Zespół majaczeniowy (delirium) u krytycznie chorych pacjentów na oddziale intensywnej terapii

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Zgodnie z 10 Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) kod F05 oznacza majaczenie niewywołane alkoholem ani innymi substancjami psychoaktywnymi. Jako jednostkę chorobową majaczenie (ang. delirium) sklasyfikowano w 1980 roku w trzeciej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III). Jest prawdopodobnie najczęściej nierozpoznawaną dysfunkcją narządową w oddziale intensywnej terapii (OIT). Zaburzenie to występuje nawet u 80% pacjentów wentylowanych mechanicznie w OIT (20–50% u pacjentów bez wentylacji mechanicznej). W czwartej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) występuje pod numerem 293.0, jako majaczenie wywołane przyczynami ogólnoustrojowymi. Są to ostre i zmieniające się w krótkim czasie (godziny lub dni) jakościowe zaburzenia świadomości i funkcji poznawczych, nasilające się w godzinach nocnych (zespół zachodzącego słońca). Stan ten charakteryzuje się dezorientacją oraz brakiem możliwości skupienia się. U pacjentów występują omamy, urojenia, zaburzenia pamięci, zaburzenia orientacji auto- i allopsychicznej, niepokój ruchowy, pobudzenie psychoruchowe, obserwuje się także formy hipoaktywne. Do innych objawów delirium należą również zaburzenia cyklu snu i czuwania. Osoby dotknięte majaczeniem często wykazują psychologiczne objawy symulujące depresję. Różnicowanie depresji z delirium jest bardzo ważne, ponieważ zastosowanie farmakoterapii charakterystycznej dla depresji może zaostrzyć objawy majaczenia. U 24% pacjentów wyniki są zbliżone do łagodnej choroby Alzheimera. Każdy dzień majaczenia zwiększa ryzyko zgonu po roku o 10%.

Upośledzona jest zdolność pacjenta do: odbierania, przetwarzania, przechowywania, przywoływania informacji.

Majaczenie jest bezpośrednim następstwem choroby, zatrucia lub odstawienia substancji psychoaktywnych, stosowania leków, działania toksyn lub kombinacji powyższych czynników. Zazwyczaj jest stanem odwracalnym. Pacjenci w stanie śpiączki często, choć nie zawsze, przechodzą przez fazę majaczenia zanim powrócą do swojego podstawowego stanu umysłowego. Choć aktualne badania pokazują, że delirium jest silnym i niezależnym czynnikiem ryzyka powikłań (w tym zwiększonego ryzyka zgonu, dłuższego pobytu w szpitalu, powtórnej intubacji, wyższych kosztów opieki zdrowotnej, potencjalnie długotrwałego zaburzenia funkcji poznawczych przy wypisie oraz przeniesienia do ośrodka opieki paliatywnej), lekarze intensywiści poświęcają więcej uwagi zaburzeniom innych narządów. Pomimo częstego występowania delirium w OIT, naukowcy wykazali, że jest to problem konsekwentnie pomijany i często nierozpoznawany.

Przyczyny majaczenia

Majaczenie jest stanem o wieloczynnikowej, dokładnie niepoznanej etiologii i patofizjologii. Prawdopodobnie występuje po nagłych zmianach utlenowania krwi i perfuzji narządowej oraz wahaniach jonowych i/lub metabolicznych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Znane są czynniki ryzyka wystąpienia majaczenia. Aktualnie przyjmuje się, że podłożem tej patologii są zaburzenia w syntezie, uwalnianiu i inaktywacji neuroprzekaźników odpowiedzialnych za funkcje poznawcze, zachowanie i nastrój. Wystąpienie zaburzeń wiąże się ze wzrostem aktywności dopaminergicznej i zmniejszeniem aktywności acetylocholinergicznej. Konstelacja istniejących przed zachorowaniem czynników predysponujących związanych z samym pacjentem, obecna choroba oraz czynniki jatrogenne przyczyniają się do zwiększonego ryzyka wystąpienia delirium w OIT. Z prowadzonych badań wynika, że w oddziałach intensywnej terapii oraz w szpitalnych oddziałach ratunkowych delirium nie jest rozpoznawane w 66–84% przypadków.

