

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 nechťejí 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!

