

Zmätenosť v paliatívnej starostlivosti

Mgr. Daria Dedičová

Národný onkologický ústav, Bratislava

Paliatívna starostlivosť spočíva najmä v liečbe bolesti a ďalších symptómov, ktoré spôsobujú pacientovi diskomfort a ťažkosti. Medzi mnohé symptómy patrí aj zmätenosť, ktorá sa vyskytuje u pacientov s pokročilým ochorením a u starých osôb. Ide o výrazný problém umierajúcich, ktorý sa často podceňuje. Neliečená zmätenosť je obrovskou negatívnou a stresujúcou skúsenosťou nielen pre pacienta samého, ale i jeho rodinu a blízky. Zanecháva u členov rodiny nepríjemné spomienky na posledné hodiny života milovanej osoby.

Kľúčové slová: zmätenosť, terminálny nepokoj.

Confusion in the palliative care

Palliative care reposes primarily on the treatment of pain and other symptoms causing discomfort and difficulties to patient. Confusion belongs to these symptoms as well. It occurs in patients with advanced disease and in old people. It is a significant issue in dying, which is often underestimated. The confusion, if not treated, is very negative and stressing experience not only for the patient, but also for his relatives and friends. It leaves to family members unpleasant memories of the last hours of the life of beloved person.

Key words: confusion, terminal uniqueness.

Paliat. med. liec. boles., 2009, 2(1): 42–43

Delírium

Delírium je etiologicky nešpecifikovaný organický mozgový syndróm, ktorý je charakterizovaný poruchami:

- vedomia a pozornosti,
- vnímania a myslenia,
- pamäti,
- psychomotorického správania,
- spánku a bdenia,
- emócií.

„Delírium je akútny stav zmätenosti.“ (1)

Akútna zmätenosť sa prejavuje ako:

- **hypoaktívne delírium:** často je považované za depresiu alebo demenciu. Charakteristické znaky sú ospalosť, sociálna izolácia, celková letargia. Pacienti sú pokojní. Liečba je rovnaká ako pri hyperaktívnom delíriu;
- **terminálny nepokoj:** môžeme ho nazvať aj ako terminálna agitácia, agitovaná zmätenosť alebo agitované delírium. Prejavuje sa typickými formami správania - častými zmenami polohy, manipuláciou s posteľným prádlom, neschopnosťou uvoľniť sa a mentálnou agitáciou - výkriky, stonanie, zášklby;
- **myklonus:** znamená celkové nekontrolované zášklby svalov. Je častý pri terminálnom nepokoji. Pacient je úzkostný a nemôže sa upokojiť.

Akútna zmätenosť (delírium), na rozdiel od chronickej zmätenosti (demencie), má akútny nástup, premenlivý priebeh, pacient má zastrené vedomie a je dezorientovaný. Má zlú krátkodobú pamäť, časté psychotické prejavy (halucinácie) a je nepozorný (1).

Prieskumom sa zistilo, že až 88% pacientov v paliatívnej starostlivosti môže byť v posledných hodinách svojho života zmätených. Potvrdilo sa tiež, že pacienti trpiaci zmätenosťou zomreli skôr, ako pacienti, ktorí netrpeli zmätenosťou (2).

Príznaky delíria

Klinické príznaky delíria sú:

- nesústredenosť,
- halucinácie, bludy,
- izolácia,
- agresívne, nevhodné správanie,
- poruchy spánku,
- paranoidné myslenie a reč,
- nepokoj, rozrušenie.

Pacient s príznakmi delíria a s akútnou zmätenosťou znamená často neriešiteľný problém v domácej starostlivosti. Vzhľadom na potrebu rýchleho medikamentózneho ovplyvnenia a sledovania by mal byť hospitalizovaný na oddelení paliatívnej medicíny a jeho stav by sa mal čo najrýchlejšie stabilizovať.

Príčiny delíria

Predispozíciou k vzniku delíria sú: pokročilý vek pacienta, predchádzajúca kognitívna porucha, porucha zraku, porucha sluchu, pokročilé nádorové ochorenie s metastázami, ťažká depresia, dehydratácia, malnutícia a iné závažné systémové ochorenia.

U pacientov s týmito predisponujúcimi faktormi môžeme predpokladať zvýšený výskyt vzniku akútnej zmätenosti (delíria).

Vyvolávajúce príčiny delíria:

- lieky: napríklad opioidy, steroidy, antidepresíva,

- ochorenie: pokročilá choroba, metastázy alebo edém mozgu,
- metabolické príčiny: hyperkalciémia, hypoglykémia, hyponatriémia, dehydratácia, zlyhanie obličiek, pečene,
- fyzické problémy: retencia moču, zápcha, bolesť, hypotermia,
- infekcie: najčastejšie dýchacích a močových ciest,
- abstinenčné príznaky: alkohol, nikotín,
- vplyv prostredia: cudzie osoby, prostredie,
- existenčné problémy: nevyriešený problém doma, v rodine, v práci, strach zo smrti, smútok.