Na podstawie literatury zagranicznej można stwierdzić, że istnieje około 25 terminów związanych z zaburzeniami poznawczymi w OIT. Do tych zaburzeń zalicza się m.in. ostry stan splątania czy encefalopatie. Stan delirium dzieli się w zależności od poziomu aktywności psychomotorycznej. Występują trzy podtypy zaburzeń świadomości: hiperaktywne, hipoaktywne oraz mieszane.

Hiperaktywne majaczenie (1,6%) cechuje się wzmożonym napędem psychoruchowym, znacznym pobudzeniem, niepokojem, labilnością emocjonalną, halucynacjami i urojeniami. Pacjenci mówią głośno, w sposób niezrozumiały i zdezorganizowany, próbują opuścić łóżko, usunąć sobie cewniki, wkłucia naczyniowe i rurki intubacyjne, niejednokrotnie są agresywni.

Hipoaktywne majaczenie (4,3%) cechuje się wycofaniem, osłabionym afektem, apatią, spłaszczeniem afektu, sennością i osłabionymi reakcjami na bodźce. Może przebiegać z głębokimi jakościowymi zaburzeniami świadomości. Dlatego też delirium często przebiega jako nierozpoznane lub też obserwowane objawy są przypisywane otępieniu, depresji albo są traktowane jako spodziewane następstwo pobytu w OIT. Postać hipoaktywna znamiennie częściej występuje w grupie ludzi > 65 roku życia.

Mieszana postać majaczenia (54,9%) występuje, gdy pacjent przechodzi od jednego stanu do drugiego. U pacjentów intensywnej terapii występują najczęściej odmiany hipoaktywna i mieszana. Często pozostają niezdiagnozowane (niewidoczne), jeśli nie zostaną zastosowane rutynowe badania. Niewielu pacjentów intensywnej terapii (<5%) doświadcza czysto hiperaktywnego majaczenia.

Stosowanie analgosedacji w celu zmniejszenia lęku, bólu, czy ułatwienia współpracy pacjenta z respiratorem to w OIT postępowanie rutynowe. Tymczasem wiele badań wskazuje, że leki stosowane typowo w celu wywołania sedacji mogą zwiększać ryzyko delirium. Stosowanie lorazepamu jest niezależnym czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia delirium. Podobny związek wykazano dla najczęściej używanej benzodiazepiny – midazolamu, który zmienia prawidłowy wzorzec snu w jego drugiej fazie. Chociaż z założenia leki z w/w grupy powinny wywoływać sen i uspokojenie pacjenta, paradoksalnie powodować efekty przeciwstawne w postaci zaburzeń snu, halucynacji i koszmarów, do bezsenności włącznie. Nie ma jednoznacznych danych odnośnie wpływu opioidów na częstość występowania delirium w OIT.

Należy pamiętać o tym, że wszystkie leki opioidowe mają komponent psychoaktywny, stosowane bardzo często w połączeniu z benzodiazepinami w okresie pooperacyjnym, zwalniają ruchy gałek ocznych w fazie REM i fazie NREM.

Dlaczego pacjent ma delirium?

- pacjent nie śpi od wielu dni (personel twierdzi, że śpi ponieważ otrzymuje leki),
- ma zaburzony cykl dobowy,
- otrzymuje wiele leków działających na ośrodkowy układ nerwowy,
- występuje u niego nadwrażliwość/przeczulica (hiperalgezja), czyli nasilone odczuwanie bólu nieproporcjonalne do bodźca,
- stale czuje niewygodę (przewlekłe unieruchomienie),
- wszystko wokół jest głośne,
- dni są monotonne,
- nie ma rodziny (a jak jest to krótko, ponieważ przeszkadza),
- nie ma nikogo bliskiego,
- ludzie wokół są anonimowi/wszyscy w OIT są NN. Czy tak powinno być?

Majaczenie jest istotnym problemem klinicznym m.in. u pacjentów po operacjach kardiochirurgicznych. Występuje u około 50% pacjentów. Jako jakościowe zaburzenie poznawcze cechuje się często pobudzeniem psychoruchowym, które może w skrajnych przypadkach prowadzić do stanu zagrożenia życia. Powoduje znaczący wzrost ryzyka powstania powikłań miejscowych (niestabilność mostka) z powodu pobudzenia ruchowego i nieprzestrzegania zaleceń, jak również zwiększenie ryzyka wystąpienia powikłań ogólnych, takich jak zakażenie, niewydolność nerek, niewydolność oddechowa i krążeniowa.

