

Kromě obecných opatření platných pro pacienta v bezvědomí je nutné udržet dostatečnou perfuzi mozku – jelikož arterie v ischemické oblasti jsou dilatovány, je perfuze této oblasti pasivně závislá na systémovém arteriálním tlaku. Hodnoty krevního tlaku tolerujeme až do výše 180/110 mm Hg. Rozhodně se musíme vyvarovat hypotenze. Při jejím výskytu zahajujeme volumoterapii podle stavu kardiovaskulárního aparátu. Samozřejmostí je monitorování dosažitelných parametrů a dynamiky stavu pacienta. V případě známé doby vzniku, absence kontraindikací a při dodržení časového okna (4,5 hodiny pro systémovou trombolýzu, 6 hodin pro mechanickou tromboektomii) by měl být pacient s příznaky CMP neprodleně směrován do specializovaného centra (komplexní cerebrovaskulární nebo iktové) k revaskularizační léčbě.

Podrobně je problematika cévních příhod rozebrána v kap. 10 Akutní cévní mozkové příhody.

#### Psychiatrické příčiny poruch vědomí neboli pseudokóma

Výjimečnými příčinami poruch vědomí jsou katatonie (u chronické schizofrenie), narkolepsie (záchvatovitě onemocnění s patologickým nálezem na EEG) či hluboký spánek po spánkové deprivaci. Obtížná diagnostika je u disociativních poruch, ke kterým dochází např. po silném traumatizujícím zážitku, a zejména disociativní stupor může imitovat poměrně hlubokou poruchu vědomí. U disociativních poruch dochází k „odpojení“ pacienta od myšlenek, vzpomínek, emocí, činností a uvědomění si vlastního já. Postižení mají amnézii buď retrogradní, nebo anterogradní, někdy i na dlouhé období. Psychogenní příčina zdánlivého bezvědomí bývá klinicky velmi matoucí. Pokud při pečlivém vyšetření nacházíme normální reakci zornic, zachovaný svalový tonus a reflexy, lze zvažovat (při negativních výsledcích vyšetření zobrazovacími metodami a laboratorních vyšetření včetně toxikologie) psychogenní původ. Charakteristické je aktivní uhýbání pohledem směrem od vyšetřujícího při manuálním otevření očí.

#### 8.2.4 Neodkladná opatření a následná terapie

Souběžně s vyšetřováním jsou nutná terapeutická opatření, kdy postupujeme podle algoritmu A-B-C (airway – breathing – circulation), jako ve všech akutních situacích. Obecná opatření k podpoře a udržení vitálních funkcí jsou základem terapeutického přístupu k pacientovi v bezvědomí, jehož příčinu neznáme, farmakoterapie je až v dalším pořadí a jen tehdy, je-li odůvodněná.

**Zajištění průchodnosti dýchacích cest je základním opatřením u bezvědomého pacienta.** Zajistíme průchodnost dýchacích cest a zhodnotíme ventilaci. Nejdokonalším zajištěním dýchacích cest a zároveň i zábranou aspirace je intubace. Její použití závisí na znalosti indikací, kontraindikací a možných komplikací a zejména na kvalitním výcviku v použití této techniky. K dispozici jsou alternativní pomůcky pro zajištění dýchacích cest zdravotníky, kteří nemají dostatečné zkušenosti s endotracheální intubací. Použití těchto pomůcek je technicky jednodušší a bezpečnější (laryngeální maska, kombi-tubus, laryngeální tubus) z hlediska možného poškození pacienta při pokusech o intubaci, nechrání však před možnou aspirací. V rozhodování o způsobu zajištění dýchacích cest musí být vzaty v úvahu veškeré faktory: erudice zasahujícího zdravotníka, klinický stav pacienta, délka a hloubka poruchy vědomí, riziko nebo již existující zvracení, odhadovaná etiologie poruchy vědomí, předpokládaná další