

**MUNI
MED**

Specifika intenzivní oš. péče o pacienta v delirantním stavu

Edita Pešáková

Delirantní stav - úvod

Delirium - z lat. slova de lira = mimo linii

= porucha vědomí a kognitivních funkcí, která se rozvíjí v krátkém časovém intervalu hodin až dnů

- nejč. kvalitativní porucha vědomí
- může se dotýkat všech medicinských oborů
- neg. ovlivňuje morbiditu a mortalitu, prodlužuje dobu hospitalizace, znesnadňuje rehabilitační péči
- nejč. na psychiatrii, dále ARO/JIP, geriatrie, paliativní péče, chirurgie (zejm. po velkých op.)
- je neoddělitelnou součástí řady kritických stavů

Delirium – projevy

- Porucha psychických funkcí: pozornosti, vnímání a myšlení, paměti, psychomotoriky, emocí a cyklu spánek / bdění
- Globální porucha poznávání a chápání
- Nesouvislé a chaotické myšlení
- Iluze a halucinace (nejč. zrakové)
- Narušení krátkodobé paměti, problémy s orientací
- Zvýšení psychomotorického tempa, bezúčelná aktivita může být vystřídána bradypsychismem
- Emoce – dominuje úzkost, deprese x euforie, iritabilita
- Obvykle rychlý začátek s kolísáním intenzity

Delirium – rizikové faktory

Potenc. ovlivnitelné rizikové faktory	Neovlivnitelné rizikové faktory
Senzorické oslabení (zrak, sluch)	Demence či kognitivní deficit
Imobilizace (katétry, mech. omezení)	Vyšší věk (> 65 let)
Medikace (sedativa, narkotika, anticholinergika, kortikosteroidy, polypragmazie, abstinenční sy)	Anamnéza deliria, CMP, neurologické onemocnění, pádů či poruch chůze
Interkurentní onemocnění	Polymorbidita
Metabolická porucha	Mužské pohlaví
Chirurgické zákroky	Chronické renální či hepatální onem.
Prostředí (přijetí na JIP)	
Bolest	
Emoční stres	
Dlouhodobá spánková deprivace	

Delirium - etiologie

- Intoxikace (alkohol, sedativa, analgetika, těkavé látky, amfetamin)
- Při odvykacím stavu
- První příznak somatického onemocnění u starších osob
- Součást terminálního stavu
- Intrakraniální příčiny: demence, CMP, neuroinfekce, trauma hlavy, tumory, hydrocefalus, abscesy, období po epi záchvatu)
- Kardiovaskulární příčiny: srdeční selhání, hypotenze nebo hypertenze, anemie
- Polypragmazie
- Infekce: zejm. pneumonie, peritonitida, sepse
- Deficit vitaminů B1, B6, B12, kyseliny listové

Delirium - patogeneze

Složité, komplexní děj, který není dosud plně objasněn.

Domněnky - neuromediátorová porucha

- zánětlivá reakce se zvýšenou aktivitou cytokinů, zvýšená aktivita stresové osy hypotalamus-hypofýza-nadledviny a změna propustnosti hematoencef. bariéry
- poruchy funkce mozkové kůry a podkorových struktur

Delirium - dělení

- Delirium hyperaktivní - zvýšená bdělost, agitovanost, neklid, hlasitá a rychlá řeč, zrychlená motorika, často halucinace a bludy, častěji u mladších pacientů
- Delirium hypoaktivní - letargie, latence odpovědí, spavost, redukce pohybového projevu, obtížná diagnostika zejména na JIP/ARO
- Delirium smíšené – kombinace a střídání výše uvedených symptomů

Delirium - diagnostika

Anamnéza

Diagnostické testy:

1. Confusion Assessment Method (CAM)
2. The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) → dvoustupňové→
 - A. posouzení míry sedace či agitovanosti
 - B. posouzení kvalitativní poruchy vědomí

Fyzikální vyšetření

Laboratorní vyšetření

CT, MRI, EEG, lumbální punkce...

Delirium – diferenciální dg.