Wśród czynników ryzyka związanych z operacjami kardiochirurgicznymi można wyróżnić czynniki przedoperacyjne i śródoperacyjne.

Wytyczne PADIS 2018

Czynniki ryzyka predysponujące do występowania majaczenia u pacjentów krytycznie chorych.

Modyfikowalne:
- stosowanie benzodiazepin – grupy leków o działaniu przeciwlękowym, uspokajającym, nasennym, przeciwdrgawkowym, miorelaksacyjnym i amnestycznym,
- transfuzje krwi.

Niemodyfikowalne:
- zaawansowany wiek,
- wcześniejsze epizody depresji i demencji,
- utrata świadomości, śpiączka,
- pilny zabieg lub uraz przed przyjęciem do OIT,
- wysoka punktacja w skali APACHE II (ang. Acute Physiology and Chronic Health Enquiry), która umożliwia ocenę ciężkości stanu u osób dorosłych. Klasyfikacja opiera się na wynikach 12 rutynowo wykonywanych pomiarów czynności życiowych i parametrów fizjologicznych. Wynik oceny w skali APACHE II ma istotne znaczenie rokownicze u chorych leczonych w intensywnej terapii – im większa liczba punktów tym gorsze rokowanie,
- wysoka punktacja w skali ASA (opracowana przez American Society of Anaesthesiology), powszechnie stosowanej w anestezjologii klasyfikacji oceniającej ryzyko operacyjne związane z wystąpieniem poważnych powikłań lub zgonu pacjenta w czasie znieczulenia albo po nim.

Czynniki związane z aktualną ostrą chorobą:

- sepsa, infekcja, gorączka (wstrząs kardiogenny lub septyczny),
- hipoksemia,
- zaburzenia metaboliczne i elektrolitowe (hiperbilirubinemia, hiperamylazemia, hipokalcemia, hiponatremia),
- kwasica metaboliczna,
- anemia,
- hipotensja,
- choroba układu oddechowego,
- niedoczynność lub nadczynność tarczycy,
- choroby wątroby (bilirubina >2,0 mg/dL),
- niewydolność nerek (kreatynina >2,0 mg/dL),
- urazy głowy.

Czynniki jatrogenne i środowiskowe potencjalnie modyfikowalne:

- unieruchomienie,
- intubacja,
- zgłębnik żołądkowy,
- cewnik w pęcherzu moczowym,
- centralne cewniki żylne/dojścia tętnicze,
- zaburzenia snu,
- nadużywanie głębokiej sedacji,
- leki antycholinergiczne,
- dopamina (może wydłużać obie fazy snu),
- epinefryna i norepinefryna (mogą wpływać na fazę REM),
- beta-blokery, amiodaron, digoksyna (mogą powodować bezsenność i koszmary).

Zaburzenia snu

Zaburzenia snu u ciężko chorych pacjentów w oddziale intensywnej terapii to poważny problem. Deprywacja snu zaburza zdolność do skupienia uwagi, upośledza czynności poznawcze (pamięć), a dłużej utrzymujący się stan pozbawienia snu może u zdrowych ludzi powodować zaburzenia psychotyczne. Sen pacjenta w OIT jest zaburzony w stopniu znacznym, zarówno ilościowo jak i jakościowo. Badania polisomnograficzne wykazują znaczną fragmentację snu (w niektórych badaniach wykazano do 79 przebudzeń na godzinę), zmianę proporcji faz snu (wydłużenie płytkiego snu fazy 1 z < 5% do nawet 60% snu całkowitego, znaczne skrócenie głębokiego snu wolnofalowego, skrócenie fazy REM z około 25% do 6% długości snu oraz zaburzenia w rytmie dobowym snu (wydłużenie snu w dzień). Słaba jakość snu jest konsekwentnie zgłaszana przez pacjentów. Po części jest za to odpowiedzialne samo środowisko OIT, w którym pacjent jest narażony na hałas (głośne alarmy monitorów i respiratorów), często 24-godzinne jaskrawe oświetlenie, 24-godzinna opieka pielęgniarska oraz stosowana farmakoterapia. Ponadto istniejący problem śmierci powoduje występowanie poczucia zagrożenia bezpieczeństwa, przez co pacjenci pozostają w stanie czuwania. Z obserwacji klinicznych wynika, że pacjenci ze stwierdzoną niewydolnością krążenia oraz przewlekłą chorobą obturacyjną płuc mają problemy ze snem związane z bezdechami nocnymi. Długotrwały brak snu u pacjentów leczonych w OIT utrudnia działanie mechanizmów obronnych, prowadząc do zmniejszenia odporności organizmu, powstawania infekcji, zaburzeń gospodarki hormonalnej, zmniejszenia tolerancji glukozy oraz pogorszenia funkcji poznawczych i emocjonalnych. Zaburzenia snu mogą prowadzić do wystąpienia niepokoju, który zwiększa aktywność układu współczulnego. W konsekwencji zaburzenie to powoduje fizyczne i emocjonalne cierpienie pacjenta.

