



Delirium

Tereza Uhrová

Psychiatrická klinika
Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd
1. lékařská fakulta
Univerzita Karlova
a
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Delirium

- akutní neuropsychiatrický syndrom vzniklý v důsledku nespecifické reakce predisponované mozkové tkáně na:
 - různé somatické faktory
 - nebo intoxikace
- dominantní projevy:
 - kvalitativní porucha vědomí (narušená orientace v realitě)
 - akutní porucha pozornosti



Etiopatogeneze deliria

dosud uspokojivě neobjasněna

- Společný patofyziologický mechanismus všech delirií:
 - generalizovaná dysfunkce kortikálních i subkortikálních neuronů
 - multitransmitterová dysbalance

redukce cholinergní transmise, ↑ uvolňování dopaminu, norepinephrinu a glutamátu, ↑ n. ↓ aktivita serotoninu a GABA,
↓ syntézy neurotransiterů vlivem ↓ oxidačního metabolismu (hypoperfúze/hypoxie)
- Řada dalších hypotéz:

zánětlivá reakce se ↑ aktivitou cytokinů, stresem ↑ aktivita osy hypothalamus-hypofýza-nadledvinky, změna propustnosti hematoencefalické bariéry, přímý toxický vliv na metabolismus CNS ...

→ **globální mozková dysfunkce**



Etiologie - multifaktoriální

- Model:  vulnerabilita spouštěcí faktor
- Sumace psychotoxického efektu více subklinických faktorů

Provokační faktory:

- somatogenní
- farmakogenní
- psychogenní

demence, CMP, (neuro)infekce, imunodeficit, epilepsie, dehydratace, por. výživy....

analgetika, antibiotika, antimykotika, antivirotika, anticholinergika, kortikoidy a nesteroidní antiflogistika, cytostatika, levodopa, agonisté dopamine, sedative, stimulancia.....

adaptabilita – změna prostředí, přesycení sensorickými podněty...



Epidemiologie deliria

- často u hospitalizovaných
- ↑ výskyt stoupá s ↑ věkem a ↑ závažností somatického stavu

Prevalence

- v populaci 1-2%
- mezi hospitalizovanými 14-24% !

Incidence

- v průběhu hospitalizace 6 až 56%
- incidence ↑↑ ve specializovaných populacích
 - 15-53% pooperačně u pacientů > 65 let
 - 70-87% u starších pacientů na JIPu

Syndrom často nerozpoznán ⇒ výskyt pravděpodobně mnohem ↑



Rizikové faktory deliria

Potenciálně ovlivnitelné faktory	Neovlivnitelné rizikové faktory
Senzorické oslabení (zrak, sluch)	<u>Demence či kognitivní deficit</u>
Imobilizace	Pokročilý věk (> 65 let)
Medikace	Mužské pohlaví
Ak.neurol.onem. (CMP, neuroinf.)	Polymorbidita
Interkurentní onem.(inf., anémie, dehydrat., malnutrice, trauma, HIV)	Anamnéza: deliria, CMP, neurol. onem., pádů či poruch chůze
Metabolická porucha	Chron.renální či hepatální onem.
Chirurgické zákroky	
Prostředí (JIP)	
Bolest	
Emoční stres	
Dlouhodobá spánková deprivace	



Klinické příznaky / diagnostika



- A. Zastřené vědomí**, tj. snížená jasnost uvědomování si okolí, se sníženou schopností zaostřit, udržet nebo přesunout pozornost
- B. Narušení poznávacích schopností:**
 - a) Narušení bezprostřední a krátkodobé paměti
 - b) Dezorientace místem, časem nebo osobou
- C. PM poruchy:**
 - a) Rychlé a nepředvídatelné přechody z hypoaktivity do hyperaktivity
 - b) Prodloužený reakční čas
 - c) Zvýšený nebo snížený proud řeči
 - d) Prodloužená úleková reakce
- D. Narušení spánku nebo cyklu spánek – bdění:**
 - a) Nespavost nebo inverze cyklu spánek – bdění
 - b) Zhoršování příznaků v noci
 - c) Rušivé sny a noční můry, které mohou pokračovat jako halucinace nebo iluze po probuzení



E. Příznaky začínají rychle a jsou měnlivé v průběhu dne

F. Anamnéza, somatická nebo neurologická vyšetření nebo laboratorní testy svědčí pro základní nebo systémové onemocnění (jiné než související s psychoaktivními látkami), které je možno považovat za příčinu klinických projevů podle kritérií A-D

Další typické obtíže:

- **emoční poruchy:**
 - deprese, úzkost, strach, podrážděnost, euforie, apatie, zmatený údiv
- **globální porucha poznávání a chápání:**
 - zkreslené, skutečnosti neodpovídající vnímání, iluze, halucinace (často vizuální)
 - zhoršení abstraktního myšlení a chápání s přechodnými bludy, s určitým stupněm inkoherece (delirující osoby vnímají přítomnost nereálně, zkresleně, časté bývají bohaté snové představy, někdy hrozivého obsahu)



Vyšetření - cílená explorace

Vstupní informace: rodina/personál !!!

