



Helena Ondrášková

Iveta Zimová

Petra Minarčíková

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

Fakultní nemocnice Brno

Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity Brno

**FAKULTNÍ
NEMOCNICE
BRNO**



DELIRANTNÍ STAV U TRAUMATICKÝCH PACIENTŮ



Delirium

marker akutního multifaktoriálního postižení
integrované činnosti mozku

akutně vzniklý stav zmatenosti
akutní pokles pozornosti a poznávání okolí,
desorganizace myšlení, ev. změna úrovně vědomí
stav ohrožující život





Delirium kritérium kvality poskytované péče



Výskyt:

- ✓ hospitalizovaní pacienti: 5 - 55 %
- ✓ > 65 let + intenzivní péče + operace: 70 - 87 %

Mortalita: 22 - 76 %



Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit

Juliana Barr, MD, FCCM¹; Gilles L. Fraser, PharmD, FCCM²; Kathleen Puntillo, RN, PhD, FAAN, FCCM³; E. Wesley Ely, MD, MPH, FACP, FCCM⁴; Céline Gélinas, RN, PhD⁵; Joseph F. Dasta, MSc, FCCM, FCCP⁶; Judy E. Davidson, DNP, RN⁷; John W. Devlin, PharmD, FCCM, FCCP⁸; John P. Kress, MD⁹; Aaron M. Joffe, DO¹⁰; Douglas B. Coursin, MD¹¹; Daniel L. Herr, MD, MS, FCCM¹²; Avery Tung, MD¹³; Bryce R. H. Robinson, MD, FACS¹⁴; Dorrie K. Fontaine, PhD, RN, FAAN¹⁵; Michael A. Ramsay, MD¹⁶; Richard R. Riker, MD, FCCM¹⁷; Curtis N. Sessler, MD, FCCP, FCCM¹⁸; Brenda Pun, MSN, RN, ACNP¹⁹; Yoanna Skrobik, MD, FRCP²⁰; Roman Jaeschke, MD²¹

¹ VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA, and Stanford University School of Medicine, Stanford, CA.

developing specific statements and recommendations on that topic. Final decisions regarding strength of evidence and strength of recommenda-

Léčba agitovaného nespolupracujícího pacienta

2014

Annual Update
in Intensive Care
and Emergency
Medicine 2014

Analgésie, sedace a delirium

OA Dr. Stibor B.

ICU, Landeskrankenhaus Baden bei Wien, Austria



Diagnostika deliria

- ✓ hyperaktivní forma deliria
změněné chování, agresivita, autoagresivita
- ✓ hypoaktivní forma
manifestace somatických komplikací

Stanovení diagnózy je založeno na klinické symptomatologii s využitím zcela jednoduchých kognitivně zaměřených testů.



Prevence deliria

- 40 %
- kvalitní analgetická léčba
- nefarmakologické postupy



Kvalitní analgézie

- koncept hluboké sedace **neplatí**
- analgézie předchází sedaci
- lék 1.volby = **opioid**
- sedace až v případě, že analgézie nestačí
- preference sedativ **nebenzodiazepinového** typu
- benzodiazepiny se považují za velmi rizikové z hlediska vzniku deliria a neslouží jako léky 1.volby k sedaci pacientů

(lék 1. volby u syndromu odnětí, spolupodíl v léčbě epilepsie)



Nefarmakologické postupy

- ✓ časná mobilizace k prevenci imobilizace a vzniku syndromu beztlíže
- ✓ režim spánek - bdění
- ✓ eliminace spánkové deprivace a deficitu
- ✓ redukce hluku a osvětlení
- ✓ komunikační metody a adaptivní pomůcky – brýle, sluchadlo, zubní náhrady, elektrolarynx, mobilní telefon, známé věci denní potřeby z domova, oblíbené předměty
- ✓ zajištění pravidelné derivace moče a stolice
- ✓ výživa
- ✓ psycho-sociální složka : příjemné prostředí, poučené návštěvy, orientační body v prostoru (hodiny), připomínající předměty domova, stálý ošetřující personál



Léčba deliria

Dexdor

- 1 Lék první volby: dexmedetomidin $1,4 \text{ ug.kg}^{-1}.\text{h}^{-1}$
 - alfa agonista
 - sedativní, mírně analgetické a opioidy šetřící účinky
 - efekt bez dechové deprese, sympatikolytický efekt
 - 8x vyšší afinita k alfa2 receptorům
 - jediné sedativum schválené v USA pro sedaci neintubovaných pacientů
 - dlouhodobá sedace
 - vysoká cena



Prevence deliria Propofol, Diprivan

2. je-li dexmedetomidin v maximální dávce a pacient je stále neklidný, je doporučeno podání
- nebenzodiazepinové sedativum
 - propofol
 - bolus 10-50 mg.h⁻¹
 - kontinuálně 10-70 mg.h⁻¹ (sundown syndrom)



Léčba deliria

Derin, Hedonin, Ketilept, Kventiax

3. Perzistentní agitace: doporučeno přidání quetiapinu
12,5 mg/2x, 50 mg/2x
- atypické neuroleptikum
 - původně čistě psychiatrický lék
 - velmi dobré sedativní účinky na agitované alkoholiky, a pacienty se syndromem z odnětí
 - 300 mg tbl