Posudzovanie

Posudzovanie akútnej zmätenosti u pacienta v paliatívnej starostlivosti je pre sestru veľmi náročné. Vyžaduje dôkladné pozorovanie a podrobné odovzdanie hlásenia sestier, ako aj podrobný záznam v ošetrovateľskej dokumentácii o stave pacienta. Dôležitá je spolupráca sestier s lekárom, pacientom, príbuznými a inými zdravotníkmi pracovníkmi. Pritom treba rešpektovať aj osobný, kultúrny a náboženský život pacienta.

Sestry majú najčastejší a pravidelný kontakt s pacientom počas celého dňa, preto sú ako prvé schopné rozpoznať zmenu kognitívneho stavu už v počiatočnej fáze zmätenosti. Samozrejme v spolupráci s multidisciplinárnym tímom a s členmi rodiny získa viac informácií o stave pacienta a o zmenách v jeho správaní. Skoré zaznamenanie zmien umožňuje včasnú liečbu a predchádza zhoršeniu stavu pacienta.

Sestra si všíma na pacientovi:

- komunikačné schopnosti,
- dezorientáciu osobou, časom a v priestore,
- nevhodné správanie,
- halucinácie a bludy,
- akútny nástup príznakov,
- nepozornosť,
- zmenu stavu vedomia,
- pospľietané myšlienky.

Sestra pozoruje pacienta pri každom kontakte s ním. Svojím pozorovaním môže určiť blížiaci sa koniec života pacienta. **Typickými príznakmi zomierajúceho pacienta** sú zapadnuté lesklé oči, chladná lepkavá koža, cyanotické akraľné časti tela, zmeny pri dýchaní - chrčanie, apnoické pauzy, hlasné dýchanie, poruchy hltania. Pacient sa môže neustále odkrývať alebo vyzliekať.

Zistenie vyvolávajúcej príčiny

Po stanovení diagnózy zmätenosti sa urobí ďalšie posúdenie a vyšetrenie pacienta zamerané na zistenie vyvolávajúcej príčiny zmätenosti. Kontrolujú sa lieky, ktoré pacient užíva. Lieky, ktoré môžu vyvolať zmätenosť, sa buď vysadia, alebo sa zníži ich dávka. Pri podávaní opioidov sa osvedčilo ich striedanie. Zisťuje sa vyprázdňovanie stolice, moču. Kontroluje sa telesná teplota (infekcia), príjem tekutín, vyšetruje sa krv (hyperkalciémia).

Liečba zmätenosti

Farmakologická liečba zmätenosti

Cieľom farmakologickej liečby zmätenosti nie je tmiť pacienta, ale zbaviť ho nepríjemných symptómov.

Pokiaľ je už známa príčina zmätenosti, snažíme sa zvládnuť zmätenosť liečbou príčiny. Napríklad:

- zvládnutie infekcie (aj infekcia močových ciest môže spôsobiť zmätenosť),
- liečba hyperkalciémie (veľmi častá komplikácia pri ochoreniach metastazujúcich do kostí),
- liečba hypoxie (nízke hodnoty hemoglobínu pri krvácaní),
- zvládnutie dehydratácie,
- liečba edému mozgu, pri metastázach v mozgu,
- zvládnutie abstinenčných príznakov (benzodiazepíny).

Najčastejšie používané lieky na liečbu zmätenosti sú:

- **haloperidol** - ide o antipsychotikum s rýchlym nástupom účinku. Zlepšuje kognitívne funkcie a výsledok liečby vidíme už po niekoľkých hodinách. Podáva sa v maximálnej

dávke 5-10 mg. Dávka sa môže opakovať, do celkovej dávky 60 mg za 24 hodín. Výhodou je aj možnosť podkožnej aplikácie u pacientov s nemožným žilovým prístupom. Osvedčilo sa tiež kontinuálne podávanie pumpou;

- **benzodiazepíny** - majú viac sedatívny účinok ako haloperidol. Vynikajúcim liekom je midazolam - má krátkodobý účinok. Môže sa podávať spolu s haloperidolom kontinuálne podkožne. Ďalším liekom je klonazepam (Rivotril), ktorý má dlhodobý účinok. Podáva sa podkožne alebo perorálne vo forme tabliet alebo kvapiek pod jazyk;
- **novšie antipsychotiká** sú perorálne - olanzapín (Zyprexa) a risperidón (Risperdal). Používajú sa najmä u ambulantných pacientov, menej v terminálnej starostlivosti.

