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 fenoménů 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 senzorickým 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 vyvolávající 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 zasluhuje stejnou pozornost jako zvládání jiných symptomů vyvolaných onkologickým či neonkologickým 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 fenoménů 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

1. 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.

2. 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.

3. 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.