

# Zaburzenia zachowania czy zaburzenia świadomości

Tomasz Gabryelewicz  
19 lis 2016 Zakopane



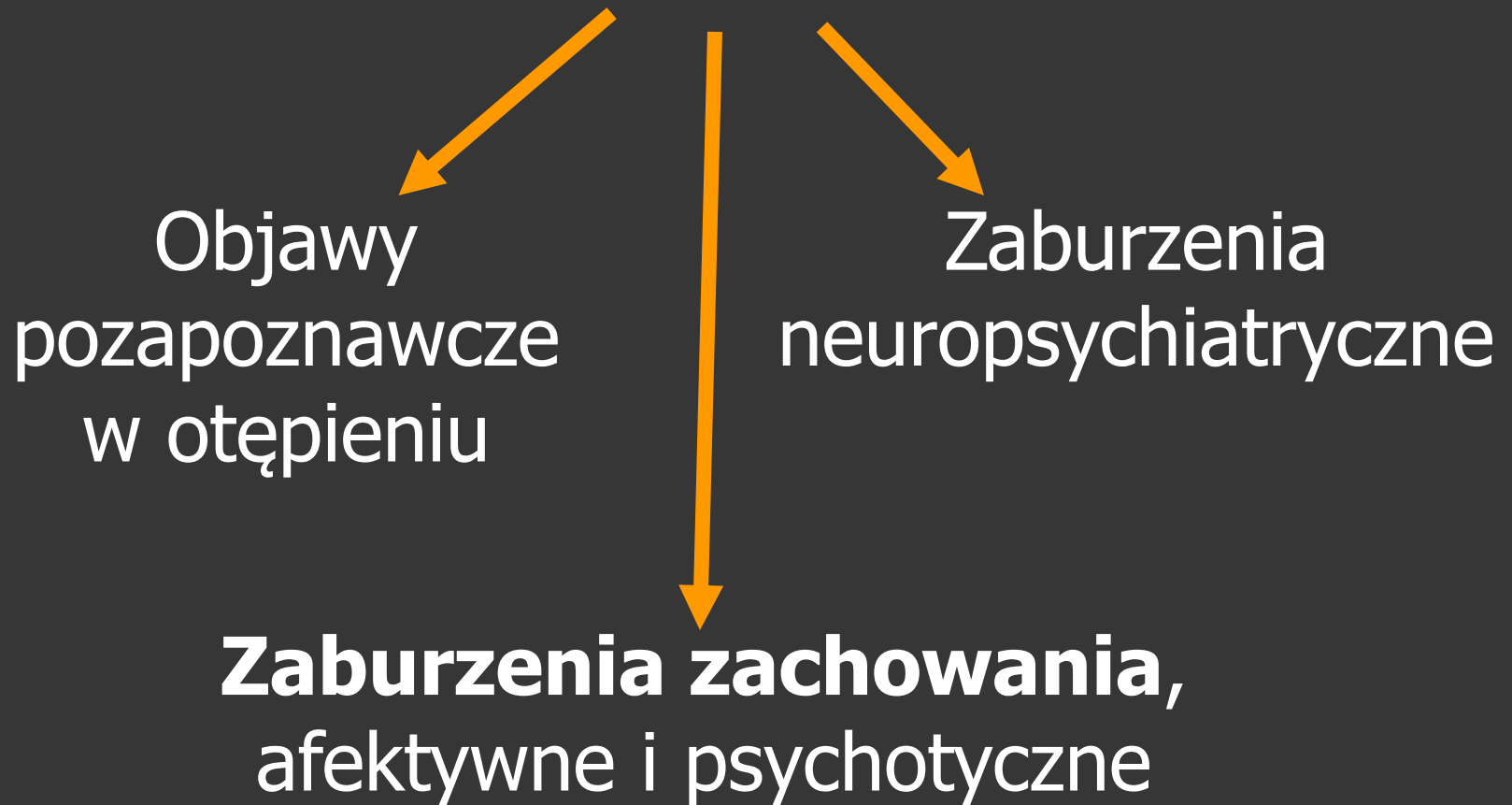
Instytut Medycyny Doświadczalnej i  
Klinicznej im. M. Mossakowskiego,  
PAN Warszawa

