

Tadeusz Parnowski¹, Agnieszka Borzym², Katarzyna Broczek³, Agnieszka Mastalerz-Migas⁴, Tomasz Szafranski⁵

¹Polskie Towarzystwo Psychogeriatryczne, Rada Języka Polskiego Polskiej Akademii Nauk

²II Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

³Klinika Geriatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

⁵Instytut Neuronauki i Medycyny Cybernetycznej, Wydział Medyczny Uczelni Łazarskiego w Warszawie

Rekomendacje leczenia pobudzenia u chorych z otępieniem dla lekarzy POZ

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej

Streszczenie

Pobudzenie u osoby starszej z otępieniem może mieć wiele przyczyn. W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić przyczyny somatyczne, stosowane leki, przyczyny psychologiczne oraz uwarunkowania środowiskowe. Dokładnie zebrany wywiad i kompleksowe badanie pacjenta umożliwiają wybór właściwych metod postępowania. Metody nefarmakologiczne powinny zawsze być stosowane jako postępowanie pierwszego rzutu. Ich efektywność w dużym stopniu zależy od dobrej współpracy lekarza z opiekunem pacjenta. Leczenie farmakologiczne ma szereg ograniczeń związanych z bezpieczeństwem terapii. Z tego powodu leki psychotropowe są zalecane jako terapia drugiego rzutu. Lekarz POZ, który na co dzień opiekuje się pacjentem, odgrywa znaczącą rolę w rozpoznawaniu, różnicowaniu i wdrażaniu planu leczenia oraz edukacji i wsparciu opiekuna w codziennym życiu z chorym.

Słowa kluczowe

pobudzenie, otępienie, BPSD, leczenie nefarmakologiczne, farmakoterapia

Wstęp

Każdy lekarz, który zajmuje się pacjentami w starszym wieku, będzie miał do czynienia z chorym w stanie pobudzenia. Lekarz POZ będzie coraz częściej pierwszym lekarzem, do którego trafi taki pacjent. Niniejsze rekomendacje zostały przygotowane z myślą o usystematyzowaniu wiedzy potrzebnej do wdrożenia właściwego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

Epidemiologia otępienia

Na koniec 2017 r. 6,5 miliona mieszkańców Polski miało 65 i więcej lat. Stanowią oni 17% ogółu populacji. Rozpowszechnienie otępienia wśród osób w tym wieku szacuje się na ok. 5–6% i wzrasta ono w kolejnych dekadach życia.

Przyjmuje się, że choroba Alzheimera jest najczęstszą postacią otępienia i stanowi ok. 2/3 przypadków otępienia. W Polsce istotną grupę mogą stanowić

osoby z mieszanym typem otępienia – alzheimerskiego i naczyniowego.

Diagnoza otępienia stawiana jest często bardzo późno, gdy objawy są już znacznie nasilone. U części chorych ustalenie rozpoznania nie niesie ze sobą wdrożenia adekwatnego postępowania terapeutycznego.

Rozpoznanie otępienia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest możliwe, a nawet konieczne, oczywiście po uwzględnieniu ograniczeń związanych m.in. z czasem i możliwościami diagnostycznymi. Z uwagi na skalę problemu rola lekarza rodzinnego w procesie diagnostyki i leczenia pacjenta z otępieniem jest bardzo istotna [1].

Rozpoznanie otępienia

Otępienie jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu, obejmujących zaburzenia sprawności intelektu, emocji i uczuć złożonych oraz zachowania [2].

Podstawą diagnozy otępienia jest szczegółowy wywiad obejmujący moment pojawienia się objawów, czas trwania choroby i tempo narastania zmian. Wywiad chorobowy należy zebrać zarówno od chorego, jak i jego opiekuna. Rzetelność wywiadu od opiekuna jest zwykle bardzo wysoka.

Istotną pomocą w ustalaniu rozpoznania i monitorowaniu przebiegu choroby są proste narzędzia przesiewowe, które pozwalają na relatywnie szybkie i zobiektywizowane dokonanie oceny procesów poznawczych. Dwa najczęściej wykorzystywane narzędzia, znajdujące także zastosowanie w warunkach POZ, to krótka skala oceny stanu psychicznego (*Mini-Mental State Examination* – MMSE) oraz test rysowania zegara [3].

Podstawowy zakres badań, które należy wykonać u chorego z podejrzeniem otępienia, obejmuje:

- 1) badania krwi:
 - a) morfologia z rozmazem,
 - b) elektrolity,
 - c) kreatynina,
 - d) tyreotropina (*thyroid-stimulating hormone* – TSH),
 - e) stężenie witaminy B₁₂,
- 2) badanie EKG,
- 3) badanie tomografii komputerowej (*computed tomography* – CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (*nuclear magnetic resonance* – NMR) mózgu.

Szczegółowy opis diagnostyki otępienia wykracza poza ramy tego opracowania. Chcemy jednak

zwrócić uwagę na aktualne kryteria rozpoznawania otępienia i przypomnieć podstawowe cechy najczęstszych postaci klinicznych, jakimi są otępienie alzheimerskie i otępienie naczyniowe.

Kryteria rozpoznawania otępienia

Najnowsze kryteria rozpoznawania otępienia przygotowane przez *National Institute of Aging* (NIA) i *Alzheimer's Disease Association* (ADA) podają, że otępienie można rozpoznać, gdy u chorego rozwijają się zaburzenia funkcji poznawczych lub zaburzenia zachowania, które:

- 1) **wpływają negatywnie na zdolność wykonywania codziennych czynności,**
- 2) powodują **pogorszenie** w stosunku do poprzedniego poziomu **funkcjonowania,**
- 3) nie są spowodowane zaburzeniami świadomości ani innymi poważnymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak depresja czy psychoza,
- 4) zostały wykryte i rozpoznane na podstawie wywiadu od pacjenta i informatora oraz obiektywnej oceny funkcji poznawczych za pomocą testów przesiewowych (np. MMSE) albo badania neuropsychologicznego,
- 5) dotyczą co najmniej dwóch spośród pięciu obszarów:
 - a) możliwość uczenia się i zapamiętywania nowych informacji,
 - b) rozumienie i radzenie sobie ze złożonymi zadaniami (upośledzenie planowania, podejmowania decyzji i oceny ryzyka),
 - c) funkcje wzrokowo-przestrzenne,
 - d) funkcje językowe (mówienie, czytanie, pisanie),
 - e) osobowość, zachowanie (w tym stany apatii bądź pobudzenia, utrata empatii, zachowania społecznie nieakceptowane).

Powyższe kryteria pozwalają na rozpoznanie wszystkich rodzajów otępień, także takich, w których we wczesnych stadiach dominują zaburzenia zachowania i zaburzenia osobowości, a nie zaburzenia funkcji poznawczych (np. otępienie czołowo-skroniowe) [2].

Otępienie w chorobie Alzheimera

Choroba Alzheimera (*Alzheimer's disease* – AD) ma zwykle podstępny, trudno zauważalny początek i powolny przebieg. Najwcześniejszymi objawami AD są zaburzenia pamięci. Szybko mogą pojawić się zmiany osobowości. Z czasem występują takie objawy, jak zaburzenia funkcji wykonawczych, afazja, apraksja i agnozja (tab. 1).

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne choroby Alzheimera wg NINCDS-ADRDA (*National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*)

1. Należy stwierdzić obecność wczesnych i znaczących zaburzeń pamięci epizodycznej (przede wszystkim przypomnienia sobie), które trwają dłużej niż 6 miesięcy, są obiektywnie potwierdzone i nie ulegają poprawie
2. Rozpoznanie może wspomagać stwierdzenie: <ol style="list-style-type: none"> zaniku przyśrodkowych części płatów skroniowych (hipokampów) w badaniu NMR nieprawidłowe stężenia biomarkerów – białka β-amyloidu (1-42) i białka tau w płynie mózgowo-rdzeniowym wykazanie rodzinnego dziedziczenia mutacji (chromosomy 1, 14, 21) zmiany aktywności czynnościowej mózgu w badaniu PET
3. Objawy podające rozpoznanie w wątpliwość to: nagły początek, wczesne pojawienie się zaburzeń zachowania, drgawki, zaburzenia równowagi, deficyty ogniskowe w badaniu neurologicznym i wczesne występowanie objawów pozapiramidowych

Nasilenie otępienia

Otępienie charakteryzuje się występowaniem kolejnych etapów.

1. **Otępienie lekkie** to stadium, w którym osoba chora jest jeszcze samodzielna w codziennym życiu, ale może wymagać pomocy przy bardziej skomplikowanych czynnościach. Występują zaburzenia pamięci, które polegają na upośledzeniu uczenia się i przypomnienia nowych informacji, trudnościach w znajdowaniu słów lub przypomnieniu nazwisk, wielokrotnym powtarzaniu pytań, czynności, mylnym odkładaniu rzeczy i niemożności ich odnalezienia, nasilającej się potrzebie sprawdzania, czy dana czynność została wykonana. Afazja może przejawiać się głównie trudnościami w nazywaniu przedmiotów. Apraksja może być widoczna w mniej sprawnym wykonywaniu złożonych czynności (np. prowadzeniu samochodu). Pogorszenie funkcji wykonawczych obejmuje nieprawidłowości w ocenie sytuacji, trudności w planowaniu i przeprowadzaniu wieloetapowych czynności. Chory może wycofać się z kontaktów towarzyskich, być apatyczny, mniej pewny siebie, przygnębiony, odczuwać lęk (z powodu narastających trudności) lub też zachowywać się nietaktownie, reagować drażliwością, podejrzliwością i wypierać swoje trudności. U wielu chorych pojawią się objawy depresji.
2. **Otępienie umiarkowane** to stadium, w którym osoba chora wymaga stałej opieki innych osób. Zaburzenia pamięci narastają w takim stopniu, że pojawia się brak orientacji w aktualnych wydarzeniach, dezorientacja co do daty i pory dnia, jak też trudności w przypomnieniu sobie zdarzeń z własnego życia, trudność w trafianiu do miejsc sobie znanych. Pogłębia się afazja, narastają problemy ze znajdowaniem słów, użyte słowa mogą być zniekształcone lub niewłaściwie zastosowane. Pojawiają się również trudności w rozumieniu mowy. Apraksja przejawia się trudnościami w wykonywaniu prostych codziennych czynności (np. ubieraniu się, myciu, pisaniu). Można stwierdzić agnizję polegającą na nierozpoznawaniu znanych obiektów (co może skutkować np. używaniem przedmiotów niezgodnie z ich przeznaczeniem), ale również nierozpoznawaniu twarzy. Na tym etapie osoba chora ma coraz większe trudności w myśleniu, skupianiu i utrzymywaniu uwagi. Może przejawiać zachowania i wykonywać czynności zagrażające swojemu bezpieczeństwu, np. niewłaściwie przyjmować leki, zapominać o przyjmowaniu posiłków i płynów. U ponad połowy chorych w tej fazie otępienia mogą pojawić się objawy psychiatryczne (urojenia okradania, niewierności małżeńskiej, trucia, omamy wzrokowe lub rzadziej słuchowe). Często obserwuje się również zaburzenia zachowania (takie jak pobudzenie, odhamowanie seksualne bądź apatia i zaniedbywanie się) oraz zaburzenia rytmu sen-czuwanie.
3. **Otępienie głębokie** to stadium, w którym samodzielne funkcjonowanie nie jest możliwe. Chory wymaga kompleksowej opieki. Zaburzenia pamięci uniemożliwiają przypomnienie sobie zarówno bieżących, jak i dawnych zdarzeń. Osoba zapomina nawet imiona bliskich osób. Postępująca utrata umiejętności posługiwania się mową prowadzi do całkowitego mutyzmu. Pojawia się brak kontroli ruchów (niemożność samodzielnego jedzenia, chodzenia, wstawania, siedzenia) oraz kontroli zwieraczy. Mogą pojawić się mioklonie i napady padaczkowe. W terminalnej fazie choroby chory nie jest w stanie zmienić nawet swojej pozycji, co bez odpowiedniej pielęgnacji prowadzi do przykurczów oraz odleżyn i sprzyja zakażeniom układu oddechowego.

Otępienie naczyniowe

Drugim pod względem częstości występowania otępieniem jest otępienie naczyniowe (*vascular dementia* – VD), które stanowi ok. 15–20% wszystkich otępień. Otępienie naczyniowe rozwija się na podłożu uszkodzenia mózgu w wyniku zaburzeń krążenia mózgowego. Obraz kliniczny zależy od lokalizacji i rozległości uszkodzenia tkanki mózgowej. W celu postawienia klinicznej diagnozy VD należy stwierdzić otępienie oraz występowanie związku pomiędzy nim a naczyniopochodnym uszkodzeniem mózgu (tab. 2).

Inne rzadsze typy otępienia to otępienie czołowo-skroniowe (FTD), otępienie z ciałami Lewy'ego (LBD) i otępienie w chorobie Parkinsona (PDD).

BPSD (*behavioural and psychological symptoms of dementia*)

Termin ten określa szereg objawów, które nie mają charakteru poznawczego, a często towarzyszą otępieniu. Do BPSD zalicza się zaburzenia emocji, depresję i lęk, zaburzenia snu, psychozy oraz szereg zaburzeń zachowania, w tym agresję i pobudzenie.

