



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Narkolepsie a jiná záchvatovitá onemocnění z pohledu sestry

Vypracovala: Andrea Tondlová

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

České Budějovice 2015

Abstrakt

Narkolepsie je pravděpodobně dědičné neurologické onemocnění, které se může projevit v jakémkoliv věku. Nejčastěji však v pubertě a dospívání. Narkolepsie omezuje pacienta v mnoha rovinách. Snižuje výkonnost, limituje výběr povolání i možnost seberealizace. Také významně ovlivňuje psychiku a osobnost člověka. Tímto onemocněním trpí nemalé množství lidí, bohužel ale pouze malé procento z nich je diagnostikováno. Lidé totiž příznaky tohoto onemocnění přehlíží a odbornou pomoc nevyhledávají.

Mezi další záchvatovitá onemocnění patří epilepsie, migréna a méně častý Meniérův syndrom. Všechna tato onemocnění jsou neurologického původu a často vznikají náhle z plného zdraví. Záchvaty se periodicky opakují a omezují pacienty v běžném životě.

Epilepsie je častým neurologickým onemocněním, které postihuje lidi v jakémkoliv věku. Většinou se projevuje opakovaným výskytem epileptických záchvatů. Jeho lehčí formy nijak neovlivňují intelekt a schopnost vést běžný život, pracovat, sportovat, zakládat rodinu. Druhů epilepsie a jejich typů je několik. Záchvaty se vyskytují nejen během dne, ale i v noci.

Migrénou trpí přibližně 20 % žen a 6 % mužů, jedná se o záchvatovité bolesti hlavy, které mohou trvat až několik hodin. Má obrovský negativní dopad na kvalitu života postižených touto nemocí. Většina lidí, trpících migrénou, mají problémy se soustředěním, učením, pracovní výkonností, ale i v sexuálním a partnerském životě.

Poslední nemocí, která je součástí práce, je méně častá Meniérova choroba, která svého nositele neohrožuje na životě, ale značně mu vadí. Postihuje muže i ženy bez rozdílu, vzniká nejčastěji mezi 20. – 50. rokem života. Jde o onemocnění sluchově rovnovážného orgánu. Poprvé byla popsána roku 1861 francouzským lékařem Prosperem Meniérem. Je objevena už něco přes 150 let, ale její příčina není dodnes zcela objasněna.

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je zjistit nejčastější problémy narkoleptiků a lidí se záchvatovitým onemocněním z pohledu sestry. Snahou je prozkoumat široký sortiment zdrojů, kterými jsou především knihy, dále odborné časopisy, publikace na internetu, ale i postřehy sester, které se s tímto tématem někdy setkaly.

Tato práce může sloužit jako informační materiál pro studenty ZSF JCU.

Metodika

Bakalářská práce s názvem Narkolepsie a jiná záchvatovitá onemocnění z pohledu sestry je zpracována čistě teoretickou formou. Tato práce se zabývá problematikou záchvatovitých onemocnění, zejména narkolepsie. Hlavní pozornost je v této práci věnována charakteristice jednotlivých onemocnění, jejich anatomii a fyziologii, bez kterých by nebyla práce kompletní, dále ošetrovatelské péči o pacienty a jejich léčbě.

Prostudovali jsme několik českých i zahraničních publikací, z velké části jsme čerpali i z internetových zdrojů a mé praxe. Nedílnou součástí jsou cenné informace od sestry Jany Markové, která působí ve spánkové ambulanci v Nemocnici České Budějovice. Získané vědomosti jsme zpracovali do této práce.

V této práci se zaměřujeme na nejčastější problémy lidí s těmito chorobami, většinou jimi jsou všelijaká omezení, jako neschopnost řídit automobil, omezení při výběru zaměstnání, ve sportování atd. Tito lidé mají problém se začlenit do běžné společnosti, protože se díky své nemoci odlišují od ostatních. Většina pacientů trpících jedním z těchto onemocnění, jsou v péči psychologa, který jim pomáhá tímto těžkým obdobím procházet.

Závěr

Ačkoliv jsou záchvatovitá onemocnění velkou zátěží nejen pro člověka, který jimi trpí, ale i pro jeho okolí, měli bychom těmto lidem umožnit normální život, na který mají nárok, tak jako ostatní lidé. Tato práce by měla být zdrojem informací o narkolepsii a dalších záchvatovitých onemocněních.

Klíčová slova: epilepsie – Meniérova choroba – migréna – narkolepsie – záchvatovitá onemocnění.

Abstract

Narcolepsy is probably hereditary neurological disorder, which may occur at any age. Most often, however, during puberty and adolescence. Narcolepsy reduces patient on many levels. Reduces performance, limiting the choice of occupation and self-fulfillment. Also significantly affects the psyche and personality. This disease suffer from a considerable number of people, but unfortunately only a small percentage of them are undiagnosed. That's because people overlook the symptoms of the disease and do not seek professional help.

Among other seizure disorders include epilepsy, migraine and less frequent Meniere's syndrome. All these disorders are neurological origin and often arise suddenly from full health. Seizures recur periodically and restrict patients in everyday life.

Epilepsy is a common neurological disease that affects people of any age. Usually manifested by repeated seizures. Its lighter forms do not affect intellect and ability to lead a normal life, work, sports, start a family. Types of epilepsy and their types are few. Seizures occur not only during the day but also at night.

Migraine affects approximately 20 % of women and 6 % of men, it is a paroxysmal headache that may last for several hours. It has a huge negative impact on quality of life affected by this disease. Most people who suffer from migraines, have trouble concentrating, learning, work performance, but also a partner in a sexual life.

Last illness, which is part of the work is less frequent Meniere's disease, which the wearer not life-threatening, but it matters greatly. It affects both men and women without distinction, occurs most frequently between the 20th to 50th year of life. It is a disease of the hearing organ of equilibrium. It was first described in 1861 by French physician Prosper Meniere. It's been discovered just over 150 years, but its cause is still not completely understood.

Aims of the study

The aim of the thesis is to determine the most common problems narkoleptiků and people with seizure disorders from the perspective of nurses. The aim is to explore a wide range of sources, which are mainly books, as well as journals, publications on the Internet, but also the perceptions of nurses who with this topic ever met.

This work may serve as a source of information for students ZSFJCU.

Methodics

Bachelor thesis titled Narcolepsy and other seizure disorders from the perspective of nurses is handled purely theoretical form. This work deals with seizure disorders, especially narcolepsy. The main focus in this work is devoted to the characteristics of individual diseases, their anatomy and physiology, without which the work was not complete, as well as nursing care for patients and their treatment.

We studied several Czech and foreign publications, for the most part, we have drawn from internet sources and my practice. An integral part of the valuable information from sister Jana Markova, which operates in the sleep clinic at the Hospital of Czech Budejovice. The acquired knowledge was transformed into this work.

In this paper we focus on the most common problems of people with these diseases, most of them are all these limitations, such as inability to drive a car, restrictions on the choice of employment, in sports etc.. These people have a problem to integrate into society, because due to his illness differ from the other. Most patients suffering from one of these diseases are in the care of a psychologist who helps them navigate through this difficult period.

Conclusion

Although seizure disorders heavy burden not only for people who suffer from them, but also to others, we should allow these people a normal life to which they are entitled, like other people. This work should be a source of information about narcolepsy and other seizure disorders.

Keywords: epilepsy – Meniere's Disease – Migraine – narcolepsy – seizure disorders.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval (a) samostatně pouze s použitím 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 dne

.....
Andrea Tondlová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. et Bc. Jitce Tamáš Otáskové za odborné vedení práce, rady a trpělivost. Dále pak sestře Janě Markové ze spánkové ambulance nemocnice v Českých Budějovicích za ochotu a cenné informace z oboru neurologie. A v neposlední řadě děkuji celé své rodině za to, že mi byla velkou oporou po celou dobu studia.

Obsah

Úvod	7
1 Cíl a metodika práce	8
1.1 Cíl práce.....	8
1.2 Metodika.....	8
2 Současný stav	9
2.1 Charakteristika narkolepsie	12
2.1.1 Příznaky a projevy narkolepsie	14
2.1.2 Vyšetření narkolepsie	17
2.1.3 Léčba narkolepsie	19
2.1.4 Komplikace narkolepsie	20
2.1.5 Příčiny onemocnění a možnost prevence.....	21
2.1.6 Narkolepsie z pohledu sestry	22
2.1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s narkolepsií.....	23
2.2 Jiná záchvatovitá onemocnění	24
2.2.1 Epilepsie.....	24
2.2.2 Parciální epileptický záchvat	25
2.2.3 Generalizovaný epileptický záchvat.....	25
2.2.4 Diagnostika epilepsie.....	26
2.2.5 Léčba epilepsie.....	27
2.2.6 Epilepsie z pohledu sestry	28
2.2.7 Ošetrovatelská péče o pacienty s epilepsií	29
2.3 Meniérova choroba	30
2.3.1 Patofyziologie	30
2.3.2 Klinické projevy a diagnóza	31
2.3.3 Léčba Meniérový choroby.....	33
2.3.4 Životní styl a Meniérova choroba	35
2.3.5 Meniérova choroba z pohledu sestry.....	36
2.3.6 Ošetrovatelská péče o pacienty s Meniérovou chorobou	36
2.4 Migréna.....	37

2.4.1	<i>Oftalmoplegická migréna</i>	38
2.4.2	<i>Migréna provázená prchavou hemiparézou</i>	38
2.4.3	<i>Cervikokraniální migrenózní bolesti</i>	38
2.4.4	<i>Jiné průběhy migrén</i>	39
2.4.5	<i>Patofyziologické příčiny migrény</i>	39
2.4.6	<i>Terapie</i>	39
2.4.7	<i>Migréna z pohledu sestry</i>	40
2.4.8	<i>Ošetrovatelská péče o pacienty s migrénou</i>	40
2.5	Některé důležité vyšetřovací metody v neurologii	41
2.5.1	<i>Počítačová tomografie</i>	41
2.5.2	<i>Magnetická rezonance</i>	42
2.5.3	<i>Pozitronová emisní tomografie (PET)</i>	42
2.5.4	<i>Jednofotonová emisní tomografie</i>	43
2.5.5	<i>Rentgenové vyšetření (RTG)</i>	43
2.5.6	<i>Ultrazvuková vyšetření</i>	43
2.5.7	<i>Elektroencefalografie (EEG)</i>	44
2.5.8	<i>Elektromyografie (EMG)</i>	45
	Závěr	47
	Seznam použitých zdrojů	48
	Přílohy	54

Seznam použitých zkratk

CD4+	– Specifická skupina bílých krvinek
CNS	– Centrální nervová soustava
CT	– Počítačová tomografie
EEG	– Elektroencefalogram
EMG	– Elektomyografie
GM	– grand mal
H1N1	– Chřipkový virus
HK	– Horní končetina
HLA	– Human Leucocyte Antigen
IQ	– Inteligenční kvocient
kHz	– Kiloherztz
LF UK	– Lékařská fakulta univerzity Karlovy
MR	– Magnetická rezonance
MSLT	– Multi sleep Latency Test
ONP	– Oddělení následné péče
ORL	– Otorhinolaryngologie
PET	– Pozitronová emisní tomografie
PM	– Petit mal
REM	– Rapid eye movement, fáze spánku
RTG	– Rentgenové záření
TK	– Krevní tlak
VFN	– Všeobecná fakultní nemocnice

Úvod

Spánek je odpradáвна považován za něco mimořádného, důležitého a rozhodujícího. Dodnes říkáme: „na to se musíme vyspat“, nebo „ráno je moudřejší večera“. Mnoho lidí totiž věří tomu, že dostatek spánku činí člověka šťastnějším. Spánek je nedílnou součástí života každého člověka, je to období odpočinku a čerpání energie do dalšího dne.

Tuto práci jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem sama o onemocnění zvaném narkolepsie věděla velmi málo. A zajímaly mě podrobnosti o tom, jak tyto lidé žijí, jaké mají omezení a co pro jejich život tato nemoc znamená. V práci se věnuji mimo narkolepsie i jiným záchvatovitým onemocněním. Velice mě lákala i studie migrény, protože mnoho lidí v mém okolí touto nemocí trpí.

Lidé s narkolepsií to mají se spánkem trochu jinak než my. Dokážou totiž prospat až 18 hodin denně. Jedná se o nemoc, která nutí člověka ke spánku při běžných denních činnostech, jako je např. čištění zubů, snídání, procházka se psem. Člověk s narkolepsií je schopný usnout kdekoliv a kdykoliv. Hrozí mu proto mnohá nebezpečí. Nejčastějším rizikem jsou pády, při kterých se mohou narkoleptici velice ošklivě zranit. Než lidi upadnou do několikaminutového spánku, můžou mít i tzv. kataplexii, což znamená ztrátu svalového tonu. Narkolepsie může být buď s kataplexií, nebo bez ní, dále však existuje i narkolepsie přidružená jiné chorobě.

Mezi jiná záchvatovitá onemocnění se řadí epilepsie. Je poměrně známou a celkem častou nemocí, která postihuje lidi bez rozdílu věku i pohlaví. Většinou se projevuje opakovaným výskytem epileptických záchvatů. Druhů epilepsie a typů záchvatů je několik. Dále pak Meniérova choroba a migréna. Všechna tato onemocnění spojuje to, že lidé trpí opakovanými záchvaty různého typu. Pro lidi, kteří tímto onemocněním trpí, to znamená mnoho omezení a režimových opatření. Záchvaty totiž způsobují to, že se lidé ocitají na okraji společnosti a těžko si hledají nové přátele. Jsou mnohdy kvůli svému onemocnění považovány za blázny, nebo postižené.

1 Cíl a metodika práce

1.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit nejčastější problémy narkoleptiků a lidí se záchvatovitým onemocněním z pohledu sestry. Snahou je prozkoumat široký sortiment zdrojů, kterými jsou především knihy, dále odborné časopisy, publikace na internetu, ale i postřehy sester, které se s tímto tématem někdy setkaly.

Tato práce může sloužit jako informační materiál pro studenty ZSF JCU.

1.2 Metodika

Po prostudování všech zdrojů informací, bylo snahou shromáždit nejčastější problémy narkoleptiků a lidí se záchvatovitým onemocněním z pohledu sestry. Všechny tyto informace byly shrnuty a prostřednictvím této práce prezentovány. Poznatky, které jsou shromážděny v této práci, mají být přínosem pro studenty ZSF JCU.

Velkou část zdrojů jsme získali pomocí rešerše, kterou jsme si nechali dělat v knihovně Jihočeské univerzity. Cenné informace jsme získali od sestry Jany Markové ze spánkové ambulance v Nemocnici České Budějovice, která pracuje v tomto oboru již několik let a poskytla mi rady a zajímavé postřehy ze své praxe. Vysvětlila mi celý postup při vyšetření pacientů se záchvatovitým onemocněním, ukázala spánkovou laboratoř, přístroje a pomůcky, které se používají.

Jelikož mám práci, která nabízí možnost potkat různé lidi různých profesí a s různými onemocněními, využila jsem toho a čerpala jsem i z těchto postřehů do mé práce.

2 Současný stav

Narkolepsie a jiná záchvatovitá onemocnění se řadí mezi poruchy nervové soustavy. Jsou to onemocnění, která omezují člověka v mnoha oblastech jeho života. Poměrně častým onemocněním je epilepsie, kterou trpí v České republice 1 % dospělých lidí a 5 % dětí (Mindell, Owens, 2010).

Nejčastější je však výskyt migrény, která postihuje 20 % žen a 6 % mužů. Jedná se o záchvatovité bolesti hlavy, které jsou pro člověka velmi nepříjemné a znepríjemňují mu tím život (Mindell, Owens, 2010).

Méně častými jsou narkolepsie a Meniérova choroba. I přes možnost přesné diagnostiky této nemoci se velké procento lidí s tímto onemocněním vyšetření nepodrobí. Příznaky onemocnění mnohdy nepokládají za důležité a mohou je zcela přehlížet. Na první pohled nepůsobí nijak vážně, ale opak je pravdou, protože se jedná o doživotní handicap. Narkolepsie představuje nebezpečí hned v několika životních oblastech (Mindell, Owens, 2010; Stores, 2001).

Spánkové poruchy jsou zdrojem velkého utrpení a také mohou mít nezanedbatelný vliv na náš osobní život, na společenské a pracovní úrovni, případně i v jiných oblastech (Palazzolo, Tichý, 2007).

Prevalence narkolepsie v Evropě se odhaduje na 1 : 2 000. Postihuje obě pohlaví zhruba stejně často. V typickém případě začíná v mladší dospělosti, ale až 1/3 případů začíná před 15. rokem věku (Mindell, Owens, 2010; Stores, 2001). Řada případů narkolepsie není rozpoznána a léčena (Mindell, Owens, 2010).

Poruchy spánku a bdění jsou v posledních 10–20 letech v popředí zájmu většiny zemí s rozvinutou ekonomikou. Jedním z momentů, který nastartoval rozvoj spánkové medicíny, byly výsledky práce Národní komise pro spánek a bdění ustavené kongresem USA na konci 80. let v USA. Tato komise potvrdila, že poruchy spánku představují závažný zdravotní i sociální problém. Náklady na nehody způsobené v souvislosti se spánkem a s nadměrnou denní spavostí byly vyčísleny na 60–80 miliard dolarů ročně. Překvapivé se zdá zjištění, že 95 % nemocných s poruchami spánku a bdění zůstává

pořád nediodiagnostikováno. Péče se, i o tato onemocnění ve vyspělých zemích včetně ČR v posledních letech, zintenzivňuje a zlepšuje (NK LF UK, 2013).

Medicínu poruch spánku ovlivnil český neurolog Bedřich Roth (nar. 1919), docent neurologické kliniky tehdejší Fakulty všeobecného lékařství UK. Svými pracemi o narkolepsii a idiopatické hypersomnii se nesmazatelně zapsal do historie lékařství. Již od 50. let doc. Roth začal sledovat nemocné s těmito chorobami a vytvořil tradici poradny pro hypersomnii a narkolepsii na neurologické klinice. V 70. letech byl soubor nemocných doc. Rotha největší na světě. Na neurologické klinice vybudoval doc. Roth spánkovou laboratoř, první v tehdejší Československu (NK LF UK, 2013).

