

Terapie neklidu – vytvoření postupu pro standardní nemocniční oddělení

MUDr. Matěj Kasal

Ústřední vojenská nemocnice – vojenská fakultní nemocnice Praha, Psychiatrické oddělení

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Psychomotorický neklid je jednou z nejčastějších manifestací psychických obtíží, se kterou se setkávají lékaři bez ohledu na specializaci. Na odděleních mimo psychiatrii jsou postupy užívané při terapii neklidu mnohdy nekonzistentní, založené na klinických zkušenostech a zvyklostech, na podkladě neaktuálních poznatků. Pacienti jsou mnohdy poškozováni základními chybami při výběru medikace, dávkování, nekompletním vyšetření stavu. Avšak adekvátní terapie neklidu dokáže významně ovlivnit bezpečí pacienta, prognózu onemocnění a zkrátit dobu léčby. V rámci revize metodického návodu pro postup léčby u neklidného pacienta jsme vytvořili algoritmy v grafické formě pro nejběžnější skupiny pacientů, které poskytují základní návod pro zvládnutí těchto obtížných situací.

Klíčová slova: neklid, doporučený postup, standardní oddělení, delirium, odvykací stav.

Psychomotor agitation therapy -- creating guidelines for standard hospital ward

Psychomotor agitation is one of the most common manifestations of psychological problems encountered by doctors regardless of specialization. In departments outside psychiatry, the procedures used in its therapy are often inconsistent, based on outdated knowledge. Patients are often damaged by basic errors in medication selection, dosing, incomplete examination of the condition. Adequate therapy can significantly affect patient safety, disease prognosis and reduce treatment time. As part of the revision of the methodological guidelines for the treatment of a restless patient, we have created graphical formulations for the most common patient groups, which provide a basic guide for managing these difficult situations.

Key words: Psychomotor agitation, guideline, standard ward, delirium, withdrawal state.

Úvod

Neklid, tedy vystupňovaná neúčelná psychomotorická aktivita, která vzniká na podkladě zvýšené psychické tenze, představuje v podmínkách nemocničních oddělení závažný problém. Vzniká na podkladě psychických onemocnění (schizofrenie, bipolární porucha, intoxikace aj.), závažných organicky podmíněných stavů (demence, encefalitida, meningitida, trauma), ale i při závažných somatických onemocněních (tyreotoxikóza, seps, hypoglykemie, dehydratace) (1). Na psychiatrických odděleních má personál zkušenosti a je vyškolen v provádění vhodných intervencí. Lékaři nepsychiatrických oddělení však často v akutní situaci váhají se zvolením vhodného postupu. Včasná

analýza situace, adekvátní komunikace a vhodné prostředky dokážou často vzniku agitovanosti, či agresivního jednání předejít nebo ho vyřešit. Při konziliární psychiatrické praxi se stále setkáváme s aplikací zastaralých postupů, špatnou volbou léků, vynechání nefarmakologických postupů. Vždy je nezbytné zohlednit veškeré dostupné informace o pacientovi včetně jeho medikace, somatického stavu, anamnézy. Adekvátní terapie neklidu vede ke zvýšení bezpečnosti pacientů i personálu, zlepšení prognózy pacienta, snížení užívání fyzických omezení a je ekonomicky výhodnější. Intervence dělíme dle načasování na léčebné, primárně a sekundárně preventivní. Podle užití léků pak na farmakologické a nefarmakologické. Cílem

léčby je zklidnění pacienta, navázání adekvátní komunikace, ale i prevence opakování stavu (2).

