

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5

Neodkladné stavy v psychiatrii – abstinenční delirium při
alkoholové nebo jiné závislosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAN VRÁNA

PRAHA 2013

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**NEODKLADNÉ STAVY V PSYCHIATRII –
ABSTINENČNÍ DELIRIUM PŘI ALKOHOLOVÉ NEBO
JINÉ ZÁVISLOSTI**

Bakalářská práce

JAN VRÁNA

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Vedoucí práce: MUDr. Josef Štorek, Ph.D.

Praha 2013



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Jan Vrána
3. A ZZ

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 31. 5. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

**Neodkladné stavy v psychiatrii- abstinenční delirium při alkoholové
nebo jiné závislosti**

*Urgent States in Psychiatry- Alcohol Withdrawal Delirium during
Alcohol and other Addictions*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Josef Štorek, Ph.D.

V Praze dne: 3. 9. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20.3.2013

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji MUDr. Josefu Štorkovi, Ph.D. za velkou podporu a cenné rady, které mi poskytl při konzultaci mé bakalářské práce.

ABSTRAKT

Vrána, Jan. *Neodkladné stavy v psychiatrii – abstinenční delirium při alkoholové nebo jiné závislosti*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Josef Štorek, Ph.D. Praha. 2013. 83 s.

Tématem bakalářské práce jsou neodkladné stavy v psychiatrii – abstinenční delirium při alkoholové nebo jiné závislosti. Teoretická část práce charakterizuje příčiny vzniku deliria tremens jak alkoholem, tak i omamnými látkami. Následně jejich průběh a léčbu. S tímto tématem je spjato mnoho problémů jak z pohledu zdravotnického, tak z pohledu společenského, neboť zrychlující se dobou a vzrůstajícím stresem stále více lidí hledá alternativy odreagování se a psychický „relax“. Myslíme si, že tato práce je v dnešní době aktuální, neboť se stále zvyšující agresí narůstají i útoky na samotné záchranáře, kteří riskují nejen zdraví své, ale i bezpečnost pacienta a jeho okolí.

V praktické části jsme se zaměřili na vypracování kazuistik, z nichž je patrné, že léčba, kterou musí pacient podstoupit je vždy nejistá a závisí jen na jeho rozhodnutí a následné celoživotní vůli odolávat konzumaci alkoholu nebo jiných návykových látek, na kterých byl závislý.

Klíčová slova:

Alkoholismus. Anonymní alkoholici. Alkoholové psychózy. Detoxifikace. Stádia závislosti. Toxikomanie.

ABSTRACT

Vrána, Jan. *Urgent states in psychiatry – withdrawal delirium on alcohol or other addictions*. The College of Nursing, o.p.s. Qualification level: Bachelor (Bc.). Thesis supervisor: MUDr. Josef Štorek, Ph.D. Prague. 2013. 83 p.

The bachelor's thesis topic is urgent states in psychiatry – withdrawal delirium on alcohol or other addictions. The thesis theoretical part describes the causes of delirium tremens both through alcohol and also drugs. Subsequently their course and treatment. There are many problems linked to this subject both from the medical point of view and from the social point of view, for because of accelerating time and increasing stress more and more people look for relaxation alternatives and psychical „relax“. We think this thesis is relevant nowadays because together with permanently increasing aggression there are more and more attacks on rescuers themselves who risk not only their health but also safety of patients and their vicinity.

In the practical part we focused on elaborating casuistries from which it is obvious the treatment that the patient must go through is always uncertain and it depends on the patient's resolution and subsequent lifelong will to resist consumption of alcohol or other addictive substances they were addicted to.

Key words:

Alcoholism. Alcoholic psychosis. Anonymous alcoholics. Addiction stages. Addiction. Detoxification.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK

ÚVOD	15
1 DELIRIUM	16
1.1 Definice	16
1.2 Zařazení	16
1.3 Diferenciální diagnostika	16
1.4 Dělení	17
1.4.1 Delirium vyvolané jinak než alk. a návykovými látkami	18
1.4.2 Delirium vyvolané alkoholem	22
1.5 Delirium a arytmie	25
2 ALKOHOLISMUS	27
2.1 Alkohol	27
2.2 Biologie alkoholu	28
2.3 Vznik a průběh závislosti na alkohol	29
2.4 Typy a stadia alkoholismu	29
2.5 Somatické komplikace alkoholismu	31
2.6 Stadia opilosti	31
2.7 Alkoholové psychózy	32
2.7.1 Nejznámější alkoholové psychózy	32
2.8 Protialkoholní péče	34
2.8.1 Záchytná stanice	34
2.8.2 Ordinance pro protialkoholní péči	35
2.8.3 Lůžkové protialkoholní oddělení	35
2.9 Anonymní alkoholici	35
3 TOXIKOMANIE	37
3.1 Pojem droga a její působení	37
3.2 Drogová závislost	37
3.3 Dělení drog	38
3.3.1 Legální a nelegální drogy	38
3.3.2 Měkké a tvrdé drogy	38
3.3.3 Drogové spektrum	39
3.4 Stadia závislosti	43

3.4.1	Euforické počáteční stadium	43
3.4.2	Kritické stadium navykání	43
3.4.3	Stadium návyku – závislosti	44
3.4.4	Chronické stadium rozkladu	44
3.5	Detoxifikace	44
3.5.1	Prostředí detoxifikace	45
3.5.2	Prvky detoxifikace	46
3.6	Drogová kriminalita	47
4	KAZUISTIKA Č.1	48
4.1	Zhodnocení pacienta	48
4.1.1	Anamnéza	48
4.2	Lékařské diagnózy	48
4.3	Sledování nemocného	48
4.4	Terapie	49
4.5	Psychiatrické vyšetření	49
4.6	Průběh hospitalizace a stav po propuštění	49
4.7	Ošetrovatelské diagnózy	50
4.7.1	Narušení funkcí rodiny alkoholismem	50
4.7.2	Poruchy spánku v důsledku vnitřní smyslové poruchy	51
4.8	Doporučení pro pacienta	52
4.9	Závěr	52
5	KAZUISTIKA Č. 2	53
5.1	Zhodnocení pacienta	53
5.1.1	Anamnéza	53
5.2	Lékařské diagnózy	53
5.3	Sledování nemocného	53
5.4	Terapie	54
5.5	Psychiatrické vyšetření	54
5.6	Průběh hospitalizace a stav po propuštění	54
5.7	Ošetrovatelské diagnózy	54
5.7.1	Změny smyslového vnímání v důsledku narušení	54
	biochemických pochodů v organismu	54
5.7.2	Poruchy výživy	55
5.8	Doporučení pro pacienta	56

5.9	Závěr	56
6	KAZUISTIKA Č. 3	57
6.1	Zhodnocení pacienta	57
6.1.1.	Anamnéza	57
6.2	Lékařské diagnózy	57
6.3	Sledování nemocného	57
6.4	Terapie	58
6.5	Psychiatrické vyšetření	58
6.6	Průběh hospitalizace a stav po propuštění	58
6.7	Ošetrovatelské diagnózy	58
6.7.1	Únava v důsledku osobní nepohody	58
6.7.2	Neochota ke spolupráci v důsledku abusu alkoholu	59
6.8	Doporučení pro pacienta	60
6.9	Závěr	60
7	KAZUISTIKA Č. 4	61
7.1	Zhodnocení pacienta	61
7.1.1.	Anamnéza	61
7.2	Lékařské diagnózy	61
7.3	Sledování nemocného	61
7.4	Terapie	62
7.5	Psychiatrické vyšetření	62
7.6	Průběh hospitalizace a stav po propuštění	62
7.7	Ošetrovatelské diagnózy	63
7.7.1	Neznalost pojmu v důsledku nedostatečných informací o používání antabusové léčby	63
7.8	Doporučení pro pacienta	64
7.9	Závěr	64
8	KAZUISTIKA Č. 5	65
8.1	Zhodnocení pacienta	65
8.1.1.	Anamnéza	65
8.2	Lékařské diagnózy	65
8.3	Sledování nemocného	65
8.4	Terapie	66
8.5	Psychiatrické vyšetření	66

8.6	Průběh hospitalizace a stav po propuštění	66
8.7	Ošetrovatelské diagnózy	67
8.7.1	Riziko úrazu	67
8.7.2	Změny v srdečním výdeji	68
8.8	Doporučení pro pacienta	69
8.9	Závěr	69
9	KAZUISTIKA Č. 6	70
9.1	Zhodnocení pacienta	70
9.1.1.	Anamnéza	70
9.2	Lékařské diagnózy	70
9.3	Sledování nemocného	70
9.4	Terapie	71
9.5	Průběh hospitalizace a stav po propuštění	71
9.6	Ošetrovatelské diagnózy	71
9.6.1	Bezmocnost v důsledku dlouhodobých pocitů bezradnosti ..	71
9.7.2	Zmatenost v důsledku deliria	72
9.7	Doporučení pro pacienta	73
9.8	Závěr	73
10	KAZUISTIKA Č. 7	74
10.1	Zhodnocení pacienta	74
10.1.1.	Anamnéza	74
10.2	Lékařské diagnózy	74
10.3	Sledování nemocného	75
10.4	Terapie	75
10.5	Průběh hospitalizace a stav po propuštění	76
10.6	Ošetrovatelské diagnózy	76
10.6.1	Rizikový faktor poškození	76
10.6.2	Poruchy sebekoncepce	78
10.7	Doporučení pro pacienta	79
10.8	Závěr	79
11	DISKUSE	80
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	82
	PŘÍLOHA	

SEZNAM ZKRATEK

ADH	alkoholdehydrogenáza
ALP	alkalickéfosfatázy
ALT	alanin-aminotransferázy
AMP	ampule
AST	aspartázamino transferáza
ATB	antibiotika
AV	atrioventrikulární
BZD	benzodiazepiny
Ca	karcinom
CAM-ICU	confusion Assessment method for the intensive care unit
CDT	karbohydrát deficientní transferin
CMP	cévní mozková příhoda
CNS	centrální nervový systém
CRP	c-kreativní protein
CT	počítačová tomografie
Dg	diagnóza
EEG	elektroencefalogram
EKG	elektrokardiograf
EPI	epiparoxismus
FR	fyziologický roztok
G 5%	glukóza 5%

GIT.....	gastro intestinální trakt
GMT	gama-glutamyltransfer
HK	horní končetina
IM.....	infarkt myokardu
IQ.....	inteligentní kvocient
I.V.....	intra venózně
JIP.....	jednotka intenzivní péče
KCl.....	chlorid draselný
MCV	střední objem erytrocytů
P.O.	per os
RLP.....	rychlá lékařská pomoc
RTG.....	rentgen
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
TBC.....	tuberkulóza
TBL.....	tuberkulóza
THC	tetrahydrocannabinol

ÚVOD

Neodkladné stavy v psychiatrii jsou duševní poruchy, které vyžadují urgentní zásah lékaře. Tyto stavy mohou bezprostředně či potencionálně ohrožovat život pacienta a vyžadují neodkladnou psychiatrickou péči, aby u pacienta došlo ke stabilizaci základních životních funkcí a chování nemocného, neboť musíme brát v úvahu, že psychopatologické stavy ohrožují pacienta patofyziologickými mechanizmy, patologickým chováním ve smyslu sebevraždy či úplným vyčerpáním organismu, ale zároveň mohou ohrožovat své okolí agresivitou.

V prvním kontaktu s pacientem se ve většině případů, kromě záchranáře v přednemocniční péči, nesetkává psychiatr, ale lékař z jiného oboru, kdy tento musí být schopen zodpovědět dvě základní otázky, a to zda je stav pacienta v ohrožení života a zda pacient vyžaduje neodkladnou psychiatrickou péči. Diagnóza po prvním kontaktu s nemocným je obvykle stanovena na symptomatologické úrovni. Lékař se musí rozhodovat rychle, ale kompetentně.

Cílem mé práce je specifikovat jednak pojem abstinčního deliria při alkoholové či jiné – zejména drogové závislosti, a dále pak specifikovat příčiny vzniku a důsledky tohoto stavu a možnosti a způsoby jeho léčby.

Téma této práce je aktuální nejen z obecného hlediska s ohledem na stále narůstající spotřebu alkoholu jak ve světě tak, tak i v naší zemi a stále se snižující věk jeho konzumentů. Stejně jako v případě distribuce a zneužívání omamných a psychotropních látek, což mimo jiné vede též k nárůstu kriminality, ale též je aktuální z pohledu mého budoucího povolání zdravotnického záchranáře, kdy jsou stále častější případy napadení pracovníků záchranné služby pacientem, jemuž má být poskytnuta pomoc. Nežádá se jedná o případy, kdy tento pacient jedná pod vlivem konzumace alkoholu či jiných psychoaktivních látek, či přímo ve stavu abstinčního deliria.

Teoretická část

1 DELIRIUM

1.1 Definice

„Delirium je akutní organický mozkový syndrom, který se vyznačuje souběžně nastupujícími poruchami vědomí, pozornosti, vnímání, orientace, myšlení, paměti, psychomotoriky, emocí a cyklu bdění-spánků. Trvání deliria je různé, od několika hodin po několik týdnů. Stupeň závažnosti se pohybuje od mírného až po velmi těžký.“¹

1.2 Zařazení

Delirium řadíme mezi poruchy vědomí, přičemž pojem vědomí lze charakterizovat jako stav psychiky, její jasnost a bdělost, schopnost reagovat na podněty. Jedná se o kvalitativní poruchu vědomí vyznačující se psychomotorickým neklidem, desorientací, úzkostí, iluzemi, halucinacemi a zmateným myšlením, kdy příčinou tohoto akutního a zdraví i životu nebezpečného stavu může být infekce, zhroucení metabolismu či odebrání návykové látky.

1.3 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika delirium tremens =DT zahrnuje celou řadu stavů. Intoxikační delirium lze snadno odlišit přítomností alkoholu v krvi (několik promile) a nepřítomností odvykacích příznaků. Při nízké hladině alkoholu a současných projevech odvykacího stavu a již počínajícího delirantního stavu se jedná spíše o rizikový příznak a předzvěst vážnějšího průběhu a komplikací (křeče, výrazný neklid). Delirium u jiné intoxikace odhalí pozitivní nález toxikologie (opiáty, benzodiazepiny = BZD, amfetaminy aj.), případně anamnéza užívání tlumivých léků či drog a atypický průběh s

¹ PALČOVÁ, A. 2000. *Terminologický slovník z oblasti drog a alkoholismu*. Praha: Psychiatrické centrum. s. 260. ISBN 80-85121-08-5.

absencí odvykacích příznaků (třes, vegetativní symptomatika). Delirium z odnětí jiných látek (např. BZD) může imitovat svým průběhem delirium tremens z odnětí alkoholu. Správné diagnóze napomáhá anamnéza dlouhodobého užívání těchto léků. Léčba bývá obdobná jako u DT z odnětí alkoholu. Problémem mohou být delirantní stavy z odnětí zolpidemu a BZD s krátkým poločasem, kde převod na diazepam nemusí vést ke zklidnění. Pomáhá postupné snižování dávky původního léčiva (stejně léčíme stejným) a zkřížená titrace s převodem na BZD s delším poločasem (diazepam). Delirium organické, senilní se vyskytuje ve vyšším věku, je pozitivní anamnéza na projevy organicity před hospitalizací, jsou přítomny jiné známky organicity, může být němá anamnéza na alkohol, průběh je protrahovaný. Delirium ze somatické příčiny (chronický proces, krvácení do mozku, úrazy hlavy, infekce, pooperační stavy atd.) lze vyloučit podrobným vyšetřením laboratorním a neurologickým, přičemž je vhodné do screeningu zařadit i odběry na boreliózu, která může neurologickými příznaky delirantní stav imitovat. Velmi výhodná je znalost anamnézy pacienta. Alkoholická halucinóza či psychotické stavy se od DT odlišují nepřítomností symptomů odvykacího stavu. Rozvoji Wernickeovy encefalopatie, která jednak napodobuje, a jednak komplikuje samotné DT, lze zabránit včasným podáním 100 mg thiaminu.

Určení správné diagnózy napomáhá znalost anamnézy abúzu alkoholu, z laboratorních odběrů je to zvýšená hladina CDT (karbohydrát deficientní transferin), elevace GMT (gama-glutamyl transferázy) a MCV (středního objemu erytrocytu). Na chronické pití ukazují hladiny GMT nad 30 jednotek a CDT nad 20 jednotek. Elevace ALT (alanin-amino transferázy) a ALP (alkalické fosfatázy) ukazují na postižení jater jako důsledek pití, nicméně nejsou tak specifické pro alkohol jako kombinace CDT, GMT a MCV. Průkazem vysoké tolerance může být např. při přijetí zjištěná nepřítomnost známek opilosti při hladině alkoholu přes 1 promile. Výhodným nástrojem k diagnostice delirantních stavů je screeningová škála CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) standardizovaná pro použití na jednotkách intenzivní péče. Napomáhá odlišení deliria od demence, schizofrenie i deprese. K vyloučení případných komplikací je potřebné důkladné somatické vyšetření, které pátrá po možném traumatu, znalost anamnézy a pomocná vyšetření k vyloučení dalších komplikací (laboratorní odběry, EKG, rtg plic, CT či MRI mozku). V průběhu DT je třeba monitorovat vnitřní prostředí, glykemii, krevní obraz, CRP a samozřejmě tělesnou teplotu, tlak, pulz, stav dýchání a další vitální funkce. Změny těchto parametrů

mohou časně upozornit na nástup případných komplikací rozvíjejících se až v průběhu delirantního stavu.

