

**Klaudia Smulska**

Absolwent Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Płocku, Wydział Nauk o Zdrowiu

## **OPIEKA PIELEŃNIARSKA WOBEC DZIECKA Z PADACZKĄ W ŚRODOWISKU DOMOWYM**

### **Nursing care for a child with epilepsy in a home environment**

#### **Streszczenie**

##### **Wstęp**

Padaczka zwana inaczej epilepsją jest jedną z najstarszych znanych nam chorób na świecie. Historia tej choroby sięga 4 tysięcy lat w dziejach ludzkości. Padaczka jest jednym ze stanów chorobowych charakteryzujących się zaburzeniami funkcji mózgu.

##### **Cel pracy**

Celem pracy było opracowanie kompleksowego procesu pielęgnowania dziecka z padaczką przebywającego w środowisku domowym wraz z uwzględnieniem zadań pielęgniarki w opiece nad dzieckiem.

##### **Prezentacja przypadku**

W prezentowanym przypadku pacjentem jest 6 letnia dziewczynka z rozpoznaniem mózgowe porażenie dziecięce, niedowładem spastycznym czterokończynowym, cierpiąca na padaczkę lekooporną, została objęta opieką pielęgniarki.

##### **Wnioski**

1. Problemy pielęgnacyjne u dziecka z padaczkę przebywającego w środowisku domowym: ryzyko wystąpienia napadu padaczkowego, prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku mózgu, ryzyko nasilenia się niewydolności krążeniowo-oddechowej, brak możliwości zaspokajania przez dziecko potrzeb bio-psycho-społecznych, możliwość wystąpienia przykurczy z powodu długotrwałego unieruchomienia, brak wiedzy rodziców na temat kompleksowej farmakoterapii i etiologii napadów padaczkowych.
2. Podstawowe zadania pielęgniarki realizującej opiekę nad dzieckiem z padaczką przebywającego w środowisku domowym: eliminowanie czynników wywołujących napad padaczkowy, aktywny udział w farmakoterapii, regularny pomiar parametrów życiowych, wdrożenie profilaktyki powikłań z powodu unieruchomienia dziecka, zapewnienie realizacji podstawowych potrzeb życiowych dziecka, edukacja rodziców na temat terapii i etiologii drgawek w padaczce.

**Słowa kluczowe:** Opieka pielęgniarska, dziecko, padaczka.

#### **Abstract**

##### **Introduction**

Epilepsy is one of the oldest known diseases in the world. The history of this disease has 4 thousand years in the history of mankind. Epilepsy is one of the pathological conditions characterized by impaired function of the brain.

The aim of this study is to develop an integrated process of raising a child with epilepsy residing at home, along with the challenges nurses to care for the child.

##### **Case**

In this case the patient is a 6-year-old girl with cerebral palsy, body spastic four limb suffering from epilepsy resistant to treatment, were covered in the supervision of nurses.

##### **Conclusions**

1. Nursing problems in a child with epilepsy residing in the home environment: the risk of seizures, the likelihood of brain edema, the risk of cardiac respiratory failure, lack of child-bio-psycho-social needs, contraception due to prolonged immobilization, lack of parents' knowledge about comprehensive pharmacotherapy and etiology of epileptic seizures.
2. Basic tasks of a nurse caring for a child with epilepsy staying in the home environment: elimination of factors causing epileptic seizure, active participation in pharmacotherapy, regular measurement of vital signs, implementation of prevention of complications due to immobilization of the child, ensuring the implementation of basic life needs of the child, education of parents topic of therapy and aetiology of seizures in epilepsy.

**Keywords:** Nursing care, child, epilepsy.

## Wstęp

Padaczka zwana inaczej epilepsją jest jedną z najstarszych znanych nam chorób na świecie. Historia tej choroby sięga 4 tysięcy lat w dziejach ludzkości. Padaczka jest jednym ze stanów chorobowych charakteryzujących się zaburzeniami funkcji mózgu. To jedna z najczęstszych chorób neurologicznych na co wskazują przedstawione dane liczbowe. W Polsce ilość osób chorujących na padaczkę ustala się na 300 – 400 tysięcy. Epilepsję zalicza się do grupy schorzeń, których etiologia jest niezróżnicowana oraz niepostrzegalna w przypadku 65 – 75%. Możliwe jest zaobserwowanie wyznaczonych czynników u około 1/3 pacjentów, które przede wszystkim mają główny związek z wiekiem. U osób cierpiących na padaczkę ryzyko umieralności jest 2 – 3 krotnie razy zwiększone niż w ogólnej liczbie zbiorowości ludzkiej. U dorosłych wskaźnik umieralności jest bardziej dominujący niż u dzieci, mimo tego, iż stan padaczkowy ma miejsce częściej u dzieci. W ostatnich latach wskaźnik śmiertelności na skutek stanu padaczkowego wyraźnie się zmniejszył, dzieje się tak z powodu postawienia prawidłowej diagnozy i wdrożenia produktywnego leczenia. Padaczka uważana jest za jedną z wielu chorób ośrodkowego układu nerwowego, która jest podatna na leczenie. Nie zawsze jednak jest prosto uzyskać pozytywny wynik oraz nie w każdej sytuacji. Za cel leczenia epilepsji przyjmuje się pomoc chorej osobie w zdobyciu odpowiednich informacji oraz wdrożenia odpowiednich nawyków do zaistniałych warunków życia.

