

Tab. 1. Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí

Testovaná odpověď	Body
I. Otevřené oči	
Spontánní	4
Na oslovení (zvuk)	3
Na bolest	2
Nepřítomno	1
II. Nejlepší slovní odpověď	
Orientovaná	5
Zmatená	4
Nepřiléhavá	3
Nesrozumitelná	2
Žádná	1
III. Nejlepší motorická odpověď	
Uposlechne příkazů	6
Lokalizuje bolest	5
Ustupuje, odtahuje se	4
Flexe na bolest	3
Extenze na bolest	2
Žádná	1
Celkem	

na základě diagnosticko-terapeutické rozvahy, ordinují MgSO₄ 10% 10 ml ve 100 ml NaCl 0,9% a Midazolam 2 mg nitrožilně. Během krátké chvíle dochází k spontánní obnově vědomí bez neurologického deficitu. Pacientka je kardiopulmonálně stabilní. K lůžku je povolán neurolog, pacientku vyšetří bez nálezu patologie. Na základě popisu situace s myoklonickými záškuby trupu dle personálu neindikuje převzetí do své péče. Po jeho odchodu a uklidnění situace na dospávací hale se však stav opakuje, tentokrát bez desaturace a nutnosti podpůrné ventilace. Pacientka leží, zavřené oči, spontánně ventiluje, nereaguje, GSC 3 (Glasgow coma scale – Glasgowská stupnice hloubky bezvědomí, obr. 3), na trupu myoklonické záškuby. Vzhledem k uvedeným stabilním vitálním funkcím, TK 101/57 mmHg, P 78/min, DF 15/min, SpO₂ 100 % s O₂ 2 l/min, glykemie 6,1 mmol/l, TT 36,2 °C, není pacientka intubována. Je však s ohledem na výše popsany obraz cca hodinu od převzetí na dospávací halu, akutně transportována na intenzivní lůžka chirurgických oborů ke sledování a monitoraci. Krátce po přijetí opět nabývá vědomí bez deficitu. Je provedeno akutní CT mozku s negativním nálezem.

Ošetřovatelská péče je zaměřena na komfort a pravidelnou analgetizaci. I přes veškeré úsilí

personálu dochází k subjektivně významnému zhoršení bolesti. Na dotaz sestry pacientka udává posun ze stupně 2 na stupeň 4. Téměř souběžně nastupuje opětná porucha vědomí s myoklonickými záškuby trupu. Kontinuální monitorace vitálních funkcí nezaznamenala žádnou odchylku v hodnotách. Pacientka je kardiopulmonálně stabilní, normotenze, bez tachykardie či bradykardie, SpO₂ 100 %, spontánní ventilace, GSC 3 body. Přítomný lékař ordinuje podání 10 mg Apaurinu nitrožilně. V krátkém časovém intervalu, než je medikace sestrou připravena, pacientka nabývá vědomí bez deficitu a důrazně a opakovaně se dožaduje své chronické medikace. Od aplikace Apaurinu je tedy upuštěno. Pacientka je vcelku nesdílňá, s personálem komunikuje minimálně, k situaci se nevyjadřuje. Proběhlé další neurologické konzilium je opět bez nálezu. Doporučené EEG vyšetření neprovedeno pro nespolupráci pacientky. Pacientka chce jít domů, a proto je cestou standardního chirurgického oddělení propuštěna do domácí péče. Je jí důrazně doporučeno další došetření, včetně psychiatrie. Pacientka ujišťuje, že si vše zajistí sama.

