

Deliryum

Ender Kaya, Sinan Sönmez, Fatma Barlas

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

ÖZET

Deliryum, genel hastanelerde tedavi gören hastaları en çok etkileyen nöropsikiyatrik bozukluktur. Deliryum; bilinç değişikliğine, dikkat, algı, düşünce, bellek, devinim, duygudurum ve uyku-uyanıklık döngüsü bozukluklarının eşlik ettiği, özgül olmayan organik beyin sendromu olarak tanımlanır. Deliryum yaşlılarda gençlerden daha sık görülür. Bir hastalık değil altta yatan hastalıklara bağlı bir klinik sendromdur. Etiyoloji çok sayıda tıbbi durumun fizyolojik etkilerine bağlıdır. Altta yatan nedenlerin ve risk faktörlerinin doğru tanınması, erken tanı ve tedavide esastır. Deliryum, yüksek morbiditesi ve mortalitesi nedeniyle acil tedavi gerektiren ve bu nedenle de her hekim tarafından tanınması gereken bir klinik tablodur.

Anahtar kelimeler: deliryum, morbidite, yaşlı

SUMMARY

Delirium

Delirium is most common acute neuropsychiatric disorder affecting patients in general hospitals. Delirium is defined as non-specific organic brain syndrome in which disturbances of consciousness is associated with attention, perception, memory, psychomotor-activation, mood, and sleep-wake cycle disturbances. Delirium occurs more frequently in elderly than in younger clients. Delirium itself is not a disease, but rather a clinical syndrome, which result from an underlying disease. The etiology may be related to the physiological effects of a large number of medical conditions. Accurate identification of underlying causes and risk factors is essential in early-stage diagnosis and treatment. Because of its high morbidity and mortality, delirium prompts urgent treatment and must be recognized by every physician.

Key words: delirium, morbidity, elderly

GİRİŞ

Deliryum, birden başlayıp, genellikle bir aydan daha az süren global kognitif yıkımla birlikte; dikkat, uyku-uyanıklık ve psikomotor davranışta bozuklukla belirli, organik bir beyin sendromudur. Deliryum hastanede yatan hastalarda çok sık görülen bir sorundur. Hastanede yatan yaşlılarda yaklaşık % 30-50 oranlarında görülmektedir, bu da hastanede yatan tüm hastaların % 10'una denk gelir. Deliryum morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır, topluma maliyeti çok fazladır.

EPİDEMİYOLOJİ

Deliryum prevalansı risk altındaki topluluk ve kullanılan tanı kriterlerine bağlıdır. Bucht ve ark. ⁽¹⁾ literatürü gözden geçirmiş ve hastanede tıbbi-cerrahi servislerinde yatan hastaların yaklaşık % 15'inin herhangi bir zamanda deliryumu olduğunu ve oranın evde bakılan hastalarda daha da yüksek olduğunu

bulmuşlardır. Yaş deliryum için en sık tanımlanan risk faktörüdür. Demanslı hastalar deliryum için yüksek riske sahiptir.

Bakımevlerinde de deliryum sıklığı yüksektir. Yaşlılarda deliryum daha sinsi başlangıçlıdır, hatta deliryum yüksek olasılıkla gözden kaçırılmaktadır. Fark edilmemiş idrar yolu enfeksiyonu gibi hastalıklar deliryuma neden olabilir. Daha ciddi, yaşamı tehdit eden hastalıklar deliryum tablosuyla odaya çıkabilir. Hastane personeli deliryumu erken evrede tanımak üzere eğitilmelidir böylece primer sağlık sorununu belirleyip hızlıca tedavi edebilirler.

ETİYOLOJİ

Deliryumun, nörotransmitter sistemleri arasında "dengezsizlik" olarak tanımlanmasından, nöronal membran disfonksiyonundan kaynaklandığı görüşünde değişim olmuştur ⁽²⁾. Klinik uygulamada ise, deliryum, genel fizyolojik bir stresörün doğrudan sonucudur. Değer-

Alındığı Tarih: Kasım 2013

Kabul Tarihi: Aralık 2013

Yazışma adresi: Dr. Ender Kaya, SB. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Şişli-İstanbul
e-posta: enderkaya76@yahoo.com

Tablo 1. Yaşlıda deliryuma neden olan faktörler.

