

## Управление на пациент с периперативен делир

Теодора Недева

**Management of a Patient with Perioperative Delirium:** *This article presents our clinical experience in the diagnosing and treatment of a patient developing perioperative delirium during a stay in the orthopaedic ward. We offer a protocol of pharmacological and non – pharmacological techniques for treating the patient. For achieving best results in the treatment, we emphasize on the importance of the multimodal and interdisciplinary approach. The impact of it is in a reduction of disability, morbidity, mortality, treatment costs and duration of the length of a hospital stay.*

**Key words:** *perioperative delirium, management, medication, non- pharmacological techniques*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Лечението и управлението на пациент с делир в периперативния период, често се оказват истинско предизвикателство за лекуващия екип, а при изявена клиника не рядко не може да се постигне оптимален ефект. Медицинските специалисти трябва спешно да се справят с остро настъпилата промяна в ментален статус на болния, като подберат най- подходящия медикамент за повлияване на симптомите и едновременно с това да установят, кои са тригериращите причини за появата на усложнението и да ги коригират ако е възможно. В повечето публикации, авторите предлагат терапевтичният подход да се осъществява едновременно в две направления: медикаментозно и немедикаментозно. Основен акцент се поставя 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. [2,17] Медикаментозната терапия е индицирана предимно при пациентите с хиперактивна форма на делир, за разлика от хипоактивната, която почти не изисква включване на медикаменти. Насочена е основно към симптоматично повлияване на промените в поведението на пациента и е абсолютно наложителна при наличие на висок риск от причиняване на вреда както на самия себе си, така и на останалите болни в стаята; за намаляване на високите нива на стрес; при силна моторна ажитация и при халюцинации. [4,5,10,11.15,16,17] В лечение на психичните симптоми на синдрома делир, се предписват различни групи лекарствени средства. Резултатите които се публикуват се отчитат като „добри“, както по отношение на бързина на ефекта, така и по намаляване на тежестта и продължителността на клинична изява на всеки от психичните симптоми. Най- често използвани са следните групи *медикаменти*- ноотропни, невролептици, бензодиазепини, антипсихотици, холинестеразни инхибитори. Авторите препоръчват да се има предвид фактът, че сами по себе си, във високи дози тези лекарства притежават делирогенен потенциал. Преди да ги назначим трябва да се съобразим с това и индивидуално да подберем дозовия режим, за да намалим възможните им странични ефекти. Правени са множество изследвания за влиянието на различните медикаменти, но поради малките групи болни върху, които са провеждани наблюденията, честата липса на контролни групи или на плацебо- контролирани такива, многообразието от форми на делира, респективно на средствата прилагани за терапия, към момента няма единен общоприет терапевтичен модел. Най- често предлаганият подход за всеки болен е: индивидуален подбор на медикамент, титриране на дозата, идентификация и прицелно повлияване на рисковите фактори довели до изява на състоянието. В известна степен като „златен стандарт“ в медикаментозното лечение на хиперактивния делир, повечето автори приемат и препоръчват предписване на *антипсихотик*- Haloperidol. При тежките форми на ажитация е желателно лечението да започне пар ентерално: 1- 2 мг венозно или мускулно, през 20- 30 мин., до намаляване или пълно отзвучаване на симптоматиката. Препоръчителната дневна доза е 5 мг, но тя може да се повиши до

15 мг., в зависимост от тежестта на протичане, телесната маса, пола и възрастта на пациента. При намаляване на засилената активност или при изходно леки форми на делир, терапията може да е пер орална, като дозата се адаптира индивидуално- от ½ до 1 табл., 2 или 3 пъти дневно. При болни с деменция, авторите предлагат лечението да започне с Lorazepam- 0,5 до 3 mg/24ч., а при алкохолен делир- Diazepam или Chlordiazepoxide и при липса на ефект, да се добавя Haloperidol.