1.4 Dělení

1.4.1 Delirium vyvolané jinak než alkoholem a návykovými látkami

*„Jde o současnou poruchu vědomí, vnímání, myšlení, pozornosti, paměti, motoriky, emocí a diurnálních rytmů.“*² Mezi tato deliria se řadí např.: delirium somatogenní či infekční. Tento stav se může vyskytnout kdykoli, zvláště při kardiálních chorobách, při oslabení organismu, nejčastěji u mladistvých či u pacientů po 60. roce věku. Deliriózní stav je přechodný a kolísavý s akutním začátkem. Ve většině případů je uzdravení pacienta do 4 týdnů, nejdéle do 6-ti měsíců.

Tato deliria je nutné odlišit od demence, akutní psychotické poruchy, schizofrenie či afektivní poruchy.

1.4.1.1. Znaky :

- Zhoršená pozornost, porušené vědomí
- Emoční poruchy – úzkost, strach, deprese, euforie, podrážděnost, apatie.
- Porucha poznávání a chápání, porucha vnímání, porucha abstraktního myšlení, porucha paměti a další formální poruchy myšlení včetně ikoherence
- Porucha diurnálních cyklů (inverze spánku, insomnie, denní ospalost, děsivé sny)
- Poruchy motoriky (úleky, změny reakčního času, neadekvátní proud řeči)
- Časté zpomalení základní aktivity v EEG

„Etiologie u tohoto druhu deliria je jaterní poškození, zhoubné procesy, bakteriální zánět srdečního svalu, horečka různého původu, metabolický rozvrat, ledvinové poruchy, endokrinní poruchy, nedostatek thiaminu, pooperační stavy, velké

² HÖSCHL, C.1999. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: Nakladatelství a vydavatelství H&H. s. 176. ISBN 80-85787-96-2

krevní ztráty, srdeční arytmie a selhání, hypertenzní encefalopatie, poranění hlavy, paroxysmy, vedlejší účinky některých léků a senzorická deprivace (hluchota, slepota).“³

Z hlediska léčení je důležité zvládnout neklid a případná nebezpečí sebepoškození. V dnešní době se nejčastěji při léčení používají nootropní léky a při větším neklidu pacienta tlumivá neuroleptika.

U ošetřování je důležité uvědomit si, že u pacienta jde o porušené vědomí, kdy nemocný v některých případech není schopen si sám provádět základní úkony, je třeba komplexní ošetrovatelské péče. U většího neklidu pacienta je potřeba provést omezení.

1.4.1.2. Druhy syndromů

„Příznaky duševních poruch nevystupují samostatně, ale vždy v určitém seskupení. Tomuto komplexu se říká syndrom. V seskupení některý symptom má převládající, vedoucí charakter a podle toho lze symptomy rozdělovat, když toto dělení je významné jednak pro diagnostiku a jednak pro terapii.“⁴

- Depresivní syndrom – patří mezi nejčastější syndromy duševních poruch. Projevuje se chorobně smutnou náladou, zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou. Spontánní projevy a aktivita jsou celkově sníženy, u pacienta se vyskytuje výrazné nechutenství, úbytek na váze, poruchy spánku. Nálada se stupňuje – u psychogenních depresí je skleslá nálada ve večerním čase a u endogenních depresí naopak ráno. Nemocní bývají málomluvní, odpovědi jsou po latencích, někteří nemluví vůbec. Depresivní syndrom se vyskytuje u různých druhů deprese – endogenní, psychogenní, reaktivní, neurotické atd. Depresivní syndrom je léčen nejčastěji antidepressivy, u lehčích forem jen anxiolytiky a psychoterapií. U nemocného je nutnost dohledu z pro nebezpečí sebevraždy, důležitá je rehabilitace- rozcvičky, pracovní terapie, léčba prostředím.
- Manický syndrom – je opakem depresivního syndromu, je méně častý. Projevuje se rozjařenou, povznesenou náladou, zrychleným myšlením a zrychleným

³ HÖSCHL, C. 1997. *Psychiatrie*. Praha: Scientia Medica, spol. s r.o. s. 100. ISBN 80-85526-64-6

⁴ DUŠEK, K. MALÁ, E. 1990. *Psychiatrie*. Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství. s. 100. ISBN 80-201-0021-0

psychomotorickým tempem. V počátečních stádiích lze jen těžko odlišit od zvýšené aktivity. Pacient má sklony k vymyšlení nereálných plánů, má poruchy spánku a v některých případech vystupňovaný neklid se sklony k agresivitě vůči okolí. Nemocný si svůj chorobný stav neuvědomuje, naopak se cítí svěží, plný elánu. Manický syndrom se vyskytuje u maniodepresivity a u některých organických onemocnění (např. senilní demence, progresivní paralýza). Při léčení je nutné zvládnout neklid pacienta, aplikují se sedativní neuroleptika. Pacienta rehabilitujeme a dohlížíme na užívání léků.

- Paranoidní syndrom – vyskytuje se samostatně či v kombinaci se syndromem halucinatorním, v tomto případě se jedná o paranoidně-halucinatorní syndrom. Charakteristický je výskyt bludů. Je projevem psychotickým, nikdy se nevyskytuje u neuróz. Syndrom se rozvíjí pozvolna, postupně se vytvářejí bludy. Čím pozvolnější je vývoj syndromu, tím pevnější jsou bludy a tím je obtížnější jejich léčení. Syndrom je častý u endogenních psychických poruch (např. schizofrenie, parafrenie, schizoafektivní psychóza), ale i u některých organických poruch. Léčba probíhá za použití incizivních neuroleptik, rehabilitace a resocializace. Nemocným nelze bludy vymlouvat, to naopak zvyšuje jejich podezíravost, na druhou stranu není ani vhodné s nimi bezvýhradně souhlasit, je třeba zaujmout neutrální postoj. Před pacienty není vhodné mluvit šeptem vzhledem k jejich vztahovačnosti a podezíravosti.

- Katatonní syndrom – projevuje se poruchami jednání a to ve formě stuporózní či produktivní. Při formě stuporózní je pacient nápadný svalovou ztuhlostí a setrváním v nastavených polohách, nemluví, nereaguje na dotazy, ale po odeznění si vše pamatuje. Forma produktivní je typická nápadným grimasováním, opakováním slov, stereotypy v řeči i v pohybech a negativismem. U pacienta se může vyskytnout záchvat agrese vůči okolí. Katatonní syndrom se vyskytuje u schizofrenie a u organického psychosyndromu. Při léčení se užívají neuroleptika, důležitá je rehabilitace. Ošetřování je náročné, pacienty je nutno krmit, oblékat a vodit.

- Hyperkinetický syndrom – postihuje zejména děti mladšího školního věku. Projevuje se nadměrnou, nezvládnutelnou, špatně organizovanou a regulovanou činností. Jedinec u ničeho nevydrží, je tělesně neobratný a nešikovný, nesoustředí se, je roztržitý a zbrklý. Chování nemocného bývá provázeno impulsivností, výrazným

kolísáním nálad s afektivní labilitou a útočností. U pacienta je nutná úprava denního systému, časté přestávky a změna činnosti, důsledná trpělivost a povzbuzování.

- Neurotické syndromy :

- syndrom neurastenický – projevuje se zvýšenou úzkostí, pocitem vnitřního neklidu, nesoustředěností a snadnou unavitelností
- syndrom hypochondrický – projevuje se úzkostným sebepozorováním a obavami z různých nemocí
- syndrom fobický – způsoben nutkavými strachy (fobie)
- syndrom obsedantní – způsoben nutkavými myšlenkami (obsese)
- syndrom hysterický – vyznačuje se pestrými projevy z oblasti motorické, senzitivní i sensorické

U těchto syndromů je častý přechod afektu v různé somatické příznaky (např.: poruchy vidění, slyšení, nemluvnost, ochrnutí končetiny, atd.). Léčení probíhá psychoterapií, v některých případech se používají anxiolytika, sedativa, antidepresíva či neuroleptika. Základem je psychologický přístup, značný důraz je kladen na rehabilitaci.

- Organický psychosyndrom – tímto je označen skupina projevů vyskytujících se při difúzních poškození mozku. Lehčí stadium nazývané neurastenie se projevuje zvýšenou unavitelností, nesoustředěností, podrážděností sníženou výkonností a vnitřním napětím. Těžším stadiem je demence v různě rozvinuté formě. Demence se začíná projevovat poruchami paměti, úbytkem intelektových schopností a celkovým úpadkem osobnosti. „Organický psychosyndrom se vyskytuje především u mozkové arteriosklerózy, atrofických mozkových procesech, po traumatech, při některých tumorech či při infekčních onemocněních. Léčení je převážně symptomatické, ke zlepšení aktivity mozkových buněk se používají monotropní léky.“⁵

⁵ DUŠEK, K. MALÁ.E. 1990. *Psychiatrie*. Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství. s. 100. ISBN 80-201-0021-0

1.4.2 Delirium vyvolané alkoholem

DELIRIUM TREMENS, neboli odvykací stav s deliriem navozený alkoholem. „Jedná se o akutní psychotický stav, nastupující při odvykání u jedinců závislých na alkoholu a charakterizovaný zmateností, dezorientací, paranoidními představami, bludy, iluzemi, halucinacemi, neklidem, poruchami koncentrace, třesem, pocením, tachykardií a hypertenzí.“⁶

„Bezprostřední příčinou je oslabení organismu např. horečnatým onemocněním, hladověním, zraněním. Rozvoj poruchy je náhlý.“⁷

Při halucinacích během deliria může pacient vidět různá malá zvířata, často vykonává zažité, zautomatizované pohyby (např.: řidič z povolání řídí automobil).

„Delirium teremens patří mezi nejčastější alkoholické psychózy, které vážně ohrožují život pacienta.“⁸ Obvykle nastupuje po 48 hodinách a déle po přerušení či omezení konzumace alkoholu a může přetrvávat až týden.

Jedná se o stav, kdy život pacienta je v ohrožení. Z tohoto důvodu je hospitalizace nemocného nevyhnutelná. Pacienti často bývají hospitalizováni na jednotce intenzivní péče. K léčbě se používá medikace a to Heminevrin, mohou být použity i jiné preparáty jako benzodiazepiny ve vysokých dávkách či antipsychotikum Tiaprid. Vzhledem k tomu, že u těchto pacientů je přítomna minerálová dysbalance, zejména nízká hladina draslíku, deficit vitamínu skupiny B- zejména thiamin, je nutné tyto látky dodávat a to perorálně a pokud pacient není schopen polykat, tak infúzí. V důsledku nižší hladiny záchvatového prahu se k prevenci epileptického záchvatu podává hořčík. V důsledku vysokého krevního tlaku a pulzu je někdy nutné podávat antihypertenziva, pro poruchy krevního cukru se většinou dávají infúze s glukózou.

⁶ PALČOVÁ, A. 2000. *Terminologický slovník z oblasti drog a alkoholismu*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. s. 260. ISBN 80-85121-08-5

⁷ DUŠEK, K. MALÁ, E. 1995. *Psychiatrie*. Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství. s. 100. ISBN 80-201-0021-0

⁸ RADIMSKÝ, M a kolektiv. 1993. *Psychiatrie I*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. s. 171. ISBN 80-7013-151-9

1.4.2.1. Znak

Psychiatrické příznaky:

- zastřené vědomí
- porucha kognitivních funkcí,
- dezorientace místem, časem, situací
- úzkost, nespavost
- psychomotorický neklid až agresivita
- paranoidně persekční bludná produkce
- iluze, halucinace – zrakové, tělové (lezoucí hmyz), sluchové
- zvýšená sugestibilita
- delirium zaměstnanosti.

Vegetativní a neurologické příznaky:

- hrubý třes, ataxie
- epileptické záchvaty
- pocení
- tachypnoe
- tachykardie
- arteriální hypertenze
- febrilie
- zvracení.

1.4.2.2. Léčba

Obecně léčba deliria tremens spočívá v přiměřeném farmakologickém tlumení neklidu a vegetativní hyperaktivity, podpůrné interní léčbě (zejména masivní substituci tekutin, minerálů, vitaminů) a prevenci a léčbě komplikací (nejčastěji infekčních komplikací a komplikací vyplývajících z orgánové – ho poškození alkoholem), nutné je trvalé sledování stavu a vitálních funkcí, u těžkých delirií je nutná trvalá monitorace vitálních funkcí na jednotce intenzivní péče. Na vrcholu deliria se obvykle neobejdeme bez fyzikálního omezení na lůžku.

K farmakologické léčbě deliria tremens jsou jako léky první volby doporučovány především benzodiazepiny (v našich podmínkách hlavně diazepam,

oxazepam, chlordiazepoxid), tradičně je u nás doporučován clomethiazol. Tyto léky působí cíleně na GABA_A receptoru. Široce používané jsou ale i další preparáty, zejména tiaprid, melperon, haloperidol, midazolam, v poslední době doporučovaný carbamazepin a další. Výběr konkrétního preparátu závisí na závažnosti deliria, na přidružených somatických komplikacích, zkušenostech konkrétního pracoviště a také na dostupnosti preparátů na našem trhu.

Indikaci k léčbě deliria tremens dle SPC mají u nás pouze diazepam, tiaprid a clomethiazol. Léčba perorálními preparáty je možná pouze u spolupracujících pacientů, tj. jako preventivní léčba u rozvíjejícího se deliria a u lehčích forem. Na našem pracovišti zde používáme na počátku oxazepam v dávce 80 – 120 mg/den, diazepam v dávce 40–80 mg/den, tiaprid 600–1 200 mg/den nebo clomethiazol v dávce 2,4–4,8 g/den, každý lék vždy rozděleně ve 4–6 denních dávkách s postupným snižováním a vysazením léku do 5–10 dnů, u lehčích delirií se nám osvědčila kombinace benzodiazepinu s tiapridem v nižších dávkách. U protrahovaných delirií s podílem závažných somatických komplikací se nám osvědčil melperon v dávkách 100–200 mg/den. U delirií s těžkým průběhem je nutná parenterální, nejlépe intravenózní léčba, zde máme na našem trhu k dispozici diazepam, clonazepam, midazolam, tiaprid a haloperidol. Podávání samotných neuroleptik se nedoporučuje, protože snižují záchvatový práh a prodlužují trvání deliria. Samotným tiapridem ani ve vysokých dávkách se těžké delirium obvykle nepodaří zvládnout. Lékem volby u těžkých delirií je diazepam, podávaný parenterálně, nejlépe intravenózně, v několika denních dávkách nebo v infuzi, obvykle v celkové dávce 60–120 mg/den i více, přísně individuálně podle reakce pacienta. Při podávání diazepamu v infuzi je nutné se při přípravě infuze přesně řídit návodem v SPC. Benzodiazepiny (nebo clomethiazol) jsou také obvykle dostatečnou léčbou ojedinělých epileptických paroxysmů v průběhu abstinčního stavu. Na našem oddělení se u těžších delirií velmi osvědčila kombinovaná léčba tiapridem intravenózně v dávce 800–1200 mg/den a midazolamem, podávaným kontinuálně injekčním dávkovačem nebo v malých bolusech, přísně individuálně podle reakce pacienta, za monitorování vědomí, vitálních funkcí a saturace kyslíkem tak, aby byl pacient lehce probuditelný. Potřeba midazolamu je obvykle zpočátku vysoká 5–20 mg/hodinu, dávku postupně v průběhu 3–6 dnů snižujeme a vysazujeme. Tuto léčbu ale nelze obecně doporučit, protože není obecně přijímaná a není bez rizik. Podávání tiapridu, melperonu, carbamazepinu eventuálně haloperidolu v monoterapii je na místě

u pacientů, kde pro interní kontraindikace nelze použít benzodiazepiny nebo clomethiazol.

Kromě léčby psychofarmaky je u většiny pacientů v deliriu nutná intenzivní parenterální hydratace kombinací izotonických roztoků natriumchloridu a roztoků glukózy – potřeba tekutin je obvykle 3–6 litrů/den, je nutná parenterální substituce minerálů (draslíku a hořčíku) a vitaminů (zejména thiaminu, vitaminů C a K), pokud pacient není schopen více než 3–4 dny přijímat potravu, je nutné přistoupit k enterální, výjimečně k parenterální výživě, paušálně podáváme prevenci stresových peptických vředů. Další léčba závisí na konkrétní situaci. Samozřejmostí je léčba všech chronických interních chorob a přidružených komplikací. Po zvládnutí abstinčního stavu s deliriem je nezbytné navázat režimovou léčbou závislosti na alkoholu.

Nejčastější chybou, kterou se lékaři dopouštějí, bývá nízké dávkování léků se skříženou tolerancí s alkoholem. Jako jsou benzodiazepiny a clomethiazol. Dále je třeba zmínit nevhodnou medikaci antipsychotiky, nedostatečnou péči o vnitřní prostředí a nerozpoznané somatické komplikace. Na delirium tremens někdy nasedá postižení kognitivních funkcí, proto je třeba je alespoň orientačně vyšetřit. Psychologické vyšetření, je-li třeba, plánujeme asi až po měsíční abstinenci.

Nitrolební krvácení (nejčastěji subdurální hematom): alkoholová intoxikace vede ke zvýšení krevního tlaku, nižší srážlivosti krve a pádům. To u závislých na alkoholu s častou trombocytopenií zvyšuje riziko do lebeční dutiny. V případě netypických obrazů a průběhu je proto vhodné provést CT mozku.⁹

1.5 Delirium a arytmie

Arytmie není specifickým a nutně přítomným symptomem deliria. Příčiny vyvolávající delirium jsou však často predisponujícím faktorem pro vznik arytmií, naopak arytmie mohou významně ovlivnit hemodynamiku organismu a spolupodílet se na vzniku deliria, zejména starých osob.

