

DELIRIUM VE VYŠŠÍM VĚKU

MUDr. Vanda Franková

Psychiatrická léčebna Dobřany

Delirium u starších nemocných zůstává mnohdy nediagnostikováno, což je způsobeno hlavně přehlédnutím jeho časté hypoaktivní formy nebo záměnou za poruchy chování u demence. Proto u každého staršího nemocného vyšetřujeme kognitivní funkce, abychom delirium včas odhalili a léčili. Vždy dodržujeme léčebně-preventivní opatření, která mohou snížit riziko vzniku či rozvoje deliria až o 1/3. Základem léčby je odstranění vyvolávající příčiny. Musíme-li tlumit agitovanost nemocného, pak volíme nejčastěji tiaprid nebo haloperidol v doporučených dávkách, popř. léčbu doplňujeme benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem. Práce shrnuje některé základní údaje o deliriu, zaměřuje se hlavně na vyšetření a léčbu.

Klíčová slova: delirium, hypoaktivní forma, léčebně-preventivní opatření, vyšetření, léčba deliria.

DELIRIUM IN ADVANCED AGE

Delirium in elderly patients remains frequently undiagnosed. It is caused mainly by missing its frequent hypoactive form or substitution for behavior disorders in dementia. That is why we examine cognitive function in every elderly patient to discover and treat delirium early. It is necessary to keep precautions that can decrease the risk of development of delirium by up to one third. The most important component of treatment is a removal of its cause. If it is necessary to decrease the agitation of a patient, we prefer most frequently to use tiaprid or haloperidol in recommended doses, eventually the treatment is widened by benzodiazepines with short excretory half-life. The article summarizes some basic information about delirium and focuses mainly on the examination and treatment.

Key words: delirium, hypoactive form, therapeutic and treatment precautions, examination, treatment of delirium.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 2: 56–59

Kazuistika

Na interní oddělení nemocnice byla přivezena 78letá bývalá zdravotní sestra s podezřením na plicní embolii (tachykardie, dušnost, úzkost). Bydlela sama, plně soběstačná. Při vyšetření byla klidná, spolupracovala, ale měla výrazné poruchy pozornosti (nevymenovala dny v týdnu), byla dezorientovaná časem (místo října jmenovala březen, ostatní nebyla schopna specifikovat, vyjmenovávala znovu některé dny v týdnu), měla porušenou krátkodobou paměť. Několik hodin po testu sdělovala sestře, že po zemi lezou brouci, byla velmi úzkostná, zmatená. Plicní embolie se nepotvrdila, diagnostikováno delirium. Od dcery bylo zjištěno, že asi týden před přijetím byla nemocná zvýšená dávka Prothiadenu, který užívala dlouhodobě kvůli „depressivní neuróze“. Prothiaden se vysadil, došlo k odeznění deliria, stav nemocné se zcela normalizoval, byla propuštěna domů.

Úvod

Delirium (akutní stav zmatenosti) je závažný klinický syndrom, se kterým se setkáváme u 30–40 % hospitalizovaných geriatrických nemocných. Je projevem akutní globální dysfunkce mozku. Projevuje se řadou psychických a behaviorálních příznaků. Základním příznakem je různě hluboká a různě dlouhá, často kolísající kvalitativní porucha vědomí. Obvykle je komplikací závažných tělesných onemocnění. Prodlužuje hospitalizaci, zvyšuje morbiditu a mortalitu. Delirium zůstává mnohdy nerozpoznáno, hlavně kvůli přehlédnutí časté hypoaktivní formy deliria nebo záměně za demenci. Dodržováním správných preventivních

opatření lze zabránit rozvoji deliria u více než 1/3 geriatrických pacientů.

Příčiny deliria

Delirium vzniká jako nespecifická reakce na různé noxy somatického a toxického charakteru. Jako provokující momenty se ale mohou uplatnit i stresory psychosociální. Je důsledkem interakce mezi individuální vulnerabilitou organismu (tj. vnímavostí nemocného k rozvoji deliria, která vyplývá z nahromadění rizikových faktorů) a vyvolávající příčinou (tabulka 1). Hlavními rizikovými faktory jsou vysoký věk, poškození mozku včetně demence, poruchy zraku a sluchu, malnutrice, chronická onemocnění, polyfarmacie, abúzus alkoholu, delirium v anamnéze.

