

Delirantní a dezorientovaný pacient. Intoxikovaný pacient - suicidální pokusy, intoxikace psychoaktivními látkami. Agitovaný a agresivní pacient. Psychiatrický pacient se somatickou komorbiditou, psychiatrický pacient vyžadující intenzivní péči jiných oborů.

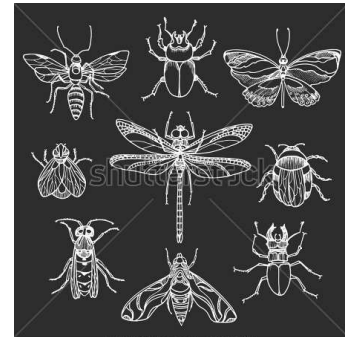
Michaela Mayerová



Delirantní
a dezorientovaný
pacient

DELIRIUM

- **Syndrom**, nikoliv nemoc
- Vědomí kvalitativně změněné (obluzené) a oscilující (kolísání s poruchy vědomí s lucidními intervaly)
- Náhlý vznik (většinou večer), krátké (obvykle hodiny, dny, někdy týdny)
- Desorientovanost časem, místem a situací
- Zvýšená motorická aktivita nebo naopak psychomotorický útlum
- Zhoršená koncentrace
- Úzkost, strach, špatná nálada, zlost, euforie, apathie
- Halucinace a iluze (nejčastěji optické, mikropsie, bílé předměty na tmavém pozadí)
- Inkoherentní myšlení, perseverace, paranoidita, prchavé bludy
- Vegetativní poruchy: tremor, tachykardie, pocení, zčervenání obličeje, dilatace zornic, zvýšený TK
- Fatické poruchy: amnestická afazie (neschopnost pojmenovat předměty), dysgrafie
- Typické zhoršování v noci (inverzní typ spánku)
- Zvýšená sugestibilita
- Následná amnézie (ostrůvkovitá)



FORMY DELIRIA PODLE STUPNĚ MOTORICKÉHO NEKLIDU

- **Furibundní** – s intenzivní psychomotorickým neklidem
agitovanost, neklid, halucinace, bludy, hypervigilance,
Musitace - halucinace a díky nim drobné automatické pohyby



- **Blandní (hypoaktivní)** – bez PM neklidu
- nízká spontaneita, sedace, letargie, latence odpovědí, redukce pohybů

Smíšená – střídání hypo a hyperaktivní formy

PŘÍČINY DELIRIA

1) INTRAKRANIÁLNÍ:

- úraz hlavy
- infekce CNS
- tumory
- vaskulární mozkové příhody
- demence, neurodegenerativní nemoci

2) EXTRAKRANIÁLNÍ:

- infekce (pneumonie, tyfus, uroinfekce, spála, COVID, aj.)
- karcinomatózy
- dehydratace
- metabolické a endokrinní choroby (uremie, hypoglykémie, poruchy štítné žlázy, jaterní encefalopatie)
- anoxie (stavy po celkové anestezii, srdeční a dechová nedostatečnost, anemie)
- nutriční (deficit thiaminu, hladovění aj.)
- toxické (barbituráty, anticholinergika)
- **abstinenční** (při závislosti na alkohol – po 2-5 dnech od odnětí alkoholu, benzodiazepiny, barbituráty, opiáty aj.)
- ostatní (hypotermie, intenzivní bolest aj.)

LÉČBA DELIRIA

! KAUZÁLNÍ !

Symptomatická – při psychomotorickém neklidu:

Antipsychotika:

- tiapridal – většinou jako první volba
- melperon
- haloperidol – nedoporučuje se i.v., začínat spíše s nízkou dávkou, riziko expy syndromu
- případně risperidon
- případně quetiapin (a parkins. pacientů)

Benzodiazepiny, pokud nejsou kauzální léčbou
při abstinenčních deliriích, stav zhoršují!

xxx

Abstinenční deliria – BZD, například diazepam, vyšší dávky, postupně snižovat, u pacientů s hepatopatií je vhodnější klomethiazol; kombinace s antipsychotika jen v nezbytných případech (PM neklid, agresivita, protože zvyšují riziko mortality); v případě nezvladatelného odvykacího stavu jsou alternativou barbituráty či celková anestezie s umělou plicní ventilací a postupným odtlumováním.