## Cel

Celem niniejszej pracy jest opracowanie kompleksowego procesu pielęgnowania dziecka z padaczką w środowisku domowym oraz opis działań pielęgniarskich wobec chorego.

## Prezentacja przypadku

6 letnia dziewczynka z rozpoznaniem mózgowego porażenie dziecięce, niedowład spastyczny czterokończynowy, cierpiąca na padaczkę lekooporną, stan po zapaleniu mózgu opryszczkowym w 3 miesiącu życia, została objęta opieką pielęgniarki. Dziecko wcześniej przebywające 4 tygodnie na Oddziale Neurologii z powodu nawracających drgawek występujących do 4 razy na dobę oraz ataku duszności i kaszlu krtaniowego. Przyjęta w trybie pilnym, przy przyjęciu stan ogólny dość dobry. Występowały drgawki uogólnione toniczno-kloniczne oraz drgawki ogniskowe w obrębie prawej kończyny górnej, poza tym dziecko było bardzo wiotkie, źrenice obustronnie szerokie, leniwie reagujące na światło. Dziewczynka nie mówi. Rozwój umysłowy upośledzony w stopniu głębokim. Dziewczynka nawiązuje kontakt emocjonalny z matką. Wymaga stałej opieki i pielęgnacji ze strony drugiej osoby. Dziecko otrzymuje Depakinę, Keprę, Nitrazepam, Eurespal, Fenicort, Ambrosol, inhalacje z adrenaliny, inhalacje z 0,9% NaCl. Zdecydowano o odstawieniu Nitrazepamu, natomiast włączono powolne i stopniowe podawanie Lamitrinu. Gdy nastąpi podaż pełnej dawki Lamitrinu wówczas będzie zmniejszenie dawki Nitrazepamu lub ewentualne odstawienie Nitrazepamu. Obserwowano nawracające drgawki. Po około 4 dobach intensywnego leczenia uzyskano zminimalizowanie drgawek oraz stopniowe powracanie świadomości. W badaniu EEG stwierdzono nieprawidłowości. W badaniach laboratoryjnych jest podwyższona leukocytoza. W dniu wypisu źrenice okrągłe, szerokie, dość leniwie reagujące na światło, głowa i wzrok zwrócone w lewo, napięcie mięśniowe symetryczne, nieco wzmożone. Po konsultacji neurologicznej dziecko wypisane do domu w stanie ogólnym dobrym, nadal pozostaje pod opieką pielęgniarki.

Modele opieki pielęgniarskiej w neurologii

### Model samoopieki Dorothei Orem

W modelu tym za samoopiekę uznaje się funkcjonalne działania podjęte przez człowieka w celu utrzymania życia, sprawności oraz zadowolenia z życia. Samoopieka to indywidualny udział człowieka dorosłego w osobistą sprawność i stan psychiczny. Według modelu Dorothei Orem każda osoba ma w sobie przyrodzoną umiejętność samopielęgnacji, może ją doskonalić poprzez edukację ze strony pielęgniarki, a także przez zdobywanie większego doświadczenia. Podczas gdy człowiek nie jest w stanie sam zagwarantować sobie odpowiedniej samoopieki, gdyż nie pozwala mu na to choroba czy ciężkie uszkodzenie ciała, pielęgniarka dokonuje oceny sprawności pacjenta, a następnie sugeruje system opieki:

- edukacyjno-wspierającą opiekę,
- częściowo kompensacyjną opiekę,
- przejęcie całkowitej opieki [Lenartowicz i Kózka, 2011].

### Model adaptacji Callisty Roy

Według tej autorki człowiek jest bio-psycho-społeczną istotą ludzką, która utrzymuje się ciągłym oddziaływaniu otoczenia. Człowiek korzysta z przyrodzonych i wyuczonych zachowań tak, by zaaklimatyzować się w nowych warunkach. Callista Roy przedstawia cztery metody postępowania, dzięki którym ludzie są w stanie poradzić sobie w nowym otoczeniu. Odnosi się to do:

- potrzeb fizjologicznych,
- pojęcia swej osobowości,
- funkcjonowania w roli,
- powiązania z innymi.

W każdej z tych metod ważne jest służyć człowiekowi pomocą w przystosowaniu się do nich, ponieważ kiedy zaspokojenie jego potrzeb witalnych, słaby stan psychiczny staje się zagrożone, w wykonywaniu życiowych ról pojawiają się przeciwności [Lenartowicz i Kózka, 2011].

## Arkusz indywidualnego opisu przypadku

Imię i nazwisko (inicjały)/ zdrobnienia: A. P.	
Data urodzenia: 24.06.2012 r.	Dane rodziców/ opiekunów: - wiek M – 43 O – 44
Aktywność zawodowa rodziców/ opiekunów M – nie pracuje O – pracuje	Zawód wykonywany przez rodziców M – krawcowa O – mechanik
Data zbierania wywiadu: 20.03.2018 r.	

## WYWIAD DOTYCZĄCY NARODZIN I KARMIENTA

Okres przedporodowy: prawidłowy
Okres porodu: prawidłowy
Okres poporodowy: prawidłowy
Ocena w skali Apgar: 10
Masa ciała urodzeniowa: 3050 g
Obwód klatki piersiowej: 35 cm
Urazy okołoporodowe: brak
Wady wrodzone: brak
Sposób karmienia: karmiona mlekiem matki

## Wyniki badań

- B. laboratoryjne: podwyższona leukocytoza i erytrocyty, negatywna glukoza, bilirubina i białko.
- B. obrazowe: nieprawidłowości w badaniu EEG.