# Termin *majaczenie* wg. The Merck Manual of Geriatrics

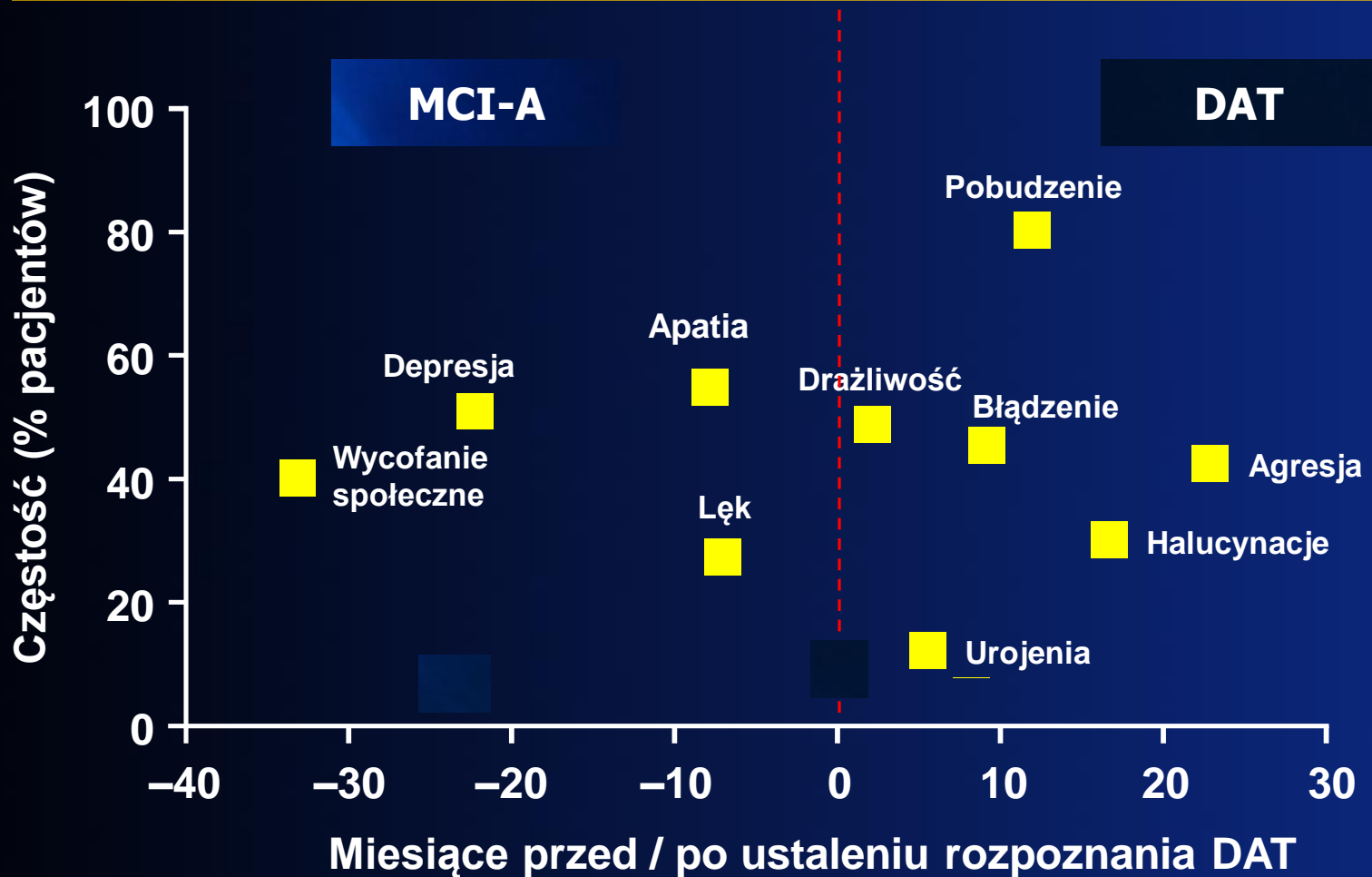
- Stan kliniczny charakteryzujący się nagłymi, falującymi zmianami stanu umysłowego z ograniczeniem percepcji otoczenia i niezdolnością do podtrzymywania uwagi
- Majaczenie jest często błędnie rozpoznawane jako otępienie lub zaburzenia zachowania, psychoza, co może prowadzić do tragicznych dla pacjenta konsekwencji