Liečba terminálneho nepokoja je podobná ako pri liečbe zmätenosti, avšak liekom prvej voľby sú benzodiazepíny, pretože majú málo nežiaducich účinkov, nedarížia centrálny nervový systém a majú sedatívny aj anxiolytický účinok (3).

Zabezpečenie vhodného prostredia pre pacienta

Okrem farmakologickej liečby treba zabezpečiť i vhodné prostredie pre pacienta. Zmäteného pacienta treba uložiť na izbu blízko vyšetrovne sestier, aby bol pod stálym dohľadom. Mal by byť umiestnený na jednoposteľovej izbe, aby ho nerušil iný pacient a cudzia návšteva a aby svojim nepokojom nerušil iného pacienta. Zdravotníci i príbuzní by mali so zmäteným pacientom komunikovať zrozumiteľne a jasne. Pacienti si svoju zmätenosť čiastočne uvedomujú. Vyhybame sa náhlemu zvuku a ostrému svetlu, preto v noci nechávame na izbe svietiť len malú tlmenú lampu.

Pre sestry je prvoradé zabezpečiť pacientovi bezpečné prostredie, aby sa predišlo možnému úrazu. Nízke lôžko a zábrany pomôžu zabrániť pádu. Sestra musí vedieť posúdiť riziká vzniku úrazov, pričom si u pacienta všíma všetky faktory s tým súvisiace, ako:

- vek pacienta,
- poruchy zmyslového vnímania,
- úroveň vedomia,
- stav mobility,
- emocionálny stav,
- schopnosť komunikovať.

Na základe pozorovania a posúdenia sestry určuje sesterskú diagnózu: „Riziko vzniku úrazu v súvislosti so zmätenosťou“. Naplánuje opatrenia na ochranu zdravia, pričom hlavným cieľom je predísť poraneniu. Vykoná ošetrovateľské zásahy zaznamenané v pláne ošetrova-

teľskej starostlivosti. Priebežne hodnotí, či sa cieľ ošetrovateľskej starostlivosti dosiahol a do akej miery.

Veľkým prínosom je aj **edukácia príbuzných**. Rodina často nerozumie tomu, čo sa stalo s pacientom, nevie, prečo sa správa zmätene a nevie ako má reagovať. Táto situácia je pre nich stresujúca, pretože často znemožňuje komunikáciu s pacientom a zanecháva nepríjemné spomienky na terminálnu fázu života pacienta. Preto je dôležité hovoriť s príbuznými o veciach, ktoré ich trápia ohľadom stavu pacienta, vysvetliť im dôvod zmätenosti a spôsob starostlivosti.

Etická stránka paliatívnej sedatívnej liečby

Väčšina liečebných postupov je v paliatívnej starostlivosti diskutovaná s pacientom a jeho rodinou. Pacient je v liečbe aktívnym partnerom. Zmätentý pacient však svojej chorobe nerozumie a nie je schopný diskutovať o liečebných postupoch, tak ako nie je schopný poskytnúť informovaný súhlas. **V paliatívnej starostlivosti považujeme za správne** a indikované podanie sedatívnej liečby extrémne nepokojnému pacientovi, s cieľom zníženia psychickej a fyzickej tiesne a nastolenia dôstojnosti. V niektorých prípadoch nie je možné sedáciu prerušiť alebo zmierniť, ak by to spôsobilo výrazné zhoršenie pacientovho stavu a ohrozilo by to starostlivosť o pacienta. Pritom sa s rodinou a ostatnými členmi tímu zvažujú ďalšie možnosti liečby.

U terminálne zmäteného pacienta môžeme vykonať takú hlbokú sedáciu, že si vôbec neuvedomuje svoje okolie. Rodina pacienta však musí byť dostatočne edukovaná o tomto stave.

Záver

Akútna zmätenosť je v paliatívnej starostlivosti problém, ktorý sa ťažko rozpozná. Treba ho včas a správne identifikovať a správne liečiť, pričom však berieme ohľad na emocionálne, sociálne, fyzické, spirituálne i kultúrne aspekty starostlivosti o pacienta.

Literatúra

1. Dobříková-Porubčanová, P. et al. Nevyliečiteľné choroby v súčasnosti. Trnava, Spolok svätého Vojtecha 2005, 280 s., ISBN 80-7162-581-7: 126.
2. O' Connor, M. a Aranda, A. Paliatívni péče pro sestry všech oborů. Praha, Grada 2005, 324 s., ISBN 80-247-1295-4: 177-187.
3. Vorlíček, J. et al. Paliativní medicína. Praha, Vydavatelství Grada 1998, 467 s., ISBN 80-7169-437-1: 315-316.

Mgr. Daria Dedičová
Národný onkologický ústav
Klenova 1, 811 07 Bratislava
daria.dedicova@gmail.sk

