

# JAK URČIT A LÉČIT PŘÍČINU DEZORIENTACE PACIENTA V SOMATICKÝCH ODDĚLENÍCH NEMOCNICE?

doc. MUDr. Roman Jirák, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Stavy dezorientace představují velmi závažnou komplikaci při nemocniční terapii somatických onemocnění. Dezorientace může být různého stupně (někdy jen místem a časem, jindy i osobou), míra orientovanosti se může měnit i v krátkých časových intervalech. Nejčastější příčinou poruch orientace u somaticky nemocných jsou deliria. Tyto stavy jsou velmi často vyvolány nebo spouštěny somatickým onemocněním, pro které je pacient léčen, nebo nepoznaným somatickým onemocněním. Amnestické syndromy mají za podklad blokádu konsolidace epizodické paměti. U demencí je podkladem dezorientace rovněž amnestický syndrom, ale mohou se podílet i přidružená deliria. Mezi velmi vzácné příčiny dezorientace patří např. mráкотný stav při epilepsii (nyní řazený rovněž mezi deliria). Základní terapie poruch orientace spočívá v odstranění vyvolávajících příčin i precipitujících faktorů. Je nutno dávat pozor na správnou hydrataci, alimentaci, metabolický stav somaticky nemocných.

**Klíčová slova:** amnestický syndrom, deliria, demence, mráкотný stav, orientace.

## HOW TO ESTABLISH AND TREAT A CAUSE OF PATIENT DESORIENTATION IN HOSPITAL DEPARTMENTS FOR SOMATIC DISEASES?

Episodes of desorientation are very serious complications during hospital therapy of somatic diseases. Desorientation may reach different grades (sometimes only by place and time, sometimes also by person). The severity of desorientation may vary even in short time intervals. The most frequent cause of orientation disorders are deliria. These states are frequently caused or triggered by somatic diseases for which the patient is treated or by unrecognised somatic disease. Amnesic syndromes are based on a block of consolidation of episodic memory. In dementia, the cause of desorientation is also amnesic syndrome, but associated deliria may contribute to its cause. A rare cause of desorientation may be postictal state in epilepsy (nowadays classified as delirium). The basic therapy of orientation disorders consists of removal of its causes or precipitating factors. It is necessary to keep correct hydration, nutrition, and metabolic state of patients with somatic diseases.

**Key words:** amnesic syndrome, deliria, dementia, postictal state, orientation.

Psychiatr. prax; 2008; 9 (5): 234–235

### Úvod

Stavy porušené orientace, vyskytující se u pacientů somatických oddělení, představují závažnou komplikaci zdravotního stavu. Jsou příznakem určité poruchy či stavu, který může vést k bezprostřednímu ohrožení života nebo může představovat faktor zkracující délku života (např. hypoxie mozku). Proto je třeba stavy dezorientace nebagatelizovat, snažit se odhalit jejich příčinu a léčit je.

**Deliria** jsou nejčastější příčinou dezorientace. Jak lze delirium charakterizovat? Je to alterace psychického stavu, vznikající jako odpověď na různé somatické a environmentální noxy a velmi často na jejich kombinace. Některé etiologické faktory jsou brány jako základní, jiné jako precipitující (spouštěče), ale někdy je nesnadné jednoznačně zařazení do jedné z těchto skupin. Jako příklad mohu uvést pacienta ve věku 80 let trpícího ischemickou chorobou srdeční s fibrilací síní, hypertenzí, arteriosklerózou a diabetem mellitem II. typu. Tento vysokoškolsky vzdělaný pacient bývá za normálních podmínek správně orientovaný všemi směry. Opakovaně však byl přijat do nemocnice s deliriem ve stavu těžké dehydratace. Po rehydrataci a úpravě životosprávy se orientace vrátila do normy. Dehydrataci lze tedy považovat za precipitující faktor, kdežto za základní faktory nutno brát arteriosklerózu s ischemickou chorobou srdeční a hypertenzí (faktory pro rozvoj mozkové hypoxie) a diabetes mellitus.

