zajištění, vyšetření a ošetření na jiná oddělení. Děti do 18 let spadají do péče pediatriů. ⁽³⁰⁾

1.6 Laická první pomoc u epileptických stavů

Epileptický záchvat vypadá pro mnohé lidi děsivě, avšak člověka neohrožuje na životě. Většinou po chvíli přejde a člověk se vrátí do normálu. Rozpoznání epilepsie není pro laika vůbec jednoduché. Samostatná epilepsie se může projevovat buď brněním končetin, anebo v horším případě ztrátou vědomí a křečemi. ⁽²⁸⁾

Základem první pomoci u epilepsie je zajištění klidu a bezpečí. Je nutné zajistit bezpečnou polohu, nejlépe na boku, aby nedošlo k pokousání či případně k zapadnutí jazyka. Důležité je rozpoznat, zda se jedná o velký či malý epileptický záchvat. ⁽²⁸⁾

A. První pomoc u malého epileptického záchvatu

Malý epileptický záchvat se projevuje zastřeným vědomím, může být i krátkodobý výpadek vědomí, dostavují se sluchové i zrakové halucinace.

U tohoto záchvatu se nemusí nějak zasahovat, je nutné však pouze hlídat, aby nedošlo k poranění. To znamená odstranit z dosahu ostré předměty a jiné nebezpečné věci, kterými by si člověk mohl ublížit. Dále by se v žádném případě neměl člověk nechávat samotný bez dohledu. ^(28, 32)

B. První pomoc u velkého epileptického záchvatu

U velkého epileptického záchvatu dochází k bezvědomí, ke křečím a také může dojít k zástavě dýchání. Ke křečím dochází nejčastěji u žvýkacích svalů a také u svalů močového měchýře. Možný i výskyt zvracení a průjmů. ⁽³⁴⁾

Většinu epileptiků postihuje tzv. aura (viz výše) – neboli předzvěst, kdy člověk ví, že na něj jde epileptický záchvat a může tak rychle zaujmout polohu.

- Nutné uložit nemocného na pevnou plochu
- Odstranit nebezpečné věci z dosahu, aby si nemocný neublížil
- Průběh záchvatu netlumíme
- Kontrolujeme základní životní funkce
- Epileptický záchvat trvá většinou 5 minut a méně, to nemusíme volat RZP
- Pokud záchvat trvá déle jak 5 minut, je nutné volat RZP, mohlo by dojít k poškození mozku ⁽³⁴⁾

V žádném případě se tedy nesnažit násilím a držením končetin bránit křečím, nebo je násilím rozevírat, rovněž nepáčit ústa a nesnažit se dávat "roubík" do úst, mezi zuby, nesnažit se vytahovat jazyk. Pokud se tato situace zvládne, je dobré se podívat na hodinky, a tím kontrolovat čas, jak dlouho záchvat trvá, zpravidla končí do pěti minut, které se však v tak dramatické situaci, jakou velký epileptický záchvat je, zdají být nekonečné. Pokud záchvat do pěti minut končí, může se pacient buď ihned probrat k vědomí, nebo může být ještě určitou dobu zmatený nebo ospalý. Dle situace je nutné ho posadit nebo uložit do stabilizované polohy. Pokud se jedná o pacienta, který se s epilepsií léčí delší dobu, je zpravidla schopen po chvíli říct, zda je tomu skutečně tak a jak dále postupovat. Pacienti mají dnes často u sebe kartičky, kde také mají napsáno, že se s epilepsií léčí, jaké léky užívají a kde jsou sledováni a co je vhodné udělat při jejich záchvatu.

1.7. Komplikace epilepsie

Mezi komplikace onemocnění patří úrazy a status epilepticus (Status epilepticus je dle Mezinárodní klasifikace epileptických záchvatů definován jako záchvat trvající více než 30 minut nebo intermitentní záchvaty trvající více než 30 min, mezi nimiž nemocný nenabude vědomí). Další komplikací může být předávkování léky, které se projevuje útlumem, poruchami stoje a chůze, nerovnováhou, poškozením tvorby krve a nepříznivými účinky na játra. Postižena je zejména kvalita života pacientů trpících epilepsií. ^(10,13)

Z hlediska pacientů jsou nejzávažnějšími problémy omezení výběru povolání, zákaz řidičského průkazu, ztížení výběru partnera, omezení společenského uplatnění a u žen strach z těhotenství. Téměř polovina nemocných je více unavena a stěžuje si na sníženou pozornost následkem vedlejších účinků léčby. ^(10,13)

EMPIRICKÁ ČÁST

2. Cíle a hypotézy

2.1 Cíle práce

- a) Hlubší průzkum epileptických stavů u dospělých ve smyslu seznámení se s možnými komplikacemi záchvatů.
- b) Popis poskytování první pomoci laickou veřejností.
- c) Popis poskytování první pomoci záchrannou službou.

2.2 Hypotéza

- a) Uspokojivé zjištění stavu laické pomoci při epileptickém záchvatu

3. Metodika

K dosažení cíle bude využito kvantitativního výzkumu. Bude použita obsahová analýza sekundárních dat (literatura, internetové zdroje apod.), metoda přímého dotazování určena ke sběru primárních dat u cílové populace získané náhodným výběrem, popis jednotlivých náhodně vybraných kazuistik z výjezdů ZZS ke křečovým stavům a využití statistických dat poskytnutých Zdravotnickou záchrannou službou v Českých Budějovicích. Před použitím dotazníku pro cílovou populaci byl nástroj použit a testován v předvýzkumu.

Dotazník je zaměřen na otázky objasňující hlubší průzkum epileptických stavů u dospělých ve smyslu seznámení se s možnými komplikacemi záchvatů. Dotazník je také směřován ke zjištění otázek týkajících se uspokojivého zjištění stavu laické pomoci při epileptickém záchvatu.

4. Výsledky

4.1 Kazuistiky z výjezdů Zdravotnické záchranné služby

Kazuistika č.1

Výjezdová karta Záchrannej služby České Budějovice

Číslo výzvy: xxx

Datum:xx

Posádka: RZP

Vůz: x

Sestra: xy

Řidič: xy

Obsah výzvy: křeče

Místo zásahu: Lišov

Pacient:

Rodné číslo:

Poj. 201

Bydliště:

TK: 130/90

P: 95

SAO2: 98

GCS: 15

Dne 25. 4. 2010 byla posádka rychlé zdravotnické pomoci volána ke křečím na ulici. Na místě městská policie je zjištěn jeden postižený. Ke křečím došlo na zastávce MHD.

