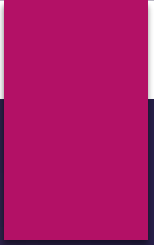


Setkání s neznámým:

**Disociativní ataka v pooperační
bolesti**



ZTRACENA VE VLASTNÍ MYSLI

Kazuistika, která možná nepřinese odpovědi.

RENÁTA KRČILOVÁ

KLINIKA ANESTEZIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

Kazuistika

- ❑ Vyvolala otazníky.
- ❑ Nepřinesla jednoznačné odpovědi.
- ❑ Donutila nás pomýšlet na existenci disociativních stavů.
Na jejich klinické projevy.

Pokusíme se nalézt odpovědi

- ❑ Může pooperační bolest, nasedající na předchozí psychická traumata, být spouštěčem narušené integrace vědomí?
- ❑ Může narušené vědomí být únikem před traumatem?
- ❑ Může být akutní bolest traumatem?
- ❑ Existuje vztah mezi stresorem a začátkem poruchy stavu vědomí?
- ❑ Může dojít k chronifikaci poruchy vědomí?

Kazuistika

Anamnéza

- ❑ Mladá žena.
- ❑ Dg.: prolaps rekta s rektokélou, hemoroidy II – III stupně.
Indikována ke korekci TST staplerem v celkové anestezii.
- ❑ Anamnéza: pacientka vdaná, VŠ vzdělání, pracující, bez interních komorbidit.
- ❑ Chronická medikace: kontraceptiva MYWY 3mg tbl , Venlafaxin 150mg tbl, Pregabalin 150mg tbl., Zolpidem 10mg tbl., Rivotril dlp, Magnezium dlp., vitamíny.
- ❑ Uznána schopnou výkonu v celkové anestezii jako ASA II. V den výkonu doporučeno podat chronickou medikaci Venlafaxin, Pregabalin.
- ❑ Premedikace 1 – 2 hodiny před výkonem Neurol 0,25mg 1tbl a Paralen 500mg 2tbl.

Kazuistika

Operační sál

- ❑ celková anestezie bez komplikací
- ❑ dýchací cesty zajištěny laryngeální maskou
- ❑ úvod do anestezie: Propofol 1%, Sontilen 20µg
- ❑ inhalační anestetikum Desfluran s MAC 1,0
- ❑ Novalgin 1g inj. v pomalé infuzi
- ❑ po vyvedení z anestezie pro silné bolesti 5µg Sontilenu nitrožilně
- ❑ při vědomí, oběhově i ventilačně stabilní, předána na monitorované lůžko dospávací haly

„nekonstantní,
nárazové“ bolesti
VAS 5

- Dipidolor
15mg/15ml NaCl
0,9% , bolus 3ml,
rychlost 3ml/hod.

úzkostná,
křečovitá, zaťatá
„všechno je
špatně“
zjevná psychická
krize

- tuší nestandardní
situaci
- asertivní, pozitivní
přístup
- ujišťuje o analgetizaci
- vybízí k trpělivosti
- nabízí pozitivní
témata

opakuje věty typu: „tohle
nedám“,
„tohle nepůjde“
„není cesty“
„na kurzu mě učili myslet
si o pr...i“

- sestra z týmu
zůstává u lůžka

po 40 minutách
bolest nesnesitelná

VAS 9

oběhově stabilní

Bradykardie 0

Tachykardie 0

Tachypnoe 0

- personál bolest věří
- po konzultaci Neodolpasse 250ml
- vykape však jen zanedbatelné množství



Záškuby v obličeji
Podobné rychlému mrkání

Nesrozumitelné
odpovědi

Cvakání zubů

Záškuby trupu

Stabilní vitální
funkce

- je volán lékař sloužící pro DP



Přestává reagovat
Desaturuje na hodnotu
85%

- podpůrná ventilace s trojitým manévrem
- přivolaný lékař přichází s kolegy
- MgSO4 10% 10ml ve 100ml NaCl 0,9%
- Midazolam 2mg nitrožilně

po velmi krátké chvíli

Spontánní obnova vědomí
Bez neurologického deficitu
Kardiopulmonálně stabilní

- povolán neurolog k lůžku
- negativní nález
- nepřebírá do péče
- neurolog odchází a situace na dospávací hale se uklidňuje

Ztráta vědomí se opakuje
Bez desaturace
Bez nutnosti podpůrné ventilace
Leží, zavřené oči
Nereaguje
GCS 3
Na trupu myoklonické záškuby
TK 101/57 mmHg,
P 78/min, DF 15/min,
SpO2 100 % s O2 2l/min,
glykemie 6,1 mmol/l,
TT 36,2°C

