

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ПАЦИЕНТ ВО НЕСВЕСНА СОСТОЈБА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на пациент во несвесна состојба.

Член 2

Начинот на ургентни постапки на пациент во несвесна состојба е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при пациент во несвесна состојба по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8923/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПАЦИЕНТ ВО НЕСВЕСНА СОСТОЈБА

МЗД Упатство
18.05.2009

- Основи
- Ургентни постапки
- Евалуација на причините за изгубена свест
- Клинички преглед на пациент со изгубена свест
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Пациентот во несвесна состојба не може да комуницира, не исполнува команди.
- Несвесната состојба е резултат од дисфункцијата на двете хемисфери или заради нарушување на ретикуларната супстанција во мозочното стебло.
- Повеќе причини доведуваат до несвесна состојба, а некои од нив доведуваат до витална загрозеност (табела 2). Дијагнозата и третманот би требало истовремено да се одвиваат.
- Ургентното интервенирање ќе го скрати времето, потребно за откривање на причината на несвесната состојба и ќе овозможи благовремено започнување на третманот.
- Ресусцитација.

УРГЕНТНИ ПОСТАПКИ

1. Реагирајте според ABC постапките (аерација, дишење, циркулација).
 2. Превенирајте аспирација.
 3. Исклучете присуство на гликемија или третирајте ја.
- Ургентната интервенција може да вклучи и третман со тиамин (пред гликозата кај етиличарите).
 - Штом ќе се воспостават виталните функции, итно треба да се откријат причините за нарушувањето на свеста. Очевидците на настанот се од големо значење, особено се важни податоците во врска со претходните негови заболувања и користените лекови.

ЕВАЛУАЦИЈА НА ПРИЧИНИТЕ ЗА ИЗГУБЕНА СВЕСТ

- Акронимот **МИДАС** е корисен потсетник на важните причини, како и на причините кои може да се третираат: **М**енингит-**И**нтотоксикација-**Д**ијабет-**А**ноксија-**С**упдурален хематом.

Најчести причини за настанување на несвесна состојба

- Во клиничката пракса причините за несвесната состојба може да се групираат во 4 главни категории:
 1. Интракранијални структурни причини:
 - Церебрален инфаркт, церебрална хеморагија, церебрална контузија, мозочен тумор, церебрален апсцес или друга структурна лезија.
 - Супратенторијална причина која доведува до појава на: дисфазија, хемипареза, конјугирана девијација на погледот (пациентот гледа кон лезијата, спротивно од страната на парезата) и позитивен знак на Бабински на страната на хемипарезата.

- Инфратенторијална причина која доведува до појава на дискоњугација на очите, нистагмус, дисфагија, дисартрија, атаксија, хемипареза, девијација на погледот кон страната на парезата (пациентот гледа спротивно од лезијата), тетраплегија, обострано позитивен знак на Бабински, окципитална главоболка и повраќање.
 - Дијагнозата се базира на невролошкиот преглед и на неврорадиолошките испитувања. КТМ е дијагностичка метода на прв збор.
2. Системски или дифузни причини од церебрално потекло, како што е метаболната, токсичната, хипооксичната или септичната етиологија (60-70% од случаите):
 - Без невролошки фокален дефицит и знаци, симптомите се симетрични (нема унилатерални симптоми). Типичните знаци се состојат од: конфузност, поспаност, миоклонични конвулзии, неволни движења во вид на астериксис, тремор и миотични зеници (интоксикација со опијати).
 - Лабораториските испитувања ќе ја потврдат дијагнозата.
 3. Инфекции на централниот нервен систем (менингоенцефалит, енцефалит):
 - Состојбата на пациентот сугерира на менингеална иритација: треска, закочен врат и конфузност пред запаѓањето на пациентот во несвесна состојба.
 - Дијагнозата се базира на резултатите од цереброспиналниот ликвор и од хемокултурата.
 4. Епилептични или други напади и постиктални состојби:
 - Дијагнозата се заснова на очевидци кои ќе дадат податоци за нападите, за восприемливоста за добивање напади и електроенцефалографските наоди. Повредите од гризнатиот јазик упатуваат на состојба по епилептичен напад.

