

Детекция на периоперативен делир – роля на медицинската сестра

Теодора Недева

Detection of Perioperative Delirium – the Role of the Nurse: The article presents clinical observations on perioperative delirium in Orthopaedic ward- emergency, development, diagnosis and treatment. Different concepts are presented, including mainly diagnostics and various therapeutic techniques, and particularly the involvement of nurses in them. It is proved that these professionals play a very important “key” role either in diagnosing or in treatment and prevention of this perioperative complication.

Key words: perioperative delirium, detection, key role, nurse

ВЪВЕДЕНИЕ

Ежедневната ни клинична практика се съпътства от много усложнения. За частие, анестезиологичните компликации в периоперативния период не са чести, но веднъж възникнали, могат сериозно да компрометират крайния резултат от лечението. Едно такова усложнение е периоперативният делир (ПОД). Въпреки, че медицинската общност познава това състояние повече от 2 хилядолетия, то все още е повод за обширни дискусии и проучвания и не престава да е предизвикателство за медицинската общност.[26] Първите записки на лечител, датират от 1 в. пр. н. е. Те са открити в трудове на Целзии, където се описват ментални промени при пациенти с треска или травма на главата. В наше време, в Oxford English Dictionary, понятието се представя с латинския си корен „delire”, който в буквален превод означава „напускам правия път”. Авторите, които изследват проблема, го използват като синоним на „полудявам, побърквам се, лудвам” [1] Делирът е сериозно състояние, значимо по честота и ход на протичане, по засягане на различни възрастови групи, във всички клинични отделения. Диагностицирането му не винаги е лесно и/или възможно, изисква незабавно терапевтично повлияване, в което често са ангажирани различни специалисти. Състоянието се асоциира с повишени забележителности и смъртност, продължителен болничен престой, висока цена на лечение, понякога необходимост от следболнично институционализиране на пациента и негативни медико- социални последици както за самия болен, така и за семейството му и обществото като цяло.. [3]

ИЗЛОЖЕНИЕ

В нашето съвремие, подробни описания и класификации на синдрома делир, се правят както в МКБ X, така и в DSM IV на APA, където той се дефинира като неспецифичен органичен мозъчен синдром, характеризиращ се със съчетани нарушения на съзнание, внимание, възприятие, мислена, памет, емоции, психомоторика, цикъл бодърстване – сън. Започва винаги внезапно, остро, бележи тенденция към флукуиране дори в рамките на едно денонощие. Изисква спешно терапевтично повлияване. От анамнестичните данни, клиничния статус и лабораторните изследвания е ясно, че се развива като резултат от остро настъпили промени в общото състояние на пациента, ятрогенен фактор, интоксикация с вещества и/или лекарства или от тяхното внезапно спиране.[2,4,10] Винаги е мултифакторно, хетерогенно, комплексно, полиетиологично състояние, въпреки че в не малка част от случаите, етиологията не може прецизно и точно да бъде изяснена.

Основни клинични белези на синдрома делир, са комбинация от: *психични, неврологични нарушения и автономна дисфункция*. [25] Усложнението може да се развие при различни групи пациенти: терапевтични или хирургични; терминално болни; на различна възраст, като по-висока честота се регистрира при болни над 60г.[12] В повече от случаите състоянието е преходно и напълно обратимо, като оздравяването е в рамките на дни до 4 седмици, но в редки случаи може да

