

NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY NEKLIDU NA SOMATICKÉM ODDĚLENÍ

MUDr. Josef Chval

Psychiatrická léčebna Dobřany, interní oddělení

V článku se zamýšlím nad nejčastějšími příčinami akutního neklidu u somaticky nemocných pacientů. Jedná se o pohled na tuto problematiku z hlediska internisty pracujícího v psychiatrické léčebně, kam jsou neklidní pacienti často z nemocnic odesíláni. Duševní poruchy provázené akutním neklidem, které vznikají nebo se manifestují v souvislosti s hospitalizací pro somatické onemocnění, jsou častou komplikací, zásadním způsobem ovlivňují diagnostické a léčebné možnosti a zhoršují průběh a prognózu somatického onemocnění. Neklid může provázet řadu duševních poruch. Na somatickém oddělení jsou nejčastějšími duševními poruchami, provázenými závažným neklidem, deliria nealkoholové a alkoholové etiologie. Ošetřování neklidného pacienta je pro personál velmi náročné. Při rozhodování o dalším postupu je nutné zvažovat prospěch pro zdraví a bezpečnost pacienta a bezpečnost ostatních pacientů a personálu.

Klíčová slova: neklid, neklidný pacient, somatické onemocnění, delirium.

THE MOST FREQUENT CAUSES OF AGITATION AT A SOMATIC DEPARTMENT

In this article I am turning my mind to the most frequent causes of acute agitation with the somatic patients. This is my view of the problem as I have been working as a internist in a mental home. Agitated patients come here from other types of hospitals. Mental derangements accompanied with acute agitation are often caused or increased thanks to patient's hospitalization. Their somatic problems are complicated then and they basically influence diagnostics and ways of treatment. They also turn worse the therapy and prognosis. Agitation may run parallelly with lots of mental diseases. The most frequent of them are both deliria: of non-alcoholic and alcoholic etiology. Taking care of agitated patients is very difficult for the staff. Several features have to be considered when deciding the course of treatment, e.g. health progress, patient's security as well as other patient's and staff security.

Key words: agitation, agitated patient, somatic disease, delirium.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(4): 164–165

Neklidem rozumíme zvýšenou, nepřiměřenou, obvykle neúčelnou psychomotorickou aktivitu, která je projevem zvýšené psychické tenze. Současně je přítomná zvýšená a nepřiměřená reaktivita na zevní a vnitřní podněty. Neklid se může stupňovat až k autoagresivnímu nebo heteroagresivnímu jednání a ohrozit pacienta nebo jeho okolí na zdraví nebo na životě. Agresivita se také může obrátit proti předmětům a vyústit v destrukci zařízení oddělení.

Akutní neklid u pacienta hospitalizovaného na somatickém oddělení nemocnice představuje obvykle značný problém, protože somatická oddělení nejsou technicky ani personálně vybavená pro ošetřování neklidného pacienta. Na druhé straně na psychiatrickém oddělení a zejména v psychiatrických léčebnách není technické a personální vybavení pro diagnostiku a léčbu závažných somatických onemocnění a diagnosticky nejasných stavů. Psychická alterace provázená neklidem a zhoršením spolupráce také významně ztěžuje diagnostiku a léčbu a v některých případech výrazně zhoršuje průběh somatického onemocnění, riziko dalších komplikací,

pacientovu prognózu, prodlužuje dobu hospitalizace a zvyšuje náklady na léčení.

Obecně je **duševní porucha** nebo syndrom provázený neklidem vždy výsledkem působení nějakého **spouštěcího faktoru** – somatického onemocnění nebo okolností souvisejících s hospitalizací na somatickém oddělení u **premorbidně rizikového pacienta** (obrázek 1).

Neklid u pacienta a jeho příčiny můžeme tedy hodnotit ze tří hledisek:

1. Premorbidní psychiatrické riziko:

- struktura osobnosti, poruchy osobnosti
- zvýšená hladina úzkosti, úzkostné poruchy
- kognitivní deficit, demence, organické psychózy
- závislost na alkoholu, benzodiazepinech nebo jiných návykových látkách
- psychotická onemocnění – schizofrenie, bipolární afektivní porucha, schizoafektivní porucha.

