

(vazodpressorický typ), poklesu tepové frekvence (kardioinhibiční typ) nebo k obojímu (smíšený typ). V rámci první pomoci stačí horizontální poloha a elevace dolních končetin. Vazovagální synkopy jsou zcela benigní a nejsou spojeny s vyšší mortalitou ani se zvýšeným rizikem náhlé smrti.

Ortostatická hypotenze bývá vázaná na rychlé změny polohy a vertikalizaci, dalšími příčinami může být dehydratace nebo vedlejší účinek léků (antihypertenziva, diuretika, nitráty, vazodilatancia apod.) Při ortostatickém testu měříme krevní tlak vleže a po vertikalizaci opakovaně po dobu dvou minut. V případě klinických příznaků a poklesu systolického krevního tlaku o více než 20 mm Hg je diagnóza ortostatické hypotenze potvrzena. V prevenci doporučíme režimová opatření – pomalé změny polohy, dostatek tekutin s příjmem rozloženým během dne a zvýšený přísun NaCl.

Kardiální synkopy patří mezi přechodnými poruchami vědomí k nejzávažnějším. Bývají buď arytmiické, nebo v rámci strukturálního onemocnění srdce. Po prokazatelné, byť krátké ztrátě vědomí by po nějakou dobu měla být monitorována srdeční akce pacienta právě kvůli odhalení poruch rytmu. Paroxysmální arytmie mohou však činit diagnostické obtíže. Léčen volby pro pomalé poruchy rytmu je *atropin* (dávku 0,5 mg i.v. lze opakovat), u výrazně symptomatických supraventrikulárních tachyarytmií můžeme použít léky ke zpomalení srdečního rytmu (*verapamil*, *metoprolol*). V rámci přednemocniční péče je potřeba snažit se vyvarovat použití antiarytmik s kardiovertovacím potenciálem (propafenon, amiodaron). V případě komorových arytmii (monomorfní nebo polymorfní komorová tachykardie, fibrilace komor) postupujeme podle zásad kardiopulmonální resuscitace.

Vertebrobazilární insuficience se objevuje u starších osob, u nichž zásobování mozku krví jde převážně cestou aa. vertebrales při aterosklerotickém postižení karotid. Typicky se objeví při záklonu hlavy nebo rotaci.

K **metabolickým poruchám vědomí** (na nichž se ještě podílí psychická složka) můžeme řadit i hyperventilační syndrom. Patofyziologickou podstatou je snížení hladiny ionizovaného kalcia v krvi při hypokapnii navozené hyperventilací, dochází i k typickým příznakům (třes, symetrické brnění končetin a úst, porodnická ruka, karpí ústa), jsou přítomny příznaky tetanie (Chvostkův příznak). Diagnostika obvykle nečiní obtíže, v rámci první pomoci lze omezit ventilaci například zpětným věchováním do sáčku. Snažíme se, aby pacient v první řadě zklidnil dýchání. U nespoupracujících pacientů je možná aplikace sedativ či kalcia.

I **krvácení neúrazového původu** se může manifestovat kolapsem. Nejčastěji se setkáváme s krvácením z gastrointestinálního traktu. V těchto případech obvykle nacházíme nejen přetrvávající hypotenzi, ale i známky anémie, zejména bledost sliznic a prodloužený kapilární návrat. Méně časté je krvácení při mimoděložním těhotenství, když je diagnostika snazší i díky typické, náhle vzniklé bolesti v hypogastriu. Vzhledem k rychlosti krevní ztráty nebyvají známky anémie.

V prvním kontaktu je nutné stanovit, zda jde o nezávažnou příhodu, nebo o synkopu či kolaps se zvýšeným rizikem smrti či vážného poškození zdraví.

Mezi jednoznačné indikace k hospitalizaci nemocného po synkopě či kolapsu patří anamnéza ICHS, srdečního selhávání nebo komorových arytmii, přidružená bolest na hrudi, fyzikální známky chlopní vady, srdečního selhávání, mozkové příhody nebo přítomnost ložiskového nebo kardiálního nálezu při EKG, nálezech přítomnost známek

není provázaná náhlou ztrátou vědomí, palpitace nebo ztráta vědomí při námaze, velmi časté epizody synkopy, podezření na ICHS nebo aritmie, mírná až střední ortostatická hypotenze a věk nad 70 let. Zatím však nejsou k dispozici ani randomizované studie, ani doporučení odborných společností, které by stanovovaly postup v jednotlivých případech krátkodobé ztráty vědomí.

Pokud nemocného ošetřujeme v rámci přednemocniční péče, máme omezené diagnostické prostředky a obvykle i málo času. Snažíme se zjistit co nejpodrobnější anamnestické údaje od pacienta i od jeho okolí s ohledem na výše uvedené rizikové faktory. Cíleně též zjišťujeme, zda má pacient implantovaný kardiostimulátor nebo kardioverter/defibrilátor. Ve vztahu k současné příhodě si necháme podrobně popsat charakter kolapsu. Provedeme pečlivé klinické vyšetření, monitorujeme dostupné parametry. I v terénu lze provést ortostatický test. Některé nemocné lze ošetřit na místě (např. mladé pacienty s typickou vazovagální synkopou), většina však vyžaduje transport. Mezi indikace pro transport patří anamnéza onemocnění srdce (strukturálního nebo elektrického), rodinná anamnéza náhlé srdeční smrti, přidružená bolest na hrudi nebo palpitace, přítomnost srdečního šelestu nebo známek srdečního selhávání, náamňová synkopa, přítomnost kardiostimulátoru či kardioverteru/defibrilátoru, abnormální neurologický nález, abnormální nález na EKG, poranění během synkopy či kolapsu, věk nad 60 let, hypoglykémie či klinické podezření na metabolický rozvrat, zcela nejasná příčina synkopy či kolapsu, přetrvávání obtíží po obnovení vědomí a časté rekurence. Mezi nemedicínské důvody transportu patří to, že pacienta nemůžeme ponechat na místě bez rizika případné újmy (sám pacient v terénu, nedostatečně oblečený a podobně).

Na úrovni příjmu do nemocnice je potřeba doplnit i další vyšetření: základní laboratorní diagnostiku, EKG, nebylo-li provedeno v terénu, toxikologické vyšetření, je-li to odůvodněné. Podle charakteru obtíží je potřeba si vyžádat konziliární vyšetření, nejčastěji kardiologické a neurologické, někdy i psychiatrické. Vyšetření zobrazovacími metodami a další specializovaná vyšetření indikujeme po dohodě s příslušnými odborníky a podle závažnosti stavu.

8.3.3 Terapeutická opatření u přechodných poruch vědomí

Jak vyplývá z velké variability příčin, je klíčová diagnostika, od níž se odvíjí další postup léčby. V prvním kontaktu můžeme provést pouze obecná opatření při zjevných nezávažných příčinách: polohování u vazovagálních kolapsů, doporučení zvýšeného příjmu tekutin při dehydrataci u jinak bezrizikových pacientů, režimová opatření u ortostatické hypotenze, omezení ventilace u hyperventilace apod. U arytmiických synkopů zvážíme závažnost příznaků a medikamentózní léčbu zahajujeme jen při skutečně závažných symptomech.

8.4 Delirium

Delirium (akutní zmatenost, kvalitativní porucha vědomí apod.) je přechodná porucha vědomí s náhlou ztrátou vědomí a dezorientací. Závažnost onemocnění závisí na příčině a rozsahu ztráty vědomí.