

odpovědnost nese lékař, ale na diagnostickém hodnocení a na terapii se podílejí všichni pracovníci. Průměrná doba hospitalizace činí asi jeden rok. Je-li celé oddělení obsazeno, pak předávají pacienty do léčebny dospělých. Celkový počet personálu činí 80 osob a náklady na lůžko a den vycházejí na 900 liber. U každého z pacientů musí být po celý den i v noci 1–2 sestry. Demonstrovali nám zajímavou kazuistiku mladistvého delikventa s duševní poruchou.

ZÁVĚR

Seznámení s anglickými psychiatrickými zařízeními a pracovními postupy bylo užitečné a je škoda, že nebylo možno navštívit i zařízení pro dospělé.

V anglické psychiatrii je patrna výrazná snaha po humanizaci péče, která vznikla asi před 15–20 lety po zveřejnění a skandalizaci několika otřesných případů úmrtí v r. 1988 a 1993 a poměrů v lůžkových zařízeních. Teprve poté se stala psychiatrická péče zájmem veřejnosti, politiků, organizátorů zdravotnictví i psychiatrů samotných. Lůžková i ambulantní péče se stala i finanční pri-

oritou a personální i materiální vybavení dosáhlo nebývalé výše, která se pozorovateli z Čech může zdát až marnotratná. S úspěchem usilují o spolupráci s policejními a justičními orgány, se sociální péčí i s nestátními a dobročinnými organizacemi a i s veřejností a místními orgány. Úloha lékařů a zvláště psychiatrů ustupuje v péči o děti a mladistvé do pozadí, uplatňují se stále více mladí a zapálení zdravotníci s vysokoškolským vzděláním a odborníci jiných oborů (učitelé, vychovatelé, sociální pracovníci, manažeři, probační pracovníci aj.). Bez omezovacích prostředků se v běžné praxi neobejdou. Jejich použití je ale značně omezeno na manuální imobilizaci, medikaci a izolaci. Jsou přesně stanoveny indikace, metody a kontrola, ale hlavně je kompenzováno až neuvěřitelným počtem zdravotnických a jiných pracovníků a tomu odpovídajícím materiálním zabezpečením. Mají dobře propracovaný systém výcviku v použití restriktivních opatření.

Poznali jsme, že pokud se psychiatrii nedostane zájmu politiků, veřejnosti, a tím i zdravotníků, pak lze sotva očekávat zásadní reformní změny. Měli bychom se poučit, že takovému vývoji nemusí nutně předcházet odhalování otřesných, burcujičích, tragických a skandalizujících historií o psychiatrii a psychiatrických nemocných.

*MUDr. Pavel Baudiš, CSc.
Psychiatrické centrum Praha*

*MUDr. Zdeněk Bašný
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha*

Dodáno redakci: 25. 2. 2005

Antipsychotika u deliria tremens znamenají nepřiměřené riziko

Nešpor K.

Úvod

Bezprostředním motivem k napsání této práce bylo úmrtí muže ve věku 42 let, který byl na naše pracoviště přeložen odjinud po masivní léčbě antipsychotiky (tiaprid 100 mg po 4 hodinách, haloperidol „podle potřeby“). Pacient krátce po překladech náhle zemřel, dle pitevního nálezu bylo příčinou smrti selhání srdce.

Antipsychotika u deliria tremens

Často se setkáváme s tím, že jsou k nám překládáni pacienti s deliriem tremens, kteří byli před překladem masivně medikováni antipsychotiky. Pro takovou praxi neexistuje dostatečné zdůvodnění, lze naopak najít řadu důvodů, proč v této indikaci antipsychotika nepodávat.

- Nejzávažnějším důvodem je zvýšená mortalita při léčbě deliria tremens antipsychotiky. Mayo-

Smith a spol. [4] uvádějí relativní riziko smrti při léčbě antipsychotiky v porovnání s pacienty léčenými sedativy 6,6 (tj. 6,6x vyšší). To je v souladu se starší prací [1], která porovnávala mortalitu deliria tremens při léčbě klomethiazolem (mortalita činila 0 %) a při léčbě antipsychotiky (mortalita činila 6 %).

- Řada antipsychotik navíc snižuje záchvatový práh, a tedy zvyšuje riziko epileptických záchvatů, které jsou při odvykacím stavu po alkoholu i bez toho časté.

