

Úzkost, deprese a delirium v nemocniční paliativní péči – stručný přehled

Tereza Foretová, Miroslav Žiaran

Komplexní onkologické centrum Pardubického kraje, Multiscan, s.r.o., Pardubická krajská nemocnice
Oddělení klinické a radiační onkologie, Nemocnice Pardubice

Jedním z cílů paliativní péče je zajištění komfortu a zlepšení kvality života pacientů s nevyléčitelným onemocněním. Většina pozornosti bývá věnována zejména fyzickým symptomům, ale nesmíme zapomínat, že duševní zdraví pacienta hraje klíčovou roli v celkovém procesu péče. Úzkost, deprese a delirium patří mezi nejčastější psychické poruchy v paliativní péči a významně ovlivňují kvalitu života pacientů i jejich rodin. Tyto stavy jsou často nedostatečně rozpoznány nebo podhodnoceny, přestože efektivní intervence mohou výrazně zlepšit duševní i celkovou pohodu nemocných. V tomto přehledu jsou shrnuty základní charakteristiky jednotlivých poruch, jejich prevalence v kontextu paliativní medicíny, diagnostické výzvy a současné možnosti farmakologické i nefarmakologické léčby. Cílem je poskytnout stručné, prakticky využitelné informace pro zdravotníky se zájmem o oblast nemocniční paliativní a podpůrné péče. Vzhledem k rozsahu problematiky není cílem vyčerpávající a podrobný přehled.

Klíčová slova: paliativní péče, úzkost, deprese, delirium.

Anxiety, depression, and delirium in hospital palliative care – a brief overview

One of the fundamental objectives of palliative care is to ensure patient comfort and enhance quality of life in the context of incurable illness. While clinical attention has traditionally centred on the management of physical symptoms, the significance of psychological well-being should not be underestimated. Mental health constitutes an integral component of comprehensive palliative care, influencing the overall care trajectory. Anxiety, depression, and delirium represent the most prevalent psychiatric disorders encountered in palliative settings, each exerting a substantial impact on patients and their families. Despite their high prevalence, these conditions are frequently underdiagnosed or inadequately treated. This review aims to summarize current knowledge on the clinical features, prevalence, and diagnostic challenges associated with anxiety, depression, and delirium in palliative care as well as an overview of pharmacological and non-pharmacological treatment options. This article is intended as a concise resource for inpatient healthcare professionals engaged in palliative and supportive care. Given the scope of the topic, the aim is not to provide an exhaustive or detailed review.

Key words: palliative care, anxiety, depression, delirium.

Úvod

Úzkost a deprese patří mezi nejčastější psychiatrické symptomy u pacientů v paliativní péči. Neléčená úzkost a deprese nejen zhoršují celkovou kvalitu života, ale mají zásadní vliv na bolest a další tělesné symptomy.

Úzkost a deprese mohou ztížit přijímání reality a také adaptaci na nové životní okolnosti. Delirium může mít nepříznivý dopad zejména na kognitivní funkce pacienta, což dále zvyšuje zátěž pro pacienta i jeho rodinu (1, 2, 3, 4, 6).

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: **Onkologie**. 2025;19(3):124-130

<https://doi.org/10.36290/xon.2025.024>

Článek přijat redakcí: 16. 3. 2025

Článek přijat k tisku: 15. 5. 2025

MUDr. Miroslav Žiaran

ziaran.miroslav@gmail.com

Pacient s nevléčitelným onemocněním čelí a vyrovnává se s řadou zásadních změn a musí se adaptovat na nově vzniklé situace. Doposud soběstačný pacient se s progresí choroby stává závislým na pomoci druhých, přestává být schopen pečovat sám o sebe a již nemůže vykonávat všechny aktivity, které mu do života vnášely radost. Tyto všechny změny postupně vedou ke změně psychiky pacienta. Objevují se nové negativní emoce, jako je strach, hněv a smutek. Toto vše může vést ke vzniku úzkostně-depresivní poruchy. Zátěž spojená s péčí o nemocného člena rodiny může mít negativní dopad také na rodinu pacienta. Péče o nevléčitelně nemocného pacienta je náročná časově, finančně a zejména psychicky (5).

Úzkost

Úzkost je psychologický stav charakterizovaný pocitem napětí, strachu a nervozity. Představuje běžnou a dočasnou emoční reakci na stresující podnět. Úzkostná porucha je klinicky významný psychopatologický stav charakterizovaný nadměrnou, neadekvátní a přetrvávající úzkostí, která narušuje každodenní fungování a obvykle vyžaduje odbornou intervenci. Prevalence úzkostných poruch se v paliativní péči pohybuje mezi 6,8–13,3 % (1).