V 90. letech v nových podmínkách došlo k výraznému zvýšení množství vyšetření a k rozšíření počtu nemocí diagnostikovaných ve spánkové laboratoři neurologické kliniky. Byla navázána těsná spolupráce s dalšími pracovišti Všeobecné fakultní nemocnice (zejména s ORL, stomatochirurgií, psychiatrií, pneumologií, endokrinologií a obezitologií) a v roce 1997 vzniklo Centrum pro poruchy spánku a bdění 1. LF UK a VFN. Přístrojové vybavení spánkové laboratoře umožňuje rutinní provádění celonočních video-polysomnografických záznamů i denní monitorování (NK LF UK, 2013).

K vyšetření nočních ventilačních poruch (syndrom spánkové apnoe) jsou používány přístroje poly-MESAM a k jejich léčbě různé typy kontinuální přetlakové podpory. K dlouhodobému monitorování pohybové aktivity (střídání rytmu spánek-bdění) slouží aktigrafické vyšetření (NK LF UK, 2013).

V roce 2006 se možnosti vyšetřování spánku zvýšily o další polysomnografický přístroj na dětském oddělení neurologické kliniky 1. LF UK a VFN. Současná výzkumná činnost centra se zaměřuje na genetiku a etiopatogenezi narkolepsie a syndromu neklidných nohou, výzkum patofyziologických souvislostí poruch noční ventilace a neurologických, kardiovaskulárních a endokrinních onemocnění a na další poruchy spánku a bdění. Centrum a jeho pracovníci spolupracují na několika mezinárodních vědeckých projektech týkajících se poruch spánku a v Centru jsou řešeny opakovaně grantové a výzkumné projekty českých grantových agentur (NK LF UK, 2013).

V Centru probíhá také klinické hodnocení účinku některých léků. Pracovníci Centra spolupracují s dalšími výzkumnými a akademickými institucemi v ČR (Akademie věd ČR, ČVUT).

U nás v jihočeském kraji máme akreditované centrum diagnostiky a léčby poruch spánku v Nemocnici České Budějovice, nalezneme zde spánkovou laboratoř při Neurofyziologické laboratoři (ONP2), Ranchopatickou poradnu ušní, nosní, krční (ORL) a Spánkovou laboratoř plicního oddělení.

Na 13. března tohoto roku připadá Světový den spánku, je to každoroční událost, která je oslavou spánku. V tento den se pořádají akce k důležitým otázkám spánku. Pořádá jej Výbor světového dne spánku, který spadá pod Světovou asociaci spánkové medicíny. Jeho cílem je snížit dopad zdravotních rizik na společnost prostřednictvím lepší prevence a kontroly. Světový den spánku připadá na pátek před březnovou rovnodenností, a proto se datum jeho konání každým rokem mění. Budoucí termín je 18. března 2016 (Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, 2014).

Význam Světového dne spánku se od jeho založení neustále zvyšuje. První den spánku se konal dne 14. března 2008, pod heslem „Dobrý spánek, zdravější život“. Ročník 2009 pracoval se sloganem „Pozornost za volantem – bezpečný návrat“, zúčastnili se jej zástupci 13 států a získal ohlas v podobě 49 samostatných článků, které se o akci zmiňovaly. Pro rok 2010 byl vybrán slogan „Dobře spát – zůstat zdravý“ a den spánku v tomto roce zaznamenal další nárůst mezinárodních akcí. Rok 2011 provázel slogan „Dobrý spánek – zdravý růst“ s důrazem na podporu kvalitního spánku všech věkových skupin. Motto roku 2012 bylo „Volně dýchat – dobře spát“ a v roce 2013 se Světový den spánku uskutečnil 15. března pod heslem „Klidný spánek – zdravé stáří“ (Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, 2014).

2.1 Charakteristika narkolepsie

Narkolepsie je neuro-degenerativní onemocnění, které postihuje nervovou soustavu, přesněji řečeno mozková centra řídící proces usínání a probouzení (Český rozhlas, 2013). Jde o vzácné onemocnění postihující 2-5 osob na 10 000 obyvatel. Často ale zůstává nepoznáno či nesprávně diagnostikováno (Diagnóza narkolepsie, 2014). Je charakterizována náhlými a nekontrolovatelnými záchvaty spánku, které mohou člověka napadnout v jakoukoliv denní dobu a při jakékoliv činnosti, např. při hovoru, jízdě autem nebo chůzi. Tento stav přichází bez varovných signálů a bez možnosti ho jakkoliv ovlivnit (Český rozhlas, 2013). Prevalence je přibližně stejná jako u roztroušené sklerózy nebo Parkinsonovy choroby (National Sleep Foundation, 2014).

Projevy narkolepsie v dětském a dospělém věku se poněkud liší. V raném věku se narkolepsie nemusí projevovat nepřekonatelnou hypersomnií. Dítě může mít zvýšenou potřebu denního spánku – po návratu ze školy bývá unavené, není schopno řádné přípravy na další den výuky, kvůli únavě selhává i v tělocviku, zhoršuje se jeho prospěch, mění se chování i osobnost. Děti se stávají uzavřenými, nemluví, jsou izolované od kolektivu, trpí pocity méněcennosti, bývají lítostivé, nebo naopak podrážděné až agresivní. V dospělém věku jsou příznaky rozvinuté a vyskytují se obvykle v plném počtu (Borzová, 2009).

Narkolepsie tak omezuje člověka jak ve společenském, tak v pracovním a osobním životě. Toto onemocnění není statické a má svůj specifický vývoj, který má nejzávažnější dopad na člověka v období mezi 35.–40. rokem života. Po padesátém roce může dojít k útlumu potíží a některé problémy se mohou s narůstajícím věkem vytratit (Český rozhlas, 2013).

Narkolepsie se objevuje na celém světě, v každé rasové a etnické skupině. Například se liší míra výskytu narkolepsie v Izraeli (1 na 500000 osob), kde je výrazně nižší než v Japonsku (1 na 600 osob) (Vitalion, 2014).

Příčina tohoto onemocnění nebyla zatím přesně popsána, odborníci se však domnívají, že vinu nesou genetické změny a autoimunní reakce organismu (Český rozhlas, 2013).

Narkolepsie má tři formy: narkolepsie s kataplexií, méně častou je narkolepsie bez kataplexie a velice vzácnou narkolepsie sekundární jiné chorobě (Vlček, Fialová, 2010).

Všechny tři formy se vyznačují nadměrnou denní spavostí, a to jak ve formě snížené bdělosti, tak usínáním, a to někdy i při činnosti. Intenzita spavosti není u všech nemocných stejná a také vnímání tohoto příznaku závisí na mnoha faktorech, například na povaze zaměstnání (Vlček, Fialová, 2010; Český rozhlas, 2013).

Nemocní s narkolepsií mají nekvalitní noční spánek, který se vyznačuje sice rychlým usnutím, ale opakovanými probuzeními, dlouhými epizodami bdělosti a intenzivní snovou aktivitou. Sny jsou někdy nepříjemné (Český rozhlas, 2013).

Narkolepsie je spánková porucha, charakterizovaná především neovladatelným usínáním během dne. Dřívější studie poukázaly na to, že svou roli v jejím rozvoji částečně hraje genetika: celých 98 % narkoleptiků jsou nositeli varianty genu HLA, která se vyskytuje jen u 25 % zdravé populace. Je také známo, že příčinou choroby je úbytek hypothalamických neuronů, které sekretují hormon hypokretin. Právě ten nás udržuje v bdělém stavu (Český rozhlas, 2013).

Předpokládalo se také, že úbytek neuronů padá na vrub autoimunitnímu procesu, při kterém imunitní systém napadá buňky a tkáně svého vlastního organismu. První přímý důkaz o tom, že narkolepsie patří mezi autoimunitní choroby, nyní přinesl výzkum ze Stanfordovy univerzity. Vědcům se podařilo objevit specifickou skupinu bílých krvinek známých jako CD4+ leukocyty, které útočí právě na hypokretin a které se nacházejí pouze u lidí postižených narkolepsií (Český rozhlas, 2013).

Narkolepsii provází řada jevů, které mají své specifické příznaky. Jedním z nich je kataplexie. Je to krátkodobý stav sníženého nebo vymizelého napětí/síly kosterního svalstva (s výjimkou dýchacích svalů) (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Kataplexie začíná a končí náhle; podnětem je emotivní prožitek, nejčastěji srdečný smích. Objevuje se však také při překvapení, radosti při setkání, při sportu nebo nějaké zájmové aktivitě, ale také při hněvu. Trvá běžně do 2 minut a v jejím průběhu nemusí být míra snížení svalového napětí/síly stále stejná – často kolísá. Kataplexie někdy postihuje celé tělo a tak vede k pádu, častěji se jedná jen o podklesávání v kolenou,

slabost horních končetin, nemožnost udržet něco v rukách, ochabnutí mimického svalstva a nemožnost správně vyslovovat (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Jako další je *hypnagogická/hypnopompická* halucinace, kdy má nemocný před usnutím anebo po probuzení nějaký vjem (sluchový, zrakový, taktilní nebo často komplexní, někdy až scénický), jehož obsah nebývá příjemný. Někdy nemocný ví, že se nejedná o realitu, někdy nikoliv. Trvání je krátké – sekundy až minuty. Vyskytuje se převážně u narkolepsie s kataplexií (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Spánková obrna je stav, kdy se nemocný před usnutím anebo po probuzení nemůže pohnout ani promluvit, ale dýchá normálně. Stav je nepříjemný a navíc bývá někdy provázen hypnagogickou halucinací. Trvání je krátké – sekundy až minuty. Vyskytuje se převážně u narkolepsie s kataplexií (Vitalion, 2014).

2.1.1 Příznaky a projevy narkolepsie

Narkolepsie se vyznačuje několika zjevnými příznaky, které se začínají projevovat již v dětském věku, v období puberty a dospívání (nejčastěji kolem patnáctého až dvacátého roku života) (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Při narkoleptických záchvatech nemocného postihuje nepřekonatelný krátkodobý spánek. Stav je často komplikován ještě stavy prodloužené spavosti. Postižení si stěžují na nepřekonatelnou ospalost, která vede ke spánku. I když se mu všemožně brání, usínají proti své vůli. Jde o situace, kdy jsou v klidu nebo vykonávají nezajímavou práci, které vedou k usínání i u zdravých osob. Narkoleptici však usínají i za okolností velmi nevhodných, např. ve stoje, při rozhovoru, při jídle. Záchvaty trvají obvykle několik minut. Takových stavů může být až 200 za den. Při záchvatu jde o spánek, nemocné lze z něj probudit, i když s obtížemi. Po záchvatu je postižený hned čilý (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Dalším příznakem typickým pro narkoleptiky je stav, kdy náhle dochází ke ztrátě svalového napětí po dobu pár sekund nebo i několika minut. Tento stav se označuje jako kataplexie (Vitalion, 2014).

Trvá řádově sekundy až minuty. Dýchání a vědomí je zachováno. Někdy je atonie úplná (nemocný upadne na zem), častěji se však jedná o hypotonii

parciální – nemocnému podklesnou dolní končetiny, vypadnou předměty z rukou, poklesne hlava, atonie mimického svalstva, u dětí je to hypotonie obličejového svalstva s vyplazením jazyka atd. (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Jde o záchvatovitý jev, který vzniká vždy po nějakém afektu, nejčastěji je kataplexie vyvolána smíchem, dále pak rozčilením, stresovou situací, momentem překvapení. Kataplexie se vyskytuje nepravidelně, u některých nemocných několikrát za den, u jiných sporadicky, třeba jednou za rok. U některých nemocných se objevují jen omezenou dobu (několik let) nebo je později jejich výskyt méně častý (Vlček, Fialová, 2010).

Dále je toto onemocnění doprovázeno i tzv. hypnagogickými halucinacemi. Jedná se o velice skutečné představy, které mají obrazový, zvukový nebo hmatový charakter a které mohou být doplněné i pohybovými projevy. Tyto halucinace se projevují zejména v období usínání a probouzení (Vitalion, 2014).

Narkolepsie může způsobit i tzv. spánkovou obrnu, při které dochází k absolutnímu ochrnutí svalstva zamezující jakýkoliv pohyb. Ochrnutí zasáhne i mimické svaly, takže člověk není schopen mluvit a zavolat pomoc. Tím se strach a obavy ještě více stupňují. Tato neschopnost pohybu nastává ve většině případů buď těsně před usnutím, nebo krátce po probuzení a může trvat vteřiny až 2 minuty. Tento stav se vyskytuje u třetiny až poloviny postižených (Vitalion, 2014).

Další charakteristickou známkou narkolepsie můžou být stavy tzv. automatického jednání, které má asi polovina pacientů. Postižený v polospánku pokračuje v činnosti. Často dochází k tomu, že pacient bezúčelně a bezdůvodně přemísťuje předměty v bytě, vyjde ven z bytu, aniž by si byl vědom, kam jde a proč tam jde (Vitalion, 2014).

Narkoleptici také často trpí neklidným a přerušovaným nočním spánkem, který je doprovázen živými a prapodivnými sny. Narkolepsie se může projevovat i skřípáním zubů (tzv. bruxismem), náměsícností (somnambulismem), nočními děsy atd. (Vitalion, 2014).

Toto onemocnění se může projevovat hyperaktivitou u malých dětí nebo naopak částečnou slabostí, která vede ke zvýšené denní spavosti bez známek záchvatu. Kvůli zvýšené potřebě spánku děti omezují své aktivity na minimum, zhoršuje se jejich

fyzická kondice a negativní dopad se může odrazit i na školním prospěchu. Děti se tak stávají uzavřenými, můžou se dostavit i pocity méněcennosti nebo naopak projevy podrážděnosti a agresivity (Vitalion, 2014).

Postižený člověk má často pomalejší reakce než ostatní, zpomaluje se i proces učení a může dojít ke snížení IQ (to však neznamená ztrátu intelektu nebo schopnosti racionálně myslet a rozhodovat) (Vitalion, 2014).

Psychologové na základě různých pozorování charakterizovali osobnost narkoleptika jako mírnou a zdrženlivou mající sklony k submisivnímu (poddajnému) chování. Ve společnosti stojí spíše stranou, příliš se neprosazuje a své chování má pod nepřiměřenou kontrolou (Borzová, 2009; Narkolepsie.cz, 2014).

Lidé trpící narkolepsií často mají tendence se podceňovat, vyskytují se v depresivních stavech, trpí pocity úzkosti, osamocení a nepochopení. Je zřejmé, že se všechny tyto stavy a vzorce chování vytvořily na základě potíží, které s sebou narkolepsie přináší a které komplikují postiženému jak osobní, tak profesní život. (Vitalion, 2014)

Přesná příčina této nemoci nebyla dosud ještě zcela vysvětlena. Narkolepsie se většinou objeví spontánně bez jakéhokoliv důvodu (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Odborníci vyzkoumali, že by viníkem mohl být genetický faktor, označovaný také jako HLA komplex, který se vyskytuje na šestém chromozomu (Vitalion, 2014).

Tento faktor představuje jen jakousi dispozici k tomuto onemocnění, to znamená, že se narkolepsie v průběhu života objevit může, ale není to vždy pravidlem. Jedinci, u kterých je tento HLA komplex aktivní, mají nedostatek neurotransmiteru (látky, která složí k přenosu impulzu mezi jednotlivými neurony a která působí zejména v oblastech, kde jsou části neuronů v kontaktu, v tzv. synapsích) hypokretinu. Tato nízká hladina hypokretinu způsobuje autoimunní reakci a degeneraci nervových buněk obsahujících hypokretin. Tyto buňky se vyskytují v hypothalamu, části mozku, která je hlavním řídicím centrem vegetativních funkcí organismu (Vitalion, 2014).

V některých případech může narkolepsie vzniknout i sekundárně. Například následkem mechanického poranění mozku, vzniku nádoru, vlivem zánětu nebo vlivem některých vrozených metabolických chorob (Vitalion, 2014).

Mezi časté příznaky patří i porucha chování v REM spánku, kdy nemocný částečně realizuje své snové představy – rozhazuje končetinami, mluví, křičí, směje se, případně padá z postele a může sebe i spolunocležníka zranit (Borzová, 2009).

Periodické pohyby končetinami ve spánku jsou většinou diskrétní stereotypní pohyby dolními (jednou nebo oběma) končetinami ve spánku. Většinou nemají pro nemocného žádný význam (Vitalion, 2014).

Obstrukční spánkové apnoe jsou opakovaná přerušení pravidelného dýchání ve spánku vznikající kolapsem nebo zúžením v oblasti hltanu. Apnoe přerušují spánek, čehož si nemocný nemusí být vědom, a při velké četnosti vedou k vyššímu riziku kardiovaskulárních chorob (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Nemocní s narkolepsií mají tendenci k mírné obezitě nebo nadváze, přestože nemají vyšší energetický příjem a následně i vyšší riziko metabolického syndromu (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.1.2 Vyšetření narkolepsie

Při vzniku příznaků musí být nemocný vyšetřen praktickým lékařem nebo ambulantním specialistou (nejčastěji neurologem) a ten nemocného odesílá do specializovaného pracoviště, které má možnost provádět monitorování spánku a případně je schopno zajistit další pomocná vyšetření důležitá ke stanovení přesné diagnózy. Nejčastějším důvodem prvního vyšetření nemocných s narkolepsií bývá nadměrná denní spavost. Uvedené specializované pracoviště nebo ošetřující neurolog nemocnému případně nasazují trvalou léčbu k potlačení jednoho nebo více symptomů choroby. V případě narkolepsie sekundární jiné chorobě je postupováno dle povahy základního (vyvolávajícího) onemocnění (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Zjišťujeme anamnézu rodinnou i osobní a informace o užívání léků a aktuálních onemocněních. Do anamnézy patří i popis potíží se spánkem, včetně délky jejich trvání a faktorů zlepšujících či zhoršujících chorobný stav. Pacient dostane dotazník (viz příloha 2), který obsahuje 8 otázek, jejichž odpovědi ohodnocené číslem 0–3 mají pomoci lékaři hodnotit subjektivní údaje pacienta o nadměrné denní spavosti (Borzová, 2009).

Před zahájením samotné léčby se postižený člověk musí podrobit tzv. Testu mnohočetné latence usnutí – MSLT, aby se potvrdila diagnóza narkolepsie. Toto vyšetření se provádí ve specializovaných spánkových laboratořích. Tato metoda není nikterak nepříjemná. Trvá zhruba jeden den (Vitalion, 2014).

