

POSTUP A LÉČBA U EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU A V INICIÁLNÍCH FÁZÍCH STATUS EPILEPTICUS

ZÁKLADNÍ BODY

1. První výskyt epileptického záchvatu nebo statu 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!

Toto doporučení vypracovala Česká liga proti epilepsii, odborná společnost ČLS JEP a připomínkovaly jej Česká neurologická společnost, Společnost dětské neurologie a Česká společnost anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, odborné společnosti ČLS JEP. Na vypracování se dále podílel MUDr. Anatolij Truhlář a MUDr. Robert Pleskot.

Poslední verze 11. 12. 2018

POSTUP A LÉČBA U EPILEPTICKÉHO ZÁCHVATU A V INICIÁLNÍCH FÁZÍCH STATUS EPILEPTICUS

1. První výskyt epileptického záchvatu nebo epileptického statusu 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 probal k plnému vědomí.
3. S délkou trvání konvulzivního epileptického statusu klesá šance na jeho ukončení po podání benzodiazepinů. Po 30 minutách trvání záchvatu narůstá riziko závažné morbidity 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 (max. 1500 mg, 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 (max. 3000 mg, rychlost podání max. 5 mg/kg/min), levetiracetam (Keppra) v dávce 60 mg/kg (max. 4500 mg, 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.