Příčiny vzniku

Úzkost může být vyvolána mnoha faktory. Někdy je příčinou úzkosti nedostatek informací, jindy zase obavy z dalšího vývoje zdravotního stavu nebo strach ze smrti. U většiny pacientů s nevléčitelným onemocněním jde zejména o strach ze samotného umírání. Tento strach může být spojen s obavami z bolesti, ztráty kontroly, opuštění blízkých nebo z nejistoty, co bude po smrti. U některých lidí může tento strach vyvolat až silné úzkostně-depresivní stavy (1, 2, 4).

Klinický obraz

Mezi projevy úzkosti řadíme neklid, agitovanost, tachykardii, hyperventilaci i poruchy spánku. Úzkostný pacient může méně komunikovat a více se vyhýbat kontaktu se svým okolím. Na druhé straně mohou nastat situace, kdy je naopak příznakem úzkosti nadměrná komunikace a nutkání sdělit všechny prožitky a informace zrychleně. Pacientovo vnímání

a jeho komunikace s okolím může být úzkostí doslova paralyzována (4, 5).

Diagnostika

Základním nástrojem pro diagnostiku úzkosti u pacienta v paliativní péči je pečlivý rozhovor s pacientem a jeho rodinou. Je důležité zjistit, jak pacient vnímá svou nemoc, jaké jsou jeho obavy a jak prožívá změny ve svém životě. V neposlední řadě se zaměřujeme i na osobní anamnézu pacienta, tedy výskyt úzkosti nebo depresí v minulosti. U pacientů, kteří nejsou schopni komunikovat, hraje roli i pozorování pacienta. Všimáme si výše uvedených příznaků (3).

Terapie

Stavy úzkosti u pacienta můžeme ovlivnit dvěma způsoby, a to pomocí psychofarmak a psychoterapie. Obecnou podpůrnou psychoterapií by měl umět poskytnout každý zdravotnický pracovník. V případě speciální psychoterapie je velice důležitá mezioborová spolupráce. V tomto případě hraje klíčovou roli psycholog či psychiatr, který může vést psychoterapii u pacienta. Optimální je kombinace obou metod, tedy psychoterapie v kombinaci s psychofarmaky.

Obecně v paliativní péči farmakologickou terapii volíme i podle prognózy pacien-

ta. U pacientů s prognózou v řádech měsíců volíme léky ze skupiny antidepresiv. U pacientů s prognózou kratší jsou indikovány benzodiazepiny. Nevýhodou užívání léků ze skupiny benzodiazepinů je přetrvávající denní útlum, ospalost, poruchy pozornosti a ataxie. U starších pacientů je zvýšené riziko pádů. Při jejich dlouhodobém užívání hrozí riziko vzniku závislosti (5, 6).

Deprese

Deprese je psychické onemocnění, které se řadí mezi afektivní poruchy. Depresivní pacient je negativní vůči sobě i svému okolí, ztrácí o cokoliv zájem a není schopen provádět jakékoliv aktivity. Nevidí v ničem smysl a nic ho netěší. Odhadovaná prevalence se u pacientů v paliativní péči pohybuje od 24 % do 70 % (12).

V klinické praxi může být složité navzájem odlišit smutek a depresivní poruchu. Smutek je přirozeným projevem a přiměřenou reakcí na těžkou životní situaci. Obvykle odeznívá s časem a podporou okolí. I přes smutek může člověk prožívat radost a je schopen zapojit se do společných aktivit. Deprese na straně druhé je psychická porucha, kdy přetrvává pocit beznaděje a prázdnoty většinu dne a téměř každý den. Depresivní pacient se izoluje od svého okolí a není schopen cítit

Tab. 1. Přehled benzodiazepinových a nebenzodiazepinových anxiolytik (25–27)