Pacient je přijat na specializované oddělení den před vyšetřením. Vezme si s sebou pohodlné oblečení, pyžamo, něco k zabavení (časopis, pletení, navlékání korálků). Nesmí pít kávu, energetické nápoje, ani brát léky ovlivňující spánek (Marková, 2015).

Vyšetření začíná ve večerních hodinách, kdy sestra pacienta napojí na monitorovací zařízení (obr. 1) a na jeho tělo připevní různé elektrody a sondy (obr. 2), které snímají všechny signály organismu. Okolo 22. hodiny sestra pacienta vyzve ke spánku, který je monitorován pomocí kamery a mikrofonu umístěných nad postelí (obr. 3) zhruba do 7. hodiny ránní, kdy se pacient probouzí. Poté sestru pacienta odpojí od monitorovacího zařízení (elektrody a sondy ale zůstávají stále na svém místě), následuje snídaně a pak má pacient přibližně dvě hodiny volna, kdy se může věnovat jakékoliv činnosti, ale zůstává v laboratoři (Marková, 2015).

Po uplynutí této doby přichází série půlhodinových spánkových vyšetření, mezi kterými je vždy dvouhodinová pauza, ve které se pacient snaží udržet bdělý stav. Celé vyšetření končí kolem 17. hodiny odpolední, kdy se pacientovi sundají elektrody a odchází domů. V průběhu dne tak dojde k pěti nezávislým měřením. V místnosti musí být tma a ticho, pacient leží v posteli. Po 20 minutovém měření pacienta vyzveme, aby opustil lůžko, rozsvítíme a do dalšího měření nesmí usnout. Pokud během těchto spánkových úseků a vmezeřených přestávek usne třikrát a vícekrát, pravděpodobně trpí narkolepsií a vyšetřující lékař si ho pozve ke konzultaci, kdy mu vysvětlí podstatu nemoci a následnou léčbu. Toto vyšetření u narkoleptiků se provádí cca 1 za rok (Marková, 2015).

Test mnohočetné latence usnutí – MSLT (Multi Sleep Latency Test). Hodnocení: usnutí do deseti minut je hraniční pro zdravý spánek, usnutí do osmi minut se považuje za průměrnou patologii a usnutí do pěti minut za jasně chorobné. Kromě latence usnutí se hodnotí i přítomnost REM-spánku. Méně obvyklým testem je test udržení bdělosti a vyšetření jednorázového odpoledního spánku (Borzová, 2009).

Vyloučit nebo potvrdit narkolepsii lze jen ve specializovaných zařízeních, spánkových laboratořích, za přítomnosti velmi zkušeného semnologa (Borzová, 2009).

2.1.3 Léčba narkolepsie

Předem nutno zdůraznit, že neexistuje zatím postup, který by nemocného z narkolepsie s kataplexií i bez kataplexie vyléčil. V případě narkolepsie sekundární jiné chorobě je v některých zcela ojedinělých případech možné léčit základní onemocnění a tím trvale zlepšit příznaky narkolepsie. Léčba je symptomatická, to znamená, že jsou potlačovány příznaky onemocnění (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Léčení je započato tzv. režimovými opatřeními, kromě léků je pro pacienty s narkolepsií velice důležitá životospráva. To znamená hlavně možnost plánovaného odpočinku (jeden-tříkrát za den). Pacient obdrží spánkový kalendář (viz příloha 3), který obsahuje tabulku zachycující ve vodorovném směru počet dní v měsíci, ve svislém směru cyklus 24 hodin. Zakreslením jednotlivých políček pacient vyznačuje období spánku a bdění, pomáhá tak lékaři k orientaci v pravidelnosti a kontinuitě spánku. Informuje také o nadměrné denní spavosti (Nevšimalová, 2006).

Po stanovení diagnózy se přechází na medikamentózní řešení (Vitalion, 2014). K terapii narkolepsie se používají tricyklická antidepresiva, která potlačují spánkovou obrnu a hypnagogické halucinace. Důležitá je úprava denního režimu – pravidelný spánek a aktivní pohyb během dne (Borzová, 2009).

Léky, které se používají při léčbě narkolepsie, buď zvyšují bdělost (potlačují spavost) anebo potlačují REM spánek. Pouze oxybát sodný má příznivý vliv jak na kataplexie, tak na denní spavost a dokonce i na nekvalitní noční spánek. Proti spavosti se používají centrální stimulantia (v ČR to jsou Modafinil a Metylfenidát). Tyto léky různými způsoby zvyšují aktivitu mozkových buněk, které bdělost zajišťují. Nejčastějšími vedlejšími účinky je nervozita a omezení schopnosti spát v dobu, kdy je to žádoucí. Dále pak bolest hlavy, pocit nevolnosti a případně nechut' k jídlu (Vitalion, 2014).

Proti kataplexii a dalším projevům nesprávné manifestace REM spánku se podávají nejvíce antidepresiva, která nemají tlumivý účinek (Klomipramin, Tianeptin, Venlafaxin, Citalopram a Escitalopram). Tyto léky mohou u některých nemocných vyvolat sucho v ústech, zácpu, vzestup hmotnosti, hypotenzi a poruchu erekce. Uvedené nežádoucí účinky se nevyskytují u všech antidepresiv a mohou vymizet při pouhém snížení dávky (Vitalion, 2014).

Oxybát sodný je tlumivá látka, která se bere před usnutím a pak ještě jednou za 2,5 – 4 hodiny. V noci zlepšuje kontinuitu spánku, během několika dnů sníží, až zcela potlačí kataplexii a za několik týdnů i zlepší denní bdělost. Mechanismus účinku není jasný. Oxybát sodný se nesmí kombinovat s alkoholem a poslední jídlo se smí jíst nejméně dvě hodiny před aplikací léku. Lék nemohou užívat nemocní, kteří trpí spánkovou apnoí (poruchou dýchání projevující se zástavou dýchání během spánku). Nežádoucí účinky oxybátu sodného souvisí s tlumivým účinkem léku – nemocný může mít při nočním probuzení problémy se stabilitou, může spát příliš tvrdě a příliš dlouho, jsou popisována i pomočení, protože se nemocný neprobudil nucením na močení. Žádný z uvedených léků se nehodí k používání při těhotenství, u některých je to striktně zakázáno (National Sleep Foundation, 2014).

2.1.4 Komplikace narkolepsie

Největší komplikací, kterou s sebou narkolepsie nese, je zvýšená potřeba spánku a nutkání ke spánku během dne. To má vliv na osobní i profesní život, kdy kupříkladu dochází ke zhoršení studijních výsledků, nízké pracovní výkonnosti, omezení výběru povolání, nemožnosti prosadit se ve společnosti a ukojit svou seberealizaci. U dětí se vyskytuje problém se školním prospěchem (Vitalion, 2014). Pacienti, kteří trpí těžší formou narkolepsie, mají velmi nízké sebevědomí a velmi neradi se prezentují. Snaží se být pro společnost neviditelní (Narkolepsie.cz, 2014).

Člověk trpící narkolepsií například nemůže vlastnit řidičský průkaz, během záchvatu spánku se může nebezpečně zranit a dopad může mít toto onemocnění i na partnerské soužití. Až čtyřicet procent postižených v produktivním věku musí jít

kvůli projevům narkolepsie do částečného nebo plného invalidního důchodu (Vitalion, 2014).

Pokud je léčba úspěšná, život pacientů je mnohem kvalitnější. Čím dříve je diagnóza určena a je nasazena vhodná léčba, tím je perspektiva a prognóza každého pacienta je daleko lepší (Nevšimalová, 2006).

2.1.5 Příčiny onemocnění a možnost prevence

Podstata narkolepsie není zcela objasněna. Přestože se jedná o tři nemoci, mnohé mechanismy vzniku jejich symptomů jsou společné (Nevšimalová, 2006).

Narkolepsie s kataplexií je vyvolána vymizením malé skupiny nervových buněk v hypothalamu (část mozku), které se účastní udržování bdělosti. Předpokládá se, že tyto buňky jsou postiženy autoimunitním procesem, pro který existuje dědičná vloha, a nějakým vnějším faktorem, který autoimunitu spustí (zdá se, že by to mohla být streptokoková infekce). Po vymizení uvedené skupiny nervových buněk chybí látka, kterou tyto buňky produkují. Tato porucha je nevyléčitelná (Nevšimalová, 2006).

Příčiny narkolepsie bez kataplexie nebyly objasněny. Předpokládá se také nějaká míra dědičné dispozice. Nejsou informace, že by se narkolepsie bez kataplexie dala vyléčit (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Narkolepsie sekundární jiné chorobě může být vyvolána poškozením mozku, nádorem (zejména v oblasti hypothalamu), úrazem, zánětem, nedokrevností a vzácně i geneticky. Ani u jedné formy narkolepsie není známá prevence (Vitalion, 2014).

Avšak existují určitá doporučení, kterými mohou lidé své onemocnění zmírnit. Doporučuje se dodržovat pravidelný plán dne, chodit spát, jíst a probouzet se ve stejnou dobu. Vyhnout se alkoholu a nápojům obsahující kofein několik hodin před spaním. Nejíst žádné těžké jídlo před spaním. Vyhnout se kouření, a to zejména v noci. Cvičení po dobu alespoň 20 minut denně 4 nebo 5 hodin před spaním zlepšuje kvalitu spánku (NIH, 2015) a udělat si tzv. „plán zdřímnutí během dne“, jedna studie prokázala, že optimální je spánek od 23:00 do 7:30 hodin a k tomu dvě 15minutová zdřímnutí během dne (National Sleep Foundation, 2014).

2.1.6 Narkolepsie z pohledu sestry

Z pohledu sestry je spánek nepostradatelnou součástí každodenního života. Málokdo si ale dokáže představit, že takto nemocní lidé dokážou spát denně až 18 hodin. Člověk se stává doslova otrokem své nemoci. Pokud únava poručí, není úniku (Marková, 2015).

Toto onemocnění je z pohledu sestry velmi nebezpečné. Jedná se totiž o nemoc, kterou provází nebezpečné pády v důsledku kataplexie, kdykoliv a kdekoliv. Proto je riziko nechávat tyto lidi samotné. Sestra se s pacienty, kteří by byli hospitalizováni v nemocnici, setkává málokdy. Bývají jimi oddělení chirurgie a traumatologie, kde jsou pacienti přijati kvůli úrazům způsobených pádem. S narkoleptiky se sestra může setkat ve spánkové laboratoři, kde pacienti dochází ambulantně na vyšetření. I tak je výskyt tohoto onemocnění poměrně vzácný. Ve spánkové ambulanci v Nemocnici České Budějovice mají 5 ambulantních pacientů s Narkolepsií, většinou ženy, kteří docházejí pravidelně na kontroly a vyšetření (Marková, 2015).

Jsou sdružení, která pomáhají narkoleptikům žít plnohodnotný život. Jedním z nich je Sdružení Diagnóza narkolepsie. Občanské sdružení Diagnóza narkolepsie vzniklo v roce 2009 z iniciativy pacientů a lékařů Neurologické kliniky VFN v Praze 2, zejména Prof. MUDr. Soně Nevšimalové a Prof. MUDr. Karlovi Šonkovi za účelem komplexní podpory pacientů s narkolepsií a zvýšení povědomí o narkolepsii (Diagnóza narkolepsie, 2014).

V roce 2011 byla narkolepsie zahrnuta mezi vzácná onemocnění a sdružení se stalo členem České asociace vzácných onemocnění. V mnoha zemích Evropské unie (např. Německo, Rakousko, Itálie), mají vybudované patientské organizace, s dlouholetou tradicí. Rádi by i v ČR pomohli pacientům s narkolepsií, jejich rodinám a novým, ještě nediagnostikovaným pacientům (Diagnóza narkolepsie, 2014).

Poskytují poradenství pacientům a jejich rodinám, zprostředkovávají lékařskou péči, pořádají pravidelná setkání členů, přednášky pro veřejnost, lékaře, za účelem komplexní podpory nemocných s narkolepsií. Prezentují narkolepsii v médiích i na odborných sympóziích (Diagnóza narkolepsie, 2014).

Současné nedostatky v oblasti vzácných onemocnění je zejména nedostatečné povědomí o onemocněních samotných. Z toho pak vyplývají nedostatky v jejich časné diagnostice a léčbě, nedostatečná kvalita poskytovaných služeb, neefektivnost péče o pacienty se vzácným onemocněním (Diagnóza narkolepsie, 2014).

Díky těmto nedostatkům za nejdůležitější úkol patientského sdružení považují zvýšení dostupnosti informací, informovanosti odborné i laické veřejnosti (Diagnóza narkolepsie, 2014).

2.1.7 Ošetřovatelská péče o pacienta s narkolepsií

Ošetřovatelská péče o pacienty s narkolepsií spočívá především v práci sestry ve spánkové ambulanci. Sestra má za úkol poučit pacienta, jak bude celé vyšetření probíhat. Dále pak připevňuje elektrody na místa k tomu určená. Jednotlivé části se musí nejprve odmastit benzínem, pak se na kalíškovou elektrodu nanese vodící pasta, přes elektrodu se položí gáza a vše se přiloží na tělo pacienta, na gázu se nanese pomocí injekční stříkačky coloidum a pomocí fénu se vše vysuší a ztuhne (obr. 4). Takhle sestra přiloží všechny elektrody a uloží pacienta na lůžko (obr. 5). Pomocí kamery a mikrofonu nad postelí sleduje pacienta ze sousedního pokoje a zaznamenává údaje (obr. 3). Pacient je neustále pod dohledem sestry. Po skončení vyšetření následuje odstranění elektrod a pacient odchází domů (Marková, 2015).

Pacient je přijímán do spánkové laboratoře den před vyšetřením. Dlouhodobá hospitalizace těchto pacientů na neurologickém oddělení je výjimečná. Pacienti s narkolepsií jsou ale často přijímány na oddělení traumatologie, nebo chirurgie na základě úrazů způsobených pádem, který je vyvolán samotným onemocněním (Marková, 2015).

Pacienti, kteří trpí tímto onemocněním, mají nejčastěji tyto diagnózy: 00198 Narušený vzorec spánku, 00125 Bezmocnost, 00148 Strach, 00155 Riziko pádů (Marečková, 2006).

Důležitá je pro narkoleptiky dostatečná ochrana proti úrazům, které si mohou přivodit pádem na zem. Pokud je narkolepsie tak závažná, že člověk prospí většinu dne, je vhodné nosit ochrannou přilbu a chrániče na lokty a kolena. Tito lidé mají často

ve svém okolí osobu, která se o ně stará. Nejhorší je to však ve společnosti, kde převážná většina lidí neví, že jde o člověka, který trpí právě tímto onemocněním. Lidé často nosí na řetízku přívěšek, např. „Mám narkolepsii“, nebo „trpím narkolepsií“. Tak mohou lidé, kteří jsou svědky narkoleptického záchvatu, bez problémů zjistit, o jakého člověka se jedná (Marková, 2015).

2.2 Jiná záchvatovitá onemocnění

Mezi jiná záchvatovitá onemocnění se řadí epilepsie, migréna a Meniérův syndrom. I tato onemocnění vznikají z plného zdraví a bez zjevné příčiny. Záchvaty se periodicky opakují (Seidl, 2008).

2.2.1 Epilepsie

Pro onemocnění epilepsií jsou typická opakování epileptických záchvatů jako náhlé, vůlí neovlivnitelné epizodické změny činnosti mozku. Zjevně se projeví změnou jednání a chování, obvykle spojenou s poruchou vědomí. Příčinou jsou abnormální neuronální výboje v CNS se stereotypní manifestací a často typickým EEG záznamem (Seidl, 2008).

Asi 5 % populace prodělá alespoň jednou v životě epileptický záchvat, jen 1 % však trpí opakovanými epileptickými záchvaty. První záchvat do 20. roku věku má 75 % epileptiků. Léky se daří kompenzovat až 90 % epilepsií, zbylých 10 % je k medikamentózní léčbě alespoň částečně rezistentních (Sitzer, Steinmetz, 2011).

Příčinou epileptických záchvatů jsou různé choroby matky v těhotenství, asfyxie nebo krvácení do CNS během porodu, vrozená metabolická onemocnění, kongenitální efekty, febrilní křeče, trauma. V pozdní dospělosti a stáří přibývají k předchozím příčinám ještě cévní rezidua a choroby degenerativní (Sitzer, Steinmetz, 2011).

Epileptický záchvat může být také klinickým projevem jiného patologického procesu. Označuje se jako symptomatický, resp. sekundární, a může se vyskytnout při rostoucím nádoru, probíhající zánětu CNS, traumatu či krvácení do mozku. Primární epilepsie mají silnou genetickou predispozici (Seidl, 2008).

2.2.2 Parciální epileptický záchvat

Při parciálním epileptickém záchvatu (fokálním – ložiskovém) může být vědomí zachováno (simplexní záchvat). Záchvat může být doprovázen příznaky motorickými, senzorickými, autonomními a psychickými nebo se může jednat o parciální záchvat s komplexní symptomatologií, kdy je vědomí porušeno. Oba tyto typy záchvatů mohou sekundárně generalizovat (Dobiáš, 2013).

Při vlastním záchvatu je nemocný pohledem nepřítomen, je zmatený a stereotypně provádí určité automatismy, od jednoduchých bezúčelných po složité vzorce chování a jednání. Projevují se stejně při každém záchvatu, a to např. jako mlaskání, žvýkání, mnutí rukou, zapínání a rozepínání knoflíků oděvu, prohledávání vlastních kapes apod. V obličeji bývá neadekvátní emoce – úzkost, strach, ale i smích. Záchvat trvá obvykle od 30 vteřin do 3 minut. Nemocný má na něj amnézii. Aura jen pár vteřin předchází záchvat. Do 15 minut po záchvatu většinou odezní jak zpomalení, tak zmatenost (Marinella, 2007).

2.2.3 Generalizovaný epileptický záchvat

Generalizovaný epileptický záchvat může být s křečemi nebo bez křečí. Malý epileptický záchvat (petit mal - PM) je u dětí provázen zakoukáním, event. mrkáním či jinými drobnými pohyby v obličeji. Dítě strne pohledem – zakouká se, pustí hračku, ale často již za pár vteřin pokračuje v činnosti. Denně mohou proběhnout desítky až stovky takových záchvatů (Seidl, 2008).