Pobudzenie u osób z otępieniem

W grupie osób z otępieniem pobudzenie występuje u ok. 50% chorych i jest częstą przyczyną kontaktu z lekarzem. Istnieje wiele definicji pobudzenia. Najprostsza określa je jako stan nadmiernej lub niewłaściwej aktywności ruchowej i/lub werbalnej połączony z uczuciem wewnętrznego napięcia i zwiększoną reaktywnością na bodźce.

Pobudzenie może mieć przebieg **ostry**, gdy objawy pojawiają się nagle i są gwałtowne, lub **przewlekły**, kiedy częstość i poziom nasilenia objawów narasta powoli. Objawy pobudzenia i ich nasilenie są zmienne w ciągu doby, co sprawia, że lekarz

niemający obiektywnego wywiadu, badający chorego rano oceni jego stan zupełnie inaczej, niż gdyby zbadał go w godzinach popołudniowych czy wieczornych [4].

Pobudzenie ostre jest stanem, który wymaga zazwyczaj pilniejszej interwencji medycznej niż pobudzenie narastające powoli. Ostre pobudzenie (minuty – godziny – kilka dni) stanowi zwykle wyraz zaburzeń świadomości w przebiegu choroby somatycznej lub powikłanie stosowanej farmakoterapii. Przewlekłe pobudzenie (tygodnie – miesiące) jest zwykle jedną z manifestacji BPSD i może wynikać z objawów psychotycznych lub z niedostosowanej do aktualnych potrzeb pacjenta opieki. Także w tych przypadkach należy zawsze rozważać współistnienie przyczyny somatycznej.

Analizując objawy pobudzenia, należy podzielić je na werbalne (słowne) i fizyczne oraz ocenić, czy występują zachowania agresywne wobec siebie, innych osób lub przedmiotów.

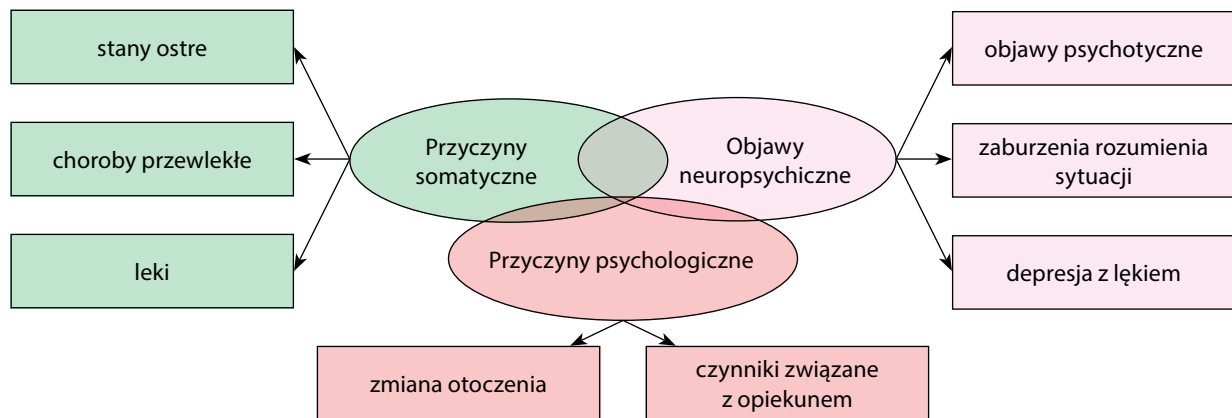
Przyczyny pobudzenia towarzyszącego otępieniu mogą być różnorodne i złożone, zależne od zmian anatomicznych i czynnościowych w mózgu, stanu somatycznego, czynników związanych z bezpośrednim otoczeniem pacjenta oraz jego relacji z opiekunami (ryc. 1). Na obraz kliniczny objawów może wpływać typ osobowości oraz sposób funkcjonowania w okresie przedchorobowym, w tym wykonywany zawód i zainteresowania. Szczegółowa analiza tych czynników oraz próba spojrzenia oczami pacjenta na otaczającą go rzeczywistość może pomóc w zrozumieniu sytuacji doprowadzającej do wystąpienia pobudzenia [5].

Zaburzenia świadomości

Z punktu widzenia lekarza praktyka każdą nagłą zmianę stanu psychicznego u osoby starszej należy

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne otępienia naczyniowego NINDS-AIREN (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et L'Enseignement en Neurosciences*)

1. Należy stwierdzić:
 - a) otępienie i chorobę naczyń mózgu (manifestującą się objawami neurologicznymi i potwierdzoną w badaniu CT/ NMR)
 - b) zależność czasową pomiędzy początkiem otępienia a chorobą naczyń mózgu, pojawienie się otępienia po incydencie naczyniowym/udarze
 - c) nagłe pogorszenie funkcji poznawczych lub zmienność natężenia objawów na tle stopniowego pogarszania się funkcji poznawczych
2. Objawy wspomagające diagnozę to: zaburzenia chodu, zaburzenia równowagi i częste upadki, wczesne zaburzenia czynności zwieraczy, zespół rzekomoopuszkowy (zaburzenia połykania), dyzartria (spowolniała i niewyraźna mowa), zmiany osobowości, emocji i zachowania
3. Objawy podające rozpoznanie w wątpliwość to: wczesne i postępujące pogorszenie pamięci oraz innych funkcji poznawczych niemające odzwierciedlenia w badaniach neuroobrazowych w postaci ogniskowego uszkodzenia mózgu, brak zmian naczyniowych w badaniach CT/NMR, brak ogniskowych objawów neurologicznych



Rycina 1. Przyczyny pobudzenia towarzyszącego otępieniu

traktować jako potencjalne zaburzenia świadomości. Jest to zespół objawów obejmujący:

- ograniczenie i utrudnienie postrzegania zjawisk w otoczeniu i własnych przeżyć,
- utrudnienie kontaktu z otoczeniem,
- zmianę (zwykle zmniejszenie) reakcji na bodźce zewnętrzne,
- upośledzenie koncentracji uwagi, zaburzenia zapamiętywania i przypominania sobie.

Zaburzenia świadomości dzielą się na ilościowe i jakościowe. **Ilościowe zaburzenia świadomości** to: przymglenie, senność, sopor (zachowanie reakcji tylko na silne bodźce) i śpiączka oraz zespół podwyższenia poziomu świadomości. **Jakościowe zaburzenia świadomości** to zespoły majaczeniowe, splątaniowe i zamroczeniowe. Należy zauważyć, że w kryteriach diagnostycznych ICD-10 i DSM-5 termin majaczenie (delirium) jest używany zwykle w szerokim znaczeniu na określenie różnych postaci zaburzeń świadomości.

Zaburzenia świadomości rozwijają się zwykle w sposób nagły (godziny – dni), charakteryzują się falującym nasileniem w ciągu doby i często mają przyczynę somatyczną. Otępienie stanowi czynnik predysponujący do wystąpienia zaburzeń świadomości, ponieważ mózg uszkodzony w przebiegu choroby neurozwyrodnieniowej staje się bardziej podatny na zaburzenia metaboliczne. W przypadku stwierdzenia zaburzeń świadomości współistniejących z otępieniem nie należy zadowalać się jedynie postawieniem takiej diagnozy, lecz zawsze dążyć do wykluczenia ewentualnych przyczyn somatycznych [6].

W celu rozpoznania zaburzeń świadomości przydatne jest badanie według algorytmu oceny dezorientacji (CAM) i uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy nastąpiła **szybka zmiana** w stanie psychicznym pacjenta?

2. Czy stan psychiczny pacjenta i zaburzenia zachowania **zmieniają nasilenie** lub pojawiają się i znikają w ciągu dnia?
3. Czy pacjent ma **zaburzenia uwagi**? Czy łatwo się rozprasza, czy trudno mu śledzić bieżącą konwersację?
4. Czy występują **zaburzenia myślenia** – niejasne lub nielogiczne wypowiedzi, nagłe nieuzasadnione zmiany tematu rozmowy, rozwlekłe, niespójne, porozrywane wypowiedzi?
5. Czy występują **zaburzenia stanu czuwania** chorego (ilościowe zaburzenia świadomości). Czy występuje nadreaktywność albo hiporeaktywność (senność, letarg, sopor, śpiączka)?

Występowanie większości z powyższych objawów przemawia za obecnością zaburzeń świadomości.

Ocena stanu zdrowia somatycznego

Somatyczne przyczyny pobudzenia są najczęściej związane z zaburzeniami o przebiegu ostrym (np. zaburzenia wodno-elektrolitowe, zakażenie), choć mogą również wynikać z destabilizacji przebiegu chorób przewlekłych (np. zaostrzenie niewydolności serca, niewyrównana cukrzyca).

Choroby somatyczne często wywołują zaburzenia świadomości u osób z otępieniem. Nadmiernie „wrażliwy” mózg reaguje na zmianę ogólnego stanu zdrowia gwałtownym załamaniem funkcjonalnym, które manifestuje się ilościowymi i jakościowymi zaburzeniami świadomości. Warto pamiętać, że majaczenie może przebiegać nie tylko w postaci pobudzenia (postać hiperkinetyczna), lecz także przybierać formę hipokinetyczną, cechującą się nadmierną sennością i spowolnieniem, lub formę mieszaną, charakteryzującą się naprzemiennym występowaniem okresów pobudzenia i spowolnienia psychoruchowego.

Należy zwracać baczną uwagę na różnicowanie objawów zaburzeń świadomości z pobudze-

niem od reakcji chorego na objawy somatyczne, np. ból, zaparcie, głód, pragnienie. Nierozpoznanie tych „oczywistych” przyczyn pobudzenia może prowadzić do błędnej diagnozy majaczenia i w konsekwencji do niewłaściwego leczenia (np. podania leków przeciwpsychotycznych osobie pobudzonej z powodu dolegliwości somatycznych). Niedocenianą przyczyną somatyczną pobudzenia jest niezaspokojenie potrzeb fizjologicznych podopiecznego, takich jak głód, pragnienie, potrzeba oddania moczu i stolca czy potrzeba aktywności fizycznej.

Czynniki somatyczne związane z występowaniem objawów pobudzenia u osób z otępieniem można podzielić na czynniki sprzyjające (wywołujące) – działające przez dłuższy czas, i czynniki wyzwalające – mające bezpośredni wpływ na ujawnienie pobudzenia (tab. 3).

Najczęstsze przyczyny pobudzenia w przebiegu zaburzeń somatycznych przedstawiono w tabeli 4.

Rozpoznanie stanów chorobowych wymienionych w tabeli 4 może narażać na znaczne trudności u osób w starszym wieku ze współistniejącymi zaburzeniami poznawczymi. Pacjenci z otępieniem mogą mieć trudność z określeniem swoich dolegliwości i ich zwerbalizowaniem. Przykładem takiego objawu jest duszność, która może zostać zauważona przez otoczenie chorego, dopiero gdy osiągnie znaczne nasilenie, powodując widoczne trudności w oddychaniu i tachypnoe. Ponadto współistnienie kilku chorób przewlekłych powoduje zamazanie obrazu klinicznego chorób ostrych, gdyż objawy się nakładają [7].

W analizie dynamiki objawów chorobowych bardzo pomocne może być uzyskanie informacji od opiekuna (tab. 5), ale w każdym przypadku należy podjąć próbę przeprowadzenia rozmowy również z samym chorym. Często pacjent jest w stanie odpowiedzieć na pytania dotyczące objawów, jeśli są zadawane w prosty i przemyślany sposób. Dla

Tabela 3. Czynniki ryzyka pobudzenia

Sprzyjające – wywołujące	Wyzwalające – spustowe
<ul style="list-style-type: none"> wiek, szczególnie ≥ 80 lat zaburzenia słuchu i wzroku niesprawność funkcjonalna przewlekły ból niedożywienie wielochorobowość, ciężkie choroby przewlekłe wielolekowość 	<ul style="list-style-type: none"> zaburzenia elektrolitowe, odwodnienie zakażenie niedotlenienie ostry ból niezbilansowana dieta (np. niedobór sodu) zaostrzenie chorób przewlekłych nowe leki, szczególnie działające na ośrodkowy układ nerwowy

Tabela 4. Somatyczne przyczyny pobudzenia u pacjentów z otępieniem

Układ	Choroby lub stany patologiczne
równowaga metaboliczna	hiponatremia, hipernatremia, odwodnienie, hiperglikemia, hipoglikemia, kwasica, hipoksemia, hiperkapnia
układ krążenia	ostry zespół wieńcowy, zaostrzenie niewydolności serca, zatorowość płucna, nadciśnienie tętnicze
układ oddechowy	zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, zaostrzenie POChP
układ pokarmowy	zatrucie pokarmowe, biegunka, krwawienie z przewodu pokarmowego, zapalenie uchyłków jelita grubego, zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie otrzewnej
układ moczowy	zakażenie układu moczowego, zatrzymanie moczu, niewydolność nerek, obecność cewnika w pęcherzu moczowym
układ kostno-stawowy	ostry ból stawów, zmiany pourazowe, w tym niezdiagnozowane złamanie, dna moczanowa
układ krwiotwórczy	niedokrwistość, choroby rozrostowe krwi
układ wydzielania wewnętrznego	niewyrównana cukrzyca, hipoglikemia (np. polekowa), nadczynność tarczycy
ośrodkowy układ nerwowy	zaburzenia krążenia mózgowego, udar mózgu, krwiał podtwardówkowy, działania niepożądane i interakcje leków, nagłe odstawienie stosowanych przewlekłe benzodiazepin i leków przeciwdepresyjnych
skóra	świąd, stan zapalny w okolicach paznokci, odleżyny, otarcia
narządy zmysłów	niedosłuch, niedowidzenie

POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

przykładu, pytając o ból, możemy zacząć od pytania ogólnego: „Czy odczuwa Pan/Pani ból” albo „Czy Pana/Panią coś boli?”. Pamiętajmy, że osoba z zaburzeniami poznawczymi może potrzebować więcej czasu na odpowiedź niż inny pacjent. Jeśli odpowiedź na pytanie o ból jest twierdząca, możemy poprosić o wskazanie bolącego miejsca lub spytać o kolejne lokalizacje bólu, wymieniając powoli części ciała w sposób uporządkowany, np. od góry do dołu.