# BPSD

Behavioralne i psychologiczne objawy w otępieniu  
polskie terminy



# Najczęściej występujące BPSD w MCI-A i w DAT



# Objawy pozapoznawcze w otępieniu

Zaburzenia afektywne, lękowe i zaburzenia snu	Zaburzenia psychotyczne	Zaburzenia zachowania (behawioralne)
Chwiejność afektywna	Urojenia	Apatia i wycofanie społeczne
Depresja	Halucynacje	Agresja słowna i fizyczna, wrogość, krzyczenie
Nastrój euforyczny	Mylne rozpoznawanie osób (misidentyfikacja)	Rozhamowanie, przeklinanie
Reakcje dysforyczne i katastroficzne		Bezczelowe chodzenie, błądzenie
Lęk, obawy, fobie		Ciągłe pytanie o to samo, nieodstępowanie opiekuna
Zaburzenia snu i czuwania		Negatywizm, upór, przekora
		Niewłaściwe zachowania społeczne i seksualne
		<b>Niepokój i pobudzenie</b>

# Przyczyny pobudzenia w otępieniu

Czynniki potencjalnie odwracalne		
Zaburzenia somatyczne	Zaburzenia psychiatryczne	Czynniki psychosocjalne
Ostry lub przewlekły ból	Zaburzenia lękowe	Konflikt z opiekunem
Infekcje, zatrucia	Psychozy	Zmiana codziennych schematów
Efekt działania ubocznego leków	Zaburzenia afektywne	Niezrozumienie, nieporozumienie, problem w komunikowaniu się
Odwodnienie, zaparcia	Zaburzenia snu	Zmiana otoczenia, nowe bodźce środowiskowe
Ostre lub przewlekłe niedotlenienie	<b>Zaburzenia świadomości</b>	Negatywne wydarzenia życiowe
Nadczynność tarczycy		Ograniczenie swobody
Ostre zaburzenia neurologiczne		Ubytki sensoryczne

# Zaburzenia świadomości cechuje

(za Janem Jaroszyńskim, 1978):

- Niejasność postrzegania i pojmowania zjawisk zachodzących w świecie otaczającym i w psychice własnej chorego, niekiedy też zniekształcenie tych zjawisk
- Spadek reakcji na bodźce zewnętrzne
- Utrudnienie kontaktu z otoczeniem
- Spadek zdolności przypominania sobie wypadków dawnych oraz zapamiętywania bieżących

# Składniki zaburzeń świadomości

- **Przymglenie** – czyli niejasne spostrzeganie i pojmowanie świata, jakby przez mgłę, z trudem, niewyraźnie; utrudnienie kontaktu, spowolnienie reakcji, dezorientacja co do czasu, sytuacji i miejsca, zaburzenia pamięci
- **Zamącenie** – „zatarcie konturów”, spowolnienie, utrudnienie spostrzegania – jego zniekształcenie, zafałszowanie w postaci iluzji i omamów
- **Zwężenie pola świadomości** – ograniczenie przeżyć psychicznych do określonego wycinka rzeczywistości



# Zespoły zaburzeń świadomości

## 1. Zespoły wyłączenia świadomości czyli zaburzenia ilościowe:

- senność (somnia) (somnolentia)
- sopor (stan półśpiączki, *odrętwienia*)
- śpiączka (coma)