Nejčastější etiologické faktory delirií:

- mozková hypoxie (působená většinou kombinací více faktorů – arteriosklerózy, ischemické choroby srdeční, srdečních arytmií (často fibrilace síní), anémie, hypertenze a další (častěji se vyskytující u osob vyššího věku)
- intoxikace: zneužívané látky s halucinogenním působením – např. LSD (především u populace mladšího věku), vliv nevhodné medikace – centrálně působící anticholinergika (především u populace vyššího věku)
- abstinční syndromy, syndromy z vysazení látky – v naší populaci nejčastěji alkoholové delirium tremens
- metabolický rozvrat, další metabolické poruchy – časté např. u pacientů trpících diabetem mellitem (hypo- i hyperglykemie), renální a jaterní insuficencí (hyperamonémie, urémie a další), aplikace vyšších dávek saluretik aj.
- organická mozková postižení – např. cerebrovasikulární onemocnění, hypertenzní encefalopatie, atroficko-degenerativní onemocnění, traumata mozku
- epilepsie
- meningitidy a encefalitidy
- tumory mozku (včetně metastatických tumorů a paraneoplastických encefalopatií)

- infekce a záněty mimomozkové lokalizace – např. uroinfekce, pneumonie.

Nejčastější precipitující (spouštěcí) faktory delirií:

- dehydratace (zejména u lidí vyššího věku a u těžce somaticky nemocných lidí)
- nutriční faktory (celková podvýživa, hypoglykemie aj.)
- polypragmázie (zejména u těžce somaticky nemocných, u osob vyššího věku)
- psychosociální faktory typu změny prostředí (hospitalizace, umístění v ústavu sociální péče), těžká psychotraumata aj. (zejména u osob vyššího věku)
- tma (zejména u lidí vyššího věku, ale také např. u abstinčních delirií typu deliria tremens).

### Klinický obraz deliria

Delirium může mít značně různorodý klinický obraz. Vždy bývá určitý stupeň alterace vědomí kvalitativního typu. Je tudíž porušena kontinuita prožívání skutečnosti. U některých delirií je kvalitativní alterace vědomí výrazná; tato deliria jsou zpravidla spojena s neklidem, postižení si na jejich průběh obvykle nevzpomínají nebo mají jen drobné, útržkovité vzpomínky. Tak probíhají např. toxická a abstinční deliria včetně deliria tremens. Jindy je kvalitativní postižení vědomí mírnější, postižení si zapamatovávají delší paměťové obsahy,

chovají se klidněji, snaží se zorientovat v situaci. (Těmto druhům delirií se dříve říkalo amence, amenní stavy, ale název se přestal používat.) Tato deliria se častěji vyskytují u osob vyššího věku trpících polymorbiditou. Většina delirií je ale kombinovaného průběhu, střídavě se objevují jak stavy výrazného neklidu, tak stavy mírné kvalitatívni poruchy vědomí. U delirií se mohou objevit poruchy vnímání, obzvláště u bouřlivě probíhajících delirií, kde mohou být až komplexní halucinace s vtažením delirujícího do děje. Častá je produkce bludů, většinou velmi nesystematického a prchavého obsahu. U delirií je v různém stupni postižena paměť. Velmi záleží na stupni postižení vědomí. Je především postižena konsolidace paměti (vstřípivost, ukládání paměťových stop) především pro epizodickou složku deklarativní paměti. Proto zůstávají na deliria pouze ostrůvkové vzpomínky, postižený si nezapamatuje průběh celého deliria. Z poruch paměti a pozornosti vyplývá vlastní dezorientace pacienta. Ta bývá především místem a časem, orientace osobou bývá zpravidla zachována. V mírnějších deliriích obvykle postižení hledají své lůžko, WC apod., nepoznávají nemocniční personál, někdy bývají výrazně úzkostní. Taková deliria obvykle začínají po soumraku, jejich výskyt bývá označován jako **sundown syndrome**. Mírnější deliria jsou často označována výrazem „stav zmatenosti“, což je výstižně pojmenováno.