Suicidální a intoxikovaný pacient

Sui, sebepoškození

	Motivace	Nejčastější způsob
Suicidální pokusy	je úmysl zemřít	Předávkování medikamenty
Parasuicidium	Není úmysl zemřít nebo si není jistý; čin, který nevede ke smrti a při němž osoba záměrně zahájí jednání, jež by bez zásahu druhých vedlo k sebepoškození	Předávkování medikamenty
Sebepoškození	Není úmysl zemřít, poškodí se tělesná integrita s jiným úmyslem (například úleva od tenze, od pocitu prázdnoty)	Pořezání v místech, kde pravděpodobně nevykrvácí
Intoxikace z jiného důvodu	Neúmyslné předávkování (alkohol, drogy a jiné), čističe – zvědavost (děti), rozpouštědla...	

Sebevražednost

- Sui pokusy častěji ženy, mladí lidé
- Dokonané sebevraždy stoupají s věkem (40-50 let, 60-70 let) jsou častější u mužů, muži volí tvrdší metody (strangulace, skok z výšky, střelná zbraň)
- Ve věku 15 - 29 let je sebevražda globálně druhý nejčastější důvod úmrtí a vůbec nejčastější pro mladé dívky ve věku 15 - 19 let. Nejvyšší míra sebevražednosti – lidí starší 69 let. Na každou dokonanou sebevraždu připadá podle odhadů WHO 20 pokusů.

Sebevražednost - ČR



- ČR: si ročně vezme život na 1300-1500 osob (3-4 lidé denně).
- Nejčastější způsoby: oběšení, doma.
- Nejčastější regiony: Tachovsko, Sokolovsko.
- Zvýšené riziko sebevražednosti asi u 3,8 % populace, polovina nevyhledala v posledním roce pomoc. (Nemyslí se rok 2020, ale poslední rok obecně). (Údaje do 2018, novější jsem nenašla.)
- Sui pokusy: Z asi 2600 za rok bylo více než 2200 otravou medikamenty, rostou pokusy paracetamolem, zejména ve věkové kategorii 10-19 let.
- Úmyslné sebepoškození: Nejvíce věk 15-19 let s výraznou převahou dívek.

Rizikové a protektivní faktory sui

Rizikové faktory

předchozí suicidální jednání
násilnost zvolené metody s malou možností záchrany,
velká intenzita úmyslu zemřít
fantazie o posmrtném životě
duševní porucha (deprese, schizofrenie, závislosti)
závažná chronická bolestivá onemocnění snižující kvalitu
života
osamělost
nezaměstnanost, ztráta práce
nefungující vztahy
sui v rodině

Protektivní faktory

děti v rodině
pocit zodpovědnosti vůči rodině
těhotenství
Víra
životní spokojenost
schopnost adekvátního testování reality
pozitivní zvládací schopnosti
podpora z okolí

Suicidální vývoj

- Nekonkrétní sui myšlenky, brání se, snaží se je zapudit.
- Suicidální tendence – nebrání se, má k nim ambivalentní postoj.
- Suicidální úvahy - ztotožnění se sui myšlenkami, hledání způsobu.
- Rozhodnutí o realizaci suicidia (paradoxní uklidnění, domnění zlepšení stavu).

Typy suicidií

- Sui biické - motiv vychází z reality, nemusí být spojen s psychickou poruchou
- Sui patické – spojena jsou spojena např. s depresí (při pocitech beznaděje, autoakuzacích, negativním očekávání do budoucna), se schizofrenií (úleva od nesnesitelných halucinací), závislostí na alkoholu, těžkým abstinčním syndromem, akutní halucinózou, s poruchou osobnosti (zejména emočně nestabilní), s posttraumatickou stresovou poruchou apod.

