



DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA VE 3H RÁNO.... PORUCHY VĚDOMÍ

Natálie Görnerová
KARIM VFN Praha
NUDZ Klecany

Definice, dělení



- **Vědomí**- schopnost uvědomit si sebe sama oproti okolnímu světu a správně interpretovat vlastní prožitky, složky: vigilita-reakce + lucidita-vyhodnocení
- **Kvantitativní porucha** vědomí- porucha v průběhu ARAS
- **Kvalitativní porucha** vědomí- narušení chemismu CNS, změna konektivity struktur CNS

Kvantitativní poruchy- hodnocení

Eye Opening Response	
• Spontaneous – open with blinking at baseline	4
• To verbal stimuli, command, speech	3
• To pain only (not applied to face)	2
• No response	1
Verbal Response	
• Oriented	5
• Confused conversation, but able to answer questions	4
• Inappropriate words	3
• Incomprehensible speech	2
• No response	1
Motor Response	
• Obeys commands for movement	6
• Purposeful movement to painful stimulus	5
• Withdraws in response to pain	4
• Flexion: decorticate posturing	3
• Extension: decerebrate posturing	2
• No response	1
Total	

A

The patient is awake.

V

The patient responds to verbal stimulation.

P

The patient responds to painful stimulation.

U

The patient is completely unresponsive.

Somnolence = 14-13b GCS

Sopor = 12-9b GCS

Koma ≤ 8b GCS

Glasgow Coma Scale (Teasdale, Jenett; 1974)

Alert = 15 GCS

Voice Responsive = 12 GCS

Pain Responsive = 8 GCS

Unresponsive= 3 GCS

(Kelly, Upex and Bateman, 2004)

Glasgow Coma Scale

Testuje 3 modality, separátní zápis, do nabytí vědomí á 30 min

- a) Otevření očí: hodnotí ARAS (kmen) (Bader and Littlejohns 2004, Waterhouse 2009)
- b) Slovní odpověď: hodnotí integritu kortexu dominantního temporal. laloku (Bader and Littlejohns 2004, Marieb and Hoehn 2015)
- c) Motorická odpověď: hodnotí fci motorických a sensitivních korových oblastí (Bader and Littlejohns 2004)

CAVE: zjistit zda pacient není v některé testované oblasti kompromitován

Kmenové reflexy

Intaktní mesencephalon:

- Okulocefalický- nedeviuje pohled ve směru otočení hlavy
- Okulovestibulární- deviace bulbů ke straně dráždění (voda do ucha)

Intaktní medulla oblongata:

- Dávivý, kašlací reflex

Diagnóza?

- Okolnosti?
- Svědci?
- Známa anamnéza?



CAVE: klesající skóre GCS = ↓čas k diagnostice, ↑mortalita

ABC algoritmus, progresivně se horšící GCS + GCS ≤ 8 → OTI
nestabilní pacient nepatří na CT!

..a vždycky ta glykémie..

Diferenciální diagnóza



Příčina bezvědomí?

intracerebrální

lateralizace

meningismus

extracerebrální

Diferenciální diagnóza I

Intracerebrální příčina

Je přítomen **ložiskový příznak**?

: Anizokorie, paréza n. VII, jiná lateralizace..?

→ tj. strukturální léze → CT vyšetření

Je přítomno **meningeální dráždění**?

: subarachnoideální krvácení vs. meningitis

→ CT vyšetření → lumbální punkce

Diferenciální diagnóza II

Extracerebrální příčina

Per exclusionem: **ani** ložiskový příznak **ani** meningismus

→ ABC algoritmus, glykémie, TT, ASTRUP (AG?
Osmolární Gap?)

+ odběry BCH, KO+ dif, JTT, NH₃, TSH, Ca, Urea+ Kreatinin

Kvalitativní poruchy vědomí

- **Delirium:** fluktuující kvalitativní porucha vědomí, pozornosti, dezorganizované myšlení, halucinace a bludy
- **Amence:** dezorganizované myšlení, chybí PM neklid, poruchy vnímání a myšlení
- **Obnubilace:** náhlý začátek/konec, amnézie, u psychiatrických poruch a nekonvulzivních epi paroxů

Delirium



- Začátek je obvykle rychlý, vědomí během dne kolísá, trvá až 6 měsíců.
- Postoperační výskyt 5-70% u osob > 65 let (G.A. Mashour, 2014)
- Nejčastější pooperační neuropsychiatrická komplikace
- Spojené se zvýšenou morbiditou, delším pobytem v nemocnici, následným kognitivním deficitem, horší kvalitou života, vyšší náklady na péči

Typy deliria

- Hyperaktivní: významný motorický neklid, agrese,
psychotické fenomény
- Hypoaktivní: apatie, abulie, plochost emocí
nejčastější typ, poddiagnostikováno
- Smíšené: kombinace obou výše uvedených

Terapie: **vysadit anticholinergní terapii!!!**

nefarmakologická režimová opatření, vlídnost,
antipsychotika, alfa2 mimetika

Delirium tremens



- Z odnětí návykových látek-EtOH, BZD
- Symptomy: tremor aker končetin, fascikulace jazyka, hypertensní špičky, pocení, psychot. fenomény, symptomatické epi paroxysmy

Terapie: BZD á 6h p.o. ev i.v., infusní minerálová a vitamínová terapie, pomalá deescalace BZD během několika dnů



Děkuji za pozornost.