Výskyt delirií je spojen se zvýšenou mortalitou, náhlé objevení se delirií představuje špatné prognostické znamení.

**Deliria ve spojení s demencí:** Deliria nejsou součástí syndromu demence, přesto se často objevují jako komorbidní příznak demencí. Proto dělíme deliria na nenasedající na demenci a nasedající na demenci. Častý je výskyt delirií např. u demence s Lewyho tělisky (diffuse Lewy body dementia). Pokud se deliria začnou více vyskytovat např. u Alzheimerovy choroby a dalších demencí, musíme vždy pomýšlet na somatickou komplikaci (záněty – např. uroinfekce, bronchopulmonální infekce, drobné vaskulární léze, metabolické poruchy aj.) nebo na vlivy nevhodné medikace (např. centrálně působící anticholinergika), a také musíme kontrolovat stav hydratace a alimentace.

### Léčba delirií

V prvé řadě je třeba léčit základní příčiny a precipitující faktory delirií. Je nutno pacienta správně hydratovat a alimentovat. K deliriím může vést i nevhodné prostředí, např. izolace, zbytečné mechanické omezení pacienta, tma (někdy je vhodné mírně osvětlit pokoje osvětlením u podlahy). V případě přetrvávajících delirií a prudkých delirií, kdy by se mohl pacient vážně poškodit, a výjimečně být i nebezpečný pro své spolupacienty, je nutné farmakologické zklidnění delirií. Používá se několik typů látek. V prvé řadě jsou to antipsychotika, a to především tzv. antipsychotika bez většího antipsychotického efektu (mají především protidelirantní

působení). Tam patří antipsychotikum II. generace tiaprid a antipsychotikum I. generace melperon (svými vlastnostmi se však blíží antipsychotikům II. generace). Tyto látky málo ovlivňují extrapyramidový mozkový systém. V případech prudších delirií s převládajícími halucinacemi a neklidem je nutno použít i jiná antipsychotika. Jsou to především antipsychotika II. generace – quetiapin, olanzapin, risperidon a další. Někdy při obtížně zvladatelném neklidu je nutno aplikovat (spíše jednorázově) antipsychotikum 1. generace haloperidol.

Z dalších látek jsou používány benzodiazepiny – diazepam, clonazepam – ty mají výhodu tam, kde se na vzniku delirií podílí epileptická složka. Clomethiazol je látka, která podobně jako benzodiazepiny ovlivňuje receptory typu GABA<sub>A</sub>, ale na jiném místě než benzodiazepiny, na tzv. pikrotoxinovém místě na úrovni chloridového kanálu. Clomethiazol je zejména účinný pro léčbu deliria tremens, ale může se použít i k léčbě delirií jiné etiologie.

**Amnestické syndromy** mohou vést k dezorientaci tím, že si postižený není schopen zapamatovávat aktuální prožitky, je postižena konsolidace (vstřípivost) epizodické paměti. V důsledku toho dochází k tzv. amnestické dezorientaci, která na rozdíl od deliria není spojena s kvalitatívni poruchou vědomí. Amnestický syndrom je časově ohraničený, paměť je porušena zpravidla jen v jedné složce. Nejsou přítomny poruchy aktivit denního života ani poruchy chování.

Amnestický syndrom vzniká např. na podkladě traumatu mozku. Zpravidla se kromě amnézie anterogradní, postihující určité období po vzniku traumatu, uplatňuje ještě amnézie retrogradní, sahající do období těsně před vznikem traumatu. To se vysvětluje tím, že paměť je konsolidována (uložena do dlouhodobé paměti) až za určitou dobu od působení podnětů, které jsou zapamatovávány, a při traumatech mozku dochází k interferenci konsolidace s traumatem, konsolidace neproběhne.