Klinický obraz

Pro delirium je typický akutní začátek a kolísání příznaků během dne. Základním příznakem je zmatený obsah duševní činnosti (neschopnost nemocného integrovat psychické funkce). Na delirium bývá plná nebo ostrůvkovitá amnézie. Podle klinického

obrazu rozlišujeme 3 typy deliria: **Hyperaktivní typ** (15–20 % delirií vyššího věku) – s psychomotorickou hyperaktivitou, agitovaností až agresivitou. Typická je manipulace s prádlem (přerovnávaní, „cupování“, sbírání neexistujících snítek na oblečení apod.). Pacienti mohou ale i ublížit sobě (vytrhávají si cévky, kanyly, hrozí pády) nebo svému okolí (brání se manipulaci, vyšetření, „bojují s nepřitelem“). Časté jsou psychotické příznaky. Hyperaktivní typ deliria bývá často spojen s toxickými faktory (farmaka, alkohol), zlomeninami, srdečním selháním. **Hypoaktivní typ** (20–70 %) – psychomotorická aktivita je redukována, nemocný může být až apatický. Příčinou hypoaktivního deliria bývají často metabolické poruchy (např. jaterní či renální selhání), často bývá spojeno s dehydratací, malnutricí, dekubity. **Smíšený typ** – hyperaktivita se střídá s hypoaktivitou, častý u polymorbidních nemocných s polypragmazií.

Vyšetření

Všichni rizikovití pacienti by měli být cíleně vyšetřováni na přítomnost deliria (vyšetření kognitivních

Tabulka 1. Základní příčiny deliria ve stáří

systémová onemocnění	infekce (močová, plicní); nemoci, které vedou k hypoxii mozku (ICHS, generalizovaná ateroskleróza, kardiální dekompenzace, anémie, plicní choroby); nemoci s vlivem na metabolismus mozku (hypoglykemie a jiné endokrinopatie, jaterní a renální selhání); další poruchy (dehydratace, retence moči a stolice, bolest)
organické nemoci CNS	demence, tumor, trauma, cévní mozková příhoda, hydrocefalus, absces, neuroinfekce, epilepsie
vliv farmak, psychoaktivních a dalších látek	anticholinergní látky (např. tricyklická antidepresiva, většina klasických neuroleptik), antiparkinsonika (anticholinergní, levodopa), benzodiazepiny s dlouhým vylučovacím poločasem, některá analgetika, alkohol
psychosociální vlivy	změna prostředí, ztráta blízké osoby, nadměrná nebo nedostatečná senzorická stimulace

Tabulka 2. Některé typické nálezy u deliria

Symptom	Co může znamenat
dTK > 120 mm Hg	hypertenzní encefalopatie
sTK < 90 mm Hg	šoková hypoperfuze mozku, předávkování antihypertenzivy
tachykardie	sepsy, delirium tremens, hypertyreóza, hypoglykemie, organické onemocnění mozku s úzkostí a neklidem
febrilie; hypotermie	infekce, delirium tremens; podchlazení
tachypnoe, dyspnoe	hypoxie, hyperkapnie, CHOPN, další nemoci plic či srdce
mydriáza; mióza; asymetrie; nystagmus	delirium tremens; předávkování narkotiky; trauma mozku, tumor; předávkování benzodiazepiny
chrůpky na plicích	srdeční selhávání, zánět plic
fokální neurologický nálezy	cévní mozková příhoda, trauma mozku, tumor
otok DK	srdeční selhávání, trombóza, fraktura
Vysvětlivky: sTK = systolický krevní tlak, dTK = diastolický krevní tlak	

