		<b>PASIENTER OG BRUKERE</b>		<b>Retningslinje</b>
<b>INTENSIV DELIRIUM: FARMAKOLOGISK BEHANDLING</b>				Side 1 av 2
Dokument ID: <b>II.SOK.AIO.SSK.2.a-15</b>	Gruppe: □	Godkjent dato: <b>04.04.2024</b>	Gyldig til: <b>04.04.2026</b>	Revisjon: <b>3.06</b>

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

## PASIENTGRUPPE/PASIENTFORLØP/ANNEN MÅLGRUPPE

Pasienter innlagt på Intensiv avdeling, Intensiv SSK

## FORMÅL

Å sikre sufficient behandling av intensiv delirium.

Består av 4 delinstrukser:

1. Instruks om anvendelse av [RASS score](#) (sedasjons –og agitasjons skala)
2. Veiledning i anvendelse av [CAM-ICU](#) delir test / diagnostiseringsverktøy
3. [Non-farmakologisk forebygging og behandling av intensiv delir](#)
4. Farmakologisk behandling av intensiv delir (denne instruks)

## Undertyper av delirium bestemt av pasientens opptreden:

### Hypoaktivt delir

- Apatisk
- Hypoaktiv
- Tilbaketrukket
- Depressiv
- Forøket latenstid

### Hyperaktivt delir

- Agiteret
- Psykomotorisk hyperaktiv
- Seponerende
- Aggressiv
- Følelseslabil

### Blandingsformer

- Forekommer ofte


## FREMGANGSMÅTE

### Behandling av intensiv delir:

Eliminasjon av risikofaktorer samt [Non-farmakologisk behandling](#) så langt som mulig. Herunder tilstrebes reduksjon av sedativa / optimalisering av smertebehandling.

**A. Hypoaktivt delir::** Haldol (haloperidol) ½-2,5 mg x 2 i.v.

Utarbeidet av: <b>Ph.D Henrik Skovbon</b>	Først utgitt: <b>09.03.2011</b>	Fagansvarlig: <b>Seksjonsoverlege Ole Georg Vinorum</b>	Godkjent av: <b>Avd.leder Grete K. Erdvik</b>	□
--	------------------------------------	--	--	---

		<b>Intensiv delirium: farmakologisk behandling</b>			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-15	Utarbeidet av: Ph.D Henrik Skovbon	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Ole Georg Vinorum	Godkjent dato: 04.04.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 3.06

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Alternativt Zyprexa (olanzapin) 5-10 mg x 2 i.v. Virker lett sederende, fint å gi før natten evt.

## B. Hyperaktivt delir: Haldol, førstevalg.

Agitasjonsnivå	RASS score	Haldol startdose i.v.
Mild	+1	0,5 – 2 mg
Moderat	+2, +3	2 - 5 mg
Svært	+3, +4	5 – 10 mg

- Startdose avhengig av klinikken,- se ovenfor. Lavdose ofte tilstrekkelig.
- Hos eldre (>75 år) og leversyke startes med ½ dose.
- Hvis fortsatt besværlig agitasjon, kan dosen fordobles med 20 – 30 min's mellomrom.
- Når agitasjonen er brutt, fortsettes med den kumulerte oppstartsdose som ble gitt, fordelt på 4 doser pr døgn. Alternativt kan fortsettes med 10 mg x 4 i.v.
- Sjeldent bivirkning ved bolus på 40 mg gitt *intravenøst* (i motsetning til p.o.) på ICU
- Hvis ingen effekt etter 60 mg i.v., supplèr da med benzodiazepin eller propofol i.v., evt vurder Zyprexa i.v.
- Når deliret er brutt halveres døgndosen hver 24. time.

Husk spesifikk, samt adjuvant behandling av andre delir typer som abstinensrelaterte etter alkohol, opioid -og benzodiazepin misbruk.

Bivirkninger til haloperidol er lang QT-tid. Hvis > 450 ms, stopp tilførsel på grunn av fare for ventrikkelflimmer (Torsade de point). Øvrige bivirkninger er uønsket sedasjonseffekt og akutt dystoni.

## Referanser

- José R Maldonado Delirium in acute care setting: Characteristics,diagnose and treatment..Critical Care Clinics.2008; 24: 657-722
- Yoanna Skrobnik. Delerium Prevention and Treatment. Critical Care Clinics 2009;25:
- Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002;30:119-41.
- Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M et al. Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. Intensive care medicine 2004;30:444-9.
- Ely EW. The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Trainingmanual. [www.icudelirium.org](http://www.icudelirium.org) 2010
- Seitz DP, Gill SS, van Zul LT Antipsychotics in the treatment of delirium: a systematic review. J Clin Psychiatry, 2007 Jan;68(1):11-21
- David J Meagher, *consultant psychiatrist* Delirium: optimising management BMJ. 2001 January 20; 322(7279): 144–149.
- Christopher James Ryan Optimising management of delirium Placebo controlled trials of pharmacological treatments are needed. BMJ. 2001 June 30; 322(7302): 1602