- Demence
- Amnestický syndrom
- Akutní psychotické poruchy
- Epilepsie
- Deprese
- Wernickeho afázie

Delirium x Demence

ZNAK	DELIRIUM	DEMENCE
Začátek	Akutní, zejm. v noci, fluktuující průběh, lucidní intervaly	Nenápadný začátek, stav stabilní během 24 hod. intervalu
Trvání	Hodiny až týdny	Měsíce až roky
Průběh	Fluktuující během 24 hodin	Relativně stabilní
Vědomí	Porušené	Jasně
Spánek	Převrácený spánkový rytmus	Většinou spánek bez poruchy, event. fragmentovaný
Myšlení	Většinou dezorganizované	Zchudlé, zbytkové
Vnímání	Velmi často iluze a halucinace	Iluze a halucinace jsou poměrně vzácné

Delirium - rizika

- Zvýšení morbidity
- Self extubace
- Vytržení katetrů, drénů
- Poškození měkkých tkání
- Pády z lůžka

Delirium jako důsledek odnětí alkoholu a návykových látek

- Obvykle hyperaktivní forma deliria
- Příznaky syndromu z odnětí
- Při odnětí alkoholu mohou být symptomy život ohrožující – generalizované křeče, delirium tremens.
- Následky: prodloužení UPV → prodloužení hospitalizace
- Závislost na alkoholu bývá často podceňovaná
- Pacient nebo i jeho rodina často nechtějí přiznat závislost na alkoholu.
- Řešení – symptomatická léčba + psychofarmaka

Delirium – léčba - nefarmakologická

- Obecná podpůrná opatření – nekonfliktní přístup a vhodné komunikační techniky
- Kurtování a fyzické omezování prohlubuje delirium a zvyšuje riziko úrazu! Omezující prostředky jsou indikovány pouze tehdy, hrozí-li sebepoškození.
- Zajistit rytmus spánek a bdění, eliminace hluku zejm. v noci
- Přítomnost známých lidí a pokud lze, tak i oblíbených předmětů
- Stabilní ošetrovatelský tým

Delirium – léčba - farmakologická

- Zhodnocení stávající medikace!!
- Diagnostikovat a léčit somatickou příčinu deliria
- Vysazení některých léků, zejm. anticholinergních
- BDZ – u syndromu z odnětí (sedativa, alkohol)
- Neuroleptika - (potlač. bludů, halucinací, agitovanosti, agresivity)
Haloperidol, Risperidon, Tiapridal...
- Clomethiazol (nekombinovat s jinými tlumivými látkami!)

- V intenzivní péči se osvědčil Klonidin
- Opioidy – fentanyl, morfin

Delirium - prevence

- Péče o celkový zdravotní stav!
- Zajistit dostatečnou hydrataci a výživu
- Bránit vzniku retence moči a stolice
- Odstraňovat a předcházet bolesti
- Časná mobilizace a rehabilitace
- S pacientem komunikujeme při každé kontaktu
- Snažit se dodržovat režim den/noc

Delirium – základní pravidla při ošetřování na JIP I

- Přistupovat k pacientovi čelem, udržovat oční kontakt, mluvit klidným a vyrovnaným tónem hlasu
- Nezesměšňovat pacienta!!!
- Neodpovídat na agresi protiútokem, neboť agresivita vyvolává další agresivitu!!!
- Pozorně pacienta vyslechnout, zachovat akceptující postoj, projevovat zájem o nemocného doplňujícími otázkami, vyjádřit empatii, trpělivost a profesionální přístup.
- Vyčkat na reakci a zpětnou vazbu pacienta a zjistit zda porozuměl pokynům.

Delirium – základní pravidla při ošetřování na JIP II

- Dbát o bezpečí pacienta, odstranit z blízkosti předměty, kterými by si mohl ublížit (dezinfekce, pean...) a taktéž dbát o bezpečí oš. peronálu
- Léky je třeba aplikovat do infúzní linky v dostatečné vzdálenosti od pacienta, aby nedošlo k ohrožení sestry!
- Základní prostředky pro tlumení neklidu i prevenci - neuroleptika (Haloperidol, Tiapridal), při nutnosti rychlého nástupu účinku v intenzivní péči užíváme benzodiazepiny či Propofol. Tyto léky s rychlým účinkem vyžadují následně kompletní a nepřetržitou oš. péči pro nebezpečí poruchy vědomí, hypotenzi nebo útlum dechového centra.

Delirium – základní pravidla při ošetřování na JIP III

- Omezovací prostředky používat s citem po nezbytně nutnou dobu.
- V případě naordinování kurtů → sledovat stav končetin dle protokolu o fyzickém omezení (barva kůže, prokrvení, hybnost) nejméně však á 1 hodinu!!!
- Nadále komunikovat s pacientem, vysvětlovat mu nutnost fyzického omezení.
- Pokud možno, k pacientovi přistupovat ve dvojici!
- Na odděleních s častou frekvencí těchto stavů je u personálu vyšší riziko syndromu z vyhoření!

Děkuji za pozornost!