Typy patického sui chování:

- Úzkostně agitovaný typ: těžké deprese, úzkostné poruchy, schizofrenie, akutní riziko sui
- Impulzivně – agresivní: například u hraniční poruchy osobnosti, závislosti na alkoholu;
- Anhedonicko – beznadějný typ: při negativní schizofrenní symptomatologii nebo chronifikovaných depresích, dlouhodobé riziko sui

Závažnost sui pokusu je úměrná počtu rysů:

- Příprava:
 - předem plánovaný čin
 - dopis na rozloučenou
 - činy konané s vyhlídkou smrti, např. závěť
- Okolnosti:
 - byl při činu sám
 - načasováno tak, aby pomoc byla co nejméně pravděpodobná
 - opatření zabraňující odhalení
- Po činu:
 - neusiluje o pomoc
 - nadále si přeje zemřít
 - nadále věří, že pokus skončí smrtelně
 - lituje, že čin selhal

Akutní intoxikace – spolupráce s psychiatrií

- Zjistit čím (co nejpřesněji) a v jakém množství (aspoň odhadem) se předávkoval.
- Toxikologické středisko
- Dále postup podle situace – ARO, interna, psychiatrie /konzilium, překlad?/
- Pokud je podezření na to, že čin byl (para)suicidální nebo i motivace sebepoškození, je na místě **kontaktovat psychiatrii**, ideálně po odeznění akutní intoxikace, kdy se dá s pacientem mluvit.
- Pacient může simulovat/disimulovat, pátráme po psychiatrické poruše (deprese, porucha osobnosti, psychóza, demence, jiné), aktuální stresory, zátěžové situace, ...

Akutní intoxikace

Stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k **poruchám** úrovně **vědomí, vnímání, emotivity nebo chování**, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí.

Vyvolána přímým akutním farmakologickým působením.

Časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace.



Akutní intoxikace - alkohol



- ebrieta – opilost
- symptomy ~ množství, osobnost, tolerance
nižší dávky působí stimulačně (PM excitace, elace nálady, mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí, snížení sebekritičnosti a zábran, agresivita),
při **vyšších dávkách - útlum** (únava, inkoordinace pohybů, dysartrie, somnolence, spánek)
- 4 stadia opilosti dle hladiny alkoholu v krvi:
 - 1) excitační - do 1.5g/kg, lehká opilost
 - 2) hypnotické - 1.6-2 g/kg, opilost středního stupně
 - 3) narkotické – více než 2 g/kg, těžká opilost
 - 4) asfyktické >3g/kg těžká alkoholová intoxikace, riziko bezvědomí, zástavy dechu, oběhu

Léčba akutní intoxikace alkoholem

Stand. léčba:
5% glc 1000 ml,
Thiamin tbl;
Diazepam až na
odvykací stav až
je pac. střízlivý,

Na neklid,
agresi i.m.
haloperidol, ne
i.v.

Propustit?,
záchytká?,
interna?, ARO?,
psychiatrie?

První pomoc

- Prevence aspirace zvratků – stabilizovaná poloha na boku, zajištění vitálních funkcí.
- Zabránit prochlazení.

Léčba těžké intoxikace – vyžaduje intenzivní symptomatickou léčbu:

- **Asfyxie** – intubace a umělá plicní ventilace, monitorace základních vitálních funkcí.
- **Hypoglykemie** – infuze 10–40 % glukózy.
- **Hypovolémie, hypotenze, hyperosmolalita** – intravenózní hydratace (1 % alkoholu zvyšuje osmolalitu přibližně o 22 mmol/kg). Účinná je hemodialýza, kterou ovšem indikujeme velmi zřídka – při jinak nezvladatelné hyperosmolalitě (koncentrace ethylalkoholu 4 % a více).
- **Metabolická acidóza** – podání bikarbonátu (8,4 % NaHCO₃) při acidóze s pH < 7,1.
- **Úrazy** – u všech pacientů je nutné důsledně pátrat po okulárním traumatu (epidurální, subdurální hematom). V případě podezření je nutné doplnit CT vyšetření hlavy.
- **Wernickova encefalopatie** – pacientům s komatózním stavem alkoholické etiologie bychom měli podat thiamin (100 mg i.v.) pro prevenci nebo léčbu Wernickovy encefalopatie.
- **Křeče, výrazný neklid** – diazepam (Apaurin) 2–10 mg pomalu i.v. Cave: tlumivý účinek na dýchací centrum.
- **Antidota** – specifický antagonist neexistuje. Příznivý efekt byl dokumentován u naloxonu (Intrenon).
- Neúčinné je aktivní uhlí i forsírovaná diuréza.