HISTORIA CHOROBY	STAN OGÓLNY w dn. 20.03.2018 r.
Rozpoznanie lekarskie: Padaczka lekooporna	Temperatura: 36,8°C
Przyjmowane leki: Depakine, Keppra, Nitrazepam	Tętno: 80'
Przebyte choroby: opryszczkowe zapalenie mózgu	Oddechy: 26'
Pobyty w szpitalu: 10.10.2012 r., 12.01.2013 r., 22.03.2013 r., 18.05.2015 r.	Ciśnienie tętnicze: 99/ 71 mmHg
Przebyte zabiegi operacyjne: brak	Masa ciała: 23 kg
Przebyte urazy/wypadki: brak	Wzrost: 123 cm
Uczulenia: brak	
Szczepienia: BCG, WZW typu B, DTP	BMI: 15,2
Badania przesiewowe: słuch, wzrok	

## WYWIAD RODZINNY

Członkowie rodziny: matka, ojciec
Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: brak
Choroby występujące w rodzinie: cukrzyca
Hobby/ zainteresowania: muzyka
Formy spędzania czasu wolnego: filmy, książki, słuchanie muzyki
Nałogi w rodzinie/używków: brak
Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: brak
Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: brak
Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego: brak

## WYWIAD ŚRODOWISKOWY

Miejsce zamieszkania: miasto
Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: dom jednorodzinny
Ilość zajmowanych pomieszczeń: 8
Ilość osób mieszkających wspólnie: 3
Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: bardzo dobry
Ilość godzin spędzanych w szkole: 3-4
Zagrożenia zdrowia: w domu: brak; w szkole: brak
Higiena osobista: bardzo dobry
Aktywność fizyczna: brak
Wydalanie: w normie
Odżywianie: w normie
Sen/zасыпianie: zaburzone

BADANIE FIZYKALNE przeprowadzone dnia 20.03.2018 r.

**Stan biologiczny podopiecznego**

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperac.
dobrze	36,8°C	różowe	w normie	bardzo dobry	brak	brak

UKŁAD ODDECHOWY					
liczba oddechów	typ oddechu		kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
26'	powierzchnowy, nieregularny		krtaniowy	brak	brak

UKŁAD KRĄŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	Saturacja
99/71 mmHg	80'	brak	brak	występuje	brak	93%

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
mleczne	zaburzone	w normie	-	brak	karmiona

UKŁAD MOCZOWY				
objętość	jakość		inne objawy	wyroby medyczne
500 ml	jasnożółty, klarowny		brak	brak

UKŁAD PŁCIOWY			
cykl płciowy	inne objawy		inne cechy
-	-		-

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowład/ drżenia	mowa	inne objawy
10/15	niedowład spastyczny czterokończynowy	nie mówi	brak

NARZĄDY RUCHU					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku skala Tinetti
unieruchomiona	zachowany	w normie	brak	brak	brak

NARZĄDY ZMYŚLÓW / UKŁAD ENDOKRYNOLOGICZNY						
wzrok	słuch	smak	czucie	układ hormonalny	inne objawy	wyroby medyczne
prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy	prawidłowe	prawidłowy	brak	brak

**Stan psychiczny i społeczny podopiecznego**

sen	nastroj	inne objawy	ocena wg skali GDS
zaburzony	-	brak	-

pamięć	myślenie	stosunek do światła	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych
-	-	-	-	-	-

**Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samopielęgnacji**

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/ samopielęgnacji		stan odżywiania wg skali MNA
-	-	-	-	Bartel (PADL)	Lawtona (ADL)	-
				-	-	

**Diagnoza pielęgniarska**

Dziecko przebywające w domu, objęte opieką pielęgniarki w warunkach domowych. 6 letnia dziewczynka cierpiąca na padaczkę lekooporną, stan po opryszczkowym zapaleniu mózgu w 3 miesiącu życia. U dziecka istnieje ryzyko ponownego wystąpienia drgawek. Ponadto występuje możliwość wystąpienia obrzęku mózgu na skutek niedotlenienia i zaburzeń metabolicznych spowodowanych wystąpieniem stanu padaczkowego. Istnieje ryzyko nasilenia się niewydolności krążeniowo-oddechowej na skutek trwania napadu. Dziewczynka otrzymuje leki zleczone przez lekarza, prowadzona jest także inhalacja. Rodzice dziewczynki są edukowani na temat czynników wywołujących napady padaczkowe. Dziecko wymaga stałej opieki i pielęgnacji ze strony drugiej osoby z powodu unieruchomienia.

## Plan pielęgnacji dziecka

<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgnarskich</i>	<i>Planowane interwencje pielęgnarskie</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgnarskich</i>
Ryzyko ponownego wystąpienia napadu padaczkowego.	Zminimalizowanie ryzyka ponownego wystąpienia napadu padaczkowego.	- regularne przyjmowanie przez dziecko leków zleconych przez lekarza, - ochrona przed wszelkiego rodzaju infekcjami, - obserwacja i ocena funkcjonowania układu nerwowego (nierówne źrenice, zaburzenia gałkoruchowe, drżenie, drgawki, śpiączka itp.), - unikanie czynników, które mogą wywołać napad padaczkowy (światło, hałas, zapachy itp.), - w razie potrzeby podanie leku przerywającego napad doodbytniczo (diazepam – wlewka), - regularny kontakt z lekarzem prowadzącym.	Stany zapalne czy gorączka są powodem, który obniża próg drgawkowy, w razie możliwości należy unikać wszelkich infekcji. Podjęte działania pielęgnarskie w znacznym stopniu przyczynią się do niewystąpienia napadu padaczkowego.	Napad padaczkowy nie wystąpił.
<i>Diagnoza negatywna (+ kod INCP)</i>	<i>Interwencje</i>			<i>Diagnoza pozytywna</i>
Ryzyko [10015007]	- Ciągły nadzór [10005093] - Obserwowanie [10013474] - Monitorowanie terapii oddechowej [10037092] - Implementacja reżimu zarządzania napadami drgawkowymi [10037276]			Efektywna ciągłość opieki [10035507]