Postižený nyní velice agresivní, sprostě nadávající a napadající příslušníky městské policie. V okamžiku příjezdu ZZS již bez křečí. Příslušníci městské policie po dlouhé akci směřované proti postiženému – zpacifikují postiženého

čelem k zemi a dají ho do železných pout. Po telefonickém přepojení přes dispečink ZZS s lékařem ZZS podán postiženému Apaurin 2 ml i.m.

Po zklidnění pacienta zajištěn žilní vstup. Následuje infuze fyziologického roztoku 250ml.

Tržná rána na kořeni nosu a levé paži. Zornice reagující na osvit.

Krk: Bez známek zjevného poranění.

Hrudník: je zde patrné povrchové poranění hrudní stěny. V pravé části hrudníku odřeniny, oděrky, mírný hematoma.

Břicho: Bez zřetelných traumatických změn.

Horní končetiny: Bez známek traumatu.

Dolní končetiny: Bez známek traumatu, pokožka v oblasti kolen a bérce velmi zanesená špínou.

- objektivně pacient anikterický, mírná podvýživa, hydratace v normě
- možné známky alkoholu
- pacient po zklidnění hovoří o své nemoci, uznává, že nebere indikované léky

Th:

zajištění žilního vstupu

Apaurin 2 ml i.m.

fyziologický roztok 250ml

stavění krvácení – toaleta rány na nose a levé paži

Dg:

Poalkoholová epilepsie

Povrchové poranění obličejové části hlavy

Povrchové poranění levé horní končetiny

Závěr: Pacient směřován na neurologické oddělení nemocnice České Budějovice.

Kazuistika č.2

Výjezdová karta Záchrannej služby České Budějovice

Číslo výzvy: xxx

Datum:xx

Posádka: RZP

Vůz: x

Sestra: xy

Řidič: xy

Obsah výzvy: křeče

Místo zásahu: Borovany

Pacient:

Rodné číslo:

Bydliště:

Poj. 111

TK: 160/100

P: 110

SAO2: 98

GCS: 13

Dne 2. 6. 2010 byla posádka rychlé zdravotnické pomoci volána ke křečím v rodinném domě. Je zjištěna jedna postižená – na místě manžel. Ke křečím došlo v obývacím pokoji rodinného domu při sledování televize.

Postižená je v okamžiku příjezdu zdravotnické záchrannej služby apatická, reagující velmi stroze na opakované otázky. Po telefonickém přepojení přes dispečink ZZS s lékařem ZZS podán postižené Apaurin 2 ml i.m.

Po zklidnění pacienta zajištěn žilní vstup. Následuje infuze fyziologického roztoku 250ml.

Tržná rána na čele. Zornice reagující na osvit.

Krk: Bez známek zjevného poranění.

Hrudník: Bez známek zjevného poranění.

Břicho: Bez zřetelných traumatických změn.

Dolní končetiny: Bez známek traumatu.

- objektivně pacientka anikterická, nadváha, hydratace v normě
- manžel udává, že pacientka se dlouhodobě léčí s epilepsií, bere předepsané léky, epileptické záchvaty mívá tak 1krát do měsíce

Th:

Zajištění žilního vstupu

Apaurin 2 ml i.m.

Fyziologický roztok 250ml

Stavění krvácení – toaleta rány na čele

Dg:

Epilepsie

Povrchové poranění obličejové části hlavy

Závěr: Pacientka směřována na neurologické oddělení nemocnice České Budějovice.

Kazuistika č.3

Výjezdová karta Záchrané služby České Budějovice

Číslo výzvy: xxx

Datum:xx

Posádka: RZP

Vůz: x

Sestra: xy

Řidič: xy

Obsah výzvy: křeče

Místo zásahu: Větrná, České Budějovice

Pacient:

Rodné číslo:

Poj. 111

Bydliště:

TK: 120/70

P: 87

SAO2: 99

GCS: 15

Dne 13. 5. 2010 byla posádka rychlé zdravotnické pomoci volána ke křečím na lesní cestě. Na místě postižený a dva přihlížející. Ke křečím došlo v lesním úseku. Postižený je při příjezdu zdravotnické záchrané služby plně při vědomí, nyní bez křečí, mírně zmatený. V daný okamžik pracoval v lese s pilou. Je léčeným epileptikem, avšak epileptický záchvat neměl již „roky“. Při epileptickém záchvatu spadl na kořen stromu a způsobil si povrchová poranění na rukou a levé noze. Po telefonickém připojení přes dispečink ZZS s lékařem ZZS podán postiženému Apaurin 2 ml i.m.

Po zklidnění pacienta zajištěn žilní vstup. Následuje infuze fyziologického roztoku 250ml.

Tržná rána na pravé paži, levém předloktí a levém bérce. Zornice reagující na osvit.

Krk: Bez známek zjevného poranění.

Hrudník: Bez známek traumatu.

Břícho: Bez zřetelných traumatických změn.

Horní končetiny: Povrchové poranění pravé paže a levého předloktí.

Dolní končetiny: Povrchové poranění levého bérce.

- objektivně pacient anikterický, výživa v normě, hydratace v normě

Th:

Zajištění žilního vstupu

Apaurin 2 ml i.m.

Fyziologický roztok 250ml

Stavění krvácení – toaleta rány na pravé paži, levém předloktí a levém bérce

Dg:

Epilepsie

Povrchové poranění pravé horní končetiny

Povrchové poranění levé horní končetiny

Povrchové poranění levé dolní končetiny

Závěr: Pacient směřován na neurologické oddělení nemocnice České Budějovice

Kazuistika č. 4

Výjezdová karta Záchrannej služby České Budějovice

Číslo výzvy: xxx

Datum:xx

Posádka: RZP

Vůz: x

Sestra: xy

Řidič: xy

Obsah výzvy: křeče

Místo zásahu: Lidická, České Budějovice

Pacient:

Rodné číslo:

Poj. 201

Bydliště:

TK: 140/85

P: 90

SAO2: 96

GCS: 15

Dne 16. 4. 2010 byla posádka rychlé zdravotnické pomoci volána ke křečím v bytě v panelovém domě. Na místě Policie ČR je zjištěn jeden postižený. Ke křečím došlo v kuchyni bytu. Postižený byl na místě sám. Policie ČR byla volána z důvodu křiku a hlaholu, který vycházel z daného bytu (uvedla sousedka).