Wentylacja mechaniczna a jakość snu

Wentylacja mechaniczna ma bezpośredni wpływ na zaburzenia snu. Na ciągłość snu wpływają przede wszystkim: zwiększony wysiłek oddechowy, zaburzenia wymiany gazowej oraz brak synchronicznej wentylacji pacjenta. Wśród pacjentów wentylowanych mechanicznie zaburzenia snu występują znacznie częściej w porównaniu do pacjentów pozostających na oddechu własnym. Jest to związane z ciężkością choroby, a także czynnikami związanymi stricte z wentylacją mechaniczną – obecnością drażniącej rurki intubacyjnej, tracheostomijnej czy też koniecznością regularnego wykonywania toalety drzewa oskrzelowego przez personel medyczny. Wykazano także związek pomiędzy rodzajem wentylacji mechanicznej a jakością snu. Wentylacja zmiennym wsparciem ciśnieniowym PS (ang. Pressure Support) w porównaniu do wspomaganej AC (ang. Assist Control) wiązała się ze statystycznie większą ilością przebudzeń. Jest to związane z faktem, że poziom wspomagania ustawiony w dzień może być zbyt wysoki w czasie nocnego snu, co prowadzi do nadmiernej hiperwentylacji i bezdechu powodującego równocześnie przebudzenie pacjenta (należy nie podejmować nowych trybów wentylacyjnych w nocy, jedynie w ciągu dnia). Każda interwencja personelu oraz każda dodatkowa aktywność oddechowa pacjenta wiąże się z uruchomieniem alarmu dźwiękowego respiratora, co powoduje zaburzenia ciągłości snu.

Ból

Kolejnym czynnikiem predysponującym do wystąpienia delirium w OIT jest ból. Zgodnie z opublikowanymi w Polsce w 2017 roku danymi, jest to nadal najczęstszy i najbardziej lekceważony objaw występujący u hospitalizowanych pacjentów. Szacuje się, że nawet 50–70% osób leczonych w OIT cierpi z powodu bólu o średnim lub często nawet znacznym nasileniu przez okres dłuższy niż 24 godziny. W wytycznych postępowania klinicznego dotyczących leczenia bólu, pobudzenia i majaczenia u dorosłych pacjentów w OIT, opracowanych przez grupę roboczą ACCCM (ang. American College of Critical Care Medicine), stwierdzono, że dorośli pacjenci hospitalizowani w oddziałach intensywnej opieki rutynowo doświadczają bólu w spoczynku i podczas wykonywania rutynowych czynności pielęgnacyjnych, a ból proceduralny występuje powszechnie. Przyczyną tego stanu rzeczy jest m.in. fakt, że bardzo utrudniona jest ocena bólu u pacjentów niezdolnych do jego samoraportowania, u pacjentów z zaburzeniami świadomości, w sedacji i leczonych za pomocą respiratora. U takich pacjentów nie można zastosować rutynowych, wystandaryzowanych skal oceny bólu, a dostępność innych (behawioralnych, obserwacyjnych) skal przystosowanych do użycia w tych specyficznych grupach pacjentów jest ograniczona. Zmiany w wartościach parametrów fizjologicznych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno) nie są specyficzne dla bodźców bólowych, lecz świadczą o stresie i nie powinny stanowić wyłącznej podstawy do oceny występowania dolegliwości bólowych u pacjenta. W rekomendacjach zaleca się rutynowe monitorowanie bólu, jako piątego parametru życiowego, u wszystkich chorych nieprzytomnych lub z ograniczonym kontaktem przy użyciu skali behawioralnej BPS (ang. Behavioural Pain Scale) lub skali CPOT (ang. Critical-Care Pain Observation Tool). Ocena bólu powinna być przeprowadzana regularnie cztery razy w ciągu 12 godzin lub w razie potrzeby za pomocą wiarygodnych i dostosowanych kulturowo narzędzi oraz systematycznie dokumentowana. Nieskuteczne leczenie bólu ostrego u pacjentów leczonych w OIT ma negatywne skutki kliniczne, powoduje wyrzut endogennych katecholamin (adrenalina), hormonów stresu (kortyzol), co wywołuje tachykardię, skurcz naczyń krwionośnych, nadciśnienie, wzrost zużycia tlenu i zmniejszenie perfuzji narządowej. Pacjenci, którzy odtwarzają traumatyczne wspomnienia z okresu pobytu na OIT po wypisie z oddziału, częściej cierpią z powodu bólu przewlekłego, zespołu stresu pourazowego PTSD (ang. Post Traumatic Stress Disorder) i obniżenia jakości życia.