Delirium může být i nežádoucím vedlejším účinkem při farmakologické terapii arytmií. Naopak nežádoucí účinek medikamentózní léčby deliria se může projevit vznikem hemodynamicky závažné arytmie. Typ zaznamenané arytmie není pro

⁹ KOŇAŘÍK, M. 2004. *Delirantní syndrom v intenzivní péči*. Sestra. 14(5): 30 - 31

delirantní stav specifický. Komplikující arytmie zahrnují jak supraventrikulární, tak komorové arytmie, mohou být maligní a skončit smrtí. Druh a závažnost arytmie se shoduje se základním onemocněním a příčinou deliria. Pacienti s akutními mozgovými příhodami, zejména subkortikálním nebo subarachnoideálním krvácením, či poraněním mozku mají elektrokardiografické poruchy, zejména změny repolarizace a srdečního rytmu. Srdeční arytmie zahrnují sinusovou tachy- či bradykardii a síňové arytmie – supraventrikulární extrasystoly, fibrilace síní, flutter nebo supraventrikulární tachykardii, junkční rytmus a komorové arytmie – komorové extrasystoly, komorové tachykardie nebo fibrilaci komor. Změny repolarizace se týkají především ST segmentu a vlny T, někdy se objevuje dominující vlna U a prolongovaný QT interval. Poruchy vedení zahrnují AV blok I.–III. stupně. Delirantní stavy a arytmie se mohou vyskytovat i u endokrinopatií. Tyreotoxikóza s významnou aktivací sympatiku bývá provázena nejen neurologicko-psychiatrickou alterací funkce CNS, ale i poruchami srdečního rytmu – sinusovou tachykardií (40 % pacientů), fibrilací síní (25 % pacientů), supraventrikulárními tachykardiemi a flutterem síní (zřídka).

Častou příčinou delirantního stavu a arytmií u závažných celkových chorob bývá porucha vnitřního prostředí s narušenou acidobazickou rovnováhou a iontovou dysbalancí. Hypokalémie se podílí na vzniku komorových extrasystol a komorové tachykardie, může vést i k fibrilaci komor. Hyperkalémie je charakterizována prodloužením síňového a nitrokomorového vedení, vznikem sinoatriálních a atrioventrikulárních blokád, při velmi vysokých hladinách kolem 12mE/l vede k fibrilaci komor a zástavě srdeční. Nebezpečné jsou intoxikace léky a drogami, jejichž účinky jsou zcela specifické dle použitého medikamentu.¹⁰

¹⁰ NEŠPOR, K. 2000. *Návykové chování a závislost, současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál. ISBN 80 – 7178 - 432

2 ALKOHOLISMUS

2.1 Alkohol

Alkohol je velmi starou drogou. Archeologické nálezy potvrzují, že již ve staré Číně před 6 až 7 tisíci lety vyráběli alkohol z obilí. Zmínky o jeho užívání pocházejí z Mezopotámie, Egypta a jsou zaznamenány i v bibli. Už v tehdejší době byly známy i potíže, které přinášelo nadměrné užívání těchto nápojů. Symptomy chronického alkoholismu popsal řecký lékař Hippokrates již 400 let před Kristem.

„Alkohol, chemickou terminologií Etylalkohol (C₂ H₅ OH, molekulová hmotnost 46) je vyráběn kvašením cukrů, zkvašení probíhá až do koncentrace kolem 14% alkoholu, při vyšší koncentraci jsou kvasinky ničeny vlastním produktem. Tradici má alkohol již od nepaměti, archeologické nálezy z dávných dob svědčí o to, že s pěstováním obilí jako potravy se rozšířiv ale i příprava kvašeného sladu, což byl předchůdce piva. Alkohol je distribuován a konzumován ve všech světadílech bez výjimky. Konzumované výrobky obsahují etylalkohol v různých koncentracích, převážně v rozmezí 3 až 52%.“¹¹

Alkoholické nápoje můžeme rozdělit do skupin, kdy např. víno, zkvašený mošt z hroznů vinné révy obsahuje 7-12% alkoholu, jižní a dezertní vína mají až 24% alkoholu. Pivo se vyrábí ze sladového extraktu s přísadou chmele a obsahuje 1 až 5 % etylalkoholu, stupně jimiž se pivo označuje, se vztahují na obsah pevných látek a nikoli na procento alkoholu. Alkoholitost desetistupňového piva činí zhruba 3 % a dvanáctistupňového kolem 4%. Koncentráty, tzv. tvrdá alkohol, jako jsou např. lihoviny, kořalky a pálenky, jsou vyrobeny destilací vína či kvasu, nebo studenou cestou z různých výtažků s přidáním čího lihu.

Etylalkohol je také součástí některých čistících prostředků a to většinou v koncentraci kolem 50%.

¹¹ ŠEVELA K., ŠEVČÍK P., Kraus R. a kolektiv. 2002. *Akutní intoxikace v intenzivní medicíně*. Praha: Grada Publishing a.s. s. 128. ISBN 80-7169-843-1

2.2 Biologie alkoholu

Molekula alkoholu je malá, ve vodě snadno rozpustná, prochází membránami stejně jako voda. Vstřebávací proces, jímž se alkohol dostává do krve je daleko rychlejší, než jeho oxidace v těle. Alkohol se rychle a úplně absorbuje již v horních úsecích trávicího ústrojí. V praxi to znamená, že po požití nápoje obsahující alkohol, jeho koncentrace v krvi rychle stoupá, polovina dávky se absorbuje během 15 minut a vrcholová hladina v krvi je dosažena asi za jednu hodinu po požití.

Alkohol je distribuován po celém těle. Vstupuje zejména do všech tělních tekutin, do svalů a mozku, méně je distribuován v tukových tkáních a málo v kostech.

Pokud jde o oxidaci, můžeme mluvit o dvou etapách. První probíhá v játrech, kde je alkohol oxidován přes acetaldehyd na acetát, druhá etapa probíhá již mimo játra, především ve svalové tkáni, kde se acetát postupně mění. Jestliže játra oxidaci alkoholu jako jediný orgán začínají a jiné tkáně, jako např. svalová, v ní umí pokračovat, pak je nervová tkáň vůči alkoholu bezmocná.

K začátku oxidace alkoholu je nezbytný specifický jaterní ferment, tzv. alkoholdehydrogenáza (ADH). Někteří lidé mají díky genetickému vybavení několik druhů tohoto fermentu, tzv. atypické ADH, čili izomery ADH. Kromě vrozené schopnosti okysličovat ve stejném časovém úseku určité množství alkoholu existují i schopnosti získané. Játra zatížená velkým přísunem alkoholu uvolňují pro jeho okysličení další oxidační systémy. Pokles hladiny alkoholu v krvi činí zpravidla 0,1- 0,2 promile za hodinu, ve výjimečných případech může hodnota dosáhnout až 0,4 promile za hodinu.

„Energie uvolněná při oxidaci alkoholu v játrech činí 7 kalorií na 1 gram. Jedna třetina takto uvolněné energie jde ve prospěch jaterní činnosti. Alkohol tak ovlivňuje výrazně metabolismus tuků a sacharidů.. Má-li být dodržena oxidace alkoholu a tuků, dochází k současné oxidaci sacharidů, kdy následkem požití velkého množství alkoholu je pak zásoba sacharidů v játrech vyčerpána. Zdá se, že mnoho příznaků poalkoholového stavu může být s uvedenými jevy v příčinné souvislosti.“¹²

¹² Dobiáš J. a kolektiv. 1984. *Psychiatrie*. Praha: Avicenum, 1984. s. 291

2.3 Vznik a průběh závislosti na alkohol

Alkohol má vlastnosti drogy, na kterou si člověk zvyká a v některých případech vede požívání alkoholu k závislosti. Teoreticky může k této závislosti dojít u každého, ve skutečnosti se však vyvíjí asi u 5-10% z těch, kteří jednou opustí skupinu běžných konzumentů. Dle farmakologických nálezů jsou účinky alkoholu spoluurčovány osobností daného jedince. Výzkumy potvrzují veliký rozptyl prožívaných účinků u různých lidí. Téměř všechny možné nálady a pocity jsou uváděny jako příčiny vedoucí k pití alkoholu a k jeho následnému účinku. Nejzřetelněji vystupující pozitivní účinek alkoholu lze označit jako stupňovanou podporu osobního uplatnění, projevy agrese a erotických zájmů.

Začleněním pití do společenských zvyklostí se vlastní motivy pití maskují, člověk si je neuvědomuje, nebo je před druhými skrývá. Pití alkoholu, pokud probíhá v přijatelných mezích, je tolerováno.

Alkohol je konzumován ke zvládnutí problému i u nealkoholiků. Zde se také alkohol stává zakrývajícím dlouhodobým samoléčitelstvím pro sociální či psychické napětí. Jedinec požívá alkohol dlouho a nenápadně, kdy se nárůst problémů vyvolaných nadměrným pitím vystupňuje jednoho dne tak, že je označen za alkoholika.

2.4 Typy a stadia alkoholismu

V průběhu doby, kdy jedinec pravidelně užívá alkohol se na něm stává závislým. Tato situace závislému způsobuje nejdříve problémy v rodině, v zaměstnání, někdy i konflikty se zákonem, nemluvě o škodách na duševním a tělesném zdraví člověka. Diagnóza závislosti na alkoholu se stanovuje po komplexním zhodnocení. Dle Jellinka rozlišujeme následující vývojová stadia :

- I. stadium – počáteční :

Alkohol si jedinec ordinuje sám, aby potlačil nepříjemné psychické stavy. Zvyšuje se frekvence pití a množství alkoholických nápojů a jedinec ocení účinek alkoholu. Nedochozí k intoxikaci alkoholem, ale k opilosti.

- II. stadium – varovné :

Trvá po dobu ½ roku až 5 let. Nejprve dochází k občasným, později ke stále častějším stavům opilosti. Jedinec pije rychleji, často přechází od méně koncentrovaných ke koncentrovanějším nápojům. Alkoholická okénka jsou v tomto stadiu spíše výjimkou. Alkoholickým okénkem se myslí chemické vyřazení paměti vyskytující se u všech druhů opilosti. Jde o ztrátu vzpomínek na události v době od několika minut až několika hodin po proběhlém následujícím spánku.

- III. stadium – kritické :

Pro toto stadium jsou příznačná alkoholová okénka. Alkohol se dostává do středu pozornosti, stává se ovládací záležitostí. Začínají se objevovat problémy, které si vynutí dočasnou kratší či delší abstinenci. Alkoholik považuje schopnost abstinovat za důkaz své silné vůle a začíná vždy znovu pít s přesvědčením, že bude alkohol a jeho množství ovládat. V tomto stadiu došlo u jedince ke změně nazývané změněná, nespolehlivá či poruchová kontrola v pití. Po překlenutí tohoto stadia je pro alkoholika snazší abstinence, než požívání alkoholu s mírou, toto již nikdy nedokáže. Jedinec má výkyvy náklad , dochází ke zúžení zájmů, dostávají se příznaky tělesného postižení a sexuální problémy. Podle průzkumů trvá 5-10 let, nežli si pacient přizná v tomto smyslu svou porážku a uzná, že jeho problém vyřeší jen trvalá abstinence. Ve většině případů je potřeba pomoc odborného lékaře ve formě ambulantní, nebo ústavní léčby.

- IV. stadium – konečné :

Toto stadium je charakterizováno výrazným oslabením tělesného a duševního zdraví. Alkoholik se opije častěji a dříve než před tím. *„Dochází k ranním douškům alkoholu, několikadenním tahům, přechodným psychiatrickým poruchám, třesy jsou přítomny trvale a dochází ke konzumaci prostředků, které obsahují alkohol, jako je např. denaturovaný líh, kolínská voda, Iron, apod.“*¹³ Dostávají se příznaky alkoholických psychóz, jako je delirium tremens.

¹³ RADIMSKÝ, M a kolektiv. 1993. *Psychiatrie I*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. s. 171. ISBN 80-7013-151-9

2.5 Somatické komplikace alkoholismu

- jaterní cirhóza, alkoholová hepatitis, jaterní selhání, jícnové varixy
- gastritis, vředová choroba, krvácení do GIT
- akutní a chronická pankreatitis, sekundární diabetes mellitus
- malnutrice, deficit vitaminů B, C, minerálový rozvrat
- opakované úrazy hlavy, krvácení do CNS, sekundární epilepsie
- imunodeficience, pneumonie
- alkoholová kardiomyopatie, fibrilace síní
- intoxikace alkoholem, léky
- akcelerace aterosklerózy (CMP, IM)
- CHOPN při obvyklém nikotinizmu

2.6 Stadia opilosti

Pro rychlý odhad hladiny alkoholu v krvi zhruba platí, že u muže průměrné hmotnosti jsou po vypití jednoho půllitru desetistupňového piva asi 0,3 promile alkoholu. Po vypití půl litru 12° piva nebo 0,5 dl lihoviny asi 0,4 promile. Dávky alkoholu, při kterých není překročena koncentrace 0,6 - 0,8 promile alkoholu v krvi, vyvolávají v psychice člověka většinou žádoucí, příjemné účinky, kdežto dávky způsobující koncentraci nad 0,8 zpravidla způsobují pravý opak.

- I. stadium opilosti :

U člověka vzniká stav spokojeného a sdílného rozpoložení mysli. Obvykle se to projevuje navenek veselým výrazem obličeje, živou mimikou, výřečností a smíchem. Člověk je rozpustilý, dostavuje se u něho zvýšený pocit sebevědomí. Koncentrace alkoholu v krvi je 1 – 1,5 promile.

- II. stadium opilosti :

Člověk požívající alkohol se stává nekritickým, netaktním, začíná křičet a zpívat. Jeho chování a jednání je impulsivní, nepromyšlené. Takoví lidé již postrádají schopnost naslouchat druhým, neumějí kontrolovat svou řeč, jejich obličej rudne,

tep stoupá nad 100 tepů za minutu. Pohyby jsou neuspořádané, opilý snadno porazí sklenici, má závratě, při chůzi vrávorá, vidí dvojité. Koncentrace alkoholu v krvi je 1,5-3 promile.

- **III. stadium opilosti :**

Dostavuje se již únava, spavost, často zvracení. Při velkých dávkách alkoholu se opilost podobá narkóze, dochází k úplnému bezvědomí a necitlivosti. Svalstvo je uvolněné, tep měkký, dýchání pomalé, zornice normální nebo rozšířené, na světlo nereagují. Někdy je člověk zmatený a blouzní. V těžkých případech a případech a při nedostatečné pomoci může jedinec zemřít. Koncentrace alkoholu v krvi je nad 3 promile.

2.7 Alkoholové psychózy

Důležité je rozeznávat úzus – požívání alkoholu při společenských akcích či jako doplněk jídla v dávkách, které nemají významnější vliv na psychickou a tělesnou činnost člověka a abúzus – který znamená již nadměrné požívání alkoholu a vede k opilosti

Jedinou psychózou, se kterou se můžeme setkat i u alkoholika začátečníka je patická opilost. Tyto psychózy mají četné podobnosti co do patofysiologických podmínek jejich vzniku i z hlediska patologické anatomie.

Pacienti s proběhlou alkoholickou psychózou potřebují zásadně delší odvykací protialkoholní léčbu v délce 4-6 měsíců s delším pobytem a somatickou i psychickou rehabilitací. Podíl psychóz u hospitalizovaných alkoholiků v psychiatrických zařízeních se v České republice pohybuje celostátně v posledních letech od 5 do 8%.

2.7.1 Nejznámější alkoholové psychózy

- **Patická opilost :**

Projevuje se vzácně. Nezáleží zde na množství požitého alkoholu. Vzniká u osobností již psychicky stigmatizovaných – psychopatů. Rozvoj je náhlý, dochází k poruše vědomí a následnému výpadku paměti na určitý časový úsek. Trvání je

krátkodobé, většinou porucha sama odeznívá. U pacienta se může vyskytovat neklid s agresivitou.

- Poruchy osobnosti :

Vznikají jako následek dlouhodobého užívání alkoholu. U jedince jsou poruchy v oblasti morálních a etických citů, snižují se zábrany vůči společenskému jednání. Jedinci jsou snadno vznětliví a obtížně se ovládají, jsou vztahovační, často nadměrně žárliví. Zanedbávají povinnosti v zaměstnání a v rodině.

- Delirium tremens :

Nejčastější alkoholická psychóza vznikající u jedinců dlouhodobě požívajících alkoholické nápoje. Bezprostřední příčinou je oslabení organismu. Rozvoj poruchy je náhlý, vědomí je porušené s halucinacemi malých zvířat, nejčastěji bílých myšek. Trvá zpravidla po dobu 2-5 dní. Více k této problematice v článku 1.4.2.

- Alkoholická paranoidní psychóza :

Nejčastěji u chronických pijáků piva. Vztahovačnost často přechází v pevné bludy, nejčastěji žárlivecké. Léčení se provádí neuroleptiky sedativními či incizivními. V ošetřování se provádí stejný postup jako u endogenních paraelních psychóz. Úplná abstinence od alkoholu je základní podmínkou léčby.

- Korsakovova psychóza :

„Tato psychóza se vyskytuje pouze zřídka jako terminální projev dlouhodobého zneužívání alkoholu. Jde o alkoholickou demenci. Objevují se výrazné poruchy vštířpivosti paměti, které jsou kompenzovány fabulacemi. Na svůj stav se nemocný dívá nekriticky. Demence je kombinována s neurologickým postižením.“¹⁴ V rámci terapie je pacientovi podáván vitamín B-komplex a vitamín C.

¹⁴ DUŠEK, K. MALÁ, E. 1990. *Psychiatrie*. Praha: AVICENUM, zdravotnické nakladatelství. s. 100. ISBN 80-201-0021-0

- Alkoholická demence :

Intelektové schopnosti jsou více či méně sníženy. Nápadná je neschopnost učit se nové a neschopnost neorientace v novém prostředí. Alkoholickou demenci je možno pozorovat i po dlouholetém abúzu piva. Vyskytuje se častěji u žen než u mužů.