Léčba deliria

4. pokud delirium přetrvává, můžeme uvažovat o přidání haloperidolu 2,5-5 mg každých 4-6 hodin
- antipsychotikum
 - nedávat i.v., krátký účinek, potom možnost kumulace
 - monitorace ekg (LQTS)



Léčba deliria

Dormicum, Midazolam

- Refrakterní agitace: vyšetření k vyloučení organické příčiny
- EEG, CT mozku
- ke zvážení podání midazolamu
- pouze bolus, 1-3 mg



zvládnutí deliria

- odnímání léků v opačném pořadí
- dexmedetomidin se odnímá jako poslední



gabapentin

Gabagamma, Gordius, Neurontin

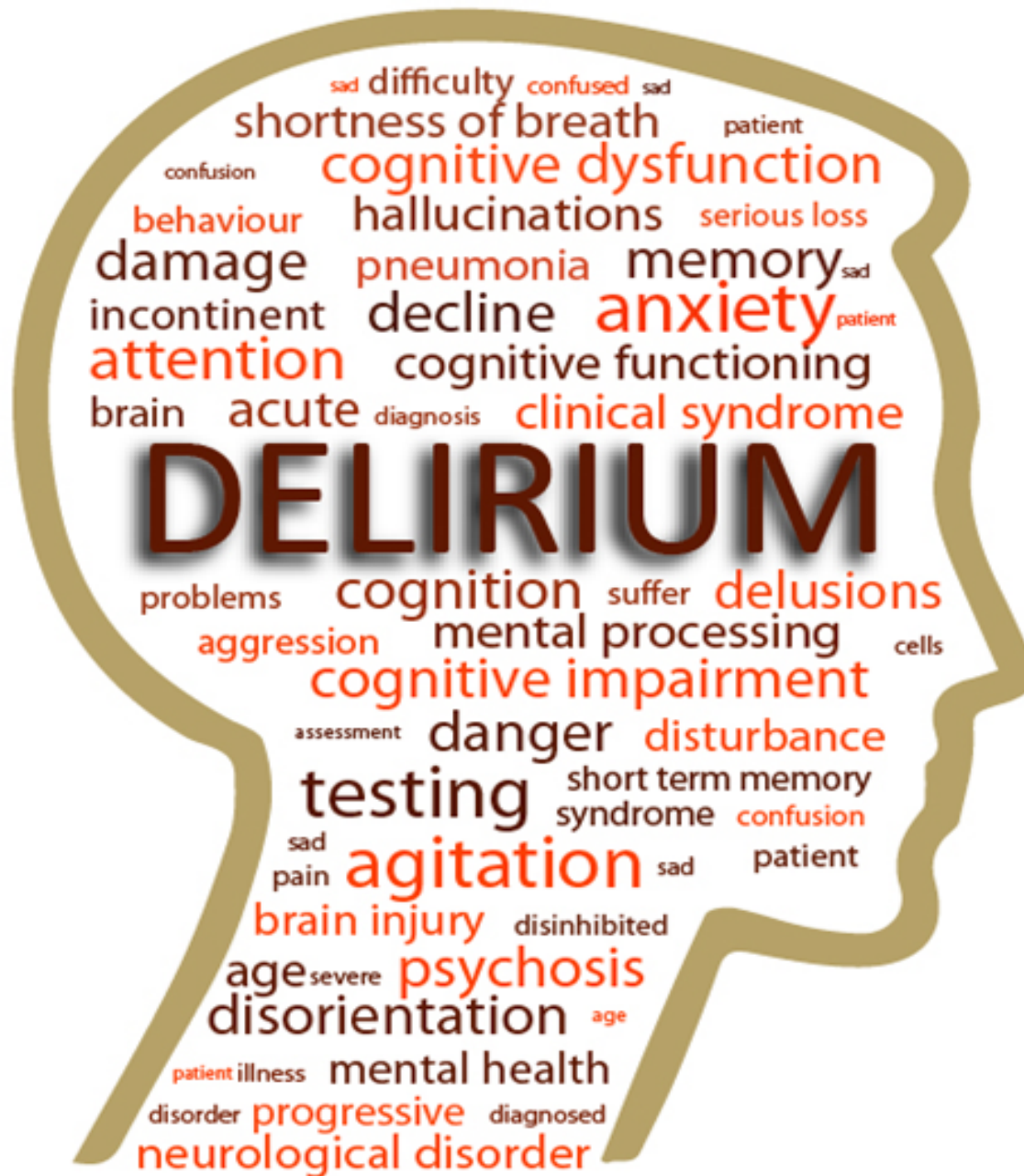
- antiepileptikum 3.generace
- původní indikace: neurologická
- léčba parciálních epileptických záchvatů
- periferní neuropatické bolesti
- ICU indikace
- snižují potřebu opioidních analgetik
- zklidnění pacienta, sy beztíže
- nástup za 2-3 dny



melperon Buronil



- atypické antipsychotikum
- abstinenční syndrom při alkoholismu
- blokuje dopaminové receptory po výjimečně krátkou dobu
- hodí se velmi dobře pro léčbu starých a somaticky nemocných pacientů
- noční neklid u starých pacientů
- 25/50/100 mg 4x denně



Děkuji za pozornost