Myoklonické záchvaty představují rychlé svalové záškuby bez ztráty vědomí. Mohou být jedno- či oboustranné (Seidl, 2008).

Tonické záchvaty (Westův syndrom) představují spazmy trupového a lícního svalstva při současné flexi horních a extenzi dolních končetin. Časté jsou u dětí a mohou být příčinou pádů (Seidl, 2008).

Tonicko – klonické záchvaty – velký epileptický záchvat (grand mal – GM) se objevují nejdříve kolem druhého až třetího roku věku (Seidl, 2008).

Tonická fáze nastává první: všechny svaly znehybní, strnou. Vzduch je nucen projít mimo hlasivky, což zapříčiňuje výkřik nebo sténání. Osoba ztrácí vědomí a padá

k zemi. Může si pokousat jazyk nebo tváře, takže z úst mohou vycházet krvavé sliny. Osoba může trochu zmodrat ve tváři (Seidl, 2008).

Po tonické fázi nastává *klonická část* záchvatu: Paže a obvykle i nohy sebou začínají rychle škubat a rytmicky se ohýbají a uvolňují v loktech, kyčlích a kolenou. Po pár minutách se škubání zpomalí a nakonec přestane. Kontrola nad močovým měchýřem a útroby (střevy) se někdy ztrácí v momentě, kdy se tělo uvolňuje. Vědomí se navrácí pomalu a osoba může být ospalá, otupělá, zmatená, rozrušená a rozechvělá nebo skleslá a deprimovaná (Lukáš, Žák a kol., 2011).

2.2.4 Diagnostika epilepsie

Ke stanovení správné diagnózy epilepsie je třeba minimálně podrobná, epileptologicky zaměřená anamnéza, vyplnění dotazníku pro pacienty se záchvatovitým onemocněním (viz příloha 1), který je zaměřen na podrobné informace týkající se záchvatového onemocnění z pohledu pacienta, dále neurologické vyšetření, interní vyšetření, základní laboratorní vyšetření, EEG vyšetření, zobrazovací vyšetření – přednost má MR před CT. Fakultativně se doporučuje psychologické, neuropsychologické vyšetření. Dále pak funkční zobrazovací vyšetření, SPECT nebo PET mozku. Vyšetření jiných oborů, např. kardiologické, hematologické, revmatologické, imunologické. Video EEG monitorování a magnetická rezonanční spektroskopie (MRS) (Vlček, Fialová, 2010).

Video EEG monitorování je několikadenní vyšetření. Pomáhá nám rozlišit epileptický záchvat od ostatních stavů, které klinicky epileptický stav napodobují. Potřebujeme zachytit pacienta v klinickém záchvatu v korelaci s EEG. Toto vyšetření může zachytit epigrafoelementy (obr. 6), které se nám nedaří zaznamenat během standardního 20' EEG. Sestra má za úkol pacienta psychicky připravit na vyšetření, zajistit žilní vstup a pomůcky pro případnou aplikaci antiepileptika i.v., připevní na pacienta elektrody a dá k lůžku signalizační zařízení. Pacient by měl mít pohodlné oblečení (Vlček, Fialová, 2010).

Vlastní vyšetření Video EEG probíhá tak, že pacient je monitorován během spánku i bdění, během aktivní činnosti. Hodnoty snímáme do požadovaného záchvatu, záznam probíhá do té doby, dokud nenalezneme patologii v grafu (obr. 6) (Marková, 2014).

2.2.5 Léčba epilepsie

Ideálním cílem léčby epilepsie by bylo její vyléčení. Současným realistickým cílem léčby epilepsie je vymizení záchvatů, pokud možno bez zhoršení fyzické a psychické výkonnosti jedince, aby mohl žít ve společnosti bez významných omezení. U některých pacientů se musíme spokojit i s redukcí počtu záchvatů nebo zmírněním jejich intenzity. Nejrozšířenější a iniciální je léčba farmakologická (Vlček, Fialová, 2010).

Farmakologickou léčbu zahajujeme, pokud je diagnóza epilepsie jistá nebo vysoce pravděpodobná a opakování záchvatu by představovalo vysoké riziko poranění a pokud byl pacient vyšetřen (Vlček, Fialová, 2010).

Výběr farmakoterapie je individuální, podle typu epileptického/ých záchvatu/ů, typu epileptického syndromu, věku, pohlaví, přidružených somatických nebo psychiatrických onemocnění, rizika interakcí s jinou léčbou, profilu nežádoucích účinků, zkušenosti lékaře a dalších faktorů. Volíme optimální farmakoterapii pro daného pacienta, titrace dávek musí být přizpůsobena zvolenému antiepileptiku a situaci, doporučujeme režimová opatření (Vlček, Fialová, 2010).

Režimová opatření mohou u některých typů epilepsie stačit sama o sobě, u jiných jsou důležitou součástí komplexního přístupu k epilepsii a kompenzaci napomáhají. Tato režimová opatření se liší podle typu epilepsie, o jejich vhodnosti pro konkrétního pacienta rozhoduje lékař (Vlček, Fialová, 2010).

Obecně lze říci, že u pacientů s epilepsií, kteří musí užívat léky, je velmi důležitá compliance. Vynechání dávky léku/ů je jedním z nejčastějších důvodů vyprovokování záchvatu nebo dekompenzace epilepsie. K dekompenzaci může dojít i při poklesu plazmatické koncentrace antiepileptik z jiných důvodů – průjmové onemocnění, zvracení, interakce s jinými léky. Je třeba pacienty na tyto možnosti upozornit a doporučit, co v takovém případě dělat (Vlček, Fialová, 2010).

U některých typů epilepsií je známým rizikovým provokačním faktorem spánková deprivace nebo usínání a probouzení. U těchto typů epilepsie pacientům doporučujeme, aby se těmito situacím vystavovali, pokud je to možné, co nejméně. Obecně všem pacientům s epilepsií není doporučována celonoční deprivace a práce na noční směny (Vlček, Fialová, 2010).

Z dietních opatření je obecným doporučením nekonzumovat alkohol. Dříve se doporučovala úplná abstinence, dnes víme, že jsou typy epilepsie, které jsou i na malé množství alkoholu velmi vnímavé, ale jiné, u kterých např. třetinka nízkostupňového piva nebo vinný střík po jídle nevadí. V minulosti zakazovaná dietní opatření např.: čokoláda, kakao, červené papriky aj., nebyla potvrzena jako provokující faktory a pacienti je mohou v běžném množství konzumovat (Vlček, Fialová, 2010).

2.2.6 Epilepsie z pohledu sestry

Pro sestru znamená pojem epilepsie řadu intervencí, které musí při epileptickém záchvatu pacienta, dodržet. Nejdůležitější však je zůstat v klidu a zařídit, aby byl pacient v bezpečí a mimo ohrožení svého zdravotního stavu (Seidl, 2008).

Epilepsie je z pohledu sestry velmi častým neurologickým onemocněním, které s sebou přináší mnohá omezení. Lidé trpící epilepsií musí denně odolávat tlaku společnosti, která ještě z velké většiny stále nezná způsoby pomoci takto nemocným (Společnost-e, 2015).

Existuje mnoho sdružení, které nabízí epileptikům žít svůj život naplno, což je pro ně velmi důležité. Jednou z nich je Společnost „E“. Je to nezisková organizace sídlící v Praze 12, občanské sdružení založené roku 1990 rodiči a přáteli osob postižených epilepsií. Je jedinou profesionální sociálně zaměřenou organizací v České republice na podporu lidí s epilepsií a jejich blízkých, a to s celostátní působností, bez ohledu na věk a rozsah postižení (Společnost-e, 2015).

Posláním Společnosti „E“ je zlepšení postavení lidí s epilepsií ve společnosti. V důsledku toho se zaměřuje na šíření větší informovanosti o této nemoci a životě s ní jak u samotných postižených, jejich blízkých a osob či organizací, které s nimi spolupracují, tak u široké veřejnosti. Cílem je destigmatizace této nemoci, odstranění

obav z ní, zlepšení přístupu okolí a rozšíření povědomí o poskytování první pomoci při epileptických záchvatech (Společnost-e, 2015).

2.2.7 Ošetrovatelská péče o pacienty s epilepsií

Základem ošetrovatelské péče je správně upravit životosprávu a podávat pravidelně antiepileptika. Základem je pravidelný denní rytmus s dostatkem spánku, zejména v noci, a omezením fází usínání a probouzení během dne. Nevystavovat pacienta extrémní fyzické i psychické zátěži. Nevyžadují se žádná speciální dietní opatření. Vyvarovat se okolností, které vedou u pacienta ke zvýšenému výskytu záchvatů – stres, emoce, sledování televize, počítače, určité zvukové podněty, fyzická nebo psychická zátěž (Seidl, 2008).

Úkolem sestry je každý epileptický záchvat pečlivě zaznamenat. Sestra zaznamená záchvat do individuální ošetrovatelské dokumentace, včetně délky trvání, projevů a okolností, za kterých vznikl (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Nejdůležitější je ochránit postiženého při záchvatu před poraněním a dopravit jej do bezpečí, například z dosahu silničního provozu, z vody, apod. Dále musíme odstranit z blízkosti veškeré předměty, o které by se mohl zranit, podložíme mu hlavu a pokud dochází k silnému slinění, je třeba otočit hlavu na stranu, tím zabráníme riziku vdechnutí (Vostálová, Fikarová, 2007).

V těchto případech je ideální stabilizovaná poloha na boku, ale nikdy se nesmí použít násilí k dosažení optimální polohy, během záchvatu se nesmí křísit jakýmkoliv způsobem, násilně bránit křečím a to i v případě, kdy si klient při křeči kouše do jazyka, který obvykle krvácí. Během záchvatu nesmíme klienta ponechat samotného, sledujeme jej a v klidu necháme záchvat odeznít. Pokud záchvat sám do 5 minut sám neodezní, aplikujeme Stesolid per rektum (Vostálová, Fikarová, 2007).

Za první pomoc je zodpovědná sestra ve službě. Ta také musí po dohodě s výchovnými pracovníky předcházet situacím, které mohou u jednotlivých klientů vyvolat záchvat. Musí znát dobře ošetrovatelskou anamnézu a ošetrovatelský plán klientů. Dojde-li k záchvatu mimo zařízení, je zodpovědný pracovník u skupiny, který tuto událost oznámí sestře ve službě a ta provede zápis (Vostálová, Fikarová, 2007).

Dalším specifikem ošetrovatelské péče je práce sestry v neurologické nebo spánkové ambulanci, kde provádí vyšetření, jako jsou EEG, video EEG monitorování (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.3 Meniérova choroba

Již sama definice choroby P. Meniérem tak, jak zazněla v projevu v budově lékařské akademie roku 1861, byla později předmětem různých kontroverzních úvah a spekulací. „Idiopatický hydrops“ nebyl totiž vůbec hoden tohoto adjektiva, protože v případě popsaném P. Meniérem se jednalo o krvácení do labyrintu, po kterém pak vznikly typické symptomy: nitroušní nedoslýchavost, šelesty, závratě (Kabátová, Profant, 2012).

2.3.1 Patofyziologie

Meniérova choroba vzniká přebytkem endolymfy v blanitém labyrintu (viz příloha 4). Nadměrné množství je dáno buď zvýšením produkce této nitroušní tekutiny ve stria vascularis, nebo nedostatečným vstřebáváním v saccus edolymphaceus. Při zmnožení endolymfy vzniká přetlak v nitroušních prostorách, dochází k typické trias, projevující se závratí, nitroušní nedoslýchavostí, tinnitem. Jako nekonstantní příznak bývá přítomen pocit tlaku v uchu, přicházející velmi často jako aura (Hahn, 2002).

Velmi známá jsou pozorování Schucknechta z šedesátých let minulého století. Tento vynikající otolog zaplatil několika svým pacientům s Meniérovou chorobou, aby po jejich úmrtí mohl provést nekroptické vyšetření jejich blanitých labyrintů. U zemřelých pacientů našel skutečně pozoruhodné změny: od morfologických změn vlastních sensorických elementů – vláskových buněk Cortiho ústrojí a vestibulárního labyrintu – až po hrubé změny celého blanitého labyrintu, které se projevovaly distenzí blanitých stěn, někde byly přítomny i ruptury. Tyto nálezy pak byly mnohými dalšími autory potvrzeny (Mindell, Owens, 2010).

K etiologii choroby mohou přispívat nejrozmanitější faktory: vlivy metabolické, ischemické, traumatické, topické, alergické. Jak již bylo naznačeno v úvodu – „esenciální“ Meniérova choroba prakticky neexistuje. Při vyšetření pacientů lze vždy vysledovat přispívající faktor (Orel a kol., 2012).

2.3.2 Klinické projevy a diagnóza

V časných stádiích onemocnění je vyznačena v období záchvatu sluchová porucha v oblasti nízkých tónů. To je dáno hydrodynamikou: distenze labyrintu postihuje zprvu právě apikální část hlemýždě, kde jsou vnímány tóny o nízkých frekvencích. Porucha sluchu je reverzibilní – sluch se po odeznění meniérského záchvatu vrací prakticky k normě (Preiss, Kučerová, 2006).

Šelest – tinnitus – bývá přítomen v období akutního záchvatu a při jeho skončení prakticky mizí. V časných stádiích onemocnění je vyznačena v období záchvatu sluchová porucha v oblasti nízkých tónů (Berlit, 2007).

To je dáno hydrodynamikou: distenze labyrintu postihuje zprvu právě apikální část hlemýždě, kde jsou vnímány tóny o nízkých frekvencích. Porucha sluchu je reverzibilní, sluch se po odeznění meniérského záchvatu vrací prakticky k normě. Šelest (tinnitus) bývá přítomen v období akutního záchvatu a při jeho skončení prakticky mizí (Hahn, 2002).

Závrať je dominantním aspektem Meniérovoy choroby. Zpravidla je rotačního typu. Pacient má pocit subjektivní či objektivní rotace. Velmi často není schopen se udržet na nohou a padá k zemi. Méně často pozorujeme stavy, kdy nemocný bez pocitu rotace padá k zemi jako podřatý. Tyto příznaky by svědčily pro maximum distenze labyrintu v oblasti utritulosakulární. Odtud pak jdou vestibulospinální dráhy, a to má za následek pády typu „black out“ (Lukáš, Žák a kol., 2011).

Dalším nepříjemným příznakem je vegetativní symptomatologie. Její výskyt je dán anatomickými spojeními mezi statoakustickým a bloudivým nervem a dalšími vegetativními strukturami. Nemocný trpí nevolností, velmi často zvrací, buší mu srdce. Popsaný stav plně rozvinutých příznaků trvá několik minut či hodin, poté se stav

uklidňuje a pacient velmi často upadá do dlouhotrvajícího spánku (Kabátová, Profant, 2012).

Velmi zajímavým doprovodným jevem je přítomnost nystagmu. Velmi často jej lze pozorovat již pouhým okem. V průběhu záchvatu může měnit svůj směr. Při začátku záchvatu v období dráždění labyrintu nystagmus kmitá k postiženému uchu, mluvíme o iritačním nystagmu. Posléze dochází ke změně jeho směru. Nystagmus bije ke zdravému uchu. Tento typ nystagmu nazýváme zánikový. Konečně v období obnovy rovnováhy pozorujeme opět nystagmus ke straně postižené – nystagmus úzdravný (Kabátová, Profant, 2012).

Nystagmus bije nejčastěji v horizontální rovině, bývá horizontálně rotační, což je projevem postižení všech tří polokruhových kanálků. Ostatní nystagmické změny vidíme ojediněle (vertikální nystagmickou atd.) (Kabátová, Profant, 2012).

V časných fázích Meniérovoy choroby dochází ke vzniku záchvatů několikrát do roka, měsíční frekvence není ovšem rovněž výjimkou. Při vyšetření posturálních funkcí (provádíme pochopitelně ve stadiu, kdy je nemocný bez akutního dramatického vertiga) nacházíme při kraniokorpografii nejčastěji úchyly až pády ke straně onemocnělého ucha. Při posturografickém vyšetření je velký rozdíl mezi hodnotami naměřenými pro rychlost pohybu těžiště a plochu, kterou těžiště svým pohybem vytvoří při otevřených a zavřených očích (Lukáš, Žák a kol., 2011).

V dalším průběhu onemocnění dochází k prohlubování sluchové ztráty v oblasti nízkých tónů a sluch se po ukončení záchvatu již nevrací do normy, dochází k vývoji trvalé sluchové ztráty. Sluchový deficit se posouvá do oblasti středních a vyšších tónů. Trvalá ztráta má tendenci postihovat postupně všechny frekvence (tzv. pankochleární sluchová porucha) (Kabátová, Profant, 2012).

Tinnitus je rovněž stálý, zpravidla střední a vysoké frekvence. Podobně jako vzniká trvalá sluchová ztráta, dochází i ke vzniku trvalé poruchy rovnováhy. Nemocný má problémy při rychlejších pohybech, zejména rotačních, problémy má rovněž s koordinací svého pohybu v šeru a po setmění. Při vyšetření čivosti rovnovážného ústrojí kalorickou či rotační zkouškou nacházíme oslabenou reakci (hypofunkci) (Preiss, Kučerová, 2006).

Z uvedeného je patrné, že diagnostika se opírá především o komplexní audio-vestibulární vyšetření. Nelze podceňovat anamnestické údaje pacienta, kdy sdělení o rotační závratí doprovázené akutním poklesem sluchu může být dobrým vodítkem pro stanovení diagnózy. Z dalších informací pacienta je důležité sdělení o kolísání sluchu, přítomnosti tinnitu a podobně (Kabátová, Profant, 2012).

2.3.3 Léčba Meniérový choroby

Je rozdělena do dvou odlišných fází: akutní a klidová. V léčbě akutní fáze používáme především tlumení bouřlivých příznaků – závratě a vomitu. Aplikujeme protizávraťové léky (Torecan, Kytril), kortikoidy v dávkách několika stovek mg (Kabátová, Profant, 2012).

Při úporném zvracení nesmíme zapomenout na iontovou dysbalanci a ztrátu tekutin, proto musíme rovněž dbát o obnovení iontové balance (Hahn, 2002).

