

Těhotenství, porod a šestinedělí v souvislosti s epilepsií z pohledu porodní asistentky

Bc. Markéta Patočková¹, Mgr. Alena Machová²

¹absolvent ZSF JCU v Českých Budějovicích

²ZSF JCU v Českých Budějovicích, Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, České Budějovice

Epilepsie je chronické onemocnění mozku. Manifestuje se spontánními nebo reflexními, vůlí neovladatelnými epileptickými záchvaty (Kršek, 2006). Přibližně 300–400 dětí v České republice se narodí ženám, u kterých je stanovena diagnóza epilepsie ještě před otěhotněním (Zárubová, 2010). Důležitou úlohu v ošetrovatelské péči o ženy s epilepsií v průběhu těhotenství, při porodu a v období šestinedělí mají porodní asistentky. Tato péče má svá specifika a porodní asistentky by s nimi měly být obeznámeny. Proto jedním z cílů kvalitativního výzkumného šetření bylo zmapovat jejich znalosti v této oblasti. Z výsledků vyplynulo, že oslovené porodní asistentky jsou informované o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí. Dalším cílem bylo zmapovat vliv epilepsie na těhotenství, porod a ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí z pohledu matek s epilepsií. Výsledky tohoto šetření nejsou předmětem tohoto sdělení.

Klíčová slova: epilepsie, těhotenství, porod, šestinedělí, ošetrovatelská péče.

Pregnancy, childbirth and the postpartum period in connection with epilepsy from the perspective of midwives

Epilepsy is a chronic brain disorder characterized by spontaneous or reflex, uncontrolled epileptic seizures (Kršek, 2006). Approximately between three and four hundred children in the Czech Republic are born to women diagnosed with epilepsy before pregnancy (Zárubová, 2010). For this reason, nursing care provided by midwives to epileptic women plays a significant role during pregnancy, childbirth and the postpartum period. Such care has its own characteristics with which midwives should be conversant. Therefore, one of the aims of the conducted qualitative research was to survey their knowledge in this area. The results have showed that addressed midwives are well-informed about epilepsy in terms of pregnancy, childbirth and nursing care of the newborn in the postpartum period. Another aim was to explore the effect of epilepsy on pregnancy, childbirth and nursing care for the newborn in the postpartum period from the perspective of epileptic mothers. The results of this survey are not the subject of this report.

Key words: epilepsy, pregnancy, childbirth, postpartum period, nursing care

Úvod do problematiky epilepsie v těhotenství, při porodu a v šestinedělí

Těhotenství je významným obdobím v životě ženy. I ženy s epilepsií chtějí otěhotnět a donosit zdravé dítě, některé z nich však mají z těhotenství obavy a to, zda budou schopné donosit a porodit zdravé dítě (Zárubová, 2010). Epilepsie ani léčba antiepileptiky není kontraindikací těhotenství. U většiny žen s epilepsií

probíhá těhotenství bez komplikací a porodí zdravé dítě. Pro možná rizika spojená s epilepsií nebo léčbou antiepileptiky je velmi důležitá spolupráce neurologa a gynekologa (Zárubová, 2004).

Zárubová (2004) uvádí, že „těhotenství může epilepsii buď zhoršit, a to asi v 17–46 %, nebo zlepšit u 5–24 % pacientek“, u většiny pacientek nemusí mít žádný vliv na průběh onemocnění. Ke zhoršení epilepsie dochází nejčastěji v prvním

a třetím trimestru a během laktace. Výjimečně může být epilepsie vázána pouze na těhotenství a šestinedělí.

V České republice v současné době neexistuje přesně dané doporučení nebo standard stanovující rozsah provádění neurologických kontrol u těhotných s epilepsií. Péči o ženy s epilepsií plánující mateřství rozdělujeme do těchto období: prekoncepční období, prenatalní období, porod a šestinedělí (Kuba, 2006).