İlaçlar	Diüretikler, sedatif-hipnotikler, analjezikler, antihistaminikler, antiparkinsoniyen ilaçlar, digital glikozidleri simetidin, anti-depresanlar, nöroleptikler.
Alkol entoksikasyonu ve alkolden kesilme	Deliryum tremens
Kardiyovasküler hastalıklar	Konjenital kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, kardiyak aritmiler, aort stenozu, hipertansif ensefalopatiler, ortastik hipotansiyon, subakut bakteriyel endokardit.
İnfeksiyonlar	Pnömoni, idrar yolu infeksiyonları, septisemi, kolesistit, menenjit.
Metabolik ensefalopatiler	Elektrolit ve sıvı dengesizliği, karaciğer, böbrek ve akciğer yetmezliği, diyabet ve diğer endokrin hastalıkları, beslenme eksiklikleri (özellikle B vitaminleri), hipotermi ve sıcak çarpması.
Serebrovasküler hastalıklar	Geçici iskemik nöbetler, inme, kronik subdural hematoma, vaskülit, serebral ve ekstrakraniyal neoplazm.
Travma	Kafa travması, cerrahi girişimler, yanıklar, kalça fraktürü.

lendirme ve tedavinin hedefleri, altta yatan nedeni bulmak ve düzeltmektir.

Deliryum tanısı konmuş yaşlıların yaklaşık % 95’inde organik etiyolojik faktörler ortaya konabilir. Olguların % 5-20’sinde neden ortaya konamaz. Bazı araştırmacılar deliryum ve demansın bir arada olabileceğini bildirirler.

Yaşlıda birçok organik neden etiyolojik faktör olarak rol oynar. Bu organik faktörler çoğunlukla bir yas reaksiyonu, bildik bir ortamdan ayrılıp yeni bir ortama yerleşme veya duyuşsal uyarı eksikliği gibi psikososyal stres yapıcı faktörlerle açığa çıkar. Uykusuzluk ve yorgunluk da deliryumun oluşmasına katkıda bulunur.

TANI

Deliryum değerlendirmesinde en önemli nokta detaylı hikaye, fizik muayene, nörolojik muayene ve mental durum muayenesi ile hastanın mevcut bazal durumunda bir değişiklik olup olmadığını anlamasıdır. Kognitif durumun değerlendirilmesi için Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE) uygulanır. Predispozan ve presipitan faktörlerin tespit

edilmesi için klinik bulgular ve laboratuvar testlerinden yararlanılır.

İlk değerlendirmede laboratuvar testlerinden kan sayımı, elektrolitler, böbrek ve karaciğer fonksiyonları, akciğer grafisi (özellikle infeksiyon açısından), EKG (özellikle kardiyak iskemi, enfarktüs açısından), idrar tahlili (idrar yolu infeksiyonu) yapılmalıdır. Etiyoloji bulunamazsa lomber ponksiyon, tiroid fonksiyonları, vitamin B12, folat düzeyleri, toksikoloji ve ilaç düzeyleri, EEG, nörogörüntüleme gibi daha ileri testler yapılabilir.

DSM- IV-TR’de deliryum şöyle tanımlanmıştır:

A-Dikkati bir konu üzerinde odaklanma, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu olması (yani çevrede olup, bitenin farkında olma düzeyinin azalması),

B-Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması,

C-Bozukluğun kısa bir süre içinde gelişmesi (genellikle saatler ya da günler içinde) ve gidiş içinde dalgalanma eğilimi özelliği taşınması,

D-Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde bu bozukluğun genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtların olması ⁽³⁾.

ANA BELİRTİLER VE BULGULAR

Deliryum olguları ile ilgili çalışmaları gözden geçirme yazıları en yaygın belirtiler olarak; bilinç bulutlanması (% 65-100), dikkati odaklama, sürdürme ve bölmede güçlük (% 62-100), yönelim bozukluğu (en yaygın belirti % 78-100), dezorganize düşünce (% 95) ile kısa dönem belleği ve anımsamada sorunları (% 62-90) göstermektedirler ^(4,5).

a. Bilinç bulutlanması: Uyuşukluk, uykululuk gibi hipereksitabilite ve iritabilitenin de görülebileceği, uyanıklık ve farkındalığın en aza indiği durumdur. Ancak hastalar çok geniş bir uyanıklık spektrumu gösterebilirler. Tam olarak uyandırılmayıp kolayca uyku durumuna geçebilir ya da artmış dikkatle aşırı uyanıklık hali ve irkilme reaksiyonları gösterebilirler.