Nemocný s akutní fází Meniérový choroby potřebuje hospitalizaci. V období klidu – remise – je třeba pečovat o sluchovou funkci. Naším cílem musí být odvrátit co možno nejdéle trvalou sluchovou ztrátu, která může skončit i hluchotou. Proto podáváme vazoaktivní léky – reologika (Pentoxifyllin, Vinciomitor). Lékem volby pro kontrolu Menierovy choroby (tj. snížení počtu záchvatů a tlumení jejich symptomů) je betahistidin (Betaserc). Proto jej podáváme v klidovém období i několik měsíců. Kromě tlumení excitability rovnovážného ústrojí působí synergicky i při tzv. vestibulárním habitračním tréninku (Hahn, 2002).

K tlumení tinnitu je možno užít penothiasinové preparáty, Ginkgo bilobae. Dále je třeba – jak již výše uvedeno – pečovat o celkový stav organismu a léčit všechna ostatní systémová onemocnění, která by mohla nepříznivě ovlivnit vývoj choroby. To platí o metabolických a oběhových poruchách, spondylogenních změnách krční páteře a dalších (Hahn, 2002).

Dalším problémem pacienta je vývoj stálého tinnitu, který může nemocného značně neurotizovat. Léky, které podporují mikrocirkulaci, a tím i senzoryneurální epitel, jsou velmi dobré i ke korekci tinnitu (Kabátová, Profant, 2012).

V terapii chronického tinnitu se velmi osvědčily preparáty Ginkgo bilobae v kombinaci s laserem. Co se týče závratí, je velmi dobrým preparátem k jejich ovlivnění Betaserc, jak bylo již výše zmíněno. U pacientů s Meniérovou chorobou může být rovněž používán Arlevert pro své velmi dobré účinky u závratí (Kabátová, Profant, 2012).

Důležitost má rovněž chirurgická léčba. Používá se především u chronických stadií k léčbě nezišitelného tinnitu a závratí. Možností chirurgické léčby je více – předem je nutno říci, že chirurgickou léčbu provádíme až po vyčerpání všech farmakoterapeutických a jiných konzervativních možností (Hahn, 2002).

Blanitý labyrint je možno zasáhnout několikerým způsobem – např. vkápnutím absolutního alkoholu do vnitřního ucha nebo aplikací gentamycinu transtympanálně do středouší. Gentamycin má afinitu k melanocytům uloženým ve stria vascularis a tato sekreční endolymfatická oblast je právě působením gentamycinu výrazně utlumena. Dobré zkušenosti u velkého souboru pacientů mají především japonští odborníci (Hahn, 2002).

Na našem pracovišti používáme tzv. intra ear katétr. Tento katétr je zaveden po předchozím odklopení bubínku cíleně do okrouhlého okénka. Infúzní mikropumpou je pak aplikována 7–14 dnů trvající kontinuální infúze gentamycinu či hydrokortizonu přímo přes membránu okrouhlého okénka do labyrintu (Hahn, 2002).

Další možností je otoneurochirurgický přístup přes střední lební jámu. Po odklopení a fixaci mozku se provádí přetětí rovnovážného nervu. Tím způsobem je definitivně vyřazena vestibulární část osmého nervu (Hahn, 2002).

Je nutné upozornit, že všechny destruktivní procedury musejí být provedeny pouze po předchozím podrobném diagnostickém vyšetření. Musíme mít jistotu, že Meniérova choroba postupem času „necentralizovala“, tj. že jde pouze o periferní rovnovážnou poruchu. V případě, že by byly přítomny i znaky centrální poruchy, by totiž vyřazením periferního vestibulárního aparátu vznikly nenapravitelné škody. Především by byla značně znesnadněna možnost vestibulární kompenzace (Hahn, 2002).

2.3.4 Životní styl a Meniérová choroba

Nemocní mohou podstatně ovlivnit svůj další stav především dodržováním určitých opatření. V oblasti výživy by měli méně solit a relativně omezit tekutiny. Omezení alkoholických nápojů a zákaz destilátů je samozřejmostí. Rovněž by pacienti neměli kouřit, měli by pít méně černé kávy a zajistit si dostatek spánku (Hahn, 2002).

Je pochopitelně těžké požádat nemocného, aby omezil a redukoval stres – naši radu mohou stěží všichni dodržet. Ovšem je to právě stres, který podporuje vznik záchvatů. Je dobré neomezovat příliš pohybovou a sportovní aktivitu. Právě stálé nároky na vestibulární ústrojí mohou přinést úspěchy při udržování rovnováhy do té míry, že každodenní aktivity nejsou zásadním způsobem omezeny (Hahn, 2002).

Vhodnými sporty jsou zejména míčové hry, tenis, stolní tenis. Nelze doporučit výkonnostní vysokohorskou turistiku. Opatrní jsme i s cyklistikou. Klade totiž nároky zejména na vizuo-vestibulární segment rovnovážného ústrojí. Nebezpečí by mohlo nastat při optokinetickém dráždění (jízda úseky, kde se rychle střídá světlo a stín), kdy by nemocný mohl být sveden falešně percipovanou senzorickeou informací, což by vedlo k nehodě až k tragédii (Kabátová, Profant, 2012).

Některé taktiky mohou pomoci snížit dopad Meniérové choroby. Je důležité, pokud člověk cítí závrať, si ihned lehnout. Při pádu na zem by se mohl člověk zranit. Je nutné používat dostatečné osvětlení, a pokud si člověk není jistý svou stabilitou, může si vzít na pomoc hůl (Kabátová, Profant, 2012).

Některé faktory nesprávného životního stylu mohou zhoršovat průběh Meniérové choroby, nebo být spouštěčem pro nástup příznaků. Ošetřující lékař proto může pacientovi doporučit určitá omezení. Jedná se o omezení příjmu kofeinu. Potrava a nápoje, které obsahují kofein, mají stimulační vlastnosti, které mohou příznaky zhoršit. Například kofein může způsobit hlasitější tinitus. Dalším omezením je přestat kouřit, protože nikotin může opět zhoršit průběh Meniérové choroby. Lidé s touto nemocí by se měli naučit zvládat stres a úzkost. Profesionální psychoterapie může pomoci identifikovat stresory a rozvíjet strategie pro zvládání stresu a úzkosti (Hahn, 2002).

2.3.5 Meniérová choroba z pohledu sestry

Meniérová choroba z pohledu sestry je onemocnění, které pacienta z velké části omezuje v osobním i společenském životě. Tito lidé trpí častými závratěmi, při kterých jsou ohroženi úrazem při pádu (Vlček, Fialová, 2010).

Pacienti by proto měli nosit stále při sobě léky proti závratím a dodržovat určitá režimová opatření, která mohou zmírnit průběh nemoci (Vlček, Fialová, 2010).

2.3.6 Ošetrovatelská péče o pacienty s Meniérovou chorobou

Nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami pro tuto chorobu jsou: 00125 Bezmocnost, 00148 Strach, 00155 Riziko pádů, 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně, 00088 Porušená chůze. Pacienti trpí závratěmi, proto je důležité dbát na jejich bezpečnost (Marečková, 2006).

Sestra by měla pacientovi, který trpí Maniérovou chorobou, poskytovat ošetrovatelskou péči při akutním záchvatu. Kdy zajistí bezpečné, tiché, spoře osvětlené prostředí a klid na lůžku. Poskytne pacientovi emocionální podporu a jistotu na zmírnění úzkosti. Aplikuje předepsané léky, které mohou zahrnovat antihistaminika, antiemetika, a možná, mírná diuretika. Poučí klienta na základě pokynů lékaře o kontrole počtu akutních záchvatů. Diskutujeme s pacientem o povaze poruchy. Vysvětlíme, že je důležité vyhýbat se (např. kofein, léky snižující překrvení, alkohol) (Hahn, 2002).

2.4 Migréna

„Platónův Sokrates by Charmidovi na bolest hlavy nepředepsal žádnou léčbu, aniž by předtím neulehčil jeho problémy zatížené mysli; tělo a duše musí být vyléčeny pospolu, stejně jako hlava a oči....“

Robert Burton (Anatomie melancholie)

(Sacks, 2012)

O postižení migrénou se píše nejméně posledních 2000 let a bezpochyby každá generace moderního člověka, s jeho asi 250 000 let starou historií, má s touto konstelací poruch svou zkušenost. Přesto však veřejnost i lékaři obecně mají za to, že o migréně víme málo, a dokonce ještě méně s tím něco děláme – přípravy ke zřízení první kliniky v Londýně, která by se zabývala léčením migrény, byly provedeny teprve v roce 1970 (Sacks, 2012).

Migréna je záchvatová bolest v polovině hlavy, někdy i v ještě menší části. Prevalence se uvádí 12 % populace. Postihuje více ženy než muže a vzniká v mladším věku, někdy již v dětství. Ve stáří se zmírňuje nebo zcela mizí. V rodině se migréna často vyskytuje u antecedentů, má zřetelně dědičný základ. Sám pojem migrény je široký a dosti nepřesně vymezený. Zvláštnost je určena hlavně počtem migrénových záchvatů v určitém časovém úseku. Ojedinelý záchvat migrény má mnohem větší počet než uvedených 12 %. Bolest v polovině hlavy může po delším trvání přejít i do druhé poloviny a může bolet celá hlava. Začátku předchází často iritační zraková aura. V zorném poli a velmi často v obou zorných polích se homonymně objeví scintilující plocha svítivých, šedavých a tmavých bodů, vzájemně do sebe přeskakujících. Dále v tomto období bývá pocit únavy, rozlady a napětí, někdy i nauzea. Pak následuje bolest následovaná fotofobií a fonofobií, scintilující plocha na zorném poli se změní v indiferentní skotom omezující vidění. Nauzea se stupňuje. Pokud dojde ke zvracení a někdy i opakovanému, přináší to celkovou úlevu i zmenšení bolestí hlavy. Dalším projevem migrény může být průjem, ale naopak i zácpa. Někdy vzniká pocit prosáknutí pokožky a pocení dlaní. Pokud zůstává postižený v klidu a ulehne v temné místnosti,

omezí veškeré aferentní podněty, po 2 – 4 hodinách většinou migrenózní záchvat končí. Někdy však trvá mnoho hodin i několik dní (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.4.1 Oftalmoplegická migréna

Ojedinele mohou nastat i těžké komplikace, jako oftalmoplegie. Ta bývá nezřídka způsobena aneuryzmatem v infraklinoidální oblasti a. cerebri anterior. Na aneuryzma upozorňuje pocit pulzující bolesti, nebo dokonce i viditelné pulzování oka. Běžná migréna nemá pulzní charakter. Vždy vyšetřujeme i meningeální příznaky, poněvadž může jít o drobné prosakování krve z aneuryzmatu. Pak je třeba vyšetřit i likvor, vyšetřit kontrastními metodami cévní řečiště v mozku (arteriografií) a konzultovat neurochirurga (Pfeiffer, Tichý, 2007; Sacks, 2012).

2.4.2 Migréna provázená prchavou hemiparézou

Hemikranii může vzácně provázet hemiparéza nebo jen monoparéza. Pokud jde o dominantní hemisféru, pak i afázie, porucha řeči, a to jak expresivní, tak i percepční. Vše je jen naznačeno. Příčinou je spazmus v povodí a. cerebri media, který sám o sobě není bolestivý. Bolest je nejspíše z dalšího spazmu a. meningei media, který současně migrénu provází. Meningy jsou na rozdíl od mozkového parenchymu velice vnímavé pro bolest (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.4.3 Cervikokraniální migrenózní bolesti

Někdy je snaha z cervikokraniálních hemikranií vytvořit samostatnou nozologickou jednotku. Pokud dojde k podráždění krčního sympatiku, který se dostává do dutiny lební, do subtentoriální oblasti podél vertebrálních arterií, dochází k hemikranii, která je vázaná více na okcipitotemporální oblast. Příznaky jsou jinak stejné. I zde však může jít o aneurysma a musíme být velmi opatrní, pokud bychom chtěli provádět chiropraktický manévr (Sacks, 2012).

V anamnéze bývá i občasná cervikobrachiální bolest na stejné straně. Při mírné ruční trakci může nastat úleva, nebo naopak zhoršení. Pokud měníme pomalu směr

trakce, má to na bolest vliv. Úlevu přináší lehká masáž krční páteře suchými prsty až do zčervenání pokožky, což je způsobeno uvolněním histaminu (Sacks, 2012).

2.4.4 Jiné průběhy migrén

V dětském věku se může jako ekvivalent migrény projevit bolest v břiše a zažívací obtíže (Sacks, 2012).

Migréna může také přecházet v status migrenici, kdy bolest neustupuje a někdy nezbývá než hospitalizace (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.4.5 Patofyziologické příčiny migrény

Bezprostřední příčina záchvatu migrény není obvykle známa. Jsou však známé souvislosti s některými podněty, které mají spojitost s neurohumorálním stavem organismu, velmi často jde o spoluúčast vegetativního nervového systému, jak sympatiku, tak parasympatiku, který je řízen z oblasti diencefala (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Dříve se předpokládalo, že začátek migrény je způsoben spazmem příslušné cévy, po kterém následuje vazodilatace, která je příčinou bolesti. Zdá se, že jde o spazmus od počátku až do konce, který působí hypoxii nebo disharmonii v cévním zásobení krví. S velkou pravděpodobností jde o vliv vazoaktivních látek, jako je serotonin, histamin, prostaglandin, acetylcholin, které způsobují uvedené poruchy (Pfeiffer, Tichý, 2007; Seidl, 2008).

2.4.6 Terapie

Léčení spočívá v pátrání po příčinách. Pokud se podaří je odhalit, snažíme se o desenzibilizaci. Doporučujeme pravidelnou životosprávu bez excesů, hlavně spánek neprotahovat do dne. Bolesti, které vznikají již ve spánku, mají často cervikogenní příčinu, např. pozice vleže na břiše vede k velké rotaci krční páteře, která v hlubokém spánku způsobí blokádu a migrenózní bolesti (Pfeiffer, Tichý, 2007; Borzová, 2009).

Pokud začíná migréna ve dne aurou, doporučujeme užít preventivně některou z analgetických směsí obsahující kyselinu acetylsalicylovou, fenacetin, barbital, kofein, které má mít migrenik s sebou, a přiložit teplý obklad na hlavu, zůstat v klidu a v šeru.

Černá káva některým migrenikům přináší velkou úlevu. Za specifický lék se považuje dihydroergotamin. Poněvadž již rozvinutý záchvat bývá provázen nauzeou až vomitem, musí být léky připravené i v podobě čípků nebo v intravenózní injekci (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Jako profylaxe se osvědčil Sandomigran, Migrenal, které se podávají pravidelně v mírně stoupajících dávkách. Jako nejvíce účinné léky se uvádějí antagonisté serotoninu triptany. Doporučují se i v akutním stádiu onemocnění. Mají však řadu kontraindikací (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Nejsložitější migrény jsou hemikranie vyvolávané určitým společenským prostředím v nejširším slova smyslu. Na pracovišti, v rodině, mezi cizími lidmi, nezvládání úkolů apod. Svědčí pro to např. pocit mizení bolesti při změně prostředí, velká úleva v lázeňském prostředí, kde migréna po dobu pobytu mizí. Migréna může být problémem při pracovním začlenění, nebo pokud je vázána na některé prostředí, které migrénu vyvolává (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.4.7 Migréna z pohledu sestry

Migréna je jedním z mnoha onemocnění, které dokáže znepríjemnit každý den. Bolest hlavy, která s touto nemocí souvisí, je jedním z nejčastějších symptomů, se kterými se pacienti často obrací na sestry. Ty pak o této skutečnosti informují jejich ošetřujícího lékaře, který pacientovi určí vhodnou léčbu (Marečková, 2006).

Úkolem sestry je uspokojit všechny základní potřeby pacienta, tak aby se cítil co nejlépe. Zajistíme pacientovi dostatečný příjem tekutin, klid a přítmí. To jsou nejdůležitější zásady při záchvatu migrény. Z pohledu sestry se jedná o nepříjemnou nemoc, která negativně ovlivňuje životy mnoha lidí (Marečková, 2006).

2.4.8 Ošetrovatelská péče o pacienty s migrénou

Diagnóza pacienta se stanovuje na základě anamnézy (osobní, rodinná, pracovní, sociální). Sestra kontroluje TK, provádí se neurologické a oftalmologické vyšetření – oční pozadí, visus, nitrooční tlak. Zobrazovací metody k vyloučení nitrolebního

procesu a cervikokraniálního procesu jsou EEG, rtg lebky a krční páteře, CT a MR mozku (Sacks, 2013).

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy jsou: 00132 Akutní bolest, při této diagnóze provede sestra důkladný rozbor bolesti z hlediska její lokalizace, druhu, trvání, časnosti výskytu a stupně (stupnice 1 až 10), vyvolávající nebo zhoršující faktory. Respektuje výrazy, kterými nemocný svou bolest popisuje, a snaží se přistupovat k bolesti tak, jak ji pacient líčí. Podává léky podle ordinace lékaře. Dohodne se s pacientem na plánu společného postupu překonávání jeho bolestí. Zajistí nemocnému klid a doporučí mu, aby omezil po čas bolestí veškerou činnost. Upozorní pacienta na možnost relaxačních cvičení (Marečková, 2006).

Při diagnóze 00134 Nausea podává antiemetika podle ordinace lékaře a zaznamenává jejich účinek. Odstraní vůně a zápachy, které mohou vyvolat nauzeu nebo zvracení. Upozorní pacienta na nutnost příjmu tekutin a motivuje ho ke spolupráci. Zajistí větrání místnosti, ve které nemocný pobývá (Marečková, 2006).

Pokud je přítomna diagnóza 00093 Únava, tak se snaží zachytit projevy, intenzitu a dobu trvání únavy i její dopad na emoční projevy nemocného. Stupeň únavy vyjadřuje nejlépe vlastními slovy nemocného. Posuzuje vše, co pomáhá pacientovi únavu překonávat. Pomáhá nemocnému při úkonech, které ho nadměrně vyčerpávají. Dohlédne na jeho dobrý spánek i na překonávání stresu. Zdůrazní prospěšnost uvolňovacích cviků a relaxačních metod (Marečková, 2006).

2.5 Některé důležité vyšetřovací metody v neurologii

V neurologii se používá celá řada pomocných vyšetřovacích metod. Některé z nich jsou společné s jinými obory, jiné jsou pro neurologii specifické (Seidl, 2008).

