

finding solutions in the areas of funding, staffing, and overall availability of facilities for this target population.

Key words: clinical pharmacy, long-term care, drug-related problems, polypharmacy.

Úvod

Významným problémem českého zdravotnictví v oblasti psychofarmakoterapie je odpovědná a racionální preskripce u dlouhodobě institucionalizovaných osob. U této populace čelíme výzvě, jak pokrýt specifické potřeby těchto klientů či pacientů, zvládnout případné problémové chování a současně se vyhnout nadměrné preskripci léčiv, zejm. psychofarmak. Ta se často předepisují na kontrolu jednotlivých symptomů, a pokud jsou jejich rizika opomíjena, mohou mít závažné důsledky pro zdraví a kvalitu života těchto osob.

Při komplexní problematice pacienta, který má např. časté poruchy chování, bývá výsledkem léčby neracionální kombinace různých psychofarmak, která mohou přinést mnoho rizik nebo navzájem interagovat.

Cílem článku není kritizovat současný stav, ale poskytnout ucelený pohled na problematiku preskripci u této populace a navrhnout strategie, jak se na její rizika zaměřit a následně je zmírnit.

Tato problematika stále nemá v současné době pozornost, jakou by si zasloužila. Je potřeba se tímto tématem více zabývat, a to neznamená jen racionalizovat farmakoterapii, ale nacházet řešení i v oblasti financování, personálního zabezpečení a vůbec dostupnosti zařízení pro tuto cílovou populaci.

Rizika psychofarmak u pacientů v dlouhodobé institucionální péči

Psychofarmaka jsou v medikacích pacientů v dlouhodobé institucionální péči hojně zastoupena. Jednak mají častější psychiatrické komorbidity a dále jsou jim psychofarmaka často indikována na poruchy chování (tj. agitace, neklid, sebepoškozování, stereotypní chování, nespoupráce při péči, křik, hostilita a agrese). Tento důvod preskripcí psychofarmak může být sporný a nemá vždy oporu v medicíně založené na důkazech. Mnohdy také bývají opomíjeny nebo nemohou být uplatňovány nefarmakologické postupy léčby (např. z důvodu nedostatečného personálního zabezpečení zařízení). Diagnostika psychických problémů bývá, zejména u pacien-

tů se sníženou schopností komunikace, ztížena. Za náhlou změnou chování dále může být i zcela jiný faktor, např. dietní chyba, zácpa či bolest (1).

Při hodnocení medikací pacientů v dlouhodobé péči se lze setkat např. s těmito lékovými problémy:

- polypragmazie,
- klinicky významné lékové interakce,
- vysoké dávky a kombinace sedativních léků,
- kombinace léčiv s anticholinergním potenciálem,
- kombinace léčiv prodlužující QTc interval,
- kombinace léčiv zvyšující metabolické riziko,
- kombinace léčiv vyvolávající extrapyramidovou symptomatiku,
- nedostatečná monitorace rizik psychofarmak.

Velká část těchto pacientů užívá psychofarmaka letitě, bez větších změn, často z důvodu přetrvávajícího mýtu, že do psychiatrické medicíny nelze zasahovat.

Polypragmazie

Polypragmazií nazýváme pravidelné neracionální užívání většího počtu léčiv (zpravidla > 5), nebo užívání léčiv nadměrně dlouhou dobu nebo ve zbytečně vysokých dávkách. Faktory, které k ní vedou u populace dlouhodobě institucionalizovaných osob, jsou zejména:

- farmakorezistentní stavy,
- polymorbidita,
- preskripční kaskády,
- nedostatečná účinnost léčiv z různých důvodů,
- závažné poruchy chování,
- nadměrná víra v to, že léky přinesou efekt,
- nedostatečný respekt z nežádoucích účinků,
- strach, že se stav zhorší, pokud by se počet léčiv zredukoval,
- absence účinné kauzální léčby na danou problematiku (2).

Preskripční kaskády jsou časté a vznikají ve chvíli, kdy předepisujeme léčivo na zvládnutí nežádoucího účinku jiného léčiva, který je však interpretován jako nový symptom pacienta. Jedná se např. o preskripci laxativ při podávání anticholinergních antipsychotik jako je olanzapin

nebo klozapin, která u pacienta vyvolají zácpu. Další typickou preskripční kaskádou psychofarmak je podávání biperidenu při snaze zmírnit extrapyramidovou symptomatiku vyvolanou antipsychotiky s vysokou afinitou k D2 receptorům. Biperiden navíc způsobuje zácpu nebo zhoršuje kognici a preskripční kaskáda se může dále řetězit výše naznačeným způsobem. V některých případech jsou preskripční kaskády nevyhnutelné, ale vždy by mělo proběhnout zhodnocení medikace ve smyslu zvažování, zda není vhodnější redukovat nebo zaměnit první léčivo, které nežádoucí účinek vyvolává (3).

Klinicky významné interakce psychofarmak

Vhodné je vždy zhodnotit, zda se v medikaci nenacházejí klinicky významné lékové interakce, které mohou výrazně snížit efekt jednotlivých léčiv nebo naopak zvýšit jejich toxicitu. To lze učinit např. i s pomocí klinického farmaceuta.

V medikaci institucionalizovaných pacientů se v praxi opakovaně setkáváme s lékovými interakcemi karbamazepinu, který de facto eliminuje účinek léčiv primárně metabolizovaných cestou enzymu cytochromu P450 (CYP) CYP3A4 (typicky trazodon, kvetiapin). Jejich souběžné podávání je chybou a vede k neúčinnosti uvedených léčiv. Dalším úskalím může být preskripce antibiotik s interakčním potenciálem např. klaritromycinu, který je inhibitor CYP3A4 a může naopak zvýraznit toxicitu trazodonu i kvetiapinu. Pacientovi pak hrozí nadměrný útlum nebo v případě kvetiapinu narůstá i riziko prodloužení QTc intervalu. Dále hrozí hypotenze a vznik pádů.

Silné induktory a inhibitory některých enzymů, zejm. cytochromu P450, ze skupiny psychofarmak uvádí tabulka 1.

Vysoké dávky a kombinace sedativních léčiv

Mnoho psychofarmak vykazuje sedativní účinky, které jsou dány zejména blokádu H1 receptorů nebo posílením gabaergní neurotransmise v mozku. Tyto účinky jsou s výhodou při terapii akutních stavů jako je mánie či psychóza a při poruchách spánku. Krátkodobě je lze použít