хронифицира няколко месеца. Трайни когнитивни нарушения не се развиват често, но ако се случи, обикновено еволюират в деменция. Много рядко изходът от заболяването може да е летален. В литературата съществува богато разнообразие от класификации на синдрома, които се основават на различни признаци. Най – често цитирани от тях са: По моторна активност: [22] Хиперактивен - най- лесен за диагностика- клинично се манифестира с физикална и вербална ажитация; Хипоактивен - най- труден за оценка - проявява се с психомоторна ретардация, летаргия, унесеност, апатия, сънливост. Прогнозата е по- лоша в сравнение с другите два типа.[5] Смесен- комбинация от двете форми. [8] Разнообразието от моторни форми и фактът, че клиничната експресия на синдрома в не малко случаи е комбинация от различни психични и неврологични симптоми са причина за неразпознаването или за късното му диагностициране.[25] Това от своя страна е причина за повишаване на заболеваемостта и смъртността от усложнението. Това от своя страна е акцент за значението на ранната диагностика и лечение.[24] По ход на протичане [20]- Остър; подостър; хроничен. По тежест на клинична изява [20,21] Лека; средна; тежка степен; много тежка степен. За поставяне на диагноза ДЕЛИР, според МКБ- X, F 05.[2] е необходимо наличие на леко или интензивно изразени симптоми включващи:[25] нарушение на съзнанието и вниманието, намалена възможност за насочване, фокусиране, поддържане и превключване. Малко по- опростени и синтезирани критерии предлага Американската Психиатрична Асоциация в DSM- IV, а именно:[4,10] 1.Нарушения на съзнанието- качествени и количествени; 2.Промяна в когнитивните способности- паметов дефицит, дезориентация, езикови нарушения, променени възприятия, които не са отчетени като съществуваща или започваща в момента деменция; 3.Нарушенията започват остро и се развиват за кратък период от време и се наблюдава тенденция за флукуиране на симптомите дори в рамките на едно денонощие; 4.От история на заболяването, медицинския преглед и лабораторните изследвания е ясно, че нарушенията е предизвикано от остра промяна в общото състояние на пациента, интоксикация с вещества и/или лекарства или от тяхното внезапно спиране. Поради неспецифичността на психичните симптоми и изявата им и при други психиатрични и неврологични заболявания се налага диференциално диагностично уточняване: при болни с налична деменция; депресия; Паркинсонова болест; функционална психоза, хипомания, тревожни разстройства, хистерия, дисфазия, шизофрения, афективни разстройства, епилепсия, алкохолна злоупотреба. В подобни случаи много ценна се оказва консултация с психиатър.[5,6, 18,19]

Във всички случаи на развитие на делир, за да се направи диференциална диагноза и да се изясни етиологията, се изискват: щателна анамнеза от болния и близките му; оценка на изходния ментален статус; разпознаване на наличните психични симптоми, начинът им на изява и хода на протичане; обстоен клиничен преглед; пълни лабораторни и инструментални изследвания. Състоянието на болния трябва да се мониторира често и ежедневно да се преоценява терапевтичният подход. [6] Делирът е усложнение, което може да се развие при всички хоспитализирани групи пациенти, като хирургичните болни се различават в голяма степен от тези във вътрешните отделения.

Поради важната роля на анестезиолога в управление на пациента в периоперативния период е почти императивно той да притежава познания за усложнението ПОД и да се опита да коригира доколкото е възможно, наличните рискови фактори, да предотврати появата на други, с което ще минимизира честотата на развитие на усложнението. Част от известните изследвания на синдрома акцентират точно върху ролята на анестезиологичния екип, вкл. и медицинската сестра.[7] Анекдотите от миналото, на пациенти и техните близки, че обемът на операцията и видът на анестезията водят до постоперативни когнитивни нарушения (ПОКН), са сериозен повод за немалко изследователи да проведат

проучвания за тези влияния. Според литературата, най- висок процент ПОКН се наблюдава след сърдечна, съдова, торакална и ортопедична хирургия- 61- 68%. [21,23,11] По-ниска честота се регистрира при коремна, офталмологична и гинекологична. [15,16,17]

В литературата се предлага богато разнообразие от психометрични тестове за оценка на менталния статус на пациента, за тежестта на клинична изява и регресия на симптомокомплекса делир, за прогноза за развитието му, за диференциална диагноза с други психични състояния. Тестовите, които са общо достъпни могат условно да се разделят на такива за медицински сестри и за лекари. Въпреки многообразието от скали, към момента няма ясно формулиран „златен стандарт” или един максимално достоверен, валиден и широко приложим тест за оценка и мониториране на пациент с делир. Авторите- изследователи на острата психоза, подбират строго индивидуално, съобразно компетентността, подхода, целите и личните си предпочитания, различни психични скали и тестове за оценка на менталния статус. [13]