Postup při zpracování postupů

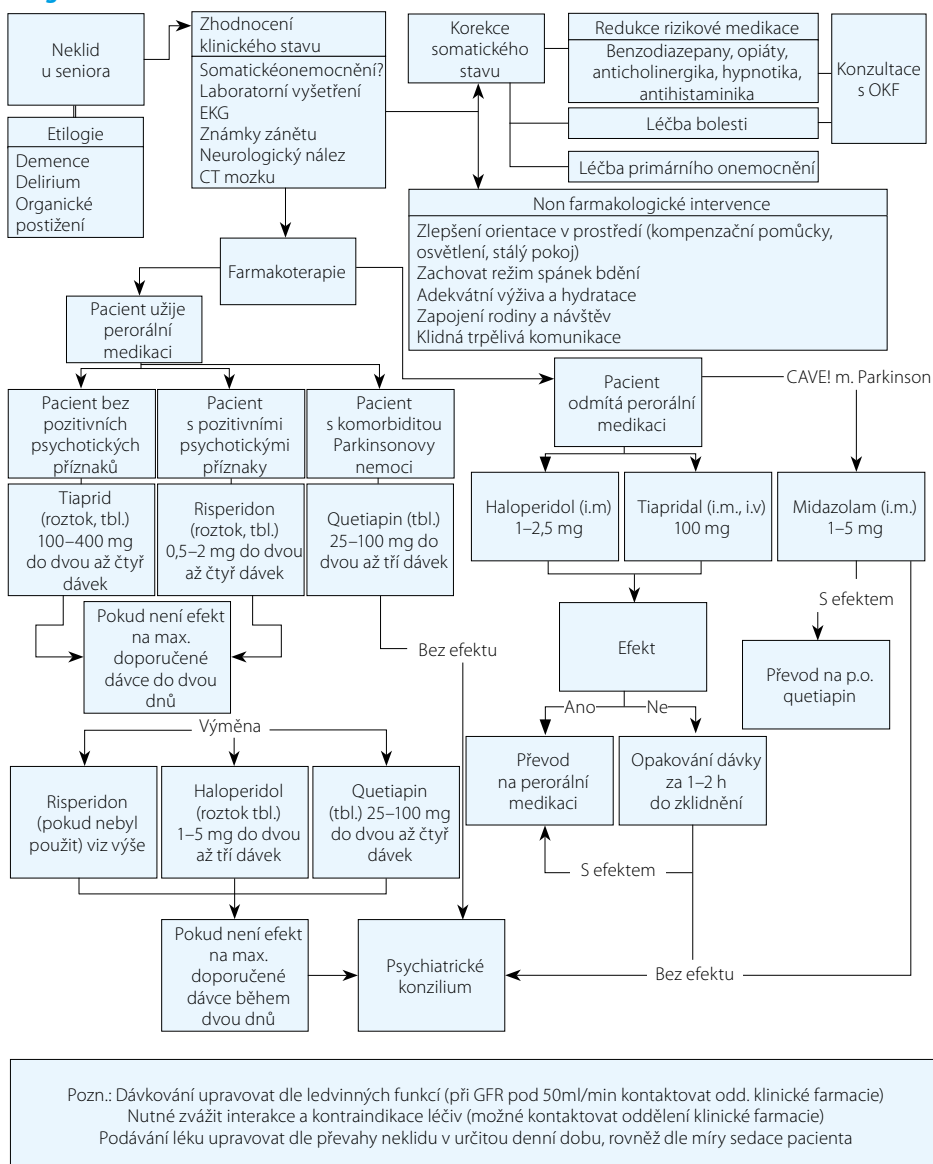
V praxi se setkáváme s množstvím doporučených postupů jednotlivých organizací (APA, NICE, ČPS JEP). Nemocnice má možnost upravit postup vlastním doporučením, v případě ÚVN metodickým návodem. V rámci jeho revize jsme stanovili tři základní skupiny pacientů – seniory (skupina č. 1), s odvykacím stavem (skupina č. 2) a ostatní (skupina č. 3). Skupiny jsou stanovené s ohledem na určení směrnice především pro personál nepsychiatrických oddělení. Na vytváření postupu se podíleli lékaři psychiatrického odděle-

ní, kliničtí farmaceuti, lékaři KARIM a interní kliniky. V algoritmech shrnujeme současná doporučení, klinickou zkušenost, dostupnost léků na odděleních, nejčastější komorbidity. Pro snazší orientaci jsou vytvořeny vývojové diagramy. Následně byly upraveny po testování lékaři chirurgických oborů pro účelné a snadné použití.