2. Spouštěcí faktor, somatická onemocnění:

- intenzita subjektivních potíží (bolest, dušnost, nauzea apod.)
- sdělení závažné diagnózy a prognózy
- somatická polymorbidita, polyfarmakoterapie
- akutní somatická onemocnění, orgánová selhání, operace, úrazy
- akutní intoxikace.

3. Výsledná duševní porucha, syndrom:

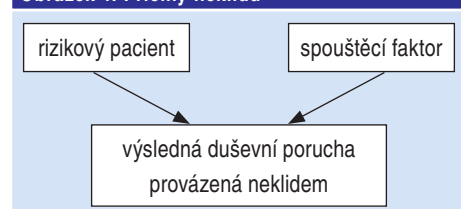
- prostý neklid bez poruchy orientace, bez psychotických symptomů
- neklid provázený dezorientací, bez psychotických symptomů
- psychotická onemocnění, organické psychózy
- delirium nealkoholové etiologie
- odvykací stav s deliriem.

Mezi nejčastější duševní poruchy provázené závažným akutním neklidem, se kterými se setkáváme na somatických odděleních a které bývají důvodem k překladi do psychiatrického zařízení, patří **pokročilé demence** s dezorientací a neklidem pacienta, **deliria nealkoholové etiologie a odvykací stavy s deliriem** u pacientů závislých na alkoholu.

U pacientů s demencí akutní somatické onemocnění a další okolnosti spojené s hospitalizací v nemocnici (neznámé prostředí, množství podnětů, kterým pacient nerozumí, omezení v pohybu, příprava na vyšetření, náročná vyšetření, nepříjemná léčba, intenzivní subjektivní potíže, které pacient často nedokáže specifikovat apod.) vedou často k dezorientaci, intenzivní úzkosti a neklidu.

V těžších případech, kde kromě kognitivního deficitu jsou přítomné další závažné rizikové faktory (závažná somatická polymorbidita, malnutrice, polyfarmakoterapie, abúzus benzodiazepinů nebo alkoholu, smyslový handicap), může vést akutní onemocnění (nejčastěji plicní nebo močová infekce, kardiovaskulár-

Obrázek 1. Příčiny neklidu



ní onemocnění, dekompenzace chronických chorob, operace, úrazy, dehydratace, rozvrat vnitřního prostředí, hypoglykemie, riziková farmakoterapie apod., k rozvoji kvalitativně jiné a těžší poruchy – deliria.

Delirium nealkoholové etiologie vzniká nejčastěji u nemocných vyššího věku s nahromaděním výše uvedených rizikových faktorů (delirium komplikuje 20–30% hospitalizací u geriatrických pacientů), ale těžká akutní onemocnění (intoxikace, orgánová selhání, kritické stavy, polytraumata apod.) mohou vést ke vzniku deliria i u dosud zdravého jedince. Syndrom deliria se manifestuje kvalitativní poruchou vědomí s narušením pozornosti, dezorientací, globální poruchou kognitivních funkcí, spánkovou inverzí, typickým kolísáním psychomotorické aktivity v průběhu dne od neklidu až agresivity k apatii, obvykle jsou poruchy vnímání, myšlení, poruchy emotivity. Bývá různě intenzivní vegetativní doprovod – tachykardie, vzestup TK, tachypnoe, zvýšená teplota a neurologické příznaky – třes, ataxie, neschopnost chůze. Delirium má přechodné trvání, obvykle několik hodin až dnů, a pokud není přítomna těžší demence nebo nevzniknou komplikace, dochází při správné léčbě k plné úzdavě a k návratu do života. V léčbě nealkoholového deliria jsou na prvním místě obecná opatření (klidné prostředí, klidný přístup, trvalý dohled, přiměřená smyslová stimulace, zorientování pacienta v realitě, zmírnění subjektivních obtíží, zajištění hydratace, úprava vnitřního prostředí, optimalizace chronické farmakoterapie, dokonalá ošetrovatelská péče, prevence komplikací) a léčba somatických onemocnění. Na druhém místě pak šetrná sedace psychofarmaky. Nejčastěji používaná psychofarmaka jsou tiaprid, melperon, haloperidol, risperidon, quetiapin, clomethiazol, přechodně jsou někdy používány krátce působící benzodiazepiny v nízkých dávkách – oxazepam, midazolam.