- b. Dikkati odaklama, sürdürme ve bölmede güçlük: Deliryumun en çarpıcı özelliğidir. Dikkat bozukluğu, hastanın muayene-görüşmeler sırasında yapılan işlemleri izleyebilme derecesine bakılarak genel olarak anlaşılabilir. Ancak, daha nesnel olarak bazı yatak başı testleri ile değerlendirilebilir. Sayı menzili (digit span) testi, ardı ardına söylenen rakam dizisinin hasta tarafından yüksek sesle yinelenmesine dayanır. Sürekli performans (continuous performance) testi 30 saniye içinde 1 saniyelik aralarla söylenen harf dizileri arasından her A harfi okunduğunda hastadan el kaldırması istenerek yapılır.
- c. Yönelim bozukluğu; en yaygın belirtidir, ancak sadece yaygın olduğu için değil, aynı zamanda “zaman sıralı olmak” bilinçli tecrübeler için en gerekli şey olduğundan dolayı esas belirti olarak düşünülmelidir ⁽⁶⁾. Kişiler, bulunulan yer ve zamanla ilgili basit tanıma soruları ile değerlendirilebildiği için deliryum tanısında oldukça yol göstericidir.
- d. Dezorganize düşünce: Sözcükler, cümleler ve konular arasında bağlantıların zayıfladığı tutarsız bir düşünce akışı. Enkoheran konuşma, konuşma kalıpları ve davranışlarını durduramama biçiminde görünebilir.
- e. Duyumsama ve algılama bozuklukları sık görülür. İlüzyonlar ve halüsinasyonlar tüm duyular ile ilgili olabilir. Kısa dönem belleği ve hatırlamada sorunlar sıktır. Hem kayıt hem de anımsamada ve tanıma bozulur. Emosyonel değişiklikler, çevrede bulunanların kişilik değişiklikleri olarak yorumlayabileceği şekilde süreli olabilir. Deliryuma özgü bir duygulanım veya duygudurum özelliği yoktur. Ancak, çoğu zaman bozulmalar olur ve bunlar anksiyete, öfke, apati, depresyon, öfori, iritabilite şeklinde ortaya çıkabilir.
- f. Düşünce içeriğinde daha çok perseküsyon doğasında sistemsiz sanrılar şeklinde sanrılar ortaya çıkabilir. Ancak bazen değişik sanrı türlerine de rastlanabilir.
- g. Uyku-uyanıklık döngüsünün ters dönmesi sıktır. Insomnia veya hipersomnia da görülebilir.
- h. Davranış değişiklikleri: Deliryumlu hastanın izlenmesini güçleştiren en önemli belirtidir. Hiperaktif deliryumlu hastalar uyanıklık artışı ve hipervijilans gösterirler. Ajite, taşkın ve saldırgan olabilirler. Tersine hipoaktifler uykuludurlar. Hareketsizlik, retardasyon belirgindir.
1. Semptomlar gün boyunca dalgalanmalar gösterir, gündüz biraz düzelleme ve geceleri kötüleşme sıktır.

Belirtilerin gün içinde dalgalanmalar ve değişimler göstermesi, deliryumun en tipik özelliklerindedir. Kuşkusuz bu özellik, sık görülmemeyen hastalarda tanının gözden kaçırılmasının en önemli nedenlerinden biridir.

DELİRYUM TANISINI ATLAMAMIN SONUÇLARI NELER OLABİLİR?

Deliryum, bazı ciddi sonuçlara yol açmasının yanı sıra ölüme de yol açabilmektedir ^(7,8). Deliryum, fonksiyonel ve bilişsel kapasiteyi azaltır, hastanede kalış süresini ve uzun dönem bakım gereksinimini artırır ve yaklaşık % 30 maliyet artışına neden olur ⁽⁹⁾. Amerika Birleşik Devletleri’nde, deliryum için yıllık sağlık giderinin 1-2 milyar dolar arasında olduğu saptanmıştır.

