

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ДЕЛИРИУМ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при делириум кај старите лица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при делириум кај старите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при делириум кај старите лица 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при делириум кај постари („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

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

Бр. 17-2439/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ДЕЛИРИУМ КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА

МЗД Упатство

25.2.2014 • Последна промена 15.4.2014

Jouko Laurila

- Дефиниција и симптоми
- Фактори на предиспозиција
- Тригер фактори
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Преваленција и прогноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ДЕФИНИЦИЈА И СИМПТОМИ

- Делириумот или акутната конфузна состојба е екстензивно растројство на мозочната функција, со брз почеток, како резултат на органска причина.
- Делириумот е тешко да се препознае (повеќе од половината случаи остануваат неприепознаени) (ннд-С) и прогнозата е сиромашна (ннд-С).
- Делириумот се манифестира со растројство на вниманието и аперцепција (дефицит во вниманието) и дезорганизирано размислување. Свеста станува замаглена и когнитивните функции одеднаш се детериорираат. Состојбата често е асоцирана со халуцинации и аберантни мисли, нарушување на циклусот сон-будност, алтерација на психомоторната активност, дезориентација, нарушено памтење и флукуации во расположението.
- Клиничките карактеристики се развиваат во тек на краток временски период и имаат тенденција да флукуираат во текот на денот.

ФАКТОРИ НА ПРЕДИСПОЗИЦИЈА

- Напредната возраст, нарушена функција
- Болести со дефицит на памтењето
- Сериозни соматски болести (пр. канцер)
- Полифармаци (особено антихолинергични медикаменти)
- Нарушување на видот и слухот, ненаспаност, непозната средина, физички ограничувања
- Хируршки зафат

ТРИГЕР ФАКТОРИ

- Низа на состојби може да предизвикаат делириум (ннд-С).
- Медикаменти
 - Лекови со антихолинергични карактеристики (трициклични антидепресиви, фенотиазини, хидроксизин, бипериден), леводопа, седативи, литиум, бромокриптин, опиоди, стероиди, многу антибиотици (како што се хинолоните и клиндамицин)
 - Нагло прекинување на редовно употребуваните анксиолитици или дисконтинуитет во употребата на алкохол (делириум тременс)
- Инфекции

- Инфекции на уринарниот систем на различни нивоа, пневмонија (често без треска кај постарите лица), септикемија, еризипел, менингитис, енцефалитис.
- Кардиоваскуларни болести
 - Миокарден инфаркт, аритмија, пулмонална емболија, хипотензија, итн
- Цереброваскуларни болести
 - Мозочен инфаркт, транзиторна исхемична атака, мозочна хеморагија, субарахноидално крварење
- Метаболни нарушувања
 - Нарушувања на ацидо-базната рамнотежа, нарушувања на рамнотежата на течноста и електролитите, хипоалбуминемија, хипофосфатемија, инсуфициенција на црниот дроб, бубрезите или белите дробови, хипо или хипергликемија, хипо или хипертироидизам, нарушување на рамнотежата на калциумот, недостаток на разни витамини од Б групата, анемија, други ендокрини нарушувања итн.
- Друго
 - Трауми (повреда на главата, субдурален хематом, изгореници, фрактура на колкот, итн.)
 - Епилепсија, постиктална состојба
 - Тумори (мозочни, белодробни), миелом
 - Труење (пр. интоксикација со дигиталис)
 - Екстензивен животен стрес (посебно кај пациенти со деменција)

ДИЈАГНОЗА

- Историја: Кога последен пат пациентот бил добар? Тек на симптомите? Когницијата пред болеста? Употреба на медикаменти? Употреба на алкохол?
- Внимателна физикална егзаминација
- ЦРП (Ц-реактивен протеин), (ЕСР - стапка на еритроцитна седиментација), крвна слика, натриум, калиум, креатинин, гликоза во крвта, ТнТ, примерок од урина, ЕКГ
- Глутамил трансфераза, алкална фосфатаза, TSH, слободен T₄, серум јонизирачки калциум, витамин B₁₂, еритроцитен фолат и анализа на артериските крвни гасови кога е потребно.
- Рендгенска снимка на градите
- Кога е потребно, анализа на цереброспиналната течност, КТ скен на мозокот, ЕЕГ
- Кога е тоа потребно, понатамошни тестови. Основен причински фактор е најден во скоро сите случаи кога е направено внимателно истражување. Делириумот кај постари пациенти често е мултикаузален.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Деменција
 - Подмолно појавување и бавен тек, обично без дневни варијации во интензитетот на симптомите.
 - Нивото на свеста е нормално, а вниманието не е нарушено се до крајните стадиуми
- Психотични растројства
 - Нивото на свеста е нормално, когнитивните функции во глобала не се нарушени. Говорот не е сосема дезорганизиран. Исто така различна е психијатриската историја на пациентот.
 - Кај психозите, аудитивните халуцинации се чести, додека визуелните халуцинации се почести кај делириумот.
- Деменцијата и делириумот често се забележуваат кај еден ист пациент.
- Методот за проценка на конфузноста - The Confusion Assessment Method (CAM) е добра дијагностичка алатка. Лесно се употребува и е валидизиран во бројни различни групи на пациенти.