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

Mgr. Alena Machová, machova@zsf.jcu.cz

ZSF JCU v Č. Budějovicích, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice

Cit. zkr: Neurol. praxi 2017; 18(1): 44–48

Článek přijat redakcí: 8. 9. 2015

Článek přijat k publikaci: 30. 6. 2016

Prekoncepční období je důležité z důvodu ovlivnění rizik v budoucím těhotenství. Úkolem neurologa je zvážení rizik a určení dalšího postupu. Těhotenství by měly ženy s epilepsií plánovat ve spolupráci s odborníkem (Kuba, 2006; Zárubová, 2004).

Největším problémem u žen s epilepsií v souvislosti s těhotenstvím je vysazení antiepileptik, nebo snížení dávky léku z obavy ublížení plodu. Vliv generalizovaných epileptických záchvatů v prvním trimestru však přináší stejné teratogenní riziko jako monoterapie antiepileptikem, v druhém a třetím trimestru pak riziko pro plod i matku. Vliv epilepsie a její léčby na plod můžeme minimalizovat kompenzací onemocnění matky. Léčbu volí neurolog nejlépe monoterapií, nejnižší účinnou dávkou epileptik vhodnou pro daný typ epilepsie. Z vyšetření se provádí elektroencefalograf (EEG), sledují se hladiny AED a klinický průběh (Zárubová, 2010). Neurolog by měl ženu správně informovat o možnosti teratogenity antiepileptik (Filková et al., 2005). Lékař nebo porodní asistentka mohou s ženami, které musí v těhotenství užívat antiepileptika, diskutovat o současných názorech na prekoncepční podávání kyseliny listové (Hájek, 2004) a vitaminových doplňků (Filková a kol., 2005).

Ženy s epilepsií by měly své těhotenství plánovat nejméně 3–6 měsíců dopředu. Nutností jsou pravidelné prohlídky gynekologem a neurologem (Zárubová, 2010). Těhotenství ženy s epilepsií bývá vedeno jako rizikové, záleží na intenzitě a typu záchvatů (Filková a kol., 2005). Frekvence návštěv v gynekologické ambulanci je pak závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy (Unzeitig et al., 2013). Úkolem porodní asistentky je pečovat o ženy s fyziologickým těhotenstvím, v případě zjištěného rizika, jakým je i epilepsie matky, předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví (Vyhláška 55/2011 Sb.).

Ženy s epilepsií absolvují běžná pravidelná a nepravidelná gynekologická vyšetření, jsou však častěji posílány na genetické vyšetření než zdravé ženy z důvodu možné teratogenity antiepileptik (Kuba, 2006). Péče o těhotnou ženu v souvislosti s odhalováním možných vrozených vývojových vad je založena na spolupráci více odborností. Péče probíhá v gynekologických ambulancích, kde by měla žena získat informaci o svém těhotenství a jeho délce. Úkolem ošetřujícího gynekologa je vysvětlit možnosti sledování jejího těho-

tenství, eventuálně nabídnout možnost provedení prvotrimestrálního screeningu, který zahrnuje jednak biochemické vyšetření free β HCG, PAPP-A, jednak vyšetření kvalifikovaným sonografistou. Vlastní hodnocení výsledku screeningu provádí klinický genetik. Tento typ screeningu se provádí od začátku 11. týdne těhotenství. Horní hranicí provádění je gestační stáří 13 týdnů a 6 dnů. Toto screeningové vyšetření v 1. trimestru se sestává ze dvou biochemických testů a vyšetření různého počtu ultrazvukových parametrů, provádí se většinou jako dvoustupňový proces. V prvním kroku, optimálně v průběhu 11. nebo 12. týdne se provedou biochemická vyšetření a následně, s odstupem zhruba 14 dnů ultrazvukové vyšetření. Vlastní vyhodnocení screeningu se provede po ukončení ultrazvukových vyšetření a zahrnuje výpočet rizika spojující výsledky biochemie a ultrazvuku. Z tohoto důvodu označujeme test jako kombinovaný (Loucký, 2012). V 16. týdnu vyšetřujeme tzv. triple test (alfa-fetoprotein, celkový HCG a estriol) v séru matky. Ženám s vyšším rizikem může být nabídnuta některá z metod invazivní diagnostiky: biopsie choria v I. trimestru, amniocentéza po 15. týdnu či kordocentéza po 20. týdnu (Marušič et al., 2013).

