

Helena Kučerová

DEMENCE V KAZUISTIKÁCH



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



*Věnováno památce mých rodičů, paní Marty Kučerové, roz. Švejnarové,
a pana prof. MUDr. Jana Kučery, DrSc.*

Kniha vyšla díky podpoře společnosti Astra Zeneca.



MUDr. Helena Kučerová, HonDG

DEMENCE V KAZUISTIKÁCH

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 2666. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Viola Lyčková
Sazba a zlom Marina Hukalová
Počet stran 112
Vydání 1., 2006
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Recenzoval:
doc. MUDr. František Faltus, DrSc.

© Grada Publishing, a.s., 2006
Cover Photo © profimedia.cz/CORBIS

ISBN 80-247-1491-4 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6518-1 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

Předmluva	7
Demence je...	9
Rozdělení demencí.	13
Rozpoznání demence	17
Demence vaskulární, nebo Alzheimerova?	23
Domluva a další komunikace s dementním pacientem	27
Kazuistiky pacientů	31
Kazuistika 1	31
Kazuistika 2	35
Kazuistika 3	38
Kazuistika 4	39
Kazuistika 5	41
Kazuistika 6	43
Kazuistika 7	45
Kazuistika 8	49
Kazuistika 9	57
Kazuistika 10.	60
Kazuistika 11.	62
Kazuistika 12.	64
Kazuistika 13.	66
Kazuistika 14.	69
Kazuistika 15.	72
Kazuistika 16.	75
Kazuistika 17.	77
Kazuistika 18.	80
Diskuse ke kazuistikám	85

Rodinná přítěž, komorbidita a léčba u pacientů s demencí	
v psychiatrické ambulanci	87
Metodika	87
Výsledky	88
Diskuse	93
Závěr	96
Léčení demencí	97
Nejlepší je prevence	97
Několik slov o léčích	99
Ještě něco o léčích	100
Rehabilitace pacientů s demencí	101
Eutanazie	103
Literatura	105

PŘEDMLUVA

Vážení čtenáři,

kdykoli mě počítač nechce poslouchat a já s ním zápasím, vzpomínám na doby, kdy žádné počítače nebyly, nebo nebyly alespoň v té formě, jako jsou dnes, kdy je máme na svých stolech, ve svých autech nebo ve svých taškách. Jsou to doby nepřiliš vzdálené, kdy – podobně jako v současnosti – mezi námi byli nemocní trpící různými neduhy, kteří potřebovali pomoci. A i tehdy existovali lékaři, skvělí odborníci, kteří nejen bez počítačů, ale často i bez rentgenů či ultrazvuků a dalších přístrojů uměli stanovit správnou diagnózu a dokázali o svých zkušenostech poutavě přednášet a psát. Měli obětavý vztah ke svým pacientům, starali se o ně a léčili je podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, i když jinak, než to umíme nyní.

Obdivuji například učebnici psychiatrie profesora Myslivečka, který zde bez použití jakýchkoli statistických výpočtů vylíčil hlavní diagnózy tak barvitě a názorně, že si je dovede snadno představit a zapamatovat i začátečník.

Pokrok vědy a techniky má svá pozitiva a přivedl nás mimo jiné k tomu, že dnes známe antibiotika, psychofarmaka, různé druhy operací atd. Ale jsou situace, kdy nemáme možnost využít všech známých léčebných postupů a prostředků, a přesto musíme léčit.

Podobně jako řada mých kolegů psychiatrů i nepsychiatrů i já pracuji v soukromé ambulanci v terénu, kde jsem sama se sestrou a aktuálně při práci nemám k dispozici ani počítačový tomograf, ani magnetickou rezonanci, ba ani vyšetření kolegou psychologem. Diagnosticky musím rozhodnout rychle a musím také ihned podniknout opatření: posoudit, zda má být pacient odvezen k hospitalizaci, čím má být odvezen, kdo bude dělat doprovod, nebo zda pacient půjde domů, s jakými léky, popř. půjde-li na nějaká somatická vyšetření. V takových situacích, tedy v běžné praxi, lékař nemá čas uvažovat, kterého mediátoru v mozku má asi pacient nedostatek, co mu právě probíhá na synapsích nebo který receptor je třeba ovlivnit. Lékař má před sebou živého člověka, který mu něco povídá, nějak se chová, něco chce, a do toho ještě nejdnou mluví i jeho rodina... A ze všech těchto projevů lékař musí na-

jít východisko. Zde pak přichází ke slovu pozorování, úsudek, intuice, zkušenost, empatie, navázání kontaktu a další, těžko definovatelné schopnosti a nástroje jednání s psychiatrickým pacientem.