Odvykací stav při závislosti na alkoholu je častou komplikací hospitalizace na somatickém oddělení. Asi 10% mužů a 3–5% žen naší populace je závislých na alkoholu. Chronické orgánové poškození alkoholem (jaterní cirhóza, pankreatitis, sekundární diabetes mellitus, alkoholová encefalopatie, sekundární epilepsie, periferní neuropatie, vředová nemoc, chronická malnutrice atd.) a úrazy v ebrietě jsou častými důvody k hospitalizaci na somatickém oddělení a nedobrovolné abstinenci. Abstinenční syndrom je provázený nervozitou, úzkostí, nespavostí, neklidem, třesem a výraznou vegetativní symptomatologií – tachykardií, vzestupem TK, tachypnoí, zvýšením teploty, pocením. Příznaky se mohou objevit již několik hodin po přerušení nebo podstatném snížení příjmu alkoholu. Asi v 5% případů se abstinenční stav rozvíjí do deliria („delirium tremens“), obvykle 24–72 hodin po přijetí do nemocnice. V klinickém obraze rozvinutého odvykacího stavu s deliriem dominuje nezvladatelný psychomotorický neklid až agresivita, dezorientace,

paranoidita, zrakové halucinace, hrubý třes, ataxie a bouřlivá vegetativní symptomatologie – extrémní tachykardie, tachypnoe, febrilie a profuzní pocení, časté jsou epileptické záchvaty. Pacient v těžkém deliriu tremens je bezprostředně ohrožený na životě rozvratem vnitřního prostředí, oběhovým selháním, infekčními komplikacemi, rhabdomyolýzou. Obvykle je nutná masivní sedace. Z uvedených důvodů pacient s rozvinutým těžkým deliriem tremens, i přes možné výhrady, jednoznačně vyžaduje hospitalizaci a léčbu na jednotce intenzivní péče, kde je možná monitorace vitálních funkcí, monitorace a úprava vnitřního prostředí, masivní parenterální hydratace, účinná prevence a léčba komplikací a dostatečná sedace i za cenu přechodné umělé plicní ventilace. Z psychofarmak jsou lékem první volby benzodiazepiny, v lehčích případech jsou široce užívané kromě benzodiazepinů tiaprid a clomethiazol. Nekomplikované delirium trvá obvykle 3–6 dní a při správné léčbě nezanechává trvalé následky. S podobným průběhem odvykacího stavu se setkáváme u pacientů závislých na benzodiazepinech, které jsou stále široce předepisované a zneužívané. Průběh abstinenčního stavu bývá lehčí a nevede k rozvoji deliria tremens.

V souvislosti s problematikou závislosti na alkoholu a nealkoholových drogách je nutné zmínit **akutní intoxikaci alkoholem** jako častou příčinu neklidu a agresivního jednání na ambulancích nemocnic a lékařské pohotovosti, kde bývá nutná spolupráce s policií a záchytnou protialkoholní stanicí. Méně častými příčinami neklidu na somatickém oddělení jsou **intoxikace stimulanty a halucinogeny a toxické psychózy** při užívání alkoholu, stimulantů a halucinogenů. Tito pacienti bývají přijímáni na psychiatrii, pouze v případě život ohrožujících komplikací bývají hospitalizováni na JIP nebo ARO.