- Alkoholická halucinóza :

V tomto případě jde o schizofrenní reaktivitu na alkoholovou noxu. Pacient má převážně sluchové halucinace, úzkostnou náladu a v někdy i perzekuční bludy. Vědomí porušeno nebývá. Toto stadium je charakterizováno úzkostmi, bolestmi hlavy a nespavostí. Stav trvá týdny i měsíce, pokud příznaky neodezní do šesti měsíců, je riziko demence nebo schizofrenní psychózy. Halucinace se projevují tím, že se nemocný v noci probouzí v noci v úzkostné náladě. Pacientovi jsou v rámci léčby podávána neuroleptika a vitaminy B a C.

- Alkoholická epilepsie :

Alkohol je vybavujícím a zhoršujícím faktorem při pozdní epilepsii. Při vysazení alkoholu se tato vytrácí.

- Pseudoencephalitis superior alcoholica

Jejich klasickými symptomy jsou deliriózní stav, ataxie a oftalmoplegie – parézy v oblasti 3. a 4. mozkového nervu. Často dochází ke kómatu a k exitu.

2.8 Protialkoholní péče

2.8.1 Záchytná stanice

Má především preventivní účel. Jejím úkolem je především zachytit osoby, které ve stavu akutní intoxikace alkoholem budí veřejné pohoršení, ohrožují bezpečnost svou vlastní i bezpečnost okolí. Každé zachycení je hlášeno ordinaci AT (ordinace AT – součást psychiatrické polikliniky) v místě bydliště. Dle průzkumů a statistik je prokázáno, že dvě třetiny zachycených osob již potřebují odbornou pomoc, protože jde již o systematický abúzus alkoholu, resp. závislost. Záchytná stanice je

preventivní složkou protialkoholní práce a dále pak závisí především na činnosti ordinace AT, jak tuto informaci ve své praxi realizuje.

2.8.2 Ordinace pro protialkoholní péči

Jejím úkolem je vyhledávat postižené či alkoholismem ohrožené osoby a léčit je. Ordinace přijímají do své evidence a péče osoby hlášené záchytnými stanicemi, zdravotnickými zařízeními či blízkými osobami. V těchto ordinacích probíhá medikamentózní léčba pacientů. Pacient musí být před nasazením léčby vyšetřen v souladu s předpisy Ministerstva zdravotnictví. Příprava na léčbu probíhá ambulantně či krátkodobým pobytem v lůžkovém zařízení, kde se zkoumá účinek podávaného léku na pacienta a jeho reakce po požití menšího množství alkoholu.

2.8.3 Lůžkové protialkoholní oddělení

„Tato oddělení jsou součástí psychiatrických klinik, oddělení či léčeben. Zde je prováděna specializovaná protialkoholní ústavní péče. Tato péče je diferencovaná podle toho, do jaké míry je pacient ochoten a schopen při léčbě spolupracovat. Z tohoto důvodu jsou rozlišovány 4 typy ústavní péče A, B, C, D. Tyto typy ústavní péče mají odlišnou náplň léčebného programu a režimu a odlišují se i délkou léčby. Léčba probíhá podáváním apomorfínu či emetinu. Při podkožní aplikaci emetik pacienti čichají či pijí alkoholické nápoje, když spojením vůně či chutě alkoholického nápoje u nich dochází k nevolnosti či zvracení a tím dochází k odporu na alkoholické nápoje. Tato terapie a celá léčba by měla být po určitém časovém úseku opakována.“¹⁵

2.9 Anonymní alkoholici

Začátek sdružení anonymních alkoholiků je datován v roce 1935 a váže se k městu Akron, kdy občan města New Yorku, který zde byl obchodně a byl úspěšně střízlivý po prvé po dlouhé řadě let, vyhledal jiného alkoholika. Během jeho několika měsíců střízlivosti občan z New Yorku zjistil, že jeho touha pít klesala, když se snažil pomoci ostatním opilcům, aby vystřízlivěli. V Akronu byl nasměrován na místního lékaře, který měl problémy s pitím.

¹⁵ Dobiáš J. a kolektiv. 1984. *Psychiatrie*. Praha: Avicenum. s. 291

Při společné práci podnikatel a lékař zjistili, že jejich schopnost zůstat střízliví se zdála blízce spjata s množstvím pomoci a povzbuzení, které byli schopni dát ostatním alkoholikům.

Anonymní alkoholici je společenství mužů a žen, kteří se navzájem dělí o své zkušenosti, síly a naděje, aby mohli řešit svůj společný problém a pomáhat ostatním uzdravovat se z alkoholismu. Jedinou podmínkou pro členství je přání přestat pít. Nejsou tu žádné povinné poplatky, tato sdružení jsou soběstačná díky vlastním dobrovolným příspěvkům. Sdružení anonymních alkoholiků není spojeno s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí; nepřeje si zaplést se do jakékoli rozepře, ani nepodporuje, ale ani neodporuje žádným programům. Prvořadým cílem je, aby pacienti zůstali střízliví a pomáhali ke střízlivosti jiným alkoholikům.

Terapie v rámci anonymních alkoholiků probíhá většinou jako otevřené skupinové setkání, setkání, kterého se může zúčastnit každý člen komunity, ať již je to alkoholik nebo ne. Jedinou povinností je neodhalovat jména členů mimo setkání. Typické otevřené setkání má „vedoucího“ a ostatní přednášející. Vedoucí zahajuje a končí setkání a představuje každého, kdo bude hovořit. Každý člen setkání může postupně odhalit nějaké individuální pijácké zážitky, které je přivedly ke vstupu do sdružení anonymních alkoholiků.

Tím, že se alkoholici setkávají s lidmi stejných či obdobných problémů a závislostí a otevřeně o nich hovoří jim pomáhá v boji s jejich vlastní závislostí a nezdá se pacientovi podaří svou závislost na alkoholu potlačit.

3 TOXIKOMANIE

Termín toxikomanie je odvozen od řeckého slova toxikos, což v překladu znamená „náležející k luku“. Tímto Řekové měli na mysli jed na hroty šípů.

Toxikomanií se rozumí stav chorobného lpění na opakovaném podávání centrálně působící euforizující látky.

3.1 Pojem droga a její působení

Drogou se rozumí omamující prostředek či dráždivý přípravek. V minulosti byla droga označována za surovinu rostlinného nebo živočišného původu a byla označována jako léčivo. Dnes je slovo „droga“ v obecném i odborném úzu nadřazený pojem označující jako drogy ve farmaceutickém smyslu i jiné léky a látky, zejména pokud jich je užíváno a zneužíváno ke změnám nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení duševních a tělesných funkcí a vyvolávání mimořádných zážitků.

Drogu lze nejstručněji chápat jako každou látku, ať již přírodní či syntetickou, která splňuje dva základní požadavky. Droga musí mít psychotropní účinek, musí tedy ovlivňovat určitým způsobem naše prožívání okolní reality a měnit vnitřní naladění člověka. Druhým kritériem drogy je schopnost vyvolat závislost.

Droga ovlivňuje funkci centrálního nervového systému a působí prostřednictvím nervů a nervových uzlin na orgány periferního nervového systému. Droga v organismu narušuje přirozené prostředí a vytváří umělý stav, který je možné udržovat pouze za cenu dalších dávek drogy. Stává se součástí metabolismu běžných pochodů v těle a je pro ně nepostradatelná v těle vzniká závislost na drogách.

3.2 Drogová závislost

Drogová závislost je psychický, někdy i fyzický stav, vyplývající ze vzájemného působení mezi jedincem a drogou, charakterizovaný změnami chování a reakcemi, které

vždy zahrnují potřebu brát drogu stále nebo pravidelně pro její psychické účinky a někdy také proto, aby se zabránilo nepříjemnostem plynoucí z její nepřítomnosti.¹⁶

Psychická závislost je duševní stav vzniklý konzumací drogy, který se projevuje přáním drogu znovu užívat. Vznik psychické závislosti je vázán na prožití jistých pocitů. Nestačí pouhá konzumace drogy, pokud těmito zážitky není provázána automaticky. Psychická závislost je nejsilnějším faktorem, který vede k zneužívání drogy a k její opětovné nadměrné konzumaci.

Fyzická závislost na droze je stavem organismu vzniklým zpravidla dlouhodobějším a častějším požívání drogy. Organismus, který je závislý na droze se jí přizpůsobil a vytvořil si „pseudopotřebu“, drogu zahrnul do svého metabolismu a v případě jejího nedostatku v tle reaguje poruhou – abstinenčními příznaky, a to i přes to, že vysazení drogy organismu prospívá.

3.3 Dělení drog

3.3.1 Legální a nelegální drogy

Svět kolem nás je plný drog. Látky ovlivňující psychiku, jež jsou schopny vyvolat závislost, jsou všude kolem nás, neboť drogovou definici splňuje i alkohol, cigarety, káva, čaj, tabák a nejrůznější léky, protože i tyto mohou ovlivnit psychiku. V tomto případě se jedná o *drogy legální*. Legální psychotropní látky se však z termínu „droga“ vytrácejí a jsou jím téměř výlučně označovány látky, které splňují stejně tak jako drogy legální základní definici, avšak jsou v naší společnosti zákonem zakázány a to jak jejich výroba, tak i jejich distribuce, kterou § ... trestního zákona přísně trestá a to trestem odnětí svobody až na 15 let. V tomto případě se jedná o *drogy nelegální*.

3.3.2 Měkké a tvrdé drogy

Různé drogy jsou spojovány s různou měrou efektu a rizik. Dle těchto faktorů dělíme drogy na lehké a tvrdé. Toto dělení drog je velminepřesné, avšak mezi laickou veřejností poměrně rozšířené.

¹⁶ RADIMSKÝ, M a kolektiv 1993. *Psychiatrie I*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. s. 171. ISBN 80-7013-151-9

Lehké drogy jsou charakteristické tím, že je lze užívat v přijatelných intervalech a v přijatelném množství, aniž by v neúnosné míře došlo ke vzniku závislosti či k jiným negativním důsledkům, i když v malém procentu populace ke ztrátě kontroly a závislosti či tělesnému poškození dojde. Mezi tyto drogy můžeme zařadit např.: kávu, tabákové výrobky, marihuanu a alkohol, u kterého je však hranice mezi lehkou a tvrdou drogou sporná.

U *těžkých drog* je riziko vzniku závislosti jednoznačně vysoké a z tohoto důvodu je neakceptovatelné.

3.3.3 Drogové spektrum

3.3.3.1 Opiáty

Opiáty způsobují psychoaktivní reakci tak, že se vážou na receptory látek náležejících do skupiny neuropeptidů. Tyto látky se nazývají endorfiny, tyto fungují jako potlačující zprostředkovatelé přenosu bolestivých impulsů, a tak vykonávají analgetickou funkci. Opiáty se vážou na receptory a tím činí sekreci těchto látek postradatelnou. Jejich vylučování se tak omezuje. Když je přísun opiátů zastaven, ocitá se tělo bez vnější podpory utišujících látek, tak i bez vnitřní opory, protože přísun přírodně vytvářených endorfinů je omezen. Tělo se s touto situací nedokáže vyrovnat, dochází ke krizi a objevuje se abstinenční syndrom. Stupeň tolerance závisí na rychlosti metabolismu opiátů v těle a na rostoucím počtu receptorů usazených na neuronových membránách.

Mezi opiáty se řadí např.:

- Opium
- Morfin
- Kodein
- Heroin – v současné době je velmi rozšířen, abstinenční syndrom se objevuje v průběhu 48 hodin a může přetrvávat až po dobu jednoho týdne.
- Braun

3.3.3.2 Stimulační drogy

- Přírodní stimulační drogy

Jsou to látky, které zahánějí pocit hladu, únavy nebo potřebu spánku a navozují pocit svěžesti. Nejběžnější jsou kofein a nikotin. Dále mezi stimulanty řadíme alkaloid kokain a syntetické látky skupiny amfetaminu a fenmetrazinu. Tyto vzbuzují velmi silný pocit posílení a jejich abusus vede k silnému návyku.

Do této skupiny patří např.:

- Koka
- Kokain
- Crack
- Kata

- Syntetické stimulační drogy – amfetaminy

Amfetaminy jsou prototypem skupiny syntetických stimulačních látek. Jedná se o jednoduché sloučeniny. Stejně jako kokain mají schopnost zlepšovat náladu, rozptýlit únavu a pocit hladu. Jedinými případy, kdy se uznává terapeutické užívání amfetaminu, jsou vzácné případy narkolepsie a dětské hyperkineze.

Psychická závislost na omamných látkách typu amfetaminu je vyvíjí rychle a přetrvává. Jak se vyvíjí tolerance k žádaným účinkům, musí být požívání této omamné látky zvyšováno až do úrovně, která může být několiksetkrát vyšší než počáteční dávka. Zatímco předepisovaná dávka činí 2.5 až 15 mg denně, toxikomani si injikují po dvou až třech hodinách až 1000 mg. Z tohoto důvodu se může dostavit toxická psychóza, která je charakterizována hlubokými změnami chování, sluchovými, vizuálními a hmatovými halucinacemi. Je často nerozeznatelná od pravé schizofrenie.

Do této skupiny patří např.:

- „Ice“
- Pervitin
- Extáze
- PCP

3.3.3.3 Kanabis a jeho deriváty

Základní surovinou, ze které jsou získávány látky kanabisového typu, je konopě setá (*Canabis sativa*) pocházející ze Střední Asie. Tato rostlina obsahuje v horních listech keřů a v květech značné koncentrace kanabinoidů, z nichž nejvýznamnější je delta-9-tetrahydrocannabinol – THC, který způsobuje většinu psychoaktivních účinků.

Drogy spadající do této skupiny jsou nejrozšířenější psychotropní drogy a jejich užívání se rozmohlo po celém světě.

Velmi účinné a populární je pěstování konopí formou hydroponie. Umělé osvětlení, vytápění a zalévání umožňuje optimální růst rostlin a více sklizní v roce.

Do této skupiny patří např.:

- Marihuana
- Hašiš

3.3.3.4 Halucinogeny

Halucinogeny mají silné psychoaktivní účinky. Deformují vnímání objektivní reality. Vyvolávají vybuzení centrálního nervového systému, projevující se změnou nálad. Je porušeno vnímání směru, vzdálenosti a času, jsou navozeny falešné představy a zrakové halucinace.

Halucinogeny působí v různých časových periodách v závislosti na dávce a typu látky. V naprosté většině jde o látky s nevyzpytatelným účinkem. Obvykle se jejich účinek projevuje během první hodiny po požití.

V psychické rovině jejich efekt může zahrnovat změněné vnímání, jež může obsáhnout všechny smyslové orgány. Vyvolávají rovněž problémy v koordinaci pohybů.

Z hlediska fyzické stránky mohou způsobit zvýšený krevní tlak a jeho následný útlum, rozšíření zorniček, zvýšenou srdeční činnost a pocit závratě. Uživatel nemá potřebu spánku a odpočinku.

Účinek těchto látek přetrvává 8 až 12 hodin. Halucinogeny jsou schopny vyvolat toleranční reakci organismu.

Halucinogeny můžeme rozdělit na látky přírodního původu, jako meskalin a psilocybin, a syntetické látky, jako LSD.

Do této skupiny patří např.:

- Meskalin
- Psilocybin
- Durman
- LSD

3.3.3.5 Těkavé látky – inhalanty.

Inhalanty jsou těkavé chemické látky, vyráběné jak pro obchodní, tak i lékařské využití. Ve většině případů se jedná o hydrokarbony. Mezi inhalanty užívané v lékařství patří anestetické plyny jako éter, vazodilatátory – prostředky rozšiřující cévy, a bronchodilatátory – prostředky využívané při léčení astmatu. Mezi tyto látky se řadí také kromě éteru i chloroform a dále se v průmyslu i každodenním životě setkáváme např. s benzinem, lepidly, barvami, laky, čistícími prostředky a rozpouštědly.

Nejčastějším způsobem užívání je vdechování z igelitových pytlíků, do nichž je vložen kus tkaniny, nebo vaty namočené v inhalantu. Méně časté je inhalování přímo z plechovky. „Čichání“ bývá často prováděno ve skupinách.

Inhalanty po vdechnutí pronikají do plic. Odtud se rychle dostávají do krevního oběhu a po té do různých tělesných orgánů, první je zasažen centrální nervový systém, dále pak játra, srdce, plíce a ledviny.

Účinek po vdechnutí je téměř okamžitý. Někdy může přetrvávat až několik hodin. Poživatel pociťuje vzrušení, povznesenou náladu, , obluzenost a je duchem nepřítomný.. Zároveň se objevují závratě, poruchy vidění a rovnováhy, problémy s artikulací slov. Postižený působí neduživě, je pobledlý a je mu špatně. Má rozšířené zornice, zarudlé oči a nepřítomný pohled. Jedinec má zvýšené hodnoty jaterních testů a často vyrážku kolem úst a nosu. Dlouhodobější zneužívání těkavých látek vede k destrukci osobnosti. Inhalanty mohou vyvolat psychickou závislost. Ta se vyvíjí snadněji u dětí ve věku od 9ti do 13ti let.

„Čichání“ těkavých látek je laickou veřejností vnímáno jako méně rizikové ve srovnání s injekční aplikací. Co se týče infekcí je tato informace pravdivá. Ovšem pokud se týká rizika okamžitého předávkování či reflexní zástavy dechu a krevního oběhu, je jednoznačně rizikovější. Nelze odměřit přesnou dávku, což je u inhalantů velké riziko.