U pacjentów przebywających na OIT, u których występują więcej niż 3 czynniki ryzyka, prawdopodobieństwo rozwoju omawianego zaburzenia wynosi 60%.

Krytycznie chorzy pacjenci powinni być regularnie oceniani pod kątem delirium przy zastosowaniu zwalidowanych testów (Good Practice Statement)

Należy włączyć narzędzia monitorujące delirium do standardowej procedury leczenia ciężko chorych pacjentów. Rekomendacja ta znalazła się w zaleceniach SCCM (ang. Society of Critical Care Medicine odnośnie PAD (ang. Pain Agitation and Delirium) w roku 2013.

Aby postawić diagnozę majaczenia, należy skorzystać z jednej z dostępnych skal oceny zaburzeń świadomości. Niedopuszczalna jest subiektywna ocena zachowania pacjenta, która może prowadzić do nierozpoznawania majaczenia, choć zdarzają się również przypadki jego zbyt częstego diagnozowania. Istnieje wiele skal oceny majaczenia:

- CAM (Confusion Assessment) – ocena zaburzeń świadomości,
- DDS (Delirium Dedection Score),
- MMSE (Mini-Mental State Examination) – krótkie narzędzie przesiewowe do oceny otępień,
- ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist),
- Cognitive Test for Delirium,
- Abbreviated Cognitive Test for Delirium,
- Neelonand Champagne Confusion Scale.

Metoda Oceny Splątania (MOS) – Confusion Assessment Method (CAM) stworzona została w roku 1990 przez dr Sharon Inouye jako narzędzie oceny stanu majaczenia przy łóżku pacjenta na użytek personelu nie posiadającego specjalizacji psychiatrycznej. CAM-ICU (ang. Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit), stanowi adaptację tego narzędzia na potrzeby pacjentów oddziału intensywnej terapii (tzn. ciężko chorych pacjentów, wentylowanych mechanicznie, lub nie). Majaczenie definiuje się poprzez ocenę czterech cech uznanych za diagnostyczne. tj.: nagłe wystąpienie zaburzenia psychicznego, brak skupienia uwagi, zdezorganizowany tok myślenia oraz zmieniony poziom świadomości. CAM-ICU jest jednym z zalecanych narzędzi przesiewowych dla diagnozowania i monitorowania stanu delirium u dorosłych pacjentów oddziału intensywnej terapii.

Z praktycznego punktu widzenia istotne jest stosowanie jednej skali na oddziale. Powinna ona być krótka, prosta, jednoznaczna, możliwa do przeprowadzenia u pacjenta i nie pozostawiać możliwości subiektywnej oceny.

Pielęgniarki powinny dokonywać oceny każdego pacjenta w skali oceny stanu pobudzenia i sedacji RASS (ang. Richmond Agitation-Sedation Scale) co 2 godziny, co pozwala wcześnie wykryć potrzebę ponownej oceny stanu świadomości pacjenta przez lekarza. W momencie przyjęcia na oddział każdy pacjent powinien być analizowany pod kątem obecności czynników ryzyka wystąpienia majaczenia.

Po spełnieniu kryteriów rozpoznania rozpoczyna się profilaktykę prowadzoną przez 2 doby. W kolejnych dobach dawki leków stosowanych profilaktycznie są stopniowo zmniejszane; często profilaktyka jest kontynuowana na oddziale zachowawczym.