Należy unikać terminologii ściśle medycznej i łączenia wielu treści w jednym zdaniu. Zadawanie pytań zawierających negację również jest nieprawidłowe. Dla przykładu pytanie: „Czy nic nie dolega?”, jest błędne, gdyż jest bezosobowe, zawiera negację i ma charakter zamknięty (zamyka dalszą rozmowę). Sposób zadawania pytań osobie z zaburzeniami funkcji poznawczych powinien zachęcać ją do wypowiedzi, nawet mimo trudności ze znalezieniem słów lub sformułowaniem myśli. Dlatego stworzenie przyjaznej atmosfery rozmowy może być najważniejsze, a jest to prawdopodobnie łatwiejsze dla lekarzy rodzinnych, którzy dobrze znają swoich pacjentów i są także przez pacjentów dobrze znani [8].

Bardzo ważną rolę odgrywa dokładne badanie przedmiotowe, z którego nie mogą zwalniać zaburzenia poznawcze lub pobudzenie występujące u pacjenta. Wręcz odwrotnie – w takiej sytuacji należy dołożyć wszelkich starań, aby badanie przedmiotowe było tak dokładne, jak to tylko możliwe. Nie można pominąć oceny jamy ustnej, gdyż zapalenie błony śluzowej jamy ustnej oraz problemy wynikające z chorób przyzębia, braku uzębienia lub nieprawidłowo dopasowanych protez są częste u osób z otępieniem. Chorzy tacy rzadko korzystają

z opieki stomatologicznej, gdyż nie ma ośrodków wyspecjalizowanych w zapewnianiu świadczeń osobom z zaburzeniami poznawczymi, z którymi współpraca może być trudna. W badaniu należy uwzględnić dokładną ocenę skóry, wraz z aktywnym poszukiwaniem zmian skórnych, np. otarć, odleżyn, wylewów podskórnych (które mogą świadczyć pośrednio o doznanym urazie lub przemocy fizycznej), stanu zapalnego w okolicy paznokci rąk i stóp, a także objawów świadczących pośrednio o świądzie skóry, np. przeczosów. Takie podejście wymaga rozebrania chorego. Brak oceny stóp w badaniu przedmiotowym należy uznać za błąd w postępowaniu lekarskim [9].

Objawy, których obecność może sugerować przemoc domową wobec pacjenta z otępieniem, przedstawiono w tabeli 6. Analiza objawów powinna być wnikliwa, ale wnioski należy wyciągać bardzo ostrożnie, gdyż takie zachowania, jak nadopiekuńczość lub odpowiadanie za pacjenta, są częste i wynikają z ograniczeń poznawczych podopiecznego. Z drugiej strony warto pamiętać, że około połowa opiekunów chorych na AD przyznaje się do stosowania jakiejś formy przemocy fizycznej wobec podopiecznego. Trzeba z całą odpowiedzialnością zaznaczyć, że zaniedbanie lub zaniechanie opieki są również uważane za formę przemocy [10].

Podczas wizyty lekarskiej pacjenta z otępieniem wraz z opiekunem warto zwrócić uwagę na komunikowanie się tych dwóch osób. Zdarza się, że opiekun traktuje podopiecznego z góry lub słownie go poniża. Powinno to zawsze stanowić przesłankę do wnikliwej rozmowy o relacjach pacjent – opiekun. Kwestie te zostały opisane w dalszej części tekstu.

Tabela 5. Najważniejsze pytania do opiekuna pobudzonego pacjenta z otępieniem

Zakres tematyczny	Pytania
przebieg pobudzenia	początek objawów, okoliczności wystąpienia pobudzenia, przebieg w czasie, dynamika objawów, występowanie podobnych objawów w przeszłości
zespół otępienny	od kiedy rozpoznanie, czy wdrożono leczenie prokognitywne, a jeśli tak, z jakim skutkiem
objawy towarzyszące	upadek, gorączka, trudności w oddawaniu moczu, wymioty, biegunka, ból zgłaszany przez pacjenta
codzienne funkcjonowanie	zmiany aktywności, przyjmowanie posiłków i płynów, chód, korzystanie z toalety, samodzielność, zapotrzebowanie na opiekę, zmiana opiekuna
choroby przewlekłe	choroby somatyczne, zaburzenia narządów zmysłów, hospitalizacje, zabiegi chirurgiczne, konsultacje specjalistów w ostatnim czasie
leki	leki przyjmowane przewlekłe, zmiana leczenia w ostatnim czasie, nadzór nad przyjmowaniem leków, leki nasenno-uspokajające, leki ziołowe
używki	alkohol, nalewki ziołowe, papierosy, substancje psychoaktywne

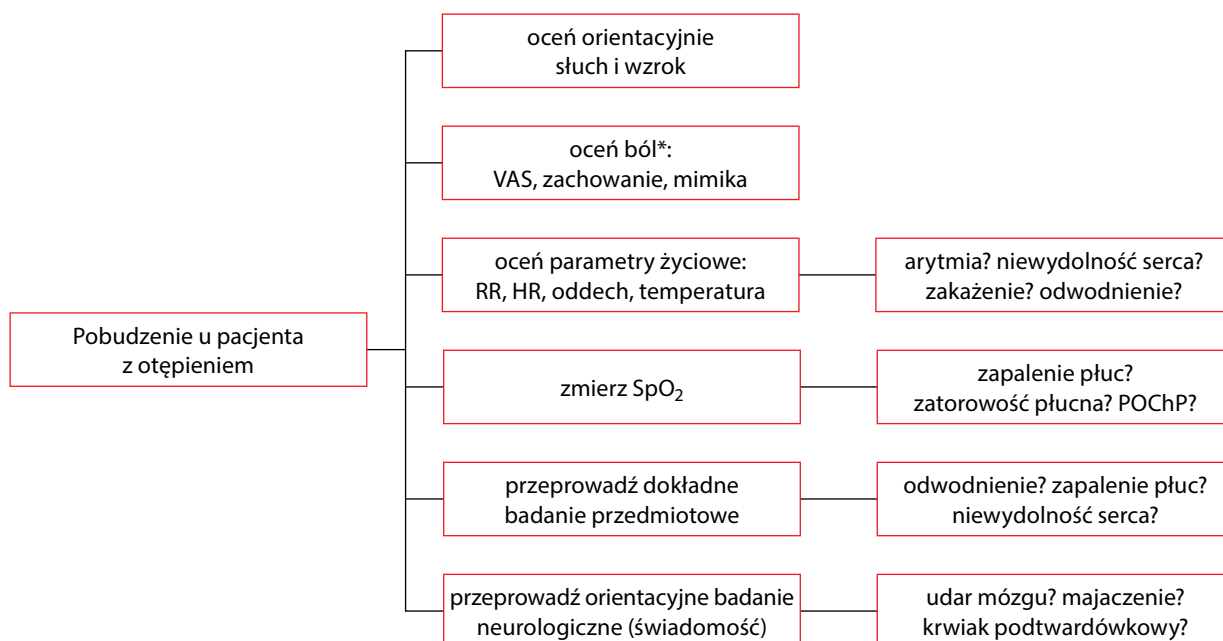
Tabela 6. Objawy towarzyszące przemocy domowej

Objaw	Opis
opis zdarzenia przez opiekuna nie odpowiada rodzajowi obrażeń	dla przykładu, opiekun pacjenta z otępieniem twierdzi, że podopieczny się przewrócił, a u osoby badanej występują zasinienia w miejscach nienarażonych bezpośrednio na uraz w wyniku upadku
rodzaj obrażeń	zasinienia, zadrapania, krwawienie
lokalizacja zmian skórnych	wyprostne części kończyn górnych (pociąganie), tułów (popychanie), zmiany zlokalizowane w różnych oddalonych od siebie częściach ciała
zmiany powstałe w różnym czasie	wylewy podskórne o różnym stopniu wchłaniania
odstęp czasowy między urazem a zgłoszeniem się do lekarza	wizyta lekarska kilka, kilkanaście dni po urazie
skłonność do ulegania wypadkom	często trudno zweryfikować tezę o częstych upadkach lub urazach w wyniku samoistnego uderzenia się o twarde przedmioty – taka sytuacja powinna zawsze budzić podejrzenie, że pacjent nie ma zapewnionej wystarczającej opieki
trudności w nawiązaniu kontaktu, brak kontaktu wzrokowego	objawy wycofania i małomówność często towarzyszą zespołom otępiennym, więc należy je interpretować z zachowaniem dużej ostrożności
nadopiekuńczość osoby towarzyszącej pacjentowi	opiekun odpowiada na wszystkie pytania, nie odstępuje badanego na krok

Po przeprowadzeniu badania podmiotowego i przedmiotowego należy rozważyć wskazania do wykonania badań dodatkowych. Posiadanie pulsoksymetru może być niezwykle pomocne w rozpoznaniu ostrej niewydolności oddechowej. Pamiętajmy, że u osób w starszym wieku z ostrym zakażeniem mogą nie występować stany gorączkowe. Najczęstszymi zakażeniami u osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych są zakażenia układu moczowego i układu oddechowego. Proponowany schemat diagnostyczny u pacjenta z pobudzeniem przedstawiono na rycinie 2.

Majaczenie, którego manifestacją może być pobudzenie, należy traktować jako stan nagły. Jeśli wyniki badania przedmiotowego są prawidłowe, badania dodatkowe także należy zaplanować w trybie pilnym, aby nie przeoczyć somatycznej przyczyny pobudzenia, np. zaburzeń elektrolitowych lub ostrego stanu zapalnego w przebiegu zakażenia [11].

W każdym przypadku trzeba rozważyć potrzebę diagnostyki i leczenia szpitalnego, pamiętając jednak, że hospitalizacja pacjenta z otępieniem niesie ze sobą większe ryzyko powikłań i pogorszenia



VAS – skala wzrokowo-analogowa do oceny bólu (przydatna u pacjentów z otępieniem w stopniu lekkim), RR – ciśnienie tętnicze, HR – czynność serca, SpO₂ – wysycenie hemoglobiny tlenem w pomiarze przezskórnym pulsoksymetrem, POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

*Można wykorzystać behawioralne skale oceny bólu (u pacjentów z otępieniem w stopniu umiarkowanym lub ciężkim, patrz tab. 7)

Rycina 2. Algorytm diagnostyczny u pacjenta z objawami pobudzenia

stanu zdrowia niż u osoby bez zaburzeń poznawczych. Jeśli pacjent ma dobrą opiekę w domu i istnieje możliwość wykonania badań w trybie ambulatoryjnym, można prowadzić leczenie w domu. W przypadku, gdy u pacjenta nastąpiło znaczne pogorszenie stanu ogólnego w przebiegu epizodu pobudzenia lub gdy opiekun nie może zapewnić dostatecznego nadzoru w domu (np. sam jest w zaawansowanym wieku albo nie jest obecny), należy podjąć decyzję o skierowaniu pacjenta do szpitala w celu przeprowadzenia diagnostyki. Schemat podstawowych badań diagnostycznych, które może wykonać lekarz rodzinny, jest zawarty w tabeli 8. Badania specjalistyczne wymienione w tabeli 9 wykonuje się najczęściej w warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub w szpitalu.

Ocena prowadzonego leczenia farmakologicznego

Działania niepożądane i interakcje leków mogą być powodem pogorszenia stanu psychicznego chorych z otępieniem oraz sprzyjać epizodom pobudzenia. Wybrane grupy leków, które mogą wywoływać pobudzenie jako objaw niepożądany, przedstawiono w tabeli 10. Warto zwrócić uwagę, że leki niedziałające bezpośrednio na ośrodkowy układ nerwowy mogą także powodować pobudzenie. Reakcje na leki są indywidualnie zmienne i mogą być zaskakujące: lek uważany za bezpieczny i dobrze tolerowany przez większość pacjentów może

Tabela 7. Ocena bólu u pacjentów z otępieniem

Zmiana zachowania
mimika: grymasy, częste mruganie
wydawanie dźwięków: werbalizacja, wokalizacja
postawa i ruchy ciała: napięcie, unikanie, pobudzenie
zmiany w relacjach: agresja, wycofanie
zmiany aktywności: odmowa jedzenia, zmiana rutyny
zmiana stanu psychicznego, nastroju: płacz, drażliwość
Reakcje fizjologiczne
bladłość, pocenie się
tachypnoe, zmiana sposobu oddychania
tachykardia, nadciśnienie tętnicze

wywołać działania niepożądane u kolejnego chorego. Ponadto leki o działaniu uspokajającym mogą, paradoksalnie i w rzadkich przypadkach, wywoływać epizody pobudzenia – przykładem takiego leku jest hydroksyzyna.

