

Deliryum

Yrd. Doç. Dr. Emrah SONGUR
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
Kasım 2014

1

Deliryum Tanım

- Deliryum;
 - **Bilinç, dikkat, kognisyon ve algılamada**
 - Saatler ya da günler gibi **kısa sürede** gelişen bozulma ile karakterize,
 - **Düşünceleri, psikomotor aktiviteyi ve emosyonel durumu** da etkileyen **nörodavranışsal belirtilerin** olduğu,
 - Genellikle **geriye dönüşlü**,
 - **Çok sayıda etkenin** neden olduğu,
 - **Demans** hastalığının seyri ile açıklanamayan,
 - Gün içinde **dalgalı seyir** gösteren bir **linik sendromdur**.

2

Deliryum

- Sıklıkla genel **tıbbi sorunlar** nedeniyle yatırılan hastalarda gözlenir.
 - Mevcut bedensel hastalığın **kötüye gittiğini** ya da yaşamı tehdit eden **ek bir sorunun** geliştiğinin habercisi olabilir.

3

Deliryum geliştiren hastalar (NICE 2010);

- **Hastanede yatış ve/veya yoğun bakımda kalış** süresi artar,
- **Demans** sıklığı artar,
- **Morbidite** artar.
 - Hastane kaynaklı komplikasyonlar (düşme ve yatak yaraları gibi) daha çok görülür,
- **Mortalite** artar,
- Hastanede yatanların daha sonra **uzun süreli bakım (kurumsal bakım) ihtiyacı** artar,
- Gelecekte **daha kötü bilişsel ve fiziksel işlevsellik düzeyi** düşer

4

Deliryum Epidemiyoloji

- Deliryum en sık **yaşlı hastalarda, ameliyat sonrasında ve hastalıkların son evrelerinde** görülür.
- Genel hastanelere yatan hastaların %33'ünde yatış esnasında deliryumun var olduğunu bildiren çalışmalar vardır.
- Genel hastane ortamlarında %20-30 oranında görülmektedir (NICE 2010).
 - Cerrahi operasyon geçirenlerde %10-50,
 - Yaşlı hastalarda %10-30
 - Acil servislerde %46
 - Yoğun bakım ünitelerinde %40-80 (Elly ve ark. 2001a, Elly ve ark. 2001b)
 - Son evre hastalığı olanlarda %80
 - Demans hastalarında %22-89
 - Yatarak tedavi gören kanser hastalarında %18
 - Bakım evlerinde < %20

5

Deliryum Risk etkenleri

- **İleri yaş (özellikle >=65 yaş)**
- **Bilişsel işlevlerde bozukluk**
- Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı
- Sigara içme öyküsü
- Sedatif-hipnotik kötüye kullanımı/bağımlılığı
- Çoklu ilaç kullanımı
- **Deliryum öyküsünün varlığı**
- Serebrovasküler hastalık öyküsü
- Hipertansiyon
- Ateş ya da hipotermi
- Dehidrasyon
- Anormal bilirubin düzeyleri
- Risk faktörlerinin kontrol altına alınması deliryum riskini %30-40 azaltır.
- Azotemi
- Hipoalbuminemi
- Acil cerrahi
- Ameliyat öncesi
 - Depresif belirti varlığı
 - Narkotik analjezik kullanımı
 - Anormal sodyum, potasyum ve glukoz düzeyleri
- > 4 saat ameliyat süresi
- Ameliyat sonrası kontrol edilemeyen ağrı
- **Kalça kırığı öyküsü**

6

Deliryum

Risk etkenleri – İleri yaş

- İleri yaşta deliryuma duyarlılığın artmasının sebepleri;
 - Beyinde kolinerjik aktivite azalır
 - Çeşitli kronik hastalıkların olması
 - Görme ve işitme işlevlerinde azalma
 - İlaç metabolizmasında değişiklikler
- Demanslı hastalarda deliryum daha kolay gelişir.
- Hastaneye çeşitli sebeplerle yatan ve özellikle ameliyat edilecek yaşlı hastalarda bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi ve bir bozukluğun varlığında deliryum yönünden yakından izlenmesi önemlidir.

7

Deliryum

Risk etkenleri – İyatrojenik etkenler

- Çoklu ilaç uygulamaları, analjezik, antikolinergik ve sedatif etkili ilaçların kullanımı iyatrojenik risk etkenleridir.
 - Ameliyat öncesi narkotik analjezik alanlarda x 2
 - Analjezikler ameliyat sonrasında kullanıldığında risk azalır
 - Ameliyat öncesi alkol, benzodiazepin kullananlarda deliryum daha sık görülür.