<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgnarskich</i>	<i>Planowane interwencje pielęgnarskie</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgnarskich</i>
Prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku mózgu na skutek niedotlenia oraz zaburzeń metabolicznych poprzez wystąpienie stanu padaczkowego.	Zmniejszenie zagrożenia wystąpienia obrzęku mózgu oraz zaburzeń metabolicznych. Wstępne zlokalizowanie obrzęku.	- stała opieka nad dzieckiem, - monitorowanie podstawowych parametrów życiowych oraz dokumentowanie podjętych działań, - obserwacja i ocena funkcjonowania układu nerwowego (nierówne źrenice, zaburzenia gałkoruchowe, drżenie, drgawki, śpiączka itp.), - zastosowanie farmakoterapii, - staranna obserwacja dziecka po podaniu leków osmotycznie czynnych, - prowadzenie bilansu wodnego, - delikatne wykonywanie działań pielęgnacyjnych i leczniczo-diagnostycznych, - traktowanie dziecka z zaburzeniami świadomości jak dziecko świadome.	Negatywne bodźce mogą mieć wpływ na wystąpienie napadu padaczkowego, należy więc delikatnie podejmować wszelkie działania pielęgnarskie. Ważny jest czynny udział w leczeniu farmakologicznym, gdyż przedłużone stosowanie niektórych leków może doprowadzić do hipokaliemii, hiponatremii, a także obniżenia ciśnienia włącznie z niewydolnością nerek. Należy wiedzieć, że czas działania leków osmotycznie czynnych jest nieznaczny co przy dłuższym stosowaniu może prowadzić do obrzęku.	Obrzęk mózgu oraz zaburzenia metaboliczne u dziecka nie wystąpiły. Wcześniej zlokalizowano obrzęk.
<i>Diagnoza negatywna (+ kod INCP)</i>	<i>Interwencje</i>			<i>Diagnoza pozytywna</i>
Ryzyko zaburzenia funkcji układu nerwowego [10037333]	- Implementacja reżimu zarządzania napadami drgawkowymi [10037276] - Zarządzanie obrzękiem [10036793] - Nauczanie o obrzęku [10045183]			Efektywna funkcja układu nerwowego [10027675]

<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
Ryzyko nasilenia się niewydolności krążeniowo-oddechowej na skutek stanu padaczkowego.	Zaprzestanie wystąpienia stanu padaczkowego oraz podtrzymywanie odpowiedniej wymiany gazowej.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zabezpieczenie drożności dróg oddechowych (zapewnienie dziecku pozycji z zachowaniem drożności dróg oddechowych, odessanie wydzielin zalegających w nosogardzieli itp.)</li> <li>- monitorowanie parametrów życiowych oraz ich dokumentacja,</li> <li>- udział w leczeniu przerywającym napad, zgodnie z indywidualną kartą zleceń m. in. podanie leku przerywającego napad doodbytniczo (diazepam w formie wlewki),</li> <li>- stała obecność przy dziecku,</li> <li>- zastosowanie tlenoterapii,</li> <li>- zachowanie pozycji bezpiecznej po ustąpieniu napadu,</li> <li>- jeśli stan padaczkowy utrzymuje się zbyt długo należy wezwać pogotowie.</li> </ul>	Wdrożenie interwencji pielęgniarских w dużym stopniu wpłynie na przerwanie stanu padaczkowego oraz utrzymanie odpowiedniej wymiany gazowej, nie doprowadzając do niedotlenienia.	Zachowano równowagę układu krążeniowo-oddechowym.
<i>Diagnoza negatywna (+ kod INCP)</i>	<i>Interwencje</i>			<i>Diagnoza pozytywna</i>
Ryzyko [10015007]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciągły nadzór [10005093]</li> <li>- Monitorowanie terapii oddechowej [10037092]</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efektywna funkcja układu krążenia [10028380]</li> <li>- Efektywna funkcja układu oddechowego [10028160]</li> </ul>

<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
Deficyt wiedzy rodziców na temat czynników wywołujących napad padaczkowy.	Pogłębienie wiedzy rodziców w związku z czynnikami powodującymi napad padaczkowy.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- edukacja rodziców obejmująca przyczyny występowania drgawek,</li> <li>- dostarczenie rodzicom dziecka ulotek z cennymi informacjami,</li> <li>- opisanie rodzicom odpowiedniego korzystania z TV, radia, migającego światła (2 razy po 10 minut) itp.,</li> <li>- unikanie gorących kąpieli dziecka (3 razy po 15 minut),</li> <li>- ocena przekazanych wiadomości przy następnym spotkaniu.</li> </ul>	Przekazanie przez pielęgniarkę korzystnych informacji rodzicom na temat czynników wywołujących napad padaczkowy zwiększy ich wiedzę oraz ułatwi rodzicom postępowanie z dzieckiem z padaczką.	Rodzice posiadają odpowiednią wiedzę na temat czynników powodujących napad padaczkowy.
<i>Diagnoza negatywna (+ kod INCP)</i>	<i>Interwencje</i>			<i>Diagnoza pozytywna</i>
Brak wiedzy [10000837]	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nauczanie rodziny o chorobie [10021719]</li> <li>- Nauczanie o bezpieczeństwie dziecka [10037160]</li> </ul>			Adekwatna wiedza [10027112]