Podłożem patofizjologicznym objawów jest często potencjał antycholinergiczny tych leków. **Do leków o silnym działaniu antycholinergicznym** zalicza się m.in.: alprazolam, amitryptylinę, atropinę, chlorpromazynę, digoksynę, difenhydraminę, doksepinę, furosemid, hydroksyzynę, ipratropium, klemastynę, klomipraminę, klorazepat, klozapinę, kwetiapinę, lewomepromazynę, olanzapinę, opipramol, oksybutyninę, paroksetynę, perfenazynę, prometazynę, skopolaminę, tizanidynę, tramadol.

Tabela 8. Podstawowe badania dodatkowe u pacjentów z pobudzeniem w przebiegu otępienia

Badania laboratoryjne	Badania obrazowe
<ul style="list-style-type: none"> krew: morfologia, elektrolity (Na, K), glukoza, kreatynina, mocznik, AspAT, AIAT, CRP, INR (jeśli leczenie przeciwkrzepliwie) mocz: badanie ogólne 	<ul style="list-style-type: none"> elektrokardiografia – jeśli podejrzenie zaburzeń rytmu serca, zaostżenia ChNS, niewydolności serca rentgenogram klatki piersiowej – jeśli podejrzenie zapalenia płuc ultrasonografia jamy brzusznej – jeśli podejrzenie „ostrego brzucha” tomografia komputerowa mózgu – jeśli objawy ogniskowe

AspAT – aminotransferaza asparaginianowa, AIAT – aminotransferaza alaninowa, CRP – białko C-reaktywne, ChNS – choroba niedokrwienna serca

Tabela 9. Diagnostyka specjalistyczna u pacjentów z pobudzeniem w przebiegu otępienia

Badania laboratoryjne
krew: elektrolity (Ca, Cl, P), osmolalność osocza, prokalcytonina, D-dimery, troponina, białko całkowite, albuminy, gazometria żylna, gazometria tętnicza, TSH, amylaza, GGTP, witamina B ₁₂ , kwas foliowy, kortyzol, badania toksykologiczne, posiew krwi
mocz: posiew moczu, badanie toksykologiczne
Skierowanie na dalsze badania specjalistyczne , np. nakłucie lędźwiowe i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: badanie ogólne i posiew

TSH – tyreotropina, GGTP – gamma-glutamylotranspeptydaza

Tabela 10. Grupy leków, które mogą sprzyjać pobudzeniu u pacjentów z otępieniem

Grupa leków	Przykłady
leki kardiologiczne	inhibitory konwertazy angiotensyny, β -adrenolityki, digoksyna
leki przeciwbólowe	niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), kodeina, tramadol, rzadziej silne opioidowe leki przeciwbólowe
antybiotyki	fluorochinolony, makrolidy
leki działające na przewód pokarmowy	inhibitory pompy protonowej (omeprazol), metoklopramid
leki nasenne i uspokajające	hydroksyzyna, ziołowe leki uspokajające, tzw. leki „Z ^{***} ”, benzodiazepiny
leki przeciwhistaminowe	klemastyna
leki przeciwdepresyjne	selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI)

*zopiklon, zolpidem, zaleplon

Dokładne przedstawienie zagadnień farmakoterapii geriatrycznej przekracza ramy tego opracowania, ale warto zwrócić uwagę na pięć następujących zasad postępowania:

- Zawsze pytaj o wszystkie przyjmowane leki. Poproś opiekuna o dostarczenie spisu leków wraz z dawkowaniem. Spytaj, czy prowadzony jest nadzór nad przyjmowaniem leków przez pacjenta. Pomyłki w dawkowaniu prawidłowo dobranych leków mogą być przyczyną poważnych działań niepożądanych.
- Zapytaj opiekuna, czy inny lekarz konsultował pacjenta w ostatnim czasie i czy zalecił jakieś leki. Pomoże to w zidentyfikowaniu i wyeliminowaniu tzw. kaskady leczenia, czyli leczenia objawów niepożądanych jednego leku podaniem innego leku. Ponadto umożliwi ujawnienie sytuacji, w której pacjent przyjmuje ten sam lek o różnych nazwach handlowych. Dotyczy to najczęściej leków hipotensyjnych i moczopędnych. Opiekunowie chorych z otępieniem nierzadko szukają pomocy u wielu lekarzy, nie informując o tym lekarza rodzinnego z obawy, aby nie zostało to uznane za próbę podważania jego kompetencji.
- Pytaj o stosowanie leków dostępnych bez recepty, suplementów diety, witamin, leków roślinnych, nalewek ziołowych. Środki te są często traktowane jako dodatkowe substancje wspomagające, a wiele z nich zawiera składniki wchodzące w interakcje z różnymi klasami leków.
- Przed zaleceniem nowego leku rozważ dokładnie wskazania do leczenia oraz zapoznaj się z charakterystyką produktu leczniczego (ChPL). Wiele leków ma potencjał wywoływania zaburzeń ze strony ośrodkowego układu nerwowego, szczególnie u osób w zaawansowanym wieku i z zaburzeniami funkcji poznawczych.

- Jeśli u pacjenta występują nowe, niestwierdzone dotychczas objawy, zawsze pamiętaj, że mogą być one objawem działania niepożądanego leku. Jeśli nie znajdujesz wytłumaczenia dla objawu występującego u pacjenta, wróć do punktu 1.

Ocena psychologicznych i psychopatologicznych przyczyn pobudzenia

Osoby z otępieniem mogą zareagować pobudzeniem, a nawet agresją w różnych, nawet błahych dla zdrowego człowieka sytuacjach, np. przy zmianie otoczenia lub codziennej rutyny, zbyt dużej liczbie bodźców czy przy konieczności zrobienia czegoś, co przekracza ich możliwości. W przebiegu otępienia mogą pojawiać się również objawy psychotyczne, np. urojenia trucizny i okradania oraz zaburzenia identyfikacji bliskich osób, które powodują lęk i poczucie zagrożenia oraz sprzyjają pobudzeniu. Krótki czas wizyty lekarskiej pozwala z reguły na skupienie się jedynie na aktualnym problemie, z którym przychodzi chory, jednak takie podejście do pacjenta z otępieniem może przysporzyć wielu kłopotów. Istotne jest podkreślenie odmienności chorego z otępieniem jako pacjenta, gdyż w wielu sytuacjach lekarz musi uwzględnić także problemy opiekuna. Dlatego od pierwszej wizyty należy poświęcić czas nie tylko pacjentowi, lecz także jego opiekunowi, przekazując mu podstawowe informacje o chorobie i zasadach opieki (też w formie ulotki – patrz załącznik 1). Trzeba również zachęcić opiekuna do samodzielnego poszerzania wiedzy, np. poprzez dawanie poradników bądź wskazanie adresów stron internetowych, na których zamieszczane są sprawdzone informacje, czy adresów miejsc, w których można uzyskać określoną pomoc (najlepiej wcześniej przygotować ulotki z tymi informacjami – patrz załącznik 2). Warto, aby lekarz

zapropował opiekunowi uczestnictwo w grupach wsparcia dla opiekunów osób dotkniętych otępieniem, będących cennym źródłem informacji o różnych aspektach choroby, a także o sposobach radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Grupy wsparcia to również „bezpieczna przestrzeń”, w której opiekun może odreagować emocje i podzielić się nimi z osobami, które mają podobne doświadczenia.

Ogólne zasady opieki nad chorym z otępieniem:

- utrzymywanie stałego porządku dnia, z zaplanowaniem najtrudniejszych zadań w porze, kiedy chory jest w najlepszej formie,
- upraszczanie czynności proponowanych choremu, aby były w zasięgu jego możliwości,
- wykonywanie czynności po kolei, z udzielaniem prostych rad krok po kroku,
- wspieranie poleceń gestami,
- planowanie choremu aktywności tak, aby unikać przemęczenia,
- przeznaczenie odpowiedniej ilości czasu na wykonanie zaplanowanej czynności, unikanie pośpiechu,
- wprowadzanie w otoczenie chorego spokojnej, niezagrażającej atmosfery poprzez wyeliminowanie nadmiernej liczby bodźców,
- nieokazywanie przy chorym negatywnych emocji (złości, zdenerwowania), nawet jeśli nie są z nim związane,
- nierozmawianie o chorym w jego obecności (szczególnie w sposób negatywny),
- unikanie konfrontacji,
- unikanie sytuacji (dzięki ich wcześniejszemu rozpoznaniu poprzez obserwację), które wcześniej wywołały kryzys,
- przerywanie wykonywania czynności, gdy chory zaczyna być niespokojny, wyprowadzanie go z kłopotliwej sytuacji,
- w trudnej sytuacji odwracanie uwagi chorego poprzez proponowanie czegoś, co lubi, zapewnianie go, że wszystko jest w porządku, i okazywanie czułości,
- przeznaczenie czasu wyłącznie dla siebie – reagowanie gniewem i frustracją na zachowania chorego może świadczyć o przemęczeniu opiekuna.

Gwałtowne reakcje wyczerpują zarówno chorego, jak i jego opiekuna. Są szczególnie trudne i męczące, kiedy często się powtarzają, a dodatkowo pobudzony chory odrzuca ofiarowaną mu pomoc. Postępowanie zawsze powinno uwzględniać próbę modyfikacji otoczenia, gdyż może ona sprawić, że

leczenie farmakologiczne pobudzenia nie będzie konieczne. Istotne znaczenie mają edukacja i wsparcie opiekunów jako głównych osób w otoczeniu chorego.

Są dwie złote zasady, które należy opiekunowi przekazywać tak często, aż je w pełni zaakceptuje, gdyż ich znajomość pomoże zarówno sprawującemu opiekę, jak i podopiecznemu. Po pierwsze, zdecydowana większość reakcji chorego wynika z jego choroby (uszkodzony mózg uniemożliwia właściwą interpretację bodźców oraz przywoływanie wyuczonych „zasad dobrego wychowania”), a nie uporu, złośliwości czy chęci manipulacji i dlatego to właśnie opiekun, a nie chory ma większe możliwości kontroli tych zachowań. Po drugie, najlepszym sposobem radzenia sobie z pobudzeniem i agresją chorego jest niedopuszczanie do nich.

Najczęstsze przyczyny pobudzenia u chorego związane z otępieniem to:

1) wynikające z choroby:

- niemożność zrozumienia sytuacji,
- niezdolność porozumienia się z otoczeniem,
- zmęczenie lub złe samopoczucie,
- brak poczucia bezpieczeństwa,
- poczucie osamotnienia, nudy, nieumiejętności zagospodarowania sobie czasu;

2) wynikające z zachowania opiekuna:

- sposób komunikowania się i postępowania opiekuna niedostosowany do możliwości poznawczych chorego,
- pośpiech przy wykonywaniu różnych czynności,
- zbyt trudne dla chorego zadanie do wykonania,
- słowne konfrontowanie chorego z jego trudnościami,
- niezaspokajanie potrzeb fizycznych chorego (np. podawanie zbyt małej ilości płynów, nieodpowiednia temperatura otoczenia),
- niezaspokajanie potrzeb emocjonalnych i intelektualnych chorego (izolacja, odsuwanie od zajęć),
- negatywne mówienie o chorym w jego obecności,
- zdenerwowanie opiekuna,
- stosowanie przemocy fizycznej;

3) wynikające z warunków opieki:

- nadmiar bodźców w otoczeniu (hałas, duża liczba osób, zbyt jaskrawe oświetlenie),
- nowe, nieznanne środowisko,
- presja czasu.

Poznanie konkretnych przyczyn wywołujących pobudzenie umożliwi podjęcie odpowiedniej

interwencji. W sytuacjach kryzysowych bardzo ważne jest postępowanie nefarmakologiczne – leki powinny być stosowane tylko wówczas, kiedy inne sposoby zawiodły lub gdy pobudzenie jest bardzo nasilone.

Podstawowa interwencja obejmuje próbę uspokojenia chorego za pomocą np. spokojnej rozmowy, odwrócenia uwagi od aktualnej trudności poprzez zmianę aktywności na przyjemną rozmowę na miły temat lub przejście do innego pokoju, włączenie spokojnej muzyki bądź umożliwienie choremu wyjścia na spacer. Niektórzy pacjenci bywają pobudzeni, gdy nie mają zapewnionej wystarczającej aktywności w ciągu dnia, a pozostawieni sami sobie zaczynają np. chodzić bez celu po mieszkaniu lub za opiekunem. Dlatego trzeba uczyć opiekuna, że chory na pewnym etapie otępienia już nie zaplanuje sobie odpowiedniej aktywności, mimo że nadal chętnie będzie robił to, o co się go poprosi, ale proponowana czynność musi być przedstawiona w sposób zrozumiały i bez pośpiechu.