Deliryum için mortalite oranı, ilk bir ay içinde % 25-33’tür. Hastanede yatış süresince deliryum gelişen yaşlı hastalarda ölüm oranı % 22-76 arasındadır. Hastanede yatış süresince deliryumu olan hastalarda taburculuktan sonraki bir ay içinde de ölüm oranı oldukça yüksektir. Deliryum geçiren hastaların % 25’i altı ay içinde ölmektedir. Tanıyı izleyen üç ay içindeki mortalite oranı duygulanım bozukluğu olan hastalardan 14 kat yüksektir ⁽¹⁰⁾. Yine hastaneden taburcu olduktan sonra, altı aya kadar, bilişsel fonksiyonlarda bozulmanın devam ettiğini gösteren bazı kanıtlar vardır. Yaşlı kişilerde, AIDS’li hastalarda deliryumdan tamamen iyileşme oranı daha düşüktür. Her iki durumda da kalıcı semptomlar altta yatan demans nedeniyle olabilir. Bütün bunlara ek olarak; hemşire hastanın deliryumda olduğunu anlayamazsa, hastayı yatakta kalması için ikna etmeye çalışabilir ya da hastayı sakinleştirmek ve uyumasını sağlamak için uyku ilacı vermeye çalışabilir ya da hastadaki değişikliklerin farkına varamadığı için, herhangi bir girişimde bulunmayabilir. Bunun sonucunda hasta yetersiz, yanlış tedavi ve bakım alır ya da tanı atlandığı için tedaviye başlanamaz. Bu durum, hastanın klinik durumunun daha kötüye gitmesine yol açar, hatta bazen hastanın ölümüne neden olabilir.

TEDAVİ

Deliryum tedavisinde 3 hedef vardır: Birincisi, deliryuma neden olan durumu belirleyip tedavi etmek, ikincisi, hasta yakınları ve tedavi ekibine bilgi vere-

rek hastanın güvenliğini sağlamak, üçüncüsü, deliryum belirtilerini tedavi etmektir.

Deliryuma gidişin ek maliyeti nedeniyle önleme esas amaç olmalıdır. Yatan yaşlı hastalarda bilişsel bozulma, uyku yoksunluğu, işitme bozukluğu, dehidratasyonu odaklayan çoklu bir tedavi stratejisi deliryum ataklarında anlamlı önlemler sağlayabilir. Deliryum için yüksek risk taşıyan hastalar ayaktan ve cerrahi işlemler sırasında yakından izlenmelidir. Hastanın ruhsal durumu deliryumu erken tanılmak için bir vital bulgu olarak izlenmelidir. Özellikle yönelim muayeneleri ve davranışların izlenmesi önemlidir. Gün içi dalgalanmalar dikkate alınarak bu değerlendirilmelerin kuşkulu hastalarda sık aralıklarla yenilenmesi gerekir.

Deliryumlu hastanın bulunduğu ortam sakin, stabil ve iyi ışıklandırılmış olmalıdır. Uyarıcı fazlalığı da, yoksunluğu da deliryum belirtilerini artırabilir. Takvim, saat gibi bellek ipuçları veya yönelim düzeltme teknikleri yararlı olabilir.

Bazı deliryumlu hastalar aynı zamanda homisidal veya suisidal olabilir. Hem bu nedenlerle hem de bilinç ve yönelim bozukluğunun neden olabileceği tehlikelerden dolayı deliryumlu hastalar asla yalnız veya refakatçisiz bırakılmamalıdır.

Hasta ve ailelerini hastalığın etiyojisi ve seyri hakkında bilgilendirmek ve gelecek risk etmenleri konusunda eğitmek gerekir. Aileler genellikle hastanın beyin hasarı veya kalıcı bir psikiyatrik hastalığa yakalandığını düşünerek endişeleneceklerdir. Deliryumun geçici olduğu ve tıbbi durumun bir sonucu olduğu konusunda hastaları ve ailelerini aydınlatmalıdır.

Aile üyeleri ve arkadaşları hastayı her biri ayrı zamanlarda olmak üzere ziyaret konusunda desteklemelidir. Bazı tanıdık eşyaları taşımaları hastanın yönelimine yardımcı olacağı ve kendini güvende hissetmelerine yardımcı olacağı için teşvik edilmelidir.