Tabulka 3. Základní vyšetření psychického stavu

Typický příznak	Vyšetření	Hodnocení
náhlá změna a/nebo kolísání mentálních funkcí	objektivní informace (anamnéza, dokumentace), pozorování, MMSE, test hodin apod.	akutně (hodiny až dny) vzniklá porucha kognitivních funkcí s kolísáním stavu
porucha pozornosti	„Vyjmenujte pozpátku měsíce v roce, čísla od 20 do 1“ apod.	problémy zaměřit, udržet či přesunout pozornost
dezorganizované (inkoharentní) myšlení	„Co se stane, když hodím kámen (list) do vody?“, „Popište přípravu snídaň“ apod.	odpovídá (reaguje) irrelevantně, inkoharentně, bludy
porucha vědomí	pozorování, rozhovor, sluchové či taktilní stimuly	snížené uvědomování si okolí, zmatený až chaotický obsah duševní činnosti

funkcí při přijetí do nemocnice)! Způsob a rozsah vyšetření záleží na hloubce deliria a ochotě nemocného spolupracovat. Delirium diagnostikujeme ve dvou rovinách: Rozpoznání syndromu deliria (symptomatická diagnóza) a určení příčiny stavu.

1. Anamnéza (objektivní údaje od osoby blízké, svědka, praktického lékaře): Kdy a jak stav vznikl, jak se vyvíjel, co mu předcházelo, dochází v průběhu stavu ke změnám, trpěl nemocný dříve nějakou chorobou, jaké užíval léky, pil alkohol, prodělal v poslední době nějaké poranění nebo pád, měl nějaké psychické problémy, vyskytl se tento stav poprvé nebo již opakovaně atd.

2. Fyzikální vyšetření

Některé typické nálezy jsou uvedeny v tabulce 2.

3. Vyšetření psychického stavu

Základní vyšetření psychického stavu je uvedeno v tabulce 3.

Hodnotíme i další příznaky: orientaci („Jak se jmenujete? Kde se nacházíte? Ve kterém jsme městě? Jaký je dnes den (měsíc, rok, datum)? Proč jste teď právě tady?“), abstraktní myšlení („Jaký je rozdíl mezi slovy: schody a žebřík? Vysvětlete přísloví...“), krátkodobou paměť („Opakujte po mně 3 slova: jablko, šátek, talíř“). Můžeme použít psychometrické testy: MMSE (Mini Mental State Examination), Test hodin,

Tabulka 4. Diagnostická kritéria deliria podle MKN-10

Zastřené vědomí se sníženou schopností zaměřit, udržet či přesunout pozornost
Porucha poznávacích schopností (dezorientace časem, v závažnějších případech i místem a osobou, zhoršení bezprostřední a krátkodobé paměti)
Psychomotorické poruchy (snížená aktivita nebo hyperaktivita a/nebo nepředvídatelné přesuny z jednoho stavu do druhého)
Porucha spánku nebo cyklu spánků-bdění (zhoršování příznaků ve večerních a nočních hodinách, nespavost, denní ospalost, někdy spánková inverze, rušivé sny a noční můry)
Náhlý začátek (hodiny až dny), kolísání symptomů během dne (s typickým horšením v noci)
Prokázána vyvolávající příčina (somatická, toxická)
Typické jsou emoční poruchy (úzkost, iritabilita, apatie), poruchy vnímání (iluze a halucinace, hlavně zrakové), přechodné bludy. Nejde o nutné znaky pro stanovení diagnózy!

Tabulka 5. Léčebně-preventivní opatření u deliria

Opatření	Způsob provedení
vhodný přístup a reorientace	jasná a srozumitelná komunikace, uklidňování, navozování pocitu bezpečí, klidné prostředí, přiměřená zevní stimulace, orientační tabulky („WC“, „koupelna“ apod.), velké nástěnné hodiny, kalendář, vývěsky s denním režimem, opakované informování o situaci, místě apod. personálem, známé předměty (fotografie), noční světlo
spánek bez sedativ	vynechání medikace na spaní, večerní rituály: teplé mléko nebo bylinkový čaj, relaxační hudba, masáž zad apod.
mobilizace	rehabilitace, aktivní cvičení, chůze (s dopomocí či pomůckami), redukce katetrů k umožnění volného pohybu
smyslové funkce	brýle, naslouchadlo, lupa, knihy s velkými písmeny, zubní protéza
hydratace	aktivní pravidelná hydratace chutnými nápoji