Тестове за медицински сестри - поради фактът, че медицинските сестри са първите специалисти, които най-често диагностицират появата на делир, много автори разработват тестове, програми за наблюдение, грижи и превенция на усложнението, насочени прицелно към тази група медицински специалисти. Не случайно се отдава значение на „ключовата им роля” в детекцията и подхода в лечението на болните развили делир. Според Ipooue 2001г., медицинските сестри безпогрешно разпознават около 31 % от пациентите с делир, като това са само с хиперактивна форма на синдрома. Според Fick и Foreman 2000г., причината за това е, че голяма част от сестрите нямат достатъчно познания както за този конкретен синдром, така и за друга психична патология, върху която делирът се наслажда не рядко. Според Voyer ранното разпознаване на симптомите на делир е от изключителна важност за незабавното инициране на лечение и за благоприятния изход от него. Това дава възможност както за интердисциплинарен подход към пациента така и за адекватна терапия и превенция на последващи усложнения. Тъй като сестрите, свързано с обгрижването на болния, са в по- чест контакт с пациентите в рамките на денонощието, те имат реална позиция първи да забележат симптомите на остро объркване, да мониторират пациента, както и да съобщят на лекуващия лекар за настъпващите промени. [14] Значението на специалистите по здравни грижи се засилва и от фактът, че усложнението ПОД се свързва с необходимост от повишени грижи за болния, назначаване и титриране ефекта на нови медикаменти в лечебната схема, понякога с нужда от фиксиране на пациента с цел предотвратяване на самонаранявания, падания от болничното легло, забавяне на раздвижването и др.[11,12,13] Основният извод от различни проучвания е, че медицинските сестри нямат достатъчно голям опит в разпознаване на синдрома делир, а поведенческите промени появяващи се при поява на усложнението, често не се интерпретират като негови симптоми.[14] За по- добър скрининг на болните са създадени психометрични тестове за медицински сестри, които са лесни, бързи, с висока чувствителност и точност и не изискват специални познания или допълнително време за изпълнение. Те осигуряват възможност на сестрата докато извършва рутинните си задължения около леглото на пациента или в манипулационната, да прецени многократно вероятността за поява на остра психоза, без да е необходимо значително допълнително обучение и в същото време без да се повишават задълженията и отговорностите й. Разработени са различни скали за скриниране на пациентите от медицинската сестра – NEECHAM Confusion Scale, Delirium Observation Screening, DDS, NuDESC. Ефективността и точността им са проверени в редица проучвания и е доказан положителен резултат от приложението им.[14] Два много популярни и широко използвани тестове са NuDeSC и DDS, с които работихме и ние. Предназначени са за оценка на психичния и

вегетативен статус на пациента, по време на обгрижване на болния. Акцентът в тях е върху ориентация, поведение по време на разговор, начин на общуване, наличие на халюцинаторни изживявания, вегетативни симптоми. Тази информация сестрите могат непринудено да получат докато контактуват с пациентите по време на почасовите манипулации или посещение в болничната стая. Желателно е резултатите да се регистрират в история на заболяване, за да се проследяват динамично, да се анализират и дискутират. Счита се, че възникването и продължителността на делир са критерии за качеството на грижи в отделението.

Терапевтичен подход към пациент с клиника на делир - Лечението и управлението на пациент с делир често са истинско предизвикателство за лекуващия екип, а при изявена клиника не рядко не може да се постигне оптимален ефект.[9] В повечето публикации, авторите предлагат терапевтичният подход да се осъществява едновременно в две направления: медикаментозно и немедикаментозно, както сме подхождали и ние. Основният акцент е върху идентификацията и лечението на непосредствената причина довела до развитие на делир, като се подчертава, че най- често причината не е само една, а няколко.[16]