<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
Możliwość wystąpienia przykurczy z powodu długotrwałego unieruchomienia.	Zminimalizowanie prawdopodobieństwa wystąpienia przykurczy.	- stosowanie udogodnień, - zmiana pozycji dziecka (min. co 2 godziny), - stosowanie odpowiednich preparatów do higieny ciała, - ćwiczenia bierne wykonywane przez zespół rehabilitacyjny,	Wdrożone interwencje pielęgniarские zminimalizują prawdopodobieństwo wystąpienia przykurczy.	Przykurcze u dziecka nie wystąpiły.
<i>Diagnoza negatywna (+ kod INCP)</i>	<i>Interwencje</i>			<i>Diagnoza pozytywna</i>
Unieruchomienie [10009762]	- Implementacja reżimu unieruchomienia [10038972] - Nauczanie o pielęgnacji przy unieruchomieniu [10043493] - Pielęgnacja pacjenta z unieruchomieniem [10043472]			Bez urazu [10028966]

<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
Brak możliwości samodzielnego zaspokojenia przez dziecko potrzeb bio-psycho-społecznych .	Zaspokojenie potrzeb bio-psycho-społecznych u dziecka.	- delikatne wykonywanie toalety całego ciała dziecka, - ograniczenie czynności pielęgnacyjnych do koniecznego minimum, - zapewnienie dziecku miękkiej i przewiewnej odzieży, - łagodne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych, - zapewnienie dziecku odpowiedniej bielizny pościelowej (lekka, miękka).	Pielęgniarka sprawująca opieką nad dzieckiem potrzebującym stałej opieki ze strony drugiej osoby, powinna zadbać o jego potrzeby bio-psycho-społeczne, zapewnić czystość, wygodę, ciszę oraz spokój potrzebny do odpowiedniego funkcjonowania przez dziecko.	Potrzeby bio-psycho-społeczne u dziecka zostały zaspokojone.
<i>Diagnoza negatywna (+ kod INCP)</i>	<i>Interwencje</i>			<i>Diagnoza pozytywna</i>
Deficyt samoopieki [10023410]	- Asystowanie w higienie [10030821] - Ocenianie skóry [10041126] - Asystowanie dziecku w czynnościach toaletowych [10045964] - Zapewnienie ciągłości opieki [10006966]			Efektywna ciągłość opieki [10035507]
<i>Problem pielęgnacyjny</i>	<i>Cel planowanych działań pielęgniarских</i>	<i>Planowane interwencje pielęgniarские</i>	<i>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej</i>	<i>Ocena realizowanych działań pielęgniarских</i>
Brak wiedzy rodziców o stosowaniu leków.	Poprawa wiedzy rodziców na temat przyjmowania leków.	- edukacja rodziców dziecka na temat stosowania leków zleconych przez lekarza, - regularne przyjmowanie leków przez dziecko, - nieustanny kontakt z lekarzem prowadzącym.	Edukacja ma na celu poprawę wiedzy rodziców na temat przyjmowania leków przez dziecko.	Pogłębienie wiedzy rodziców o stosowaniu leków przez dziecko.
<i>Diagnoza negatywna (+ kod INCP)</i>	<i>Interwencje</i>			<i>Diagnoza pozytywna</i>
Brak wiedzy [10000837]	- Administrowanie lekiem [10025444]			Adekwatna wiedza [10027112]

Zalecenia pielęgniarskie dotyczą opieki nad dzieckiem z padaczką lekooporną realizowaną w środowisku domowym:

- edukacja rodziców na temat choroby dziecka jaką jest padaczka lekooporna,
- regularne przyjmowanie leków przez dziecko zleconych przez lekarza,
- unikanie czynników mających wpływ na wywołanie napadu padaczkowego,
- stała opieka drugiej osoby nad dzieckiem,
- zapewnienie harmonijnego snu dziecku,
- delikatne postępowanie z dzieckiem podczas pielęgnacji,
- postępowanie zgodne z zasadami pierwszej pomocy podczas napadu padaczkowego,
- prowadzenie kalendarza napadów z informacjami o ich częstotliwości i rodzaju, czynnikach wywołujących napad oraz okolicznościach,
- regularny pomiar parametrów życiowych: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatur,
- zapewnienie dziecku spokoju, wypoczynku oraz snu po napadzie padaczkowym,
- systematyczny kontakt z lekarzem prowadzącym.

### **Dyskusja**

Padaczka zwana inaczej epilepsją lub chorobą świętego Walentego czy też wielką chorobą, jest jedną z najstarszych znanych nam chorób na świecie. Historia tej choroby dobiega 4 tysięcy lat. Słowo epilepsja wywodzi się od czasownika greckiego epilambanein, co oznacza chwycić, atakować, ośwładać, zapaść, posiąść. Padaczkę nazywamy zbiorem symptomów cielesnych, wegetatywnych, a także psycho-patologicznych. Objawy te uwidaczniają się na podłożu rozmaitych przemian metabolicznych i morfologicznych w mózgu. Epilepsja nie jest zaliczana do schorzenia dziedzicznego ale istnieją natomiast skłonności genetyczne do zmniejszonego progu kurczowego mózgu. Za jedno z najczęstszych schorzeń neurologicznych uważa się epilepsję. Zaliczana jest ona do zespołu schorzeń, których podłożo uwarunkowane jest wieloma czynnikami [Cepuch i Perek, 2009].

