

LÉČBA EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU PRO ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBU

ZÁKLADNÍ BODY

1. První výskyt epileptického záchvatu nebo staty je až v polovině případů projevem akutního poškození mozku nebo akutní systémové poruchy – po příčině je nutné pátrat.
2. Jako status epilepticus hodnotíme situaci, kdy konvulzivní epileptický záchvat (tj. záchvat s poruchou vědomí a křečemi) trvá déle než 5 minut nebo se objeví druhý záchvat, aniž se pacient po prvním probral k plnému vědomí.
3. Lékem první volby pro léčbu je diazepam i.v. v dávce 10mg (u dětí do 15 kg v dávce 5mg). Tuto dávku lze po 5 minutách znovu opakovat.
4. Alternativně, zejména u pacientů bez zajištěného i.v. vstupu, lze podat midazolam intramuskulárně 10 mg (pacienti > 40 kg), 5 mg (pacienti 13-40 kg). U dětí diazepam rektálně < 15kg 5 mg, ≥ 15kg 10mg..
5. Při selhání (5 minut po podání druhé dávky) benzodiazepinů podání fenytoinu (Epanutin), alternativně valproátu (Depakine, Orfiril), levetiracetamu (Keppra), event. fenobarbitalu (Luminal).
6. U pacientů se známou anamnézou epilepsie není po jejich obvyklém záchvatu s úplnou úpravou vědomí nutné podání benzodiazepinů ani transport do nemocnice.

Otočte, pokud se chcete dovědět více informací!

LÉČBA EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU PRO ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBU

1. První výskyt epileptického záchvatu nebo epileptického statu je až v polovině případů projevem akutního poškození mozku (např. cévní příhody, neuroinfekce, trauma) nebo akutní systémové poruchy (např. metabolické nebo iontové poruchy, intoxikace, odvykacího stavu, u dětí do 5 let jde nejčastěji o tzv. febrilní křeče) – po příčině je nutné pátrat.
2. Konvulzivní epileptický status je život ohrožující situací. Jako status hodnotíme situaci, kdy konvulzivní epileptický záchvat (tj. záchvat s bezvědomím a křečemi) trvá déle než 5 minut nebo se objeví druhý záchvat, aniž se pacient po prvním probral k plnému vědomí.
3. S délkou trvání konvulzivního epileptického statu klesá šance na jeho ukončení po podání benzodiazepinů. Po 30 minutách trvání záchvatu narůstá riziko závažné morbiditě a mortality.
4. Lékem první volby pro léčbu jsou benzodiazepiny: diazepam i.v. v dávce 10 mg (u dětí do 15 kg v dávce 5 mg). Tuto dávku lze po 5 minutách znovu opakovat. Riziko vzniku hypoventilace a hypotenze. Při i.v. podání musí být okamžitě dostupná symptomatická léčba případných nežádoucích účinků (přetlaková ventilace, volumoterapie). Podání antidota (flumazenil) je kontraindikováno.
5. Alternativně, zejména u pacientů bez zajištěného i.v. vstupu, lze podat midazolam intramuskulárně 10mg (pacienti > 40kg), 5mg (pacienti 13-40 kg). U dětí diazepam rektálně < 15kg 5 mg, ≥ 15kg 10mg.. Intramuskulární aplikace diazepamů není vhodná pro použití v akutní situaci z důvodu velmi pomalého vstřebávání.
6. Při selhání benzodiazepinů (5 minut po podání druhé dávky) podání fenytoinu (Epanutin) v dávce 20 mg/kg (rychlost podání max. 50 mg/min). Pokud není dostatečný efekt, přidat 5 mg/kg. Neředit glukózou. Fenytoin vždy aplikovat přísně i.v. za monitorace TK a EKG (riziko bradyarytmie až asystolie).
7. Alternativně lze i.v. podat valproát (Depakine, Orfiril) v dávce 40 mg/kg (rychlost podání max. 5 mg/kg/min), levetiracetam (Keppra) v dávce 60 mg/kg (rychlost podání max. 5 mg/kg/min), event. fenobarbital (Luminal) v dávce 20 mg/kg (rychlost podání max. 50 mg/min). U fenobarbitalu je riziko hypoventilace, apnoe a hypotenze.
8. U pacientů se známou anamnézou epilepsie není po jejich obvyklém záchvatu s úplnou úpravou vědomí nutné podání benzodiazepinů ani transport do nemocnice. Pozornost je nutné věnovat záchvatům s neobvyklým průběhem ve svém typu a intenzitě. Nebezpečí může představovat i pozáchvatová zmatenost! Péči je nutné věnovat i poraněním, která mohl nemocný v průběhu záchvatu utrpět.
9. Obdobně jako záchvaty epileptické mohou vypadat záchvaty neepileptické – somatické (nejčastěji konvulzivní synkopy), nebo psychogenní (nejčastěji disociativní). Záchvaty disociativní trvají typicky dlouho (déle než 5 minut). Záškluby mají spíše charakter hrubého třesu a nepostihují obličej, oči jsou zavřené a pacient se brání jejich otevření, saturace významně neklesá.
10. Konvulzivní synkopa projevující se ztrátou vědomí s křečemi je příznakem hypoxie mozku a její příčinou může být i srdeční zástava. Stav vyžadující zahájení KPR se může vyskytnout i u nemocných se známou anamnézou epilepsie.