

součástí posttraumatické reakce. Zde se předpokládá, že PNES je výsledkem akutní paniky. U modelu 3 jsou PNES spojovány s obrannou reakcí na řešení osobních problémů, kdy jedinec nemusí uznat jejich emocionální původ a špatně nebo vůbec identifikuje své pocity. Model 4 potom definuje PNES jako naučené chování operativně podmíněné. Těž můžeme říci, že jde o behaviorální zvyk (3).

Na počátku všech disociativních stavů je tedy provokační emocionální podnět nebo stresující situace. Může být bolest, jako nepříjemný senzorký, emoční a mentální prožitek spojený se strachem a úzkostí, tím emocionálním podnětem, který spustí záchvat? Pooperační bolest zůstává i přes rozšiřující se možnosti farmakoterapie a analgetických postupů reálným a podceňovaným problémem s etickým, zdravotním i ekonomickým dopadem. Bolest je vždy subjektivní. Metod hodnocení bolesti je mnoho, nemáme však takovou, která by změřila bolest objektivně. Vždy se jedná o subjektivní hodnocení pacientem. Nejčastěji užívaným postupem je vizuální analogová škála (VAS). Intenzitu bolesti hodnotí pacient numerickou škálou s číslicemi od 0 do 10. (Obrázek 1 a 2) Číslice 0 odpovídá nulové bolesti a číslice 10 maximální bolesti, jakou si pacient dokáže představit. Nejvyšší přípustná hodnota bývá VAS 3, na silnější bolest je nutno léčebně reagovat. Ze základů patofyziologie víme, že samotný chirurgický zákrok je doprovázen kaskádou neurohumorálních změn, které spouštějí stresovou odpověď organismu na operační trauma a také, že psychoemotivní stres je jedním z faktorů, který určují pooperační reakce pacienta (4). Může být pooperační bolest takovým emocionálním traumatem a spouštěčem psychoemotivní stresové reakce, která vyústí do úniku v podobě neepileptického disociativního záchvatu? Může u pacientky, na základě primární negativní zkušenosti s pooperační bolestí, docházet k chronifikaci jako způsobu, jak zvládnout náročnou situaci při opakovaném navýšení VAS?

Kazuistika

Mladá žena byla přijata na chirurgické oddělení s prolapsem rekta s rektokérou a hemoroidy II.–III. stupně. Byla indikována ke korekci TST staplerem v celkové anestezii. Z anamnézy – pacientka vdaná, VŠ vzdělání, pracující, bez interních komorbidit. V chronické medikaci kontraceptiva MYWY 3 mg tbl., Venlafaxin 150 mg tbl., Pregabalin 150 mg tbl., Zolpidem 10 mg tbl., Rivotril dlp, Magnezium dlp, vitaminy. Uznána schopnou výkonu v celkové

anestezii jako ASA II. V den výkonu doporučeno podat chronickou medikaci Venlafaxin, Pregabalin a jako premedikaci 1–2 hodiny před výkonem Neurol 0,25 mg tbl a Paralen 500 mg 2 tbl.

Operace probíhala v celkové anestezii bez komplikací se zajištěním dýchacích cest laryngeální maskou. Úvod do anestezie byl veden Propofolem 1%, Sontilenem v dávce 20 µg a dále inhalačním anestetikem Desfluranem s cílovou MAC (minimální alveolární koncentrace) 1,0. Před vyvedením z celkové anestezie byl pacientce podán Novalgin 1 g inj. v pomalé infuzi. Ihned po ukončení operačního výkonu a vyvedení z anestezie pacientka udává silné bolesti, je jí proto anesteziologem před odjezdem z operačního sálu aplikováno 5 µg Sontilenu nitrožilně. Je při vědomí, oběhově i ventilačně stabilní, předána na monitorované lůžko dospívající haly.

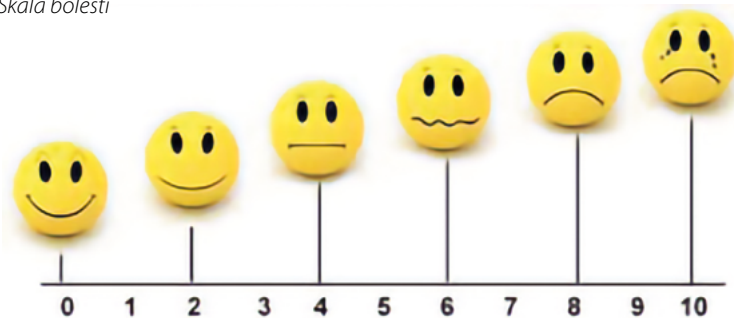
Po převzetí na dospívající halu má pacientka TK 107/75 mmHg, P 68/min, DF 15/min, SpO₂ 100 %, bolesti udává „nekonstantní a nárazové“, na stupnici VAS 5. Nitrožilně je podáván balancovaný roztok krystaloidů z operačního sálu a vzhledem k udávanému stupni bolesti je zahájena analgetizace Dipidolorem 15 mg/15 ml NaCl 0,9% s počátečním bolusem 3 ml a rychlostí 3 ml/hod. Pacientka je od příjezdu z operačního sálu úzkostná, křečovitá, zaťatá ve smyslu negativních myšlenek a toho, že „je všechno špatně“. Personál vytušil nestandardní situaci, a tak se pacientce intenzivně věnuje. Snaží se opakovaným asertivním a pozitivním přístupem

vyvést pacientku ze zjevné psychické krize. Ujišťuje ji o síle podávaných analgetik, vybízí ji k trpělivosti při nástupu jejich účinku, ale dle jejich slov bylo veškeré snažení liché. Pacientka neustále propadá negativním myšlenkám, od nabízených pozitivních témat utíká. Mluví minimálně, pokud ano, tak jen opakuje věty typu: „tohle nedám“, „tohle nepůjde“, „není cesty“, „na kurzu mě učili myslet si o prdeli“. Tato situace trvá přibližně 40 minut, kdy podle pacientky se bolest stává nesnesitelnou, graduje na stupeň 9. Oběhově stále stabilní, normotenze, bez tachykardie či bradykardie, bez tachypnoe. Na udávané bolesti kromě subjektivního sdělení nic neukazuje. Personál však bolesti pacientce věří a k aplikovanému Dipidoloru je po konzultaci s lékařem nasazena infuze Neodolpasse 250 ml, ze které pro následný rychlý sled událostí vykapalo jen zanedbatelné množství.

Přítomná sestra u lůžka si všímá záškubů v obličeji podobným rychlému mrkání. Oslovuje pacientku, ale dostává se jí nesrozumitelné odpovědi. Nastupuje cvakání zubů a záškuby trupu. Co je pro personál zavádějící, jsou stále stabilní vitální funkce.

Je volán lékař – intenzivista, sloužící pro dospívající halu. Před jeho příchodem však pacientka přestává reagovat a desaturuje na hodnotu 85 %. Personál okamžitě pomocí ručního dýchacího přístroje na zdroji O₂ zahajuje podpůrnou ventilaci s udržením volných dýchacích cest trojitým manévrem. Přivolaný lékař přichází i s kolegy. Společně,

Obr. 1. Škála bolesti



Obr. 2. Škála bolesti