Neklid u seniora (diagram 1)

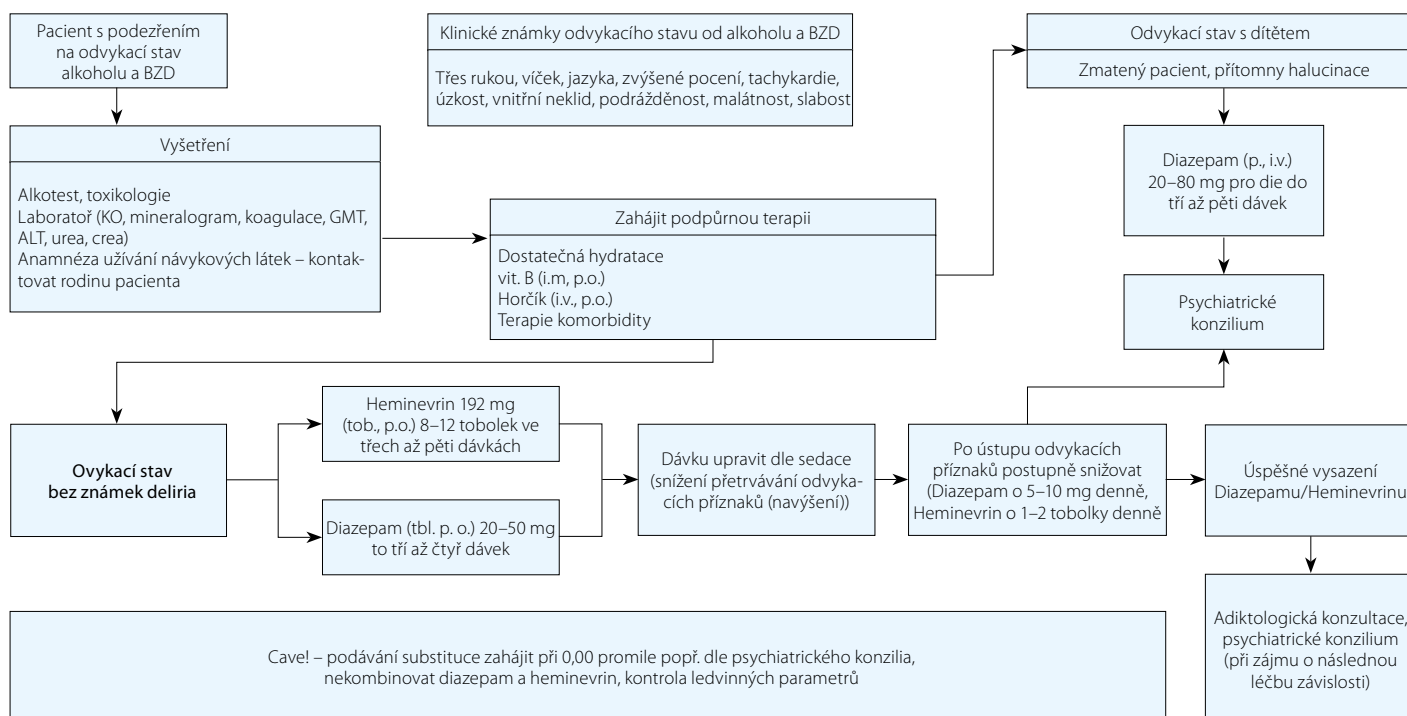
V prvním diagramu se zaměřujeme na seniory, tedy dle definice osoby starší 65 let (3). Nejčastější onemocnění podléající se na vzniku neklidu jsou demence, deliria a organické postižení mozku (nádory, DAP-difúzní axonální poškození...). Agitovanost v klinické praxi vnímáme jednání proti doporučení personálu (vstávání z lůžka), verbální a fyzickou agresivitu. Často ji provází neúčelné jednání, dezorientace, narušení cyklu spánků bdění. Doporučeno je v první fázi zhodnotit klinický stav pacienta, shromáždit již známé informace, zhodnotit rizikové faktory. Následná opatření dělíme do tří skupin. Korekci somatického stavu rozumíme léčbu dekompenzace onemocnění i léčbu bolesti. Doporučení vychází s předpokladu, že delirium je reakcí na závažné narušení vnitřní rovnováhy organismu. Snažíme se zároveň minimalizovat podávání rizikové medikace, především hojně předepisovaných benzodiazepinů a opiátových analgetik. V non-farmakologických intervencích jsou shrnuty základní doporučení napomáhající orientaci pacienta v prostředí. Farmakologická doporučení rozdělujeme dle přítomnosti komorbidní Parkinsonovy nemoci, dle úrovně neklidu (tzn. míry spolupráce pacienta) a přítomnosti psychotických příznaků. V první linii doporučujeme tiaprid pro dlouhodobou kvalitní klinickou zkušenost, i přes absenci potvrzujících studií (4). Preferujeme ho před melperonem kvůli menší prokázané mortalitě u atypických antipsychotik a výhodnější lékové formě (roztok). Risperidon je doporučován americkou psychiatrickou společností, má nižší riziko nežádoucích účinků ve srovnání s typickými antipsychotiky, nižší mortalitu (5). Neefektivitu stanovujeme jako přetrvávající neklid při podání maximální možné dávky antipsychotik (s předchozí postupnou uptitací) během dvou dnů podávání. Celkově je tedy doba užívání jednoho léku variabilní, zároveň je nutné průběžně hodnotit stav pacienta alespoň jednou za 24 hodin. V druhé linii je možné použít quetiapin pro jeho dobrý profil nežádoucích účinků, je však obecně méně účinný. Využívá však oproti předchozím lékům