Postižený při příjezdu zdravotnické záchrannej služby při vědomí, již bez křečí. Postižený udává prudké bolesti hlavy, udává nevolnost. Postižený mluví o tom, že před záchvatem měl auru, jinak si již nic nepamatuje. Léky na epilepsii bere sporadicky, občas na ně zapomíná. Postižený udává, že se léčí i s diabetem mellitus II. typu. Po telefonickém přepojení přes dispečink ZZS s lékařem ZZS podán postiženému Apaurin 2 ml i.m.

Po zklidnění pacienta zajištěn žilní vstup. Následuje infuze fyziologického roztoku 250ml.

Zornice reagující na osvit.

Krk: Bez známek zjevného poranění.

Hrudník: Bez známek zjevného poranění.

Břicho: Bez zřetelných traumatických změn.

Horní končetiny: Bez známek zjevného poranění.

Dolní končetiny: Bez známek traumatu.

- objektivně pacient anikterický, dostatečné výživy, hydratace v normě

Th:

zajištění žilního vstupu

Apaurin 2 ml i.m.

fyzilogický roztok 250ml

Dg:

Epilepsie

Diabetes Mellitus II. typu

Závěr: Pacient směřován na neurologické oddělení nemocnice České Budějovice.

4.2 Statistické údaje o epileptických stavech

Tab.1 – Počty epileptických záchvatů podle věku a pohlaví

	RZP	RLP	Celkem
Muži do 20 let	11	13	24
Ženy do 20 let	14	15	29
Muži do 35 let	16	20	36
Ženy do 35 let	7	15	22
Muži do 50 let	24	30	54
Ženy do 50 let	19	28	47
Muži nad 50 let	12	16	28
Ženy nad 50 let	10	18	28
Celkem	113	145	258

Zdroj: ZZS Jihočeského kraje

Počet výjezdů zdravotnické záchranné služby České Budějovice ke křečím z pohledu rychlé lékařské pomoci a rychlé zdravotnické pomoci v závislosti na věku za rok 2009.

4.3 Výsledky dotazníkového šetření

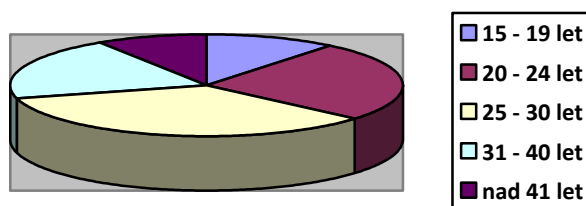
Dotazníkové šetření probíhalo v ordinacích praktických lékařů, na magistrátu města České Budějovice, na krajském úřadu města České Budějovice, v nemocnici České Budějovice a u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Celkem bylo distribuováno 215 dotazníků průzkumu. Návratnost činila 65 %, tedy 140 zcela vyplněných dotazníků.

4.3.1 Odpovědi na otázky dotazníku

Otázka 1 – Věk respondenta

Otázka 1 zjišťovala věk respondentů. Ve věkovém rozmezí 15 – 19 let se nacházelo 15 dotazovaných, věková hranice 20 – 24 let zahrnovala 36 dotazovaných. Další věkovou kategorií představovalo rozmezí 25 – 30 let, kde odpovídalo 48 dotazovaných, ve věku 31 – 40 let se zúčastnilo dotazování 28 dotazovaných a starších dotazovaných nad 41 let bylo 13, viz graf 1.

Graf 1 – Zastoupení souboru podle věku

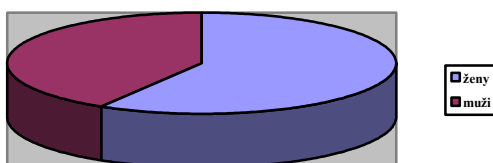


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 2 – Pohlaví respondenta

Podle pohlaví odpovídalo 82 žen a 58 mužů na dané otázky týkající se epileptického stavu (viz graf 2).

Graf 2 – Zastoupení souboru podle pohlaví

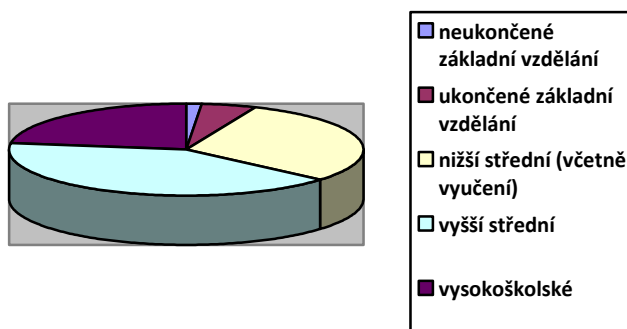


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 3 – Vzdělání respondentů

Podle dosaženého vzdělání se řadí 2 respondenti do skupiny neukončené základní vzdělání, 7 respondentů se zapsalo do skupiny ukončené základní vzdělání, nižší střední (včetně vyučení) dosažené vzdělání vyplnilo 42 respondentů, ke skupině vyššího středního vzdělání se hlásilo 57 respondentů a 32 respondentů se přihlásilo k vysokoškolskému vzdělání (viz graf 3).

Graf 3 – Zastoupení souboru podle pohlaví

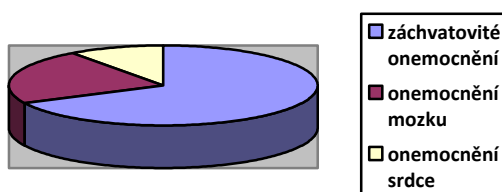


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 4 – Co pojem epileptické onemocnění představuje

Na otázku, co si daný soubor představuje pod pojmem epileptické onemocnění, 95 respondentů zodpovědělo záchvatovité onemocnění, 31 respondentů udávalo onemocnění mozku a zbývající počet 14 respondentů udávalo onemocnění srdce (viz graf 4).