Benzodiazepinová anxiolytika				
Látka	Mechanismus účinku	Poločas eliminace	Indikace	Poznámky
Diazepam	Agonista GABA receptoru	44–48 h	Úzkost, křeče, premedikace	Rychlý nástup účinku, dlouhý poločas, aktivní metabolity.
Alprazolam	Agonista GABA receptoru	11–15 h	Úzkost, panická porucha	Vysoké riziko závislosti, rychlý nástup účinku.
Midazolam	Agonista GABA receptoru	~3 h	Sedace, premedikace	Velmi krátký poločas, vhodný pro krátkodobé použití.
Lorazepam	Agonista GABA receptoru	10–14 h	Úzkost, status epilepticus	Nepodléhá metabolismu CYP450, vhodný při jaterní dysfunkci.
Nebenbenzodiazepinová anxiolytika				
Látka	Mechanismus účinku	Poločas eliminace	Indikace	Poznámky
Pregabalin	Vazba na $\alpha_2\delta$ podjednotku Ca^{2+} kanálů	~6 h	GAD, sociální fobie	Rychlý nástup účinku, nízké riziko závislosti.
Olanzapin	Antagonista 5-HT _{2A} /D ₂ receptorů	21–54 h	Schizofrenie, bipolární porucha	Off-label pro úzkost, metabolické NÚ.
Kvetiapin	Antagonista 5-HT _{2A} /D ₂ receptorů	6–7 h	Schizofrenie, bipolární porucha	Off-label pro GAD, sedativní účinek.

GABA – kyselina gama-aminomáselná, CYP450 – cytochrom P450, GAD – generalizovaná úzkostná porucha, 5-HT_{2A} – 5-hydroxytryptamin(serotonin)_{2A} receptor, D₂ – dopaminový receptor 2, NÚ – nežádoucí účinky

radost. Bez adekvátní léčby tento stav přetrvává a může se s časem zhoršovat. Mezi symptomy, které přispívají k diagnóze deprese, patří i vyjadřovaná přání zemřít nebo žádosti o eutanazii. Časté jsou také poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu a chronické bolesti nereagující na léčbu (8).

Je třeba odlišit také tzv. anticipační smutek, což je typ smutku, který člověk prožívá ještě před ztrátou. V paliativní péči obvykle v situaci, kdy očekáváme smrt blízkého člověka. Objevuje se ještě před úmrtím pacienta a zahrnuje smutek, strach ze ztráty, pocity viny, úzkost a psychické vyrovnání se s blížícím se koncem. Prožívá ho jak rodina a blízcí, tak sám umírající pacient. Může pomoci připravit se na smrt, usnadnit proces truchlení po ztrátě a poskytnout čas na rozloučení (7).

Rizikové faktory

Rizikovými faktory deprese u pacientů v paliativní péči jsou abúzus alkoholu či jiných drog, nedostatečná psychosociální podpora a zázemí pacienta, výskyt deprese či suicidálních pokusů v osobní či rodinné anamnéze a v neposlední řadě nedostatečně mírněná bolest. Symptomatická deprese se typicky vyskytuje u pacientů po mozkových příhodách, pacientů s hypotyreózou nebo u pacientů s epilepsií. Nesmíme zapomínat také na iatrogenní depresi vyvolanou léčbou somatického onemocnění – depresi může být způsobena i farmakoterapií, například ACE inhibitory, kortikoidy či chemoterapeutiky (5).

Diagnostika

Stejně jako u diagnostiky úzkosti je na prvním místě v diagnostice deprese pohovor s pacientem. V rámci rozhovoru s pacientem klademe cílené otázky a všímáme si výše uvedených příznaků. Praktickou a snadnou pomůckou je i dotazníková diagnostika, která nám může pomoci také v rámci screeningu deprese. Příkladem je PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) dotazník obsahující 9 otázek, které hodnotí přítomnost a závažnost depresivních příznaků. Dále můžeme využít HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), který neobsahuje somatické příznaky. Výhodou při diagnostice jsou také informace od okolí pacienta (13).

Terapie

V léčbě depresivního pacienta je stejně jako v terapii úzkosti nejvhodnější formou kombinace psychoterapie a psychofarmak ve formě antidepresiv, včetně ketaminu (10).

Antidepresiva a jejich využití v paliativní péči

Specifickou skupinou v léčbě nejen depresivních stavů, ale také úzkosti tvoří SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu). Nejčastěji užívanými léčivými ze skupiny SSRI jsou sertralin a (es)citalopram. Anxiolytický i antidepresivní účinek těchto léků se dostaví opožděně, většina pacientů cítí zlepšení až po 3–4 týdnech. Na počátku léčby mohou pacienti paradoxně pociťovat prohloubení úzkosti. Je vhodné toto období překrýt a podávat současně s SSRI i benzodiazepiny. Při zahajování léčby je třeba opatrná titrace, začínáme nižšími dávkami, a pokud je to nutné, dávku postupně navyšujeme. Je třeba myslet na to, že sertralin i citalopram ve vyšších dávkách mohou prodlužovat QT interval. Venlafaxin ze skupiny SNRI má stejné účinky jako sertralin nebo citalopram, ale navíc můžeme využít jeho analgetického účinku, tedy jako koanalgetikum. Při léčbě SSRI i SNRI je třeba myslet na lékové interakce a riziko rozvoje serotoninového syndromu (12).