Neklid může provázet **akutní reakci na stres** v souvislosti se somatickým onemocněním, pobytem v nemocnici nebo v souvislosti se sdělením závažné diagnózy u predisponovaného pacienta (osobnostní struktura, zvýšená hladina úzkosti). Pacienti se **specifickými poruchami** osobnosti mohou v zátěžových situacích reagovat nepřiměřeně až agresivně. S krátce trvajícím neklidem se můžeme setkat v rámci **panické poruchy**. Intenzivní subjektivní potíže, jako jsou bolest, dušnost, nauzea, akutní vertigo, strach o život, mohou přirozeně vyvolat intenzivní úzkost a „prostý“ neklid i u pacienta bez jakékoliv předchozí dispozice. Uvedená skupina poruch je pro pacienta a jeho okolí obvykle méně ohrožující, vyžaduje především klidný přístup, verbální uklidnění pacienta, empatii od ošetrujícího lékaře, ovlivnění subjektivních potíží a nejlépe odbornou psychologickou pomoc.

Vzácnými příčinami neklidu na somatickém oddělení jsou **psychotická onemocnění** – schizofre-

nie, schizoafektivní porucha, manická fáze bipolární afektivní poruchy. Jedná se obvykle o pacienty se známou psychiatrickou anamnézou, vzácně může jít o první ataku onemocnění. Poruchy chování, neklid až agresivita se mohou rozvinout vlivem zátěžové situace u dosud kompenzovaného pacienta, v souvislosti s dekompenzací psychotického onemocnění bez zjevné příčiny nebo při dekompenzaci po vynechání psychiatrické léčby. K nesprávnému vynechání psychiatrické léčby někdy dochází právě po přijetí do nemocnice pro závažné somatické onemocnění. Akutní neklid u psychotického pacienta si obvykle vyžádá psychiatrické konzilium, a pokud je to nutné a somatický stav je stabilizovaný, pacient je přeložený na psychiatrii. Na druhé straně často vídáme na somatických odděleních nepřiměřené obavy ze stabilizovaného psychiatrického pacienta.

Závěr

Příčiny neklidu u pacienta hospitalizovaného na somatickém oddělení je nutné vždy hledat v anamnéze, kde zjišťujeme hlavní rizikové faktory – přítomnost demence, abúzus alkoholu a jiných návykových látek, psychotická onemocnění, struktura osobnosti, a současně v aktuálním somatickém stavu, v závažnosti somatického onemocnění a dalších okolnostech hospitalizace. Nejčastějšími duševními poruchami u somaticky nemocných pacientů, provázenými závažným neklidem, jsou deliria – nealkoholové a alkoholové etiologie.

Ošetrování neklidného pacienta je velmi náročné, hranice mezi bezpečným zvládnutím neklidu a poškozením pacienta je úzká. Při rozhodování o dalším postupu je tedy nutné zvažovat prospěch pro zdraví a bezpečnost pacienta na jedné straně a bezpečnost ostatních pacientů a personálu na straně druhé. Vzniku a stupňování neklidu a eventuálním následkům lze do určité míry předcházet včasnou diagnostikou a léčbou vlastního neklidu, ale zejména odhalením a ovlivněním příčin, které ke vzniku neklidu vedly. Konkrétní terapeutické postupy u jednotlivých poruch jsou předmětem dalších přehledových sdělení.

MUDr. Josef Chval

Psychiatrická léčebna Dobruška, interní oddělení
Ústavní 2, 334 41 Dobruška
e-mail: chvalovi@seznam.cz

Literatura

1. Hermaistrie. Praha: Medical Tribune cz, 2007.
2. Horáček J et al. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Amepra, 2003.
3. Höschl C, Libiger J, Švestka J et al. Psychiatrie. Praha: Tisig, 2004.
4. Jiráček R. Kapitola: Deliria u pacientů vyššího věku. In: Kalvach Z, Zadák Z, Jiráček R, Zavázalová H, Sucharda P et al. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada-Avicenum, 2004, 258–263.
5. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf. In: Praško J, Seifertová D et al. Konziliární psychiatrie 1996.