

Pacient s poruchou vědomí

Porucha vědomí

KVANTITATIVNÍ

somnolence- nemocného je možné probudit k normálnímu bdělému stavu

sopor-probuzení nemocného je obtížné, orientace a sebeuvědomění jsou omezené

koma- nemocného nelze přivést do bdělého a orientovaného stavu ani silnějšími

nociceptivními podněty

GCS- reakce očí

hybnost

schopnost slovní komunikace

KVALITATIVNÍ

demence

deprese

AKUTNÍ DELIRIUM- častá porucha vědomí i nemocných na JIP

nespecifické reakce mozku na stresovou situaci vlivem dysbalance koncentrací

serotoninu a dopaminu ve vybraných částech mozku

porucha orientace, především MÍSTEM (živé sny pacienta, někdy současně s

přítomností zrakových i sluchových halucinací a často se sklonem k paranoidnímu chování

vzniká vlivem zátěžové situace většinou v terénu určité mozkové patologie

(degenerativní postižení mozku, abúzus alkoholu nebo návykových látek)

plně reverzibilní

terapie- TIAPRID, HALOPERIDOL

tiaprid 100mg i.v po 1-2 hodinách do navození zklidnění, dále po 4 hodinách

—> přechod na p.o 3x100mg

v úvodu se podává jednorázově 5-10mg Diazepamu i.v.

CAVE HYPOAKTIVNÍ DELIRIUM- charakterizováno stavem letargie- nejčastější

forma deliria ve stáří

etiologie- cévní

orgánové

metabolické

endokrinní

toxické a fyzikální

fyzikální vyšetření

TT- horečka- většinou zánětlivé etiologie-meningitidy, encefalitidy

hypotermie- otravy, hypoglykémie, hypotyreóza

(<31 stupňů Celsia)

DF-tachypnoe- acidóza, těžká pneumonie

TK- vyšší- mozkové trauma

nižší- intoxikace, hypotyreóza, sepse

křeče

vyloučit meningeální dráždění

zornice- dilatované, nereagující na svět- supratentoriální postižení

zúžené-intoxikace, zejména drogy