Diagram 1. Neklid u seniora



atrii není běžně dostupný, jeho aplikace nese i větší riziko nežádoucích účinků (9). V případě odmítání perorální medikace je u parkinsoniků nejšetrnější volbou sedace krátkodobě působícím benzodiazepinem – midazolamem. Léky volíme pro jejich běžnou dostupnost na standardních odděleních. V poznámkách klademe důraz na zhodnocení ledvinných parametrů pro riziko změny farmakokinetiky léčiva, které může způsobit jeho kumulaci a následně nadměrnou sedaci pacienta, popřípadě vyšší riziko vzniku nežádoucích účinků (zejména prodloužení QT intervalu). Užití výše zmíněných léčiv je vyjma haloperidolu a tiapridu tzv. off label, proto musíme splnit stanovené požadavky pro ordinaci těchto léčiv (řádný zápis do dokumentace). Algoritmus je v případě vyčerpání doporučených možností zakončen žádostí o psychiatrické konzilium. Po půl roce užívání směrnice zaznamenáváme

Diagram 2. Neklid u odvykacího stavu



však klesající počet žádaných vyšetření u starších neklidných pacientů.

Neklid u odvykacího stavu (diagram 2)

Druhý diagram se soustředí na neklid u pacienta při odvykacím stavu při závislosti na alkoholu a benzodiazepinech a Z-hypnoticích. Koncentrujeme se na tyto látky, protože jsou nejčastější příčinou vzniku neklidu u odvykání, zároveň syndromy z odnětí jsou závažné a mnohdy život ohrožující. Pro zjednodušení diagnostiky stavu uvádíme nejčastější manifestaci a pomocná vyšetření, kde záměrně chybí citlivé stanovení karbohydrát deficientního transferinu a ethylglukoronidu, které není běžně dostupné v laboratorních nemocnicích. Pro laboratorní stanovení je však senzitivní i kombinace gama-glutamyl transferázy (GGT) a středního objemu erytrocytů (MCV), obě hodnoty jsou obvykle zvýšené (senzitivita 60–90 %) (10). Vyšetření mineralogramu a ledvinových parametrů je užitečné pro úpravu dávkování diazepamů a správné nastavení rehydratační terapie. Substituci vitamínu B doporučuje množství článků, v praxi je často opomíjen (11). Následující postup je dělený dle přítomnosti příznaků deliria tremens. Při podezření na delirium je doporučeno vyšetření odborným lékařem vždy, zároveň je stav indikován k hospitalizaci na jednotce intenzivní péče, bohužel to není v našich podmínkách zažitý postup. Při prostém odvykacím stavu volíme clomethiazol

nebo diazepam. S doporučeným chlórdiazepoxidem se často v ČR nesetkáváme. Důležité je sledování odvykacích příznaků, které hodnotíme alespoň dvakrát denně (12). Výhodou diazepamů je možnost parenterální aplikace. Ze zkušeností z posledních dvou let upozorňujeme na nebezpečnou kombinaci Heminevrinu a diazepamů, a to i při různých formách aplikace.