## 2. Jakościowe zaburzenia świadomości:

- przymglenie proste
- zespół majaczeniowy (delirium)
- zespół zamroczeniowy albo pomroczny
- zespół splątaniowy
- zespół „podwyższonej świadomości”

Termin majaczenie (delirium) używany jest zarówno do określenia jednego z zespołów jakościowych zaburzeń świadomości jak i oznaczenia całej grupy tych zaburzeń (przymglenie proste, majaczenie, zespół pomroczny, splątanie)

# Majaczenie – obraz kliniczny

- Utrudnienie kontaktu ze światem zewnętrznym
  1. redukcja czujności, zaburzenia uwagi, zamącenie *sensorium*
  2. dezorientacja co do czasu, miejsca, sytuacji i własnej osoby
  3. spowolnienie toku myślenia, redukcja kontaktu werbalnego
- Zaburzenia afektu (lęk, dysforie gniewliwe, euforia)
- Iluzje i omamy (zwłaszcza typowe – wzrokowe, czucia skórniego, niekiedy węchowe, rzadko słuchowe)
- Przeżywanie oniryczne – urojeniowe przeżywanie określonego dziania się, połączone często z przekonaniem o przebywaniu w miejscu pracy, barze etc.
- Utrudnione zapamiętywanie i przypominanie, luki pamięciowe obejmujące okresy nasilania się zaburzeń

# Podział majaczenia na podstawie oceny aktywności ruchowej

- Majaczenie z **nadmierną aktywnością** psychomotoryczną, agitowane występuje w 25% przypadków
- Majaczenie ze **spadkiem aktywności** również w 25% przypadków
- Typ **mieszany** występuje w 35% przypadków
- W 15% przypadków aktywność jest niezmienną

# Narzędzie do oceny majaczenia – CAM (The Confusion Assessment Method)\*

- **Diagnozę majaczenia należy ustalić, gdy:**

- 1) początek objawów jest ostry, a przebieg zmienny w czasie
- 2) obecne są wyraźne zaburzenia uwagi
- 3) obecna jest dezorganizacja myślenia i/lub zaburzenia przytomności

Inne objawy majaczenia (zaburzenia orientacji, zaburzenia pamięci, zaburzenia spostrzegania, pobudzenie lub spowolnienie, zaburzenia rytmu dobowego) mogą, ale nie muszą być obecne; ich obecność wspiera diagnozę majaczenia.

\* Inouye et al. Ann Int Med., 1990

# Epidemiologia majaczenia (delirium)

- Wśród pacjentów hospitalizowanych w wieku >70 lat:
  - 10 do 20% ma majaczenie przy przyjęciu do szpitala
  - 10 do 20% ma majaczenie w trakcie pobytu w szpitalu
- Wśród pacjentów pooperacyjnych w wieku >70 lat:
  - 15 do 25% ma majaczenie po planowych operacjach
  - 35 do 65% ma majaczenie po operacjach stanów nagłych (Tune, 1991)
  - 25% z chorobą nowotworową (Stiefel i Holland, 91)
- Wśród pensjonariuszy domów opieki w wieku >75 l.:
  - do 60% (Fann, 2000)

# Etiologia majaczenia

Majaczenie może mieć wiele przyczyn:

- pierwotne choroby mózgu
- choroby pierwotne powstające w innej części organizmu i wtórnie oddziałujące na na czynność mózgu zwykle przez współistniejące zmiany toksyczne lub metaboliczne (takie jak odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe, spowodowane nadmierną diurezą lub niewystarczającą podażą płynów w ostrym okresie choroby)

# Czynniki ryzyka majaczenia

## Charakterystyka pacjenta

- Hospitalizowana osoba w podeszłym wieku
- Mnogość różnych chorób
- Mnogość różnych leków
- Choroba terminalna
- Zaburzenia sensoryczne (słuchowe lub wzrokowe)
- Niedobór snu

## Czynniki medyczne

- Ołępienie
- Stan pooperacyjny
- Oparzenia
- Odstawienie alkoholu lub leków
- Niedożywienie
- Przewlekłe zaburzenia f. wątroby
- Dializa
- Choroba Parkinsona
- Stan poudarowy

# Najczęstsze przyczyny ostrych zaburzeń świadomości (za Abrams i wsp.,99)

## Wewnątrzczaszkowe

Zakażenia (np. zapalenie opon m.-rdz.)