Mezi nejčastější problémy u žen s epilepsií během těhotenství se uvádí:

- Úmyslné snižování nebo vysazení dávek antiepileptik s cílem ochrany svého dítěte před možnými vrozenými vývojovými vadami.
- Pokles hladiny antiepileptik v důsledku zhoršení absorpce z gastrointestinálního traktu nebo zvýšeného těhotenského zvracení.
- Postupující gravidita – větší hmotnost, zvětšení distribučního objemu a zvýšení kreatinové clearance.
- Změny ve spektru plazmatických bílkovin, snížení albuminu.
- Spánková deprivace.
- Psychosociální vlivy (Zárubová, 2010).

U žen s epilepsií nemusí být vlastní porod komplikovanější než u žen bez epilepsie. Úkolem neurologa před porodem je vypracování zprávy pro porodníka. Zpráva zahrnuje druh epilepsie, typy záchvatů, užívání antiepileptik a způsob vedení porodu. Většina žen s epilepsií může rodit spontánně (Zárubová, 2010). Spontánní porod vede lékař (porodník) za spolupráce porodní asistentky. Epidurální analgezie není u žen s epilepsií kontraindikována.

Během porodu pokračujeme v antiepileptické léčbě v pravidelných intervalech (Zárubová, 2010). Způsob aplikace antiepileptik ordinuje lékař.

V případě, že není doporučeno rodit spontánně, volíme ukončení těhotenství císařským řezem. Primární indikací k císařskému řezu jsou rodičky s vysokým rizikem generalizovaných záchvatů nebo epileptického statu, protrahovaných nebo kumulativně se vyskytujících parciálních záchvatů (Zárubová, 2010).

Po porodu doporučí porodní asistentka matce co nejvíce odpočívat z důvodu možného vzniku epileptického záchvatu z vyčerpání organismu. Proto péči o novorozence v prvních hodinách po porodu zpravidla přebírá za matku dětská sestra (Machová et Tomášková, 2015). Matkám s epilepsií se kojení doporučuje, i když antiepileptika částečně pronikají do mateřského mléka. Novorozenec byl vlivu antiepileptik vystaven po celou dobu gravidity, není tedy důvod k přerušení kojení. Dlouhodobé kojení více jak půl roku se ale kvůli vlivu antiepileptik nedoporučuje (Roztočil, 2008; Zárubová, 2010).

Manipulace s novorozencem u žen s epilepsií má svá specifika, porodní asistentka musí brát v potaz možnost epileptického záchvatu, který žena může prodělat, a na bezpečí novorozence.

Úkolem porodní asistentky je naučit ženu pečovat o novorozence a manipulovat s ním. Vysvětlí ženě, že dítě by nemělo zůstat bez dohledu matky nebo zdravotnického personálu. Novorozenec by měl být ošetřován v postýlce (Machová et Tomášková, 2015). Pokud bude žena s epilepsií přebalovat novorozence na přebalovacím pultě, doporučuje se přítomnost další osoby (Zárubová, 2010). Dále porodní asistentka názorně edukuje o správném držení novorozence, aby se zamezilo případnému pádu novorozence (Machová et Tomášková, 2015). Před odchodem z nemocnice by měla být žena informována o domácí péči o novorozence. Zárubová (2010) doporučuje matkám při kojení nebo krmení lahvičkou polohu v sedě na zemi s opřenými zády o zeď s polštáři z obou stran, nebo polohu vleže uprostřed širokého lůžka, aby se snížilo riziko poranění kojence při případném záchvatu. Dále upozorňuje, že by především matky trpící nočními záchvaty, neměly nechávat dítě spát vedle sebe v posteli. Přebalování dítěte provádět v postýlce nebo na širokém lůžku. Při koupání využít pomoci druhé osoby. Dítě by mělo být přenášeno v sedačce se zajištěnými pásy. Matka by dále neměla držet dítě v náručí při přenášení horkých

předmětů a tekutin. Dodržování výše uvedených doporučení závisí na zdravotním stavu matky a výskytu epileptických záchvatů.