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД НА ПАЦИЕНТ СО ИЗГУБЕНА СВЕСТ

Општ статус

- Општиот статус вклучува преглед на главата, вратот, јазикот, кожата, стомакот, телесната температура, мирис на здивот, типот на дишење, кардиоваскуларниот статус, белодробната аускултација и преглед на екстремитетите.
- Да се бараат знаци за траума, инфекција, ригидитет на вратот, хипертензија, хипотензија, хронични заболувања (малигни, белодробни, хепатални, бубрежни, срцеви, имунодефицитни), интоксикација (знаци за убоди од игла).

Невролошки преглед

- Целта на невролошкиот преглед е да се локализира или да се исклучи церебралната лезија како причина за несвесната состојба.
 1. Прочена на нивото на свеста која постепено се продлабочува:
 - Отворање на очите (можеби ќе биде неопходно да се делува со звучна дразба), моторен одговор (ако е потребно, одговор на болна дразба, како што е притисок на супраорбиталната или стерналната регија) и говорен одговор.
 - Варијациите во Glasgow Coma Scale (табела 1). Реакциите на пациентот да се регистрираат во медицинската документација.
 2. Невроофталмолошки преглед:
 - Мозочните центри кои се одговорни за свесната состојба и за нејзината детериорација се сместени во близина на структурите за движење на очните јаболка во мозочното стебло. Затоа испитувањето на очите е важно.
 - Да се проверат: пупиларниот одговор (големина, симетрија, светлосна реакција), оптичката папила (венска пулсација, папилоедем, крвавења) и подвижноста на очните јаболка (во крајната положба, спонтани движења и, ако е неопходно, и окулоцефаличниот рефлекс).

- Окулоцефаличен рефлекс: главата на пациентот бргу се свртува од една кон друга страна→погледот треба да остане фиксиран на истото место.
 - Знакот на куклени очи: погледот го следи вртењето на главата→знак за лезија во мозочното стебло.
3. Рефлекси со потекло од мозочното стебло:
- Тест за рефлексот на очниот капак и корнеалниот рефлекс-функција на горниот дел на понсот.
 - Тест за рефлексот на кашлање (одговор при трахеална аспирација)-функција на долниот дел на понсот.
 - Окулоцефаличниот рефлекс е исто така рефлекс од мозочното стебло и претставува индикатор за функционирањето на долниот дел на понсот.
4. Невролошки унилатерални симптоми:
- Секоја разлика меѓу двете страни треба да се нотира, одговорот на спонтаните движења, одговорот на болка, тонусот и рефлексите на екстремитетите и знакот на Бабински.

Табела 1. Glasgow Coma Scale

Критериуми	Одговор	Бодови
Отвора очи	Спонтано	4
	На вербална команда	3
	На болка	2
	Не отвора очи	1
Моторен одговор	Одбива команди	6
	Локализира болка	5
	Се трга од болка	4
	Флексија од болка	3
	Екстензија од болка	2
	Нема одговор	1
Вербален одговор	Ориентиран	5
	Конфузен	4
	Несоодветни зборови	3
	Нејасни звуци	2
	Нема одговор	1
		Вкупно 3-15

Ургентни состојби

- Некои пациенти во несвесна состојба може бргу да завршат со смрт ако се остават без третман. Со таа цел, со помош на клиничкиот преглед на болниот треба неопходно да се идентифицираат или исклучат следниве состојби (табела 2):

