Následující text je určen nejen psychiatrům, ale i dalším lékařům lůžkových zařízení, kam se pacient s deliriem tremens může dostat. Delirium tremens např. propuká často po úrazu v průběhu hospitalizace na chirurgickém nebo ortopedickém oddělení.

Diagnostika

Diagnostika deliria tremens nečiní obvykle problémy vzhledem k výraznému třesu, zrakovým halucinacím a zvýšeným hodnotám jaterních testů. Je ovšem třeba odlišit deliria jiné etiologie. Ta se v případě posttraumatických stavů CNS mohou s alkoholovým deliriem družit. Existuje i možnost centrálních febrilií až hyperpyrexií po traumatu CNS s možným intrakraniálním krvácením mylně považovaným za projev deliria tremens. Opakovaně jsme se setkali u pacientů poslaných jako delirium tremens s mozkovými nádory a nálezy nitrolebního krvácení, jednou se jednalo i o nepoznanou cévní mozkovou příhodou. Neurologické vyšetření bývá často negativní, nález se zjistí až na CT.

Velký pokrok v léčbě

Dřívější studie popisovaly u deliria tremens moralitu kolem 15 %, novější studie využívající postupy popsané dále uvádějí mortalitu nepřesahující 1 % (Mayo-Smith et a.l., 2005).

Somatické komplikace a jejich léčba

Somatické komplikace jsou u deliria tremens časté. Jedná se např. o hepatopatie, pankreatopatie, stavy po úrazech hlavy, krvácení do trávicí trubice, dekompenzovanou hypertenzi nebo srdeční onemocnění. Delirium tremens také často nasedá na úraz nebo onemocnění, který vedly k náhlému vysazení vysokých dávek alkoholu. Pacient s deliriem tremens by pro měl být vyšetřen internistou. Často se objevují nízké hladiny hořčíku a draslíku, dehydratace, hypoglykémie, avitaminózy (alkohol působí jako antivitamin thiaminu). To je třeba léčbou kompenzovat. Např. hypokalemie pronikavě zvyšuje riziko srdečních komplikací. Důležité je vyšetřit i osmolaritu, protože jinak by celková dehydratace mohla hypokalemii zakrývat.

Antipsychotika nejsou vhodná, benzodiazepiny a clomethiazol ano

Athen (1986) zjistil po podávání antipsychotik vyšší mortalitu. Remijnse et al. (2002) popsali smrt u muže ve věku 20 let po podání haloperidolu.

Mayo-Smith et al. (2004) doporučují podávání sedativ se zkříženou tolerancí k alkoholu. Clomethiazol (do 18 cps po 192 mg/24 hod. rozděleno v 5 i více dávkách) je šetrnější ke kognitivním funkcím, nelze ho ale podávat nitrožilně. Diazepam (dle stavu 80 i více mg denně v infusi či per os) je vhodný, když není spolehlivý příjem per os a došlo-li ke křečím. Tyto preparáty nekombinujeme a vysazujeme je postupně, typicky během týdne.

Léčba prostředím

Pacient s deliriem tremens by měl být léčen v klidném prostředí, nejvhodnější je tlumené světlo (naprostá tma může provokovat halucinatorní stavy, ostré světlo zase neklid). Zajištění bezpečnosti pacienta a nutná infúzní léčba někdy vyžadují omezení v lůžku. Je třeba sledovat vitální funkce a příjem tekutin.

Zvládnutí deliria tremens je pouze začátek

Na zvládnutí deliria tremens by měla navazovat komplexní léčba pro závislost na alkoholu.

Zdroj: Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Literatura

Athen D. Comparative investigation of chlormethiazole and neuroleptic agents in the treatment of alcoholic delirium. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1986;329:167-70.

Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, Jara G, Kasser C, Melbourne J. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Arch Intern Med 2004 12;164:1405-1412. Remijnse PL, Eeckhout AM, van Guldener C. Sudden death following a single oral administration of haloperidol Ned Tijdschr Geneeskd. 2002;146(16):768-71.