

PRÍSPEVKY Z PRAXE
**INTENSIVNÍ SOMATICKÁ PÉČE O PACIENTY V DELIRIU
TREMENS**

J. HAVLŮJ, J. PRAŠKO, Z. BAŠNÝ, D. SEIFERTOVÁ

 Výzkumný ústav psychiatrický, Praha 8 – Bohnice,
ředitel doc. MUDr. J. Gebhart, CSc.

Delirium tremens je vážná akutní porucha psychického stavu, která je ve svém průběhu často komplikována poruchami homeostasy vnitřního prostředí a četnými somatickými komplikacemi. Může dojít až k selhání základních životních funkcí. Úmrtnost v deliriu tremens se v literatuře v současné době udává 2 – 8 %. Péče o tak vážný stav musí být komplexní, psychiatrická i somatická. Ta je umožněna funkcí jednotek intenzivní psychiatrické péče se somatopsychiatrickým zaměřením. Zde jsou vytvořeny technické a personální podmínky k poskytování interdisciplinárního léčebného přístupu k psychiatrickým pacientům.

V průběhu deliria tremens se musí zaměřit terapeutické úsilí do třetí oblasti. Jde o tišení akutního psychomotorického neklidu, o udržování homeostasy vnitřního prostředí a o léčbu akutních somatických komplikací.

Somatické komplikace můžeme rozdělit na chronické, provázející chronický abusus alkoholu, dále na akutně vzniklé během deliria tremens a na komplikace léčby. V literatuře se setkáváme nejčastěji s těmito nemocemi a systémovými poruchami: alkoholická hepatopatie až cirrhosa, pankreatitida, gastritida a vředová choroba gastroduodenální, renální poruchy, anemie, hypovitaminosy, neuropatie, diabetes mell., kardiomyopatie a jiné. Delirium tremens ohrožuje ve svém průběhu nemocné vznikem bronchopneumonie, kardiálním selháním, hypertensí nebo hypotensí, embolisací do plicnice, poruchami metabolismu a homeostasy vnitřního prostředí, jaterním a renálním selháním, hyperpyrexii, edémem mozku, vnitřním krvácením, akutní pankreatitidou a úrazy.

Léčba deliria tremens psychofarmaky může vést také k některým komplikacím. Může dojít k centrálním útlumu dechového a kardiovaskulárního centra v CNS. Větší a déletrvající celkový útlum pacienta vede k prolongovanému pobytu na lůžku a ohrožení bronchopneumonií, aspirací, proležením, žilních trombos a embolisací do plic, močové infekce atd. Po intravenosní aplikaci léků se setkáváme s povrchními tromboflebitidami.

Nejčastěji udávané příčiny úmrtí na delirium tremens jsou: bronchopneumonie, selhání jater, akutní pankreatitida, embolie do plic, edém mozku, metabolický rozvrat a srdeční selhání. Úmrtnost se dle různých údajů pohybuje mezi 1 až 10 %.

Na JIPP, VÚPs Praha jsou akutní alkoholové psychozy a hlavně delirium tremens nejčastější diagnosou přijímaných pacientů. Cílem našeho sledování je pokus o nalezení optimální a přitom všeobecně dostupné alternativy léčby a péče, chceme dosáhnout co nejmenší možnou úmrtnost a zabránit vzniku akutních komplikací. Podrobným sledováním psychopatologie akutně delirujících oproti náhle vynuceně abstinujícím alkoholikům nalézt společné a odlišné znaky, a tím přispět k objasnění psychopatologické patogenese.

Naše studie začala na počátku r. 1988 a dosud do května 1989 jsme do ní vybrali 37 pacientů mužů. Pro tišení psychomotorického neklidu jsme zvolili alternativy: clomethiazol (Heminevrin) a benzodiazepiny flunitrazepam (Rohypnol) a clorazepat (Tranxene). Porovnáváme účinnost a bezpečnost uvedených léků. Ve stadiu dílčích výsledků se zdá nejlepší Heminevrin.

Somatická péče je zaměřena především na rehydrataci a úpravu vnitřního prostředí. Podáváme roztoky glukosy, fyziologického roztoku a Nutramin C (roztok aminokyselin) ve většině případů do centrálního žilního řečiště. Bráníme tím i katabolickým pochodům organismu. Nezbytná je dodávka insulínu, kalia, natria, magnesia a kalcia, stejně důležité je nezapomínat na vysoké dávky vitamínů B, C, E. Pokud je nutno korigovat poruchy acidobasické rovnováhy, používáme natrium hydrogencarbonicum, resp. fyziologický roztok a HCl. Dále podáváme v těžším stavu kortikoidy a kyslík. Téměř vždy antipyretika a antibiotika. Důležitá je prevence vzniku hlubokých žilních trombos. Provádíme ji bandážováním dolních končetin, aplikací Heparinu nebo Curantylu a Superpyrinu. Akutně vzniklé somatické komplikace léčíme v týmové spolupráci ošetřujícího lékaře psychiatra s internistou JIPP a dosažitelnými konsiliáři: neurologem, anesthesiologem, očním lékařem a chirurgem. V nutném případě by mohl být pacient transportován na ARO oddělení FN Bulovka, Praha 8. Zatím k tomu u diagnózy delirium tremens nemuselo dojít. Jako naprosto nezbytné zázemí činnosti JIPP je nepřetržitě fungující biochemická laboratoř a vyhovující škálou statimových vyšetření.

V našem souboru 37 pacientů se nejčastěji vyskytovaly tyto komplikace: bronchopneumonie a respirační infekce 30 %, kardiálních a oběhových 17 %, jaterních 9 %. Celkem mělo nějakou komplikaci ji při příjmu nebo vzniklou během léčení 60 % pacientů. Úmrtnost činí dosud 5,4 %, tj. zemřeli 2 pacienti. Jedno úmrtí bylo způsobeno akutní masivní embolií do plic, druhé bronchopneumonií a respiračním selháním.

Vysoké procento komplikovaných případů jde na úkor především pacientů již s komplikací přijímaných, což je vlastně posláním JIP. Úmrtnost přesto zůstává na celkem přijatelné úrovni. Péče o takovéto těžké pacienty je velmi náročná z hlediska ekonomického i z hlediska zatížení personálu. Etickou otázkou smyslu naší snahy a námahy si snadno zodpovídáme nejen svou povinností, ale i nadějí, že poskytnutá šance nemocným do kvalitnějšího dalšího života nepřijde nazmar. Dle údajů Hřebíčka a spol. (1981) je recidiva deliria tremens přece jen daleko méně častá než prvý výskyt. Celospolečenská prevence je však naléhavá.

**J. HAVLŮJ, J. PRAŠKO, Z. BAŠNÝ, D. SEIFERTOVÁ/ INTENSIVNÍ SOMATICKÁ PÉČE
O PACIENTY V DELIRIU TREMENS**

LITERATURA

Hřebíček, S., Sokol, I., Sedláček, S., Chvíla, I.: Vývoj alkoholických onemocnění a jiných závislostí v číslech opavské léčebny (desetiletá retrospektiva). *Českoslov Psychiatr*, 77, 1981, 2, str. 81 – 86

Do redakcie prišlo dňa: 14. 6. 1989

Adresa autora: MUDr. J. Havlůj, Krkonošská 17, 120 00 Praha 2