Като първо средство на избор някои лекари предлагат назначаване на *бензодиазепини*, с основна препоръка дозите в които се предписват, да не водят до дихателна депресия, дълбока седация или парадоксално възбуждане. Могат да се назначат, както перорално така и пар ентерално, при пациенти с деменция и хронична злоупотреба с алкохол, като е желателно медикаментите да са с кратък полуживот- напр. midazolam, lorazepam. [10,11]

Предписването на *антихолинестеразните инхибитори* е спорно. Gleason, Wengel, Noyan публикуват опита си с donepezil при постоперативен и упорит на лечение с други медикаменти делир, като смятат, че лекарството е много подходящо при болни при които делирът се наслажда върхи деменция по типа на Alzheimer или с телца на Lewy, както и при болестта на Parkinson. [11,15]

Специфично, при хипоактивен делир, се анализира ефектът на mianserin, ondansetron, melatonin, sodium valproate, methyphenidate, като резултатите от лечението се представят като „добри”. [9,13,14,15]

Проучванията с различни медикаменти в различни дозови режими са много. Почти всички от тях завършват със следната препоръка: Лечението да започва с един медикамент, във възможно най- ниска начална доза; приемните интервали да са кратки; дозата да се повишава постепенно и да се титрира според индивидуалните нужди на пациента, като терапията да се преоценява на всеки 24 часа. Едва тогава, да се назначават или добавят медикаменти от други групи, като се съобразява фактът, че пациентите с делир са предимно възрастни хора, с множество съпътстващи заболявания. Желателно е антипсихотичната медикация да не се прилага дълго време, а в максимално кратък възможен срок да се спре. [1,2,3,7,8,9]

Немедикаментозна терапия: във всички случаи на делир значението ѝ се определя като водещо, въпреки че не малко клиницисти подценяват ролята ѝ. Нейна основна цел е от една страна, да се профилактира появата на остро объркване, а от друга - при вече развило се усложнение, да намали тежестта и продължителността на изява на симптомите. Стратегиите в този вид лечение са разработени от различни специалисти и са насочени към: осигуряване на спокойна, дружелюбна болнична атмосфера; с възможно най- ниски нива на стрес; с максимално ранно възстановяване на нарушената ориентация; с повишени сестрински грижи (целта е осигуряване на ранна мобилизация на пациента; честа проверка и мониториране на състоянието на болния, предпазване от усложнения); стимулират се посещенията и участието в терапията на близките на болния. [1,2,4,5,8,12]

## ИЗЛОЖЕНИЕ

Периоперативното лечение на пациенти нуждаещи се от ортопедична или травматологична хирургична интервенция е сериозен ангажимент за екипа от анестезиолог, ортопед и медицински сестри. Това се определя от множество различни фактори, като: спешност на оперативна намеса, възраст на пациента, коморбидитет, полифармазия, вероятност от възникване на различни по вид, тежест и продължителност усложнения. От наблюденията ни на пациентите в отделението по ортопедия и травматология на МБАЛ – Русе – АД, в периода 2008 – 2013 г., считаме, че за да подобрим терапевтичния подход и изходът от лечение е препоръчително да

познаваме усложненията, които възникват в различните периоди на хоспитализацията и да спазваме единен алгоритъм за диагностика и лечение на всяко от тях, включително и на периперативен делир. Като следствие от това, логично възникват въпроси: Има ли нашият пациент белези на делир? Как да ги разпознаем? Какво терапевтично поведение да изберем?

Критериите за детекция на делир, които се предлагат в МКБ- X и DSM- IV са много практически насочени и не е дилема, а въпрос на лично предпочитание на всеки от нас, коя класификация да се използва за диагностициране на състоянието.

Като се позоваваме на клиничния си опит и на резултатите, които получихме при наблюдението и управлението на пациентите с периперативен делир, ние предлагаме като по- систематизирани, опростени и лесни за изпълнение, интерпретация и проследяване, да се използват диагностичните критерии на Американската Психиатрична Асоциация, описани в DSM- IV- TR 2000, а именно:

- *Наличие на внезапна, остро настъпваща промяна в поведението на болния, която показва тенденция към флукуиране от минути до часове в рамките на денонощието.* Много често симптомите в поведението се манифестират и/или влошават през нощта. При оценяване на психичния статус, болният може да отговори адекватно на въпросите ни, да се чувства добре, но това може да се промени сравнително бързо- в рамките на интервюто или скоро след това и ние или друг консултант да установим наличие или липса на определени симптоми, което да потвърди или отхвърли към дадения момент, диагноза ДЕЛИР. Като най- важно за сравнение и оценка на динамичните промени, отчитаме необходимостта от познаване на изходното психично ниво на пациента.(Информация за изходното ментално състояние на болния и за внезапната поява на промени, можем да получим от интервю със самия пациент, с близките му, с медицинския персонал и отчасти от друг пациент в същата болнична стая и от медицинската му документация)
- *Промени в начина на мислене, вниманието, съзнанието, ориентацията, възприятаята и паметта.* Препоръчваме оценка с рутинен тест: за лекари- CAM и AMT; за медицинските сестри- DDS, NuDESC, с които ще установим вида и тежестта на изява на когнитивните нарушения. Нарушенията в съзнанието трябва да се оценят и количествено.
- *Промени в психомоториката.* Нарушението има хетерогенна клинична проява. Възможни са различни степени на ажитация, ретардация или комбинация от двете. В зависимост от доминиращото нарушение се определя моторният тип на делир: хипер-, хипо- или смесен тип, като последните два, все още за нас са предизвикателство в детекцията.
- *Нарушения на цикъла бодърстване- сън.* Има ли ги и в коя част на нощта пациентът не спи; оплаква ли се от безсъние или налице ли е инверсия на цикъла- спи през деня, а през нощта е буден и объркан?
- *Налице са конкретни доказателства, че психичните промени се дължат на остро настъпващо соматично заболяване, прием или внезапно спиране на медикаменти и вещества (напр. алкохол) или на комбинация от двете.* От анамнезата, клиничния преглед и лабораторните показатели сме събрали подкрепящи факти за пряка връзка между тях.