- je cca hodina od přijetí na dospávací halu
- pro popsané FF pacientku neintubují
- vyhodnotí a akutně přeloží nereagující pacientku na IPCHO

Krátce po přijetí na IPCHO spontánně nabývá vědomí bez deficitu

- CT vyšetření s negativním nálezem
- ošetrovatelská péče zaměřena na komfort a pravidelnou analgetizaci

V odpoledních hodinách

Na dotaz sestry udává
posun
z VAS 2 na VAS 4
Souběžně porucha vědomí
Myoklonické záškuby na
trupu
oběhově stabilní
Bradykardie 0
Tachykardie 0
Tachypnoe 0
SpO2 100 %
GCS 3

- přivolaný lékař
ordinuje Apaurin
10mg nitrožilně
- než je medikace
připravena situace se
mění

Pacientka nabývá
vědomí bez deficitu

Dožaduje se své
chronické medikace

- od podání Apaurinu je
upuštěno
- neurolog u lůžka s
negativním nálezem
- do své péče nepřebírá
- neurolog odchází,
souhlasí s návrhem
EEG
- situace na oddělení se
uklidňuje

Je nesdílňá
Nekomunikuje

K situaci se nevyjadřuje

EEG odmítá

Chce domů

- cestou standartního
oddělení je propuštěna
domů
- je jí důrazně
doporučeno došetření,
včetně psychiatrie

Vysvětlení? Hypotéza?

1.

- Vyloučení somatických příčin

2.

- Přihlédneme-li ke klinickému obrazu

3.

- **Disociativní záchvat**
- **Psychogenní neepileptický záchvat (PNES)**

Disociativní záchvat

Jak jej chápat?

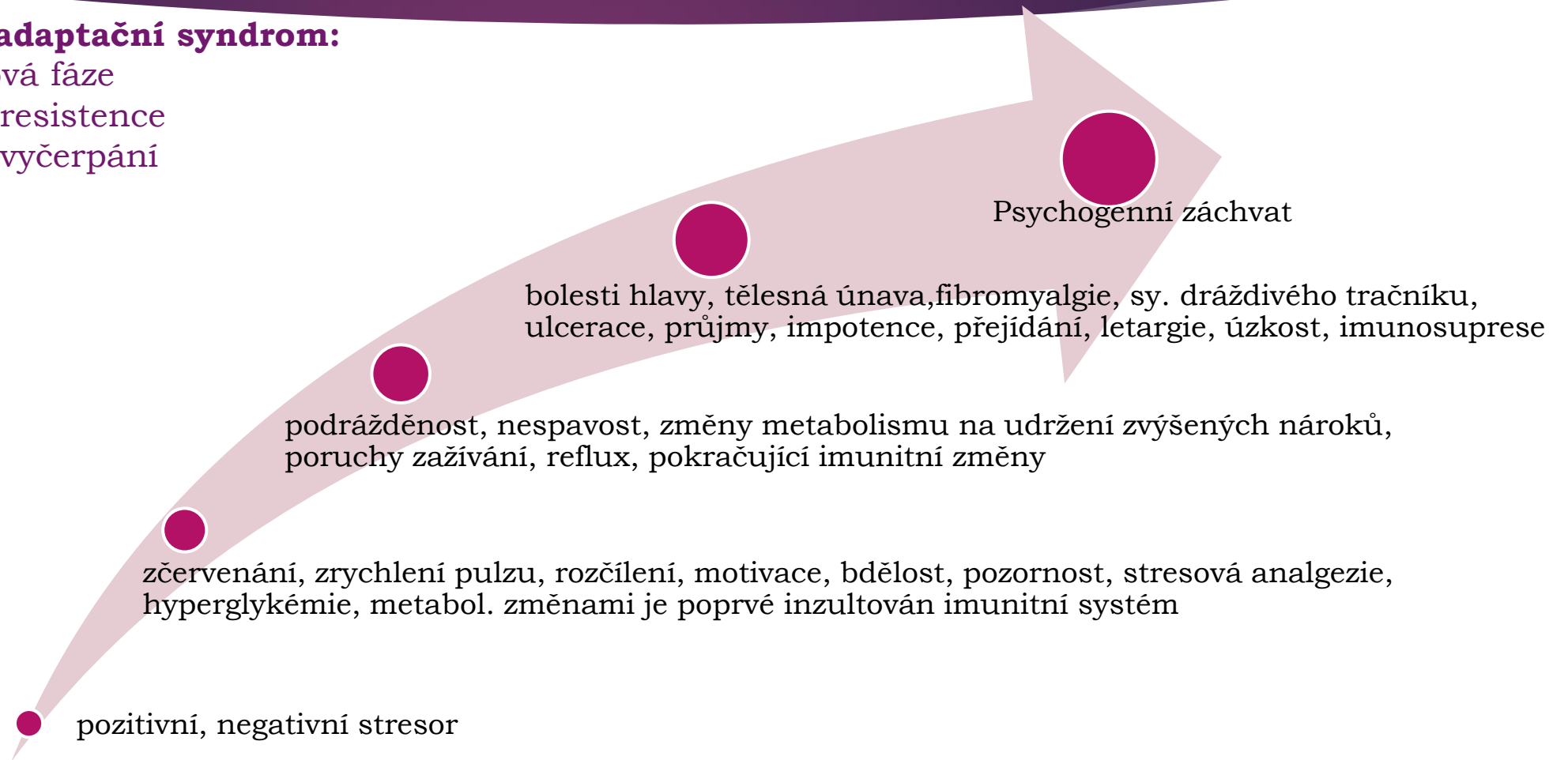
- ▶ nevědomý obranný psychický proces podmíněný selháním adaptace na trauma
- ▶ reakcí organismu na nežádoucí zátěž, která narušila integritu somatickou či psychickou
- ▶ z 90 % ženy
- ▶ neobvyklé somatické a psychické příznaky
- ▶ jakými jsou křeče, poruchy motoriky, sensoriky a senzitivity, amnézie či anestezie
- ▶ přicházejí nepozorovaně, pozvolně, vždy v přítomnosti druhých osob
- ▶ vymyká se fyziologickým zákonitostem a spontánně odeznívá
- ▶ záchvaty hysterické, hysteroepilepsie, konverzní záchvaty či pseudozáchvaty