- Nepříjemná je i hypotenze a tachykardie, což mohou působit některá antipsychotika, včetně u nás populárního tiapridu. Některá antipsychotika prodlužují QT interval na EKG, to pak může vést ke komorové tachykardii nebo fibrilaci. Rizikovým faktorem pro prodloužení QT intervalu je u deliria tremens častá deplece draslíku. Z běž-

ných antipsychotik prodlužuje QT interval nejvíce thioridazin, dále chlorpromazin, ale i haloperidol nebo risperidon a další [3]. Kardiovaskulární komplikace při léčbě antipsychotiky jsou zvláště nebezpečné u pacienta s deliriem tremens a alkoholovou kardiomyopatií.

- Závislost na alkoholu je rizikovým faktorem pro vznik maligního neuroleptického syndromu, zvláště jsou-li antipsychotika podávána parenterálně a ve vysokých dávkách. Nejrizikovější je z tohoto hlediska haloperidol, ale byl také popsán případ maligního neuroleptického syndromu po tiapridu [2].

- Důvodem je i to, že neexistuje jediná placebem kontrolovaná studie týkající se antipsychotik v této indikaci. To alespoň uvádějí Mayo-Smith a spol. [4], kteří zpracovali na základě metaanalýzy vodítka pro léčbu deliria tremens pro American Society of Addiction Medicine.

Léčba deliria tremens

Léčba deliria tremens by měla zahrnovat především úpravu minerálního a vodního hospodářství (častá bývá dehydratace a deplece hořčíku a draslíku) a vysoké dávky vitamínu B, zejména thiaminu. Pacienta je mnohdy nutno omezit v lůžku už proto, aby mohla probíhat infuzní terapie. Je také třeba léčit přidružené zdravotní komplikace a vyloučit jinou etiologii deliria. Setkali jsme se např. s mylně diagnostikovaným deliriem tremens u pacienta s nitrolebním krvácením nebo u pacien-

ta s mozkovým tumorem. Z psychofarmak lze doporučit per os podávaný klomethiazol v dávce maximálně 4,8 g za den (tj. 16 tobolek rozděleno do několika denních dávek).

Klomethiazol ovšem vstupuje do život ohrožujících interakcí s alkoholem, a proto se nehodí pro ambulantní léčbu odvykacích stavů. Další možností je podávání benzodiazepinů (per os nebo v infuzi, ale ne rychle nitrožilně). U obou zmíněných preparátů se často chybuje tím, že se podává příliš nízká dávka. Např. ve zmíněných vodítkách American Society of Addiction Medicine doporučují dávkování přísně individualizovat, přičemž se úvodní dávka nutná ke zklidnění pohybovala v jedné tam citované studii od 20 do 215 mg diazepamu (!). U benzodiazepinů v ambulantní léčbě se obáváme rizika rozvoje kombinované závislosti na benzodiazepinech a alkoholu, navíc je zde riziko interakcí s alkoholem, s nimiž musí být pacient seznámen a měl by i potvrdit, že byl náležitě informován. Vzhledem k výše uvedenému může být u lehkých odvykacích stavů po alkoholu léčených ambulantně zmíněný tiaprid jednou z možností, jak mírnit subjektivní obtíže pacienta. Léčba rozvinutého deliria tremens však vyžaduje ústavní léčbu a odlišný přístup. V naší praxi se osvědčilo podávat pacientům klomethiazol, kteří přijímají spolehlivě per os. Tam, kde pacient per os nepřijímá, podáváme v infuzi spolu s minerály diazepam podle stavu, např. 80 mg denně.

LITERATURA

1. **Athen, D.:** Comparative investigation of chlormethiazole and neuroleptic agents in the treatment of alcoholic delirium. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 329, 1986, pp. 167–170.
2. **Bartáková, O.:** Strategie detoxifikace u návykových látek. Práce k nástavbové atestaci. Praha, 2002, s. 32.
3. **Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. a spol.:** Psychiatrie. Tigris, Praha 2002, s. 895.
4. **Mayo-Smith, M. F., Beecher, L. H., Fischer, T. L., Gorelick, D. A., Guillaume, J. L., Hill, A., Jara, G., Kasser, C., Melbourne, J.:** Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine: Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch. Intern. Med.*, 12, 2004, pp. 1405–1412.

Dodáno redakci: 26. 11. 2004

*Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha
e-mail: nesper@plbohnice.cz
www.plbohnice.cz / nesper
www.muweb.cz / veda / nesper*