2.5.1 Počítačová tomografie

Počítačová tomografie vychází z principu tomografie, která se používá již dlouho v RTG vyšetření: rentgenová lampa se otáčí kolem vyšetřovaného objektu. U CT lampy jsou umístěny ještě detektory, které vyhodnocují počítačovou technikou množství

ozáření, které se buď absorbuje, nebo částečně rozptýlí v sekundární záření, nebo prochází tkáněmi a dopadne na uvedené příslušné detektory. Detektory zachycené hodnoty převádějí na číselné údaje (digitalizují je) a za pomoci speciálního softwaru je převádí zpět na analogový záznam. Šířka RTG paprsku odpovídá výšce vrstvy, kterou jsme zvolili k vyšetření. Výsledkem je obraz v různých odstínech šedi na monitoru počítače. K vyhodnocení různých stupňů šedi se používá jednotka H nazvaná podle Housfielda, který se velice zasloužil o objev CT.

Počítačová tomografie je poměrně rychlé a dnes již všeobecně dobře dostupné vyšetření. V neurologii znamenala přímo revoluci. CT má v současné době v neurologii dominantní postavení při vyšetřování patologických procesů (Seidl, 2008).

2.5.2 Magnetická rezonance

Zobrazování magnetickou rezonancí je založeno na principu zjišťování změn magnetických momentů jader vodíku (protonů), které jsou uloženy v silném statickém magnetickém poli a vystavovány radiofrekvenčním pulzům. Pulzy dodávají protonům energii a synchronizují jejich rotační (precesní) pohyb. Frekvence musí být shodné s frekvencí precese. Pak protony rezonují. Po vypnutí pulzu se soubor excitovaných protonů vrací do původního uspořádání (relaxace) a vysílá zpět měřitelný elektromagnetický signál, který počítačově zpracován dává výsledný obraz (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.5.3 Pozitronová emisní tomografie (PET)

Vyšetření spočívá ve sledování látky vyzařující pozitron emitovaného izotopu, získávaného z cyklotronu. Sledováním značkové látky pomocí citlivých detektorů získáme obraz o metabolismu značené látky. Může to být například glukóza, která je důležitým metabolickým energetickým zdrojem mozkové tkáně. Tam, kde se začne nejvíce vyskytovat v mozkové tkáni, můžeme soudit, že tam intenzivně probíhá mozková neuronální aktivita. PET je velmi drahá metoda, poněvadž ke své existenci potřebuje cyklotron. Je velmi významná pro diagnostiku akutně probíhajících dějů, jako je epilepsie nebo odlišení recidivy mozkového nádoru od nekrózy, která mohla

vzniknout po léčebném ozáření nádoru. Metoda se využívá k vědeckému výzkumu, ale stále častěji i ke klinické diagnostice (Utley, 1995; Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.5.4 Jednofotonová emisní tomografie

Jde o velmi často používanou vyšetřovací techniku. Princip je založen na gama scintigrafii spojené s výpočetní tomografií. Signály snímají 1-3 rotující hlavy kamery, které se otáčejí kolem hlavy vyšetřované osoby. Vyšetření se nejvíce uplatňuje u cévních onemocnění mozku, dále u epilepsie, u demence a dalších (Pfeiffer, Tichý, 2007).

2.5.5 Rentgenové vyšetření (RTG)

Nejčastější je běžné, tzv. nativní rentgenologické vyšetření lebky nebo páteře. Dříve se tato metoda zdokonalila náplní dutin centrálního nervového systému buď kontrastní látkou, nebo naopak vzduchem – tzv. pneumoencefalografie. Objevem počítačové tomografie a magnetické rezonance byla technika pneumoencefalografie opuštěna pro svoji náročnost (Seidl, 2008).

2.5.6 Ultrazvuková vyšetření

Ultrazvuk je mechanické vlnění vyšší než 20 kHz a je mimo pásmo pro nás slyšitelného zvuku. Zobrazovací metody jsou založeny na odrazu ultrazvukových vln v různých tkáních vyšetřované osoby. Tento jev se zachycuje elektronicky a zobrazuje na displeji. Další možností ultrazvuku je využití Dopplerova jevu (zvuk se mění podle směru míjejícího objektu – přibližující se objekt vlny zkracuje, zvuk se zvyšuje, vzdalující se objekt vlny prodlužuje a zvuk se snižuje). Tato metoda se používá k vyšetření pohybující se krve v cévách a umožňuje měření rychlosti krevního toku v cévách pod povrchem těla. Vyšetření je neinvazivní a velmi šetrné (Pfeiffer, Tichý, 2007; Nevšimalová, Růžička, Tichý, 2002).

2.5.7 Elektroencefalografie (EEG)

Biologické aktivní tkáně produkují bioelektrické potenciály, které když se zesílí, jsou snímatelné elektrodami přiloženými co nejbliže k daným tkáním. Mozek je tvořen množstvím vzájemně propojených neuronů a gliových buněk. Elektrická aktivita neuronů je projevem membránového napětí. Při hodnocení jde o výslednou sumaci všech excitačních a inhibičních potenciálů. U zdravého člověka vzniká vlnová aktivita snímaná z povrchu skalpu. Empiricky byla rozdělena na pásma alfa a beta. Patologické stavy se zobrazují většími vlnami v pásmu theta a delta (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Ošetrovatelská péče o pacienta při EEG vyšetření patří mezi specifické ošetrovatelské činnosti. Vykonává je sestra, která absolvovala speciální kurz. Správné poučení a správná příprava pacienta, správné provedení vlastního EEG vyšetření jsou důležité pro získání spolehlivého EEG záznamu (Santos, Villalba, 2010).

Pomůcky pro EEG jsou: snímací hlava EEG, snímací stanice (počítač) + fotostimulační lampa, EEG čepice – dle obvodu hlavy (dětská, střední, velká), hrudní popruh, EKG, ušní, kalíšková elektroda a překlenovací elektrody, elektrovodivý EEG gel, aplikační stříkačka na gel + speciální tupá jehla, abrazivní pasta, kolíček na nos při hyperventilaci ústy, adaptér pro připojení EEG čepice, podkládací molitanové kroužky, vhodně upravené lůžko nebo křeslo, nejlépe polohovací, pomůcky pro úpravu pacienta po vyšetření (zrcadlo, hřeben, papírový ručník), dřevěné čistítka elektrod, prací prostředek na EEG čepice, zdravotnická dokumentace pacienta (Santos, Villalba, 2010).

Povinností sestry (specialistky pro EEG vyšetření) je seznámit pacienta s průběhem vyšetření, uklidnit pacienta (ochotně naslouchat, vysvětlit a odpovědět na dotazy), zdůraznit pacientovi nebolestivost a bezpečnost EEG vyšetření. Dále zjistit v pohovoru s pacientem: jak se nyní cítí, jaká byla kvalita spánku v noci před vyšetřením, přítomnost aktuální bolesti hlavy, datum posledního záchvatu v případě záchvatovitých stavů (epilepsie, migrény), zda je pravák nebo levák, zapsat na žádanku pro EEG vyšetření údaje zjištěné pohovorem. Porovnat ve zdravotnické dokumentaci a žádance na vyšetření EEG soulad léků podávaných pacientovi, eventuálně je na žádanku na EEG vyšetření dopsat, zadat základní data pacienta do databáze kartotéky v EEG programu (Santos, Villalba, 2010).

Povinnosti sestry při vlastním výkonu: odmastit abrazivní pastou čelo pacienta, nasadit na hlavu pacienta EEG čepici a její popruhy připevnit na hrudní pas, aplikovat speciální stříkačkou a tupou jehlou EEG vodivý gel do elektrod rozmístěných v systému 10/20 na EEG čepici, vyzvat pacienta, aby se pohodlně položil na lůžko, napojit EEG čepici na adaptér spojený se snímací hlavou přístroje, připevnit EKG elektrody na HK, poučít a vyzvat pacienta, aby během vyšetření plnil pokyny sestry (např. nekrčil obočí, otevřel a zavřel oči na vyzvání, nezatínal zuby atd.), vyzvat pacienta, aby zavřel oči a během vyšetření se nehýbal, provést kalibraci EEG přístroje, změřit odpor na elektrodách, vysoké odpory elektrod, které nejdou opravit, podložit event. molitanovým kroužkem nebo nahradit elektrodu s vysokým odporem Quick (překlenovací) elektrodou, pozorovat chování pacienta a sledovat záznam EEG na monitoru během celého vyšetření, upozornit pacienta na začátek a konec aktivačních metod, zapisovat průběžně do záznamu EEG důležité informace (Santos, Villalba, 2010).

Po vyšetření sestra musí opatrně sejmout z hlavy pacienta EEG čepici a upínací hrudní popruh, umožnit pacientovi, aby se po vyšetření upravil, provést záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta (Santos, Villalba, 2010).

Zvláštní upozornění pro sestru: zajisti nebo sděl pacientovi před vyšetřením, aby měl umyté vlasy šamponem, aby po umytí vlasů nepoužil k jejich ošetření jiné kosmetické přípravky (Santos, Villalba, 2010).

2.5.8 *Elektromyografie (EMG)*

Při tomto vyšetření se snímají bioelektrické potenciály z kosterních svalů (hladké svaly nelze metodou EMG dobře hodnotit) speciální myoelektrickou jehlovou elektrodou zanořenou do svalu. Jehla má zevní kovový plášť jako tenkou trubičku, do které je vložen tenký drátek od trubičky oddělený izolační látkou. Tak získáme dva elektroaktivní body na minimální ploše. Jehla je zapojena do elektromyografického aparátu se stimulační jednotkou, zesilovačem a počítačem na zpracování získaných dat. Zcela uvolněný zdravý sval je v klidu bez prokázané aktivity. Počátek volního stahu se projeví tzv. nábořem jednotlivých nízkých akčních potenciálů. S postupujícím stahem

svalu se zvyšuje i amplituda. Při maximální kontrakci dochází k maximální interferenci a nelze ani rozlišit jednotlivé akční potenciály (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Při přerušení nebo částečném poškození smíšeného nervu dochází k projevům denervačních příznaků. Mezi druhým a třetím týdnem od poškození se objevuje spontánní klidová aktivita. Na EMG se objevují velmi nízké potenciály o malé frekvenci – nazývají se fibrilační potenciály. Objevují se i u různých nervosvalových poruch, nejen u denervace. Jde o nekoordinované kontrakce jednotlivých svalových vláken, které okem nemůžeme postřehnout (Pfeiffer, Tichý, 2007).

Závěr

Spánek je neodmyslitelnou součástí života každého člověka, bez spánku bychom nemohli existovat. Bohužel i spánek ale dokáže být naším nepřítelem. Jednou z nemocí, u které je hlavní příčinou nadměrná spavost, je právě narkolepsie. Lidé se neumí ubránit své únavě a spánku klidně i několikrát za den podlehnou. Je to jedna ze záchvatovitých onemocnění, která je ovšem velmi málo popsána a mezi laiky neznámá. Stejně tak je na tom i Meniérova choroba, se kterou se setkáváme také zřídka kdy. Epilepsie a migréna už jsou poměrně dobře známá onemocnění, kterými trpí velké procento lidí.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit nejčastější problémy narkoleptiků a lidí s jiným záchvatovitým onemocněním. K tomu, abychom dosáhli tohoto cíle, bylo nutné prostudovat velké množství materiálů. Každé onemocnění je charakterizováno, dále jsou v práci uvedeny klinické příznaky, typické pro každou nemoc, vyšetření, vhodná léčba a popřípadě komplikace. U všech chorob je popsána ošetrovatelská péče z pohledu sestry.

Po prostudování jednotlivých zdrojů jsme zjistili, že nejčastějším problémem lidí se záchvatovitým onemocněním je problém se sociálním zařazením, dále jsou to různá omezení v řízení dopravních prostředků, ve výběru zaměstnání, v partnerském životě, v sexuální oblasti. Tito lidé musí dodržovat určitá režimová opatření, která je také z velké části omezují. Většina těchto pacientů nesmí pít alkohol, kouřit, musí dodržovat spánkový režim.

Během zpracovávání bakalářské práce jsem zjistila, jak málo se o narkolepsii všeobecně ví. Myslím si, že by bylo velmi dobré do budoucna širokou veřejnost o těchto záchvatovitých onemocněních více informovat. Mohli bychom tak předcházet nepříjemným okamžikům, kdy mnozí lidé koukají na člověka s narkolepsií s opovržením, nebo když dostane člověk ve společnosti epileptický záchvat, stane se cílem posměšků a různých negativních reakcí. Jsme jen lidé a toto může potkat každého z nás, buďme proto ohleduplní k těmto nemocným a podejme jim pomocnou ruku, když to budou potřebovat.

Seznam použitých zdrojů

AALDEREN, W. M. C. *Ziekten en Handicaps*. Springer, 2011, 312 s. ISBN 903137833.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, The international classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual, 2nd. Westchester: One Westbrook Corporate center, 2001. ISBN 09657220-1-5.

BENDER, A., FEDDERSEN, B., RÉMI, J., FESL, G. *Kurzlehrbuch Neurologie*, Elsevier, Urban & Fischer Verlag, 2012, 440 s. ISBN 3437592181.

BERLIT, P. *Memorix neurologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 447 s. ISBN 8024719150.

BORZOVÁ, C. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.

CAMBIER, J., MASSON, M., MASSON, C., DEHEN, H. *Neurologie*. Elsevier Masson, 2012, 560 s. ISBN 2294729919.

CARNEY, P. R., R. B. BERRY a J. D. GAYER. *Clinical sleep disorders*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, c2005, xv, 505 p. ISBN 078174637x.

CINGEL, C. J. M., ZWART, D. E., HALEM, N. *Henk de Lange*. Bohn Stafleu van Loghum, 2008, 110 s. ISBN 9031335223.

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO VÝZKUM SPÁNKU A SPÁNKOVOU MEDICÍNU. Světový den spánku. [online]. 2014[cit. 2014-07-04]. Dostupné z: www.denspanku.cz.

ČESKÝ ROZHLAS. *Odhalená podstata narkolepsie*. [online]. 2013 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/leonardo/clovek/_zprava/odhalena-podstata-narkolepsie--1294643.

DELASS, C. *mediscript Kurzlehrbuch Pharmakologie*, Elsevier, Urban & Fischer Verlag, 2012, 300 s. ISBN 3437590383.

DIAGNÓZA NARKOLEPSIE. *Kdo jsme*. [online]. 2014 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://www.diagnoznanarkolepsie.cz/sdruzeni/25-kdo-jsme/36-kdo-jsme>.

DOBIÁŠ, W. *Klinická propedeutika v urgentnej medicíne*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013, 208 s. ISBN 8024784904

GOSWAMI, M. *Psychosocial Aspects of Narcolepsy*. Haworth Press, 1992, s. 203.

HAHN, A. Meniérová choroba. In *Postgraduální medicína* [online]. 2002 [cit. 2014-06-26]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/menierova-choroba-1450742002>.

HERUDKOVÁ, M. *Problematika neslyšících aneb jak se žije v tichém světě* [online]. 2010 [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: http://tichysvet.wz.cz/ramce_komplet.htm.

HUFSCMIDT, A., LÜCKING HERMANN, C., *Neurologie compact: Für Klinik und Praxis*. Georg Thieme Verlag, 2009, 848 s. ISBN 3131565551.

JOHNS M. W. *A new method for measuring sleepiness: the Epworth sleepiness scale*. Melbourne: Sleep disorders unit, 1991. 14, 540–545.

KABÁTOVÁ, Z., PROFANT, M. *Audiológiá*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, 360 s. ISBN 8024741733.

KÁBRT, J., J. KÁBRT. *Lexicon medicum*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2004, 1136 s. ISBN 80-726-2235-8.

KÁBRT, J., J. KÁBRT. *Lexicon medicum*. Praha: Galén, 1988, 406 s. ISBN 8085824108.

KELNAROVÁ, J. *První pomoc I – pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 109 s. ISBN 8024721821.

KNIEFFER, M. A. *New sleep apnea research*. New York: Nova Science Publishers, c2007, x, 187 p. ISBN 16-002-1653-6.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2007, 568 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2240-5.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 568 s., ISBN 8024722402.

LUKÁŠ, K., ŽÁK, A. a kol. *Chorobné znaky a příznaky 2*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 328 s. ISBN 802477156.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1399-3.

MARINELLA A. M., *Často přehlédnuté diagnózy v akutní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007, 137 s. ISBN 8024717352.

MARKOVÁ, J., sestra v neurofyziologické laboratoři, Nemocnice České Budějovice, a. s. – DA. Osobní rozhovor vedený Andreou Tondlovou dne 12. 3. 2015.

MARKOVÁ, J. *Další vyšetřovací metody u poruch spánku*. 2014. Prezentace vytvořená pro interní účely Nemocnice České Budějovice, a. s.

MAYER, G. *Narkolepsie, Taschenatlas spezial*. Georg Thieme Verlag, 2006, 79 s. ISBN 3131344318.

MAYER, G. *Narkolepsie*. Stuttgart: Thieme, 2006. ISBN 31-313-4431-8.

MAYO CLINIC. Meniere's disease. [online]. 2012 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/menieres-disease/basics/lifestyle-home-remedies/con-20028251>.

MINDELL, J., J. OWENS. *A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems*. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, c2010, viii, 232 p. ISBN 16-054-7389-8.

MUMENTHALER, M., BASSETTI, C., DAETWYLER, CH. *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 369 s. ISBN 8024722984.

NARKOLEPSIE.CZ. Diagnóza narkolepsie. In *Youtube* [online]. 6. 4. 2014 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=Lu1pnXnBxBM>. Kanál uživatele narkolepsie.cz.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION. *Narcolepsy and sleep*. [online]. 2014 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-related-problems/narcolepsy-and-sleep>.

NEUROLOGICKÁ AMBULANCE HAVÍŘOV. *Dotazník pro pacienty se záchvatovým onemocněním*. [online]. 30. 11. 2010 [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: <http://www.spatnyspanek.cz/ke-stazeni/>.

NEVŠÍMALOVÁ, S. *Narkolepsie a hypersomie, minimonografie*. ČSSN 2/06, Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie 2006; 2: 92–105.

NEVŠÍMALOVÁ, S., E. RŮŽIČKA aj. TICHÝ. *Neurologie: diagnosis and management of sleep problems*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. ISBN 80-246-0502-3.

NEVŠÍMALOVÁ, S., K. ŠONKA. *Poruchy spánku a bdění: diagnosis and management of sleep problems*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, 345 s. ISBN 978-80-7262-500-0.