Cíle a metodika výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit znalosti porodních asistentek (dále PA) o problematice epilepsie v souvislosti s těhotenstvím, porodem a ošetrovatelskou péčí o novorozence v šestinedělí. Výzkumné šetření bylo kvalitativní, zvolena byla metoda dotazování, technika hloubkového rozhovoru, probíhalo od ledna do března 2015. Otázky rozhovoru byly vytvořeny autorkami na základě klinických zkušeností. Rozhovor zahrnoval otázky zaměřené na znalosti PA v dané problematice např.: Co si představíte pod pojmem epilepsie? Jak se toto onemocnění projevuje? Jakou byste poskytla první pomoc člověku s epileptickým záchvatem? Jak epilepsie ovlivňuje donošení novorozence? Je toto těhotenství vedeno jako fyziologické? Pokud je žena s dg. epilepsie na farmakologické léčbě, musí ukončit tuto léčbu během těhotenství? Jaká další speciální vyšetření v těhotenství podstupuje žena s dg. epilepsie kromě doporučených gynekologických? Jak by se mělo k ženě s dg. epilepsie přistupovat během porodu? Jak by se mělo k ženě s dg. epilepsie přistupovat po porodu? Jak ovlivňuje epilepsie kojení? Jak byste poučila ženu s dg. epilepsie ohledně manipulace s novorozencem? Bylo osloveno 12 PA ze dvou nemocnic, s rozhovorem souhlasilo pouze 5 PA z obou nemocnic, respondentky byly ve věku 29–58 let. Jedna z oslovených PA má středoškolské vzdělání s maturitou, 1 vyšší odborné, 2 mají vysokoškolské vzdělání (1 bakalářské a 1 magisterské). Respondentky pracují na gynekologicko-porodnické JIP, na oddělení šestinedělí, na porodním sále, na oddělení fyziologický novorozence a na oddělení rizikového těhotenství. Délka praxe se pohybovala od 3 do 15 let. Získaná data byla analyzována metodou otevřeného kódování, technikou „tužka a papír“ (Švaříček et al., 2007). Na základě analýzy byly vytvořeny čtyři kategorie.

Výsledky výzkumného šetření

Obecné informace o onemocnění

Epilepsii označily PA jako neurologické onemocnění se specifickými projevy např.: „epileptické

záchvaty projevující se třesem, záškuby celého těla, pádem na zem, krátkým bezvědomím, některé pouze zahleděním, mrkáním očí (PA1). „Tonicko-klonické záchvaty projevující se křečemi, bezvědomím, menší záchvaty zakoukáním, záškuby celého těla (PA4).“ Všechny dotázané PA se setkaly v praxi s pacientkou s epilepsií. Důraz kladly na poskytnutí první pomoci při záchvatu: „důležité je odstranit předměty, o které by se mohl postižený poranit, sledovat základní fyziologické funkce, kontrola dýchání, uložit pacienta do stabilizované polohy, v případě, že by se záchvat opakoval několikrát po sobě, zavolat 155.“ (PA1). „Aby zůstaly průchodné dýchací cesty, aby se pacient neporanil, dále se postupuje dle medikace lékaře (PA4).“ PA4 také kladla důraz na sledování dýchání a odstranění předmětů, o které by se mohl postižený poranit, volat 155 v případě, že by se záchvaty opakovaly. PA5 chybně uvedla, že „je důležité vyndat zapadlý jazyk“.

Informace o vlivu epilepsie na těhotenství

Zajímá nás vliv epilepsie na donošení novorozence, vedení těhotenství a vliv na porod. Všechny oslovené PA se shodly na tom, že těhotenství je vedeno jako rizikové a že je vždy důležitá spolupráce mezi gynekologem a neurologem. Také měly jednotný názor na to, že ženy s epilepsií mohou donosit a porodit zdravé dítě. PA4 doplňuje tyto informace o následující: „Podle mého názoru vždy záleží na předepsané léčbě, intenzitě záchvatu, délce záchvatu. Pokud je nasazena správná léčba, která redukuje záchvaty a nezpůsobuje malformace plodu, mohou ženy s epilepsií donosit a porodit zdravé dítě.“

Další dotazy směřovaly k vyšetřovacím metodám v těhotenství u žen epileptiček. Respondentky uváděly běžná pravidelná doporučená vyšetření v těhotenství, těhotná žena s epilepsií by podle nich měla vždy podstoupit genetický ultrazvuk. V případě vyššího rizika vrozených vývojových vad PA 1 uvedla další vyšetření a to amniocentézu a kordocentézu.