Kluczem do opracowania zindywidualizowanego planu postępowania z pobudzonym pacjentem jest wiedza na temat jego możliwości i zainteresowań. Niektórzy chorzy potrafią przez wiele godzin z dużym zaangażowaniem wykonywać różne obliczenia, rysować lub kolorować obrazki, segregować korki od butelek na podstawie kolorów, obierać warzywa, a czynności te nie tylko ich wyciszają, lecz także przynoszą zadowolenie. W trakcie wykonywania tych zadań opiekun powinien zachęcać i udzielać niezbędnych podpowiedzi, lecz nie wyręczać chorego. Ważne jest również chwalenie chorego za podejmowany wysiłek. Poprzez ciągłe zdobywanie wiedzy o chorobie opiekun uczy się, jak zapobiegać sytuacjom problemowym, a jeśli do nich dojdzie, jest w stanie minimalizować szkody i doprowadzić do szybkiego rozładowania konfliktu. Podstawą działania jest reagowanie, które chory odczyta jako zrozumienie i chęć pomocy. Możliwe jest ono przez wykazywanie się kreatywnością, uważną obserwacją oraz wzbudzenie w sobie wrażliwości na to, co dzieje się „w” chorym.

Kolejnym zadaniem lekarza zajmującego się osobą z otępieniem powinno być zwrócenie uwagi na kondycję fizyczną i psychiczną opiekuna, dlatego dobrym rozwiązaniem jest planowanie wizyty dla chorego i jego opiekuna w tym samym dniu (jedna po drugiej). Długotrwała opieka nad chorym oraz związane z nią zmiany życiowe mogą być tak bardzo obciążające dla opiekuna, że przekroczą jego możliwości adaptacyjne. Występowanie objawów zespołu wypalenia i de-

presji są częste, ale rzadko są rozpoznawane i leczone. Taka sytuacja może bardzo pogarszać jakość opieki. Aby temu przeciwdziałać, już od początku trzeba opiekunowi zwrócić uwagę na to, że w równej mierze powinien myśleć o swoim dobrostanie psychicznym jak podopiecznego. Jedynie opiekun mający odpowiednią wiedzę, wyciszony emocjonalnie, odciążony od nadmiernej ilości obowiązków oraz zadbany zdrowotnie może podołać czekającym go wyzwaniom wieloletniej opieki. A stabilne warunki opieki są dla chorego najważniejsze.

Leczenie farmakologiczne pobudzenia w otępieniu

Niezależnie od stwierdzanych przyczyn pobudzenia pierwszym krokiem terapeutycznym są oddziaływania nefarmakologiczne. Jak przedstawiono w poprzednich częściach zaleceń, należy do nich usunięcie przyczyn pobudzenia, obniżenie poziomu lęku u pacjenta i skierowanie jego uwagi na inne czynności (przejście do innego pokoju, napojenie, przygotowanie niewielkiego posiłku, który chory lubi, pokazanie zdjęć, książek, obrazków).

Objawy, które zmniejszają nasilenie lub ustępują wskutek oddziaływań nefarmakologicznych, to: błądzenie, zbieractwo, odmowa przyjmowania pomocy, odmowa jedzenia, pogorszenie dbałości o wygląd i higienę, krzyk, zachowania stereotypowe. Objawy, których nasilenie może się zmniejszyć na skutek oddziaływań nefarmakologicznych, lecz które u części chorych wymagają farmakoterapii, to: lęk, pobudzenie słowne, pobudzenie ruchowe, zachowania asocjalne, omamy, urojenia, wrogość, odmowa współpracy, agresja bierna i czynna, zaburzenia snu.

Do objawów wymagających zwykle leczenia farmakologicznego należą zachowania pogarszające bezpieczeństwo pacjenta i opiekuna pojawiające się jako skutek przeżywania objawów psychotycznych (omamów lub urojeń), powodujące cierpienie pacjenta i jego opiekuna, pogorszenie wydolności funkcjonalnej oraz negatywnie wpływające na opiekę (ryc. 3). Zalecenie, aby farmakoterapia zaburzeń zachowania **zawsze** była poprzedzona adekwatnym oddziaływaniem nefarmakologicznym (behavioralnym), wynika z faktu ograniczeń bezpieczeństwa farmakoterapii u chorych z otępieniem, zwłaszcza leków przeciwpsychotycznych (LPP) i leków o działaniu antycholinergicznym (np. pochodnych benzodiazepiny). Z powodu licznych przeciwwskazań do stosowania tych leków standardem jest zalecenie Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego

z 2013 r.: „Nie stosuj leków przeciwpsychotycznych jako leków pierwszego wyboru w leczeniu objawów behawioralnych i psychologicznych w otępieniu”.

Wskazania do leczenia farmakologicznego obejmują:

- nasilone pobudzenie, niereagujące na próby uspokojenia,
- ciągle niespokojne krążenie po domu, wielokrotne próby wyjścia „do domu”,
- bezładne zachowania niszczące przedmioty w otoczeniu,
- bezpośrednia agresja werbalna (groźby) lub fizyczna,
- zachowania nieadekwatne spowodowane rozhamowaniem (np. rozbieranie się, niestosowne zachowania seksualne),
- zaburzenia snu, drażliwość, impulsywność, w tym spowodowana objawami depresji, oraz pobudzenie wywołane psychozą.

Leczenie farmakologiczne pobudzenia podlega ścisłym zasadom pozwalającym na zwiększenie bezpieczeństwa:

1. Rozpocznij leczenie od jak najniższych dawek i podwyższaj je bardzo powoli (*Start low and go slow*).
2. Stosuj monoterapię.

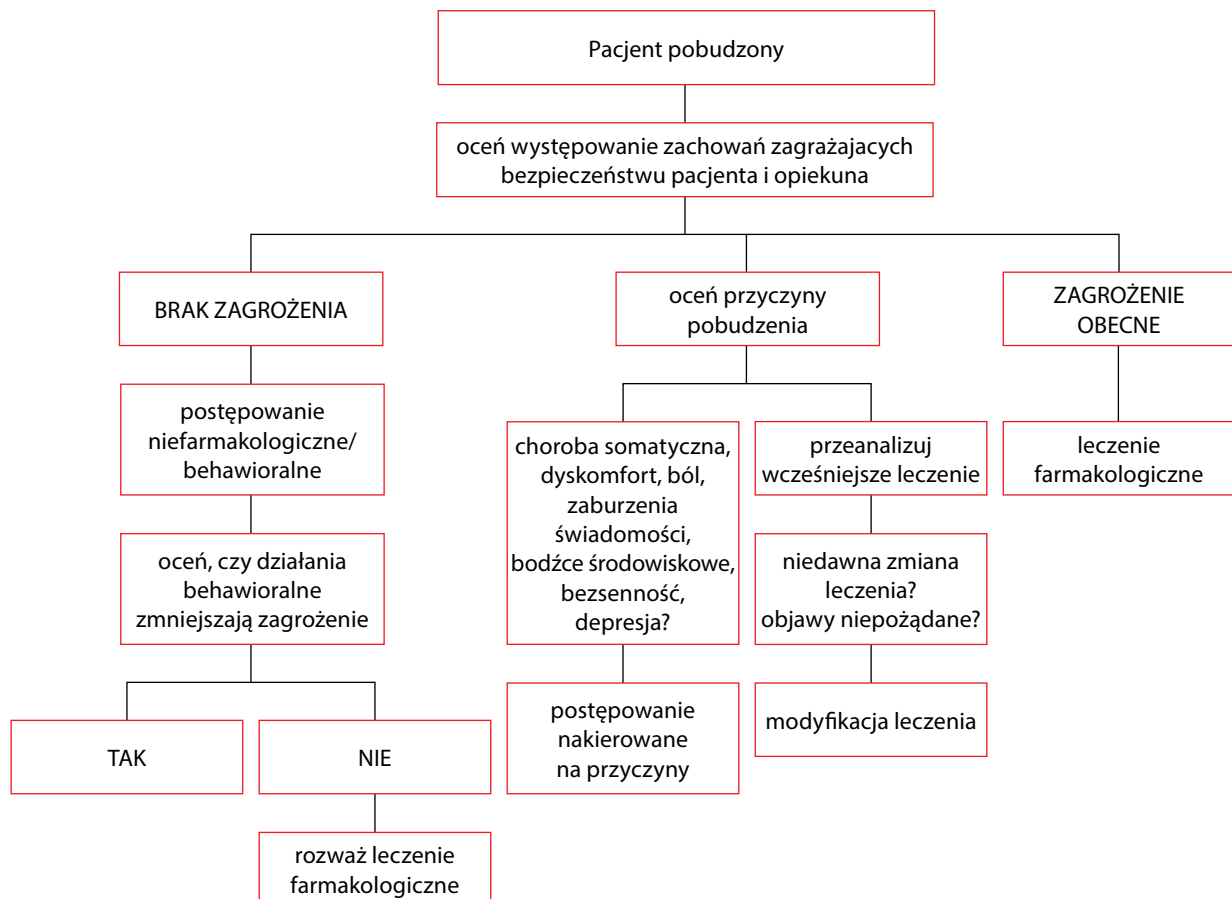
3. Zmniejsz dawki albo odstaw leki działające silnie antycholinergicznie.
4. Przeanalizuj możliwe interakcje i ewentualnie zastąp leki wchodzące w interakcje ich bezpieczniejszymi odpowiednikami.
5. Po ustąpieniu objawów pobudzenia i uzyskaniu stabilnej poprawy rozważ zmniejszenie dawki lub zupełne odstawienie leku.

Opisywane w tych rekomendacjach dawki maksymalne leków odnoszą się do młodszych chorych z pobudzeniem w przebiegu otępienia, bez poważnych obciążeń somatycznych. Im starszy pacjent, im większa współchorobowość, tym mniejsze dawki leków należy stosować.

Podsumowanie standardu leczenia pobudzenia w otępieniu zostało zawarte w uaktualnionych zasadach terapii w 2018 r. (ryc. 4).

Leki prokognitywne

Podstawowymi lekami działającymi prokognitywnie w otępieniach są inhibitory cholinesterazy (donepezyl i riwastygmina) oraz memantyna. Dawkowanie tych leków przedstawiono w tabeli 11.



Rycina 3. Ocena wskazań do rozpoczęcia terapii farmakologicznej pobudzenia

Leczenie zaburzeń neuropsychiatrycznych w otępieniu alzheimerowskim

zweryfikuj rozpoznanie otępienia w chorobie Alzheimera

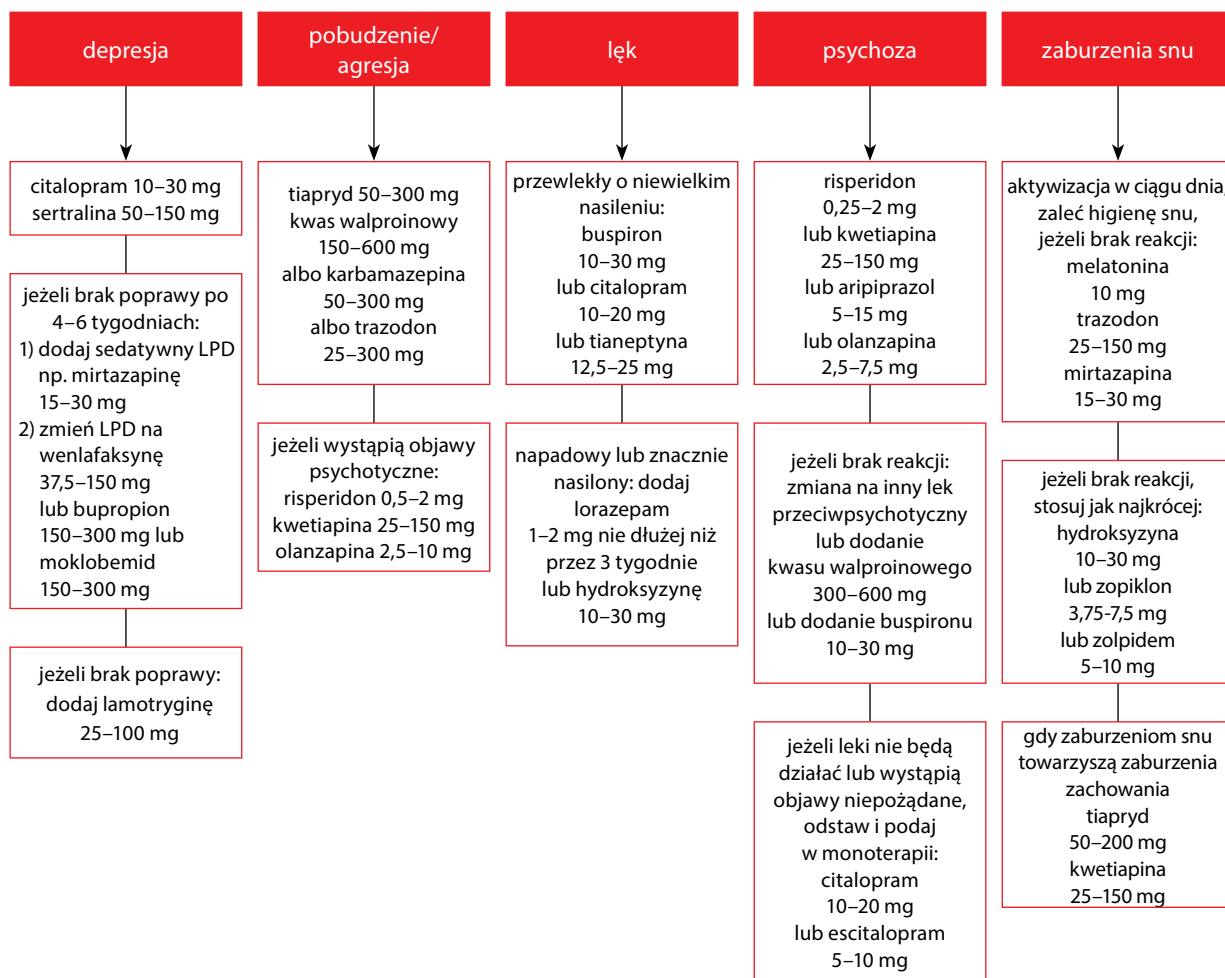
zweryfikuj prawidłowość dawki terapeutycznej donepezylu, riwastygminy i/lub memantyny
podaj dawkę terapeutyczną, rozpoczynając leczenie od dawki startowej