„Během inhalace dochází k postupnému zakalování vědomí a z tohoto důvodu jsou tyto drogy často nazývány drogami hloupých.“¹⁷

3.4 Stadia závislosti

3.4.1 Euforické počáteční stadium

Závislost začíná euforickým počátečním stadiem, ve kterém se drogou volně nakládá, účinek je téměř jen pozitivní a účinky drogy jsou podceňovány. Postižený se zbavuje úzkosti, prožívá uvolnění a omámení, jakož i vzrůstající pocit sebehodnocení.

3.4.2 Kritické stadium navykání

Druhé stadium drogové závislosti bývá označováno jako kritické stadium navykání. Účinek drogy ustupuje, stává se nutností zvyšování dávek a častější konzumace.

K tomu přistupují kombinace různých druhů látek. Vedle konopných drog, nikotinu či alkoholu začíná jedinec s konzumací amfetamínů nebo halucinogenů.

Toto stadium je nebezpečné, zde již není cesty zpět bez následku. Tělo změní látkovou výměnu. Orgány jsou po této fázi vždy nějak poškozeny. Nejprve je postižen mozek, projevují se poruchy koncentrace, pozornosti a schopnosti zapamatování.

V této fázi se uživatelé drog poprvé setkávají se zařízeními pro pomoc toxikomanům.

Všechny styky se zužují na ostatní uživatele drog. Závislí jedinci začínají s drobnými krádežemi a to nejen v domácím prostředí.

U jednotlivců se zvětšuje propast mezi ideálním a reálným obrazem na svou osobu. Jedinec se bez drogy již neobejde.

¹⁷ NOŽINA, M. 1997. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP-Koniasch Latia Press, s. 348. ISBM 80-85917-36-x

3.4.3 Stadium návyku – závislosti

V tomto stadiu dochází ke značnému stupňování dávek drogy na základě ještě většího vývoje tolerance. Nastává ztráta kontroly nad užíváním narkotik, jedinec již nemůže s užíváním drogy skončit bez cizí pomoci.

V případě alkoholismu existuje však jedna zvláštnost. Je to jeden typ závislosti, kdy alkoholik neztrácí kontrolu, ale přesto může skončit ve třetí, u alkoholu zvané „chronické“ fázi. Jedinec se neopije úplně, avšak musí mít v těle určité množství alkoholu. Toto stadium odborníci nazývají „ztráta abstinence“.

Vztahy v okolí se rozpadají. Kriminalita spojená s opatřováním drogy je intenzivnější. Kontakt na pomoc dostává toxikoman často přes pracovníky linek důvěry nebo od soudu pro mladistvé.

Jednotlivec má psychické a tělesné abstinenci symptomy. Dochází ke změnám osobnosti, náladovosti, podrážděnosti a přechodu do agresivity. Na závislém jedinci lze pozorovat úbytek tělesné i duševní výkonnosti, úbytek na váze a snížení imunity.

3.4.4 Chronické stadium rozkladu

V tomto stadiu jsou znatelně poškozeny orgány. Individuálně dochází k trvalému upoutání na lůžko. Projevují se postupující procesy tělesného rozkladu jako cirhózy jater, játra nemohou odbourávat jedovaté substance, poškození ledvin, žaludeční vředy či poškození centrálního nervového systému.

„Následuje rozpad osobnosti tzv. deprivací syndrom. Postižený je lhostejný, povrchní, neumí se radovat ani zlobit. Dochází k duševnímu úpadku.“¹⁸

3.5 Detoxifikace

Cílem detoxifikace je odprostit organismus od návykové látky a pomoci pacientovi překonat odvykací příznaky, které se vyskytují ve většině případech. Detoxifikace probíhá bez použití léků či za farmakologické podpory. Jejím cílem je připravit pacienta k další léčbě a uchránit pacienta i okolí a to z toho důvodu, že se

¹⁸ GÄHLERT, F. 2001. *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia Group k.s. s. 144. ISBN 80-7202-950-9

v tomto stadiu často vyskytují duševní choroby a to zejména u toxických či alkoholických psychóz.

3.5.1 Prostředí detoxifikace

- Oddělení pro léčbu závislosti.

Umožňuje dobrou návaznost na další lůžkovou péči. Na jednom pracovišti může probíhat detoxifikace závislých jedinců na alkoholu i na jiných drogách. Toto je praktické zejména z toho důvodu, že se často vyskytují kombinované závislosti.

- Detoxifikační jednotky v nemocničním komplexu.

- Detoxifikační jednotky zařízení, jež poskytují ambulantní služby.

Velmi dobře navazují na následnou ambulantní péči.

- Detoxifikace v domácím prostředí.

Lze provádět pouze v případě lehčí formy závislosti či intoxifikace. Podmínkou je stabilní sociální situace, dobrý somatický stav pacienta a odvykací syndrom neohrožující život. Velmi nutná je spolupráce rodiny se zdravotníky. Detoxifikaci v domácím prostředí není vhodné aplikovat při vyšším riziku akutních somatických nebo psychiatrických komplikací.

- Detoxifikace na somatických odděleních.

Toto probíhá u akutních pacientů, kteří byli hospitalizováni z jiného důvodu a u nichž propukne odvykací syndrom. Odvykací syndrom může nastat i u pacienta s těžkou intoxifikací či s jaterním selháním souvisejícím s deliriem tremens. Somatické oddělení pak poskytne pacientovi komplexní léčbu včetně detoxifikace, ale to pouze v tom případě, že není možné přeložit pacienta jinam s ohledem na závažnost tělesného postižení, nebo z jiných důvodů.

3.5.2 Prvky detoxifikace

- Toxikologické, somatické a psychiatrické vyšetření.

Pokud je lékař seznámen s tím, jaká látka byla aplikována, je usnadněna léčba pacienta. Vyšetřování pacientů intoxifikovaných halucinogeny či alkoholem je nezbytné provádět v přítomnosti další osoby, neboť toto může být spojeno s projevem agresivity ze strany pacienta. Vhodné je mluvit tišším a klidným hlasem, udržovat vhodnou vzdálenost od pacienta. Řádné a důkladné vyšetření postiženého je vhodné a potřebné jak pro detoxifikaci, tak i pro případné předání pacienta do jiného zařízení, neboť nelze vyloučit, že pacient může také trpět zanedbanými somatickými nemocemi, duševní poruchou nebo mohl prodělat úraz.

- Zajištění bezpečnosti pacienta.

Lidé pod vlivem návykových látek mohou být nebezpeční a to jak sobě, tak i druhým lidem. Z tohoto důvodu je nezbytné zajistit jejich bezpečnost, ale i bezpečnost okolí. Toto je realizováno pomocí dohledu, omezením na lůžku a uvážlivě používanou medikací.

- Psychoterapie a léčba prostředím.

Psychoterapie dokáže podstatně ovlivnit průběh odvykacích syndromů a to i u látek, které vyvolávají silnou závislost. Detoxifikace je usnadněna emoční podporou a přítomností chápajícího a empatického člověka, motivací nedostupností drog a pohodlným prostředím. Pacientovi jsou často podávány vysoké dávky vitamínu C a dostatek tekutin.

- Farmakoterapie.

V některých případech je farmakologická léčba nevyhnutelná, avšak jindy může být pouze pro pacienta vhodná a podpůrná.

- Prostředí bez dostupných návykových látek.

Zejména v úvodu léčby je motivace pacienta velmi křehká a setkání s drogou je pro pacienty velmi nebezpečné. Z tohoto důvodu dochází k omezení návštěv u pacienta.

- Rodinná terapie.
Spolupráce s rodinou je velmi důležitá a to nejen u dětí a dospívajících. Prospěšná však bývá pacientovi i jeho okolí.
- Vnitřní diferenciacie detoxifikačních jednotek.
Účelné je rozdělit pacienty detoxifikační jednotky do dvou či více skupin s odlišným léčebným programem. Pacienti jsou do těchto skupin zařazováni s ohledem na jejich aktuální zdravotní stav a schopnost spolupráce.¹⁹

3.6 Drogová kriminalita

Stále více trestných činů je páčáno pod vlivem drog a alkoholu. Mezi trestné činy, které jsou páčány pod vlivem návykových látek převažují zejména trestné činy násilné a majetkové povahy. Jedná se zejména o krádeže vloupáním, krádeže věci z motorových vozidel a další. U mladistvých se setkáváme čím dál tím více s ublížením na zdraví či páčání trestné činnosti, které je kvalifikováno v souladu s § 173 trestního zákoníku jako trestný čin loupeže.

Pokud se týká trestné činnosti související s § 283 až § 288 trestního zákoníku, kdy se jedná o nedovolenou výrobu a držení omamných a psychotropních látek a jedů a šíření toxikomanie sledujeme v České republice narůstající tendenci.

¹⁹ NEŠPOR, K. CSÉMY L. 1996. *Léčba a prevence závislosti*. Praha: Psychiatrické centrum. s.153. ISBN 80-85121-52-2

4 KAZUISTIKA Č. 1

4.1 Zhodnocení pacienta

Paní H.Z., 49-ti letá pacientka byla přijata na psychiatrické oddělení nemocnice v Ústí nad Labem dne 6.10.2010. Hospitalizována do 24.10.2010 pro závislost na alkoholu, delirium tremens. Pacientku přivedla dcera pro problémy s alkoholem. Dnes v noci dcera udává, že matka nepila a měla halucinace (byla na pohřbu).

4.1.1 Anamnéza

- Osobní: Alergie 0, Diabetes mellitus 0, alkohol nezjištěno
- Epidemiologická: hepatitis 0, TBC 0, neuroinfekce 0
- rodinná: matka ca. plic
- sociální: žije s manželem
- Gynekologická: tři dospělé děti,

4.2 Lékařské diagnózy

- závislost na alkoholu, delirium tremens
- arteriální hypertenze
- hyperthyreóza, léčená

4.3 Sledování nemocného

Výška: 162 cm

Váha: 45 kg

TK: 160/105

Pacientka má tři dospělé děti, které žijí odděleně. Doma má problémy s manželem, má velké dluhy. Asi třináct let žijí odděleně, ale v jedné domácnosti. Udává, že své problémy řešila alkoholem posledních deset let, z toho sedm let pila víno, dva litry za den a poslední tři roky víno plus destiláty, množství nezjištěno. Pacientka spolupracovala, nebyla agresivní, orientace časem a místem je nepřesná. Udává, že má problémy se spánkem. I aktuálně má poruchy se spánkem a poruchy vnímání ve smyslu vizuálních a taktilních halucinací. Má psychomotorický neklid, tenze, tremor.

4.4 Terapie

Detox režim, Defobin, KCl ampule, infuze, Clexane, Degan, Helicid, Kalnormin, Pyridoxin, Thiamin, Stilnox, Zoloft, psychoterapie, Antabus.

4.5 Psychiatrické vyšetření

Verbální schopnosti jsou v pásmu výrazného podprůměru /IQ 84/ dominuje nesoustředěnost, abstinenci syndrom, myšlenkové neuspořádání asociačních vztahů.

4.6 Průběh hospitalizace a stav po propuštění

Přivedena dcerou, přijata pro rozvíjející se delirium, stav při abusu alkoholu. Po infuzní terapii úprava vnitřního prostředí (hypokalemie). Přes Defobin převedena přes úskalí abstinenci stavu. Pacientka, odmítá jak navrhovanou ústavní léčbu, tak i léčbu aversivní. Po přeložení z Detoxu na standardní oddělení uznává alespoň částečnou závislost na alkoholu. Zavedena léčba Antabusem, snáší ho bez komplikací. Stále naléhá na dimisi s tím, že musí do práce, po seznámení s výsledky psychologických vyšetření chápe nutnost pracovní neschopnosti. Pacientka plánuje budoucnost, zapojuje se do aktivit oddělení.

Pacientka je nyní v relativně dobrém stavu, bez akutní psychopatologie. Pacientka po dimisi se ještě dvakrát dostavila na kontrolu do psychiatrické léčebny, kde měla naordinováno dvakrát týdně Antabus. Po těchto dvou kontrolách se již na další nedostavila s tím, že 1.3. 2011 volala dcera na psychiatrickou ambulanci s tím, že matka opět pije. Lékař navrhl, aby se dcera pokusila matku přesvědčit ke kontrole na

ambulanci. Dcera se znovu ozvala 4.3. 2011 s tím, že se jí matku nepodařilo přesvědčit. Další informace o pacientce nejsou dosud známy.

4.7 Oštrovatelské diagnózy

4.7.1 Narušení funkcí rodiny alkoholismem

4.7.1.1 Projevy

- Ranní doušky alkoholu
- Několikadenní nepřetržitá konzumace alkoholu
- Paměťová okénka
- Neúspěšné pokusy o abstinenci
- Pití nekvalitních alkoholických nápojů (náhražky – např. přípravky k čištění oken)
- Citová uzavřenost
- Pocity nepochopení v rodině, přátel, v zaměstnání...
- Nepřátelství, potlačení citů
- Ztráta identity (nikdo mě nemá rád)
- Pocit izolace s možnými pokusy o suicidium
- Tendence ke lhaní
- Nespolehlivost
- Neodmyslitelnost alkoholu
- Racionalizace pití (dle názoru klienta za jeho pití může např. společnost, manželka, vláda)
- Třes
- Objevení se nebo zhoršení somatických komplikací (cirhóza jater, Ca jater, polyneuropatie, poruchy hemokoagulace, snížení imunity – časté infekce).

4.7.1.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient se začlenil do individuálního léčebného plánu (nastolení léčebného režimu) za účelem odnaučení se pít alkohol a jiné závislosti (např. nikotin a jiné zdraví škodlivé látky).

4.7.1.3 Ošetrovatelský plán, intervence

- Zjistit rodinné zázemí a sociální pozadí klienta
- Zjistit postavení jednotlivých členů rodiny (přátel)
- Zjistit okolnosti, které vedou k závislosti
- Zjistit stupeň spolupráce rodiny (přátel) i samotného klienta při řešení, začlenit se do léčebného režimu, odnaučit se pít pod lékařským dohledem, v rámci zvláštních zdravotnických psychiatrických zařízení.

4.7.2 Poruchy spánku v důsledku vnitřní smyslové poruchy (deprese)

4.7.2.1 Projevy

- Pozdní usínání (po 1-2 hodinách po ulehnutí)
- Časné probuzení (okolo 3.-4. hodiny)
- Časné probuzení v noci provázané děsivými sny
- Nápadná ranní únava, pocity chybějícího odpočinku.

4.7.2.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient spí, odpočívá přiměřený počet hodin.

4.7.2.3 Ošetrovatelský plán, intervence

Pokusit se sestavit rozvrh aktivit ve spolupráci s klientem.

- Řada nemocných poruchy spánku podporuje tím, že spí přes den, účastní se na nekonstruktivních aktivitách, jako např. televize apod.

- Pozor, rušivě mohou působit i návštěvy, zvláště pokud si je pacient nepřeje

Veškerou léčebně-ošetrovatelskou péčí se pokusit rozvrhnout tak, aby nenarušovala odpočinek a spánek klienta.

- Před spaním zajistit vhodné mikroklima místnosti
- Zajistěte, aby před spaním klient nepoužíval povzbuzující látky, např. pití kávy, čokolády nebo alkoholických nápojů
- Pamatujte, noční spánek a odpočinek může narušovat nykturie, která souvisí s nevhodným příjmem tekutin na noc
- Dodržuj časové schéma spánku, tzn. Režim od – do(kdy má klient spát, kdy vstávat).
- Nedoporučujte klientovi si před spaním číst rušivé texty, sledovat televizi nebo aplikovat počítačové hry
- Před spaním se pokuste dosáhnout uvolnění – teplá koupel, rozhovor...
- Používání hypnotik konzultujte výhradně s lékařem (podávání hypnotik a sedativ by mělo vycházet z potřeb klienta ne z potřeb personálu)
- Denně ved' záznam o spánku a odpočinku klienta.

4.8 Doporučení pro pacienta

Abstinence alkoholu, vyvarovat se rizikovému prostředí, kontroly na psychiatrické ambulanci, Antabus nepředepsán – bez výsledku.

4.9 Závěr

Pacientka ve středním věku závislá na alkoholu, opakovaně léčena avšak bez výsledně, léčba přerušena.

5 KAZUISTIKA Č. 2

5.1 Zhodnocení pacienta

Pan M.H. 24 letý pacient byl přijat 7.8.2010 do Psychiatrické léčebny Dobřany pro závislosti na alkoholu delirium tremens a gamblerství. Pacienta přivedla matka s tím, že potřebuje pomoc. Pacient byl hospitalizován až do 7.2. 2011.

5.1.1 Anamnéza

- osobní: Alergie 0, Diabetes mellitus 0, alkohol 5 piv/den, destiláty – množství neuvedeno
- epidemiologická: hepatitis 0, TBC 0, neuroinfekce 0
- rodinná: matka po CMP
- sociální: žije s matkou, nezaměstnaný

5.2 Lékařské diagnózy

- Závislost na alkoholu
- Delirium tremens
- Patologické hráčství (gamblerství).

5.3 Sledování nemocného

Výška: 175 cm

Váha: 75 kg

TK: 125/80

Pacient bydlí v domácnosti sám s matkou, k léčení ho přemluvila matka s přítelkyní. Momentálně je nezaměstnaný. Ukončené má pouze základní vzdělání, odborné učiliště nedostudoval (automechanik). Má problémy s penězi, veškerý svůj příjem prohrává v hracích automatech za doprovodu pití, v poslední době spíše jen pije

destiláty + pivo. Vypůjčil si mnoho peněz po kamarádech, nakonec si vzal půjčku. Dostal se do problémů i se zákonem (drobné krádeže). S pitím alkoholu začal asi ve 14 -15 letech neví přesně, v 16-ti letech skončil na záchytné alkoholické stanici, téhož roku měl první zkušenost s hracími automaty. Přibývaly mu problémy se splácením dluhů, tyto problémy řešil poslední tři roky alkoholem. Pacient udává, že se pokoušel na popud přítelkyně s matkou abstinovat, ale bez úspěchu. Vydržel jeden den, v noci měl halucinace (ocitl se na diskotéce). Pacient byl hospitalizován na detoxu, pak byl přeložen na standartní oddělení, Antabus snášel dobře bez komplikací, poté nastoupil do psychiatrické léčebny v Dobřanech na protialkoholní oddělení.

