

BOLEST PŘI SUBARACHNOIDÁLNÍM KRVÁCENÍ

Kateřina Hercingerová, Ludmila Chvojková, Šárka Vojtková

Neurologie JIP Nemocnice Na Homolce

Subarachnoidální krvácení, zkracováno česky jako SAK, nebo mezinárodně SAH patří mezi cévní mozkové příhody. Krvácení může vzniknout i traumaticky, ale zde se zaměříme na variantu spontánního krvácení, které nejčastěji vzniká z prasknutí cévní výdutě – aneurysmatu, méně často z arteriovenózních anomálií. Mortalita se pohybuje kolem 25% až 40%. Vzhledem k tomu, že se jedná o akutní, často na životě ohrožující stav s vysokou mírou komplikací, měl by být řešen ve specializovaných centrech.

Aneurysma je patologické vyklenutí cévní stěny. Nejčastější lokalizace je na bifurkacích cév Willisova okruhu a jeho větví. Prasknutí arteriální stěny vyvolává obvykle dramatický stav. Často vzniká při fyzické námaze, koitu, defekaci. Typickým příznakem je náhlá, velmi intenzivní bolest hlavy. Pacient často udává, že nikdy podobnou bolest nezažil. Může dojít k poruše vědomí různého stupně. Často se přidružuje nevolnost, zvracení. Fokální výpadky funkce nastávají pouze při kombinaci s krvácením do tkáně. Meningeální syndrom se vyvíjí obvykle během několika minut až několika hodin. Nepřítomnost meningeálního syndromu však SAK nevylučuje. Spíše výjimečně přicházejí pacienti do nemocnice opožděně, při krváceních menšího rozsahu, mohli buď vyčkávat bez ošetření nebo krvácení mohlo být mylně považováno za případ migrény, cervicokraniálního syndromu nebo chřipky.

Po získání anamnézy a provedením klinického vyšetření je relativně dobře dostupnou a spolehlivou metodou na potvrzení diagnózy CT mozku. CT mozku odhalí ve většině případech krev rozlitou v subarachnoidálním prostoru. U menších SAK může být však CT mozku negativní. V tomto případě je na místě provedení lumbální punkce. Při průkazu krvácení následuje provedení mozkové panangiografie. Při tomto vyšetření se do mozkových tepen aplikuje kontrastní látka. Lékař může sledovat průtok kontrastní látky cévami a lokalizovat aneurysma.

Volba léčebné metody při nálezu aneurysmatu je vždy multidisciplinární týmové rozhodnutí, kterého se zúčastní neurolog, neurochirurg, neuroradiolog popř. další. Za vhodnou metodu ošetření výdutě je považován clipping nebo-li zaštipnutí krčku aneurysmatu svorkou nebo coiling - endovaskulární zavedení odpoutatelných spirálek do dutiny výdutě. Coiling je dnes preferovanou metodou řešení uzávěru mozkových aneurysmat. Správným a rychlým načasováním léčby, lze omezit riziko recidivy krvácení, které mívá vysokou úmrtnost. Pacienti jsou často v těžkém stavu, vyžadující komplexní monitoraci, často i řízenou ventilaci.

Další pacienta ohrožující komplikací je vznik vasospasmů, jejichž následkem může dojít ke vzniku ischemické malacie. Pokud je prasklé aneurysma včas ošetřené, lze léčit i možné rozvíjející se vasospazmy. Pohotovost ke spasmům je vysoká mezi 3. až 20. dnem po vzniku krvácení. Rozvoj vasospasmů lze dobře hodnotit pomocí vyšetření transkraniální dopplerovské ultrasonografie (TCD).

U ošetřených výdutí jsou známky spasmů indikací k zavedení plné 3H terapie – hypertenze, hemodiluce, hypervolémie. Přítomnost nitrolební hypertenze a mozkového edému můžeme ovlivnit bolusovým podáváním Mannitolu 20% a NaCl 3% několikrát denně. Podávání nimodipinu je součástí prevence a léčby vasospasmů.

Měli bychom dbát o to, aby pacienti netrpěli bolestmi již od samotného přijetí do zdravotnického zařízení. Analgezie a zklidnění pacienta je nezbytné. Obvykle podáváme opiáty, u ventilovaných pacientů volíme k tlumení kombinaci fentanylu a midazolamu. Je třeba dbát o zajištění adekvátní výživy a současně i o vyprazdňování. Obtížná defekace, může způsobit nebezpečné zvýšení nitrolebního tlaku. Jako prevence zvyšování krevního tlaku je nutnost zajištění klidu pacienta na lůžku, omezení namáhavých pohybů a u ventilovaných pacientů zajistit velmi šetrné polohování, doporučená je zvýšená poloha hlavy cca 45 stupňů. Do léčby je zahrnuta i prevence trombembolických komplikací. Při výskytu epileptických záchvatů jsou indikována antiepileptika. V případě nutnosti je třeba léčit kardiální a další přidružené komplikace.

Stanovení léčebného i ošetrovatelského plánu i jeho realizace musí být komplexní, abychom pacientovi zajistili co nejefektivnější průběh léčby a uzdravování s co nejlepší prognózou.