Hałas

Hałas środowiskowy w dostępnych badaniach jest wymieniany jako główny czynnik zakłócający sen u pacjentów w OIT. Mają z nim związek: rutynowe obowiązki personelu pielęgniarskiego, wezwania na zabiegi, wydawanie i realizowanie zleceń, stosowanie przez personel medyczny „głośnego" (stukającego) obuwia, używanie sprzętu telewizyjnego i radioodbiorników. Hałas jest niejednokrotnie związany z wykorzystywaniem urządzeń biurowych, będących stałym elementem wyposażenia budynków, takich jak: windy, klimatyzatory, aktywne alarmy kardiomonitorów, pulsoksymetrów, pomp infuzyjnych, respiratorów oraz telefonów.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) średni poziom dźwięków i związany z nim hałas powinien być niższy niż 30 decybeli akustycznych (dBA). Dotychczasowe wyniki badań naukowych dotyczące środowiska oddziału intensywnej terapii wskazują, że poziom hałasu utrzymuje się tam na poziomie 50–75 dBA, niekiedy przekraczając maksymalną dopuszczalną wartość.

W Polsce dopuszczalne poziomy dźwięku na OIT reguluje rozporządzenie ministra infrastruktury. Zgodnie z normami natężenie hałasu powinno wynosić 35 dBA w dzień i 25 dBA w ciągu nocy, natomiast Agencja Ochrony Środowiska w USA zaleca, aby poziom hałasu w szpitalu nie przekraczał 45 dBA w dzień i 35 dBA w ciągu nocy.

Światło

Na oddziałach intensywnej terapii ekspozycja pacjentów na światło słoneczne jest ograniczona, a stosowane sztuczne oświetlenie jest niewystarczające, aby mogło stanowić bodziec regulujący rytm dobowym. Nocne poziomy światła na OIT są zmienne: od <5 luksów do > 1400 luksów. Poziomy światła wynoszące 300–500 luksów mogą potencjalnie osłabiać nocny sen. Jasne światła przy biurku pielęgniarek oraz oświetlenie ogólne, które nie jest przyciemnione lub wyłączane w nocy, zakłócają sen pacjenta.

Dyskomfort

Pacjenci zgłaszają ogólny dyskomfort w postaci niewygodnych łóżek szpitalnych, podłączenia do urządzeń monitorujących, które uniemożliwiają im sen w preferowanej pozycji, elektrody nierzadko powodują podrażnienie skóry, a w efekcie – ból i swędzenie. Mankiety do pomiaru ciśnienia ograniczają ruch oraz wydają przykrą woń. Stosowanie nawilżonego tlenu przez cewnik donosowy lub maskę twarzową może się przyczynić do wysychania kanałów nosowych. Wkłucia, linie dożylne i opatrunki mogą powodować dyskomfort ze względu na ograniczenie możliwości wykonywania ruchów przez pacjenta. Kolejnym istotnym problemem są zaburzenia termoregulacji, które także mogą wpływać na jakość snu.

Zapobieganie

Jednym z elementów prawidłowego funkcjonowania OIT jest ścisłe monitorowanie stanu pacjenta. Personel najczęściej jednak skupia się na łatwo mierzalnych parametrach, na podstawie których można ocenić dynamikę stanu pacjenta, niejednokrotnie pomijając ocenę stanu psychicznego, przez co monitorowanie delirium pozostaje na niskim poziomie. W celu skutecznego zapobiegania i leczenia delirium w OIT należy włączyć narzędzia rozpoznawania delirium (np. CAM-ICU) do czynności rutynowych. Towarzystwa naukowe zalecają, aby pacjenci zagrożeni jego wystąpieniem oceniani byli co najmniej jeden raz w czasie dyżuru pielęgniarskiego lub w razie potrzeby. Samo wprowadzenie adekwatnej dokumentacji może okazać się niewystarczające – równie ważne jest uzyskanie poparcia administracyjnego, trening CAM-ICU, zachęcanie personelu średniego poprzez szkolenia i dostarczenie materiałów, dyskusja o delirium w czasie codziennego obchodu. Postępowanie lekarsko-pielęgniarskie powinno opierać się przede wszystkim na prewencji pierwotnej, czyli na redukcji potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka (leczenie infekcji, adekwatne żywienie, korekta zaburzeń metabolicznych i elektrolitowych, unikanie hipoksji) oraz postępowaniu niefarmakologicznym, na które składa się reorientacja pacjenta co do czasu i miejsca (stosowanie tabliczek z nazwiskami personelu, naściennych zegarów z 24-godzinnym formatem czasu), stymulowanie aktywności poznawczej, wczesna mobilizacja i ćwiczenia ruchowe, wczesne usuwanie cewników, drenaży, kaniul i środków przymusu, zmniejszenie zaburzeń wzroku i słuchu (umożliwienie stosowania okularów, aparatów słuchowych, usunięcie woskowiny z przewodów słuchowych), wczesna korekcja zaburzeń przewodu pokarmowego i moczowego (biegunki/odwodnienie/zaparcia, zalegania moczu). Ponadto należy zwrócić uwagę na poprawę jakości snu w warunkach intensywnej terapii pomiędzy godzinami 24.00 a 5 rano (kontrola poziomu hałasu i oświetlenia, opaski na oczy, stosowanie stoperów do uszu, redukcja aktywności oraz bodźców stymulujących w godzinach nocnych m.in. tonów i głośności rozmów personelu) jak również ekspozycję na światło słoneczne w ciągu dnia.

