

AGITOVANÝ PACIENT NA JEDNOTCE INTENZIVNÍ PÉČE

MUDr. Renata Švehláková

Oddělení intenzivní péče operačních oborů, Baťova nemocnice, Zlín

Nové možnosti eliminace delirantních stavů, zkrácení délky hospitalizace komplikované amentními stavy za použití nového neuroleptika – Tiapridalu. Článek pojednává o praktickém využití neuroleptika nové generace na chirurgické multioborové JIP, o vhodně zvolené době jeho aplikace, dávce a délce podávání.

Pokroky v anestézii a operační technice nám umožňují provádět stále rozsáhlejší výkony i u nemocných ve velmi pokročilém věku.

Tím i přes šetrné vedení celkové i lokální anestézie přibývá nemocných s psychickými poruchami – amentními či delirantními stavy, které komplikují pooperační průběh. Klinicky se amentní stav po operaci manifestuje u cca 70% starších pacientů. Má multifaktoriální patogenezi – na jeho vzniku se podílí osobnost nemocného, věk, obavy z operace, perioperační stres, pooperační obava z výsledku operace a přidružené choroby nemocného. Typický amentní stav se objeví mezi 1. až 7. pooperačním dnem po lucidním intervalu. Trvá většinou 1–3 dny a po odeznění nezanechává následky.

Poruchy chování a emotivity se obvykle souhrnně označují termínem behaviorální a psychologické příznaky demence. Podstatou demencí je snížení úrovně kognitivních (poznávacích) funkcí – snížení paměťových a intelektových schopností – a nekognitivních funkcí – poruchy chování, emocionality a aktivity denního života. Souhrnně lze říci, že u demence jsou postiženy tři vzájemně se prolínající funkční okruhy – kognitivní funkce, chování a aktivity denního života. K nejčastějším projevům patří deprese, úzkost, poruchy spánku, emoční labilita, bludy, halucinace, iluze, agitovanost, neklid, bloudění, apatie, únava, neustálé stížnosti, poruchy příjmu potravy, sexuální odbrzděnost, pády.

Tyto stavy jsou většinou krátkodobou reverzibilní poruchou psychických funkcí v důsledku negativních vlivů působících na mozek. Tyto stavy se snadno rozvíjejí v predisponovaném terénu aterosklerotických změn i demence jiné etiologie. Další rizikovou skupinou jsou nemocní s předchozím abusem alkoholu, jejichž počet přibývá.

Nemocný v amentně delirantním stavu je závažným problémem chirurgické praxe. Nepříznivý psychický stav nejenže komplikuje práci ošetřujícímu personálu, ale zároveň zvyšuje prodloužením pobytu na JIP náklady na léčbu. Taktéž nespolečnost nemocného může díky zastření klinických příznaků různých kom-

plicací výrazným způsobem nepříznivě ovlivnit i jeho další prognózu.

Z našich zkušeností získaných na chirurgické multioborové jednotce intenzivní péče jsme se přesvědčili o tom, že tyto poruchy chování lze nejlépe ovlivnit aplikací neuroleptik, které nejlépe pozitivně ovlivňují psychické integrace, upravují chorobně narušené myšlení, vnímání, jednání a chování. Odstraňují halucinace, bludy a mají uklidňující, antimanické, antidepresivní a anxiolytické účinky. Zároveň lze v pooperačním období využít i jejich analgetických vlastností.

Podle současného léčebného schématu bývá účinná léčba neuroleptiky nasazována až v okamžiku manifestace psychického postižení. Bohužel, klinický efekt léčby se dostavuje až s určitou latencí po zahájení léčby. Toto přechodné období bývá často považováno za neúspěch zvolené léčby a lékaři většinou pod tlakem okolí mění medikaci za jiný, obvykle ekonomicky podstatně náročnější preparát. Někdy dochází k překladu nezvládnutelného pacienta na psychiatrické oddělení, kde lze – pokud toto oddělení pacienta přijme – jen obtížně zajistit kontinuitu chirurgické péče.

Dle našich zkušeností lze doporučit změnu obvyklého zaběhlého schématu aplikace sedativních látek až při projevech změn psychiky, ale uvažovat nad preventivní aplikací neuroleptik. Nutným předpokladem je však sledování vitálních funkcí nemocného za pobytu na JIP.

Zjistili jsme, že preventivní podávání Tiapridalu okamžitě po chirurgickém výkonu

u nemocných se závislostí na alkoholu a u nemocných predisponujících k psychickým změnám – věk nad 70 let – vede k významnému snížení alterace psychického stavu po výkonu, k oddálení a někdy v lepším případě i k úplnému potlačení psychické poruchy. Jestliže tlumíme pacienta až při jasné manifestaci psychomotorické agitovanosti, je již nutno často užít kombinaci neuroleptik s benzodiazepiny (kontinuální podávání Midazolamu i.v.), s nootropiky (kontinuální aplikace Piracetamu i.v.), s hypnotiky, s antidepresivy a dobré zkušenosti máme s kontinuální aplikací blokátoru alfa adrenergních receptorů v centrálním nervstvu – s Catapresanem (Clonidin). V případě neúspěchu léčby jsme nuceni přejít na silnější neuroleptika jako je Haloperidol a nebo na finančně nákladné hypnotikum – Heminevrin.