Padaczka jest jednym ze stanów chorobowych, charakteryzujących się zaburzeniami funkcji mózgu. Stan ten przejawia się postaci różnorodnych napadów. Najczęściej lecz nie wyłącznie napady te kończą się utratą przytomności, czego powodem są nadmierne, impulsywne, patologiczne wyładowania bioelektryczne w komórkach nerwowych. Napady padaczkowe są epizodami o różnym nasileniu, od krótkich, prawie niezauważalnych po długie, silne wstrząsy. Jeden napad drgawkowy nie musi być formą padaczki oraz od razu świadczyć o padaczce, powinien jednak zostać poddany diagnostyce. Powtarzalność ataków może być kryterium do odpowiedniego rozpoznania w sprawie choroby. Wymogiem potwierdzającym początek identyfikacji epilepsji są co najmniej dwa napady, które pojawiają się bez dostrzegalnych przyczyn, a także adekwatne zmiany w zapisie EEG. Do najczęściej występujących czynników nie padaczkowych zalicza się nieprawidłowości sercowo-naczyniowe. Napady padaczkowe rozpoznane zostały pod wieloma postaciami. Nie jest jednak stwierdzone, że u chorego może pojawić się tylko jeden z rodzajów napadów, gdyż może występować ich kilka w zróżnicowanych połączeniach. Postać napadów drgawkowych może wielokrotnie ulec zmianie przez okres utrzymywania się choroby oraz wdrożenia odpowiedniego leczenia [Kozubski i Liberski, 2008; Prusiński, 2005].

Zdarza się, że u chorego można zaobserwować pojawienie się powtarzającego napadu padaczkowego jeden po drugim lub jednego ataku, który trwa dłużej niż 30 minut, a chory nie odzyskuje przytomności w trakcie ich trwania, taką sytuację nazywa się stanem padaczkowym. Niewystarczalne zażywanie, zmiana czy odstawienie leków przeciwpadaczkowych, w szczególności klonazepam i luminal oraz zatrucie, infekcje i nagłe odstępstwo od alkoholu może spowodować zmianę stanu padaczkowego u osoby cierpiącej na padaczkę. Stan padaczkowy może pojawić się w każdym rodzaju napadów padaczkowych. Stan ten występuje często po przebyciu epilepsji objawowej, np. urazy czaszkowo-mózgowe, guzy, zapalenie mózgu, majaczenie alkoholowe czy udar mózgu. Powód często jest niesprecyzowany. Niekiedy stan padaczkowy może doprowadzić do znacznych nieprawidłowości oddechowo-kръżeniowych wskutek czego może dojść do niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego [Kozubski i Liberski, 2008].

Zachorowalność na padaczkę sprecyzowana jest na 60/100 000 na rok, natomiast znacznik upowszechnienia sięga 1000/100 000, jest to około 1%. Szacunkowo wskazuje się na około 50 milionów osób na świecie dotkniętych chorobą padaczki.

#### **Klasyfikacja napadów padaczkowych**

Napady nieświadomości typowe – są często występującymi napadami u dzieci. Charakteryzują się nagłym utraceniem przytomności chorego lecz bez upadku, natomiast pacjent znajduje się w bezruchu. Chory spogląda przed siebie lub zwraca gałki oczne do góry, nie udziela odpowiedzi na zadawane mu pytania. Osoba z takim napadem wstrzymuje obecnie wykonywaną pracę, po napadzie natomiast kontynuuje to co wcześniej rozpoczęła. Ten rodzaj napadów może występować regularnie, nawet do kilkunastu razy na dzień. Zdarza się, że tym napadom towarzyszą objawy miokloniczne lub niewielkie automatyzmy. Chory po odzyskaniu świadomości nie potrafi określić co się wydarzyło, właściwe jest wtedy wykonanie badania EEG.

Napady nieświadomości nietypowe – najczęściej mogą wiązać się z różnymi sygnałami, szczególnie z modyfikacją w napięciu mięśniowym, będzie to na przykład upadek. Podczas trwania napadu w notacji EEG prawdopodobnie pojawić się mogą zróżnicowane rodzaje wyładowań, są to: „nieregularne zespoły iglica-fala wolna, wyładowania fal ostrych i wolnych lub czynność szybka”. Są one jednym z powszechnych gatunków napadów, na które trafia się w ciężkich zespołach padaczkowych w szczególności w zespole Lennox-Gastauta.



- Napady toniczne występują zwykle u dzieci. Charakteryzują się krótkotrwałym zanikiem świadomości oraz gwałtownym upadkiem na ziemię przez zanik napięcia mięśniowego, co może być powodem poważnego urazu głowy. Po ustąpieniu ataku dziecko natychmiast podnosi się z upadku. Wielokrotnie napady atoniczne mogą mieć powiązanie z innymi stanami napadów.
- Napady miokloniczne najczęściej występują w przedziale wiekowym od 15 do 16 roku życia. Podczas trwania tych napadów zauważyć można jednorazowe lub nawracające, niemiętarowe oraz niesystematyczne tiki mięśni zwane mioklonie. Są one symetryczne i dotyczą zazwyczaj rąk i twarzy. Najczęściej napady pojawiają się nad ranem. Chorego podczas napadów mioklonicznych pozostaje całkowicie zorientowany.
- Napady uogólnione toniczno-kloniczne mają miejsce w każdym wieku. Są to istotne odmiany napadów padaczkowych, które pośród amatorów uchodzą za odpowiednik padaczki. Wyodrębnić można dwie ich odmiany: napad pierwotnie uogólniony, napad wtórnie uogólniony.