W „Wytycznych praktyki klinicznej w zakresie zarządzania bólem, pobudzeniem i delirium u dorosłych pacjentów w OIT" zaleca się wdrażanie wczesnego uruchamiania w celu redukcji częstości występowania i czasu trwania delirium.

Leczenie

Leczenie majaczenia jest trudne i trwa zazwyczaj kilka dni. Składa się z eliminacji potencjalnej przyczyny (jeśli jest rozpoznana), farmakoterapii, psychoterapii oraz środków przymusu bezpośredniego/unieruchomienia w razie potrzeby. W farmakoterapii stosuje się przede wszystkim leki przeciwpsychotyczne. Alternatywą w okresie silnego pobudzenia jest sedacja deksmedetomidyną we wlewie 10–24-godzinnym, która może przynieść efekt w leczeniu delirium u chorych nieuzależnionych od alkoholu i nadużywających benzodiazepin. Należy pamiętać o stopniowym odstawianiu leczenia po ustąpieniu objawów majaczenia. Nagłe odstawienie może spowodować objawy odstawienne i wywołać nawrót majaczenia. Benzodiazepiny są wskazane w leczeniu wyłącznie majaczenia o podłożu alkoholowym. Hydroksyzyna nie jest rekomendowana ze względu na komponentę cholinergiczną, która może nasilić jakościowe zaburzenia świadomości.

Podsumowanie

Majaczenie (delirium), powszechnie występująca w OIT forma niewydolności ośrodkowego układu nerwowego, jest niezależnym czynnikiem zwiększonej chorobowości i śmiertelności. Bardzo ważną rolę w eliminowaniu czynników ryzyka delirium odgrywa zespół pielęgniarski. Relacja pacjent–pielęgniarka powinna odbywać się z zachowaniem podstawowych zasad opartych na zaufaniu, szacunku, cierpliwości oraz empatii. Personel pielęgniarski powinien zadbać o sferę psychiczną pacjenta i poświęcić mu tyle czasu, ile jest konieczne, by zmniejszyć poziom lęku i tym samym zapewnić poczucie bezpieczeństwa. Podejście to nie może opierać się na instrumentalnym informowaniu chorego o wykonywanych procedurach. Podstawą podejścia terapeutycznego jest ograniczenie potencjalnie modyfikowalnych czynników ryzyka, adekwatna/umiarkowana sedacja i strategia leczenia bólu, reorientacja pacjenta oraz w ostateczności podaż neuroleptyków/II generacji (tzw. atypowych). Istnieje pilna potrzeba podejmowania działań edukacyjnych i wdrażania zmian organizacyjnych zmierzających do skutecznego promowania zaleceń dobrej praktyki dotyczących ryzyka występowania delirium oraz oceny i monitorowania bólu u pacjentów leczonych w OIT.