Neklid u ostatních stavů (diagram 3)

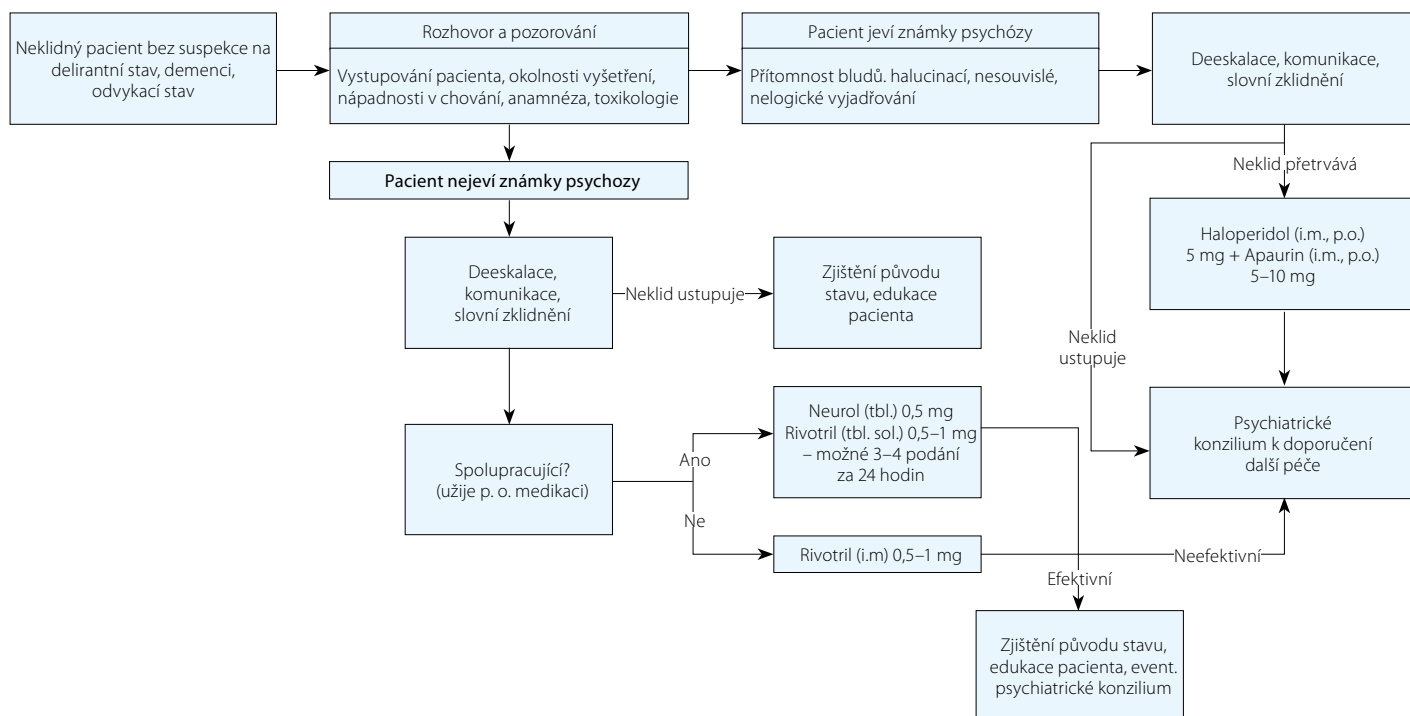
V poslední příloze se zaměřujeme na neklid u pacientů bez odvykacího stavu s věkem pod 65 let. Etiologií nejčastěji bývá nárůst vnitřní tenze z důvodu psychotických prožitků, strachu, úzkosti. Primárně se snažíme analyzovat chování pacienta, pátrat po nepřiléhavých, bizarních projevech. Preferujeme metody deeskalace. V případě neefektivity komunikačních metod následně volíme farmakologickou intervenci. Podle přítomnosti známek psychózy kombinujeme benzodiazepiny s antipsychotikem. V našem případě s nejčastěji užívaným a doporučeným haloperidolem. Olanzapin se dle některých studií prokazuje jako účinnější volba, bohužel ho nenajdeme často mimo psychiatrická oddělení (13). U těchto případů většinou pacient následně bývá vyšetřen psychiatricky. Bylo by možné aplikovat midazolam jako rychleji účinkující a krátkodobě působící preparát. To však není zvykem, protože jeho dávkování je obtížnější (výhodnější dávkovat na hmotnost pacienta), není