Tricyklická antidepresiva, jako je amitriptylin anebo dosulepin, již nebývají první volbou v léčbě depresivně-úzkostných poruch zejména pro jejich značné nežádoucí účinky (anticholinergní a antihistaminergní). Mezi nežádoucí účinky při jejich užití patří tachykardie, zácpa, sucho v ústech, sedace. V paliativní péči můžeme tato antidepresiva použít jako koanalgetikum. Dosulepin je vhodný v případě úzkosti při agitované depresi (12).

Mirtazapin a trazodon mají anxiolytické účinky, ale jejich účinnost na úzkostnou symptomatiku je nižší než u léčiv ze skupiny SSRI, SNRI nebo tricyklických antidepresiv. Můžeme využít zejména hypnotického účinku těchto léčiv (14).

V paliativní péči je možné off-label použití methylfenidátu ke zmírnění únavy vyvolané nádorovým onemocněním, dále v léčbě depresivních symptomů s rychlým nástupem účinku a ke zlepšení bdělosti při hypoaktivním deliriu či apatii. Jeho stimulační efekt na centrální nervový systém umožňuje zlepšení kvality života pacientů s omezenou prognózou, avšak vyžaduje pečlivou indikaci vzhledem k možným kardiovaskulárním a neuropsychiatrickým nežádoucím účinkům (29, 30).

Delirium

Delirium můžeme definovat jako neuropsychiatrický syndrom, pro který je charakteris-

Tab. 2. Farmakoterapie deprese (upraveno dle 15, 28)

Skupina antidepresiv	Příklady účinných látek	Mechanismus účinku	Nežádoucí účinky
SSRI	sertralin, escitalopram, fluoxetin, paroxetin, citalopram	Zvýšení dostupnosti serotoninu inhibicí jeho zpětného vychytávání	Nevolnost, insomnie, sexuální dysfunkce, úzkost
SNRI	venlafaxin, duloxetin	Zvýšení dostupnosti serotoninu a noradrenalinu	Hypertenze, pocení, nespavost, úzkost
TCA	amitriptylin, imipramin, nortriptylin, klomipramin	Zvýšení 5-HT a NA, anticholinergní účinky	Sedace, ortostatická hypotenze, sucho v ústech, kardiotoxicita
NaSSA	mirtazapin	Blokáda α_2 receptorů, zvýšení NA a 5-HT, blok 5-HT _{2/3} receptorů	Sedace, zvýšená chuť k jídlu, přírůstek hmotnosti
NDRI	bupropion	Zvýšení DA a NA inhibicí jejich reuptake	Nespavost, agitace, sucho v ústech
MAOI	fenelzin, tranlycypromin	Trvalá inhibice degradace monoaminů	Riziko hypertenzní krize, lékové a dietní interakce
Psychostimulancia	Methylfenidát	Inhibice zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu	Riziko insomnie, ztráta chuti k jídlu, potenciál zneužívání, zvýšení kardiovaskulárního rizika

SSRI – selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, TCA – tricyklická antidepresiva, NaSSA – noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresiva, NDRI – inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a dopaminu, MAOI – inhibitory monoaminoxidázy, 5-HT – 5-hydroxytryptamin (= serotonin), NA – noradrenalin, DA – dopamin

INZERCE

tická náhle vzniklá porucha vědomí, porucha pozornosti, myšlení, kognice a vnímání. Toto vše je doprovázeno také změnou nálady, poruchami spánku a poruchou psychomotoriky. Může se jednat o přechodný a potencionálně reverzibilní stav, se kterým se setkáváme u řady pacientů, nejen u nevléčitelně nemocných. U onkologicky nemocných pacientů se delirium vyskytuje v rozmezí od 15 % do 45 %. V rámci terminálních stavů až u 85 % nemocných (5).

Rizikové faktory

Rizikové faktory dělíme na potenciálně ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi potenciálně ovlivnitelné faktory řadíme senzorické oslabení (tedy poruchy sluchu a zraku), imobilizaci (pacient se zavedenými katétry, probíhající infuzní terapie), léčiva (sedativa, opiáty, kortikosteroidy), abstinenci syndrom (nikotin, alkohol nebo jiné návykové látky), akutní neurologické onemocnění (nejčastěji cévní mozková příhoda), interkurentní onemocnění (infekce, malnutrice, anémie, dehydratace), bolest, emoční stres, dlouhodobá spánková deprivace a v neposlední řadě pobyt na jednotkách intenzivní péče (JIP, ARO). Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk pacienta nad 65 let, mužské pohlaví, demenci či jiný kognitivní deficit, polymorbiditu, anamnézu pacienta (dříve proběhlá cévní mozková příhoda, neurologické onemocnění, opakované pády či poruchy chůze), chronické renální či hepatální onemocnění, onkologické onemocnění (zejména u postižení CNS) (20).