Graf 4 – Zastoupení souboru dle představy o pojmu epileptické onemocnění

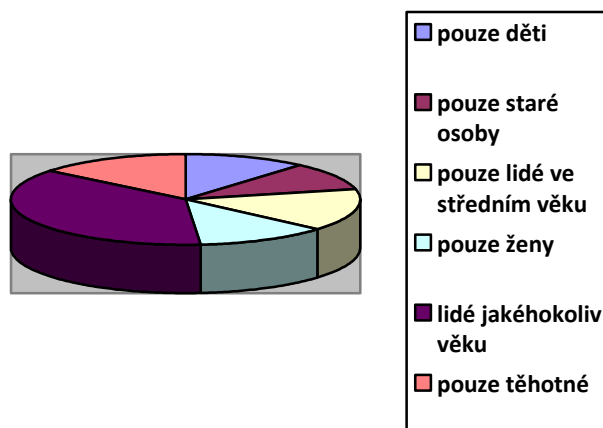


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 5 – Koho postihuje epileptické postižení

Podle 16 respondentů daného vzorku postihuje epileptické postižení pouze děti, 14 respondentů uvádí, že epileptické postižení postihuje pouze staré osoby, na skupinu lidí ve středním věku poukazuje 21 respondentů, na skupinu žen postižených epileptickým onemocněním poukazuje 17 respondentů, 52 respondentů uvádí, že epileptické postižení může postihnout lidi jakéhokoliv věku a 20 respondentů uvádí, že epileptické postižení postihuje pouze těhotné ženy (viz graf 5).

Graf 5 – Zastoupení souboru podle názoru na postih epileptickým onemocněním

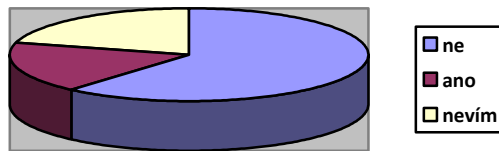


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 6 – Zda je v rodině či okolí respondentů někdo trpící epileptickým onemocněním

Na otázku, zda je v rodině či blízkém okolí někdo trpící epileptickým onemocněním odpovídalo 86 respondentů „ne“, 25 respondentů odpovědělo „ano“ a 29 respondentů odpovědělo „nevím“ (viz graf 6).

Graf 6 – Zastoupení souboru podle výskytu epileptického postižení v okolí respondentů

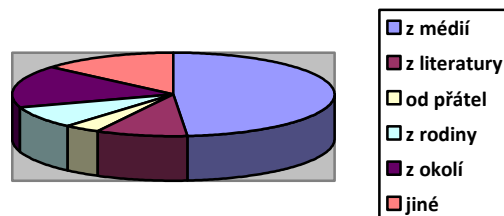


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 7 – Odkud ví vybraný vzorek respondentů o epileptickém onemocnění.

Z médií uvádí, že ví nejvíce o epileptickém postižení 68 respondentů, 13 respondentů z literatury, 5 respondentů uvádí, že nejvíce informací mají od přátel, 12 respondentů má nejvíce informací o epileptickém onemocnění z rodiny, 23 respondentů uvádí, že informace o epileptickém postižení má z okolí a 19 respondentů se informovalo z jiných zdrojů (viz graf 7).

Graf 7 – Zastoupení souboru podle zdroje informací o epileptickém onemocnění

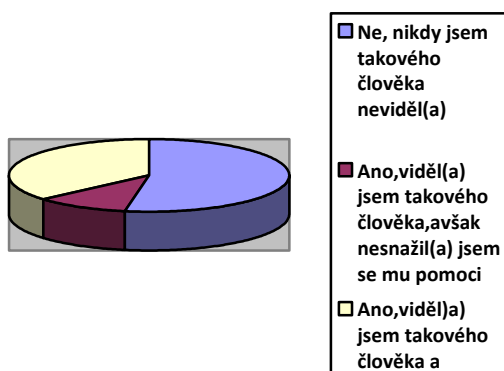


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 8 – Zda se respondenti setkali někdy s člověkem v epileptickém záchvatu, a zda se snažili mu poskytnout první pomoc.

74 respondentů uvádí, že se nikdy nesetkalo s člověkem v epileptickém záchvatu, 15 respondentů uvádí, že viděli člověka v epileptickém záchvatu, avšak nesnažili se mu pomoci a 51 respondentů uvádí, že viděli člověka v epileptickém záchvatu a snažili se mu poskytnout první pomoc (viz graf 8).

Graf 8 – Zastoupení souboru podle výskytu setkání s člověkem v epileptickém záchvatu a snaze o první pomoc

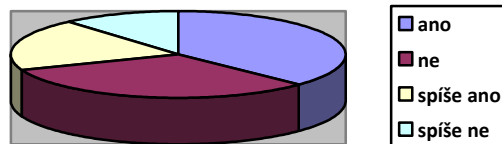


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 9 – Vědomosti respondentů o poskytnutí první pomoci

45 respondentů uvádí, že neví, jak poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu, 52 respondentů informuje, že ví, jak poskytnout první pomoc při epileptickém záchvatu, 27 respondentů uvádí odpověď „spíše ano“ – tedy něco o poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu tuší a 16 respondentů uvádí odpověď „spíše ne“ (viz graf 9).

Graf 9 – Zastoupení souboru podle vědomostí respondentů o poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu

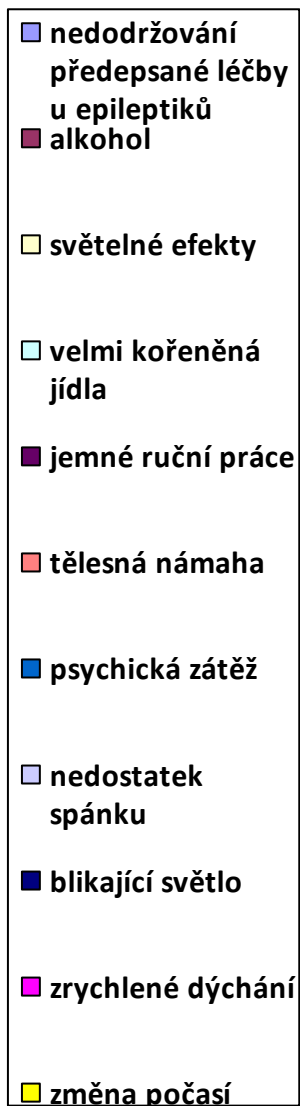


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 10 – Jaké faktory mají vliv na vznik epileptických záchvatů

Nedodržování předepsané léčby u epileptiků uvádí jako odpověď 16 respondentů, alkohol vidí jako důvod 11 respondentů, světelné efekty uvádí 29 respondentů, na velmi kořeněná jídla poukazuje 7 respondentů, jemné ruční práce přichází jako důvod epileptických záchvatů pro 5 respondentů, tělesnou námahu uvádí 12 respondentů, 18 respondentům připadá jako příčina epileptických záchvatů nejvíce psychická zátěž, na nedostatek spánku poukazuje 15 respondent, 2 respondenti blikající světlo, 3 respondenti zrychlené dýchání, 7 respondentů uvádí změnu počasí, 5 respondentů poukazuje na jinou určitou situaci, jinou situaci nic, co by nevyvolávalo záchvaty, nevedl nikdo (viz graf 10).