Част от целите на проведените в МБАЛ – Русе- АД, в Ортопедично – травматологично отделение проучвания, през 2009 – 2013г., бяха да обобщим и систематизираме диагностичните критерии за ПОД и да съставим терапевтичен алгоритъм за управление на пациент с остра психоза, като дефинираме ролята на медицинската сестра в мениджмънта на делирен болен и организираме обучения. Осъществихме проспективно проучване на пациенти, приети за лечение в отделението. Болните бяха включени в група „ Пациенти развили делир” по предварително формулирани включващи и изключващи критерии. Тази група болни сравнихме със 180 подбрани на случаен принцип пациенти, които по време на болничния си престой не получиха делир, въпреки че притежаваха идентични рискови фактори за развитие на наблюдаваното усложнение. Детекцията на острата психоза при 80 (85,1%) пациента бе извършена от дежурната в Ортопедично отделение *медицинска сестра*, което доказва значимостта на ролята ѝ, за ранното разпознаване на синдрома. Предвид ниската честота на диагностициране на състоянието в хипоактивната и смесената му форма, отчитаме необходимостта от допълнителни обучения. Професионалистите по здравни грижи могат да поставят диагноза ДЕЛИР почти еднакво добре за двата пола: при 46 жени (57,5%) и 34 (42,5%) мъже. Те използваха общо известните белези на състоянието и сестринските скринингови скали- *NuDESC* и *DDS*. Тестовите са прости и лесни за изпълнение, не изискват допълнителни умения и специална квалификация, не е необходим вербален контакт с пациента и могат да се провеждат във времето на рутинните манипулации и грижи за болния. Въпреки придобитите допълнителни познания, неразпознаването на делира продължава да е основен проблем в клиничната ни практика. Може би освен, че изисква познания се свързва и с друг проблем- диференциалната диагноза. За класическа клиника на делир все още много лекари и медицински сестри възприемат преимуществено ажитираният пациент. В този смисъл типичните прояви на синдрома не представляват диагностичен проблем. По литературни данни, обаче, болните с хиперактивен моторен тип са само около 25%, а останалите са с хипоактивен и смесен тип.

ЛЕЧЕНИЕ НА ОРТОПЕДИЧНО- ТРАВМАТОЛОГИЧЕН ПАЦИЕНТ С ПЕРИОПЕРАТИВЕН ДЕЛИР: при всички пациенти беше проведено с комплекс от *нефармакологични* и *фармакологични* техники. Въпреки, че етиологичното лечение на основното нарушение е изключително важно, то се оказва в част от случаите невъзможно. Прилагали сме различни лечебни мероприятия, в които сме отчетели като „съществено” участието на специалиста по здравни грижи. Според нас подобряването на “болничната обстановка” и комуникацията с персонала са много важни в терапевтичното повлияване на болен с делир. По тази причина,

поведението ни беше насочено към множество таргети, част от които бяха: А) Осигуряване на чести контакти между лекуващия екип и пациента, особено мед. сестра - основна цел беше да се подобят ориентацията, безопасността и комфорта на болния. Б) Разясняване на промените настъпили в поведението на хоспитализирания и на необходимостта от повече и по-продължителни контакти с близките му и с другите пациенти в болничната стая. В) Осигуряване на лични вещи от дома на лицето, с които да стимулираме нормализиране на дезориентацията и да осигурим повече сигурност на объркания човек. Г) Променихме режима на цялостно обгрижване на делирния пациент, както и болничната обстановка, за да намалим негативното им влияние върху развитието и продължителността на ПОД. Д) Отношение и поведение на персонала в отделението – обучения, наблюдения, динамично проследяване и оценка на състоянието, стриктно, ритмично и коректно попълване на данни за еволюцията на усложнението в медицинската документация, обсъждане на диагнозата и лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Придобитият клиничен опит в наблюдението, диагностиката, и управлението на нашите пациенти с ПОД, ни дават основание да обобщим, че усложнението не е рядко, хетерогенно е по клинична изява, в генезата му участват множество фактори. Лечението изисква комплекс от медикаментозни и немедикаментозни подходи, в които участва мултидисциплинарен екип. В него, ролята на медицинската сестра се оказва от съществено значение за благоприятен изход от лечението, за успешно менажиране на пациента, за профилактика и превенция на усложнението. Тези отговорности и качеството на лечбния процес в отделенията, изискват придобиване на някои допълнителни компетенции, респективно свързани с бъдещи обучения.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Миланова М.- Невровижилънс. Мониторирание на съзнанието- V Национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие, В.Търново,03-05.06.2010г,стр.35
- [2] МКБ- X, F05, Делир не предизвикан от алкохол или медикаменти
- [3] Стаменов Йорд.,Рачев Ив.- Психиатричен клиничен речник- Медицина и физкултура,София 1988, стр.71-74
- [4] American Psychiatric Association, Diagnostic criteria for delirium. Modified from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- IV- TR. Washington DC, 2000
- [5] British Geriatrics Society, Royal College of Physicians- National Guidelines Number 6: The prevention, diagnosis and management of delirium in older people June 2006
- [6] British Geriatrics Society, Clinical Guidelines: Guidelines for the prevention, diagnosis and management of delirium in older people in hospital, June 2005
- [7] Broadhurst C., Wilson K.- Immunology of delirium: new opportunities for treatment and research- British J of Psychiatry,2001, 179: 288-9
- [8] Camus V. et al- Etiologic and Outcome Profiles in Hypoactive and Hyperactive Subtypes of Delirium- J geriatr psychiatry Neurol, 2000, 13:38-42
- [9] Crawford R., Baskoff J.- Fentanyl- associated Delirium, in Man- ASA, Anesthesiology,Vol.55,№2, Aug.1980
- [10] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition, Text Revision 2004, Washington DC
- [11] Grace J., Holmes J.- The management of behavioral and psychiatric symptoms in delirium- Ashley Publications, Expert Opin. Pharmacother. 2006;7(5)