#### Szczególne postacie kliniczne padaczki

Istnieją różnorodne postacie kliniczne epilepsji. Wiele z nich przedstawia zespoły lub postacie chorobowe z czego ich duża część nie występuje często.

#### Epilepsja związana z wiekiem

Zespół Westa – „napady zgięciowe, drgawki Salaam, wczesnodziecięca padaczka z napadami zgięciowymi”. Zespół ten można zaobserwować u niemowląt oraz małych dzieci. Typowe dla tego zespołu są napady ze skinieniem do przodu, które określane jest jako objaw symetryczny. Zdarza się, że występuje tylko napad kiwnięcia, który dotyczy głowy, a także przyłączają się inne napady. W znacznej części schorzeń zatrzymany zostaje ogół procesów psychicznych, który jak dotąd rozwijał się harmonijnie. Pomimo szybkiego wycofania się napadów zgięciowych (ok. 4 roku życia) prognozowanie w stosunku do choroby jest niekorzystne, gdyż przyłączyć się mogą inne ataki co prowadzi do przemiany choroby w tak zwany Zespół Lennox-Gastauta.

Zespół Lennox – „zespół Lennox-Gastauta to padaczka wieku przedszkolnego z napadami miokloniczno-tonicznymi”. W tym zespole znajdują się różnorodne napady ogólne, w których górują napady miokloniczno-toniczne oraz toniczne. Ta forma epilepsji uważana jest za poważną i niepomyślnie rokującą, nierzadko można spotkać pojawienie się stanów padaczkowych. Z reguły rozwój psychoruchowy ulega zatrzymaniu.

Dziecięca padaczka nieświadomości – pojawia się przed adolescencją. Rozpoznawalna jest przez zaistniałe masowe napady nieświadomości (100 lub więcej napadów w ciągu dnia) oraz kliniczny zapis EEG. Uznawana jest za niegroźną dolegliwość. Po upływie czasu u połowy osób z tą postacią choroby ukazują się napady duże, prognozowanie jest jednak sprzyjające. Na ogół rozwój intelektualny jest w normie.

Młodzieńcza padaczka miokloniczna – pojawia się w wieku młodzieńczym. Ta postać padaczki przebiega raczej delikatnie. Charakteryzują ją wspólnie występujące napady toniczno-kloniczne (najczęściej występują po przebudzeniu) oraz miokloniczne.

Padaczka Rolanda – epilepsja występująca u dzieci w przedziale wiekowym od 1 do 3 roku życia. Przebiega łagodnie, uwarunkowana jest genetycznie. Tę postać padaczki cechuje w głównej mierze napad toniczno-kloniczny wtórnie uogólniony, zaczynający się od drgawek częściowych. Prognozowanie choroby jest sprzyjające.

Padaczka z wyładowaniami w okolicy potylicznej – wiek zbliżony jest do wcześniejszych postaci padaczek. „Występują tu napady częściowe proste z okolicy wzrokowej z iluzjami lub halucynacjami włącznie, także napady kloniczne jednostronne i toniczno-kloniczne uogólnione”. Mogą występować również napady ogniskowe złożone. Ta forma epilepsji przebiega spokojnie, rokowanie jest pozytywne.

#### Farmakoterapia w leczeniu padaczki

Padaczka uważana jest za jedną z wielu chorób ośrodkowego układu nerwowego, która jest podatna na leczenie. Nie zawsze jednak jest prosto uzyskać przychylny wynik oraz nie w każdej postaci. Możliwe do osiągnięcia jest znaczące czy też zupełne ustąpienie ataków, a także długotrwałe wyleczenie u dużej ilości osób cierpiących na padaczkę. Za cel leczenia epilepsji przyjmuje się pomoc chorej osobie w zdobyciu odpowiednich informacji oraz wdrożenie odpowiednich nawyków do zaistniałych warunków życia. Istotnym zamiarem jest zredukowanie częstotliwości i przeciwdziałanie powtarzalności ataków, a także osiągnięcie jedynie minimalnych objawów toksycznych.

O wyborze leku może zdecydować lekarz neurolog. Znaczący jest przy tym opis napadu padaczkowego, gdyż wybór leku zależy od rozpoznania klinicznej postaci napadu. Istnieje wiele rodzajów leków przeciwpadaczkowych z grupy leków konwencjonalnych lub leków nowej generacji, które aktualnie może zlecić choremu lekarz. Każdy z leków posiada inne mechanizmy działania oraz konkretne spektrum działania. Szczególnie ważny jest odpowiedni dobór leku przeciwpadaczkowego, w innym razie może to nie pomóc jak również doprowadzić do pogorszenia się stanu pacjenta.

Podczas przystąpienia do leczenia powinno wdrożyć się monoterapię czyli stosowanie przez pacjenta jednego leku o niedużych dawkach, powoli powiększając przyjmowaną dawkę. Przyjmowanie leku w najmniejszych dawkach przez chorego ma na celu uzyskanie kontroli nad występowaniem napadów padaczkowych. Inne zasady stosowania leku przeciwpadaczkowego przedstawione są poniżej.

