

Delirium/agitovanost/ zmatenost (nejen) u covid-19

Doporučení České společnosti
paliativní medicíny ČLS JEP



Delirium je akutní stav zmatenosti, duševní porucha v důsledku somatické nebo psychické choroby nebo poruchy přesahující adaptační schopnosti mozku. U starších pacientů s covid-19 může být delirium jedním z prvních příznaků. Stejně tak u mladších pacientů může být delirium přítomno, zejména jedná-li se o těžký průběh, nebo u pacientů vyžadujících invazivní ventilaci na jednotce intenzivní péče.

Základem řešení deliria je jeho časné rozpoznání. Intervenování do 24 hodin od vzniku zvyšuje šanci úspěšného zvládnutí deliria. Jeho přítomnost zhoršuje mortalitu, zvyšuje nepohodu nemocného i personálu, zhoršuje schopnost hodnocení ostatních symptomů. Delirium je přítomno min. u 25–50 % hospitalizovaných a u 80–90 % pacientů v závěru života. Přítomnost deliria významně zhoršuje hodnocení ostatních symptomů a může být také za ně zaměřováno.

K časnému rozpoznání deliria je možno použít screeningové nástroje např. CAM (confusion assessment method) (1), DOS (delirium observation scale) (2).

1. krok

Rozpoznání deliria

- problematické navázání očního kontaktu
- zřetelný psychomotorický neklid, nebo naopak minimální aktivita
- minimální či neadekvátní reakce na kontakt/oslovení
- projevy úzkosti

K diagnóze deliria by měla být přítomna všechna klinická kritéria, jak jsou uvedena v tabulce, vzhledem ke kolísání příznaků v čase nemusí být všechna přítomna v jeden okamžik.

Diagnostická kritéria	Poruchy pozornosti	Neschopen udržet pozornost, dezorientace
	Rozvoj v krátkém čase	Vznik v řádu hodin/dnů, fluktuace v čase, kolísá během dne
	Poruchy kognitivních funkcí a aktivity	Porucha paměti, řeči, psychomotorický neklid, poruchy spánku
	Poruchy myšlení a vnímání	Bludy, halucinace
	Nepřítomnost jiného vysvětlení	

2. krok

Prevence a nefarmakologická opatření

- myslet na predisponující faktory (věk, křehkost, komorbidity, demence, poruchy smyslů, orgánové poruchy, závislosti apod.)
- bezpečné prostředí
- minimalizovat hluk a rušivé světlo
- hodiny/kalendář
- jasná a jednoduchá komunikace
- minimalizace invazivních vstupů (močový katetr, kanyl, nazogastrická sonda)

3. krok

Důsledné fyzikální vyšetření k odstranění nejčastějších příčin distresu nebo bolesti (3)

D = drugs = léky	Anticholinergika, sedativa, BZD, kortikoidy, ATB, opiáty
E = eyes, ears = poruchy smyslů	Poruchy zraku, sluchu, izolace
L = low flow = nízké zásobení O ₂	Hypoxie, srdeční selhání, IM, CHOPN, šok
I = infections = infekce	Virové i bakteriální infekce
R = retention = retence	Močová retence, zácpa
I = intracranial = CNS	Metastázy CNS, křeče, hypertenzní encefalopatie, CMP
U = under = nedostatečný	Dehydratace, malnutrice, spánková deprivace, nezvládnutá bolest
M = metabolic = metabolické poruchy	Na, Ca, glukóza, jaterní encefalopatie, uremie

4. krok

Revize zbytné a delirogení medikace (kortikoidy, opioidy, anticholinergika např. TCA, chlorpromazin, levodopa, prothiaden, benzodiazepiny)

5. krok

Nejčastější příčinou deliria je nezvládnutá bolest, doporučujeme proto před nasazením antipsychotik vyzkoušet analgetika

Bolest	1. krok: paracetamol 500–1000 mg p.o., i.v. 3xd (max. denní dávka 4000 mg u akutního užívání) nebo/přidat metamizol 500–1000 mg p.o., i.v. 3-4xd (max. denní dávka 5000 mg)
	2. krok: morfin 10 mg p.o. à 4–6 hod. nebo morfin 5–10 mg s.c., i.v. à 4–6 hod., navyšování do efektu (max. denní dávka není stanovena), v případě, že první dávka je bez efektu, opakovat à 1 hod. do klinické úlevy CAVE! 3–4 dny u opioid naivního pacienta souběžně antiemetika (1. volba haloperidol 5 kapek p.o. 3xd nebo haloperidol 0,5–1 mg s.c. à 6–8 hod. nebo metoklopramid 10 mg p.o., s.c., i.v. 3xd), max. po týdnu nauzea vymizí, souběžně s opioidy podávat laxativa k prevenci zácpy.