Zdroj tabulky: medicabaze.cz

Akutní intoxikace - opiáty



- **apatie, útlum**, subj. – zpomalení okolního dění, ospalost, PM retardace, **tupá euforie**
- někteří pac. popisují „dodání energie – odstranění stresu“ – i když je to droga tlumivá
- pocit, tepla, svědění – mravenčení, zácpa
- zhoršení pozornosti

- **mioza**, otupělost, setřelá řeč, oploštělá mimika, ztráta soc. zábran

- těžká intoxikace: koma, útlum DC, cyanóza rtů, bradykardie, hypotenze, hypotermie, mydriaza, škrábání celého těla i při silném útlumu

- Detekovatelnost specifické metabolity do 24 hodin, metabolit morfin v moči 2-3 dny, při dlouhodobém užívání v moči až týden.
 - Heroin: úzká terap. šíře – snadno se předávkují

Akutní intoxikace - opiáty

- Nástup účinku:
 - Šňupání - 10 až 15 minut.
 - Kouření - 2 až 5 minut.
 - i.v. - 7 až 8 sekund, i.m. nastupuje účinek po 5 až 8 minutách.
-

- Léčba: zajištění vitálních fcí – neváhat s OTI a UPV.
- Antidotum naloxon (i.v., i.m., s.c.), dávka 0,4-2 mg, lze opakovat po 2-3 min. do 10 mg, působení 1-3 hod, opioidní antagonist, působí kompetitivně na opioidních receptorech, ihned vyvolá odvykací příznaky, proto je v některých doporučeních: lépe podat kontinuálně 2 mg v 500 ml 5% glc rychlostí dle stavu.

Akutní intoxikace BZD

únava, ospalost, setřelá řeč, závratě, ataxie, dechová deprese, nauzea, bolesti hlavy, hypotenze, kolaps, somnolence, sopor, kóma

Samotné BZD – široká terap. šíře (ke středně silnému předávkování třeba si 20 násobek terap. dávky), nebezpečí spíše v kombinaci s alkoholem a jinými tlumivými látkami.

Ter: Černé uhlí, výplach žaludku

Somnolence, koma – antidotum **flumazenil** – počáteční dávka 0,2 mg i.v. v průběhu 15 s.

SPC – podání i.v. anesteziologem

Doporučovaná úvodní dávka je 0,2 mg aplikované intravenózně po dobu 15 sekund. Druhou dávku, která má obsahovat 0,1 mg lze podat, pokud se do 60 sekund nedosáhne požadované úrovně vědomí, a tato dávka může být v případě potřeby v minutových intervalech opakována až do celkové maximální dávky 1 mg. Obvykle je podáno 0,3 - 0,6 mg, nicméně dávka se může velmi lišit v závislosti na charakteristice pacienta a podaných benzodiazepinech.

Pokud se znovu objevuje ospalost, je možno podat druhou intravenózní injekci (bolus). Zároveň je možno podat intravenózní infuzi v dávce 0,1 - 0,4 mg/hod. Rychlost infuze má být upravována individuálně podle požadované úrovně bdělosti. Dodatečná infuze může být podána k maximální dávce 2 mg injekcí. Jestliže ani po opakovaném podávání dávek přípravku není dosaženo výrazného účinku na úroveň vědomí či dechové funkce, je nutno uvažovat o intoxikaci vyvolané jinými přípravky než benzodiazepiny. Infuze má být každých 6 hodin přerušena, aby se ověřilo, zda znovu nastupuje sedace.

Akutní intoxikace - pervitin



- Hovornost, zrychlené PM tempo, euforie – „jízdy“, megalomanie, až psychomotorický neklid
- Pohybové stereotypy (tzv. „vykroucenost“)
- Snížená potřeba spánku, nechutenství (po doznění intoxikace vlčí hlad)
- Zvýšená výbavnost paměti na úkor přesnosti, zvýšená sexuální touha
- Družnost, ale i hrubost, afektivní labilita
- Paranoidní pocity – stihomamy
- Dojezd – po asi 24 hod, nepříjemný pocit, pokles nálady, podrážděnost
- Vzestup TK, TF, mohou být poruchy srdečního rytmu, komorová fibrilace
- Bronchodilatace, pocení, pocit zimy, dilatace zornic, může být nauzea, zvracení, svalová slabost



Akutní intoxikace - pervitin



Detekovatelnost: Po jednorázovém užití, nebo užívání s malou frekvencí testy z moči jsou pozitivní 3-5 dní. Při opakovaném, dlouhodobém užívání testy z moči jsou pozitivní až 8 dní, obvykle však kratší dobu.