Napady padaczkowe

Udar (niedokrwieny, krwotoczny)

Krwiak podtwardówkowy

Guzy-pierwotne i przerzutowe (podwyższone ciśnienie wewnątrzczaszkowe)

## Pozaczaszkowe

Znieczulenie ogólne

Zapalenie tętnicy skroniowej

Złamanie w stawie biodrowym

Hiperkapnia

Hipotermia

Hipoksja

Zakażenia (np. dróg oddechowych)

Zatrucie lub odstawienie alkoholu, leków

Zaburzenia metaboliczne

Zawał mięśnia sercowego

Zmiany psychogenne lub środowiskowe

Odwodnienie, przewlekły ból, niedobory pokarmowe



# Wybrane grupy leków, które mogą powodować majaczenie

Uspokajająco-nasenne	Przeciwdepresyjne	Antycholinergiczne
<p>Benzodiazepiny – szczególnie długo działające (diazepam, flurazepam, chlordiazepoksyd) - mniej niebezpieczne krótko-działające z wyjątkiem triazolamu i alprazolamu</p> <p>Uwaga: Majaczenie może wystąpić zarówno przy wprowadzaniu jak i przy odstawianiu leków</p>	<p>Szczególnie o silnym działaniu antycholinergicznym jak TLPD (np. amitryptylina, doxepina). Rzadziej SSRIs</p>	<p>Atropina i jej pochodne, skopolamina</p>

# Wybrane grupy leków, które mogą powodować majaczenie

Przeciwpysychotyczne	Antagoniści receptora H2	Przeciw parkinsonowskie
<ul style="list-style-type: none"><li>- Generalniei rzadko; z największym ryzykiem te o słabym potencjale działania, antycholinergiczne</li><li>- Z atypowych klozapina</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cimetydyna, ranitydyna</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Antycholinergiczny typu biperiden, pridinol</li><li>- Dopaminergiczne, zarówno agoniści receptora D, jak i L-dopa</li></ul>

# Zespół zachodzącego słońca

- Zespół majaczeniowy występujący wieczorem i nocą nie wiązany z żadną określoną, uchwytą przyczyną, oprócz samego podeszłego wieku
- W badaniu z 1987 roku Evans stwierdzał ten zespół u 12,4% pensjonariuszy zakładów opiekuńczych

# Ryzyko zgonu

- Z medycznego punktu widzenia delirium to stan nagły, ponieważ wywołująca je choroba lub zatrucie, jeżeli nie są leczone mogą prowadzić do zgonu.
- Wystąpienie delirium może podwoić ryzyko zgonu w ciągu kilku godzin lub tygodni.
- Dwoma najistotniejszymi czynnikami prognostycznymi zgonu są zaawansowany wiek i obecność wielu schorzeń somatycznych.
- Skuteczne leczenie znacznie redukuje zwiększoną śmiertelność.
- American Psychiatric Association (1999)- różne doniesienia ustalają śmiertelność wśród hospitalizowanych osób z majaczeniem w podeszłym wieku w granicach od 22 do 76%



## Objawowe postępowanie w majaczeniu

- Podstawa – zidentyfikowanie i leczenie prawdopodobnych przyczyn majaczenia
- Zasada – stosowanie leków objawowych w przypadku znacznego pobudzenia, agresji lub innych zachowań niebezpiecznych dla pacjenta lub innych osób