NIH. *Narcolepsy Facts sheet*. [online]. 2015 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: http://www.ninds.nih.gov/disorders/narcolepsy/detail_narcolepsy.htm.

NK LF UK. *Centrum pro poruchy spánku a bdění*. [online]. 25. 3. 2013 [cit. 2014-07-04]. Dostupné z: http://www.neuro.lf1.cuni.cz/?page=centrum_spanek.

NURSING-NURSE.COM. *Medical and Nursing Management of Meniere's Disease*. [online]. 2007 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://www.nursing-nurse.com/medical-and-nursing-management-of-meniere%E2%80%99s-disease-349/>.

OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, 264 s. ISBN 802473737.

OREL, M., E. RŮŽIČKA aj. TICHÝ. *Psychopatologie: diagnosis and management of sleep problems*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 263 s. Psyché. ISBN 978-802-4737-379.

PALAZZOLO, J. a J. TICHÝ. *Nespavost – zbavte se jí navždy!: diagnosis and management of sleep problems*. [přeložila Petra VOLDÁNOVÁ] 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 263 s. Psyché. ISBN 80-247-2286-0.

PFEIFFER, J. a J. TICHÝ. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. [přeložila Petra VOLDÁNOVÁ] 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. Psyché. ISBN 978-802-4711-355.

PREISS, M., KUČEROVÁ, H., a kol., *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006, 368 s. ISBN 8024769956.

ROTH, B. *Narcolepsy and hypersomnia*. Translated by Margaret SCHIERLOVÁ a English translation edited and 5 chapters co-authored by Roger Broughton. London: Karger, 1981. ISBN 978-380-5504-904.

SACKS, O. *Halucinace*. [z anglického originálu přeložila Dana BALATKOVÁ]. Vyd. 1. Praha: Dybbuk, 2013. ISBN 80-743-8091-2.

SACKS, O. *Migréna*. Vyd. 1. Překlad Dana Balatková. Praha: Dybbuk, 2012, 437 s. ISBN 978-807-4380-518.

SANTOS, G., L. VILLALBA. *Narcolepsy: symptoms, causes, and diagnosis*. New York: Nova Science Publishers, c2010, xi, 147 p. ISBN 978-160-8766-451.

SEIDL, Z. *Neurologie: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-802-4727-332.

SITZER, M., STEINMETZ, H. *Lehrbuch Neurologie*. Elsevier, Urban & Fischer Verlag, 2011, 480 s. ISBN 3437596608.

SMUTNÁ, J., J. Velkoborská a G. Sedláková. Ošetřování nemocného s migrénou. [online]. 2009 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovani-nemocneho-s-migrenou-416089>.

SPOLEČNOST-E. *O nás*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-e.cz/o-nas/>.

STORES, G. *A clinical guide to sleep disorders in children and adolescents*. New York: Cambridge University Press, c2001, vii, 196 p. ISBN 05-216-5398-3.

UTLEY, M. J. *Narcolepsy: a funny disorder that's no laughing matter*. DeSoto, TX: M.J. Utley, c1995, x, 166 p. ISBN 09-643-3281-7.

VITALION. *Narkolepsie*. [online]. 2014 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://nemoci.vitalion.cz/narkolepsie/>.

VLČEK, J., D. FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368, [2] s. ISBN 978-802-4731-698.

VOSTÁLOVÁ, M., J. FIKAROVÁ. Ošetřování nemocného s epilepsií. [online]. 2007 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-uzivatele-s-epilepsi-312823?category=profesni-aktuality>.

WEBMD. Sleep disorders. Narcolepsy treatment. [online]. 2013 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/sleep-disorders/narcolepsy-treatment>.

ZEMEK, R. *Migréna a tinnitus: možnosti alternativní léčby*. Vyd. 1. Praha: Meduňka, 2011, 119 s. Knihovnička Meduňky. ISBN 978-80-904750-4-5.

ZVONÍKOVÁ A., L. ČELEDOVÁ. *Základy posuzování invalidity*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-3535-0.

Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro pacienty se záchvatovým onemocněním	55
Příloha 2: Epworthská škála spavosti	60
Příloha 3: Spánkový kalendář	62
Příloha 4: Anatomie ucha	63
Příloha 5: Obrázky	64

Příloha 1: Dotazník pro pacienty se záchvatovým onemocněním

Dotazník pro pacienty se záchvatovým onemocněním

Jméno:
Datum narození:
Telefon (nejlépe na mobil):
Datum vyplnění:

Kdy jste měl(a) první záchvat v životě ?

Jak vypadal Váš první záchvat ? (Zaškrtnete i více možností a případně upřesněte):

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

Máte nebo měl(a) jste více druhů záchvatů ?

- Ano – kolik různých typů ? : Ne, mám jen jediný typ záchvatů

Kdy jste měl(a) poslední záchvat ? Datum:

Jak vypadají Vaše záchvaty ?

Pokud máte **auru** („pocit, že bude záchvat“), napište několika slovy, co cítíte :

.....

Pokud máte **„malé“ záchvaty** (bez ztráty vědomí), popište je několika slovy :

.....

Pokud máte **„velké“ záchvaty** (s bezvědomím), popište je několika slovy :

.....

Co cítíte před záchvatem ? (Zaškrtněte i více možností):

- Nepoznám, že přijde záchvat. Nic necítím.
- Víím, že přijde záchvat, ale nedokážu popsat svůj pocit.
- Mám pocit již prožitého, již viděného apod.
- Mám pocit v oblasti žaludku stoupající vzhůru.
- Mám sluchový vjem.
- Mám čichový vjem.
- Mám chuťový vjem.
- Mám zrakový vjem.

Mám bolestivý pocit v určité části těla. Kde ?

Mám „brnění“ v určité části těla. Kde ?

Můžete během záchvatu po celou dobu zcela normálně mluvit ?

Ano Ne

Rozumíte, pokud na Vás někdo během záchvatu mluví ?

Ano Ne

Pamatujete si úplně vše, co se s Vámi během záchvatu děje ?

Ano Ne

Měl(a) jste někdy záchvat při kterém jste byl(a) zcela v bezvědomí ?

Ano Ne

Měl(a) jste někdy záchvat ve spánku v noci nebo při spánku přes den ?

Ano Ne

Měl(a) jste někdy při záchvatu pokousán jazyk, tvář, dásně nebo rty ?

Ano – napište co: Ne

Pomočil(a) nebo pokálel(a) jste se někdy při záchvatu ?

Ano Ne

Děláte někdy při záchvatu nějakou automatickou činnost, o které nevíte ?

(Např. někam jdete nebo něco děláte apod.)

Ano Ne

Máte někdy záškuby ruky nebo nohy ?

(Např. Vám vypadne sklenice z ruky nebo Vám podklesnou nohy)

Ano Ne

Jste po záchvatu zmatený(á) ?

Ano, vždy - jak dlouho ?..... Občas - jak dlouho ?..... Ne nikdy

Jak dlouho trvají Vaše záchvaty ? Napište kolik vteřin či minut trvá:

Aura („pocít, že bude záchvat“):

„Malý“ záchvat (bez ztráty vědomí):

„Velký“ záchvat (s bezvědomím):

Vyvolává něco Vaše záchvaty ? (zaškrtněte i více možností):

Tělesná námaha

Psychická zátěž (stres)

Nedostatek spánku

Blikající světlo

Zrychlené dýchání

- Změna počasí
- Určitá situace

V kterou denní dobu máte záchvaty nejčastěji ? (Zaškrtněte i více možností):

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

Kolik záchvatů máte v průměru měsíčně?

Aury („pocit, že bude záchvat“):

„Malé“ záchvaty (bez ztráty vědomí):

„Velké“ záchvaty (s bezvědomím):

Měl(a) jste někdy záchvaty mnohem častěji ?

- Ano – jak často: a kdy to bylo: Ne

Jaké bylo Vaše nejdéší (maximální) období bez záchvatů ?

Jak dlouho trvalo

Kdy to bylo

Má nebo měl někdo z Vašich příbuzných epilepsii nebo nějaké jiné záchvaty?

- Ano - napište kdo Ne

Byly nějaké komplikace během Vašeho narození ? (Zaškrtněte i více možností):

- Porod předčasný
- Prodloužený porod
- Křížení
- Pobyt v inkubátoru
- Nízká váha
- Nevíte to
- Ne

Měl(a) jste v dětství křeče při horečkách?

- Ano - v kolika letech ? : Jak dlouhé byly záchvaty?
- Ne

Měl(a) jste jako dítě opoždění ve vývoji pohybových činností (sed, chůze) nebo řeči ?

- Ano – napište jaké: Ne

Zaškrtněte, zda jste:

- Pravák vyhraněný = vše děláte pravou
- Levák vyhraněný = vše děláte levou
- Přeucený levák = píšete pravou ale něco děláte levou

Obouruký = nemůžete říci která ruka je šikovnější

Měl(a) jste ve škole problémy se čtením a psaním (např. dyslexii nebo dysgrafií) ?:

Ano – jaké ? Ne

Měl(a) jste problémy ve škole s učením ?

Ano Ne

Měl(a) jste vážnější úraz hlavy (s bezvědomím)?

Ano - napište kdy: Ne

Měl(a) jste operaci mozku nebo hlavy ?

Ano - napište kdy: Ne

Měl(a) jste zápal (zánět) mozkových blan, či jinou infekci mozku?

Ano – napište kdy: Ne

Prodělal(a) jste a nebo máte kromě záchvatů ještě jiné závažné onemocnění ?

(Napište kdy a jaké):

.....

Vyjmenujte všechny léky, které nyní užíváte, a jejich dávkování:

.....

Máte alergii na nějaký lék ?

Ano - napište na které léky: Ne

Pro ženy:

Máte menstruaci pravidelně ?

Ano Ne

Kdy jste měla poslední menstruaci ?

Datum:

Je nějaká vazba záchvatů na menstruaci ?

Ano Někdy Ne

Byla nějaká změna v záchvatech během těhotenství ?

Ano Ne

Užíváte hormonální antikoncepci?

Pokud ano, napište jakou od Ne

Pro muže: Absolvoval jste základní vojenskou službu ?

Ano Ne

Máte poruchy paměti ?

Ano Ne

Byl(a) jste někdy vyšetřen(a) psychiatrem ?

Jen ambulantně V psychiatrické léčebně Ne

Požíváte alkohol ?

Ano Výjimečně Nikdy

Kouříte ?

Ano, kolik ? od Ne

Jakou máte dokončenou školu ?

- Zvláštní
 Základní
 Učební obor s maturitou bez maturity
 Střední školu s maturitou bez maturity
 VŠ

Jaké je Vaše zaměstnání (profese) ? (Pokud jste nezaměstnaný(á) nebo v důchodu, napište Vaši původní profesi)

.....

Pobíráte invalidní důchod ?

Ano, jaký ? od Ne

Jste dlouhodobě v pracovní neschopnosti ?

Ano, od kdy ? Ne

Vlastníte řidičský průkaz ?

Ano Ne

Jaký je Váš rodinný stav ?

Svobodný(á) Ženatý/Vdaná Rozvedený(á)

Kolik máte dětí ?

Od kterého roku užíváte léky na záchvaty ?

Vyjmenujte všechny léky, které jste na záchvaty užíval(a) v minulosti:

.....

Měly některé léky, které jste užíval(a) na záchvaty na Vás nežádoucí účinky?

Ano, jaké ?
 Ne

Zdroj: Neurologická ambulance Havířov. *Dotazník pro pacienty se záchvatovým onemocněním.* [online]. 30. 11. 2010 [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: <http://www.spatnyspanek.cz/ke-stazeni/>.

Příloha 2: Epworthská škála spavosti

Neurologická a spánková ambulance

JS-Gynam.s.r.o.

Studentská 14

Havířov

73601

Tel.ob. 776 85 75 75

www.spatnyspanek.cz

janaslonkova@spatnyspanek.cz

Epworthská škála spavosti ©

Jméno, rok narození:.....

Datum vyplnění:.....

Dřímáte nebo usínáte v situacích popsaných níže (nejedná se o pocit únavy)? Tato otázka se týká Vašeho běžného života v poslední době. Jestliže jste následující situace neprožil/a, zkuste si představit, jak by Vás mohly ovlivnit.

Vyberte v následující škále číslo nejvhodnější odpovědi ke každé níže uvedené situaci:

0 = nikdy bych nedřímával / neusínal

1 = slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku

2 = střední pravděpodobnost dřímoty / spánku

3 = značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Otázka	Situace:	Číslo
1.	Při četbě vsedě	
2.	Při sledování televize	
3.	Při nečinném sezení na veřejném místě (v kině, na schůzi)	
4.	Při hodinové jízdě v autě (bez přestávky) jako spolujezdec	
5.	Při ležení – odpočinku po obědě, když to okolnosti dovolují	
6.	Při rozhovoru vsedě	
7.	Vsedě, v klidu, po obědě bez alkoholu	
8.	V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě	
Celkem:		

Obvyklá doba usínání: _____

Obvyklá doba probuzení: _____

Děkujeme za spolupráci

Zdroj: Johns M. W. *A new method for measuring sleepiness: the Epworth sleepiness scale.* Melbourne: Sleep disorders unit, 1991. 14, 540–545.

Příloha 3: Spánkový kalendář

Spánkový kalendář

Příjmení:.....

Jméno:.....

Rok narození:.....

Rok-měsíc vyplňování:.....

Poučení:

Sloupce - dny v měsíci

Řádky - čas

Dobu, kdy jste opravdu spal(-a), označte kompletním zašrafováním plochy odpovídající času na sloupci daného dne. Dobu, kdy jste byl(-a) ospalý(-á), označte zašrafováním poloviny dané plochy.

Příklad (vpravo)

Den 1:

ospalost 16.00 - 17.30, spánek 19.30 - 5.00

Den 2:

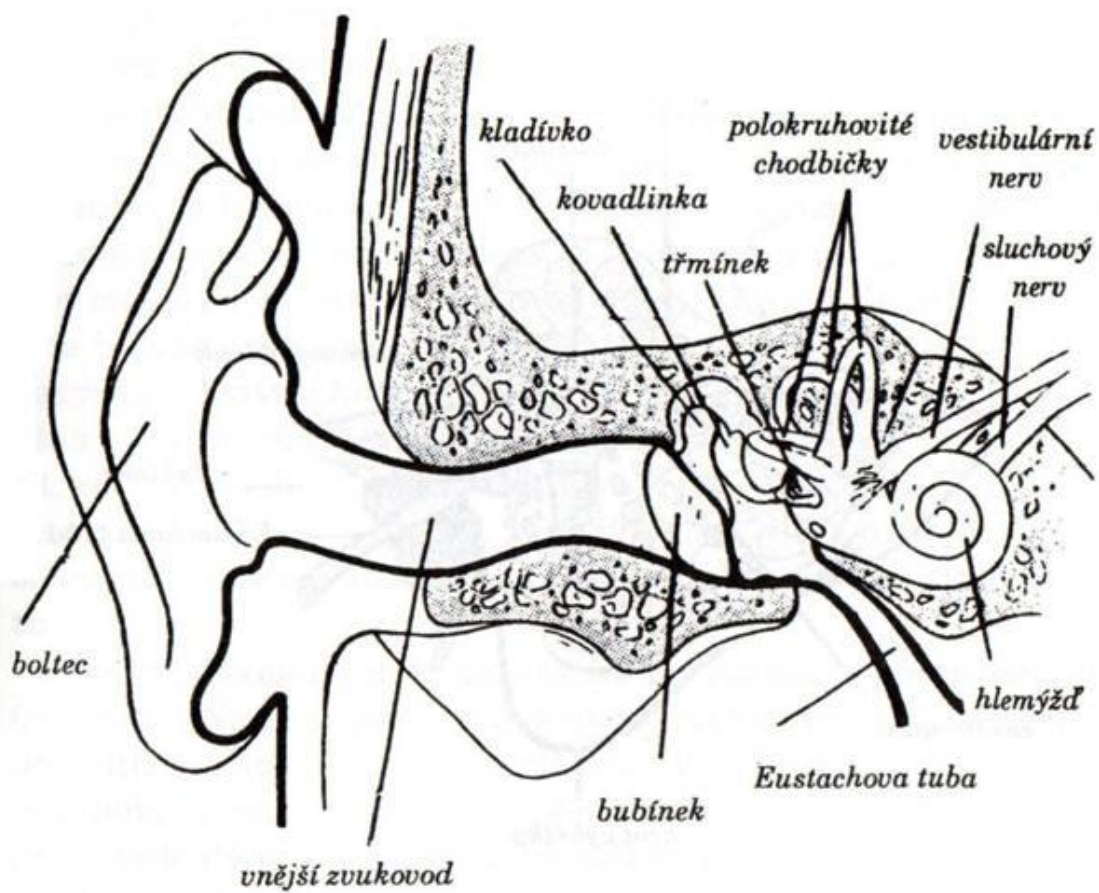
ospalost 13.00 - 13.30 a 19.00 - 20.00,

spánek 21.30 - 4.30

Čas	Den v měsíci			
	1	2	3	4
0		///	///	
1		///	///	
2		///	///	
3		///	///	
4		///	///	
5		///	///	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13		///		
14				
15				
16	///			
17	///			
18				
19		///		
20	///			
21	///			
22	///	///		

Zdroj: Johns M. W. *A new method for measuring sleepiness: the Epworth sleepiness scale.* Melbourne: Sleep disorders unit, 1991. 14, 540–545.