[12] Gustafson, Berggren, Ragnarsson, et al- A geriatric anesthesiologic program aimed at reducing acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fractures. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 655- 62

[13] Harrison's online textbook, Chapter 26: Confusion and Delirium. McGraw- Hill Companies. Accessed February 2009

[14] Kalisvaart KJ. Et al- Risk factors and prediction of postoperative delirium in elderly hip- surgery patients: Implementation and validation of a medical risk factor model- J Am Geriatr Soc, 2006;54:817-22

[15] Kaneko T. et al- Postoperative Delirium Following Gastrointestinal Surgery in Elderly Patients- Surg Today Jpn J Surg, 1997,27:107-111

[16] Kehlet H., Holte K.- Effect of postoperative analgesia on surgical outcome- British Journal of Anesthesia,2001,Vol.87,1:62-72

[17] Kwatra M.- Cognitive Function After Non- Brain Surgery Studied: Second Duke Conference on surgery and the Elderly- ASA, May 2000, Vol.64, №5

[18] Manos P., Wu R.- The duration of Delirium in Medical and Postoperative Patients Referred for Psychiatric Consultation- Annals of Clinical Psychiatry, Vol.9, №4, 1997

[19] Mantz J. et al- Case scenario: Postoperative Delirium in Elderly Surgical Patients- ASA, Anesth, 2010;112:189-95

[20] Marcantonio E. et al- Delirium is independently associated with poor functional recovery after hip fracture- J Am Geriatr Soc,2000;48:618-24

[21] Marcantonio E., Goldman L., Mangione C. et al- A Clinical Prediction Rule for Delirium After Elective Noncardiac Surgery- JAMA, 1994, Vol.271,№2

[22] Meagher D.-Motor subtypes of delirium: Past, present and future- International Review of psychiatry, February 2009;21(1):59-73

[23] Newman S., Stygall J., Hirani S. et al- Postoperative Cognitive Dysfunction after Noncardiac Surgery- Anesthesiology 2007;106:572-90

[24] Stawicki S.P.,Anthony Gerlach- Delirium Assessment in the Intensive Care Unit: An overview of Objective Diagnostic criteria and Scoring Tools-OPUS 12 Scientist,2008,Vol.2,№4

[25] Voyer P., Cole M., McCusker J.- Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted to an acute care hospital- Clinical Effectiveness in Nursing 2005,9,13-25

[26] Ziegler L.- A Study of delirium- Am J Psychiatry, 1926, 83:105-117

За контакти:

Д-р Теодора Недева, д.м., началник ОАИЛ, МБАЛ – Русе - АД, тел.: 082-887 430, e-mail: teddy_nedeva@yahoo.com

Докладът е рецензиран.