Tabulka 6. Farmakoterapie hyperaktivního deliria u geriatrického nemocného

2,5–5 mg haloperidolu (100–200 mg tiapridu) i. v. nebo i. m. dle stupně agitovanosti
Observace stavu, při nelepšení stavu aplikaci opakovat každých cca 60 (120) minut (do maximální denní dávky 10 mg haloperidolu nebo 400–800 mg tiapridu)
Při neúčinnosti, vzniku extrapyramidové symptomatiky nebo výrazné anxiety přidat lorazepam (0,5–1 mg) nebo oxazepam (5–10 mg) p. o. nebo k akutnímu zklidnění midazolam (2,5–5 mg) i. m. nebo v krátkodobé infuzi (kontrola dechových funkcí a míry sedace! riziko paradoxního efektu po benzodiazepinech!)
Postupně snižovat dávky použitých antipsychotik a po odeznění deliria během 3–7 dnů postupně vysazovat, benzodiazepiny vysazovat pomaleji.

Snažíme se o stabilizaci chronických onemocnění a optimalizaci léčby. Pracujeme i s rodinnými příslušníky nemocného, vysvětlujeme jim příznaky, průběh onemocnění, rizika. Dle možností je zapojujeme do péče o nemocného. Během léčby deliria monitorujeme stav nemocného, zajišťujeme jeho vitální funkce, dohlížíme na bezpečnost jeho i okolí. V krajních případech (nezvládnutelný neklid s agresivitou) saháme po restriktivních opatřeních (fixační pomůcky) pro zajištění bezpečnosti pacienta a jeho okolí. Používáme je jen po nezbytně nutnou dobu se zajištěním nepřetržitého dohledu nemocného.

Ad 2. Identifikace a léčba vyvolávající příčiny

Cílená, pokud možno kauzální léčba základního onemocnění (např. vysazení toxické látky, podání antibiotika dle citlivosti, úprava biochemie). Pozor! Při podezření na delirium u odvykacího stavu po alkoholu (delirium tremens) je zásadně důležité doplnit vitamíny (B1), minerály (hlavně hořčík a draslík), glukózu a tekutiny.

Ad 3. Symptomatická léčba deliria

K vlastní farmakoterapii deliria přistupujeme pouze u agitovaného, psychotického nebo nespouprávného nemocného (odmítá jídlo, pití, nutná vyšetření), případně u těžší nespavosti. Slouží k navození přiměřené sedace s cílem zajistit bezpečnost nemocného a jeho okolí, zabránit exhausci, zlepšit spolupráci při vyšetřeních. Nemá jednoznačný algoritmus. Používají se **antipsychotika a benzodiazepiny** s krátkým vylučovacím poločasem. Léky podáváme frakcionovaně, v nejnižších účinných dávkách: tiaprid (100–400 mg/den) nebo haloperidol (1–10 mg/den) s ohledem na možnost intramuskulární či intravenózní aplikace. U spolupracujících nemocných můžeme využít melperon (25–150 mg/den) nebo antipsychotika II. generace (např. risperidon (0,5–2 mg/den), sulpirid (100–300 mg/den). Při přetrvávající agitovanosti léčbu doplňujeme benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem (oxazepam, lorazepam nebo midazolam) (tabulka 6). U delirií po odnětí alkoholu, barbiturátů nebo benzodiazepinů jsou lékem volby benzodiazepiny s krátkým vylučovacím poločasem (oxazepam, lorazepam p. o. nebo midazolam p. o., i. v. nebo i. m.).

U demenčních pacientů s přechodnými nočními deliriozními stavy můžeme podávat přes den vyšší dávky nootropik, na noc pak tiaprid (100–200 mg) nebo melperon (25–50 mg), popř. v kombinaci s midazolamem. Léčbu všech typů deliria můžeme doplnit vitamíny a nootropiky.

Prognóza

Delirium může vyústit v plnou úzdravu v průběhu několika dnů až měsíců, přejít do amnestického syn-

Test cesty (Trail making test). Vyšetření je dobré opakovat v průběhu léčby k posouzení aktuálního stavu a efektu léčby.