# Wybrane leki stosowane w leczeniu majaczenia

Nazwa leku	Zakres dawek	Zastosowanie i cechy
<i>Typowe leki przeciwpsychotyczne</i>		
Haloperidol	<ul style="list-style-type: none"><li>• Początkowo: 0,5 mg (najlepiej doustnie)</li><li>• Ocena stanu chorego co 2-4 godz. z możliwością powtarzania dawki początkowej</li><li>• Przeciętna skuteczna dawka dobową to 1-4 mg</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ograniczenie stosowania tylko do stanów ostrego pobudzenia</li><li>• Przy podaniu pozajelitowym należy zredukować dawkę o połowę</li></ul>

# Wybrane leki stosowane w leczeniu majaczenia

Nazwa leku	Zakres dawek	Zastosowanie i cechy
<b><i>Benzo- dwuazepiny</i></b>	Postępowanie z wyboru w leczeniu majaczenia alkoholowego i wywołanego odstawieniem benzodwuazepin	
Lorazepam	Dawka inicjalna – 0,5 mg dobowa do 2 mg Majaczenie alkoholowe > 2mg	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rekomendowane o krótkim okresie półtrwania i pozbawione aktywnych metabolitów</li><li>• Ryzyko upadków, spadków ciśnienia t., pogorszenie wydolności oddechowej, efekt paradoksalny</li></ul>
Oksazepam	Dawka inicjalna - 10 mg dobowa do 50 mg Majaczenie alkoholowe >50mg	
Diazepam	Dawka inicjalna - 10 mg dobowa do 40 mg Majaczenie alkoholowe >40mg	

# Wybrane leki stosowane w leczeniu majaczenia

Nazwa leku	Zakres dawek	Zastosowanie i cechy
<i>Inhibitory acetylocholinesterazy, memantyna, melatonina</i>		
Donepezil	10 mg/dobę	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pojedyncze doniesienia</li><li>• Podstawa – niedobór transmisji cholinergiczej jako przyczyna majaczenia</li><li>• Metody nadzwyczajne zarezerwowane dla chorych zupełnie niereagujących na standardowe metody, lub przy przeciwwskazaniach lub poważnych działaniach niepożądanych metod standardowych</li></ul>
Memantyna	10 mg/dobę	
Melatonina	2-5 mg/dobę	



# Wybrane leki stosowane w leczeniu majaczenia

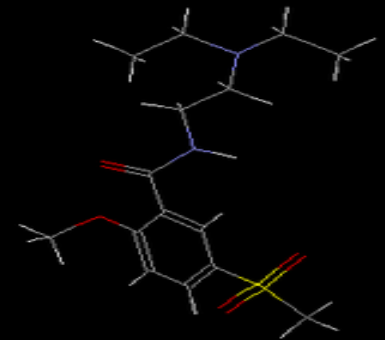
Nazwa leku	Zakres dawek	Zastosowanie i cechy
<i>Atypowe leki przeciwpsychotyczne</i>		
Risperidon	Dawka inicjalna: 0,25 - 0,5 mg, dobowo do 2 mg	<ul style="list-style-type: none"><li>• Najwięcej doświadczeń</li><li>• Ocena ryzyka kardiologicznego (odcinek QT)</li></ul>
Olanzapina	Dawka inicjalna: 2,5 - 5 mg, dobowo do 10 mg	
Kwetiapina	Dawka inicjalna: 12,5 - 25 mg, dobowo do 150 mg	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ostrożnie przy zab. metabolicznych</li><li>• Unikanie w otępieniu – ryzyko incydentów sercowo-naczyniowych</li></ul>
Tiapridal	Dawka inicjalna: 0,25 - 50 mg, dobowo do 300 mg	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bardzo dobry profil bezpieczeństwa</li></ul>

# Tiapridal

- ▶ Tiaprid jest pochodną benzamidu, która ma selektywne działanie antagonistyczne wobec receptora dopaminowego typu D2 i jest praktycznie pozbawiony wpływu na receptory serotoninowe 5-HT<sub>2</sub>
- ▶ Lek nie jest w znaczącym stopniu metabolizowany w wątrobie i jest uznawany jako jeden z **najbezpieczniejszych** leków przeciwpsychotycznych, nawet u chorych z niewydolnością wątroby