5.4 Terapie

Detox režim, Diazepam 3x denně.

5.5 Psychiatrické vyšetření

Verbální schopnosti jsou v pásmu výrazného podprůměru /IQ 65/ dominuje nesoustředěnost, abstinční symptom.

5.6 Průběh hospitalizace a stav po propuštění

Pacient přiveden matkou pro rozvíjející se delirium, stav při abusu alkoholu. Pacient si přiznává svůj problém s alkoholem a s gamblerstvím. Pacient se aktivně zapojuje do denního programu, dochází na skupinové terapie k psychologovi. Má strach z nezvládnutí situace. Pacient je propuštěn z psychiatrické léčebny po šesti měsících, pravidelně dochází na sezení k psychologovi 1x týdně. Po dvou měsících byl pacient přijat na rekondiční pobyt z důvodu strachu z nezvládnutí situace.

5.7 Ošetřovatelské diagnózy

5.7.1 Změny smyslového vnímání v důsledku narušení biochemických pochodů v organismu vlivem alkoholu

5.7.1.1 Projevy

- Změny v chování – neklid, agrese
- Přehnané emoční reakce
- Alterace myšlení
- Sluchové, zrakové halucinace.

5.7.1.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient udržuje „normální“ kognitivní funkce v mezích normy.

5.7.1.3 Ošetrovatelský plán, intervence

- Chraň nemocného před izolací v jeho sociálním postavení
- Pomáhat mu rozlišovat realitu od fantazie
- Odstranit z jeho blízkosti všechny zbytečné zdroje hluku
- Dbát na nerušený spánek a odpočinek
- Dbát na dodržování bezpečnostních opatření
- Chránit nemocného před úrazem.

5.7.2 Poruchy výživy - ze sníženého příjmu potravy v důsledku působení toxických vlivů alkoholu na GIT

5.7.2.1 Projevy

- Poruchy vstřebávání aminokyselin
- Zhoršování tělesného stavu – síly, kondice
- Úbytek na váze (přírůstky naopak mohou být již varovným příznakem jaterních komplikací spojené s tvorbou tělních tekutin)
- Příznaky minerál/elektrolytového rozvratu.

5.7.2.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient má dostatek živin a neztrácí na své tělesné hmotnosti.

5.7.2.3 Ošetrovatelská plán, intervence

- Zjistit jaké má klient denní stravovací návyky
- Sledovat pravidelně tělesnou hmotnost, svalovou sílu v interakci s požitou stravou.
- Věnovat pozornost vyprazdňování tlustého střeva (pravidelnost stolice, příměsí, vzhled, konzistence...)
- Dle ordinace lékaře zajistit odběry biologického materiálu za účelem hodnocení laboratorního stavu výživy (mineralogram, celková bílkovina, železo aj...).
- Snažit se vychovávat nemocného ve stravování – tolerování a příjem energeticky plnohodnotné stravy, za předpokladu normálních biochemických funkcí, z jídelníčku vyřadit nadýmavá a kořeněná jídla.
- Dodržovat pravidelnost v podávání jídla, nezapomínat na příjem vhodných tekutin
- V případě patologií v laboratorním hodnocení se řídit dietními opatřeními dle lékařské ordinace.

5.8 Doporučení pro pacienta

Vyvarovat se rizikových osob a prostředí, rekondiční pobyt, pravidelné návštěvy psychologa, diazepam 1-1-1, Antabus 2x/týden.

5.9 Závěr

Pacient ve věku 24 let, závislost na alkoholu a gamblerství, dále také problémy s finanční situací a se zákonem, pobyt v protialkoholní léčebně s délkou šesti měsíců. Pravidelné docházky k psychologovi. Obtížné začlenění zpět do společnosti.

6 KAZUISTIKA Č. 3

6.1 Zhodnocení pacienta

Pan J.N., 45-ti letý pacient byl přijat na psychiatrické oddělení nemocnice v Ústí nad Labem dne 1.3. 2009 pro závislost na alkoholu, delirium tremens. Hospitalizován do 22.3.2009. Pacient přišel sám ze své vlastní vůle s tím, že má problémy s alkoholem. S alkoholem chtěl skončit za pomoci manželky, ale nešlo to. Pacient udává, že bez alkoholu vydržel dva dny, s tím že se necítil dobře a měl vizuální halucinace, poslední dobou na sobě pozoruje, že když se nenapije, tak je nervózní a podrážděný. Pacient údajně od včerejšího večera abstinuje.

6.1.1 Anamnéza

- Osobní: Alergie penicilin, Diabetes mellitus 0
- Epidemiologická: hepatitis 0, TBC 0, neuroinfekce 0
- rodinná: matka DM
- sociální: žije s manželkou, podnikatel

6.2 Lékařské diagnózy

- závislost na alkoholu
- arteriální hypertenze.

6.3 Sledování nemocného

Výška: 182 cm

Váha: 90 Kg

TK: 150/90

Pacient má úspěšnou stavební firmu, s financemi problémy nemá. Žije sám s manželkou, s kterou má jedno dospělé dítě, které studuje vysokou školu. K alkoholu měl sklony vždy, ale posledních 6 let uznává, že konzumuje alkohol ve velké míře, se stupňující se tendencí, asi

jeden litr tvrdého alkoholu denně. Při opilosti má sklony k agresivitě. Udává predispozici k pití alkoholu (otec měl také problémy s alkoholem).

6.4 Terapie

Detox režim, diazepam, psychoterapie, Antabus.

6.5 Psychiatrické vyšetření

Verbální schopnosti jsou v nadprůměrném pásmu /IQ 120/.

6.6 Průběh hospitalizace a stav po propuštění

Pacient přišel sám ze své vlastní vůle, byl hospitalizován na detoxikačním oddělení, v průběhu hospitalizace pacient trpěl psychomotorickým neklidem, tremorem, rozvojem abstinčního syndromu. Pacient byl propuštěn, dochází na psychiatrickou ambulanci, kde je mu dvakrát týdně podáván Antabus.

6.7 Ošetřovatelské diagnózy

6.7.1 Únava v důsledku osobní nepohody

6.7.1.1 Projevy

- Nápadná únavnost
- Potíže GIT zácpa
- Tlak na prsou
- Bolesti hlavy, bolesti v zádech
- Pocity těžkých nohou a rukou
- Hypoaktivita.

6.7.1.2 Cíl ošetrovatelské péče

Pacient překonává únavu a zvyšuje své energetické nedostatky.

6.7.1.3 Ošetrovatelský plán, intervence

Věnujte pozornost poruchám spánku.

- Sledujte denně kolísání energetických projevů klienta
- Sledujte hodnoty fyziologických funkcí TK, P, dech, tělesná teplota
- Při plánování cílů postupujte uvážlivě, od méně náročných aktivit
- Usměrnějte tyto aktivity k dosažení předem stanovených cílů
- Pro klienta je vhodná profesionální psychoterapie dle ordinace lékaře.

6.7.2 Neochota ke spolupráci v důsledku abusu alkoholu – pacientka bez pokroku

6.7.2.1 Projevy

- Výroky nemocného, ze kterých vychází najevo že, si svou nemoc vůbec nepřipouští, nebo ji nepovažuje za vážnou.
- Není ochoten se podrobovat léčebnému režimu
- Nevěří v účinnost léčby
- Neschopnost domluvit se na vzájemné spolupráci
- Hněv
- Deprese
- Agresivita
- Impulzivnost
- Násilné a nespolečenské chování
- Násilí zaměřené na sebe nebo své okolí.

6.7.2.2 Cíl ošetrovatelské péče

Podílet se na stanovení vzájemně přijatelných cílů a programů léčby.

6.7.2.3 Ošetrovatelský plán, intervence

- Prodiskutujte s pacientkou/jejími blízkými, jak vnímají/chápou situaci (nemoc/léčba)
- Aktivně naslouchejte stížnostem a poznámkám pacientky
- Přihlédněte k vývojové úrovni a kalendářnímu věku pacientky
- Posuďte hladinu úzkosti, sebeovládání, přítomnost pocitů bezmocnosti atd.
- Doporučte poradenství a další vhodné zdroje.

6.8 Doporučení pro pacienta

Abstinence alkoholu, pravidelné návštěvy psychiatrické ambulance, diazepam, Antabus 2x týdně.

6.9 Závěr

Pacient ve věku 45 let, finančně zajištěn. Problém závislosti na alkoholu si připouští. Na psychiatrické oddělení se dostavil sám ze své vlastní vůle.

7 KAZUISTIKA Č.4

7.1 Zhodnocení pacienta

Paní P.H. 41 letá pacientka byla přivezena RLP na psychiatrické oddělení JIP DETOX dne 18.6.2009. RLP přivolána manželem, chtěl ji přivést již včera, neboť včera si rozbila telefon nožem, má vidiny, pije alkohol i s Antabusem. Informace od pacientky nelze zjistit. Manžel je často pryč, jezdí jako profesionální řidič, neví co se doma děje, ale pacientka má všude ukrytý alkohol.

7.1.1 Anamnéza

- Osobní: Alergie 0, Diabetes mellitus 0
- Epidemiologická: hepatitis 0, TBC 0, neuroinfekce 0
- Rodinná: nelze
- Sociální: žije s manželem a dětmi, chodí na brigády – vybaluje zboží
- Gynekologická: nelze

7.2 Lékařské diagnózy

- Odvykací stav s deliriem
- Závislost na alkoholu

7.3 Sledování nemocného

Výška v cm: 165

Hmotnost: v kg: 71

Tep. Frekvence: 80

Teplota: 36.5

Krevní tlak: 135/93

Pacientka žije s manželem a dětmi, chodí na brigády – vybaluje zboží, alkohol přiznává, trochu pije na Antabus, ale jen trochu, do léčebny nechce. Pacientka uvádí, že viděla jak měli její děti žárovičky v očích. Vigilní, orientovaná osobou, místem částečně, časem – správně jen rok, třes HK(horní končetiny), jazyka, dysforická, spojivky bez ikteru, poruchy vnímání – audiovizuel. halucinace, bez náhledu na onemocnění, alkoholové bagatelizace + racionalizace.

7.4 Terapie

Psychoterapie, psychoedukace zaměřená na závislost na alkoholu, možnosti PAL, Apaurin, Elenium, Pyridoxin, Thiamin, Flavobion, Vasocardin, Floxal, Vitamin A –POS.

7.5 Psychiatrické vyšetření

Psychoterapie, psychoedukace zaměřená na závislost na alkoholu.

7.6 Průběh hospitalizace a stav při propuštění

Pacientka přijata akutně – přivedena manželem, při přijetí audiovizuální halucinace, třes HK, přiznává relaps závislosti na alkoholu i při užívání Antabusu (z ambulance zjištěno, že užila 2tbl. Antabusu dne 16.6.09), přítomný alkohol, racionalizace a bagatelizace („na Antabus piju jen trošku“), není dostatečný náhled. V laboratoři elevace jaterních transamináz, hypokalémie, i přes podávání benzodiazepanu i .v. i p.o. rozvoj delir. stavu z odnětí alkoholu, postupně stav pacientky zlepšen, již koheretní, opakovaně doporučována k ústavní PAL, pacientka však s léčbou nesouhlasí, dimitována bez akutní psychopatologie do ambulantní péče, nadále bez dostatečného náhledu na problematiku závislosti na alkoholu, vzhledem k nedodržení abstinence při užívání Antabusu již lék nebyl znovu nasazen.

7.7 Ošetrovatelské diagnózy

7.7.1 Neznalost pojmu v důsledku nedostatečných informací o používání antabusové léčby

7.7.1.1 Projevy

- Neznalost následků antabusové léčby
- Bagatelizace léčby Antabusem.

7.7.1.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient má dostatečné informace, řídí se pokyny, toleruje nařízení odborné léčby Antabusem.

7.7.1.3 Ošetrovatelský plán, intervence

Klient musí vědět, že při současném požití Antabusu a alkoholu se mohou projevit následující příznaky:

- Zarudnutí v obličeji
- Vzestup (až kritický) TK
- Tíseň na prsou
- Napětí
- Ztížené dýchání
- Tachykardie
- Multiorgánové selhání

Poučení o antabusové léčbě musí být:

- Dostatečně srozumitelné (opakované)
- S využitím zpětné vazby, zda klient všem požadavkům rozumí
- Léčba je vedena pod odborným dohledem lékaře
 - ambulantně (v ambulantním léčení u nespolupracujících a nespolehlivých klientů je možné podávat tento přípravek

- přímo u lékaře – psychiatra v pravidelných intervalech, klient se musí osobně dostavit)
- ve zdravotnickém zařízení psychiatrické péče.

7.8 Doporučení pro pacienta

Abstinence alkoholu. Poslední medikace: Elenium 1-1-2, další den 1-1-1 dále 0-1-1 až 0-0-1 a vysadit zcela – pacientka poučena. Vasocardin 50 mg 1-0-1, Kalnormin tbl. 1-1-1 za kontroly laboratorní biochemie, Flavobion 1-1-1, Thiamin tbl. 2-2-0, Pyridoxin tbl. 2-2-0, floxal gtt – do obou očí 6x denně, Vitamin A-POS ungu. 3x denně do OL.

Kontrola na kožním k vyloučení herpesu, do budoucna substitute umělých slz, kontrola v endokrinologické ambulanci.

7.9 Závěr

Pacientka ve věku 41 let přivezena RLP, matka dvou malých dětí. Pacientka si uvědomuje závislost na alkoholu, ten ale konzumuje i přes užití Antabusu, s léčbou nesouhlasí.

8 KAZUISTIKA Č. 5

8.1 Zhodnocení pacienta

Paní D.M. 30 letá pacientka byla akutně přijata 5.3. 2010 – 24.3. 2010 na doporučení praktického lékaře v odeznívajícím delirantním stavu z odnětí alkoholu z důvodu hospitalizace na gynekologickém oddělení. Dle telefonátu gynekologického odd. měla pacientka vysoké jaterní testy a během hospitalizace zaznamenali stav zmatenosti opakovaně.

8.1.1 Anamnéza

- Osobní: alergie 0, diabetes mellitus 0Epidemiologická: hepatitis 0, TBC 0, neuroinfekce 0
- Rodinná: otec měl problémy s alkoholem
- Sociální: vyučená servírka, svobodná žije s přítelem
- Gynekologická: 1 x UPT, stp. Konizaci čípku pro susp. Prekancerózu.

8.2 Lékařské diagnózy

- odvykací stav s deliriem
- závislost na alkoholu
- těžké poruchy duševní a poruchy chování v souvislosti s puerperiem
- alkoholické ztučnění jater
- abnormální děložní a poševní krvácení
- hypokalémie

8.3 Sledování nemocného

Výška: 164 cm

Hmotnost: 60 kg

Tep. Frekvence: 120

Teplota: 37

TK: 155/84

Pacientka přijata pro anamnesticky uváděný halucinatorní stav – anamnéza od přítele, pacientka si sama nepamatuje, co se dělo. Přítel uvádí že dnes viděla, jak se prý s někým pere – a přitom to nebyla pravda pak ho slyšela jak mluví a on s ní vůbec nekomunikoval.

Sama pacientka si nic nepamatuje, cítí se v pořádku, mohla by jít domů a chce jít domů. Alkohol vynechala při nástupu na gynekologické odd.2. – 4 3. 2010 jinak pije pravidelně pivo 2-3-4 denně, víc ne, tvrdý pije jen málokdy. Ruce se ji klepou, když nemá alkohol, toho si všimla, někdy se musí napít i ráno v práci. Dělá šestnácti hodinové směny jako servírka. Momentálně je v pracovní neschopnosti. Předchozí partner jí zemřel, ale nový partner ji z toho už dostává.

Po konzultaci s gynekologickým oddělením měla pacientka za pobytu vysoké jaterní testy, 2.3.2010: c- bili 32.6, 4.3.2010: AST – 13, ALT – 4,84, GMT – 20,71 .

Během hospitalizace na oddělení zaznamenali stavy zmatenosti, zde během hospitalizace proběhlo alkoholové delirium.

8.4 Terapie

Psychoterapie, psychoedukace, Elenium, Pyridoxin, Thyamin, Flavobion, krystaloidy + KCl, milurit, kalnormin, helcid.

8.5 Psychiatrické vyšetření

Verbální schopnosti jsou v pásu podprůměru /IQ 90/, dominuje nesoustředěnost.

8.6 Průběh hospitalizace a stav po propuštění

Pacientka přijata akutně v odeznívajícím deliriantním stavu z odnětí alkoholu. Nasazeny benzodiazepiny, ústup tremoru HK, pacientka již bez halucinací. Z laboratorních hodnot zjištěna anemie, hypokalemie, vysoké hodnoty transamináz. Kalium hrazeno nejprve infuzní terapií poté p. o., vyšetřena několika konziliárními lékaři – gynekolog, gastroenterolog. Postupně zlepšení hodnot hemoglobinu i pokles

jaterních testů. Pacientka si nepřeje ústavní protialkoholní léčbu, souhlasí s ambulantní léčbou i nasazením Antabusu. Poučena o nebezpečí vážného ohrožení zdraví při užití léků s alkoholem. Pacientka propuštěna bez akutní psychopatologie do ambulantní péče.