Zajímá nás také názor PA na farmakologickou léčbu. „Léčba se většinou nemění, žena ji užívá po celou dobu těhotenství“, domnívá se PA1. PA2 uvádí: „Léčba je většinou nepřetržitá. Pokud by se léčba vysadila, je tu vysoké riziko epileptického záchvatu.“ „O léčbě rozhoduje neurolog, léčba je většinou vedena nepřetržitě během celého těhotenství“, popisuje PA3. PA4 má na tuto problematiku tento názor: „Záleží na druhu léků, pokud neohro-

žují plod, tak ženy zůstávají na léčbě po celou dobu těhotenství, porodu i šestinedělí. Chyba by byla, kdyby si léky žena sama vysadila, to by pak mohla ohrozit nejen sebe, ale i plod.“

Informace o vlivu epilepsie na porod

Všechny porodní asistentky se shodly na tom, že o vedení porodu rozhoduje gynekolog ve spolupráci s neurologem. Péči o ženu s epilepsií během porodu už uváděla každá porodní asistentka trochu jinou. PA1 uvádí: „Stejně jako u každé ženy, snažit se plnit její přání, sledovat fyziologické funkce, stav plodu pomocí CTG, dbát na to, aby žena brala antiepileptickou léčbu, pokud nějakou má. Kontrolovat fyzický a psychický stav, při jakémkoliv změně informovat lékaře.“ PA2: „Porod by měl být veden co nejšetrněji, neměl by se zbytečně prodlužovat. Během porodu by žena měla dále užívat antiepileptickou léčbu, neměla by být zbytečně vystavena spánkové deprivaci, doporučuje se také použít spinální analgezii.“ PA3: „Během porodu je potřeba monitorovat FF, sledovat stav pacientky, respektovat doporučení neurologa. V určitých případech se přidává do medikace Diazepam.“ PA4 kladla důraz na: „zpříjemnit porod, ulevit ženě od bolesti buď ve sprše, nebo nabídnout epidurální analgezii, nebo jiné léky na bolest“. PA5 dodává: „Zbytečně porod neprotahovat, dodržovat medikaci.“ Po porodu kladly oslovené porodní asistentky, kromě běžné poporodní péče, největší důraz na odpočinek a dodržení antiepileptické medikace i po porodu.

Informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí

Zajímá nás také vliv epilepsie na kojení. „Jsou typy antiepileptik, které se přenášejí do mateřského mléka, žena by na to měla být upozorněna a vše konzultovat se svým neurologem“, uvedla PA1. PA 2 a PA3 doporučují konzultovat kojení s pediatrem. PA4 dodává: „Kojení u žen s epilepsií má svoje specifika. Ženy, které trpí vyšším rizikem záchvatů, by měly kojit na široké posteli opřené o zeď, je lepší, když v jejich blízkosti je další osoba, která ženu kontroluje a v případě záchvatu novorozence vezme pryč.“

Manipulace s novorozencem se podle respondentek výrazně neliší u žen s epilepsií. Informace, které by ženám s epilepsií předaly do domácí péče, byly následující: „V domácí péči

by měla žena vždy mít někoho, kdo by jí pomáhal," myslí si PA1. „U žen s diagnózou epilepsie se doporučuje pomoc další osoby s činnostmi jako koupání, přebalování. Přenášení novorozence v přenosné sedačce v případě záchvatu matky, aby bylo dítě chráněno," informuje PA2. Ostatní respondenty kladly důraz především na bezpečnost novorozence při přenášení a manipulaci a na potřebu dopomoci druhé osoby.

