

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ
ПРИ ДЕЛИРИУМ КАЈ ПОСТАРИ

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на делириум кај постари.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на делириум кај постари е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на делириум кај постари по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6499/2

3 декември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ДЕЛИРИУМ КАЈ ПОСТАРИ

МЗД Упатство
9.9.2010

- Дефиниција и симптоми
- Предиспонирачки фактори
- Тригерски фактори
- Испитувања
- Диференцијална дијагноза
- Преваленција и прогноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ДЕФИНИЦИЈА И СИМПТОМИ

- Делириум или акутна состојба на конфузија е екстензивно со нагол почеток на нарушување на мозочната функција, што се должи на органска причина.
- Делириумот тешко се препознава (повеќе од половина од случаите остануваат непрепознаени) (ннд¹-С) и прогнозата е скромна (ннд-С).
- Делириумот се манифестира со нарушување на вниманието и со аперцепција (недостиг на внимание) и со дезорганизирано логичко размислување. Свесноста е заматена и когнитивните функции нагло се влошуваат. Состојбата е често придружена со халуцинации и настрани мисли, нарушување на циклусот спиење - будност, промена на психомоторната активност, дезориентација, нарушување на меморијата и промени во расположението.
- Клиничката слика се развива за краток временски период и има тенденција да се менува во текот на денот

ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ

- Напредната возраст, оштетена функција
- Дегенеративни болести на меморијата (деменција)
- Тешки соматски болести (канцер)
- Полифармација (посебно антихолинергиски лекови)
- Нарушување на видот и на слухот, несоница, непозната средина, физички ограничувања (имобилизација)
- Хируршки операции

ПРИЧИНИ

- Различни придружни состојби можат на предизвикаат делириум (ннд-С).
- Лекови
 - Лекови со антихолинергиски својства (трициклични антидепресиви, фенотијазини, хидроксизин, бипериден), леводопативи, седативи, литиум, бромокриптин, опиоиди, стероиди, голем број антибиотици (на пр. хинолони и клиндамицин) (5).

¹ ннд = ниво на доказ

- Нагол прекин при регуларна употреба на анксиолитици или употреба на алкохол (делириум тременс)
- Инфекции
 - Уринарни инфекции, пневмонија, која е често без треска кај постарите, септикемија, еризипел, менингит, енцефалит.
- Кардиоваскуларни болести
 - Миокарден инфаркт, аритмии, белодробен емболизам, хипотензија и др.
- Цереброваскуларни болести
 - Мозочен инфаркт, ТИА, церебрални хеморагии, субарахноидални хеморагии
- Нарушувања на метаболизмот
 - Нарушувања на ацидо-базната рамнотежа, нарушувања на рамнотежата на течности и на електролити, хипоалбуминемија, хипофосфатемија, црнодробна, бубрежна или белодробна инсуфициенција, хипогликемија или хипергликемија, хипотиреоидизам или хипертиреоидизам, нарушувања на рамнотежата на калциум, недостиг од витамини од групата Б, анемија, други ендокринолошки нарушувања итн.
- Друго
 - Трауми (повреда на главата, субдурални хематоми, изгореници, скршен колк, итн)
 - Епилепсија, состојба по мозочен удар
 - Тумори (интрацеребрални, белодробни), миелом
 - Труења (интоксикација со дигиталис)
 - Долготраен животен стрес (посебно кај пациенти со деменција)

ИСПИТУВАЊА

- Анамнеза: Кога последен пат пациентот бил добро? Тек на симптомите? Сознајните функции пред болеста? Употреба на лекови? Употреба на алкохол?
- Внимателен физикален преглед.
- ЦРП, седиментација, крвна слика, натриум, калиум, креатинин, гликемија, ТпТ, урина, ЕКГ.
- Глутамил трансфераза, алкална фосфатаза, ТСХ, слободен Т₄, серумски јонизиран калциум, витамин Б₁₂, еритроцитни фолати и гасни анализи на артериската крв по потреба.
- Рендгенографија на бели дробови.
- Анализа на ликвор, скенирање на мозокот со ЦТ, ЕЕГ по потреба.
- Натомошно испитување по потреба. Со внимателно испитување се наоѓа некое придружно основно заболување како причинител. Делириумот кај постари пациенти е често повеќепричински.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Деменција
 - Незабележителен почеток и бавен тек на симптомите, вообичаено без дневни промени во интензитетот на симптомите
 - Нивото на свест е нормално, а вниманието интактно сè до напреднатите фази
- Психотични нарушувања
 - Нивото на свест е нормално, сознајните функции, глобално, не се нарушени. Говорот не е комплетно дезорганизиран. Исто така, анамнезата кај психијатриски пациент е различна.
 - Акустичните халуцинации се чести кај психозите, додека кај делириум се почести визуелните халуцинации.
- Кај ист пациент вообичаено е да постои и деменција и делириум.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА И ПРОГНОЗА

- Преваленцијата и инциденцијата на делириумот кај хоспитализирани постари лица се заедно 25-40 проценти (ннд-С). Лекарите препознаваат само 30-50 проценти од нив (ннд-С).
- Пациентите може да заздрават и кога делириумот траел неколку недели.
- Смртноста во просек е 25-40 проценти. Околу 40 проценти се институционализираат во текот на првата година (ннд-С).
- Одлуката што се однесува на можно долготрајно институционализирање треба да одложи додека не се открие и третира причината за делириум и додека не се стабилизира состојбата на пациентот.

