

Základní neurologické vyšetření (D)

Stav vědomí je hodnocen v rámci vyšetření vitálních funkcí (viz výše). V rámci orientačního neurologického vyšetření můžeme provádět jen takové testy, které nevyžadují spolupráci pacienta. Při pozorování motorických reakcí na algický podnět je významné sledovat i symetrii či asymetrii této reakce. Důležité je zjistit velikost a reakce zornic. Při hodnocení symetrie zornic si musíme dát pozor na předchozí operace katarakty nebo na úraz v anamnéze. Okulocefalický reflex rychlé rotace hlavy můžeme provést jen v případech, že jsme si jisti, že nejde o úraz krční páteře.

Interpretace vyšetření zornic a bulbů:

- zornice jsou izokorické, fotoreakce je zachovaná, okulocefalický reflex je normální – tento náález svědčí pro toxické a toxicko-metabolické příčiny,
- špendlíkovité zornice nacházíme při intoxikaci opioidy; při současně kvadruplegii může jít o lézi mozkového kmene (rozsáhlou ischemii či krvácení),
- je přítomná divergence bulbů a zornic vertikálně nebo horizontálně – náález značí poškození mozkového kmene infarzací, stlačením či krvácením,
- deviace bulbů dolů bývá u krvácení do talamu, deviace nahoru je vzácná, může být následkem hypoxické encefalopatie,
- stočení bulbů do strany – hemoragie v oblasti mozkové kůry; jestliže zornice směřují od parietické strany; pokud zornice hledí směrem k hemiplegii, může jít o krvácení do pontu (tzv. konjugovaná deviace bulbů),
- bloudivé pohyby bulbů většinou v horizontální rovině bývají u oboustranných hemisferálních lézí a při intoxikacích,
- jednostranná mydriáza svědčí pro supratentoriální lézi s kompresí n. III na postižené straně (tam, kde je mydriáza),
- symetrické rigidní zornice ve středním postavení značí poškození středního mozku (krvácení, infarzáce, komprese) nebo může jít o extrémní stimulaci sympatiků.

Dále můžeme vyšetřit přítomnost či nepřítomnost **korneálního reflexu**. Jeho ztráta při postižení kmenových funkcí znamená špatnou prognózu.

Meningeální příznaky, přítomné při dráždění mozkových plen (opozice šije, Brudzinského fenomén, Lasègueův příznak) nevyšetřujeme při jakémkoli podezření na možný úraz. V kómatu či při fulminantně probíhající meningokokové sepsi nemusí být přítomny.

Motorické funkce můžeme hodnotit pouze omezeně. Posuzujeme svalový tonus, dekortikální a decerebrační projevy, šlachové reflexy, křeče, parézu nebo plegii a symetrii pohybové reakce. Při vyšetření motoriky horních končetin v bezvědomí použijeme vyšetření pádu končetiny – volný pád na plegické straně, na nepostižené pád bržděný.

Klinické vyšetření „od hlavy k patě“ (E)

Pohledem zhodnotíme celkové příznaky a také okolí pacienta. U pacienta se zaměříme na stav výživy, svalstva, viditelné deformity, barvu kůže, přítomnost cyanózy, exantém – typ a charakter, lokální afekce (kožní záněty, vředy). Pomocí kožní řasy odhadneme turgor podkoží. Pečlivě prohledáme celého pacienta a hledáme známky traumatu – hematomy rány avulzivně brávná hematomu lžičkovitých Vřetelnic

Hlava již byla vyšetřena při neurologickém vyšetření.

Na krku zjišťujeme šelest nad karotidami, který nás může upozornit na možnou jednostrannou stenózu.

Na hrudníku pátráme po asymetrii dýchání, deformitách, známkách traumatu.

Hodnotíme i typ dýchání:

- tachypnoe – v mělkém bezvědomí (u traumatu, otrav apod.),
- Cheyneovo-Stokesovo – periodické dechy, které se prohlubují, až vznikne pauza (srdeční selhávání, uremie, těžká pneumonie, zvýšený intrakraniální tlak, CMP),
- apneustické – strojové při poruše pontu,
- Biotovo – řízně hluboké dechové vlny a pauzy při meningitidách a encefalitidách, je způsobeno sníženou drážděností dýchacího centra,
- Kussmaulovo acidotické – hluboké, zrychlené; je přítomno při diabetickém kómatu, způsobeném nahromaděním ketolyseliny, a při metabolické acidóze z jiných příčin.

Vyšetříme poklepem a poslechem. Vyhodnotíme patologické dýchací šelesty i s ohledem na přítomnost přenesených fenoménů při snížené průchodnosti dýchacích cest při bezvědomí, tyto zvuky by se měly při upravení průchodnosti normalizovat.

Vyšetříme stav oběhu a myokard – hodnoty systolického a diastolického tlaku, kvalitu pulzu, tepovou frekvenci, periferní pulzový deficit, srdeční zvony a srdeční šelesty.

Vyšetření břicha začínáme též pohledem (jizvy, postup dechové vlny), vyšetříme poklepem (zachovaná peristaltika) a pohmatem – bolestivá reakce, hmatné rezistence, močový měchýř (může být u člověka v bezvědomí nevyprázdněný; a tudíž hmatný), velikost jater, popřípadě zda je slezina hmatná.

Na dolních končetinách sledujeme přítomnost otoků a jejich symetrii, popřípadě pulzaci na periférii.

Monitorování pacienta a paraklinická vyšetření

Snažíme se získat co nejvíce údajů i z monitorování, avšak hodnoty vždy posuzujeme v kontextu celkového stavu. EKG monitor včas zachytí arytmie, pulzní oxymetr poruchy oxygenace. K orientaci o celkové výměně plynů užijeme kapnometr, který měří parciální tlak oxidu uhličitého na konci výdechu. Stanovení hodnoty glykémie glukometrem provedeme u bezvědomí vždy, stejně jako změnění teploty. Jsou-li k dispozici analyzátoři laboratorních hodnot, využijeme je. Na UP odesíláme biochemický screening (elektrolyty, glykémie, arteriální krevní plyny), krevní obraz, případně vyšetření hemokoagulace, zánětlivé markery, screening drog, popřípadě kompletní toxikologické odběry. Doplňme CT vyšetření, ev. s kontrastem, samozřejmostí je EKG. Invasivní vyšetření indikujeme po zvažení poměru risk/benefit a s ohledem na předpokládanou etiologii.

8.2.3 Diferenciální diagnostika a možné příčiny přetrvávajícího bezvědomí

Pozor na možnou kombinaci příčin! Může jít o koincidenci vyvolávajících faktorů.