Diskuze

Z výsledků vyplynulo, že PA mají obecně informace o onemocnění epilepsií a uměly by poskytnout první pomoc při záchvatu. Epilepsii označily jako neurologické onemocnění, které se projevuje epileptickými záchvaty, které jsou náhlé a vůlí neovladatelné. Nejčastěji se podle nich projevují zakoukáním, třesem, záškuby celého těla, pádem na zem a bezvědomím. Důležité při epileptickém záchvatu je poskytnout adekvátní pomoc. Je důležité zabránit úrazu při záchvatu, není vhodné násilně bránit křečím či se snažit vytáhnout nemocnému jazyk z úst, aby nezapadl (Kršek, 2006). Odpovědi PA odpovídaly výše uvedeným doporučením. Uvedly odstranění předmětů, o které by se mohl nemocný zranit a v období po záchvatu uložení pacienta do stabilizované polohy a kontrolu průchodnosti dýchacích cest. Jedna porodní asistentka by se snažila během záchvatu vytáhnout jazyk z úst, aby nezapadl, což je nesprávný postup. Jak uvádí Kršek (2006: 8) „velmi nevhodný, bohužel však stále užívaný postup je, snaha vytáhnout nemocnému jazyk z úst, aby nezapadl. Mylným důvodem k takovému postupu bývá zblednutí nebo promodráání pacienta při větších záchvatech, které však není způsobené překážkou v dýchacích cestách, ale poruchou funkce dýchacích svalů.“

Další část rozhovoru byla zaměřena na plánování těhotenství, vyšetření a léčbu u těhotných žen s epilepsií. Důležité je, aby ženy s diagnózou epilepsie své těhotenství plánovaly. Kuba (2006: 272) uvádí, že „podle našich zkušeností však plánuje otěhotnění přibližně 30 % pacientek s epilepsií.“ Naštěstí více než 90 % žen s epilepsií prožije nekomplikované těhotenství a porod (Fateme et Nazanin, 2012). Těhotenství buď epilepsii neovlivní, nebo ji může jak zhoršit, tak zlepšit. Vliv těhotenství na kontrolu záchvatů se liší nejen u jednotlivých žen, ale i u různých těhotenství jedné ženy. Většina studií zjistila, že fre-

kvence záchvatů zůstává zpravidla nezměněna (Zárubová, 2010). Všem ženám trpícím epilepsií se doporučuje užívat kyselinu listovou minimálně po dobu trvání prvního trimestru. Kyselina listová pravděpodobně snižuje riziko velkých vrozených vad (Lande, 2008). Námi oslovené PA se domnívají, že epilepsie výrazně neohrožuje donošení plodu a následný porod. Vše dle nich záleží na intenzitě záchvatů, délce záchvatů a správně zvolené léčbě. Těhotenství je u klientek vedeno jako rizikové, ženy navštěvují častěji svého gynekologa a také neurologa. Léčba je vedena ve spolupráci s neurologem a většinou bývá nezměněna po celou dobu těhotenství, porodu a šestinedělí. Ženy podstupují podle porodních asistentek pravidelná a nepravidelná gynekologická vyšetření a genetický ultrazvuk. Pokud se u žen vyskytne vyšší riziko VVV, mohou ženy podstoupit amniocentézu, kordocentézu.