Disociativní záchvat

Kde se vezme?

Všeobecný adaptační syndrom:

1. poplachová fáze
2. stádium resistance
3. stádium vyčerpání



Disociativní záchvat

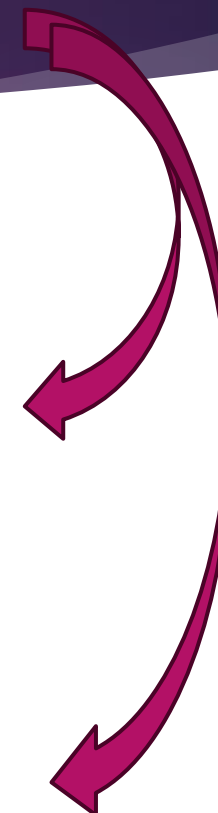
Modely

1	2	3	4
jedinec oddělí a potlačí své traumatické vzpomínky časem však vniknou do povědomí, připomenou trauma a vyvolají záchvat	obrannou reakci na hrozbu, která se podílela na traumatické události součást posttraumatické reakce výsledek akutní paniky	obrannou reakcí na řešení osobních problémů jedinec špatně nebo vůbec identifikuje své pocity a emoce	naučené chování operativně podmíněné lze říct, že jde o behaviorální zvyk

Disociativní záchvat

Proč ona a druhá ne?

- ▶ **Jsme rozdílní, jak odpovídáme na stres:** zkušenosti z rané části života-fetální program, zkušenosti nabitě během života, pohlavní rozdíly, genetické predispozice
- ▶ **Máme různé sociální chování podle prostředí:** stabilní či nestabilní s či bez teritoriálního ohrožení, výskyt dominantních či subdominantních jedinců



A odpovědi?

- ❑ Může pooperační bolest, nasedající na předchozí psychická traumata, být spouštěčem narušené integrace vědomí?

ANO. Akutní bolest narušuje somatickou integritu a pokud nasedá na predisponující psychická traumata, stává se spouštěčem. Následný pocit ztráty kontroly a ztráty pocitu bezpečí naruší i integritu psychiky.

A odpovědi?

❑ **Může narušené vědomí být únikem před traumatem?**

ANO. Narušené vědomí je jedna z možných obranných reakcí organismu a má za cíl zamezit další traumatizaci.

A odpovědi?

- ❑ **Může být akutní bolest traumatem?**

ANO. Akutní bolest může být pro pacienta složitým, traumatizujícím a neřešitelným konfliktem.

Stejně tak složitá potom může být odpověď organismu na tento konflikt.

A odpovědi?

- ❑ Existuje vztah mezi stresem a začátkem poruchy stavu vědomí?

ANO. Úvodní stresor, podmět či konflikt, může být natolik provokační, že přesahuje aktuální zvládací schopnosti postiženého, a proto je v ten okamžik nevytěsnitelný.

A odpovědi?

- ❑ **Může dojít k chronifikaci poruchy vědomí?**

ANO. Opakování záchvatu je pro pacienta cesta, jak snížit úroveň nežádoucí zátěže.