Много често откриваме повече от една причина, но не са малко и случаите в които не можем да докажем ясна връзка между острата психоза, основното соматично заболяване или друг фактор. Това силно затруднява ранното поставяне

на диагноза, повишава честотата на грешки в идентификация на усложнението, съответно в терапията. Във всички подобни случаи препоръчваме да се започне лечение на пациента за ПОД, отколкото ненужно дълго да изчакаваме диференциално –диагностичното уточняване.

Ако са изпълнени всички от изброените до тук критерии, отговорът на въпроса, който сме си поставили, а именно- Има ли нашият пациент делир?, е *положителен*. В този случай е необходимо незабавно лечение, с което да намалим тежестта на изява и да скъсим продължителността на вече развилата се остра психоза. Прилагали сме и считаме, следният **диагностично- терапевтичен подход** за ефективен:

- ❖ **Съмнение за отключване на делир** (Определи вероятния риск за изява на делир- налице ли са предразполагащи и/или ускоряващи появата рискови фактори за остър мозъчен синдром. Какъв е индивидуалният риск- висок, умерен или нисък?)
- ❖ **Диагноза и оценка на психичния статус** (Приложи критериите на DSM- IV. Оцени менталното състояние с подходящ психометричен инструмент- CAM и AMT от лекар и DDS и NuDSS от медицинска сестра. При липса на положителни критерии- профилактирай появата на усложнението. Ако са налични критериите за поставяне на диагноза „ДЕЛИР“, изпълни следващата стъпка от алгоритъма.)
- ❖ **Идентифицирай корегиремите рискови фактори и ги лекувай**
  - Оцени от анамнезата и наличната медицинска документация ко- морбидните състояния, лабораторните отклонения и настоящия клиничен статус и ги компенсирай до възможно най- доброто за пациента ниво.
  - Ревизирай медикаментозната терапия- не я спирай внезапно и не включвай нови лекарства, ако не е наложително, а при необходимост внимавай с избора на вида и дозовия им режим. Лекувай болката мултимодално. Подбери аналгетичната схема индивидуално и приложи възможно най- ниските дози за обезболяване. Оцени качеството на аналгезия с подходящи скали- вербални и невербални.
  - Оцени тежестта на основното заболяване довело да хоспитализация и на необходимостта от оперативно лечение. Обмисли възможните рискове и усложнения и не отлагай прекалено дълго хирургичната намеса.
  - Подбери най- щадящата и безопасна анестетична техника и управлявай появата и развитието на интра- и постоперативни усложнения- хипоксия, хиповолемия, хипотония и ритъмни нарушения, инконтиненция на урина, констипация, фебрилитет, инфекции, рани и декубитуси.
  - Осигури хранителен и инфузионен режим адекватен на загубите и нуждите на пациента.

**NB!** Причините за делир по- често са *екстракраниални*- започни идентификацията на тази група рискови фактори, защото е по- лесна и отнема по- малко време.