donepezyl (5 mg) – 10 mg

riwastygmina (3 mg) – 6-13.3 mg

memantyna (5 mg) – 20 mg

ocień rodzaj zaburzeń zachowania
wyklucz czynniki wywołujące: ból, leki, hałas, zachowania opiekuna
wyklucz czynniki wyzwalające: kąpiel, posiłki, samotność
zastosuj oddziaływanie niefarmakologiczne: zmniejszenie izolacji chorego, powtarzalny schemat zajęć chorego, edukacja opiekuna
zwiększaj dawkę leków bardzo wolno – oceń bezpieczeństwo terapii
pamiętaj, że chorzy reagują na niskie dawki!



Rycina 4. Algorytm leczenia pobudzenia w otępieniu (za zgodą wydawcy) [2]

Tabela 11. Dawkowanie leków prokognitywnych

Lek	Wskazania rejestracyjne	Dawka początkowa	Dawka terapeutyczna (mg)
donepezyl	lekka/umiarkowana AD	2,5–5 mg/dobę	5–10
riwastygmina	lekka/umiarkowana AD, LBD	1,5–3 mg/dobę	6–13,3
memantyna	umiarkowana/znaczna AD	5 mg	10–20

AD – choroba Alzheimera, LBD – otępienie z ciałami Lewy/ego

W czasie stosowania leków prokognitywnych (LPK) u ok. 50% chorych zmniejszają się zaburzenia zachowania oraz objawy psychotyczne, co skutkuje możliwością prowadzenia monoterapii bez stosowania leków dodatkowych. Odnotowano niewielki, ale istotny statystycznie wpływ na funkcje poznawcze i poprawę aktywności codziennej.

Wprowadzenie LPK i ich długotrwałe stosowanie powinno się wiązać ze stałą oceną tolerancji. Należy zwracać m.in. uwagę na to, czy nie występują zaburzenia rytmu i przewodzenia (zwłaszcza bradyarytmie – znaczna bradykardia oraz blok zatokowo-przedsionkowy lub przedsionkowo-komorowy są przeciwwskazaniem do stosowania inhibitorów cholinioesterazy). Inne częste objawy niepożądane to: pogorszenie apetytu, nudności, wymioty, biegunka, nadmierne uspokojenie lub senność albo zaburzenia snu [12].

Leki przeciwpsychotyczne

Większość leków przeciwpsychotycznych (LPP) ma działanie sedatywne; ich efektywność przeciwpsychotyczna w populacji pacjentów z otępieniem jest wyraźnie niższa niż w schizofrenii. Należy wnikliwie oceniać stosunek korzyści ze stosowania tych leków do ryzyka u pacjentów z otępieniem. Analiza badań kontrolowanych placebo, dotyczących stosowania olanzapiny, aripiprazolu, risperidonu i kwetiapiny w BPSD wykazała, że ryzyko zgonu było ok. 1,7 razy wyższe u chorych stosujących ww. leki. Najczęstszą przyczyną zgonu były zaburzenia rytmu serca i zapalenie płuc (FDA – Public Health Advisory, kwiecień 2005/maj 2007 r.).

Każdy z LPP wykazuje specyficzne działania, co wymusza ostrożność, np. kwetiapina może obniżać ciśnienie tętnicze krwi, powodując upadki; olanzapina zwiększa ryzyko zaburzeń świadomości (CATIE-AD, 2006); haloperidol powinien być stosowany tylko doraźnie w stanach pobudzenia i majaczeniu, ponieważ charakteryzuje go nieliniowy

wzrost stężenia w surowicy krwi i szybkie wyzwala objawy pozapiramidowych (tab. 12). Przeciwwskazane są połączenia z takimi antybiotykami, jak ciprofloksacyna i moksifloksacyna, z lekami antyarytmicznymi klasy I (chinidyna) i klasy III (amiodaron, sotalol) oraz innymi (beprydyl, dolasetron). Najbezpieczniejszym lekiem w opanowaniu pobudzenia o niewielkim lub umiarkowanym nasileniu, pochodzenia niepsychotycznego oraz zaburzeń świadomości jest tiapryd. Ten selektywny antagonist receptorów dopaminowych D₂ i D₃ wykazuje słabą aktywność przeciwpsychotyczną. Nie ma działania cholinolitycznego i jest relatywnie dobrze tolerowany w porównaniu z innymi LPP.

W pobudzeniu spowodowanym obecnością psychozy można stosować risperidon, jednak lek ten nie powinien być stosowany w otępieniu naczyniowym lub mieszanym (ostrzeżenie Health Canada Advisory z 18 lutego 2015 r.).

Haloperidol nie powinien być lekiem ani pierwszego, ani drugiego rzutu.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaleca, aby stosowanie LPP odbywało się według ściśle określonych zasad [13]:

- 1) LPP powinny być stosowane wyłącznie wtedy, gdy pobudzenie lub psychoza są tak nasilone, że zagrażają lub powodują znaczące cierpienie pacjenta,
- 2) jeżeli korzyści przewyższają ryzyko stosowania LPP w BPSD, należy zaczynać od niskich dawek i stopniowo zwiększać je do tolerowanej najmniejszej skutecznej dawki,
- 3) jeśli występują objawy niepożądane LPP, należy ponownie ocenić stosunek korzyści do ryzyka oraz możliwość zmniejszenia dawki lub odstawienia leku,
- 4) jeżeli nie ma znaczącej poprawy po 4 tygodniach podawania dawki terapeutycznej LPP, należy odstawić lek,

Tabela 12. Wskazania i dawkowanie leków przeciwpsychotycznych

Lek	Wskazania	Rodzaj otępienia	Dawka początkowa (mg/dobę)	Dawka terapeutyczna (mg)
aripiprazol	psychoza, pobudzenie	AD	5	5–10
kwetiapina	psychoza, pobudzenie	AD, LBD, FTD	12,5–25	25–150
olanzapina	psychoza	AD, FTD	2,5	2,5–10
risperidon	psychoza, zaburzenia świadomości, agresja	AD	0,25	0,5–2
tiapryd	pobudzenie, zaburzenia świadomości, agresja, lęk	VD, AD, LBD	50	50–300
haloperidol	psychoza, zaburzenia świadomości (wyjątkowo!)	AD	0,25	0,25–1,5

AD – choroba Alzheimerera, VD – otępienie naczyniowe, LBD – otępienie z ciałami Lewy'ego, FTD – otępienie czołowo-skroniowe

- 5) adekwatna reakcja na LPP powinna pozwolić na zmniejszenie dawki lub odstawienie leku po 4–12 tygodniach.

Objawy niepożądane są zależne od dawek stosowanego leku i czasu ich przyjmowania. Do najczęściej występujących należą [14]:

- pogorszenie funkcji poznawczych, przyspieszenie progresji otępienia,
- zwiększenie ryzyka upadków, podwojenie ryzyka złamania szyjki kości udowej,
- zwiększenie ryzyka udaru i zgonu o 1–4% (zwłaszcza leki I generacji – haloperidol),
- zwiększenie ryzyka wystąpienia zespołu długiego QTc i *torsade de pointes*,
- wystąpienie objawów zespołu pozapiramidowego.

Uwaga – chorzy z LBD i otępieniem w chorobie Parkinsona są szczególnie podatni na objawy pozapiramidowe i upadki. Najbezpieczniejszym lekiem dla tych chorych jest kwetiapina w niskich dawkach (12,5–25 mg).

Najczęstsze działania niepożądane poszczególnych leków zostały przedstawione w tabeli 13.

Leki przeciwdepresyjne

Leki przeciwdepresyjne (LPD) są lekami o różnym mechanizmie działania. Działają przeciwdepresyjne, przeciwlękowo, niektóre z nich sedatywnie i na-

sennie. Ograniczeniem ich stosowania w stanach nagłych jest efektywne działanie dopiero po kilku tygodniach. Ostatnio są także stosowane w przypadkach pobudzenia spowodowanego obecnością objawów psychotycznych. Ich pozytywne działanie obserwuje się też w drażliwości, wybuchowości i pobudzeniu psychoruchowym o niewielkim nasileniu w przebiegu BPSD.

Najczęściej zalecanymi LPD w otępieniu są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (*selective serotonin reuptake inhibitor* – SSRI). Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (np. amitryptylina, doksepina) nie są zalecane z powodu silnego działania antycholinergicznego (upadki, kardi toksyczność, zaburzenia świadomości).

Dawkowanie LPD w pobudzeniu przedstawiono w tabeli 14, a wskazania i działania niepożądane w tabeli 15.

Objawy niepożądane są zależne od dawek leku. Do najczęściej występujących należą [16]:

- nudności i dolegliwości żołądkowo-jelitowe, zwłaszcza w początkowej fazie leczenia i przy podwyższaniu dawek (SSRI),
- u niektórych chorych zwiększenie napędu psychoruchowego i niepokój oraz bezsenność,
- pogorszenie funkcji poznawczych,
- upadki [opisano nieznaczny wzrost ryzyka upadków i złamań kości długich po stosowaniu

Tabela 13. Podsumowanie objawów niepożądanych występujących w czasie stosowania leków przeciwpsychotycznych

Lek	Objawy niepożądane
aripirazol	niepokój ruchowy (akatyzyja), senność
kwetiapina	senność, niewielkie objawy pozapiramidowe, objawy antycholinergiczne, zwiększenie masy ciała i zaburzenia metaboliczne, hipotensja ortostatyczna, upadki
olanzapina	senność, zwiększenie masy ciała, zaburzenia metaboliczne, objawy pozapiramidowe, objawy antycholinergiczne
risperidon	senność, infekcje dróg moczowych, nietrzymanie moczu, objawy pozapiramidowe, hiperprolaktynemia, osteoporoza, hipotensja ortostatyczna, ryzyko upadków, ryzyko incydentów naczyniowych, w tym ryzyko udaru
tiapryd	niewielkie objawy pozapiramidowe, senność, zawroty głowy
haloperidol	zespoły pozapiramidowe, nadmierna sedacja, upadki, tachykardia, hipotensja, hipertensja, komorowe zaburzenia rytmu, wydłużenie QTc

Tabela 14. Dawkowanie leków przeciwdepresyjnych w pobudzeniu

Lek	Profil działania klinicznego	Dawka początkowa (mg)	Dawka maksymalna (mg)
citalopram	zrównoważony	10	20
sertralina	zrównoważony	25	150
mirtazapina	nasenny	15	45
mianseryna	sedatywny, nasenny	10	30
trazodon	sedatywny, nasenny	25	75–300

Tabela 15. Wskazania i objawy niepożądane w czasie stosowania leków przeciwdepresyjnych [15]

Lek	Efektywność większa od placebo	Objawy niepożądane
citalopram	pobudzenie, redukcja objawów psychotycznych o 40% skuteczność podobna jak risperidonu	gorsze funkcje poznawcze, anoreksja, biegunka, gorączka, pogorszenie chodu, wydłużenie QTc (dawki > 20 mg/dobę)
sertralina	pobudzenie, objawy psychotyczne	zwykle dobra tolerancja, częstość działań niepożądanych podobna jak u pacjentów w młodszym wieku, jednak większe ryzyko hiponatremii
mianseryna	pobudzenie, działanie nasenne, przeciwłękowe	ostrożnie w cukrzycy, padaczkę, po zawale mięśnia serca, w jaskrze, w przeroście gruczołu krokowego; ocena leukopenii; możliwe interakcje z benzodiazepinami
mirtazapina	pobudzenie, zaburzenia snu	hipotensja ortostatyczna, bóle głowy przy wyższych dawkach
trazodon	pobudzenie – wynik niepewny; zmniejszenie częstości i nasilenia niepokoju psychoruchowego, agresji, drażliwości, wędrowania, zwłaszcza w godzinach wieczornych	u pacjentów w podeszłym wieku może wystąpić hipotonia ortostatyczna, senność lub inne skutki działania cholinolitycznego trazodonu

wszystkich LPD u chorych z AD w porównaniu z chorymi bez otępienia (HR = 1,61)],

- hiponatremia (należy monitorować okresowo stężenie sodu w surowicy),
- zespół długiego QTc (opisywany m.in. przy wyższych dawkach citalopramu, tj. > 20 mg/dobę); należy wykonać EKG przed rozpoczęciem leczenia, po 2 tygodniach od rozpoczęcia oraz po 1–2 tygodniach po każdym zwiększeniu dawki.