- Lekarz neurolog powinien dopasować lek do odpowiedniej postaci napadu padaczkowego. Gdy jeden lek nie radzi sobie z kontrolą nad atakami powoli wdraża się kolejny lek. Jeśli drugi lek będzie przyjmowany w całkowitych dawkach, możliwe jest stopniowe wycofanie poprzedniego leku,

- Ważne jest stosowanie leku w odpowiednich dawkach w ciągu doby, regularnie i w określonym czasie.
- Znacząca jest wiedza pacjenta na temat istoty choroby oraz jej leczenia. Chory powinien mieć świadomość w jakim celu zażywa określone leki, jakie mogą być skutki leczenia, a także jakie negatywne oznaki powinien przekazać lekarzowi.
- Osoba cierpiąca na padaczkę powinna wykluczyć czynniki, które prowadzą do napadów, a są to między innymi: nieregularne prowadzenie aktywności życiowej, brak snu, napięcie, alkohol, błyski świetlne.
- Pomocne jest prowadzenie przez chorego kalendarzyka, w którym zapisuje każdy napad i dawki przyjmowanych leków. Kobiety powinny zapisywać daty miesiączek.

Dla lekarza znaczące jest dostosowanie dla pacjenta jak najskuteczniejszego leku przeciwpadaczkowego. Taki lek musi być efektywny, nie powinien powodować ubocznych objawów, ważne aby był prosty do podania oraz nie kolidował z innymi lekami. Zazwyczaj pierwszym lekiem stosowanym jest okskarbazepina (preparat: Trileptal), karbamazepina (preparaty: NeurotopRetard, TimonilRetard, Amizepinprolongatum), kwas walproinowy i jego sole (preparaty: DepakineChrono, OrfirilRetard, OrfirilLong). Kwas walproinowy to lek o różnym spektrum działania, który nie posiada przeszkód do stosowania w żadnej postaci napadów. Karbamazepina posiada natomiast umiarkowane działanie, może doprowadzić do zakłócania podczas pewnych napadów. Lekiem o podobnej efektywności jest okskarbazepina, gdzie po jej zastosowaniu uciążliwe objawy pojawiają się w minimalnym natężeniu.

Za niezmiernie udogodnienie w leczeniu napadów padaczkowych uznaje się ocenę stężenia leku w surowicy krwi. Sporządzono konkretne normy stężeń leków przeciwpadaczkowych w surowicy krwi. Dzięki tej analizie można oszacować czy dana dawka leku prowadzi do jego odpowiedniego stężenia we krwi. Niskie stężenie może wywołać nieskuteczność leku, natomiast przy wysokim stężeniu może dojść do skutków ubocznych. Ocenie w praktyce klinicznej nie podlegają stężenia leków nowej generacji.

Leki nowej generacji opracowane zostały jako leki przeciwpadaczkowe. Charakteryzują się one działaniem opartym „na zaburzeniach biochemicznej równowagi neurotransmiterów odpowiedzialnych za napad padaczkowy”. Uwzględnia się tu neurotransmitery hamujące i pobudzające. Leki przeciwpadaczkowe nie są jeszcze uznane za pierwszorzędną lecz zmierzają ku temu. Ich skuteczność zbliżona jest do leków starszej generacji. Posiadają one natomiast mniejszą skłonność do niepożądanych objawów oraz górujący profil farmakologiczny. W Polsce aktualnie zarejestrowane zostały nowe leki przeciwpadaczkowe: wigabatryna, lamotrygina, okskarbazepina, gababentyna, lewetiracetam, tiagabina, topiramata, felbamat, pregabalina [Jaracz i Kozubski, 2008].

### Wnioski

1. Główne problemy pielęgnacyjne u dziecka z padaczką lekooporną przebywającego w środowisku domowym:
  - ryzyko ponownego wystąpienia napadu padaczkowego,
  - prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku mózgu na skutek niedotlenia i zaburzeń metabolicznych z powodu stanu padaczkowego,
  - ryzyko nasilenia się niewydolności krążeniowo-oddechowej na skutek stanu padaczkowego,
  - brak możliwości samodzielnego zaspokajania przez dziecko potrzeb bio-psycho-społecznych,
  - możliwość wystąpienia przykurczy z powodu długotrwałego unieruchomienia,
  - deficyt wiedzy rodziców na temat kompleksowej farmakoterapii w padaczce i etiologii napadu padaczkowego.
2. Podstawowe zadania pielęgniarki realizującej opiekę nad dzieckiem z padaczką lekooporną przebywającego w środowisku domowym:
  - eliminowanie czynników wywołujących napad padaczkowy,
  - aktywny udział w farmakoterapii i obserwacja jej efektów,
  - regularny pomiar podstawowych parametrów życiowych i ich dokumentowanie,
  - wdrożenie profilaktyki powikłań wynikających z unieruchomienia dziecka,
  - zapewnienie realizacji podstawowych potrzeb życiowych dziecka,
  - realizacja edukacji rodziców na temat etiologii drgawek i terapii w padaczce.

### Piśmiennictwo

1. Cepuch Grażyna, Perek Mieczysława. 2009. *Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL: 183.
2. Jaracz Krystyna, Kozubski Wojciech. 2008. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL: 209-325.
3. Lenartowicz Helena, Kózka Maria. 2011. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL: 28-97.
4. Prusiński Antoni. 2005. *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL: 317-331.