ПРЕВАЛЕНЦИЈА И ПРОГНОЗА

- Преваленцијата и инциденцата на делириумот кај хоспитализирани стари лица се заедно околу 10-40% (ннд - **C**). Лекарите препознаваат само 30 - 50% од нив (ннд - **C**).
- Пациентот може да се опорави од делириумот кој траел неколку недели.
- Морталитетот е до 25%. Најстарите лица и до 40% завршуваат во институционална нега.
- Одлуката за можно долготрајно сместување во институција треба да се одложи се додека не е дијагностицирана и лекувана причината за делириумот и стабилизирана состојбата на пациентот.

ТРЕТМАН

- Лекување на причинските фактори кои го тригерирале делириумот.
- Лекување на општата состојба: рамнотежа на течност и кислород, превенција на уринарна опструкција, лекување на мотилитетот на цревата, прекин на примање на непотребни лекови, превенција на декубитуси и повреди, рехабилитација, соодветно осветлување, познати објекти.
- Контрола на вознемиреноста
 - Атипичните антипсихотици може да се употребуваат за контрола на вознемиреноста ако е потребно; на пример, risperidone 0.25-0,5 мг x 1-2 или (главно ако пациентот има екстрапирамидни симптоми) quetiapine 12.5-25 mg. Како дополнително лоразепам 1-2 мг орално (или 1 мг интрамускулно) или алтернативно oxazepam 7.5-15 мг x 1-2 орално може да биде употребуван повремено да ја редуцира анксиозноста на пациентот.
 - Haloperidol (ннд - **C**) кај интензивна агитација 2.5-5 мг и.м. или 0.5-2 мг орално. Ова може да се повторува на секои 30 минути, се додека седацијата не стане задоволителна. Халоперидолот треба со внимание да се дава на пациенти со деменција, бидејќи тој често предизвикува екстрапирамидни несакани ефекти (ннд - **C**).
 - Фенотиазинските антипсихотици (на пример levomepromazine) не треба да се употребуваат (ннд - **D**).
 - Таблетите за спиење исто така често се провременно потребни (пр. zopiclone 3.75-7.5 навечер).
 - Мирна, добро осветлена соба, природ кон пациентот без брзање и информативна конверзација се од помош.
 - После опоравувањето од делириумот пациентот често се чувствува анксиозен поради збунувачкото доживување. Поминувањето низ епизодата е од бенефит за опоравувањето.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Ефективна терапија со течности, лекување на болката, оксигенација, нутриција, оптимизација на медикаментозната терапија, нормализација на ритмот на спиење и одржување на ориентацијата ја намалуваат инциденцата на делириумот кај околу 40% од пациентите во општите болници и кај пациентите кај кои се спроведува хируршки третман после фрактура на колк.
- Преоперативниот haloperidol (1.5 мг/дневно) го намалува интензитетот и го скратува времетраењето на делириумот кај пациентите со операција на колк.
- Мултидисциплинарниот тим во лекувањето на постарите пациенти исто така може да биде ефективен во намалувањето на инциденцата на делириумот (ннд - **C**).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Donepezil може да не биде ефективен во третманот на делириумот (ннд - **C**).

- Valproate изгледа нема никаков ефект во лекувањето на агитацијата кај пациентите со деменција, но изгледа ги зголемува несаканите ефекти. Како и да е докажете се недоволни (ннд - **D**).

Други докази

- Широк спектар на интервенции веројатно има потенцијал да го превенира делириумот кај хируршките пациенти, но не и кај постарите пациенти. Фармаколошките интервенции (haloperidol) може исто така да бидат корисни за симптомите на делириумот (ннд - **D**).

Литература

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

РЕФЕРЕНЦИ

1. Rea RS, Battistone S, Fong JJ et al. Atypical antipsychotics versus haloperidol for treatment of delirium in acutely ill patients. *Pharmacotherapy* 2007;27(4):588-94. 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
6. Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing* 2006;35(4):350-64. PubMed
7. Griffiths RD, Jones C. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Anaesthesiol* 2007;20(2):124-9. PubMed
8. Shi Q, Warren L, Saposnik G et al. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9():1359-1370. PubMed

Претходни автори:

Kaisu Pitkälä

Последно ажурирање 25.2.2014 • Последна промена 15.4.2014

Article ID: ebm00473 (022.002)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 25.2.2014, www.ebm-guidelines.com.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 г.**

**Упатството го ажурирала Ас. д-р З. Бабинкостова, м-р сци.
Координатор: Проф. д-р К. Зафировска**