

דליריום (Delirium)

הקדמה

בהנחיות אלו, דליריום מוגדר כהפרעה במצב ההכרה ובקשב יחד עם פגיעה קוגניטיבית; התחלה חריפה ומהלך תנודתי, כתוצאה פיזיולוגית ממחלה או טיפול. דליריום הוא לעיתים קרובות הפיך. מונחים נוספים המשמשים לתיאור של דליריום כוללים: מצב בלבולי אקוטי, אגיטציה ואי שקט סופני. חשוב לזכור כי השימוש במושגים אי שקט וכן אגיטציה סופנית, יהיה נכון רק כאשר נשלל כי המצב הפיך.

אומדן

- שכיח (30 עד 85% ממטופלי הוספיס), לרוב הפיך, אך מאובחן מאוחר
- שלושה סוגים:
 - היפראקטיבי - עוררות מוגברת ואגיטציה
 - היפואקטיבי - שקט, מכונס, אינו פעיל: יותר נפוץ, אך תכופות לא מזוהה או מאובחן באופן שגוי כדיכאון
 - דפוס משולב, היפר והיפואקטיבי לסירוגין.
- האבחנה תלויה בעיקר באומדן קפדני; יש לשקול שימוש במבחן Mini-Mental State Examination או ב- Confusion Assessment Method (CAM), ככלי לסיקור.
- חשיבות רבה לתשאול קפדני של אדם המכיר את החולה.

ייתכנו גורמים רבים ומורכבים ביניהם:

- תרופות (כולל אופיואידים, תרופות אנטיכולינרגיות, קורטיקוסטרואידים, בנזודיאזפינים, נוגדי דיכאון, תרופות סדטיביות).
- גמילה מחומרים (כולל אלכוהול, חומרים סדאטיביים, נוגדי דיכאון, ניקוטין).
- התייבשות, עצירות, אצירת שתן, כאב לא מאוזן.
- פגיעה כבדית או כלייתית, הפרעות אלקטרוליטריות (נתרן, גלוקוז), הפרקלצמיה, זיהום, היפוקסיה, גידול מוחי או מחלת כלי דם במוח.
- פגיעה בראייה וחירשות הינם גורמי סיכון.
- אבחנה מבלבלת: דיכאון, דמנציה (סיכון מוגבר לפתח דליריום).

בדיקות

- בצע ספירת דם מלאה וכימיה, כולל סידן.
- בדוק להימצאות זיהום (זיהום בשתן בקשישים).

- סקור את כלל התרופות והפסק כל תרופה שאינה חיונית.
- הערך פגיעה חושית.
- בדוק הרעלת אופיואידים (ישנוניות, אגיטציה, מיוקלונוס, רגישות יתר למגע) - יש להפחית את מינון האופיואיד בשליש. יש לשקול החלפה לאופיואיד אחר אם הדליריום נמשך.
- בדוק להימצאות עצירות, אצירת שתן או בעיות בקתטר.

טיפול

טפל בגורמים אפשריים

- אם הדליריום טרמינלי, יש לעיין ב'הנחיות טיפול בימים האחרונים לחיים'.
- שמירה על הידרציה, הזנה אוראלית וניידות.
- אם קיימת תלות בניקוטין, לשקול שימוש במדבקות ניקוטין.

התערבויות לא פרמקולוגיות

- הסבר על הסיבות והמהלך האפשרי, למטופל, קרוביו ומטפלו.
- התייחס לחרדה; מטופלים בדליריום לעתים קרובות מפוחדים.
- מקם באיזור שקט או חדר צדדי, הגבל תחלופת צוות
- וודא כי אביזרי עזר כגון משקפיים ומכשירי שמיעה נגישים למטופל.
- תאורה הולמת, צמצום רעשים, דאג לשעון שהמטופל יוכל לראותו.
- רה-אוריינטציה עדינה וחזרתית ללא עימות עם המטופל.
- נסה לשמור על מעגל ערות-שינה רגיל
- הסבר על הגורם האורגני להתנהגות והתסמינים.