Graf 10 – Zastoupení souboru podle faktorů, které mají vliv na vznik epileptických záchvatů

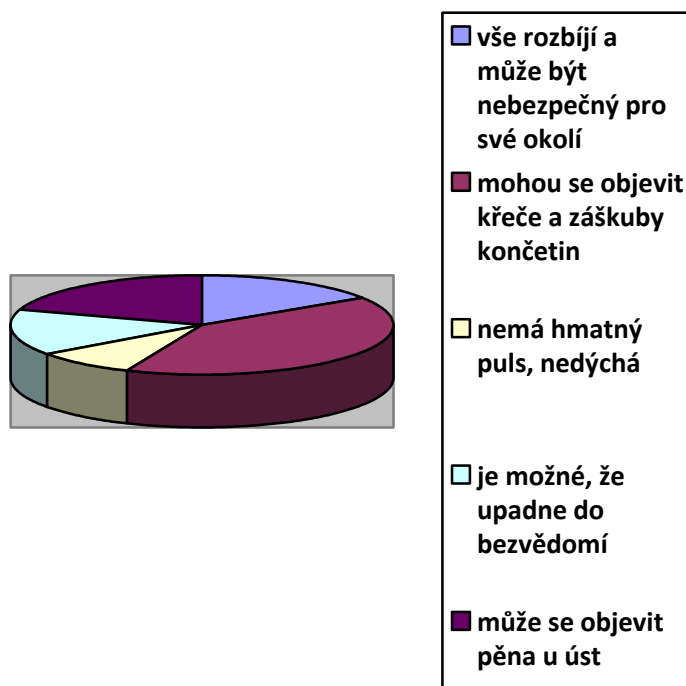


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 11- Jak může vypadat člověk v epileptickém záchvatu

Na otázku, jak může vypadat člověk v epileptickém záchvatu, 2 respondenti odpověděli, že vše rozbíjí a může být nebezpečný pro své okolí, 57 respondentů uvádí, že se mohou objevit křeče a záškuby končetin, 12 respondentů poukazuje na to, že nemusí mít hmatný puls a nemusí dýchat, 21 respondentů uvádí, že je možné, že upadne do bezvědomí a 28 respondentů si myslí, že se může objevit pěna u úst (viz graf 11).

Graf 11 – zastoupení souboru podle vzhledu člověka v epileptickém záchvatu



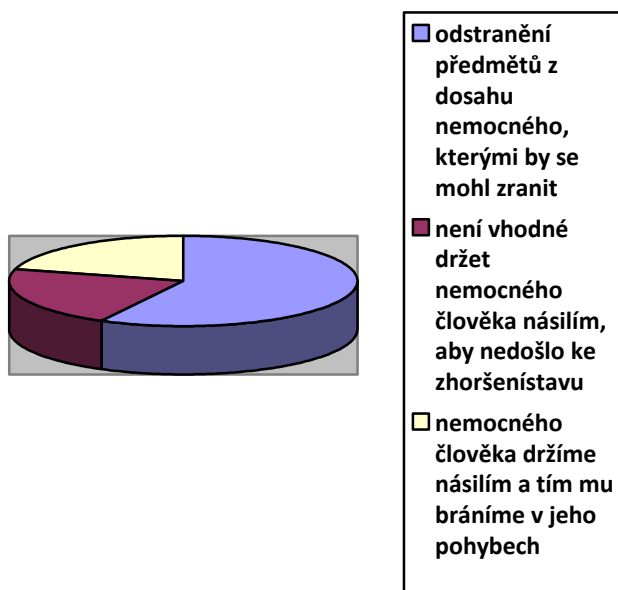
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 12 – Co lze doporučit u člověka v epileptickém záchvatu (grand mal)

Na otázku, co lze doporučit u člověka v epileptickém záchvatu odpovědělo 81 respondentů, že odstraněním předmětů z dosahu nemocného, kterými by se mohl poranit, 30 respondentů uvádí, že není vhodné držet nemocného násilím,

aby nedošlo ke zhoršení stavu, a 29 respondentů poukazuje na to, že nemocného člověka držíme násilím a tím mu bráníme v jeho pohybech (viz graf 12).

Graf 12 – Zastoupení souboru podle doporučení u člověka v epileptickém stavu.



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 13 – Jak vypadal epileptický záchvat, u kterého byl respondent přítomen

Na otázku, jak vypadal epileptický záchvat, u kterého byl respondent přítomen, odpovídalo 6 respondentů, že byl se ztrátou vědomí, 26 respondentů uvádí, že byl se ztrátou vědomí a s křečemi, 7 respondentů poukazuje na to, že epileptický záchvat vypadal jako „zakoukání“, záškuby nebo křeč nějaké části těla uvádí 10 respondentů, jako pád na zem viděli epileptický záchvat 2 respondenti a jinak epileptický záchvat neuvádí nikdo (viz graf 13).

Graf 13 – Náhled na epileptický záchvat respondentem



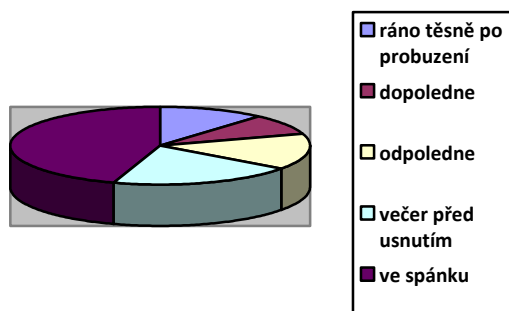
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka 14 – V kterou denní dobu si myslí respondenti, že jsou epileptické záchvaty nejčastěji.