ТРЕТМАН

- Третман на придружниот фактор што предизвикал делириум.
- Третирање на општата состојба: рамнотежа на кислород и на течности, превенција на уринарна опструкција, одржување на перисталтиката, прекинување на употребата на непотребните лекови, превенција на декубитуси и повреди, рехабилитација, соодветно осветлување, познати предмети.
- Контрола на вознемиреноста:
 - Доколку е неопходно, може да се користат атипични антипсихотични лекови за да се контролира немирот; на пр. рисперидон 0,25-0,5 mg еднаш до двапати дневно или (главно, ако пациентот има екстрапирамидни симптоми) кветиапин 12,5-25 mg. Дополнително, лоразепам 1-2 mg орално (или 1 mg интрамускулно) или алтернативно оксазепам 7,5-15 mg еднаш до двапати дневно орално може да се користат привремено за да ја намалат анксиозноста на пациентот.
 - Халоперидол кај тешка агитација 2,5-5 mg и.м. Ова може да се повтори на секои 30 минути до задоволителна седација. Кај пациентите со деменција, халоперидолот треба да се дава внимателно бидејќи често предизвикува екстрапирамидални несакани ефекти (ннд-С) (1).
 - Фенотиазински антипсихотици (на пр. Левомепромазин) не смее да се употребуваат (ннд-Д).
 - Доколку во историјата на пациентот има јасни знаци за развој на деменција, холиномиметици (ривастигмин, галантамин, донепезил) може да се пробаат во дози што се користат за деменција, посебно ако делириумот е отпорен на други третмани.
 - Лекови за заспивање се често потребни (зопиклон 3,75-7,5 mg навечер)
 - Тивка, добро осветлена просторија; на пациентите треба да им се пристапува без брзање и со информативен разговор.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Ефикасна терапија со течности, третирање на болката, оксигенација, исхрана, оптимална медикаментозната терапија, нормализирањето на ритмот на спиење и на одржувањето на ориентацијата ја намалува инциденцијата на делириум за 40 проценти кај пациенти во општи болници (2) и кај пациенти што подлежат на операција по фрактура на колкот (4).
- Предоперативно халоперидол (1,5 mg / дневно) ја намалува тежината и го скратува времетраењето на делириумот кај пациенти со операција на колкот (4).
- Третман на постарите пациенти од страна на мултидисциплинарен тим, исто така, може да биде ефикасен во намалување на инциденцијата на делириум (ннд-С).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Кохранови прегледи
- Други кратки прегледи на докази
- Литература

Кохранови прегледи

- Донепезил може да не е ефикасен во третман на делириум (ннд-**C**).
- Валпроатот се чини дека нема ефект во третманот на агитацијата меѓу дементните пациенти, но се чини ги зголемува несаканите ефекти. Како и да е, доказот е недоволен (ннд-**D**).

Други кратки прегледи на докази

- Се чини дека широкиот спектар на интервенции имаат потенцијал да го спречат делириумот кај оперираните пациенти, но не и кај постарите пациенти што примаат терапија. Фармаколошките интервенции (халоперидол), исто така, може да бидат корисни за симптомите на делириум (ннд-**D**).

Литература

1. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ* 2007 Apr 21;334(7598):842-6. [PubMed](#)

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00402 (022.002)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Tune L. The role of antipsychotics in treating delirium. *Curr Psychiatry Rep* 2002 Jun;4(3):209-12. [PubMed](#)
2. Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, Leo-Summers L, Acampora D, Holford TR, Cooney LM Jr. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999 Mar 4;340(9):669-76. [PubMed](#)
3. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001 May;49(5):516-22. [PubMed](#)
4. Kalisvaart KJ, de Jonghe JF, Bogaards MJ, Vreeswijk R, Egberts TC, Burger BJ, Eikelenboom P, van Gool WA. Haloperidol prophylaxis for elderly hip-surgery patients at risk for delirium: a randomized placebo-controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2005 Oct;53(10):1658-66. [PubMed](#)
5. Stahlmann R, Lode H. Safety considerations of fluoroquinolones in the elderly: an update. *Drugs Aging* 2010 Mar 1;27(3):193-209. [PubMed](#)

Автори: Jouko Laurila Претходни автори: Kaisu Pitkälä Article ID: ebm00473 (022.002)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 09.09.2010, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2014 година.**