

C1

stručně a přehledně

Tip: vytiskni a měj při ruce
nebo pověš na zeď

Delirium/agitovanost/ zmatenost (nejen) u covid-19

Doporučení České společnosti
paliativní medicíny ČLS JEP



Delirium je akutní stav zmatenosti, duševní porucha v důsledku somatické nebo psychické choroby nebo poruchy přesahující adaptační schopnosti mozku. U starších pacientů s covid-19 může být delirium jedním z prvních příznaků. Stejně tak u mladších pacientů může být delirium přítomno, zejména jedná-li se o těžký průběh, nebo u pacientů vyžadujících invazivní ventilaci na jednotce intenzivní péče.

Základem řešení deliria je jeho časné rozpoznání. Intervenování do 24 hodin od vzniku zvyšuje šanci úspěšného zvládnutí deliria. Jeho přítomnost zhoršuje mortalitu, zvyšuje nepohodu nemocného i personálu, zhoršuje schopnost hodnocení ostatních symptomů. Delirium je přítomno min. u 25–50 % hospitalizovaných a u 80–90 % pacientů v závěru života.

Diagnostická kritéria	Poruchy pozornosti	Neschopen udržet pozornost, dezorientace
	Rozvoj v krátkém čase	Vznik v řádu hodin/dnů, fluktuace v čase, kolísá během dne
	Poruchy kognitivních funkcí a aktivity	Porucha paměti, řeči, psychomotorický neklid, poruchy spánku
	Poruchy myšlení a vnímání	Bludy, halucinace
	Nepřítomnost jiného vysvětlení	

1. krok

Prevence a nefarmakologická opatření

- myslet na predisponující faktory (věk, křehkost, komorbidita, demence, poruchy smyslů apod.)
- bezpečné prostředí
- minimalizovat hluk a rušivé světlo
- hodiny/kalendář
- jasná a jednoduchá komunikace, pevný oční kontakt, střední výška intonace a tempa hlasu, zřetelnost, přesné středně rychlé a předvídatelné pohyby
- minimalizace invazivních vstupů (močový katetr, kanyl, nazogastrická sonda)

2. krok

Důsledné fyzikální vyšetření k odstranění nejčastějších příčin distresu nebo bolesti

D = drugs = léky	Anticholinergika, sedativa, BZD, kortikoidy, ATB, opiáty
E = eyes, ears = poruchy smyslů	Poruchy zraku, sluchu, izolace
L = low flow = nízké zásobení O ₂	Hypoxie, srdeční selhání, IM, CHOPN, šok
I = infections = infekce	Virové i bakteriální infekce
R = retention = retence	Močová retence, zácpa
I = intracranial = CNS	Metastázy CNS, křeče, hypertenzní encefalopatie, CMP
U = under = nedostatečný	Dehydratace, malnutrice, spánková deprivace, nezvládnutá bolest
M = metabolic = metabolické poruchy	Na, Ca, glukóza, jaterní encefalopatie, uremie

3. krok

Revize zbytné a delirogení medikace (kortikoidy, opioidy, anticholinergika např. TCA, chlorpromazin, levodopa, prothiaden, benzodiazepiny)

4. krok

Nejčastější příčinou deliria je nezvládnutá bolest, vhodné vyzkoušet analgetika

Bolest	1. krok: paracetamol 500–1000 mg p.o., i.v. 3xd (max. denní dávka 4000 mg u akutního užívání) nebo/přidat metamizol 500–1000 mg p.o., i.v. 3-4xd (max. denní dávka 5000 mg)
	2. krok: morfin 10 mg p.o. à 4–6 hod. nebo morfin 5–10 mg s.c., i.v. à 4–6 hod., navyšování do efektu (max. denní dávka není stanovena), v případě, že první dávka je bez efektu, opakovat à 1 hod. do klinické úlevy CAVE! 3–4 dny u opioid naivního pacienta souběžně antiemetika (1. volba haloperidol 5 kapek p.o. 3xd nebo haloperidol 0,5–1 mg s.c. à 6–8 hod. nebo metoklopramid 10 mg p.o., s.c., i.v. 3xd), max. po týdnu nauzea vymizí, souběžně s opioidy podávat laxativa k prevenci zácpy.

5. krok

Antipsychotika – u geriatrických pacientů snižujeme dávky na polovinu, titrujeme s opatrností. Sledujeme nežádoucí účinky antipsychotik (pravidelná monitorace EKG, TK + P, extrapyramidových NÚ)

Delirium	1. krok: tiaprid 100 mg p.o., i.v., i.m. à 6 hod. (max. denní dávka 1800 mg) + melperon 25–50 mg p.o. na noc při nočním neklidu
	2. krok: haloperidol 2,5– 5 mg p.o., s.c., i.m., při nedostatečném efektu zopakovat za 1 hod., jinak à 6–8 hod. (max. denní dávka 20 mg)
	3. krok: levomepromazin 12,5– 25 mg p.o., i.v. (ve větším objemu), s.c., i.m. à 8–12 hod. (max. denní dávka 100 mg) CAVE! sedativní účinky
	4. krok: paliativní sedace

Literatura

- 1) Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA: The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium, Res Theory Nurs Pract 2003, 17(1): 31-50
- 2) Inouye S, Van Dyck C, Alessi C et al: Clarifying confusion: The confusion assessment method, Annals of Internal Medicine, 113(12), 941-948
- 3) American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistic manual of mental disorders (5th ed), Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- 4) Grassi L, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG: Management of delirium in palliative care: a review, Curr Psychiatry Rep. 2015 Mar, 17(3), 550
- 5) Meera R. Agar, Peter G. Lawlor, Stephen Quinn, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial, JAMA Intern Med. 2016 Dec 5
- 6) Sláma O., Kabelka L., Vorlíček J, Paliativní medicína pro praxi, Galén 2011
- 7) Tanimukai H, Tsujimoto H, Matsuda Y et al. Novel Therapeutic Strategies for Delirium in Patients With Cancer: A Preliminary Study. Am J Hosp Palliat Care. 2014 Dec 30
- 8) Twycross R., Wilcock A., Howard P., PCF6 Palliative care formulary, palliativedrugs.com 2017

**Autoři: MUDr. Zuzana Křemenová / MUDr. Adam Houska /
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha**

Materiál byl vydán díky
finanční podpoře NF Avast



nadační fond avast