8.7 Ošetřovatelské diagnózy

8.7.1 Riziko úrazu – v důsledku psychomotorického neklidu

8.7.1.1 Projevy

- Klient utíká z lůžka
- Shazuje z těla svršky
- Může halucinovat – odpovídá hlasům
- „Drmolí“ nesmyslná slova přes evidentní hlasovou vyčerpanost.

8.7.1.2 Cíl ošetřovatelské péče

Klient nezpůsobil úraz sobě ani okolí.

8.7.1.3 Ošetřovatelský plán, intervence

- Zajistit bezpečnost klienta a jeho okolí
- Nezvyšujte agresi a napětí mezi klientem nevhodnými formulacemi v komunikaci (agrese vůči agresi nemůže být nikdy úspěšná)
- Pozor na nevhodné kurtování klienta – může u něho vyvolat další vlnu agrese, neklidu a zvyšovat tak další zhoršení stavu.
- Zajistit včasnou spolupráci s lékařem na zajištění odborného zklidnění pacienta pomocí farmakologické léčby (zajištění žilního přístupu, aplikace dle lékaře neuroleptik, trankvilizérů...), aby nedošlo k dalšímu zhoršování stavu.

8.7.2 Změny v srdečním výdeji – v důsledku biochemických poruch v organismu vlivem abúzu alkoholu

8.7.2.1 Projevy

- Zvýšený TK
- Tachykardie s možností závažných dysrytmií
- Zvýšená teplota
- Tachypnoe
- Zvýšené pocení
- Znamky dehydratace organismu
- Znamky hypoxie orgánů (zhoršuje se celkový stav)
- Při déle trvající situaci může nastat multiorgánové selhání.

8.7.2.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient má normální srdeční výdej.

8.7.2.3 Ošetrovatelský plán, intervence

V tomto stavu je vhodné umístit pacienta (JIP, ARO, detoxikační jednotka).

V ošetrovatelských intervencích je nutné zajistit:

- Monitoraci základních životních funkcí
- Žilní vstup a aplikaci léků dle ordinace lékaře (úprava vnitřního prostředí, hydratace organismu, podpora funkce orgánů)
- Odběry biologických materiálů za účelem hodnocení stavu vnitřního prostředí a orgánových funkcí (biochemie, hematologie, hemokoagulace...)
- Sledování bilance tekutin
- Plnění ošetrovatelského plánu v oblasti snížené soběstačnosti klienta v základních lidských oblastech (hygiena, vyprazdňování, výživa dle aktuálního stavu).

8.8 Doporučení pro pacienta

Pravidelná docházka na kontroly s ambul. psychiatrem a praktickým lékařem, kontrola do tří dnu, Abstinence od alkoholu.

Poslední medikace: Antabus 2 tbl. Úterý + pátek, milurit 100 mg 0-1-0, Helicid 20 mg 1-0-0, Flavobion tbl. 1-1-1, Thiamin tbl. 2-2-0, Pyridoxin tbl. 2-2-0.

8.9 Závěr

Mladá žena přijata z důvodu halucinatorního stavu, s výpadky paměti, pravidelná uživatelka alkoholu. Během hospitalizace proběhlo alkoholové delirium, po ukončení hospitalizace s doporučením abstinence odkázána do psychiatrické ambulance.

9 KAZUISTIKA Č. 6

9.1 Zhodnocení pacienta

Pacientka L.J. 60 letá pacientka byla přijata 27.4.2009 přivezena RZP na emergency po proběhlém epiparoxu v automobilu, po zjištěném rozvíjejícím se delirientním stavu byla přeložena na psychiatrické oddělení - detoxifikační lůžko.

9.1.1 Anamnéza

- Osobní: alergie- nelze věrohodně zjistit, diabebes melittus- 0
- Epidemiologická: hepatitis 0, TBC 0, neuroinfekce 0
- Rodinná: otec ca.hrtanu v 65 letech
- Sociální: vdaná, magistra v lékárně
- Gynekologická: laparosterilizace po prvním porodu

9.2 Lékařské diagnózy

- odvykací stav při závislosti na alkoholu
- závislost na alkoholu
- sekundární epilepsie typu GM při difuzní encefalopatii v rámci chronického abusu alkoholu
- chronická jaterní léze, trombocytopenie, makrocytosa

9.3 Sledování nemocného

Výška: 170 cm

Hmotnost: 80 kg

Tepová frekvence: 69

Teplota: 38

TK: 135/70

Pacientka přivezena RZP pro proběhlý epyparox v automobilu, dle dokumentace byl aplikován Apaurin amp. i.m. Přivezena na emergency kde byla pacientka zmatená, třes celého těla, při vědomí, febrilní, provedeny laboratorní odběry, neurologické vyšetření, aplikace FR 1/1 500ml + amp. novalginu. Pacientka při vědomí, orientovaný osobou, jinak místem, datumem ne.

9.4 Terapie

Detox režim, Letrox, defobin, elenium, pyridoxin, Thyamin, Antabus, Apaurin, ambrobene, Augmentin, Kalnormin, FR, G 5%, rartman roztok, clexane, mechanické onemocnění, O₂, dieta 4, KCl amp., psychoterapie.

9.5 Průběh hospitalizace a stav po propuštění

Přivezena RZP na emergency po problémech epyparoxu, zjišťujeme rozvíjející se deliriantní při závislosti na alkoholu, mechanicky omezena, detoxikace při symptomatické terapii / infuse, Apaurin, Defobin, ATB, péče o příjem tekutin a potravy, psychoedukace zlepšena, po odeznění akutních příznaků deliria pak přeložena na standartní oddělení. Zprvu zcela bez náhledu na problém s alkoholem, po proběhlém pobytu na detoxikačním oddělení však mění názor, ač ústavní terapii léčby závislosti odmítá, souhlasí s nasazením Antabusu, který snáší bez problémů.

Dimitovaná ve stabilizovaném stavu, náhled na léčbu závislosti získala, nesuicidální, bez auto či heteroagrese, nepsychotická, bez abstinčních příznaků při propouštění.

9.6 Ošetřovatelské diagnózy

9.6.1 Bezmocnost v důsledku dlouhodobých pocitů bezradnosti

9.6.1.1 Projevy

- Apatie
- Hněvivost
- Rezignace

- Výroky, vyjadřující úmysl na sebevražedné myšlenky:
 - Mluví o sebevraždě
 - V minulosti se již o sebevraždu pokusil
 - Má sluchové halucinace, které mu doporučují skoncovat se životem
 - Dává najevo bezradnost, bezcennost osamělost, izolaci
 - Zříká se budoucnosti – nemá žádné reálné cíle
 - Snaží se dát dohromady své záležitosti, např. závěť.

9.6.1.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient má aktivní přístup k léčebným možnostem.

9.6.1.3 Ošetrovatelský plán, intervence

- Přistupujte k nemocnému vždy jako k individualitě
- Pracujte u něho vždy s dostatečným časovým prostorem
- Ponechávejte na něm rozhodnutí, co by mohl a nemohl v dané situaci dosáhnout (co je reálné)
- Zadávejte pro něho jen takové úkoly, které by mohl zvládnout
- S bezmocným člověkem se nikdy nehádejte, jeho myšlenky nemusí být logické
- Aktivně se podílejte na odborném léčebném programu.

9.6.2 Zmatenost v důsledku deliria projevující se halucinacemi, třesem, neklidem a nespavostí

9.6.2.1 Projevy

- Nespavost
- Psychomotorický neklid
- Třes
- Sluchové, zrakové halucinace
- Vulgarismus, agrese.

9.6.2.2 Cíl ošetrovatelské péče:

Obnovení a udržení obvyklé orientace v realitě, udržení úrovně vědomí.

9.6.2.3 Ošetrovatelský plán, intervence

- Všimněte si úzkosti, strachu a dalších fyziologických reakcí
- Posuďte dobu spánku a střídání spánku a bdění
- Zhodnoťte rozsah poruchy orientace, schopnosti udržet pozornost, plnit příkazy, komunikovat s okolím a přiměřeně reagovat
- Zlepšujte orientaci pacientky
- Povzbuzujte rodinné příslušníky/ blízké osoby ke spolupráci na obnovení přiměřené orientace pacienta.

9.7 Doporučení pro pacienta

Kontroly na ambulanci, endokrinologické. Medikace: Antabus 2 tbl v pondělí a pátek, vitamíny řady B, Letrox 50 1x1.

9.8 Závěr

Pacientka ve věku 60 let přivezena RZP, při vědomí časem neorientována, před hospitalizací si nepřipouští problém s alkoholem, avšak po pobytu na detoxifikačním oddělení mění názor, i přes to léčbu závislosti odmítá, souhlasí pouze s medikací Antabusu.

10 KAZUISTIKA Č. 7

10.1 Zhodnocení pacienta

Pan Z.P. 43letý pacient byl hospitalizován na neurologickém oddělení 11.10.2011 pro nakupení několika sekundárně generalizovaném epiparoxysmu, při příjmu pacient v ebrietě, následný rozvoj alkoholového deliria, poté přeložen z neurologie 14.10.2011 na detoxikační lůžko psychiatrického oddělení následně 22.10.2011 až 11.10.2011 na psychiatrické lůžko. Pacient udává konzumaci alkoholu (2 – 3 piva denně). Pacient je nezaměstnaný, dříve pracoval jako dělník na stavbě.

1.0.1.1 Anamnéza

- Osobní: dle dokumentace: Alergie senná rýma, sekundární epilepsie, torticollis, ventrikulomegalie dle MRI 2008, jaterní cirhóza child B, hepatosplenomegalie, krvácení z jícnových varixů II stupně – ošetřeno ligací 12/07
- Epidemiologická: hepatitis 0, TBC 0, neuroinfekce 0
- Rodinná: nelze
- Sociální: žije s manželem a dětmi, chodí na brigády – vybaluje zboží
- Gynekologická: nelze
- Pracovní: nyní na úřadu práce
- Psychiatrická: primárně depresivní porucha, následně abusus alkoholus rozvojem sy. Závislosti, opakované subdelirijní stavy.

10.2 Lékařské diagnózy

- poruchy způsobené alkoholem – odvykací stav s deliriem nasedající epiparoxysmus
- závislost na alkoholu
- sekundární epilepsie
- posthemoragická pseudocysta F vlevo
- Kraniotrauma
- Jaterní cirhóza Child. B

- Hepatosplenomegalie
- Krvácení z jícnových varixů II stupně, ošetřeno ligací

10.3 Sledování nemocného

Výška: 175cm

Hmotnost: 90 kg

Tep. Frekvence: 80

Teplota: 37

TK: 145/90

Pacient na emergency po epiparoxu, v ebrietě, ošetřena rána na hlavě, na emergency ještě další parox s fokálním začátkem – s adverzí hlavy a záškuby pravostranných končetin se sekundární generalizací, podán Apaurin i.v. a inf. s prvky, provedeno CT mozku bez akutních změn, pak dimise sanitou, nyní opět přivezen RZP, tu volala matka, doma prý 2x EP parox, nyní se cítí dobře, nic nebolí cítí se dobře, ví, že je v nemocnici, ale neví jak se sem dostal.

Pacient přeložen z neurologie, kam byl přijat pro sekundárně generalizovaný epiparoxismus, v laboratoři zjištěna nižší hladina valproátu. Při příjmu pacient v ebrietě, poté postupný rozvoj alkoholového deliria – halucinace, neklid, agresivita, vyhrožování personálu, mechanicky omezen. Podáván kontinuálně apaurin v infuzích.

Nyní po překladu: pacient udává, že se nachází v Praze v natáčecím studiu, doktorka mu vzala krev a dává ji do překapávače. S alkoholem měl, ale už nemá, asi měsíc nepije. Vidí kolem sebe pobíhat psa.

10.4 Terapie

Psychoedukace, psychoterapie, medikace: vitamin B, helacid, Depakine Crono, Elenium, Bactrafen, infúze: h1/1, FR, G 5%, KCL v infuzích i tbl., Kalnormin, Apaurin v infuzích.

10.5 Průběh hospitalizace a stav po propuštění

Pacient přeložen z neurologického oddělení kde byl hospitalizován pro nakupení několika sekundárně generalizovaných epiparoxysmů, v laboratoři zjištěna nižší hladina valproátu v séru, následně se rozvinulo delirium tremens. Následně se rozvinulo delirium tremens. Nasazeny infuze s Apaurinem + substituován K⁺. Pacient se syndromem závislosti dosud nikdy nijak neléčen. Antabus již pro jaterní poškození a anam. Epi. Nelze, pacient motivován k PAL, se kterou postupně souhlasí, částečně vytvořen náhled na abusus, aktivně si sám zařizoval léčbu. Následně po odeznění příznaků z vysazení však v chování nadále přetrvává zmatenost, patrný kognitivní defekt, psychologickým vyšetřením prokázána v.s. rozvíjející se alkoholová demence, pacient nesplňoval podmínky k přijetí do ústavní léčby, tedy dimitován do ambulantní péče v kompenzovaném stavu. Dále kontrola u OL a PL do tří dnů. Medikace: nadále substituce vitamínu B , Helicid 20 mg 1-0-1, Depakine Chrono 500 mg 1,5-0-1,5. Abstinence alkoholu!

10.6 Ošetřovatelské diagnózy

10.6.1 Rizikový faktor poškození - sebevražda v důsledku dlouhodobých pocitů bezradnosti a deprese

10.6.1.1 Projevy:

Suicidální myšlenky.

- Nedostatečné zázemí (rozpad rodiny...)
- Podlehnutí návykovým látkám
- Opakovaná životní krize
- Zatěžující zaměstnání – zdravotníci, policisté, učitelé, krachující firmy
- Nezaměstnanost
- Velmi chudí, ale i velmi bohatí lidé
- Zdravotní problémy (zejména chronická bolest, terminální fáze nemoci)
- Sebevražedný pokus v rodině
- Psychiatrická onemocnění (delirium tremens, schizofrenie).

10.6.1.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient se nepokusil o sebevraždu, verbalizuje své myšlenky na sebevraždu, zavčas odhaleny příznaky sebevražedného úmyslu.

10.6.1.3 Ošetrovatelský plán, intervence

Opatření u klienta, který pomýšlí na sebevraždu:

- Zajistit klientovi a jeho okolí maximální bezpečnost
- Při hospitalizaci uložte klienta na uzavřené oddělení psychiatrie (jinak vždy na lůžko, kde je zajištěna bezpečnost nemocného a jeho okolí)
- Odstraňte z okolí nebezpečné předměty – ostré nástroje, léky, kravaty, provazy, prostěradla, sklo...
- Zajistěte, aby pacient nezůstal nikdy o samotě
- Pokusit se navázat důvěrný vztah, zajistit včas osobu, která to dokáže – odborné psychiatrické konzilium
- Povzbudit klienta, aby vyjádřil své pocity
- Nebrat osobně pokud je klient hrubý a své chování obrací vůči pomáhající osobě
- Pokusit se získat časový prostor pro vyjednávání
- Ujistit pacienta že je v bezpečí
- Pokud je klient zlostný, neodpovídat defenzivně (klidné slovo, procházka, cvičení může pomoci rozehnat hněv a agresi)
- Uplatňovat týmový přístup
- Aktivně zapojovat klienta do léčby prací, což přináší uvolnění napětí
- Podle ordinace lékaře aplikovat léky na zklidnění klienta

Následně:

- Dohlédnout na kvalitu spánku, stravování, užívání léků
- Sledovat náladu a chování klienta – denní zápisy do dokumentace
- Řídit se pokyny psychoterapeuta.

10.6.2 Poruchy sebekoncepce – v důsledku pocitů ztráty kontroly nad některými oblastmi života

10.6.2.1 Projevy

- Negativní pohled na sebe sama
 - sebe vnímá jako nepotřebnou a méně cennou osobu
 - není schopen mít sebe rád.
- Negativní pohled na svět
 - klient je přesvědčen že svět je proti němu
 - život je plný těžkostí, překážek a zklamání.
- Negativní pohled na svět
 - pacient předpokládá že současný, pro něho špatný stav bude pokračovat do budoucnosti
 - neexistuje pro něho žádná naděje.

10.6.2.2 Cíl ošetrovatelské péče

Klient se zapojuje do společných aktivit podle vlastního výběru.

10.6.2.3 Ošetrovatelský plán, intervence

- Plán je jednoduchý a vychází z týmové spolupráce
- Podporovat:
 - léčebný režim nastolené psychoterapeutické péče
 - snahu o otevřenou komunikaci, např. i písemnou formou jak nemocnému je, jak se opravdu cítí
 - vytváření pocitu vnitřního sebeoceňování
 - vytváření takových aspektů, které může v sobě pozitivně přehodnotit.

10.7 Doporučení pro pacienta

Kontrola u obvodního lékaře do tří dnů. Abstinence od alkoholu. Medikace: nadále vitamín B, Helicid 20mg 1-0-1, Depakine Chrono 500 mg 1-0-1

10.8 Závěr

Pacient ve středních letech, nezaměstnaný, pravidelný uživatel alkoholu, při příjmu postupný rozvoj alkoholového deliria, pacient neorientován místem, s halucinacemi. Dosud pro závislost neléčen. Postupem času si závislost připouští a s léčbou souhlasí.

11 DISKUSE

Pokud bychom měli zhodnotit jakým způsobem se prolíná teoretická a praktická část této práce, musíme upozornit na to, že v běžném životě obecně můžeme říci, že bez ohledu na to, zda je pacient závislý na alkoholu či jiných návykových látkách a bez ohledu na to, co bylo původní příčinou vzniku jeho zdravotního problému, jenž vyústil v závislost, možnost jeho léčby je značně omezena tím, zda pacient o léčbu jeví zájem. Výjimku tvoří osoby nezletilé, za nichž rozhodují ve směr jejich rodiče jakožto zákonní zástupci, a dále pak osoby, které v důsledku své závislosti, páchaly trestnou činnost a součástí rozhodnutí soudu je pak nařízení ústavní léčby.