Табела 2. Причини за несвесна состојба кои доведуваат до витална загроеност

Причини за несвесна состојба кои доведуваат до витална загроеност	
1. Брза експанзија на интракранијалниот процес кој се заканува со хернијација и компресија на мозочното стебло:	<ul style="list-style-type: none"> • Нивото на свеста бргу се продлабочува. • Пупилите се асиметрични, една дилатирана и фиксирана (окуломоторна пареза). • Ова е неврохируршка итност, потребно е итен КТМ.
2. Зголемен интракранијален притисок:	<ul style="list-style-type: none"> • Појава на главоблка, повраќање и папилоедем. • Ова е неврохируршка итност, потребно е итен КТМ.
3. Несвесна состојба кај болен со антикоагулациски лекови или со предиспозиција за крвавење:	<ul style="list-style-type: none"> • Фокални невролошки знаци и промени во нивото на свеста. • Сомнение за церебрална хеморагија, додека не се докаже спротивното. • Ова би можело да биде неврохируршка итност, потребно е итен КТМ.
4. Базиларна тромбоза:	<ul style="list-style-type: none"> • Типични знаци и симптоми како: спастичност, продлабочена свест, неразбирлив говор, нарушување во движењата на очите, хемипареза или тетрапареза. • Ова е невролошка итност, неопходен е итен КТМ (+КТ-ангиографија) или МР (+МР-ангиографија).
5. Бактериски менингит:	<ul style="list-style-type: none"> • Типични знаци и симптоми: треска, вратна закоченост, епилептични напади и промени на кожата (петехии). • Третманот треба веднаш да почне. Дијагнозата се базира на резултатите од ликворот (+хемокултура).

Лабораториски испитувања

- Почетните испитувања треба да вклучат:
 - ЕКГ и рентгенграфија на белите дробови;
 - Гликемија и гасни анализи;
 - CRP, целосна крва слика;
 - СК, TnT (trinitro toluol);
 - Креатинин, уреа, Na, K, Ca;
 - ALT, gamma-GT;
 - АРТТ, INR;
 - Среден млаз од урина, уринокултура;
 - Серумски етанол и серумски испитувања за интоксикација.

Неврорадиолошки испитувања

- КТМ
 - Првата метода на избор кај пациент со изгубена свест.
- МР на мозокот
 - Метода која се предлага како понатамошно испитување, откако ќе се направи КТМ;
 - Претставува попрецизна/посуптилна метода за испитување на задната мозочна јама, мозочното стебло и на белата мозочна маса.
- КТ ангиографија, МР ангиографија

- Методи кои треба неодожно да се изведат само ако детектираната васкуларна причина влијае во изборот на третманот што ќе следи, како што е суспекцијата на базиларна тромбоза, синус тромбоза, церебрален васкулит или каротидна дисекција.

Други испитувања

- ЕЕГ:
 - Се прави по сознанието дека несвесната состојба му претходела на епилептичниот напад или ако се постави сомнение за неконвулзивен статус епилептикус.
 - ЕЕГ може да даде информација за метаболно нарушување (хепатична кома) или инфекција (херпес енцефалит).
- Ликвор:
 - Анализата на ликворот може да упати на сомнение за инфекција (или на инфламациско заболување на централниот нервен систем) ако етиологијата на несвесната состојба останала неразјаснета.
 - Во анализата на ликворот треба да бидат вклучени: изгледот на ликворот (ксантохромја), клетките, протеините, гликозата, присуството на бактерии-серологија (суспекција на инфекција). Две одделни епрувети со примерокот од ликворот треба да се обезбедат за соодветните анализи.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Литература

- Stevens RD, Bhardwaj A. Approach to the comatose patient. Crit Care Med 2006 Jan; 34(1):31-41. **PubMed**
- Young GB. Coma. Ann N Y Acad Sci 2009 Mar; 1157():32-47. **PubMed**
- Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00246 (036.002) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Mikko Kallela and Perttu J. Lindsberg Previous authors: Kati Juva Article ID: ebm00751 (036.002) ©2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.05.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2014 година.**