Příčiny vzniku deliria u pacientů v paliativní péči

U pacientů v paliativní péči patří mezi hlavní vyvolávající příčiny vzniku deliria infekce (například bronchopneumonie, močová infekce), dále léky a jejich vysazení (typicky benzodiazepiny a opiáty), zácpa či retence moči, patologie CNS, hypoxie a metabolické poruchy (5).

Klinický obraz

Dle klinických projevů dělíme delirium na hypoaktivní, hyperaktivní a smíšené. Mezi příznaky hyperaktivního deliria patří agitovanost, agresivní chování, psychomotorický neklid, halucinace a bludy, hlasité slovní projevy. Pacient s hyperaktivním deliriem ohrožuje sebe i své okolí. Hypoaktivní delirium se

Tab. 3. Rizikové faktory vzniku deliria (upraveno dle 20)

Ovlivnitelné	Neovlivnitelné
Senzorické oslabení (poruchy zraku, sluchu)	Věk pacienta nad 65 let
Imobilizace a dlouhodobá spánková deprivace	Mužské pohlaví
Zneužívání alkoholu/drog a jejich náhlá abstinence	Demence či jiný kognitivní deficit
Interkurentní onemocnění (např. infekce, malnutrice, anémie, dehydratace, metabolické poruchy)	Polymorbidita
Akutní neurologické onemocnění (např. cévní mozková příhoda)	Anamnéza pacienta (např. dříve prodělaná cévní mozková příhoda)
Stres a bolest	Chronické renální či hepatální onemocnění
Léčiva	Onkologické onemocnění

Tab. 4. Dělení deliria (upraveno dle 21)

Typ deliria	Charakteristika
Hypoaktivní	Letargie, apatie, snížená bdělost, pasivita, pomalé reakce
Hyperaktivní	Agitovanost, agresivní chování, psychomotorický neklid, bludy, halucinace
Smíšené	Kombinace hypoaktivních a hyperaktivních projevů, střídání mezi letargií a neklidem

Tab. 5. Diagnostická kritéria deliria (upraveno dle 22)

Orientace	Dezorientace místem, časem, osobou
Porucha vědomí/pozornosti	Kvantitativní nebo kvalitativní porucha vědomí. Snížená schopnost soustředit se a udržet pozornost
Porucha kognitivních funkcí	Výpadky krátkodobé či dlouhodobé paměti, porucha řeči, porucha schopnosti porozumět, porucha schopnosti číst, psát nebo počítat
Psychomotorická porucha	Agitovanost a psychomotorický neklid nebo naopak apatie a zpomalené psychomotorické tempo
Porucha bdění/spánku	Snížená bdělost, nadměrná spavost nebo naopak nespavost
Porucha vnímání	Halucinace či bludy
Údaje od pečující osoby	Pohovor s pečující osobou pacienta

Tab. 6. Diferenciální diagnostika deliria (upraveno dle 5)

	Delirium	Deprese	Demence
Nástup	Akutní	Akutní či pozvolný	Pozvolný
Průběh	Kolísající	Chronický	Progresivní
Doba trvání	V rámci hodin až dnů	Měsíce a roky	Měsíce až roky
Vědomí pacienta	Změněno	Normální	Normální
Pozornost pacienta	Zhoršená	Snížená	Do konečného stadia normální
Psychomotorika	Snížená/zvýšená	Snížená	Normální

vyskytuje častěji než hyperaktivní a nebývá tak snadno a rychle rozpoznatelné jako hyperaktivní delirium. Pacient v hypoaktivním deliriu je apatický, pasivní, jeho reakce jsou pomalé a je více spavý. Smíšené delirium se projevuje střídáním obou výše popsaných stavů. Typicky se můžeme setkat s nástupem deliria za soumraku či v noci (17).

