



Poskytnutí první pomoci lékařem

Doc. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

Panická ataka

Panická porucha je duševní poruchou, která se zřejmě nejčastěji ze všech duševních poruch ocitá v péči nepsychiatra. Její příznaky totiž připomínají často velmi věrně akutní koronární příhodu. Typický pacient s panickou atakou je v klasickém případě několikrát přivezen rychlou záchrannou službou na interní pracoviště intenzivní péče s podezřením na akutní infarkt myokardu a teprve po opakovaném negativním nálezu se pomýšlí na možnost jiné diagnózy. Prevalence pacientů s panickou poruchou mezi pacienty koronární jednotky, hospitalizovanými pro bolest na hrudi, se odhaduje asi na 20 %.



Příznaky panické ataky jsou velmi dramatické a mohou zahrnovat:

- palpitace, bušení srdce nebo zrychlený puls,
- pocení,
- chvění nebo třes,
- pocity zkráceného dechu nebo dušení,
- pocity zalykání se,
- bolesti nebo nepříjemné pocity na hrudníku,
- nauzeu,
- pocity závratě, neklidu, točení hlavy nebo mdloby,
- derealizace nebo depersonalizace,
- strach ze ztráty kontroly nebo zešlání,
- strach ze smrti,
- parestázie (pocity znecitlivění nebo mravenčení),
- pocity chladu nebo návaly horka.



V definici panické ataky se říká, že je to "ohraničená perioda intenzivního strachu a nevolnosti", při níž se náhle rozvinou alespoň 4 příznaky z výše uvedených a stav dosáhne vrcholné intenzity během 10 minut. Diagnóza panické poruchy pak znamená, že se tyto panické ataky pravidelněji opakují v krátkém časovém období (dny až týdny). Panická porucha se může vyskytovat samostatně, nebo ve spojení s agorafobií, což je strach z pohybu mimo domov, zejména na otevřených prostranstvích. Agorafobie bývá způsobena obavou pacienta, že ho venku přepadne záchvat paniky a nebude tam moci najít pomoc.

Je zajímavé, že panická porucha patří mezi diagnózy, u kterých se často chybí. Stanovení správné diagnózy se často opoždí. Přitom diagnostická vodítka jsou velmi jasná. Žádná jiná psychická porucha nemá tak jasně vyjádřený záchvatový charakter. Panická ataka je mezi psychiatrickými diagnózami výjimečná a velmi specifická tím, že má jasný začátek z plného zdraví, velmi krátké trvání (minuty až maximálně několik málo

desítek minut) a pak návrat k plnému zdraví. Žádná jiná duševní porucha neprobíhá tak dramaticky a neimponuje tak výrazně jako primární tělesná nemoc. Často, když mě volají o službě na konzilium k neznámému pacientovi, lze usuzovat již jen ze způsobu, jak mi z centrálního příjmu referují: "Toho pacienta sem RZP přivezla s podezřením na infarkt tento týden již potřetí, ale nikdy se to nepotvrdilo". Jakmile slyším spojení RZP a opakovaně negativní vyšetřování pro infarkt, napadá mě automaticky podezření na panickou poruchu a málokdy je tomu skutečně jinak.

Při první prodělané panické atace u konkrétního pacienta nelze v terénu skutečně vyloučit akutní koronární příhodu a první pomoc se tedy neliší od první pomoci při skutečném kardiálním onemocnění, včetně transportu do nemocnice. Pacient by měl být podrobně kardiologicky vyšetřen. Při negativním nálezu by se mělo v diferenciální diagnostice pomýšlet i na další somatická onemocnění, která by mohla podobný stav vyvolávat. Z kardiálních příčin by se dále mělo pomýšlet na anginu pectoris, hypertenzi a prolaps mitrální chlopně. Z plicních onemocnění bychom měli vyloučit bronchiální astma a plicní embolii. Na rovině endokrinní by měla být zvažena možnost eventuelní hypertyreózy, hypoparatyreózy a feochromocytomu. Neurologická diferenciální diagnostika zahrnuje temporální epilepsii, roztroušenou sklerózu a nitrolební expanzivní procesy. V neposlední řadě je třeba vyloučit i drogovou intoxikaci, zejména by se mohlo pomýšlet na vliv marihuany, amfetaminů, kokainu a halucinogenů, rovněž nadměrná expozice nikotinu může přispět k vzniku panické ataky.

Jiná situace nastává, jestliže u pacienta jde o opakovanou panickou ataku a pacient (nebo někdo z jeho okolí) je nám schopen sdělit, že byl již pro podobné obtíže nedávno vyšetřován a somatický nálezu byl negativní. Bohužel nepříliš často obsahují sdělení i pozitivní diagnózu – totiž že by pacient byl schopen udat, že mu po negativním nálezu byla stanovena diagnóza panické poruchy. Vzhledem k dramatickosti stavu bychom měli udělat jen krátký anamnestický dotaz a ptát se po charakteristických rysech ataky – tj. náhlém začátku, vůdčích symptomech, charakteristickém krátkém trvání (minuty až desítky minut) a způsobu odeznění (zpět k normě).



Opatření první pomoci:

Jestliže pacient hyperventiluje, měl by dýchat do pytlíku (papír, igelit), aby se zamezilo vzniku excesivní hypokapnie. Při těžké formě panické ataky lze dosáhnout rychlého odeznění příznaků aplikací 10-20 mg diazepamů. (Při i. v. aplikaci nesmíme zapomínat na rychlý nástup hypnotického efektu. Stav pacienta musí být sledován, včetně možnosti případně umělé ventilace) Pacienta poučíme, že panická ataka je velmi nepříjemný stav, ale neohrožuje jeho život ani zdraví. Je třeba jej urychleně nasměrovat do péče psychiatra, pokud tento kontakt ještě nenastal. Mnohonásobné opakování somatických vyšetření, pokud byla dříve negativní, působí spíše kontraproduktivně a v pacientovi fixuje nepřiměřené obavy o tělesné zdraví.

Těžší léčby panické poruchy je v dlouhodobé a kontinuální terapii. Neléčíme jednotlivé panické ataky, ale poruchu jako celek. Uplatňuje se jak farmakoterapie, tak kognitivně-behaviorální psychoterapie. Ve farmakoterapii dnes dominují antidepresiva typu SSRI (tj. inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), především sertralin, fluvoxamin, paroxetin nebo citalopram. Pro rychlejší zmírnění úzkosti se v prvních týdnech léčby mohou přikombinovat benzodiazepiny (alprazolam, clonazepam), ale maximálně po měsíci podávání by se měly zase (postupně) vysadit. Taktický terapeutický cíl je monoterapie antidepresivem. Stav se v optimálním případě při léčbě SSRI stabilizuje během 3-6 týdnů, ale lék je třeba podávat v udržovací léčbě alespoň několik dalších měsíců po dosažení remise, i když pacient je zcela bez obtíží.