Pro zhodnocení podání neuroleptika – Tiapridalu – agitovaným pacientům na jednotce intenzivní péče operačních oborů byl vytvořen za podpory firmy Sanofi-Synthelabo dotazník, který zaznamenává zkušenosti lékařů s tímto preparátem v průběhu let 2001–2002 a obsahoval hodnocení 1083 pacientů. Všímá si prevence a terapie poruch chování u geriatrických pacientů a u pacientů s abusem alkoholu

Tabulka 1. Výskyt delirantních stavů podle pohlaví

	n	%
muži	608	56,3
ženy	464	43,0
neudáno	8	0,7

Tabulka 2. Důvod nasazení Tiapridalu

	n	%
prevence poruchy chování	318	29,4
terapie poruchy chování	689	63,6
geriatrický pacient	599	55,3
pacient závislý na alkoholu	263	24,3
prevence poruchy chování u geriatrického pacienta	160	14,8
prevence poruchy chování u pacienta závislého na alkoholu	77	7,1
terapie poruchy chování u geriatrického pacienta	393	36,3
terapie poruchy chování u pacienta závislého na alkoholu	151	13,9

Tabulka 3. Účinnost léčby Tiapridalem

	n	%
velmi dobrá	529	48,9
dobrá	482	44,5
malá	64	5,9
zcela neúčinný	7	0,6

s rozlišením pohlaví a stáří. Výsledky tohoto dotazníku se z větší části shodují s našimi zkušenostmi. Po vyhodnocení všech kritérií z dotazníku vyplývá, že mužská populace je zatížena díky svým návykům a rizikovým faktorům větším výskytem delirantních stavů (tabulka 1). Tiapridal je nasazován do léčby 1. pooperační den (tabulka 2). Minimální a maximální denní dávka je v průměru 300 mg/den. Průměrná délka podávání Tiapridalu je 6–10 dnů. Hodnocení účinnosti Tiapridalu je ze 49 % velmi dobrá (tabulka 3), bezpečnost léku je z 91 % bez nežádoucích účinků a z přehledu nežádoucích účinků je nejvíce zastoupen útlum a to v 10 % z celkového množství. Na pooperačních odděleních je aplikace Tiapridalu nejčastěji cestou parenterální – tj. intra venam. Vzhledem k tomu, že tyto amentní a delirantní stavy jsou z větší části jen přechodné, je jasné, že další chronická aplikace Tiapridalu není na místě a i dle dotazníku ze 66% není pokračováno v jeho aplikaci.

Praktický postup preventivního podání neuroleptika hned po výkonu

Indikací k podání neuroleptika je věk pacienta nad 70 let nebo zjištěný předchozí abusus alkoholu. K preventivní léčbě používáme preparát Tiapridal, který se řadí do skupiny atypických neuroleptik. Z farmakologických vlastností je výhodná rychlá biologická dostupnost

bez ohledu na způsob podání, dále částečný anxiolytický a analgetický účinek a nevyvolává respirační depresi. Je velmi dobře snášen všemi věkovými skupinami, nežádoucí účinek léku jsme pozorovali jen u cca 1% pacientů ve smyslu somnolence a rigidity.

Tiapridal používáme dle následujícího schématu

V případě preventivního podání zahajujeme dávkou 3–4 × 100 mg (1 amp.) Tiapridalu i.v., kterou v případě rozvoje psychické poruchy zvyšujeme až do 800–1 600 mg Tiapridalu denně.

Tuto parenterální aplikaci jsme uplatňovali do doby, než mohl pacient přijímat p.o., a nebo do odeznění psychických příznaků. Většinou jsme aplikaci zahajovali 1. pooperační den. V případě nerozvinutí psychických klinických příznaků končíme aplikaci Tiapridalu v průměru 3.–6. pooperační den. Je důležité upozornit taktéž na významný a neopomenutelný vztah mezi závažností výkonu a postižením psychiky nemocných – v těchto případech nasazujeme Tiapridal i bez omezení věkové hranice.

Závěrem

- Amentní a delirantní stav se u geriatrických pacientů nejčastěji vyskytl ke konci 1. pooperačního dne.
- Pro skupinu pacientů s abusem alkoholu je typický rozvoj delirantního stavu koncem 2. pooperačního dne.
- U preventivního podání Tiapridalu se incidence výskytu těchto poruch snižuje na minimální množství.
- Při léčbě Tiapridalem od 1. pooperačního dne dochází k odeznění amentního stavu již 3. pooperační den.

- Maximální délka preventivního podávání Tiapridalu byla v průměru 3–6 dní.
- Průměrná délka aplikace Tiapridalu u rozvinutých amentních stavů byla 6–10 dnů.
- Dávkování Tiapridalu bylo v širokém rozmezí 200–1600 mg/den i.v.
- Při aplikaci Tiapridalu u již rozvinutého amentního stavu bylo zpočátku nutné tento preparát kombinovat s benzodiazepiny – s cílem rychle a účinně zklidnit agresivního pacienta, a nebo byl nutný přechod na jiný druh psychofarmaka.
- Ke kombinaci Tiapridalu s nootropiky nás vedla myšlenka zlepšit metabolismus a funkci mozkových buněk u pacientů s aterosklerózou, a tím zkrátit délku projevů amentního stavu.
- Při projevech somnolence a rigidity k úpravě stavu stačilo jen snížit dávkování Tiapridalu.

Naše hodnocení atypického neuroleptika – Tiapridalu – je výrazně pozitivní pro pohodlné dávkování, pro vysokou účinnost a pro nízký výskyt nežádoucích účinků s hemodynamickou stabilitou.

Pozitivní výsledky aplikace Tiapridalu vypovídají o oblíbenosti a rozšířené aplikaci nového atypického neuroleptika, které má v našich nemocnicích již své nezastupitelné místo v prevenci a léčbě poruch chování, v léčbě poruch chování u geriatrických pacientů a u pacientů závislých na alkoholu.

Literatura

1. Radimský M, a kol. Psychiatrie II.
2. Steele JW, Faulds D. Drugs and Aging.
3. Švestka J, a kol. Psychofarmaka v klinické praxi.