Léčba: Dohled, krátkodobě BZD; antipsychotika spíše nevhodná (KV riziko), tachykardie – betablok. – např. jednorázově 25-50 mg Vasocardinu. Pokud je třeba zopakovat, pak provést EKG (porucha vedení je kontraindikací).

U lehkých intoxikací prakticky bez léčby, pokud BZD, pak volíme spíše nižší dávky (např. Diazepam 10 mg 1-1-1 dle stavu nebo i krátkodobě působící BZD (Oxazepam 10mg 2-2-2 nebo i méně)

xxx u odvykání z tlumivých látek (BZD, alkohol) volím spíš vyšší dávky dlouhodobě působících BZD.

V praxi pozor: častá kombinovaná intoxikace (a potažmo i závislost) – pervitin plus alkohol.



Akutní intoxikace - kokain

Zvýšení energie, zvýšení výkonu na úkor kvality, sex. touha

- Bronchospasmus, křeče, arytmie, vzácněji delirium
- Mírnější intoxikace: BZD
- Těžší intoxikace: intubace a pak výplach žaludku (kokain – pyrolospasmus), riziko křečí, pokud drogu užil p.o.; diazepam, betablokátory při tachykardii, ...

Akutní intoxikace kanabinoidy



- dysfunkční **chování** (desinhibice, agitovanost)
- změna **nálady** (euforie, úzkost)
- abnormity vnímání (**vnímání času** - většinou nadhodnocení uplynulého času, připadá jim, že čas plyne pomaleji, **zostření smyslových vjemů**, myšlenkový trysk, iluze či halucinace vzácněji), porucha kontaktu s realitou, zhoršení úsudku, **zpomalení reakčního času**
Překrvené spojivky, setřelá řeč

Těžší: mydriaza, apnoické pauzy, somnolence, koma, i delirium

Maximální pocit „HIGH“ asi za 20–40 min, trvá asi 4 hod, následuje „DOWN“.

Časový posun vrcholu krevní hladiny THC a vrcholu euforie.

Není přímá korelace krevní hladiny a stupně ovlivnění (tolerance – chronici).

Krevní THC c max asi za 5 min po inhalační dávce.

THC a alkohol se potencují v depresi CNS.

- Ter.: lehčí jen pozorování, BZD, sympt. terapie arytmií, event. UPV, při p.o. užití výplach žaludku, carbo ads.

Akutní intoxikace halucinogeny

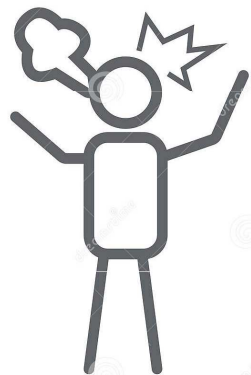


- akutní intoxikace :
 - změny **emocí** (euforie, deprese, anxieta), záleží na očekávání od drogy, společnosti – příjemný prožitek, ale i bad trip
 - změny chování (agresivita, hyperaktivita),
 - změny vnímání (**čas**, prostor, **halucinace vzácněji** - barvy, vize, zostřené vnímání, ale i pseudohalucinace - je si vědom nepravdivosti vjemů)
 - změna myšlení (bludná interpretace reality, pokles kritičnosti)
 - afektivní labilita, impulsivní jednání
 - pocení, vzestup TK, SF, zimovřivost, třes, hypersalivace, poruchy akomodace, cefalgie, sucho v ústech, mydriasa