Tranzitorní globální amnézie je výpadek vzpomínek na určité časově omezené období, zpravidla v trvání hodin. Nejčastěji bývá na podkladě cerebrovaskulárním nebo epileptickým. Tento typ amnézie může také vyprovokovat stres, a to u lidí disponovaných např. cerebrovaskulárním onemocněním. Lidé s tranzitorní globální amnézií by měli být důkladně vyšetřeni neurologicky.

Korsakovův amnestický syndrom může být alkoholového i nealkoholového původu. Pro tento syndrom je příznačná těžká porucha konsolidace paměti (tedy zapamatování si nových informací), z toho vyplývající aktuální amnestická dezorientace (nevstřípí základní provozní údaje nutné k správné orientaci) a používání konfabulací – náhodných smyšlenek, které se sice hodí jako adekvátní odpověď na otázky, ale které nejsou pravdivé. Důležité při léčbě alkoholových Korsakovových syndromů je podávat thiamin, který je deficitní.

**Demence** jsou velmi časté příčiny dezorientací na somatických odděleních nemocnic. Podkladem dezorientace u nich zůstává rovněž amnestický syn-

drom, neschopnost vstřípít nové informace, a tudíž být orientován místem a časem. Demence oproti prostým amnestickým syndromům mají nejen poruchu paměti (tato porucha bývá zpravidla ve více složkách paměti), ale i poruchy exekutivních (výkonných) funkcí, poruchy chování, emocí, cyklu spánků – bdění (tzv. behaviorální a psychologické příznaky demence), poruchy aktivit denního života. Porucha paměti není časově omezena a zpravidla má progredientní charakter.

U demencí se však mohou uplatnit také komorbidní deliria, která sama o sobě nejsou součástí syndromu demence. Při těžších dezorientacích spojených s neklidem je nutno použít stejné látky jako při léčbě deliria. Účinné je také dlouhodobé podávání inhibitorů acetylcholinesteráz a memantinu.

**Mráкотné stavy** (obnubilace) jsou velmi vzácné příčiny přechodné, krátkodobé dezorientace. Termín „mráкотný stav“ je již poněkud obsolentní, i pro mráкотné stavy se nyní užívá výraz deliria. Typická charakteristika mráкотného stavu je náhlý začátek a náhlý konec stavu kvalitatívni změněného vědomí. Na obsah mráкотných stavů si postižení nepamatují, nebo mají pouze ojedinelé ostrůvkovité vzpomínky. Chování postižených může být zcela normální, také se však může objevit stupor (útlum psychomotoriky) nebo naopak neklid. Většina mráкотných stavů je na podkladu epileptickým, proto by měli mít takto postižení lidé provedeno elektroencefalografické vyšetření a při zjištění epilepsie by měli být léčeni neurologem.

**Dissociativní poruchy** (dříve označované jako hysterické konverze) mohou představovat velmi vzácnou příčinu dezorientace kratšího trvání.

**Parasomnie, zejména somnambulismus** (není vázán na REM spánek) může rovněž představovat vzácnou příčinu krátkodobých nočních dezorientací. Při jeho léčbě je nutná spolupráce s neurologem nebo psychiatrem, zabývajícím se poruchami spánku.

### Závěr

Objevení se poruchy orientace u vážně somaticky nemocného může signalizovat závažné zhoršení či komplikaci somatického stavu. Poruše orientace je třeba věnovat pozornost a řešit ji ve spolupráci s psychiatrem a neurologem. Často se podaří, a to metodami zdánlivě jednoduchými (rehydratace apod.) stav pacienta výrazně zlepšit. Dezorientace také představuje pro postiženého značnou psychickou zátěž, která pak dále zhoršuje jeho somatickou poruchu. Musíme si být vědomi toho, že některým stavům dezorientace pacientů somatických oddělení se lze vyhnout.

### Literatura u autora

doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.,  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11, 128 08 Praha 2  
e-mail: fatty@centrum.cz