- akutní začátek (změna výchozího kognit.stavu)
- kolísání v čase
- spánkový rytmus, noční produkce
- přítomnost interkurentního onemocnění
- medikace (včetně změn v dávkování)
- vysazení alkoholu a jiných psychotropních látek
- změny v prostředí

Opakované vyšetření v různých denních dobách

CAVE!!! LUCIDNÍ INTERVAL !!!



Komplikace (důsledky) deliria

Komplikace deliria

- úrazy až sebezabití při dezorientaci, agitovanosti, pádu, útěku
- interní komplikace (pneumonie, dekubity, sepse, aj.)
- progrese poruchy vědomí s rozvojem kómatu a s fatálním zakončením

Delirium komplikuje průběh základního onemocnění

- zvyšuje mortalitu, morbiditu
- prodlužuje hospitalizaci
- oddaluje úzdravu
- snižuje soběstačnost



Léčebné postupy

postupy empirické

- Eliminace etiopatogenetické noxy
 - rozpoznat etiologii
 - léčit základní onemocnění
- Symptomatická farmakoterapie

Tlumení neklidu, úzkosti, psychotických příznaků:

- ✓ tiaprid 100-1000 mg
- ✓ quetiapin 25-800 mg
- ✓ melperon 25-250 mg
- ✓ haloperidol 3-12 mg



Léčebné postupy 2

- Úprava environmentálních podmínek
 - zajistit bezpečnost pacienta
 - vytvořit a udržovat terapeutické vztahy
 - poučit pacienta i jeho blízké
 - ošetrovatelská péče:

- časté kontrolování
- stabilní prostředí (vč. personálu)
- jednolůžkový pokoj
- redukce hluku a vnějších stimulů
- reorientace na okolní prostředí
- využití rodinných příslušníků
- užití individuálního nočního osvětlení



Problematika deliria byla demonstrována na videokazuistice

Kazuistika: ♀ 1949

OA: art.hypertenze, hyperlipidemie, anam. žilní trombóza, ak. pankreatitida; od 2011 por.přízpusobení

- od 2015 Parkinsonova nemoc

FA: Velaxin, Ketilept, Madopar, Lyrica, Concor cor, Ramipril, Anopyrin, Omeprazol, Detralex, Simgal, Kapidin

NO: fraktura dist.radia sin. s dislokací a nezdařenou repozicí – k chir. řešení

-po zákroku plný pokoj hadů, příšer, přestrojených lidí, kamery a odposlechy v posteli, cílem likvidace pac.

-k ambulantní psychiatrické kontrole přichází poprvé 13 měsíců po této události – v mezičase bez lékařské péče (strach z kontaktu)



Klinické příznaky

- komplexní halucinatorní “scénické” prožitky - halucinace zrakové, sluchové, čichové
- paranoidně-perzekuční bludy - strašidelné obsahy - kongruentní auditivní halucinace
- emoční náboj → strach o život – “perzekuce”
- nespavost – aktivní bránění spánku
- ztráta realitní kontroly - “síla reality” → dopad na chování → snaha o řešení, záchranu → útěk
- u kognitivně intaktních: snaha zorientovat se v situaci → pseudoracionální chování → konflikt

Obvyklý zápis v dekurzu:

- opakovaně se snaží opouštět oddělení, domluvě nepřístupná



Dimisse při nerozpoznaném deliriu

V domácím prostředí:

- “delirantní rezidua” - rušivé sny a noční můry, pocit přítomnosti někoho cizího
- výskyt v nočních hodinách - dopředu strach ze tmy
- dopad na chování – spaní při světle, “obranné” předměty u postele

Důsledky:

- poznamenaný rok života
- fixace bludných idejí – vše si pamatuje !
- strach z jakékoli další hospitalizace, zanedbávání lékařské péče
- anosognosie



Co by bylo pomohlo?

- Informování lékaře
- Farmakoterapie
- Ošetrovatelská péče
 - reorientace na realitu
 - podpora – empatie - zklidnění
- Nasměrování k psychiatrovi
- Zpracování delirantních prožitků



Take home message

- Časně identifikovat rizikovou populaci !
 - U rizikové populace po výskytu deliria aktivně pátrat !
 - U hospitalizovaných bývá zdrojem klíčových informací nelékařský personál, zejména noční sestra
 - Terapie: léčba vyvolávající příčiny, symptomatická th a ošetrovatelská péče!
 - S odstraněním vyvolávající příčiny delirium obvykle regreduje – bez léčby však často zůstávají rezidua !
 - Obvyklý postup lékaře: vyšetření – shrnutí/zhodnocení potíží – vysvětlení - terapeutický návrh
- ⇒ velmi důležité i u pacienta v těžkém stavu
- ⇐ často si pamatuje víc, než nám připadá možné