4. Laboratorní a přístrojová vyšetření

Základní laboratorní screening (krevní obraz, FW, CRP, biochemické testy: jaterní testy, urea a elektrolyty, glykemie, moč a sediment), EKG, RTG plic, saturace kyslíkem.

5. Další vyšetření jsou vhodná, pokud předchozí vyšetření neobjasnila pravděpodobnou příčinu stavu nebo máme-li podezření na konkrétní poruchu: kultivace moči, hemokultura, TSH a fT4, kalcémie, hladina vitamínu B12 a kyseliny listové, hladina léků (digoxin, lithium, antikonvulziva), toxikologické vyšetření. V indikovaných případech provádíme ještě další speciální vyšetření: CT nebo MRI mozku (fokální neurologické příznaky, delirium vzniklé po úrazu hlavy nebo pádu, známky zvýšeného nitrolebního tlaku), vyšetření likvoru (meningeální příznaky a/nebo bolesti hlavy a horečka), EEG (jako diferenciálně diagnostická pomůcka).

Diagnostika deliria

Diagnostická kritéria deliria jsou uvedena v tabulce 4.

Léčba deliria

Delirium má často multifaktoriální etiologii a vyžaduje komplexní přístup mnohdy za účasti lékařů různých specializací. Léčba deliria probíhá v následujících krocích:

1. léčebně-preventivní opatření
2. identifikace a léčba vyvolávající příčiny!
3. symptomatická léčba deliria

Ad 1. Léčebně-preventivní opatření

Slouží jako primární nebo sekundární prevence vzniku deliria u rizikových nemocných či jako základní opatření při rozvíjejícím se či rozvinutém deliriu (tabulka 5). Optimální je trvalá přítomnost sestry (blízké osoby). Pečujeme o celkový tělesný stav nemocného, zajišťujeme dostatečnou hydrataci a výživu a dle možnosti mobilizaci hybnosti. Bráníme vzniku retence moči a stolice, odstraňujeme bolest.

dromu či demence (pokud došlo k ireverzibilním změnám na mozku), nebo končit smrtí nemocného (asi u 20–30 % nemocných).

Závěr

Delirium je život ohrožující stav. Každého staršího nemocného musíme vyšetřit na možnou přítomnost známek deliria, u každého je třeba dodržovat léčebně-preventivní opatření.

MUDr. Vanda Franková

Psychiatrická léčebna Dobřany
Ústavní 2, Dobřany 33441
e-mail: vanda.frankova@volny.cz

Literatura

1. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 7–21.
2. British Geriatrics Society. Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital (published January 2006). www.bgs.org.uk/Publications/Clinical%20Guidelines/clinical_1-2_delirium.htm (7. 11. 2006).
3. Jiráček R. Organické duševní poruchy. In: Höschl C, Libiger J, Švestka J, eds. *Psychiatrie*. 2., doplněné a opravené vydání. Praha: Tigris, s. r. o., 2004; 487–489.
4. Jiráček R. Deliria u pacientů vyššího věku. In: Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Závazalová H, Sucharda P, et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004; 258–263.
5. Meagher DJ. Delirium: optimising management. *BMJ* 2001; 322: 144–149.
6. Meagher DJ. Delirium: the role of psychiatry. *Advances in Psychiatric treatment* 2001; 7: 433–443.
7. Praško J, Franková V, Seifertová D. Delirium. In: Seifertová D, Praško J, Höschl C, eds. *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensia, 2004; 361–372.
8. Quizilbash N, López-Arrieta J, eds. A problem-oriented approach to common medical problems. In: Quizilbash N, Schneider LS, Chui H, Tariot P, Brodaty H, Kaye J, Erkinjuntti T, eds. *Evidence-based dementia practice*. Oxford: Blackwell Science Ltd, 2003; 725–743.
9. Rudolph JL, Marcantonio ER. Diagnosis and prevention of delirium. *Geriatrics and aging* 2003; 10:14–19.
10. Stewart N, Fairweather S. Delirium: the physician's perspective. In: Jacoby R, Oppenheimer C. *Psychiatry in the elderly*. Oxford university press 2002; 592–615.