Cílem mojí knihy není učebnice psychiatrie, ale snaha podělit se s kolegy o své zážitky a zkušenosti z praxe v naději, že v nich naleznou něco zajímavého, co je nám všem známé a blízké.

DEMENCE JE...

Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“, a předpony „de-“, která značí „od-“. Slovo „demens“ tedy znamená „šílený“, tedy něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového jednání (Loucká, 2002). Jako první v medicíně tento termín použil Aurelius Cornelius Celsus ve své knize „De medicina“ v prvním století našeho letopočtu. Do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol v roce 1814 (Raboch, 2003).

Definice demence podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí zní: „Demence (F 00–F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“

Jinými slovy, jde o celkové zhoršení duševních schopností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a ve svém důsledku zasahující celou osobnost, včetně její tělesné součásti. V těžších stádiích jde tedy o zchátralost nejen paměti, myšlení, emotivity, vůle... ale i o tělesnou slabost, nevykonnost, pomočování, neudržení stolice, zhoršení obranyschopnosti organismu vůči infekcím, o poruchy pohybového aparátu a ostatních systémů. Zhoršování může mít trvalou progresi, jejíž rychlost je buď soustavná, nebo se mění, je rychlejší či pomalejší, nebo dokonce mívá přestávky se stagnací, výjimečně i období zlepšení. Průběh, např. po úrazu hlavy, může být i takový, že náhle dojde ke značnému poklesu mentálních schopností, který pak chronicky trvá na stejné úrovni, popř. se časem může i mírně zlepšovat. Průběh je mnohdy ovlivněn vnějšími vlivy, jako jsou různé zátěže tělesného i duševního charakteru. Někdy stačí i běžná infekce horních cest dýchacích na podzim nebo v zimě nebo průjemovitě onemocnění v létě, a stav pacienta se může zhoršit. Také nepříjemné situace v rodině, starosti s dětmi a vnuky, kteří jsou např. nemocní, jdou na operaci nebo se

rozvádějí, ztratili práci... to vše může přispět k prohloubení demence. Lékaři chirurgických oborů ve snaze pacientovi zlepšit jeho tělesné obtíže nejednou zapomínají, že operační zákrok je značným stresovým momentem, který sice nemocnému např. zlepši pohyblivost nebo odstraní bolesti, ale na druhé straně může značně negativně ovlivnit jeho paměť a sociabilitu v rámci jeho třeba dosud nepoznané počínající demence. A to se týká jak operací v celkové narkóze (u těch více), ale i operací v lokálním znecitlivění, protože i v těchto případech je operační výkon zátěží.

Jak uvádějí K. Ritchie a S. Lovestone (2002), demence postihuje asi 5 % populace starší 65 let. Zatím z neznámých důvodů převažují ženy (viz též náš nálezný v kapitole „Rodinná přítěž, komorbidita a léčba u pacientů s demencí v psychiatrické ambulanci“). V některých kulturách se však demence vyskytuje zřídka. Jako příčiny demence uvádějí zmínění autoři na základě neurochemických a neurobiologických výzkumů poruchy funkce neurotransmiterů a zvýšenou produkci a ukládání amyloidu v mozku. Rizikovými faktory jsou pak hypertenze, deprese a hypolipidemie. Častější výskyt demence u žen zjistili též němečtí autoři (H. Schröppel et al., 1996). Dalším rizikovým faktorem je kouření, jak dokládá Rotterdamská studie se 6870 osobami staršími 55 let (Ott et al., 1998).

J. Hort a M. Bojar (2004) uvádějí, že v České republice je celkový počet pacientů s demencí odhadován celkem na 100 000 osob, prevalence činí tedy přibližně 1 % populace. V populaci osob nad 65 let věku však již demencí trpí 5 % všech jedinců, v populaci nad 80 let věku je to 30–50 % osob. Z tohoto počtu demencí je demencí u Alzheimerovy nemoci 50–65 %, vaskulárních demencí je 10–30 %.