Diagnostika

Základem při diagnostice deliria je anamnéza pacienta. K posouzení a k popisu změn chování pacienta v čase je žádoucí využít objektivní informace od rodiny pacienta nebo ošetřujícího personálu. Neuropsychologické vyšetření není v době probíhajícího deliria indikováno, toto vyšetření by bylo nevalidní. K orientačnímu posouzení aktuálního stavu pacienta postačí cílené dotazy, pomocí kterých

zhodnotíme orientaci pacienta, poruchu vědomí a pozornosti, poruchu kognitivních funkcí, psychomotorickou poruchu, poruchu cyklu spánku-bdění i poruchy vnímání. Toto vše řadíme do tzv. diagnostických kritérií deliria (16).

Diferenciální diagnostika

Na prvním místě je třeba vyloučit souvislost deliria s návykovými látkami. Dále musíme pomýšlet na úzkostné stavy, depresi a jiné psychosyndromy, a to zejména na demenci. U umírajících pacientů se můžeme setkat s fenoménem podobným deliriu. V anglické literatuře se uvádí pojem „nearing death awareness“ – povědomí blížící se smrti. Pro takového pacienta je typický neklid. Pacient si chce sbalit své věci, informuje své okolí o blížícím se odjezdu, někteří pacienti vidí a komunikují se svými již zemřelými příbuznými. V takové

Tab. 7. Farmakoterapie deliria (upraveno dle 16)

Léčivá látka	Třída	Indikace v deliriu	Typická dávka	Poznámky / Upozornění
Haloperidol	Antipsychotikum (typické)	Hyperaktivní nebo smíšené delirium	0,5–2 mg p. o./i. v. každých 4–6 h; max. 5–10 mg/den	Lék první volby; nízké dávky; pozor na extrapyramidové příznaky a QT prolongaci
Risperidon	Antipsychotikum (atypické)	Mírnější případy deliria, zejména u starších osob	0,25–1 mg 1–2× denně p. o.	Méně sedativní, nižší riziko motorických nežádoucích účinků
Olanzapin	Antipsychotikum (atypické)	Alternativa k haloperidolu, zejména při agitovanosti	2,5–5 mg p. o. 1× denně	Výrazná sedace; nevhodné při riziku metabolických komplikací
Midazolam	Benzodiazepin	Terminální delirium, agitace refrakterní na antipsychotika	1–2,5 mg s. c./i. v. každých 1–2 h nebo kontinuálně	Preferováno v závěru života; může zhoršit kognici u neterminálních pacientů
Levomepromazin	Antipsychotikum + sedativum	Těžké, refrakterní případy deliria	6,25–12,5 mg s. c. každých 4–6 h nebo kontinuálně	Silný sedativní účinek, vhodné v terminálních stavech
Quetiapin	Antipsychotikum (atypické)	Delirium u pacientů s vyšším rizikem extrapyramidových nežádoucích účinků, zejména u Parkinsonovy nemoci nebo demence	12,5–50 mg p. o. 1–2× denně; titrace dle tolerance	Nízké riziko extrapyramidových příznaků; sedativní účinek; pozor na ortostatickou hypotenzi a QT prolongaci

situaci většinou stačí pacienta pouze slovně uklidnit. Léky podáváme pouze pokud je pacient zřetelně v nepohodě nebo se začne chovat agresivně (5). Za zmínku stojí konstatování, že neexistuje pevná hranice mezi deliriem a prožitky fenoménu blízké smrti. V terminální fázi onemocnění se objevují vzorce chování, komunikace a prožívání (např. setkávání se s již zemřelými příbuznými, balení se na cestu, prožitek nebe, znalost, kdy přesně smrt nastane), které aktuálně stojí mimo hlavní proud výzkumu v paliativní medicíně a současně jsou pozorovány příbuznými a zdravotníky (31).

Management deliria

Důležitou roli hraje především prevence. Včasná preventivní opatření, jako je zabezpečení a kontrola příjmu stravy a tekutin, dále kontrola stavu močení a stolice, jsou základní a jednoduchá opatření, která mohou výrazně snížit riziko vzniku deliria. Pacient by měl být také vystaven přiměřeným sensorickým stimulům. Příkladem může být redukce hluku z přístrojů, která pacienta obklopují. Zdravotnický personál by také měl posilovat pacientovu orientaci v prostoru a dostatečně s ním komunikovat. Všechny úkony, které provádíme, pacientovi vysvětlovat krok po kroku (18).

Pokud již došlo k rozvoji deliria u pacienta v paliativní péči, zohledňujeme i předpokládanou prognózu. U pacienta s delší prognózou (týdny, měsíce) se snažíme o ovlivnění, a především odstranění vyvolávajících příčiny.

U pacientů umírajících je hlavním cílem péče minimalizovat utrpení pacienta (5).

