###

### 9 Delirantní stavy

**Po prostudování kapitoly byste měli být schopni: **

* **definovat delirantní stav**
* **charakterizovat typ onemocnění provázených častěji delirantními stavy**
* **vyjmenovat jeho možné příčiny**
* **popsat rozdíl mezi hypoaktivním a hyperaktivním deliriem**
* **vyjmenovat zásady řešení delirantních stavů**

 ****

**Klíčová slova:** delirium, hyperaktivní delirium, hypoaktivní delirium, dehydratace, metabolický rozvrat, nefarmakologická léčba, psychofarmaka, omezující prostředky

**9.1 Definice, epidemiologie, etiologie**

***Definice:***reverzibilní komplexní mozková dysfunkce jako nespecifická reakce na různé noxy. Objevení se deliria znamená zhoršení prognózy nemocného ve smyslu pomalejší rekonvalescence s potenciálním nebezpečím rozvoje komplikací, dlouhodobějšího přetrvávání mentální deteriorace asi u 1/3 delirujících nemocných a přechod do demence u 5-10% nemocných. Obecně je delirantní stav považován za projev celkové křehkostí organizmu a u téhož nemocného má tendenci se při dalších zhoršením zdravotního stavu opakovat. Za rizikové je možno považovat nemocné ve věku nad 70 let, s akutním somatickým onemocněním, nemocné s demencí, nemocné léčené psychofarmaky, ev. závislé na alkoholu či jiných látkách a nemocné s psychicky labilní

***Epidemiologie deliria***: Deliratní stavy se mohou vyskytnout u poměrně vysokého procenta seniorů zvláště ve spojení s akutní změnou jejich zdravotního stavu – například u seniorů po operativním řešení zlomeniny femoru je delirantní stav pravděpodobný až v 50% případů, po operacích všeobecně chirurgických u 10% nemocných. Přechodná zmatenost se však může vyskytnout i v domácím prostředí u 65 letých v 1-2%, nad 85 let u 10-13%.



***Etiologie:* nejčastější extrakraniální příčinou deliria je dehydratace,**dálemetabolické poruchy, bolest, horečka, zánětlivá reakce, hypoxémie mozku, hypoglykémie, retence moči, podání léků, vysazení léků, přerušení přísunu alkoholu, změny prostředí, celková anestézie, traumata a různé kombinace těchto faktorů. Z příčin intrakraniálních je nutno očekávat delirantní stavy u nemocných s hypoxémií mozku, demencí, depresí, epilepsií, po iktech. Delirantní stav může být prvním příznakem subdurálního hematomu, neuroinfekce (encefalitida, meningitida), tumoru mozku či psychiatrického onemocnění.

**9.2 Příznaky, diagnostika**

***Příznaky:*** náhle vzniklý přechodný stav zmatenosti s neklidem, úzkostí, s poruchou paměti, orientace, chování, spánku, bdělosti a pozornosti, většinou s retrográdní amnézií. Stav bývá doprovázen halucinacemi a bludy, obranným a únikovým jednáním. POZOR! U některých nemocných se může projevit tzv. hypoaktivní forma deliria, při které je nemocný naopak apatický a nevyžaduje pozornosti.

***Diagnostika:*** zvážení možných vyvolávajících faktorů, neurologické vyšetření, biochemické vyšetření ke zjištění poruch vnitřního prostředí, nepřehlédnout apatii a zdánlivou bezproblémovost nemocných s hypoaktivním deliriem.

***Diff.dg.:*** zvážit možnost organické příčiny – trauma, subdurální hematom, subarachnoidální krvácení apod. Rozdíl delirantního stavu a demence je zejména v trvání a rychlosti nástupu.

**9.3 Léčba**

**Hydratace**, zajištění bezpečnosti nemocného, odstranění vyvolávajících příčin, vysazení medikace, která není nezbytně nutná, **nefarmakologická opatření** jako je klidné prostředí s eliminací možných stresujících faktorů, stimulace vhodnou denní aktivitou (hudba), klidnit nemocného přítomností ošetřujícího. U lehčích delirií je možno podat oxazepam pro jeho anxiolytický efekt. V případě nedostatečného efektu aplikace atypických neuroleptik – tiaprid, nebo klasických neuroleptik – haloperidol, do doby dosažení plného efektu medikace jsou mnohdy přechodně nutné mechanické omezující prostředky. Klasická neuroleptika používáme pouze v nezbytně nutných situacích a pouze ke zvládnutí těžkého akutního delirantního stavu, dlouhodobé podávání je pro výskyt nežádoucích účinků kontraindikováno. K podání neuroleptik je mnohdy nutno přistoupit v případech kdy nemocného pro neklid není možno došetřit např. CT, nebo kdy dlouhotrvající těžký neklid vede k vyčerpání personálu a závažnému rušení nočního klidu ostatních nemocných na oddělení. Po podání **neuroleptik** je nutno očekávat **nežádoucí vedlejší účinky** jako je kognitivní deteriorace, anticholinergní efekty - močová retence, suchost v ústech, rozmazané vidění, zácpa a zhoršení glaukomu, extrapyramidové symptomy - polékový parkinsonský syndrom, ortostatická hypotenze, srdeční arytmie.

**Shrnutí kapitoly**

Delirium je definováno jako reverzibilní komplexní mozková dysfunkce jako nespecifická reakce na různé noxy. Objevení se deliria znamená zhoršení prognózy nemocného ve smyslu pomalejší rekonvalescence s potenciálním nebezpečím rozvoje komplikací. N**ejčastější extrakraniální příčinou deliria je dehydratace,**dálemetabolické poruchy, bolest, horečka, zánětlivá reakce, hypoxémie mozku, hypoglykémie, retence moči, podání léků, vysazení léků, přerušení přísunu alkoholu, změny prostředí, celková anestézie, traumata a různé kombinace těchto faktorů. Jedná se o náhle vzniklý přechodný stav zmatenosti s neklidem, úzkostí, s poruchou paměti, orientace, chování, spánku, bdělosti a pozornosti, může však mít i tzv. hypoaktivní formu. Léčba spočívá v **hydrataci**, zajištění bezpečnosti nemocného, odstranění vyvolávajících příčin, vysazení medikace, která není nezbytně nutná. Efektivní mohou být i **nefarmakologická opatření** jako je klidné prostředí s eliminací možných stresujících faktorů. Klasická neuroleptika používáme pouze v nezbytně nutných situacích a pouze ke zvládnutí těžkého akutního delirantního stavu.

**Otázky a úkoly **

**Definujte delirantní stav**

**Charakterizujte typ onemocnění provázených častěji delirantními stavy**

**Vyjmenujte možné příčiny delirantních stavů**

**Popište rozdíl mezi hypoaktivním a hyperaktivním deliriem**

 **Vyjmenujte zásady řešení delirantních stavů**

**Doporučená literatura:**

 **Jirák R. Gerontopsychiatrie. Galén 2013**

 **Matějovská Kubešová H. Akutní stavy v geriatrii. Galén 2009**

 **Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén 2005.**