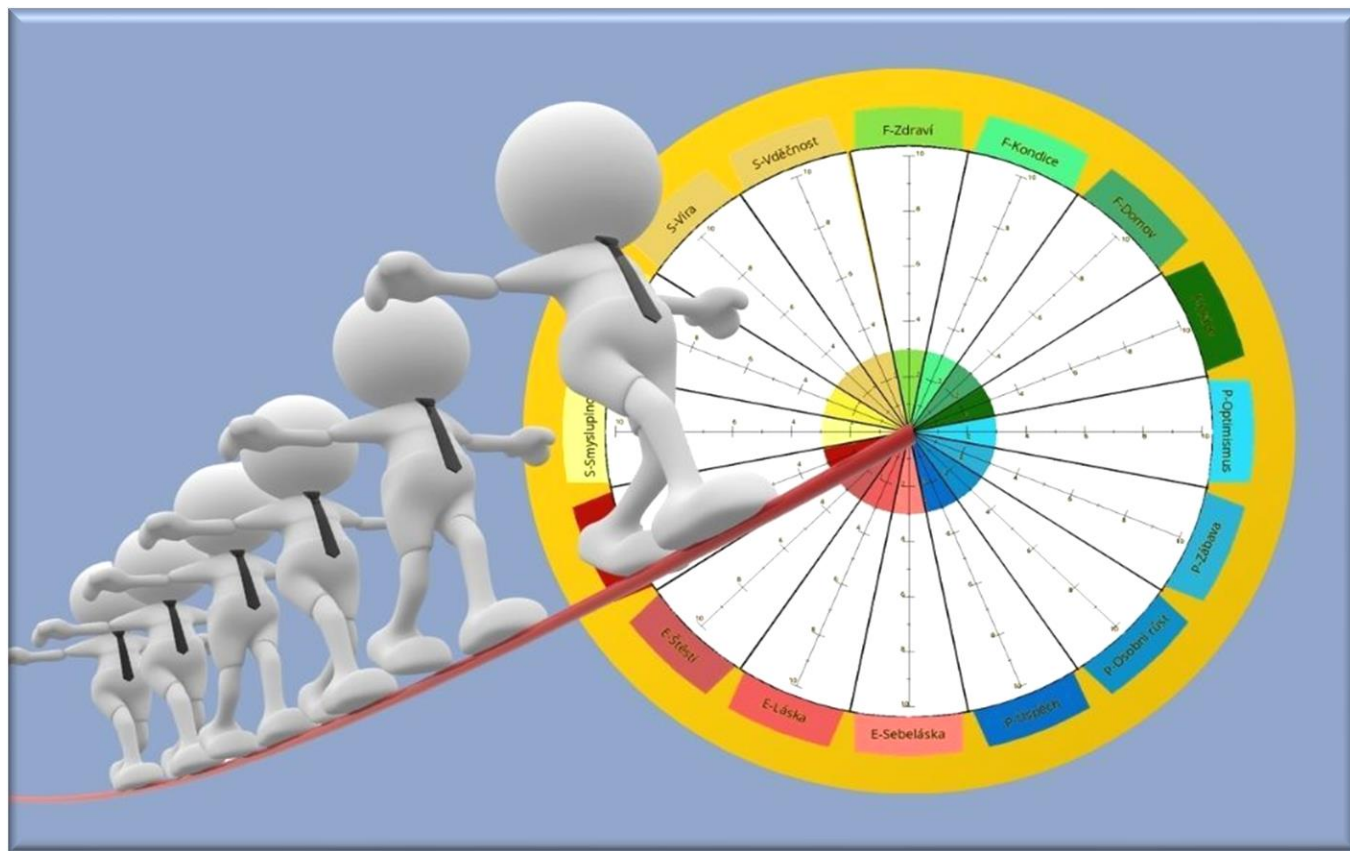
Děje se tak na základě primárních negativních zkušeností.

Léčba?

- anxiolytika
- psychoterapie, dlouhodobě

A jaký je závěr?

- ▶ Jako nelékařský personál v intenzivní péči máme velmi malé zkušenosti s neepileptickými disociativními stavy.
- ▶ Byli jsme poučeni jak složitá může být odpověď organismu na konflikt.
- ▶ Byli jsme poučeni, jak neřešitelným konfliktem pro pacienta může bolest být.
- ▶ Zkušenosti nám přibývají a my tím rozšiřujeme své znalosti.
- ▶ Rozšiřujeme také schopnosti hodnotit psychoemotivní platformy pacientů.
- ▶ Zjišťujeme úskalí analgetické terapie zejména u senzitivních jedinců.



**Životní rovnováha je jako balancování na tenkém laně.....
ať jsou tedy vaše kroky pevné a jisté.**

Děkuji za pozornost