Symptomatická léčba deliria v paliativní péči

Antipsychotika jsou hlavní skupinou léčiv, které používáme k ovlivnění symptomů deliria. U pacientů v hypoaktivním deliriu využíváme především nižší dávky antipsychotik. Využít můžeme haloperidol, dále risperidon nebo tiaprid. U hyperaktivního typu deliria je sedativní účinek žádoucí, tedy dávky podávaných antipsychotik jsou vyšší. Navíc můžeme využít levopromazin, melperon nebo midazolam. Léky lze podat p. o., i. v., s. c., záleží na aktuálním stavu pacienta. I. m. aplikace se u pacientů v paliativní péči snažíme vyhnout, aplikace je více bolestivá při stejném či někdy horším nástupu účinku ve srovnání se s. c. podáním. Důležitá je postupná titrace dávek a sledování nežádoucích účinků. Do kombinace s výše uvedenými antipsychotiky lze využít i léky ze skupiny benzodiazepinů (19).

Midazolam je v paliativní péči využíván pro jeho sedativní, anxiolytické a antikonvulzivní účinky zejména u pacientů v terminálním deliriu. V kombinaci s morfinem se používá i v tzv. terminální analgosedaci (5).

Závěr

Úzkost, deprese a delirium představují v paliativní péči zásadní výzvu, která si zaslu-

huje stejnou pozornost jako zvládání jiných symptomů vyvolaných onkologickým či ne-onkologickým nevyléčitelným onemocněním. Jejich včasné rozpoznání, správná diagnostika a citlivá intervence mohou zásadně ovlivnit prožívání nemoci, kvalitu života i důstojnost pacientova umírání. Lékaři i sestry, kteří v nemocničním prostředí přichází do kontaktu s pacienty trpícími paliativně relevantními diagnózami, by měli být vybaveni znalostmi o specifických projevech těchto stavů v kontextu nevyléčitelného onemocnění a měli by cíleně podporovat jak farmakologické, tak nefarmakologické přístupy s důrazem na individualizaci péče. V případě, že složitost případu přesahuje kompetence primárního ošetřujícího týmu, je vhodná spolupráce s konziliárním týmem paliativní péče.

Vzhledem k diagnostické výzvě při rozlišení úzkosti, úzkostní poruchy, deprese, deliria a fenoménu blízké smrti je nezbytné posilovat mezioborovou spolupráci a vést otevřený dialog mezi zdravotníky, pacienty i jejich blízkými. Zvyšování povědomí o psychických aspektech závěru života a edukace zdravotnického personálu přispívají nejen k přesnějšímu rozpoznání a vhodnější léčbě těchto stavů, ale i k respektujícímu přístupu a destigmatizaci. Komplexní pojetí paliativní péče, která reflektuje tělesné, psychické, sociální i spirituální potřeby pacienta, tak napomáhá naplnit její hlavní cíl – zachování lidské důstojnosti v závěrečné fázi života (23, 24).

LITERATURA

- Atkin N, Vickerstaff V, Candy B. Worried to death: the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. BMC palliative care. 2017;16:1-10.
- Kolva E, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Anxiety in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2011;42(5):691-701. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.01.013. Epub 2011 May 12. PMID: 21565460; PMCID: PMC3179568.
- Zweers D, de Graeff A, Duijn J, et al. Patients' Needs Regarding Anxiety Management in Palliative Cancer Care: A Qualitative Study in a Hospice Setting. Am J Hosp Palliat Care. 2019;36(11):947-954. doi: 10.1177/1049909119846844. Epub 2019 May 9. PMID: 31072110.