Pokud jde o konkrétní příznaky demence, mohou se vyskytovat poruchy velmi různé. Nejde však jen o výčet těchto poruch, ale důležitá je i jejich vzájemná propojenost, kontext a vývoj v čase. Také nuance v charakteru jednotlivých příznaků a jejich, troufám si říci, přímo zabarvení, jsou nesmírně důležité. Není totiž porucha paměti jako porucha paměti, deprese jako deprese, nespavost jako nespavost. Tentýž příznak, resp. příznak se stejným názvem, mívá vždy trochu jiný odstín u různých chorob.

U demencí tedy dominují poruchy paměti (zejména u demence při Alzheimerově nemoci), poruchy úsudku, logického myšlení, porucha učení se novým věcem, poruchy soustředivosti. Vyskytují se též poruchy emotivity (úzkosti, deprese, emoční labilita, apatie až emoční tupost), poruchy obsahu myšlení (zvýšená vztahovačnost až paranoidní bludy, zejména bludy okrádání a bludy žárlivosti), poruchy vůle, poruchy sociálního citění, zvýšený egocentrismus, anozognozie. Mohou se vyskytnout i halucinace, a to ze-

jména v propuknuvších stavech zmatenosti, ale i za neporušeného vědomí. Halucinace bývají zrakové, sluchové, ale i mnohočetné, které dosahují až parafrenního charakteru. Poruchy paměti, nesoustředivost a tělesná slabost a pomalost vedou často k tomu, že postižený na sebe přestává dbát, nemyje se, špatně jí, zapomíná na pestrý jídelníček a živí se několik dní třeba jen kávou a rohlíky nebo si vaří vajíčka a párky, ohřívá konzervy. Zhoršuje se osobní i bytová hygiena, postižený málo pere, neuklízí, všude je špína, prach, odpadky. Často stále něco hledá, takže přehazuje věci z místa na místo, přičemž nejednou obviňuje své blízké nebo sousedy, že mu věci berou, schovávají, kradou, nosí jeho oblečení, vyměňují jej. Někteří lidé si píší na papírky, co mají koupit, co mají kdy udělat, kde co mají uschováno. Jenže papírky opět někam založí nebo je ztratí a jejich paměti to nepomůže. Vzpomínám si na jednu známou paní, která se bohužel nikde neléčila a která měla v kuchyni rozvěšené různé utěrky, ručníky a jiné textilie a na nich přišpendlené obrovské množství malých papírků s různými poznámkami. Ty ji však nakonec stejně neochránily před domovem důchodců, kam velmi dlouho nechtěla jít, ale pak tam spokojeně žila ještě řadu měsíců.

Někdy je postižený člověk negativistický a odmítá se mýt, když ho dcera, syn či pečovatelka k tomu vyzývají, odmítá si vzít čisté prádlo, tvrdí, že jedl, a přitom nejedl, zapomíná si brát léky. Často bývají zachovány ty dovednosti, které postižený celý život dělal, např. ženy dovedou uvařit, ale nepamatují si telefonní čísla, zato dosti dlouho vědí, kdy se narodily jejich děti. Muži si obvykle pamatují různé technické věci, lépe pracují s čísly, ale naopak si nepamatují data narození své manželky a svých dětí, vnuků, někdy ani jejich jména. V pozdějších stádiích si lidé také pletou blízké osoby, snachu považují třeba za sestru, bratra za syna, pletou si jména, netrefí po bytě, chtějí jít domů, a přitom doma jsou. Odcestují někam vlakem či autobusem, někde vystoupí a tam je pak obvykle příbuzní najdou až za pomoci policie.

Tragikomicky působí některé výjevy z domovů důchodců a podobných zařízení pro staré a dementní pacienty, kdy např. u jednoho stolu sedí pět lidí, všichni povídají, ale každý vede jen svou vlastní samomluvu, neposlouchá ostatní a oni nenaslouchají jemu... Nemocný je sice v kolektivu, ale je v něm zcela izolován a je ponořen do svých často velmi nesouvislých vzpomínek.

J. Wancata et al. (2003) z psychiatrického oddělení univerzity ve Vídni se pokusili spočítat, kolik bude v Evropě demencí trpících osob do roku 2050. Vycházeli z populačních projektů Organizace spojených národů a použili výsledky několika metaanalýz epidemiologických studií. V roce