Na otázku, v kterou denní dobu si myslí respondenti, že jsou epileptické záchvaty nejčastější, odpovídalo 16 respondentů, že ráno před probuzením, 12 respondentů uvádí dopoledne jako nejvyšší možnou pravděpodobnost období pro epileptické záchvaty, 21 respondentů poukazuje na dopoledne, 28 respondentů uvádí večer před usnutím a 63 respondentů uvádí, že nejčastěji jsou epileptické záchvaty ve spánku (viz graf 14).

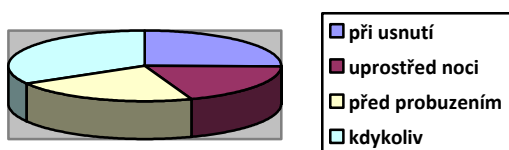
Další část otázky se ptá, kdy ve spánku může dojít k epileptickému záchvatu – 16 respondentům přijde nejpravděpodobnější, že v období usínání, 12 respondentů poukazuje na prostředek noci, 14 respondentů uvádí před probuzením a 21 respondentů odpovědělo kdykoliv ve spánku (viz graf 15).

Graf 14 – Zastoupení souboru podle doby výskytu epileptického záchvatu



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15 – Kdy ve spánku může dojít k epileptickému záchvatu (část otázky 14)



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuse

5.1 Diskuse nad výsledky

Cílem bakalářské práce byl hlubší průzkum epileptických stavů u dospělých ve smyslu seznámení se s možnými komplikacemi záchvatů, popis poskytování první pomoci laickou veřejností a popis poskytování první pomoci záchrannou službou.

Vlastní výzkum - empirická část bakalářské práce obsahuje tři oblasti. První oblast - kazuistiky z výjezdů zdravotnické záchranné služby vytváří náhled na poskytování první pomoci zdravotnickou záchrannou službou posádkou RZP. Názorně ukázáno chování epileptických pacientů na různých místech při probíhajícím epileptickém záchvatu. Ukázána práce Zdravotnické záchranné služby a podobnost mezi případy ve smyslu léčby v přednemocniční neodkladné péči. U všech uvedených pacientů zajištěn žilní vstup, vždy byl podán Apaurin. Je zde také vidět rozdílnost osob, u kterých bylo zasahováno – epilepsie se tedy rozhodně netýká pouze jedné vyhraněné skupiny lidí.

Druhá oblast - statistické údaje epileptických stavů ukazují na četnost výjezdů zdravotnické záchranné služby ke křečovým stavům.

Třetí oblastí se stává dotazníkové šetření, které se zabývá průzkumem epileptických stavů u dospělých – „laiků“. Většina respondentů má povědomí o tom, co epileptické onemocnění představuje. Méně než polovina všech dotázaných si uvědomuje, že epileptické postižení může postihnout lidi jakéhokoliv věku. Více než polovina respondentů se však nikdy nesetkala s člověkem v epileptickém záchvatu. Téměř polovina respondentů má informace o epileptickém onemocnění z médií. Nadpoloviční většina respondentů z části alespoň tuší, jak poskytnout první pomoc u člověka s epileptickým onemocněním. Více než polovina respondentů předpokládá, že se mohou objevit křeče, záškuby končetin a pěna u úst u člověka v epileptickém záchvatu. Nadpoloviční většina by správně odstranila předměty z dosahu nemocného, kterými by se člověk

v epileptickém záchvatu mohl poranit. Více než polovina respondentů ví, že u člověka v epileptickém záchvatu může dojít ke ztrátě vědomí a ke křečím. Názory na příčinu určitého epileptického záchvatu jsou různorodé. Nejčastěji respondenti uvádí, že denní doba, kdy dochází nejčastěji k epileptickým záchvatům, je ve spánku a to, v kterékoliv fázi.

Jedním základním rysem menších epileptických stavů je jejich nenápadnost, nepřítomnost subjektivně vnímané a objektivně pozorované záchvatové symptomatologie. ⁽³⁷⁾ Mohou být příkladem krátké absence, zárazy v činnosti, v rámci generalizovaných i fokálních epilepsií u zdánlivě plně kompenzovaných nemocných při běžné ambulantní kontrole. Náleží sem i tzv. tranzientní kognitivní deficit (TCI), který může významně a dlouhodobě narušovat kognitivní výkon postiženého a tedy i kvalitu jeho života. V souladu s literaturou ⁽⁴¹⁾ je možné se s těmito nemocnými setkat při podrobnějším, zejména dlouhodobém EEG vyšetření. Druhým základním rysem uvedených stavů je atypická iktální, případně současná post-iktální symptomatologie. Příkladem mohou být nekonvulzivní epileptické stavy (NCSE), projevující se například jen fluktuujícími poruchami chování, kognitivních a exekutivních funkcí. NCSE mohou být mylně pokládány za demenci a adekvátně neléčeny. ⁽⁴⁰⁾ Jiným příkladem mohou být nemocní s psychotickými příznaky, dokonce bez prodělaného typického epileptického záchvatu. Lze tedy říci, že některé epileptické stavy nemusí být laickou veřejností zcela rozpoznány nebo mohou být laickou veřejností „diagnostikovány“ jako zcela jiný stav.

Na základě daných výzkumných skutečností lze říci, že byla splněna hypotéza bakalářské práce a výzkum dochází k uspokojivému zjištění stavu laické pomoci při epileptickém záchvatu.

6. Závěr

Téma epilepsie je v dnešní době velmi aktuální. Na zvýšení úrovně znalostí laické první pomoci se podílí celá řada faktorů. Přístup první pomoci laiků následně směřuje přednemocniční neodkladnou péči. Laická veřejnost již nemá podněty k tomu, aby se zlepšovala. Chybí výuka první pomoci na základních či středních školách, medializace problémů není také vysoká, chybí přeškolení příslušníků PČR a městské policie a je zde nízké společenské povědomí o poskytování první pomoci. Pro poskytování přednemocniční neodkladné péče je důležité chování jednotlivců přítomných u případů epileptických stavů.

Na základě daných cílů jsem specifikoval rozpětí poskytování první pomoci u člověka s epileptickým onemocněním jak laickou veřejností, tak záchrannou službou.

Provedl jsem kvantitativní výzkum pro hlubší průzkum epileptických stavů u dospělých ve smyslu seznámení se s možnými komplikacemi záchvatů.