na odděleních běžně dostupný a konzervativním osvědčeným postupem jsou paradoxně dlouhodobě působící léky (clonazepam, alprazolam, diazepam) (14). Vždy by měl následovat explorativní rozhovor, následně zjištění příčiny neklidu. Důležité je ověřit suspektu přítomnost drog a jiných léků pro předcházení komplikací při interakci léčiv. Stručnost diagramů je dána faktem, že většina pacientů z této skupiny je ošetřována psychiatrem.

Závěr

Doporučené postupy shrnuté do diagramů jsou pomocným vodítkem pro lékaře nepsychiatrie. Snažili jsme se dodržet princip jednoduchosti a snadné orientace. V případě neefektivity a váhání je vždy možnost kontaktovat konziliárního psychiatra. Algoritmus nepočítá s fyzickým omezením jako s možností intervence, tento postup je explicitně ve výše uvedené směrnici popisován. Celkově však v dosavadní době máme pozitivní zkušenost s užitím daných diagramů. Cílem je upozornit na základní úskalí terapie neklidu (volba léku, nefarmakologické postupy, vyšetření), se kterými se lékaři na standardních odděleních setkávají. Máme na paměti i fakt, že osobní zkušenost s podáváním léku je mnohdy rozhodujícím faktorem. Doufáme, že grafické postupy mohou být návodem a inspirací pro zavádění obdobných postupů v rámci směrnic či metodických návodů nemocnic. Budou užitečné i na pracovištích, kde není 24hodinová dostupnost psychiatra.

Diagram 3. Neklid u ostatních stavů



LITERATURA

1. GM, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J. Biol. Psychiatry*, vol. 17, no. 2, pp. 86–128, 2016.
2. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the Inpatient Psychiatric Setting. *J. Psychiatr. Pract.*, vol. 17, no. 3, pp. 170–185, May 2011.
3. Orimo H, Ito H, Suzuki T, et al. Reviewing the definition of elderly. *Geriatr. Gerontol. Int.*, vol. 6, no. 3, pp. 149–158, Sep. 2006.
4. Seifertová D, et al. Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ, 2008.
5. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA - J. Am. Med. Assoc.*, vol. 318, no. 12, pp. 1161–1174, 2017.
6. Cascella M, Fiore M, Leone S, et al. Current controversies and future perspectives on treatment of intensive care unit delirium in adults. *World J. Crit. Care Med.*, vol. 8, no. 3, pp. 18–27, Jun. 2019.
7. Taylor D, Barnes TRE, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. Newark: John Wiley & Sons, Incorporated, 2018.
8. Shotbolt P, Samuel M, David A. Quetiapine in the treatment of psychosis in Parkinson's disease. *Ther. Adv. Neurol. Disord.*, vol. 3, no. 6, pp. 339–50, Nov. 2010.
9. Jethwa KD, Onalaja OA. Antipsychotics for the management of psychosis in Parkinson's disease: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, vol. 1, no. 1, pp. 27–33, Jun. 2015.
10. Torrente MP, Freeman WM, Vrana KE. Protein biomarkers of alcohol abuse. *Expert Rev. Proteomics*, vol. 9, no. 4, pp. 425–36, Aug. 2012.
11. Airagnes G, Ducoutumany G, Laffy-Beaufils B, et al. Alcohol withdrawal syndrome management: Is there anything new? *La Rev. Med. interne*, vol. 40, no. 6, pp. 373–379, Jun. 2019.
12. Khan BA, et al. Delirium in hospitalized patients: Implications of current evidence on clinical practice and future avenues for research-A systematic evidence review. *J. Hosp. Med.*, vol. 7, no. 7, pp. 580–589, Sep. 2012.
13. Bak M, et al. The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Eur. Psychiatry*, vol. 57, pp. 78–100, Apr. 2019.
14. Nawka A. Neklidová medikace – teorie a praxe. vol. 13, no. 15, pp. 69–74, 2012.