Příklad akutní intoxikace LSD

- Mladý muž, student, běhal nahý po Brně, agresivita, nutnost nasazení pout, dovezen policií. Snad intoxikace neznámou látkou.
 - Zmatený, opocení, nespolupracuje, nesouvislá mluva.
 - Neurologické i interní vyšetření v pořádku, CT mozku bez patol. nálezů. Moč toxik. negativní. (LSD se není možno stanovit).
 - Během několika hodin intoxikace odezněla, mezitím přeložen na psychiatrii.
 - Zpětně přiznává užití LSD, popisuje potíže při intoxikaci: Po užití drogy šel do města, měl pocit, že všechny své problémy vidí před sebou, nemůže je dohnout, myslel si, že zemřel, viděl sám sebe z dálky, vše se neustále točilo dokola. Měl pocit, že se zblázní, nedokázal rozlišit realitu od svých prožitků. Neustále se ptá, co se stalo, pamatuje si, že se oddělil od kamarádů a pak přijel do nemocnice, neví, kolik uběhlo času, zkresleně vnímá prostor.
-
- LSD (diethylamid kyseliny lysergové)
 - Detekovatelnost: v krvi pouze 2-4 hodiny, v moči asi 12 hodin.
 - Zde v Brně stanovuje metabolity v krvi toxik. laboratoř Soudního lék., u tohoto pacienta negativní (vzorek odebrán pozdě).

- Terapie nespecifická, symptomatická. Pokud je prováděn výplach žaludku, měla by předcházet sedace a OTI pro zvýšené riziko křečí.



AGITATION

Agitovaný a agresivní pacient

Agitovanost, agrese

- **Agitovanost:** stav, kdy dominuje špatně organizovaná a neúčelná PM aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody.
- **Agrese:** auto, hetero, verbální, brachiální
- **Výskyt:** intoxikace, závislosti, demence (zejména u Alzh. nemoci), deliria, poruchy osobnosti, psychózy, ...
- **Příčiny a spouštěcí faktory:** Snížená frustrační tolerance – reakce na frustraci, negativní emoce (úzkost, pocity ohrožení, pocity znehodnocení), únava, jakákoliv změna, návštěva, změna našeho chování, které pacient nerozumí
- **Prevence (u demencí):** odpočinek a klid, pravidelný denní režim, málo změn, navázání verbálního kontaktu, pochvala, odklonění pozornosti od problému, ..

Léčba – mechanické omezení, medikamentózní

Akutní nepsychotický neklid a násilí (zejména u demencí)	Tiapridal (kapky, parent.) Antipsychotikum II. generace (risperidon) Při úzkosti případně BZD
Chronický nepsychotický neklid	Tiapridal, melperon, případně antipsychotika II. generace (quetiapin) BZD dlouhodobě nevhodné
Akutní psychotický neklid	Antipsychotika (haloperidol, zúklopenthixol, olanzapin, levomepromazin), případně v kombinaci s BZD, pokud antipsychotikum není sedativní
Chronický psychotický neklid	Antipsychotika, ? valproát

Psychiatrický pacient vyžadující péči jiných oborů, se somatickou komorbiditou

- Buď je umístěn na psychiatrii a řeší se pomocí konzilií příslušných oborů, nebo je situace opačná. Vždy záleží na domluvě a na tom, která péče je pro pacienta zásadnější, jaké potřebuje přístrojové vybavení atd.

Použitá literatura

- Kocourová J, Koutek J. Intoxikace medikamenty – suicidální nebo sebepoškozující jednání? Čes a slov Psychiat 2013; 109(2): 81–83.
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>
- Koutek J. Jak rozpoznat a řešit suicidální rizik. Interní Med. 2010; 12(2): 109–110.
<https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>
- <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-sebevraz-du-spa-cha-2190-lidi-denne.pdf>
- Kasal A et al. Situační analýza prevence sebevražd v České republice Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030.
<https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic-december-2019-fin-2.pdf>
- Praško J. Péče o suicidálního pacienta.
<https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>
- Kašpárek et al. Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě.
<https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-2/alkoholovy-odvykaci-stav-a-delirium-od-patofyziologie-k-lecbe-48184>
- Uhrová T, Vevera J. Terapie agresivity a akutního neklidu u dementních pacientů.
<https://www.czech-neuro.cz/content/uploads/2018/03/uhrova-2.pdf>

Děkuji za pozornost

142229@mail.muni.cz