Dowody badawcze dotyczące wpływu LPD na pobudzenie są umiarkowane w odniesieniu do wielkości leków z grupy SSRI. Udowodniono korzystny wpływ citalopramu na zmniejszenie nasilenia objawów psychotycznych i pobudzenia w AD, jednak wymagało to stosowania wysokich dawek (30 mg/dobę), co nasilało objawy niepożądane [17].

Leki uspokajające

Wśród leków wykazujących działanie uspokajające stosowanych w pobudzeniu o niewielkim nasileniu i/lub zaburzeniach snu znajdują się tiapryd, hydroksyzyna, buspiron oraz alimemazyna. Alimemazyna

(Theralene) to pochodna alifatyczna fenotiazyn. Nie jest zarejestrowana w Polsce, ale dostępna m.in. w Niemczech, Francji i Belgii. Jej zaletą jest brak wpływu na ciśnienie tętnicze krwi oraz objawy pozapiramidowe. Dawkowanie (płyn 1 kropla = 1 mg): 1–20 mg/dobę.

Dawkowanie oraz wskazania do stosowania leków dostępnych na polskim rynku wykazujących działanie uspokajające przedstawiono w tabeli 16.

Hydroksyzyna wykazuje właściwości przeciwhistaminowe, cholinolityczne, przeciwbólowe i przeciwwymiotne. Zasadniczo jest dobrze tolerowana. Należy zachować dużą ostrożność ze względu na objawy niepożądane (tab. 17), ale w przypadku chorych z pobudzeniem w otępieniu hydroksyzyna jest i tak relatywnie jednym z najbezpieczniejszych leków.

Buspiron jest lekiem o działaniu głównie przeciwłękowym. Nie wpływa negatywnie na funkcje poznawcze; nie zwiększa się tolerancja na lek. Jednak nie działa natychmiast – jego efekt obserwuje się dopiero po 2–3 tygodniach podawania. Może stanowić relatywnie bezpieczną alternatywę u części

Tabela 16. Wskazania do stosowania i dawkowanie leków z komponentem uspokajającym

Lek	Wskazania	Biologiczny okres półtrwania (T _{1/2}) (godz.)	Dawka początkowa (mg)	Zakres dawki (mg)
tiapryd	pobudzenie, agresja, hiperkinezy, lęk, zaburzenia snu	2,9–3,6	50	50–300
hydroksyzyna	lęk	7–37	10	25–50
buspiron	lęk, niepokój, pobudzenie, agresja	2–11	15	15–30

Tabela 17. Informacja EMA PRAC dotycząca hydroksyzyny

Ostrzeżenie EMA PRAC z 13 lutego 2015 r.

PRAC (*Pharmacovigilance Risk Assessment Committee*) stwierdził, że stosowanie hydroksyzyny wiąże się z niewielkim, ale wyraźnym ryzykiem wystąpienia zespołu długiego QT i *torsade de pointes*, które mogą prowadzić do zaburzeń rytmu serca i zatrzymania akcji serca. Aby zminimalizować to ryzyko, zalecono m.in. następujące ograniczenia:

- nie zaleca się stosowania hydroksyzyny u osób starszych
- dawki i czas przyjmowania powinny być zredukowane do najmniejszych działających dawek, stosowanych jak najkrócej
- maksymalna dawka u osób starszych nie powinna przekraczać 50 mg dziennie
- należy unikać stosowania leku u pacjentów z ryzykiem wystąpienia zaburzeń rytmu lub przyjmujących inne leki mogące wywołać wydłużenie odcinka QTc; należy zwrócić szczególną uwagę na pacjentów, u których występuje bradykardia lub obniżone stężenie potasu w surowicy

chorych z łagodnym pobudzeniem. Przeciwwskazania to ciężka niewydolność wątroby i nerek.

Dużo gorszy profil tolerancji ma nadal często stosowana **promazyne**. Jest to słaby lek przeciwpsychotyczny, podczas stosowania w dawkach terapeutycznych możliwe jest występowanie nadmiernej senności, upośledzenia koncentracji uwagi, nadmiernego zahamowania ruchowego, zaburzeń snu, depresji, obniżenia ciśnienia tętniczego krwi, u niektórych osób objawów pozapiramidowych. Promazyne ma silne działanie cholinolityczne i obecnie nie rekomenduje się jej stosowania jako leku pierwszego rzutu u chorych z otępieniem.

Benzodiazepiny (BDZ) są lekami do stosowania doraźnego. W czasie podawania BDZ należy uwzględnić czas biologicznego półtrwania – im dłuższy, tym dawka powinna być niższa, ponieważ lek będzie się stopniowo kumulował w surowicy krwi. Efektywność BDZ jest niewielka, warto o tym pamiętać i nie podwyższać dawek, gdy leki nie działają.

Wskazania do stosowania BDZ to: bardzo nasilony lęk, napady lęku, ciągły niepokój psychiczny i ruchowy, zaburzenia snu. Ryzyko stosowania BDZ u osób w wieku podeszłym jest znaczne. Powodują one:

- zwiększenie ryzyka zaburzeń świadomości lub nasilenie już obecnych,
- zwiększenie ryzyka upadków,
- pogorszenie funkcji poznawczych,
- paradoksalne pobudzenie (rozhamowanie lub nasilenie pobudzenia ruchowego),

- ryzyko uzależnienia, a w razie długiego stosowania i nagłego odstawienia – wystąpienia objawów zespołu abstynencyjnego: niepokój i lęk, zaburzenia snu, pogorszenie apetytu, biegunka.

Brakuje dowodów, że BDZ działają lepiej od LPP. Ocena potencjalnych korzyści i ryzyka przemawia za tym, aby w sytuacji pobudzenia stosować raczej LPP niż BDZ. Wyjątkowo w sytuacjach skrajnego lęku i pobudzenia można stosować doraźnie oksazepam i niskie dawki lorazepamu (uwaga – lek ma działanie cholinolityczne) [18].

Leki nasenne

Choć w pobudzeniu często obserwuje się zaburzenia snu, stosowanie leków nasennych (LN) z grupy tzw. leków „Z” nigdy nie powinno być rutynowym postępowaniem. Należy pamiętać, że stosowanie tych leków wiąże się z takim samym ryzykiem jak stosowanie BDZ. Upośledzają one funkcje poznawcze, powodują zwiększenie tolerancji, a więc zmniejszenie efektywności stałych dawek, natomiast odstawienie wywołuje zespół abstynencyjny (np. lęk, pobudzenie, zawroty głowy, bóle głowy, bóle mięśniowe, napięcie, drażliwość) oraz objawy z tzw. odbicia, które są analogiczne do objawów, z powodu których zastosowano lek (tab. 18). **Leki „Z” przeznaczone są wyłącznie do stosowania bardzo krótkiego – nie dłużej niż przez kilka dni.**

Analizy dotyczące stosowania w otępieniu tzw. leków „Z” nie zalecają ich podawania z powodu niekorzystnego stosunku korzyści do ryzyka. Dlatego też badania koncentrują się na innych lekach o działaniu nasennym lub uspokajająco-nasennym i ograniczonej efektywności w zaburzeniach snu. Dostępne dane potwierdzają poprawę snu u części chorych po zastosowaniu melatoniny i trazodonu. U niektórych chorych przydatne mogą się okazać niskie dawki innych leków, takich jak mirtazapina, mianseryna oraz tiapryd (tab. 19).

Leki przeciwpadaczkowe

W leczeniu pobudzenia w otępieniu stosowane są również leki przeciwpadaczkowe (LPPA). Najwięcej danych dotyczy karbamazepiny i pochodnych kwasu walproinowego. Są to raczej leki drugiego rzutu, gdy w monoterapii nie uzyskuje się wyraźnego efektu. Decyzję o leczeniu skojarzonym (np. LPP i LPPA) należy podejmować z bardzo dużą ostrożnością z uwagi na liczne objawy niepożądane i interakcje LPPA z innymi lekami (tab. 20) [22].

Tabela 18. Dawkowanie i objawy niepożądane w czasie stosowania tzw. leków „Z” [19]

Lek	Biologiczny okres półtrwania ($T_{1/2}$) (godz.)	Dawka (mg)	Objawy niepożądane
zolpidem	2–3	5–10	omamy wzrokowe, nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych
zopiklon	5–7	3,75–7,5	reakcje paradoksalne, bezdech, uzależnienie, zawroty, bóle głowy, ataksja
zaleplon	1	5–10	senność, pogorszenie funkcji poznawczych, zwiększenie tolerancji, zespół abstynencyjny

Tabela 19. Leki o działaniu uspokajająco-nasennym stosowane w otępieniu [20, 21]

Lek	Dawka początkowa (mg)	Zakres dawki (mg)	Objawy niepożądane
melatonina	5	5–10	nie ma wpływu na funkcje poznawcze, dobra tolerancja
trazodon	25	50–150	nie ma wpływu na funkcje poznawcze, dobra tolerancja, rzadko suchość śluzówek, osłabienie, senność
mirtazapina	15	15–30	dobra tolerancja, rzadko zaburzenia świadomości
mianseryna	10	10–20	ostrożnie w padaczkę, po zawale mięśnia serca, bloku serca przedsionkowo-komorowym, jaskrze, przerostie gruczołu krokowego; niedociśnienie tętnicze, zaburzenia świadomości, bardzo rzadko agranulocytoza
tiapryd	50	50–200	nie ma wpływu na funkcje poznawcze, dobra tolerancja, niewielkie objawy pozapiramidowe, senność

Dane sugerujące dobrą tolerancję i wysoką efektywność LPPA zostały ostatnio poddane krytycznej analizie. Nieśpójność wyników badań była być może rezultatem zbyt szerokiej definicji pobudzenia. Nie stwierdzono efektywnego działania LPPA w pobudzeniu spowodowanym obecnością objawów psychiatrycznych czy zaburzeniami świadomości oraz w stanach agresji fizycznej.

Wskazania do stosowania LPPA dotyczą pobudzenia występującego okresowo, o niewielkim nasileniu, głównie drażliwości, wybuchowości, impulsywności działań, agresji werbalnej. W rekomendacjach

zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego (PTA) zaleca się: „w stanach pobudzenia, zwłaszcza z towarzyszącą drażliwością, labilnością afektywną i agresją można rozważyć podanie małych dawek karbamazepiny (50–300 mg) lub pochodnych kwasu walproinowego (150–600 mg); karbamazepina może być skuteczna w niektórych przypadkach braku odpowiedzi na LPP” [24]. Podsumowanie najważniejszych kroków w leczeniu pobudzenia u chorego z otępieniem zawarto w tabeli 21. Wskazano leki najbardziej przydatne, w opinii autorów, w praktyce lekarza POZ.

Tabela 20. Leki przeciwpadaczkowe w pobudzeniu [23]

Lek	Biologiczny okres półtrwania ($T_{1/2}$) (godz.)	Dawka (mg)	Objawy niepożądane
pochodne kwasu walproinowego	4–9	150–600	senność, zaburzenia chodu, upadki, infekcje, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, uszkodzenie wątroby, zapalenie żołądka, biegunka, objawy pozapiramidowe, zaburzenia funkcji poznawczych, ospałość, bóle głowy, oczopląs, hiponatremia, anemia, trombocytopenia, głuchota, reakcje uczuleniowe
karbamazepina	16–24	50–300	upadki, ataksja, bóle i zawroty głowy, senność podwyższona ciepłota ciała, męczliwość, nudności i wymioty, leukopenia, hiponatremia, podwójne widzenie, zaburzenia rytmu serca, zatorowość
pregabalina	6,3	150–300	zawroty głowy, senność, zespół odstawienny, drażliwość, ataksja, zaburzenia koncentracji uwagi, drżenie

Tabela 21. Wybrane sytuacje kliniczne w leczeniu pobudzenia u pacjenta z otępieniem

Objawy	Leczenie
wystąpienie lub pogorszenie zaburzeń zachowania u chorego z otępieniem	poszukaj przyczyny organicznej (np. infekcji dróg moczowych, bólu, zaparć) rozważ obecność depresji i lęku
nie stwierdzono żadnej przyczyny organicznej	rozważ niefarmakologiczne metody leczenia zaburzeń zachowania, np. wyeliminowanie czynników spustowych w środowisku pacjenta
działania niefarmakologiczne zawiodły lub zaburzenia zachowania są znaczne i uporczywe	rozważ tiapryd 50–200 mg/dobę, jeśli brak wyraźnej poprawy w ciągu 2–3 tygodni, odstaw i rozważ trazodon 50–300 mg/dobę, jeżeli brak wyraźnej poprawy w ciągu 2–3 tygodni, odstaw
zagrożenie agresją fizyczną spowodowaną objawami psychiatrycznymi	zaleć risperidon 0,5–2 mg lub olanzapinę 2,5 mg
głównym objawem są zaburzenia snu	rozważ tiapryd, trazodon, mirtazapinę – tylko przez krótki czas
chory nie jest psychiatryczny ani nadmiernie pobudzony, ale problemem są agresja słowna i zaburzenia snu	zastosuj tiapryd 50–200 mg lub trazodon 25–50 mg wieczorem – ewentualnie powoli zwiększaj dawkę do 300 mg dziennie
lęk jest głównym problemem	rozważ obecność depresji, gdy obecna, zastosuj SSRI (np. citalopram); doraźnie można stosować hydroksyzynę (10–30 mg), benzodiazepiny (np. oksazepam 5 mg) można stosować tylko doraźnie
pacjent bardzo pobudzony, niebezpieczny	pierwszym wyborem w szybkiej sedacji jest haloperidol 1–2 mg doustnie, z oceną efektu po 1–2 godzinach; haloperidol nie powinien być stosowany przewlekłe

Podsumowanie

Kompleksowa opieka nad pacjentem z otępieniem jest dużym wyzwaniem zarówno dla opiekunów, jak i lekarzy prowadzących. Bardzo ważna jest współpraca i wymiana informacji między specjalistami, aby uniknąć lub ograniczyć ryzyko wystąpienia np. interakcji i działań niepożądanych leków. Z uwagi na wiek chorych należy pamiętać o zasadach farmakoterapii geriatrycznej i postępować z dużą ostrożnością.