- ❖ **Нефармакологични и фармакологични техники за управление на пациент с делир** (С подходящи *нефармакологични* средства, осигури оптимално безопасни условия в болничното отделение, които да намалят стреса и тревожността на болния: чести сетрински визити; адекватен прием на течности; добра диуреза; редовни дефекации; ако не е свръх наложително, не

прилагай физикална имобилизация; възможно най - рано раздвижване; настаняване на делирните пациенти в стая с неделирен болен и по възможност в близост със сестринския офис; системни контакти с близките; осигуряване на лични вещи от дома на пациента; подобряване на ориентацията и чувството на семейна принадлежност и подкрепа. Когато е необходимо предписване на *фармакологично* средство, започни лечението с един медикамент, като приложиш най- ниската възможна доза. Препоръчваме това да се документира в история на заболяване на пациента и ежедневно дозовият режим да се преценява. Отчитаме добър терапевтичен ефект при хипер- и смесената форма на ПОД, с Haloperidol 1-15mg/24h; при хипоактивна форма с Seroquel 50-800 mg/24h, а при алкохолна генеза с Diazepam 1-30 mg/24h.

- ❖ Оценявай състоянието често и коригирай лечебния подход при необходимост – документирай в ИЗ и обсъждай с колегите
- ❖ Препоръчително е терапевтичният подход да е индивидуален, мултимодален и в него да участва мултидисциплинарен екип - медицински сестри и ортопед, анестезиолог, терапевт, рехабилитатор, гериатър, психолог/психиатър, при необходимост и други тясно профилирани специалисти, за да се осъществи комплексен, диференциално- диагностичен и терапевтичен подход към пациента.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Познаването на етиологията и хетерогенността на това усложнение са от съществено значение за адекватното управление на пациентите, които го развиват периперативно. За да се гарантира благоприятен изход от лечението, терапевтичният подход към болния развил делир трябва да е комплексен, като различните методи и техники се прилагат едновременно и не се negliжира самостоятелното значението на всеки от тях. Считаме, че в лечението на пациент с делир е уместно да участва мултидисциплинарен екип. Това статистически значимо скъсява продължителността на болничния престой, разходите за лечение, инвалидизацията и смъртността на пациентите.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] Иванова В.-Полята на психолога в соматичната клиника- психология журнал,год.VIII,2010,бр.69,стр.9-12
- [2] British Geriatrics Society, Royal College of Physicians- National Guidelines Number 6: The prevention, diagnosis and management of delirium in older people June 2006
- [3] British Geriatrics Society, Clinical Guidelines: Guidelines for the prevention, diagnosis nad management of delirium in older people in hospital, June 2005
- [4] Campbell N. et all- Pharmacological management of delirium in hospitalized adults. A systematic evidence review- J Gen Intern Med, 2009, 24:848-53
- [5] Dijkstra L., Houx P., Jolles J.- Cognition after major surgery in the elderly: test performance and complaints- British Journal of Anesthesia 82(6):863-74
- [6] Fong Tg., Tulebaev SR, Inouye SK- Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment- Nat Rev Neurol 2009;5:210-20
- [7] Grace J., Holmes J.- The management of behavioral and psychiatric symptoms in delirium- Ashley Publications, Expert Opin. Pharmacother. 2006;7(5)

- [8] 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
- [9] Horiguchi J et al- Effectiveness of valproate on delirium and/or aggressive behavior in demented patients: A practical pilot study- Interantional Journal of Psycchiatriy in Clinical Practice, 1998, Vol. 2, p. 35-39
- [10] Lonerган ET., Britton AM., Luxenberg J.- Antipsychotics for delirium (Review). Cochrane Database of Syst Rev 2007; CD005594
- [11] Lonerган ET., Luxenberg J., Sastre A.-Benzodiazepines for delirium (Protocol). Cochrane Database of Syst Rev 2007; CD006379
- [12] National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions. Delirium: diagnosis, prevention and management. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2010 Jul. 29 p. (Clinical guideline; no. 103).
- [13] Raivo MM., Laurila JV., Strandberg TE.- Neither atypical nor conventional antipsychotics increase mortality or hospital admission among elderly patients with dementia: a two – year prospective study. Am J Geriatr Psychiatry 2007;15:416-424
- [14] Setoguchi S., Wang PS., Brookhart M.- Potential causes of higher mortality in elderly users of conventional and atypical and antipsychotic medications. J Am Geriatr Sic 2008; 56:164401650
- [15] Schneeweiss S., Setoguchi S., Brookhart A.- Risk of death associatedwith the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. CMAJ 2007;176:627-632
- [16] Schrader SLP., Wellik KE., et al- Adjuvante Haloperidol Prophylaxis Reduces Postoperative Delirium Severity and Duration in At- Risk Elderly Patients. The Neurologist 2008;14:134-`37
- [17] Wass S., Webster P., Nair B.- Delirium in the elderly: A Review- Oman Medical Journal 2008, Vol.23, Issue 3

**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.**