Další kategorie je zaměřena na vliv epilepsie na porod a vyhodnocuje informace získané o této problematice od PA. Před porodem ženě neurolog vypracuje zprávu pro porodníka, ve které je napsáno, jakým druhem epilepsie žena trpí, jakým typem epileptického záchvatu se projevuje, jaké léky užívá a jaká jsou nutná opatření během porodu (Zárubová, 2010). Trbalová (2014) uvádí, že „péče o ženu během porodu se u žen s epilepsií nijak neliší. Upřednostňuje se porod vaginální. Bylo zjištěno, že těhotná žena trpící chronickým onemocněním má vyšší pravděpodobnost k provedení císařského řezu, avšak toto zjištění by nemělo být považováno za indikaci k císařskému řezu.“ Domníváme se, že porod císařským řezem je dlouhodobým problémem porodnictví, počty takto vedených porodů stoupají. V roce 2013 bylo v České republice 25,6 % porodů provedeno císařským řezem (ÚZIS, 2014). V České republice podstoupí porod císařským řezem zhruba 10–15 % žen s epilepsií (Kuba, 2006), přičemž ročně rodí přibližně 300–400 žen s epilepsií (Zárubová, 2010). Kuba (2006) to vysvětluje takto: „Strach lékařů z provokace epileptického záchvatu je mnohdy příčinou císařského řezu u žen s epilepsií.“ Všechny PA se shodly na tom, že o ukončení porodu rozhoduje gynekolog ve spolupráci s neurologem. Jako hlavní body v péči o ženu během porodu uváděly sledování fyziologických funkcí, stav plodu pomocí CTG, kontrolu fyzického a psychického stavu rodičky. Důraz kladly především na předepsanou léčbu, kterou

musí žena užívat během těhotenství, porodu a v šestinedělí. Dalším důležitým bodem bylo vedení porodu co nejšetrnějším způsobem, zbytečně jej neprotahovat, neboť spánková deprivace a vyčerpání mohou vést k epileptickému záchvatu. Doporučovaly též epidurální analgezii, která zmírňuje bolesti a zpříjemňuje porod. Ženám s epilepsií by v poporodním období měl být zajištěn dostatek odpočinku a hlavně dostatek pravidelného a nepřerušovaného spánku, minimálně 4–5 hodin (Kuba, 2006). Po porodu zmiňovaly PA běžnou poporodní péči. Dále je nutné ženu opět informovat o nutnosti dodržování léčby i po porodu a dopřát ženě dostatek odpočinku a kvalitního spánku.

Poslední kategorie popisuje získané informace o vlivu epilepsie na ošetrovatelskou péči o novorozence v šestinedělí. Hlavními body této kategorie jsou kojení, manipulace s novorozencem a doporučení ženám s péčí o novorozence v domácím prostředí. Kojení se ženám s diagnózou epilepsie doporučuje, otázkou však zůstává jeho délka. Obecně se doporučuje kojit v délce 3–5 měsíců (Kuba, 2006). Ženám se do domácí péče doporučuje, aby při kojení nebo krmení lahvičkou seděly na zemi, opřené zády o zeď, s polštáři z obou stran, nebo ležely na široké posteli, nejlépe uprostřed. Je dobré přebalovat dítě na bezpečném místě, například na široké posteli nebo v postýlce. Při koupání by měla ženě pomáhat další osoba. Při přenášení v sedačce by mělo být dítě zajištěné pásy, aby v případě záchvatu ženy nevypadlo ze sedačky a nezranilo se (Zárubová, 2010). Porodní asistentky ženám s epilepsií kojení doporučovaly a uvedly, že některá antiepileptika prostupují do mléka a mohou ovlivnit chování novorozence. O účincích antiepileptik informuje ženy jejich neurolog. Jedna z PA uvedla některá specifika při kojení, jako je kojení na široké posteli s opřením o zeď, přítomnost další osoby v blízkosti kojící matky pro případ epileptického záchvatu s možným ohrožením bezpečí dítěte. Manipulace s novorozencem by měla být bezpečná a zásadně se u matek epileptiček neliší. Porodní asistentky svým klientkám nedávají žádná speciální doporučení v souvislosti s péčí o novorozence. Vždy je důležité, aby ženě s péčí někdo pomohl. V případě, že je žena na péči o dítě sama, doporučujeme pečovat

o dítě tak, aby měla žena dostatek času na odpočinek a spánek, tzn. odpočívat v době spánku či klidného bdění dítěte.

Všichni zdravotničtí pracovníci mají povinnost se kontinuálně vzdělávat. Porodní asistentky se v současné době vzdělávají na vysokých školách, kde absolvují předmět ošetrovatelská péče v neurologii. Předmět zahrnuje přednášky vedené neurologem, kde studentky získávají obecné informace o problematice neurologických onemocnění. Dále pak semináře, které jsou

zaměřeny na ošetrovatelskou péči o nemocné ženy s neurologickým onemocněním ve vztahu ke gynekologii.