4. Trachsel M, Irwin SA, Chochinov HM, Anxiety and fear at the end of life. *Therapeutische Umschau. Revue therapeutique*. 2024;81(4):115-121.
5. Sláma O, Kabelka L, et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén; 2022.
6. Salt S, Mulvaney CA, Preston NJ. Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;5(5):CD004596. doi: 10.1002/14651858.CD004596.pub3. PMID: 28521070; PMCID: PMC6481598.
7. Davis EL, Deane FP, Lyons GCB, et al. Is Higher Acceptance Associated With Less Anticipatory Grief Among Patients in Palliative Care? *J Pain Symptom Manage*. 2017;54(1):120-125. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.012. Epub 2017 May 4. PMID: 28479414.
8. Jacobsen JC, Zhang B, Block SD, et al. Distinguishing symptoms of grief and depression in a cohort of advanced cancer patients. *Death Stud*. 2010;34(3):257-273. doi: 10.1080/07481180903559303. PMID: 20953316; PMCID: PMC2953955.
9. Mugahl S, et al. Grief reaction and prolonged grief disorder. In: *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing; 2023.
10. Nikolin S, Rodgers A, Schwaab A, et al. Ketamine for the treatment of major depression: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2023;62:102127. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102127. PMID: 37593223; PMCID: PMC10430179.
11. Periyakoil VJ. Blue's Clues: Differentiating between Grief and Depression in Patients with Serious Life Limiting Illnesses (422). *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010;39(2):399.
12. Perusinghe M, Chen KY, McDermott B. Evidence-Based Management of Depression in Palliative Care: A Systematic Review. *J Palliat Med*. 2021;24(5):767-781. doi: 10.1089/jpm.2020.0659. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33720758.
13. Rayner L, Price A, Hotopf M, et al. The development of evidence-based European guidelines on the management of depression in palliative cancer care. *Eur J Cancer*. 2011;47(5):702-712. doi: 10.1016/j.ejca.2010.11.027. Epub 2011 Jan 4. PMID: 21211961.
14. Tašková I. Úzkostné poruchy a jejich léčba. *Psychiatr. praxi*. 2022;23(1):e17-27.
15. Vanderah TW, (ed.). *Katzung's basic & clinical pharmacology*. New York: McGraw Hill; 2024.
16. Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, et al. Management of delirium in palliative care: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(3):550. doi: 10.1007/s11920-015-0550-8. PMID: 25663153.
17. Thom RP, Levy-Carrick NC, Bui M, et al. Delirium. *Am J Psychiatry*. 2019;176(10):785-793. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.18070893. PMID: 31569986.
18. Bianchi LA, Harris R, Fitzpatrick JM. Barriers to healthcare professionals recognizing and managing delirium in older adults during a hospital stay: A mixed-methods systematic review. *J Adv Nurs*. 2024;80(7):2672-2689. doi: 10.1111/jan.16018. Epub 2023 Dec 18. PMID: 38108154.
19. Portela Millinger F, Fellerling, M. Clinical characteristics and treatment of delirium in palliative care settings. *Memo*. 2021;14:48-52. <https://doi.org/10.1007/s12254-020-00641-w>.
20. Uhrová T, Klempř J. Delirium – obecný úvod do problematiky. *Neurol. praxi*. 2011;12(5):304-306.
21. Bowman EML, Cunningham EL, Page VJ, et al. Phenotypes and subphenotypes of delirium: a review of current categorisations and suggestions for progression. *Crit Care*. 2021;25(1):334. doi: 10.1186/s13054-021-03752-w. PMID: 34526093; PMCID: PMC8441952.
22. Francis J, Young GB. *Diagnosis of delirium and confusional states*. UpToDate: Waltham, MA; 2012.
23. Ramirez CT, Verma RK. Early Palliative Care Improves Patient and Caregiver Quality of Life. *Clin J Oncol Nurs*. 2024;28(5):496-501. doi: 10.1188/24.CJON.496-501. PMID: 39324717.
24. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363(8):733-742. doi: 10.1056/NEJMoa1000678. PMID: 20818875.
25. Griffin CE 3rd, Kaye AM, Bueno FR, Kaye AD. Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner J*. 2013 Summer;13(2):214-23. PMID: 23789008; PMCID: PMC3684331.
26. Wensel TM, Powe KW, Cates ME. Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder. *Annals of Pharmacotherapy*. 2012;46(3):424-429.
27. Citrome L. A review of the pharmacology, efficacy and tolerability of recently approved and upcoming oral antipsychotics: an evidence-based medicine approach. *CNS Drugs*. 2013;27(11):879-911. doi: 10.1007/s40263-013-0105-7. PMID: 24062193.
28. Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;87:255-270. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.02.001. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29428394; PMCID: PMC8063758.
29. Mücke M, Mochamat M, Cuhls H, et al. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care: executive summary of a Cochrane Collaboration systematic review. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2016;7(1):23-27. doi: 10.1002/jcsm.12101. Epub 2016 Feb 10. PMID: 27066315; PMCID: PMC4799864.
30. Bachu A, Kotapati P, Kainth T et al. Use of Methylphenidate for Hypoactive Delirium: A Comprehensive Systematic Review. *Psychoactives*. 2023;2(4):337-345.
31. Krutská A, Kouba M. Fenomény blízké smrti : Vymezení pojmů, přehled literatury a zkušenosti z domácího hospice Cesta domů. *PAL.MED.CZ*. 2023;4(3):28-33. Available from: <https://www.palmed.cz/pm/article/view/170>.