Rolą lekarza rodzinnego jest ustalenie wstępnego rozpoznania bądź podejrzenia otępienia, a ostateczna diagnoza powinna być potwierdzona przez specjalistę psychiatrii lub neurologii. W przebiegu choroby dochodzi wielokrotnie do zmian w zachowaniu pacjenta, m.in. do pobudzenia. Pacjent z opiekunem trafiają wówczas w większości przypadków do lekarza POZ, który na co dzień opiekuje się pacjentem. Jest bardzo ważne, aby lekarz potrafił ocenić potencjalne przyczyny pogorszenia stanu zdrowia pacjenta oraz wdrożyć plan leczenia uwzględniający współpracę z innymi specjalistami (geriatrą, rehabilitantem, psychologiem) i opiekunem.

Piśmiennictwo

1. Borzym A, Michalak G. Otępienia. W: Otępienia i organiczne zaburzenia psychiczne w praktyce lekarza POZ. Jarema M (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018; 17-43.

2. Parnowski T, Szczudlik A, Sobów T, Gabryelewicz T. Zaburzenia neuropsychiczne w otępieniach. Uaktualnione zasady terapii. Mediadore, Warszawa 2018.
3. Seitz DP, Chan CC, Newton HT i wsp. Mini-Cog for the diagnosis of Alzheimer's disease dementia and other dementias within a primary care setting. Cochrane Database Syst Rev 2018; 2: CD011415.
4. Borzym A, Michalak G. Pobudzenie u osoby starszej. W: Stany nagłe – geriatryka. Broczek K, Jankowski K (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2018; 420-436.
5. Broczek K, Borzym A. Pobudzenie u osoby w starszym wieku. Medycyna po Dyplomie 2014; 23: 22-36.
6. Kijanowska-Haładyna B. Majaczenie u osób w podeszłym wieku. W: Stany nagłe – geriatryka. Broczek K, Jankowski K (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2018; 437-456.
7. Broczek K. Somatyczne przyczyny zaburzeń świadomości u osób w podeszłym wieku. Postępy Nauk Medycznych 2011; 24: 692-700.
8. Broczek K. Jedno słowo może wiele, czyli o komunikacji z pacjentami w starszym wieku. Gerontologopedia. Grupa Wydawnicza Harmonia, Gdańsk 2018 (w druku).
9. Broczek K. Całościowa ocena geriatryczna – zestaw skal czy coś więcej? Zeszyt edukacyjny. Geriatryka. Część 3. Medycyna po Dyplomie 2016; 2: 59-64.
10. Maćkiewicz J. Osoby starsze jako ofiary przemocy. Impuls, Kraków 2015.
11. Broczek K. Wybrane zaburzenia wodno-elektrolitowe. W: Stany nagłe – geriatryka. Broczek K, Jankowski K (red.). Medical Tribune Polska, Warszawa 2018; 26-51.
12. Birks JS, Grimley Evans J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2015; 4: CD001191.
13. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE i wsp. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. Am J Psychiatry 2016; 173: 543-546.

14. Hershey LA, Aggarwal R, Jindal P, Baranskaya I. Managing Agitation in Alzheimer Disease and Related Disorders. *JSM Alzheimer's Dis Related Dementia* 2014; 1: 10.
15. Wang F, Feng TY, Yang S i wsp. Drug Therapy for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Curr Neuropsychopharmacol* 2016; 14: 307-313.
16. Torvinen-Kijskinen S, Tolppanen AM, Koponen M i wsp. Antidepressant use and risk of hip fractures among community-dwelling persons with and without Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2017; 32: e107-e115.
17. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG; CitAD Research Group. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA* 2014; 311: 682-691.
18. DeFrancesco M, Marksteiner J, Fleischhacker WW, Blasko I. Use of Benzodiazepines in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Literature. *Int J Neuropsychopharmacol* 2015; 18: pyv055.
19. McCleery J, Cohen DA, Sharpley AL. Pharmacotherapies for sleep disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 11: CD009178.
20. Everitt H, Baldwin DS, Stuart B i wsp. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: CD010753.
21. Scoralick FM, Louzada LL, Quintas JL i wsp. Mirtazapine does not improve sleep disorders in Alzheimer's disease: results from a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Psychogeriatrics* 2017; 17: 89-96.
22. Bidzan L, Grabowski J, Dutczak B, Bidzan M. Wpływ farmakoterapii inhibitorami acetylocholinesterazy, kwasem walproinowym i lekami przeciwpsychotycznymi na zachowania agresywne w przebiegu otępienia typu Alzheimerera. *Psychiatria Pol* 2012; 46: 361-372.
23. Lonergan E, Luxenberg J. Valproate preparations for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 3: CD003945.
24. Kłoszewska I. Farmakologiczne leczenie zaburzeń zachowania, psychotycznych i nastroju w chorobie Alzheimerera. W: Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Medisfera, Warszawa 2012; 94-105.

Załącznik 1. Podstawowe informacje o otępieniu i zasadach opieki dla opiekunów**Gdy u twojego bliskiego rozpoznano otępienie:**

1. Pogódź się z tym, że choroba jest postępująca i stan twojego bliskiego nie polepszy się.
2. Zdobywaj wiedzę o chorobie.
3. Skontaktuj się z najbliższym stowarzyszeniem alzheimerowskim.
4. Uczęszczaj na grupy wsparcia – zorientujesz się, jak inni sobie radzą w podobnych sytuacjach.
5. Podziel się swoimi problemami z innymi członkami rodziny i z przyjaciółmi.
6. Nie izoluj się, wychodź z domu i utrzymuj kontakt z przyjaciółmi.
7. Nie odrzucaj pomocy, którą proponują ci inni.
8. Akceptuj pojawiające się uczucia, nie wiń siebie za nie.
9. Doceniaj swoją rolę, ciesz się każdym sukcesem – swoim i chorego.
10. Zatrósz się o przyszłość swoją i chorego, załatwiając sprawy formalne na jak najwcześniejszym etapie choroby.

Załącznik 2. Informacje o stowarzyszeniach działających na rzecz osób chorujących na chorobę Alzheimera i ich rodzin

Cała Polska	Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera	Emilii Pater 47 00-118 Warszawa	telefon zaufania: 22 622 11 22 (czynny we wtorki i czwartki w godz. 15.00–17.00) www.alzheimer-waw.pl
Województwo dolnośląskie	Stowarzyszenie Grupa Wsparcia dla Osób z Problemami Pamięci „Niezapominajka”	Horbaczewskiego 20/3 54-130 Wrocław	telefon: 506 162 519 www.stowniezapominajka.wroclaw.pl
	Fundacja Alzheimerowska	Pasteura 10 50-367 Wrocław	telefon: 71 784 15 85 www.fundacja-alzheimer.pl
	Stowarzyszenie Osób Chorych na Chorobę Alzheimera i Ich Rodzin – Sokołowsko	Główna 29 58-350 Sokołowsko	telefony: 74 845 18 20, 506 038 313 www.serv-med.pl
Województwo kujawsko-pomorskie	Bydgoskie Stowarzyszenie Opieki nad Chorymi z Otępieniem Typu Alzheimerowskiego	Ujejskiego 11/1 85-168 Bydgoszcz	telefony: 52 371 16 44, 607 079 005 www.alzheimerbydgoszcz.pl
Województwo podlaskie	Białostockie Stowarzyszenie Alzheimerowskie	Swobodna 38/9 15-765 Białystok	telefon: 602 831 797
Województwo lubelskie	Lubelskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie	Towarowa 19 20-205 Lublin	telefon: 81 444 45 44 www.lsa.lublin.pl
Województwo lubuskie	Lubuskie Stowarzyszenie Wsparcia Opiekunów i Osób Dotkniętych Chorobą Alzheimera	Osiedle Pomorskie 28 65-548 Zielona Góra	telefon: 68 325 83 66 www.alzheimer.zgora.pl
Województwo łódzkie	Łódzkie Towarzystwo Alzheimerowskie	ul. Przybyszewskiego 111 93-110 Łódź	telefony: 42 681 24 32, 42 681 24 38
Województwo małopolskie	Małopolska Fundacja Pomocy Ludziom Dotkniętym Chorobą Alzheimera – Kraków	Osiedle Słoneczne 15 31-958 Kraków	telefon: 12 410 54 20 www.alzheimer-krakow.pl
	Fundacja Find Me If You Care	Partyzantów 1 32-600 Oświęcim	telefon: 605 662 330
Województwo mazowieckie	Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera	Emilii Plater 47 00-118 Warszawa	telefon: 22 622 11 22 www.alzheimer-waw.pl
	Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera – Siedlce	Leśna 96 08-110 Siedlce	telefon: 602 394 301, telefon prezes: 504 091 599 dpsptaszki@op.pl DPS Ptaszki dpskukawki@op.pl DPS Kukawki www.alzheimer.org.pl
Województwo opolskie	Opolskie Stowarzyszenie na rzecz Niepełnosprawnych w Tym Osób i Rodzin z Chorobą Alzheimera	Damrota 2 47-303 Krapkowice	telefon: 500 169 863 www.opolski-alzheimer.pl
	Fundacja „KTOTO – Zrozumieć Alzheimera”	Łąkowa 6 46-070 Osiny	telefon: 792 47 27 36 www.ktoto.com.pl
Województwo podkarpackie	Podkarpackie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera	Seniora 2 35-310 Rzeszów	telefony: 17 857 93 50, 501 603 236 www.alzheimer.rzeszow.pl
Województwo pomorskie	Gdańskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera	Armii Krajowej 94 81-824 Sopot	telefony: 58 551 63 64, 503 673 909, 604 058 272, 606 897 810
Województwo śląskie	Częstochowskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera przy WSZ Oddział Psychiatryczny	PCK 1 42-200 Częstochowa	telefon: 34 325 26 11, wew. 226
	Stowarzyszenie na rzecz Osób Chorych na Alzheimera i Zespołów Degeneracyjnych	Sienkiewicza 35 42-450 Zawiercie	telefon: 698 695 971

Załącznik 2. Cd.

Województwo świętokrzyskie	Stowarzyszenie na rzecz Osób z Chorobą Alzheimera	Szkolna 8 27-660 Koprzywnica	telefon: 15 847 70 30 www.alzheimer.koprzywnica.info
	Kieleckie Stowarzyszenie Alzheimerowskie	Jagiellońska 76 35-734 Kielce	telefon: 504 043 989 www.kielcealzheimer.pl
Województwo warmińsko-mazurskie	Elbląskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera i Innymi Zaburzeniami Psychicznymi	Podgórna 1 82-300 Elbląg	telefon: 55 625 61 91 www.alzheimer.elblag.pl
Województwo wielkopolskie	Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie	Garczyńskiego 13 61-527 Poznań	telefony: 61 855 02 73, 61 855 02 74, 61 855 02 75 www.alzheimer-poznan.pl
	Wielkopolskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Chorobą Alzheimera	Iłakowiczówny 6/2A 60-789 Poznań	telefon: 61 22 45 085 www.alzheimerwielkopolska.pl
	Leszczyńskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie	Dąbrowskiego 45a 64-100 Leszno	telefon: 667 505 212
	Grupa Wsparcia dla Rodzin i Opiekunów Osób Chorych na Chorobę Alzheimera przy Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II	11 Listopada 40 64-920 Piła	telefony: 67 212 26 43, wew. 200, 204, 127, 117; 666 047 153
Województwo zachodniopomorskie	Stowarzyszenie na rzecz Propagowania i Rozwoju Wiedzy o Zaburzeniach Pamięci i Chorobach Otepiennych „COGITO”	Powstańców Wielkopolskich 33a 70-111 Szczecin	www.alzheimer.szczecin.pl