Diskuze

V diferenciální rozvaze, po vyloučení somatických příčin, s ohledem na klinický obraz, se v naší kazuistice nabízí jako vysvětlující hypotéza diagnóza disociativního záchvatu známá i jako PNES (psychogenní neepileptický záchvat). Podle Grambala (5) jsou pro tento záchvat typické neobvyklé somatické a psychické příznaky, jakými jsou křeče, poruchy motoriky, senzoryky a senzitivy, amnézie či anestezie. Nežádal (1) označuje PNES za „nevědomý obranný psychický proces, který je použit, když psychika není schopna vyrovnat se s určitým traumatizujícím obsahem“. Dopluje, že se tak děje vždy v přítomnosti jiné osoby či osob a až z 90 % pacientů s PNES tvoří ženy. Z jednotlivých symptomů Nežádal (1) zmiňuje zavřené oči, třes, tremor nebo záškuby končetin. Podotýká, že záchvat, či opakování záchvatu může být pro pacienta cesta, jak snížit úroveň nežádoucí zátěže. Můžeme tedy chápat, že popsané stavy byly reakcí organismu na nežádoucí zátěž, která narušila

integritu? Narušení, které bylo jak somatické, tak psychické? Z našeho pohledu narušení somatické integrity mohlo být způsobené bolestí, která pacientkou mohla být vnímána intenzivněji, nežli je běžné u jiných pacientů. Narušení psychické integrity zde vidíme především v pocitu ztráty kontroly nad situací a sekundárně i ztráty pocitu bezpečí. Myslíme si, že tak vznikl prostor pro vznik disociativního záchvatu, jako obranné reakce organismu s cílem zamezit další traumatizaci. Náš úvodní předpoklad, že existuje vztah mezi stresem a začátkem poruchy stavu vědomí, podporuje v přehledném referátu Praško et al. (2). Autoři míní, že úvodní stresor, podmět či konflikt, může být natolik provokační, že přesahuje aktuální zvládací schopnosti postiženého, a proto je v ten okamžik nevytěžitelný. Přicházejícího konfliktu si nemusí být vědom ani pacient, ani jeho okolí. Začátek záchvatu je potom spíše pozvolný, vymyká se fyziologickým zákonitostem a spontánně odeznívá.

Nabízí jako vhodný postup aplikaci krátkodobě působících anxiolytik a z dlouhodobého hlediska jako nejlepší formu léčby psychoterapii.

UVědomujeme si, že pro nedostatek anamnestických dat můžeme pouze spekulovat o možných minulých traumatizujících událostech, které u pacientky predisponovaly vznik ataky. Je nutné zdůraznit, že v naší výjimečné situaci spojené s pooperační dobou bylo nutné primárně pomýšlet na somatický původ stavu.

Závěr

Nyní retrospektivně, po pečlivém vyloučení možných somatických a jiných organických příčin, na stav pohlížíme a chápeme jej jako disociativní ataku, reakci organismu na jeho iatrogenní narušení integrity. Tímto článkem chceme poukázat na to, jak malé máme zkušenosti, my nelékařský personál v intenzivní péči, s neepileptickými disociativními stavy. Byli jsme poučeni, jak neřešitelným konfliktem pro pacienta může bolest být a také, jak složitá může být odpověď organismu na tento konflikt. S přibývajícimi zkušenostmi rozšiřujeme své znalosti a schopnosti o hodnocení psychoemotivní platformy pacientů a zjišťujeme úskalí analgetické terapie zejména u senzitivních jedinců.

LITERATURA

1. Nežádal T. Psychogenní neepileptické záchvaty. *Neurol. praxi.* 2015;16(5):286-289
2. Praško J, Pastucha P, Raszka M, et al. Disociativní křeče. *Cesk Slov Neurol N* 2009; 72/105(5):429-436
3. Junková K. Psychogenní neepileptické záchvaty. *Hradec*

Králové, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Katedra biologických a lékařských věd. Vedoucí práce Herink, Josef.

4. Maruna P, Gijrlich R, Sekot M, et al. Vliv psychoemotivního stresu na pooperační průběh. I. Patofyziologické zá-

kłady. *Prakt. Léč.* 2002;(6):359-361

5. Grambal A, Grambalová Z, Pastucha P, et al. Farmakoterapie disociativních poruch. *Psychiatr. pro Praxi.* 2010;11(3):99-102.