Předpokládám, že práce bude mít využití pro podrobnější studium dané problematiky a bude mít využití v různých oborech zdravotnické péče.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN, ISO 690-2: *Část 1 – citace: metodika a obecná pravidla [online]*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11.11.2004. 21 s. [cit.2010-11-11]. Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citaceúcitace1.pdf>>.
2. ENGEL, J., *Epilepsy : global issues for the practicing neurologist*, New York, N.Y. : Demos Medical Pub., c2005. -- ix, 140 p. : ill. ; 28 cm
3. HUBÍK, S. *Hypotéza*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7040-842-1.
4. IVANOVÁ, K. – JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 98 s. ISBN 80-244-0992-5.
5. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti [online]*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2010-11-12]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm
6. SYNEK, M. – SEDLÁČKOVÁ, H. – VÁVROVÁ, H. *Jak psát diplomové a jiné písemné práce [online]*. [cit. 2010-11-22]. Praha:VŠE v Praze, 2002. Dostupné z: <http://kmo.vse.cz/kmo/wcms_kmo.nsf/files/pokynyBP.pdf>
7. TÓTHOVÁ, V. – POLENOVÁ, K. – MATĚJKOVÁ, L. Akademický rok 2008/2009. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 428 s.
8. Zákon číslo 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů.
9. ECO, U. *Jak napsat diplomovou práci*. Olomouc: Votobia, 1997. 271 s. ISBN 80-7198-173-7.

10. LIŠKA, V. *Diplomová práce: zpracování a obhajoba*. 3. rozš. vyd., Praha: Ivo Ulrych-Růžičkův statek, 2005. 123 s. ISBN 80-86579-17-4.
11. SERVÍT, Z., *Epilepsie: Od patofyziologie k diagnostice, terapii a prevenci*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1983 (Brno : Tisk 2). -- 276 s.
12. HANSCOMB, A., *Epilepsie*. Praha : Společnost "E", [2001]. 63 s., ISBN 80-238-7897-2
13. NOVOTNÁ, I., *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 81 s. ISBN 978-80-7013-472-6 (brož.)
14. VOJTĚCH, Z., *Epilepsie dospělých*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000. 59 s.(Vím víc ; sv. 3), ISBN 80-7254-096-3 (brož.)
15. BRÁZDIL, M., *Epilepsie temporálního laloku*, Vyd. 1. Praha: Triton, 2006. 273 s. ISBN 80-7254-836-0 (váz.)
16. SVATÝ, J., *Epileptické syndromy u dětí v prvních třech letech života: rozbor 742 případů ze specializovaného pracoviště*, 1. vyd.. -- Praha: Avicenum, 1988 (Havlíčkův Brod: VČT 4). 104 s.
17. KOMÁREK, V., *Epileptické záchvaty a syndromy*. 1. vyd.. Praha: Galén, 1997. 183 s. ISBN 80-85824-56-6 (váz.)
18. SERVÍT, Z., *Etiopatogenetická diagnostika epilepsie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987 (Havlíčkův Brod: VČT 4). 120 s.
19. BRÁZDIL, M., *Farmakorezistentní epilepsie*. Praha: Triton, 2004. -- 268 s. ISBN 80-7254-562-0 (váz.)
20. ŠOUREK, K., *Chirurgické léčení epilepsie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1973 (SČT 01). 140, [2] s.
21. MÄDER, F., *Jest epilepsie vyléčitelná ...* [1936] (Praha : Melantrich). 26 s.

23. Velíšek, L., Kapitoly z moderní neurofyzologie a epileptologie . 1. vyd..
Praha: Karoli- num, 1992 (Nové Město u Chlumce nad Cidlinou: Agrodat). 91 s.
ISBN 80-7066-595-5 (brož.)
24. PFIZER, R., *Klinické zkušenosti s přípravkem Neurontin (gabapentin)*. Praha:
Maxdorf, c2003.72 s. ISBN 80-7345-006-2 (brož.)
25. POLÁK, O., *Malá a psychomotorická epilepsie dětského věku : (Klinická a
elektroencefa- lografická studie)*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1963 (SČT 104). 175, [1]
s.
26. PURUCKER B., *Epilepsie mit pyknoleptischen Absencen und juvenile Absence-
Epilepsie [mikrodokument] : eine Vergleichende klinische und genetische
Untersuchung* , Berlin : Freie Universität Berlin, 1992. -- 226 s. : il.
27. VYMAZAL, J., *Magnetická rezonance nervové soustavy: radiologické a
klinické aspekty. II., Epilepsie, neurodegenerativní onemocnění mozku*. 1. vyd.
Praha : M-DIAG, 2009. 130 s. ISBN 978-80-903811-1-7 (váz.)
28. SERVÍT, Z., *Konstituční základ epilepsie: příspěvek ke studiu etiologie a
pathogenesy syndromu epileptického*. 1. vyd. V Praze: Bursík a Kohout, 1945
(Dr. Ed. Grégr a syn). 142, [II] s.
29. EPISTOF (PRACOVNÍ SKUPINA), *Minimální diagnostický a terapeutický
standard u pacientů s epilepsií*. 1. vyd. Praha: Mediforum, 1997. ISBN 80-238-
7009-2
30. OŠLEJŠKOVÁ, H., *Naše dítě má epilepsii: informace pro rodiče*. [Plzeň] :
Adela, 2009.34 s. ([Editio medicinae]. Neurologie). ISBN 978-80-87094-05-1
(brož.)
31. SERVÍT, Z., *Nervové záchvaty a epilepsie*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1985
(Havlíčkův Brod: VČT 11). 104 s.