Závěr

Pacientky trpící epilepsií patří do skupiny žen se zvýšeným rizikem během gravidity, při porodu a v šestinedělí. Stupeň kompenzace záchvatů a typ léčby modifikuje míru rizika. Mezioborová spolupráce gynekologa, neurologa, porodní asistentky a dalších zdravotnických pracovníků

je předpokladem úspěšně donošeného novorozence. Epilepsie není kontraindikací těhotenství, pacientka má být však plně informována o možných rizicích, četnosti odborných kontrol během těhotenství a možnosti neodkladné kontroly v případě změny stavu během těhotenství a šestinedělí. Péče o ženu s epilepsií v těhotenství, při porodu a v šestinedělí vyžaduje odborné znalosti ošetřujícího personálu. Námi oslovené respondentky v pilotní studii prokázaly dobrou úroveň znalostí v této problematice.

LITERATURA

1. Fatemeh M, Nazanin B. Pregnancy complications and outcomes in women with epilepsy. *Open Journal of Obstetric and Gynecology* [online]. 2012; 2(3): 230–234pp. [cit. 2015–08–12]. Dostupné z: <<http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=22264#V5JOAPysWTs>>.
2. Filková A, Brázdil M, Hudeček R, Janků P. Epilepsie v těhotenství. *Praktická gynekologie*, 2005; 9(4): 16–19.
3. Hájek Z. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004:197–198.
4. Kršek P. Základní info o epilepsii [online]. 2006. In: Er-sme.cz. [cit. 2015–09–01]. Dostupné z: <http://www.er-sme.cz/sme/cs/clanky-a-letaky.cz>.
5. Kuba R. Antiepileptika a gravidita. *Psychiatr. praxi*. 2006; 7(6): 272–275.
6. Lande CM. Antiepileptic drugs in pregnancy and lactation. *Australian Prescriber* [online]. 2008; 31(3): 70–72pp. [cit. 2015–04–03] Dostupné z: <<http://www.australianprescriber.com/magazine/31/3/70/2/>>.
7. Loucký J. Prenatální screening vrozených vývojových vad plodu a biochemická diagnostika. [online]. 2012. [cit. 2015–12–28] Dostupné z: <www.gynultrazvuk.cz/data/staticky-text/1/.../raabe-16el-pln-c5-5-bez.pdf>.
8. Machová A, Tomášková J. Práva matek na informace v souvislosti s péčí o novorozence – edukace sestrou. In: Sborník příspěvků IV. Ročník mezinárodní konference Lidská práva v proměnách času. 2015: 121–126.
9. Marušič P, Brázdil M, Hadač J, Hovorka J, Komárek V, Nešpor E, Teysslerová E, Vojtěch Z, Zárubová J. Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s epilepsií. 2013: 39–41.
10. Roztočil A. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada. 2008: 238–240.
11. Švaříček R, Šedová K, Janík T, Kaščák O, Miková M, Nedbálková K, Novotný P, Sedláček M, Zounek J. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vyd. Praha: Portál. 2007: 207–247.
12. Trbořlová M. Epilepsie v těhotenství. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd [online]. Olomouc, 2014. [cit. 2015–04–03]. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/t441t5?info=1;issnret=epilepsie>>.
13. Unzeitig V, Lubušský M. Doporučené postupy v perinatologii. *Česká gynekologie*, 2013; 78(Supplementum): 8–9.
14. ÚZIS. Rodička a novorozenec 2013. [online]. 2014. [cit. 2016–02–01]. 132 s. ISBN 978- 80–7472–138–0. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/rodikanovozene>.
15. Vyhláška 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]. [cit. 2015–12–28] Dostupné z: <www.fnkv.cz/soubory/87/vyhlaska_55-r-2011.pdf>.
16. Zárubová J. Epilepsie a mateřství. *Neurol. praxi*. 2004; 5(6): 331–336.
17. Zárubová J. Epilepsie, těhotenství a kojení. *Neurol. praxi*. 2010; 11(5): 292–296.