

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 křehkosti organismu a u téhož nemocného má tendenci se při dalších zhoršeníh 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: Delirantní 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, dále metabolické 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.: zvážít 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 ošetřujících. 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. **Nejčastější extrakraniální příčinou deliria je dehydratace**, dále metabolické poruchy, bolest, horečka, zánětlivá reakce, hypoxémie mozku, hypoglykémie, retence moči, podání léků, vysazení léků, přerušování 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.