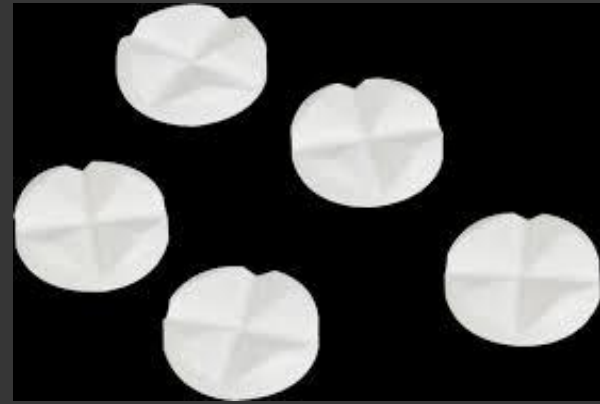
# Tiaprid

- ▶ **Minimalne ryzyko** wywoływania objawów pozapiramidowych i minimalne niepożądane działania kardiologiczne, metaboliczne i w zakresie sedacji powodują, że jest właściwym lekiem w leczeniu pobudzenia, agresji i lęku w przebiegu otępienia
- ▶ Dodatkowo **nie wywołuje** zaburzeń procesów poznawczych



# Tiaprid

- ▶ Tiaprid jest jedynym z dwóch neuroleptyków zarejestrowanym w Polsce ze wskazaniem / *leczenie pobudzenie psychomotorycznego i zachowań agresywnych u osób w podeszłym wieku z otępieniem*



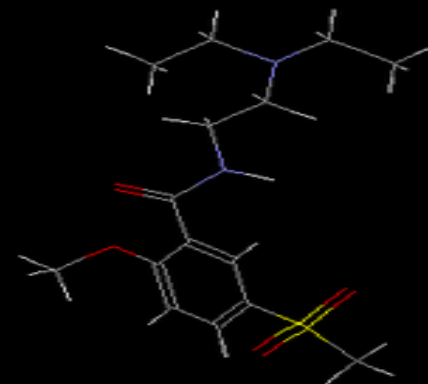
# Tiaprid

- ▶ W badaniu *head-to-head* tiaprid vs. haloperidol wykazano, że leki nie różniły się skutecznością w leczeniu pobudzenia i agresywności u pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami funkcji poznawczych, ale **tiaprid był znacznie lepiej tolerowany**

Cecha kliniczna	Tiapridal	Haloperidol
Skuteczność w leczeniu pobudzenia	tak	tak
Zalecane (równoważne klinicznie) dawkowanie	100-300 mg	2-6 mg
Objawy niepożądane (częste)	parkinsonizm i nadmierna sedacja (ryzyko < niż przy halo)	parkinsonizm, późne dystonie, spadki ciśnienia, nadmierna sedacja
Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych i udaru	nie opisano	tak, ostrzeżenie FDA
Ryzyko złośliwego zespołu neuroleptycznego	tak, pojedyncze opisy przypadków	tak, obok chlorpromazyny najczęściej raportowany
Wpływ na próg drgawkowy	brak wpływu	tak, szczególnie pod. wiek

# Tiaprid – cechy farmakokinetyczne - podsumowanie

- Szybkie wchłanianie i początek działania  $T_{max}$  2 h
- Relatywnie krótki czas działania (3-6 h)
- Wydalanie głównie przez nerki
- Niskie ryzyko interakcji



# Pułapka - Majaczenie nałożone na otępienie

Podejrzewać majaczenie u chorego z otępieniem należy zawsze, gdy:

- objawy pojawiły się nagle i mają zmienne nasilenie
- W badaniu klinicznym znacznego stopnia trudności w komunikacji z chorym, wynikające z pobudzenia lub spowolnienia, zaburzeń uwagi lub dezorientacji myślenia
- Wśród nowych objawów stwierdza się często objawy psychotyczne, zwłaszcza omamy modalności wzrokowej

Dziękuję bardzo za uwagę.