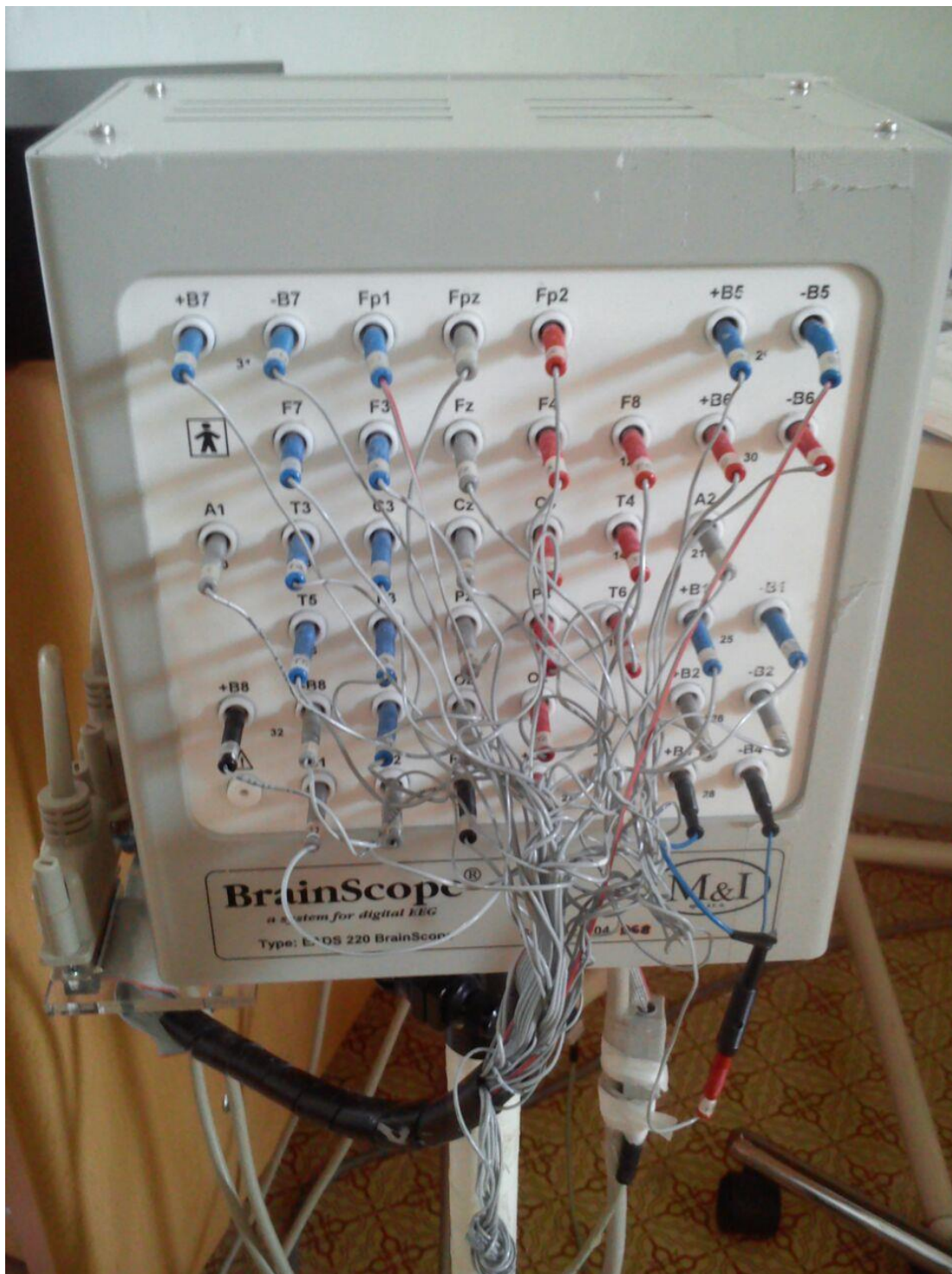
Příloha 4: Anatomie ucha



Zdroj: HERUDKOVÁ, 2010

Příloha 5: Obrázky

Obr. 1: Monitorovací zařízení na MSLT



Zdroj: vlastní foto

Obr. 2: Umístění elektrod při MSLT



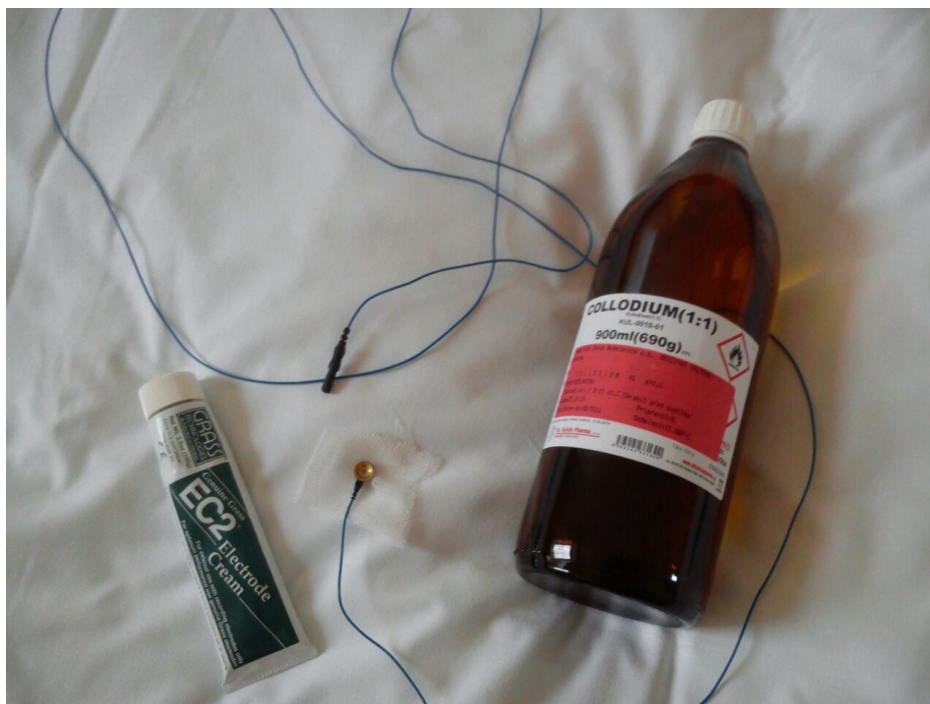
Zdroj: Marková, 2014

Obr. 3: Kamera a mikrofón k zaznamenávání obrazu a zvuku



Zdroj: vlastní foto

Obr. 4: Pomůcky na připevnění elektrod



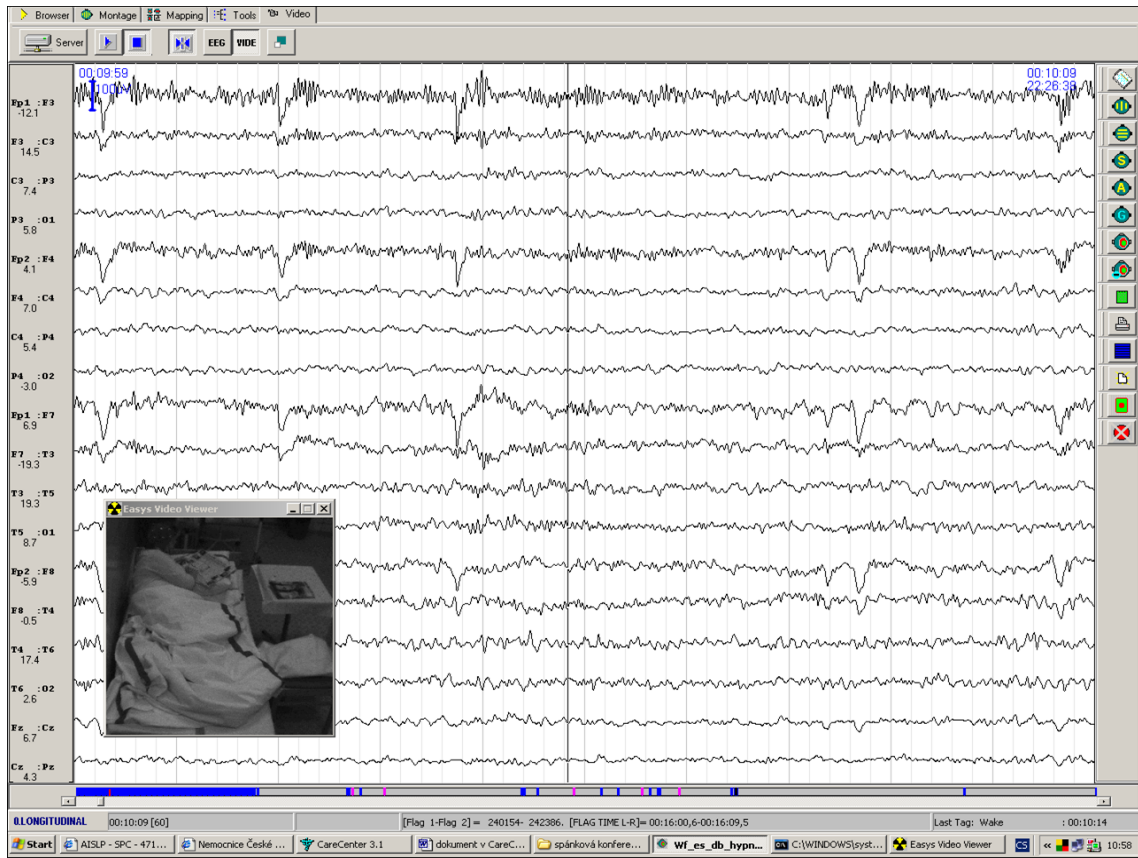
Zdroj: vlastní foto

Obr. 5: Lůžko ve spánkové laboratoři



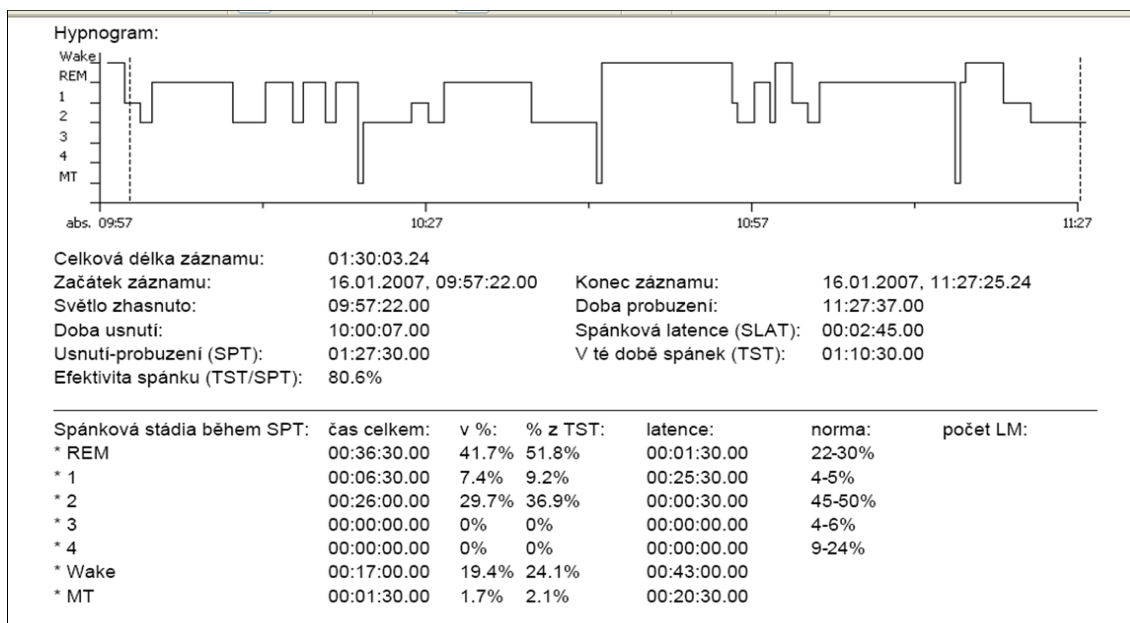
Zdroj: vlastní foto

Obr. 6: Graf z vyšetření video EEG



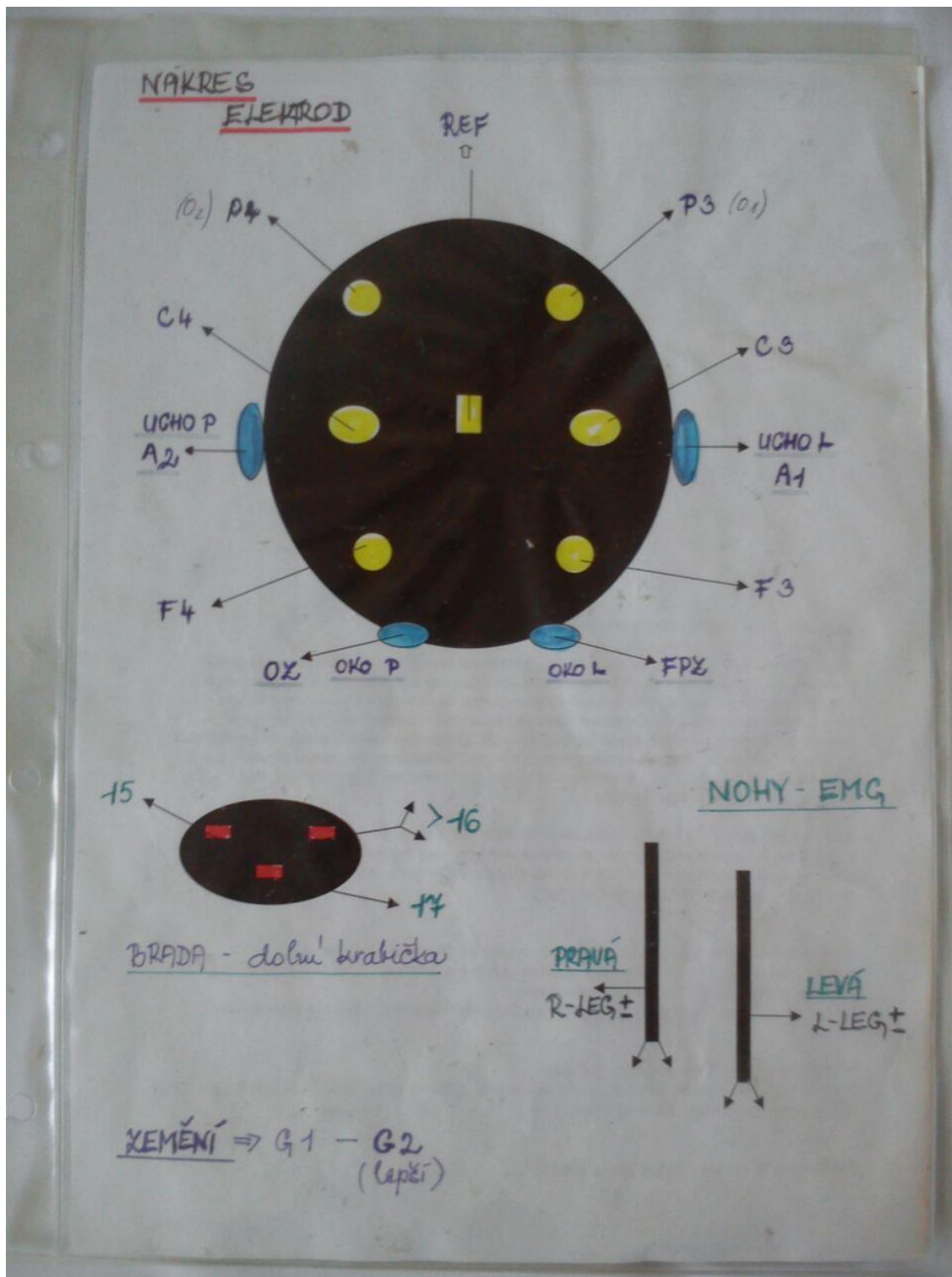
Zdroj: Marková, 2014

Obr. 7: Hypnogram



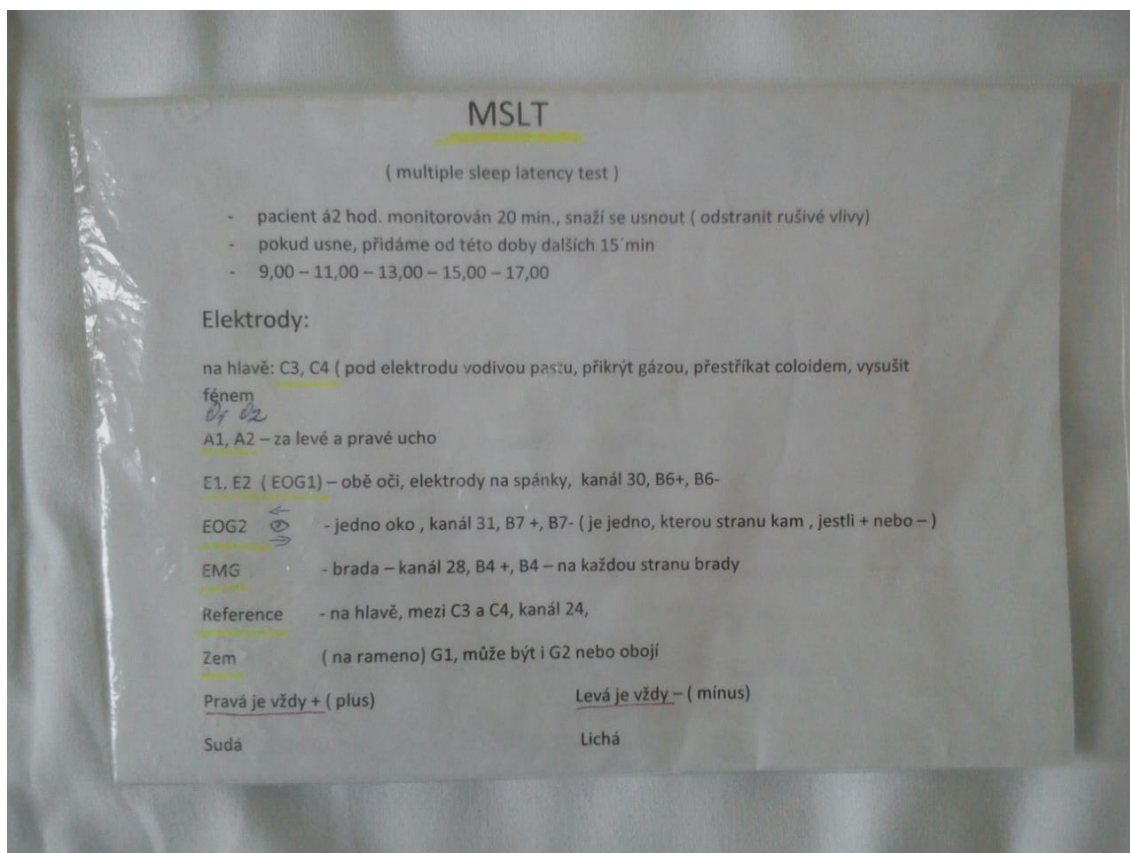
Zdroj: Marková, 2014

Obr. 8: Nákres elektrod při vyšetření MSLT



Zdroj: vlastní foto

Obr. 9: Základní informace pro sestry při vyšetření MSLT



Zdroj: vlastní foto