טיפול תרופתי

טיפול תרופתי (במידה והכרחי לניהול התסמינים)

- סקור בקביעות ולהפסיק טיפול תרופתי ברגע שהמטופל חוזר לעצמו.
- **בחירה ראשונה: OLQT HALOPERIDOL**
 - מינון: 0.5- 3 mg פומי או תת עורי (SC) פעם ביום (עדיף להתחיל ממינון פומי נמוך). במידת הצורך, ניתן לחזור על מתן אחרי שעותיים.
 - מינון אחזקתי יכול להידרש במידה והגורם בלתי הפיך; להשתמש במינון האפקטיבי הנמוך ביותר: 0.5 - 3 mg פומי או 2 mg תת עורי (SC) פעם ביום (אין ראיות לשיפור גדול יותר עם תרופות אנטיפסיכוטיות חדשות).
- **Benzodiazepines: בחירה שניה**
 - בנודיאזפינים אינם משפרים קוגניציה; יכולים להקל על חרדה, יש להשתמש בזהירות.

- שימוש בגמילה מאלכוהול (לרוב במינונים גבוהים יותר), גמילה מתרופות סדאטיביות ונוגדות דיכאון ; מועדף במחלת פרקינסון.
- LORAZEPAM (Lorivan) 1 mg - 0.5 mg פומי, או תת-לשוני.
- ^{OL}MIDAZOLAM (Dormicum) במתן תת עורי 5 mg - 2 mg, כל שעה-שעתיים לפי הצורך או DIAZEPAM (Assival) פומי או רקטאלי 5 mg, כל 8 עד 12 שעות לפי צורך.
- *לבנזודיאזפינים תיתכן השפעה פרדוקסאלית והחמרת דליריום. מקובל לתת בנזודיאזפינים יחד עם תרופות אנטיפסיכוטיות במידת האפשר.
- אם יש צורך בהגברת סדאציה ובהתאם למצב, פנה לייעוץ מומחה**
- הוסף או העלה מינון של בנזודיאזפינים ^{OL}MIDAZOLAM (Dormicum) בעירוני תת עורי 10 mg - 30 mg ל 24 שעות במשאה, או DIAZEPAM (Assival) רקטלי 10 mg - 5 mg כל 6 עד 8 שעות לפי הצורך].
- החלף ^{QT,OL}HALOPERIDOL (Halidol) ב- LEVOMEPRIMAZINE (Nozinan). השתמש במינונים נמוכים אם לא נעשה בהם שימוש בעבר ובקשישים שבריריים. לדוגמא 5 mg - 2.5 mg תת-עורי כל שעתיים לפי הצורך. (*בישראל טבליות של 100 mg, 25 mg, ובחלק מבתי החולים אמפולות של 25 mg).
- באי שקט או דליריום מתמשך יידרשו מינונים גבוהים יותר, למשל 25 mg - 10 mg תת עורי לפי הצורך כל שעתיים.
- למינון מעל 50 mg פנה לייעוץ מומחה.

נקודות ליישום

- הקפדה על הפחתת גירויים סביבתיים הינה הכרחית.
- הרעלת אופיאידים הינה גורם נפוץ לדליריום, בעיקר בקשישים.
- קורטיקוסטרואידים יכולים לגרום לדליריום משמעותי.
- במידה ונדרשות פעולות רפואיות המותנות בהסכמה מדעת – יש לבקש הערכה רפואית מתאימה (פסיכיאטר, גריאטר וכדומה) להערכת כשירות.
- במצבים אקוטיים, טיפול חירום יכול להינתן גם בהעדר הערכת כשירות.
- יש לעודד את המטופל לצרוך נוזלים באופן פומי כמידת יכולתו.
- נוכחות של בן משפחה קרוב או חבר יכולה לסייע להרגיע את המטופל.

מקרא

^{OL} Off Label , ^{QT} Prolongs QT , *הערות גרסה ישראלית

[/https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-control/delirium](https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/symptom-control/delirium)

סימוכין / מקורות

British Geriatrics Society. 2013. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people.

Her Majesty's Stationery Office (Hmso). 2013. Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000 [Online]. Available: <http://www.legislation.gov.uk/asp/2000/4/contents> [Accessed 10 December 2013].

NICE. 2010. Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical guideline [Online]. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-pdf-35109327290821> [Accessed 11 December 2018]

Scottish Delirium Association. 2016. Delirium Management Comprehensive Pathway. Available: <http://www.scottishdeliriumassociation.com/sda-delirium-management-pathways.html> [Accessed 11 December 2018].

© כל הזכויות שמורות

אין לשכפל, להעתיק, לצלם, להקליט, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, לשדר או לקלוט בכל דרך אחרת כל חלק שהוא מהחומר באתר זה.

שימוש מסחרי מכל סוג שהוא בחומר הכלול באתר זה אסור בהחלט אלא ברשות מפורשת בכתב.