Hastayla iletişimi en üst düzeye çıkarmak için düşük, yumuşak bir ses tonu kullanılması, bütün eylemleri ve yönergeleri açık, basit ifadelerle açıklamak, hastayı her gördüğünde kendini tanıtmak gerekir. Nazik tavırlar, yumuşak dokunuşlar, hoş davranışlar anksiyeteyi azaltmaya yardımcı olabilir. Fiziksel kısıtlamalardan,

bağlamadan kaçınmalıdır. Ancak, kesinlikle yapmak gerekiyorsa dikkatle uygulanması gerekir. Aile bireylerinden birinin olabiliyorsa yanında bulunması yararlı olabilir. Aile üyeleri ve personel her fırsatta gelişmeler hakkında hastaya açıklamalar yapmalıdırlar. Duyusal defektler düzeltilmeli, gerekirse gözlük ve işitme cihazı takviyesi yapılmalıdır⁽¹¹⁾.

İLAÇ TEDAVİSİ

Haloperidol tedavideki etkinliği, reseptör profili, güvenilirliği, farklı formlarda uygulanabilirliği ile tedavi rehberleri içinde halen birinci seçenek olarak yerini korumaktadır⁽¹²⁾.

Benzodiyazepinlerin (BDZ) deliryum tedavisinde tek başına kullanılmalarının alkol ve sedatif-hipnotik yoksunluğu deliryumu için etkinliği gösterilmiş, ancak rastgele karşılaştırmalı bir çalışmada genel olarak deliryum tedavisinde tek başına kullanılmalarının etkin olmadığı gösterilmiştir⁽¹³⁾.

Atipik antipsikotikler şizofreni ve bipolar bozukluk tedavisinde etkin olup, iyi tolere edilmektedirler. Deliryumda, risperidon, olanzapin ve klozapin gibi atipik antipsikotikler, psikotik durumların yanı sıra, psikotik durumlar dışındaki ajitasyon ve agresyonlarda ve demansta görülen psikotik ve davranışsal semptomların tedavisinde de kullanılmaktadır⁽¹⁴⁾.

Klorpromazin gibi düşük potanslı antipsikotiklerin ekstrapiramidal sistem yan etkileri az olmakla birlikte, antikolinergik yan etkilerinin belirgin olması, ileri yaşlardaki kolinerjik nöroiletimin azalması da göz önüne alındığında, deliryumda kullanılmalarını sınırlamaktadır⁽¹⁵⁾.

KAYNAKLAR

1. Bucht G, Gustafson Y, Sandberg O. Epidemiology of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 0: 315-318. <http://dx.doi.org/10.1159/000017161>
2. Brown T, Stoudemire A, Fogel B, et al. Psychopharmacology in the medical patient. In: Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D; eds. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. New York: Oxford University Press; 2000: 329-372.
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Meagher DJ, Trzepacz PT. Delirium phenomenology illuminates pathophysiology, management, and course. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1998; 11: 150-156. PMID:9894734
5. Trzepacz PT. Update on neuropathogenesis of delirium. *De-*

- ment Geriatr Cogn Disord* 1999; 10: 330-334.
<http://dx.doi.org/10.1159/000017164>
PMid:10473933
6. Bhat R, Rockwood K. Delirium as a disorder of consciousness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78: 1167-1170.
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.2007.115998>
PMid:17488786 PMCID:PMC2117593
 7. Leentjens AFG, Diefenbacher A. A survey of delirium guidelines in Europe: *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61:123-128.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.01.009>
PMid:16813854
 8. Ely EW, Shintani A, Truman B ve ark. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA* 2004; 291: 1753-1762.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>
PMid:15082703
 9. Bogardus ST, Desai MM, Williams CS ve ark. The effects of a targeted multicomponent delirium intervention on postdischarge outcomes for hospitalized older adults: *The American Journal of Medicine* 2003; 114: 383-390.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343\(02\)01569-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9343(02)01569-3)
 10. Türkcan A. Deliryum: *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 15-23.
 11. Kırpınar İ. Deliryum; Tanı, Oluş Nedenleri, Bakım ve Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009; 2(3): 1-13.
 12. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (suppl 5): 1-20.
 13. Breitbart W, Marrota R, Platt MM ve ark. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 231-237.
PMid:8561204
 14. Buckley PF. The role of typical and atypical antipsychotic medications in the management of agitation and aggression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 10): 52-60.
PMid:10340688
 15. Arana GW. An overview of side effects caused by typical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 8): 5-11.
PMid:10811237