32. FABER, J., *Neuropsychiatrické syndromy jako projevy patologických forem učení*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 159 s. ISBN 80-7254-471-3 (brož.)
33. ŠIMS, J., *Padoucnice čili epilepsi*. Praha: Hejda a Tuček, 1901. 77 s.
34. VÁGNEROVÁ, M., *Patopsychologie I*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 1995. 127 s. ISBN 80-7083-158-8 (brož.)
35. MORÁŇ, M., *Praktická epileptologie*. 2. vyd. V Praze: Triton, 2007. 163 s. ISBN 978-80-7387-023-2 (váz.)
36. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií I-VII / [vypracovala pracovní skupina EpiStop ve spolupráci s Českou ligou proti epilepsii ČLS JEP; koordinátor projektu Vladimír Komárek]. 2., souhrnné a upr. vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 47 s. ISBN 80-7345-008-9 (brož.)
37. DOLANSKÝ, J., *Současná epileptologie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000. 164 s. ISBN 80-7254-101-3 (brož.)
38. FABER, J., *Temporální epilepsie a vědomí*. Vyd. 1. Praha: Triton, 1998. 105 s., 57 s. ISBN 80-85875-80-2 (brož.)
39. HOVORKA, J., *Základní principy protizáchvatové léčby*. Praha : Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 1998. 16 s. ISBN 80-238-4321-4
40. SCHACHTER S.C., *Behavioral aspects of epilepsy: principles and practice* , New York : Demos, c2008. -- xxii, 519 p. : ill. (some col.) ; 29 cm
41. SCHACHTER S.C., *Complementary and alternative therapies for epilepsy* , New York : Demos, c2005. -- xii, 330 p. : ill. ; 26 cm
42. SCHWARTZOVÁ, K., *Vývin chronických psychických změn u epilepsie a jejich elektronce-falografický obraz*. 1. vyd. Praha: SPN, 1962 (Svoboda 4). 137, [2] s.
43. SERVÍT, Z., *Základy evoluční pathologie epilepsie*. 1. vyd. Praha: ČSAV, 1958 (Praž. tisk. 05). 273, [3] s.

44. EPISTOF (PRACOVNÍ SKUPINA), *Žena a epilepsie*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2004. 109 s. ISBN 80-7345-041-0 (brož.)
45. www.med.muni.cz/~mbrazd/epilepsie.ppt ze dne 1.12.2010
46. www.med.muni.cz/~mbrazd/epilepsie.ppt ze dne 3.12.2010
47. Komise pro klasifikaci a terminologii Mezinárodní ligy proti epilepsii, 1981.
48. Statistické údaje ZZS JČK

8. Klíčová slova

Epilepsie; druhy epilepsie; generalizované epileptické záchvaty; laická první pomoc; parciální epileptické záchvaty; příčiny epilepsie; příznaky epilepsie; rizikové faktory.

9. Seznam zkratk

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
GABA	Kyselina gama aminomáselná
GCS	Glasgow coma score
I.M.	Intra musculárně
I.V.	Intra venózně
JIP	Jednotka intenzivní péče
MHD	Městská hromadná doprava
ML	Mililitr
MR	Magnetická rezonance
NCSE	Nekonzulzivní epileptické stavy
O ₂	Kyslík
P	Puls
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RZP	Rychlá záchranná pomoc
SAO ₂	Saturace kyslíkem
TK	Tlak krevní
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

10. Přílohy

Příloha 1

10.1 Dotazník

Milí respondenti,

jmenuji se Karel Smudek. Jsem studentem 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Chtěl bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který mi slouží k výzkumné části mé bakalářské práce na téma epileptické stavy u dospělých v přednemocniční neodkladné péči. Cílem dotazníku je hlubší průzkum epileptických stavů u dospělých ve smyslu seznámení se s možnými komplikacemi záchvatů. Předem mnohokrát děkuji,

s pozdravem Karel Smudek.

1) Věk respondenta

2) Pohlaví respondenta

3) Vaše vzdělání

- neukončené základní
- ukončené základní
- nižší střední (včetně vyučení)
- vyšší střední
- vysokoškolské

4) Pojem epileptické onemocnění představuje:

- onemocnění mozku
- onemocnění srdce
- záchvatovité onemocnění

5) Epileptické postižení postihuje:

- pouze děti
- pouze staré osoby
- pouze lidi ve středním věku
- pouze ženy
- lidi jakéhokoliv věku
- pouze těhotné

6) Je ve vaší rodině nebo blízkém okolí někdo trpící epileptickým onemocněním?

- Ano
- Ne
- Nevím

7) O epileptickém onemocnění nejvíce vím:

- z médií
- z literatury
- od přátel
- z rodiny
- z okolí
- jiné

8) Setkali jste se někdy s člověkem v epileptickém záchvatu a snažili jste se mu poskytnout první pomoc?

- Ne, nikdy jsem takového člověka neviděl/a
- Ano, viděl/a jsem takového člověka, avšak nesnažil/a jsem se poskytnout první pomoc
- Ano, viděl/a jsem takového člověka a snažil/a jsem se poskytnout první pomoc

9) Víte, jak poskytnout první pomoc člověku s epileptickým záchvatem?

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíše ne

10) Jaké faktory mají vliv na vznik epileptického záchvatu?

- Nedodržování předepsané léčby u epileptiků
- Alkohol
- Světelné efekty
- Velmi kořeněná jídla
- Jemné ruční práce (vyšívání)
- Tělesná námaha
- Psychická zátěž (stres)
- Nedostatek spánku
- Blikající světlo
- Zrychlené dýchání
- Změna počasí
- Určitá situace
- Něco jiného – napište co:
.....
- Nevíte o ničem, co by vyvolávalo záchvaty

11) Jak může vypadat člověk v epileptickém záchvatu?

- vše rozbíjí a může být nebezpečný pro své okolí

- mohou se objevit křeče a záškuby končetin
- nemá hmatný puls, nedýchá
- je možné, že upadne do bezvědomí
- může se objevit pěna u úst

12) Co lze doporučit u člověka v epileptickém záchvatu (grand mal – „velký“ záchvat)?

- odstranění předmětů z dosahu nemocného, kterými by se mohl poranit
- není vhodné držet nemocného člověka násilím, aby nedošlo ke zhoršení stavu
- nemocného člověka držíme násilím a tím mu bráníme v jeho pohybech

13) Jak vypadal epileptický záchvat, u kterého jste byl(a) přítomen(a)?

(Nevyplňují Ti, kteří odpověděli ne na otázku 8):

- Byl se ztrátou vědomí
- Se ztrátou vědomí a s křečemi
- „Zakoukání“
- Záškuby nebo křeč nějaké části těla
- Pád na zem
- Jiný:

14) V kterou denní dobu si myslíte, že jsou epileptické záchvaty nejčastěji?

- Ráno těsně po probuzení
- Dopoledne
- Odpoledne
- Večer před usnutím
- Ve spánku, kdy?:
 - Při usínání
 - Uprostřed noci
 - Před probuzením
 - Kdykoliv

Děkuji mnohokrát za vyplnění dotazníku!