Wykaz literatury u Autorki

mgr piel. Elżbieta Janiszewska
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
przewodnicząca PTPAiIO – Oddział w Łodzi,
członek koła PTP, PTPR oraz Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu przy OIPiP w Łodzi

Ocena nasilenia delirium przez pielęgniarki standardem na całym świecie. Ściąga dla pielęgniarek

Dr n. o zdr. Sabina Krupa, Dr n. o zdr. Dorota Ozga Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski, ul. St. Pigonia 6, 35-310 Rzeszów, Polska

BPS – Behavioral Pain Scale

Skala NRS – Numerical Rating Scale

Skala RASS – The Richmond Agitation Sedation Scale

Ocena pacjenta pod kątem wystąpienia delirium

Niezależnie od poziomu sedacji, jaki otrzymują pacjenci, ważne jest, aby pacjenci byli regularnie oceniani pod kątem PAD (pain, agitation and delirium). Stosowanie oceny często pozostaje zmienne i stosowane jest sporadycznie. Ból – oceniasz w delirium? A może zanim wystąpi? Co możesz oceniać?

Skala Ramsey'a

Skala pragnienia

Skala nasilenia bezsenności

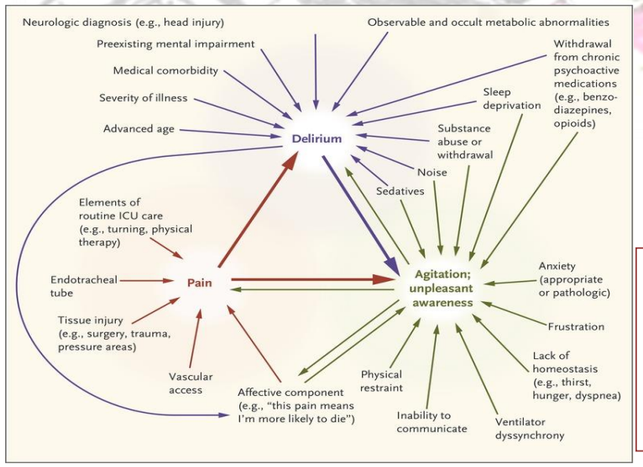
Skala NuDesc

Evidence Based Nursing Practice (EBNP)
Praktyka Pielęgniarska Oparta na Dowodach

- należy stworzyć interdyscyplinarny zespół
- implementować elementy pakietu ABCDEF w całości
- wprowadzać zmiany powoli, etapami a w konsekwencji odniesiemy sukces
- zaangażuj pacjentów i ich rodziny po wypisie z OIT aby uzyskać informacje zwrotne
- zaplanuj częste szkolenia i spotkania coachingowe (warsztaty), aby udostępnić nowe metody wdrażania
- zapewnij oferty edukacyjne, aby dotrzeć do wszystkich członków zespołu terapeutycznego
- udostępnij protokoły związane z pakietem ABCDEF oraz bierz udział w szkoleniach w tym zakresie
- wykorzystuj studium przypadku, które podkreślą sukces związany z pakietem ABCDEF lub wskażą drogę co poprawić

Triada OIT
ICU TRIAD – PAD – Pain – Agitation - Delirium

Luki w użyciu wytycznych…
Nadużywanie głębokiej sedacji- która jest związana z szeregiem potencjalnych problemów, w tym majaczeniem, trwałym pogorszeniem funkcji poznawczych, przedłużającą się wentylacją mechaniczną, osłabieniem, zwiększonym ryzykiem zapalenia płuc, depresją oddechową, depresją mięśnia sercowego i niestabilnością hemodynamiczną, osłabieniem mięśni obwodowych, OIOM - nabyte osłabienie i zwiększone ryzyko zakrzepowego zapalenia żył



Narzędzia oceny delirium

Symptoms Pain, Agitation, Delirium Guidelines	Monitoring Tools	Care ABCDEF Bundle
Pain	Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) NRS Numeric Rating Scale BPS Behavioral Pain Scale	A: Assess, Prevent and Manage Pain B: Both Spontaneous Awakening Trials (SAT) and Spontaneous Breathing Trials (SBT) C: Choice of Analgesia and Sedation D: Delirium: Assess, Prevent and Manage E: Early Mobility and Exercise F: Family Engagement and Empowerment
Agitation	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) Sedation-Agitation Scale (SAS)	
Delirium	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (ICAM-ICU) Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)	

Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC)
- ICDSC jest skalą stratyfikacji delirium, ale może być również używana, jako skala diagnostyczna, a zastosowanie skali jest łatwe i szybkie.
- ICDSC składa się z ośmiu obserwowanych zmiennych, które są porównywane z oceną z poprzedniego dnia
>4 pkt. Delirium pełnoobjawowe
1-3 pkt. Delirium subkliniczne