6. krok

Antipsychotika (4) – u geriatrických pacientů snížit dávky na polovinu, titrovat s opatrností. Sledovat nežádoucí účinky antipsychotik (pravidelná monitorace EKG, TK + P, ortostatické hypotenze, extrapyramidových NÚ).

Dle literatury je ale efekt antipsychotik u deliria nejistý (5). Zejména v **závěru života** je delirium velmi obtížně ovlivnitelné a v případě prognózy v řádu dnů a deliria, které nereaguje na antipsychotickou terapii, je nutno zvážit paliativní sedaci.

Delirium	1. krok: tiaprid 100 mg p.o., i.v., i.m. à 6 hod. (max. denní dávka 1800 mg) + melperon 25–50 mg p.o. na noc při nočním neklidu
	2. krok: haloperidol 2,5– 5 mg p.o., s.c., i.m., při nedostatečném efektu zopakovat za 1 hod., jinak à 6–8 hod. (max. denní dávka 20 mg)
	3. krok: levomepromazin 12,5– 25 mg p.o., i.v. (ve větším objemu), s.c., i.m. à 8–12 hod. (max. denní dávka 100 mg) CAVE! sedativní účinky
	4. krok: paliativní sedace

U pacientů s **Parkinsonovou nemocí**, kteří nejsou v závěru života a jsou schopni pohybu, nepoužíváme haloperidol, který je v této skupině pacientů kontraindikován (SPC).

Lékem první volby je u nich kvetiapin 12,5–50 mg 2x denně s postupným navyšováním dávek do efektu (max. denní dávka 800 mg).

Běžně používané antidelirantní léky (6) jsou uvedeny v tabulce. Všechna uvedená antipsychotika mají srovnatelnou účinnost (7, 8). Benzodiazepiny používáme s velkou opatrností, jelikož mohou mít delirogenní potenciál a příznaky deliria zhoršit. Jejich indikace je u agresivních pacientů, u kterých je žádoucí sedace, případně u paliativní sedace při nezvladatelném deliriu v závěru života.

Lék	Podání	Počáteční dávka	Udržovací dávka	Maximální d. d.	Poznámka
haloperidol	p.o.	15 kapek 1xd	15–20 kapek 3xd	20 mg	
	i.m., s.c.	1–5 mg 1xd	1–5 mg 3xd	20 mg	při nedostatečném efektu počáteční dávku zopakovat za 1 hod
tiaprid	p.o., i.v., i.m.	100 mg à 6 hod	100 mg à 6 hod	1800 mg	u závažného renálního poškození nebo ve stáří snížit dávky
melperon	p.o.	25 mg na noc	25–50 mg 1–3xd	600 mg	indikován při nočním neklidu
levomepromazin	p.o., s.c., i.v., i.m.	12,5 mg 1xd	12,5–25 mg 1–3xd	100 mg	sedativní, při i.v. podání zředit větším množstvím roztoku (250 ml)
risperidon	p.o.	0,5 mg 1xd	0,5–1 mg 2–3xd	10 mg	
olanzapin	p.o., s.l.	5 mg 1xd	5–10 mg 1xd	20 mg	výhodou je možnost sublingválního podávání
kvetiapin	p.o.	12,5 mg 2xd	12,5–100 mg 2xd	800 mg	první volba u pacientů s Parkinsonovou nemocí
midazolam	p.o., s.c., i.v.	2,5 mg opakovat d.p.	2,5–5mg opakovat d.p.	dle žádoucí úrovně útlumu	často s efektem používán v závěru života, také k paliativní sedaci

Literatura

- 1) Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA: The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium, Res Theory Nurs Pract 2003, 17(1): 31-50
- 2) Inouye S, Van Dyck C, Alessi C et al: Clarifying confusion: The confusion assessment method, Annals of Internal Medicine, 113(12), 941-948
- 3) American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- 4) Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG: Management of delirium in palliative care: a review, Curr Psychiatry Rep. 2015 Mar, 17(3), 550
- 5) Meera R. Agar, Peter G. Lawlor, Stephen Quinn, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial, JAMA Intern Med. 2016 Dec 5
- 6) Sláma O., Kabelka L., Vorlíček J, Paliativní medicína pro praxi, Galén 2011
- 7) Tanimukai H, Tsujimoto H, Matsuda Y et al, Novel Therapeutic Strategies for Delirium in Patients With Cancer: A Preliminary Study. Am J Hosp Palliat Care. 2014 Dec 30
- 8) Twycross R., Wilcock A., Howard P., PCF6 Palliative care formulary, palliativedrugs.com 2017