Pokud se týče problému, jenž je specifikován v této práci, tedy zdravotního problému osob, u kterých v důsledku nadměrného požívání alkoholických nápojů či užívání, resp. Zneužívání návykových látek přeroste tento problém až ve stav abstinčního deliria, tento problém může postihnout v podstatě kohokoli, bez ohledu na jeho věk, pohlaví, sociální postavení, státní příslušnost či barvu pleti, pokud si dostatečně včas nepřipustí existenci problému samého a skutečnost, že se jej tento problém týká.

Pokud pacient sám má zájem se vyléčit ze své závislosti, lze předpokládat, že léčba bude mít úspěch, přesto však je velmi významné, jaký život vyléčený pacient po ukončení léčby vede, jaké má sociální zázemí a zda jeho okolí svým jednáním nezadá novou příčinu opakovaného požívání alkoholu či drog.

Zajistit léčbu nemocného člověka je zejména povinností státu. Je však nutno podotknout, že v České republice, kde s ohledem na Ústavu ČR zaručující bezplatnou zdravotní péči, jsou vynakládány nemalé finanční prostředky na léčbu pacientů postižených alkoholovou či jinou závislostí. Tito pacienti se do této situace mnohdy dostali vlastním zaviněním, vlastní nezodpovědností, přeceňování sebe samého a bohužel také v mnoha případech úmyslně v důsledku jejich nezřízeného života. Svoji roli též, pomineme-li genetické předpoklady, může sehrát selhání rodiny a školy při výchově jedince.

Je tedy nutné, aby problém závislosti nebyl obecně podceňován a aby zejména dostatečnou výchovou jak v rodině, tak i ve škole, byli všichni již dostatečně informováni, neboť poklesem počtu závislých pacientů se ušetří značné finanční prostředky, které mohou být investovány do jiných sfér zdravotnictví např. onkologie.

ZÁVĚR

Jako cíl jsme si vytkli specifikovat dojem abstinenčního deliria při alkoholové či jiné – zejména drogové závislosti, specifikovat příčiny vzniku a důsledky tohoto stavu a způsoby jeho léčby. Uvedené téma považujeme za vysoce aktuální, neboť dochází k podceňování deliriózního stavu a pak k ohrožování života a zdraví v důsledku neznalosti či zanedbání léčby.

Problematikou jsme se zabývali teoreticky, ale i prakticky a to v rámci konzultací s lékaři, zpracováním kazuistik a konzultací v K-CENTRU.

Delirium může být vyvoláno řadou různých fyziologických poškození. Vzniká jako nespecifická reakce. Jednou z nejdůležitějších příčin deliria je syndrom z vysazení (při závislosti na alkoholu, opiátech aj.). Delirium začíná většinou akutně během 24 až 72 hodin, často s neurčitými příznaky. Maximum výskytu je 96 hodin po přerušení konzumace. Pacient začne být úzkostný, projevuje se u něj mírný tělesný neklid, má problém se jasně vyjadřovat, je přítomna porucha pozornosti, porucha spánku, živé sny až noční můry a tento stav může trvat 1 až 2 dny, než dojde k úplnému rozvoji deliria.

Pacient je dezorientovaný v čase, místě, osobě, děsivé sny pokračují halucinacemi všech smyslů, řeč bývá nesouvislá, objevují se bludy a poruchy myšlení. Tělesnými příznaky je třes, dysgrafie, zvýšení tělesné teploty, zčervenání obličeje, tachykardie, pocení, kolísání krevního tlaku, zvracení či průjem. U pacienta je patrný zvýšený neklid a hyperaktivita s agresivitou a útočností (např. i na neexistující osoby). Pacient má na průběh deliria plnou nebo ostrůvkovou amnézii.

Delirium tremens je nejznámějším deliriem a propuká nejčastěji druhý až čtvrtý den po dávce alkoholu. Při léčbě je nejdůležitější doplňovat tekutiny a minerály (draslík a hořčík), vitamíny skupiny B a glukózu.

Délka trvání deliria závisí i na celkovém stavu organismu. Delirium může vyústit v plné uzdravení, ale i ve smrt či přejít v demenci. Deliriózní stav se většinou upraví do psychického zdraví za jeden až čtyři týdny.

Za největší přínos naší práce považují fakt, že jsme upozornili na příznaky deliria, aby nedocházelo k podceňování tohoto stavu, neboť pokud je delirium včas zjištěno a léčeno, účinná léčba zachraňuje nemocnému život.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. PALČOVÁ, A. 2000. *Terminologický slovník z oblasti drog a alkoholismu*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 260 s., ISBN 80-85121-08-5.
2. HÖSCHL, C. 1999. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1.vyd. Jinočany: Nakladatelství a vydavatelství H&H, str. 320 s., ISBN 80-85787-96-2.
3. HÖSCHL, C. 1997. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, spol. s r.o., 176 s., ISBN 80-85526-64-6.
4. DUŠEK, K. MALÁ, E. 1990. *Psychiatrie* 1.vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 100 s., ISBN 80-201-0021-0.
5. RADIMSKÝ, M. a kolektiv, 1993. *Psychiatrie I*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 171s., ISBN 80-7013-151-9.
6. KOŇAŘÍK, M. *Delirantní syndrom v intenzivní péči*. Sestra, 2004, 14 (5): 30- 31.
7. NEŠPOR, K. 2000. *Návykové chování a závislost, současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 152 s., ISBN 80-7178-432.
8. ŠVELLA, K., ŠEVČÍK P., Kraus R. a kolektiv, 2002. *Akutní intoxikace v intenzivní medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 128 s., ISBN 80-7169-843-1.
9. DOBIÁŠ, J. a kolektiv, 1984. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 291 s.
10. NOŽINA, M. 1997. *Svět drog v Čechách*. 1.vyd. Praha : KLP-Koniasch Latia Press, 348 s., ISBN 80-85917-36-X.
11. GÄHLERT, F. 2001. *Od návyku k závislosti*. 1.vyd. Praha: Euromedia Group k.s., 144s., ISBN 80-7202-950-9.
12. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. 1996. *Léčba a prevence závislostí*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 153 s., ISBN 80-85121-52-2.
13. DOENGES, M., MOORHOUSE, M. 1996. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 576 s., ISBN 80-7169-294-8
14. HERDMAN, H. 2010. *Ošetřovatelské diagnózy, definice a klasifikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 480 s., ISBN 978-80-247-3423-1
15. HOSEK, J. 1998. *Sám proti alkoholu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 184 s., ISBN-80-7169-624-2.
16. NEŠPOR, K. 2003. *Co je a není závislost*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, Šrobárova 48, Praha 10.

17. NEŠPOR, K. CSÉMY, L. *Odvykací stavy po alkoholu v ČR. České pracovní lékařství*, 2002, 3 (3): 156.
18. NEŠPOR, K., JIRÁNEK, V. 2006. *Zůstat střízlivý*. 1.vyd. Praha: Host, 236 s., ISBN 80-7294-206-9.
19. PILCH, R., *Delirium tremens – rizikové faktory vzniku*. *Praktický lékař*. 2005. , 85 (6): 618 – 621.
20. SKÁLA, J. 1957. *Alkoholismus, terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, n.p., 230s.
21. ŠVARC, J. *Omezující prostředky v psychiatrii*. *Psychiatr. Praxi*. 2008., 9 (5): 244 - 245.
22. TRACHTOVÁ, E. a kol. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 186 s., ISBN 80-7013-285-X.
23. ÜHLINGER, C., TSUCHI, M., 2009. *Když někdo blízký pije*. Praha: Portál, 144 s., ISBN-978-80-7367-610.

PŘÍLOHA



STATISTICKÉ ÚDAJE

za rok 2012

K – CENTRUM CHOMUTOV

A TERÉNNÍ PROGRAM CHOMUTOV

K – centrum Chomutov

Hálkova 224, Chomutov

Zpracoval:

Tým K-centra Chomutov

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE

POČET KLIENTŮ – uživatelů drog v rámci K-centra

(počet jednotlivých uživatelů drog, kteří využili v daném období alespoň jednu službu programu)

	2011 ¹⁾	2012 ¹⁾
Počet klientů – uživatelů	428	349
– z toho mužů	322	257
– z toho injekčních uživatelů drog	357	302
– z toho se základní drogou heroin a subutex	16	13
– z toho se základní drogou pervitin	376	305
– z toho se základní drogou kokain/crack	0	0
– z toho se základní drogou kanabinoidy	17	14
– z toho se základní drogou extáze	0	0
– z toho se základní drogou těkavé látky	6	2
– z toho se základní drogou alkohol	13	15
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednu službu programu²⁾	84	73
Průměrný věk klienta³⁾	28,3	30,8

Celkový počet kontaktů	9 414	7 460
Z toho v terénním programu	665	720
Z toho v KC	8 749	6 740
Z toho prvních kontaktů s uživateli drog (v KC)	127	92
Z toho prvních kontaktů s rodiči (v KC)	73	24

1) Srovnávají se stejná období obou let – v pololetních statistikách pololetí nebo celý uplynulý rok, a to i v následujících tabulkách.

2) Rodinní příslušníci, blízké osoby uživatelů.

3) Jedná se o průměrný věk klienta, nikoliv kontaktů.

POČET KUSŮ VYMĚNĚNÉHO INJ. MATERIÁLU

	2011	2012
K-centrum	35 046	34 510
Terénní program	5 249	2 968
Celkem	40 295	37 478

POČET VÝKONŮ VYMĚNĚNÉHO PROGRAMU

	2011	2012
K-centrum	5 116	4 212
Terénní program	554	165
Sběr	277	90
Celkem	5 947	4 467

II. ÚDAJE O DROGOVÝCH KLIENTECH

POČET OSOB HLÁŠENÝCH NA KHS

	2011	2012
Prvních kontaktů	127	92
Celkem osob hlášených na KHS	256	189

SOCIOEKONOMICKÝ STATUS

	2011	2012
Zaměstnaný	44	38
Nezaměstnaný	257	206
Student/žák	17	12
Důchodce	5	2
Mateřská dovolená	15	14
Ostatní	0	0
Neznámo	90	77

BYDLIŠTĚ

	2011	2012
Chomutov	353	279
Jirkov	25	29
Kadaň	8	7
Klášterec n. O.	8	7
Ostatní – Louny, Žatec, Most, ...	19	19
Neznámo	6	8

III. SLUŽBY POSKYTOVANÉ K-CENTREM

Služba	Počet osob, které danou službu využily		Počet výkonů ¹⁾ (v jednotkách uvedených v pravém sloupci)		
	2011	2012	2011	2012	
Výměnný program	365	302	5 116	4 212	Počet výměn ³⁾
– vydané injekční jehly			35 046	34 510	Počet
Hygienický servis	126	134	2 124	1 727	Počet využití sprchy, pračky
Kontaktní místnost	198	158	2 227	1 453	Počet
Potravinový servis	128	96	1 326	879	Počet
Zdravotní ošetření	28	19	54	28	Počet ošetření
Krizová intervence	1	2	1	2	Počet intervencí
Reference do K-center	7	8	7	9	Počet referencí
Reference do léčby	20	17	23	17	Počet referencí
Reference do programů substituce	0	0	0	0	Počet referencí
<i>Poradenství:</i>					
Poradenství pro uživatele	43	24	98	55	Počet sezení
Rodinné poradenství	28	9	39	10	Počet sezení
Motivační programy	28	21	72	49	Počet sezení
Asistenční služba	0	0	0	0	Počet intervencí
<i>Intervence po telefonu, internetu</i>			113	91	Počet intervencí
<i>Informace:</i>					
Bezpečné brání	122	95	140	116	
Bezpečný sex	97	67	106	71	
Zdravotní informace	178	138	252	204	
Drogy	318	265	822	744	

Literatura	170	105	203	125	
Sociálně - právní	128	140	227	241	

6 1) Tj. kolikrát byla daná služba poskytnuta (např. počet ošetření, počet individuálních sezení, skupin); 2) Kontakt: každá návštěva, při které dochází k interakci mezi klientem a pracovníkem programu. Příjem telefonického hovoru není kontakt; 3) Výměna: kontakt, při kterém dochází k výměně (příp. jen odevzdání či výdeji) jedné nebo více injekčních jehel.

TESTOVÁNÍ

	2011		2012	
	Počet klientů	Počet výkonů	Počet klientů	Počet výkonů
HCV	6	6	0	0
HBsAg	3	3	0	0
HIV	3	6	4	4
Amphetaminy	10	18	12	13
Konopné drogy	1	1	4	5
Opiáty	0	0	0	0
Drogové testy – multi	0	0	6	11
MDMA	0	0	0	0
Lues	5	5	0	0
Těhotenské testy	0	0	0	0

IV. EFEKTIVITA V K-CENTRU

ŽÁDOSTI O LÉČBU

	2011	2012
Celkem obdržených žádostí o léčbu	23	17
Počet uživatelů žádajících o léčbu	23	17
Počet odeslaných žádostí do PL a TK	7	4

HODNOCENÍ KVALITY SLUŽEB UŽIVATELI

	2011	2012
Počet vyplněných dotazníků	37	42
z toho:		
výborný	22	35
chvalitebný	9	7
dobrý	6	0
dostatečný	0	0
nedostatečný	0	0

PRVNÍ KONTAKTY – UDRŽENÍ KONTAKTU S UŽIVATELI DROG

	2011	2012
Celkem prvních kontaktů	127	92
Z toho opakovaných (počet osob)	86	49
Z toho opakovaných (v počtu %)	68 %	53 %

V. STATISTICKÉ VÝSTUPY TERÉNNÍHO PROGRAMU

POČET KLIENTŮ – uživatelů drog v rámci Terénního programu

(počet jednotlivých uživatelů drog, kteří využili v daném období alespoň jednu služeb programu)

	2011 ¹⁾	2012 ¹⁾
Počet uživatelů	73	266
– z toho mužů	51	194
– z toho injekčních uživatelů drog	62	104
– z toho se základní drogou heroin a subutex	4	4
– z toho se základní drogou pervitin	63	111
– z toho se základní drogou kokain/crack	0	0
– z toho se základní drogou kanabinoidy	2	145
– z toho se základní drogou extáze	0	0
– z toho se základní drogou těkavé látky	3	3
Počet uživatelů využívající jen TP (za sledované období nevyužili služeb KC)	1	139
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednu služeb programu²⁾	0	0
Průměrný věk klienta³⁾	29	29,9

1) Srovnávají se stejná období obou let – v pololetních statistikách pololetí nebo celý uplynulý rok, a to i v následujících tabulkách.

2) Rodinní příslušníci, blízké osoby uživatelů.

3) Jedná se o průměrný věk klienta, nikoliv kontaktů.

POČET OSOB HLÁŠENÝCH NA KHS

	2011	2012
Prvních kontaktů	1	207

Celkem osob hlášených na KHS	1	1
-------------------------------------	---	---

SOCIOEKONOMICKÝ STATUS

	2011	2012
Zaměstnaný	5	45
Nezaměstnaný	63	126
Student/žák	2	38
Důchodce	1	1
Mateřská dovolená	2	3
Ostatní	0	0
Neznámo	0	53

BYDLIŠTĚ

	2011	2012
Chomutov	59	167
Jirkov	11	56
Kadaň	2	3
Klášterec n. O.	1	1
Ostatní – Krnov, Žatec, Podbořany,...	0	4
Neznámo	0	35

POČTY KONTAKTŮ

	2011	2012
<i>Celkový počet kontaktů v terénním programu</i>	665	720
Z toho na otevřené scéně	665	720
Z toho na uzavřené scéně	0	0

VYUŽITÉ SLUŽBY POSKYTOVANÉ V TERÉNNÍM PROGRAMU NA OTEVŘENÉ DROGOVÉ SCÉNĚ

		2011		2012	
		počet klientů	počet výkonů	počet klientů	počet výkonů
Zákl. služby:	výměnný program	62	554	63	165
	krizová intervence	0	0	0	0
	asistenční služby	0	0	0	0
	reference do KC	43	106	14	15
Informace:	bezpečné brání	9	14	41	139
	bezpečný sex	4	6	45	58
	zdravotní informace	25	37	51	89
	drogy	52	118	118	516
	literatura	15	20	60	239
	sociálně-právní	43	108	53	65
	info o KC v terénu	31	53	14	15

VYUŽITÉ SLUŽBY POSKYTOVANÉ V TERÉNNÍM PROGRAMU NA UZAVŘENÉ DROGOVÉ SCÉNĚ

		2011		2012	
		počet klientů	počet výkonů	počet klientů	počet výkonů
Zákl. služby:	výměnný program	0	0	0	0
	krizová intervence	0	0	0	0
	asistenční služby	0	0	0	0
	reference do KC	0	0	0	0
Informace:	bezpečné brání	0	0	0	0

	bezpečný sex	0	0	0	0
	zdravotní informace	0	0	0	0
	drogy	0	0	0	0
	literatura	0	0	0	0
	sociálně-právní	0	0	0	0
	info o KC v terénu	0	0	0	0

HODNOCENÍ KVALITY SLUŽEB UŽIVATELI

	2011	2012
Počet vyplněných dotazníků	15	12
z toho:		
výborný	4	5
chvalitebný	6	6
dobrý	3	1
dostatečný	2	0
nedostatečný	0	0

PRVNÍ KONTAKTY – UDRŽENÍ KONTAKTU S UŽIVATELI DROG

	2011	2012
Celkem prvních kontaktů	1	207
Z toho opakovaných (počet osob)	1	144
Z toho opakovaných (v počtu %)	100 %	64 %

Zdroj: *Statistické údaje za rok 2012*. Tým K-centra Chomutov, 2012.