8

Deliryum

Risk etkenleri – Çevresel etkenler

- Önemli bir kısmı önlenemez niteliktedir.
 - Sık mekan değişikliği
 - Okuma gözlüğü ve saat yokluğu
 - Bir aile üyesinin olmaması
 - Tıbbi ya da fiziksel kısıtlamalar
- deliryumun şiddetiyle ilişkilidir.

9

Servise kabul sırasında deliryum göstergeleri;

- **Bilişsel işlev**
 - Konsantrasyonun kötüleşmesi
 - Cevapların yavaşlaması
 - Konfüzyon
- **Algılama**
 - Görsel ve işitsel halüsinasyonlar
- **Fiziksel işlevler**
 - Mobilitenin azalması
 - Hareketlerin azalması
- Huzursuzluk
- Ajitasyon
- İştah değişiklikleri
- Uyku bozuklukları
- **Sosyal davranışlar**
 - İşbirliğini yapılmaması
 - İçe çekilme
 - Davranış, duygudurum ve iletişimdeki değişiklikler

10

Deliryum

Etiyoloji

- Deliryum tek bir nedenden ziyade, birden çok etkenin bir araya gelmesiyle ortaya çıkmaktadır.
- Tedavide kullanılan ilaçlar deliryumun %40'ından sorumludur.
 - Antikolinergik yan etkileri olanlar, sedatif-hipnotikler, narkotik analjezikler
- Olguların yaklaşık yarısında özgül neden bulunamamaktadır.

11

Deliryum

En sık görülen sebepler

- Merkezi Sinir Sistemi Bozuklukları
 - Epilepsi (iltal, intrakranel, postiktal)
 - Serebrovasküler olaylar
 - Migren
 - Kafa travması
- Enfeksiyonlar
- Neoplastik hastalıklar
- Metabolik bozukluklar
- Endokrinopatiler
- Sıvı-elektrolit bozuklukları
- Asit-baz dengesi bozuklukları
- Hipoglisemi
- Hipoksi
- Tiamin eksikliği
- Böbrek yetmezliği
- Ameliyat sonrası durum
- Şiddetli travma
- Malnutrisyon
- Kardiyopulmoner hastalıklar
 - Miyokard enfarktüsü
 - Aritmiler
 - Konjestif kalp yetmezliği
 - Konjestif kalp yetmezliği
 - Akciğer yetmezliği
- Madde kötüye kullanımı
 - Alkol
 - Amfetamin
 - Kokain
 - Kainabis
 - Opiyatlar
 - Halüsinojenler
- İlaçlar ve toksinler
 - Narkotik analjezikler
- Non-steroid antiinflamatuar ilaçlar
- Anti-biyotikler
- Sedatif-Hipnotikler
- Antihistaminikler
- Antikonvülanlar
- Antiparkinson ilaçları
- Antihipertansif ve kardiyovasküler ilaçlar
- Kortikosteroidler
- Antiasitlik ilaçlar
- Lityum ve antikolinergik özellikli psikotropalar
- Organofosfatlar
- Karbonmonoksit

12

Deliryum

Tanı – DSM-IV-TR

- Genel tıbbi duruma bağlı deliryum
- Madde intoksikasyonu deliryumu
- Madde yoksunluğu deliryumu
- Çoğul etiyojolojiye bağlı deliryum

13

Deliryum

Tanı – DSM-IV-TR

- A. Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile giden bilinç bozukluğu (yani çevrede olup bitenin farkında olma düzeyinin azalması)
- B. Daha önce var olan yerleşik demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim ya da dil bozukluğu gibi) olması
- C. Bu bozukluklar kısa süre içinde gelişir (genellikle saatler ve günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi taşır.
- D. Tıbbi neden, madde intoksikasyonu/yoksunluğu, çoğul etiyojoloji...

14

Deliryum

Tanı ve Takipte Kullanılan Araçlar

- Kısa Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği
 - Short Confusion Assessment Method (short CAM)
- Yoğun Bakım Ünitesi Konfüzyon Değerlendirme Ölçeği
 - Confusion Assessment Method -Intensive Care Unit) (CAM-ICU)
- Mini Mental State Exam (MMSE)

15

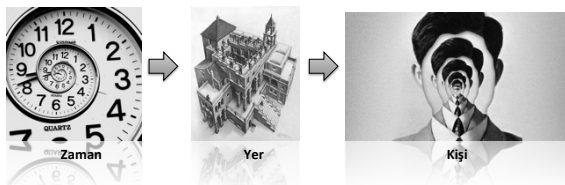
Deliryum

Klinik görünüm

- Bilinç bozukluğu;
 - Deliryumun değişmez bulgusudur.
 - Çevresel uyaranlara farkındalık azalır.
 - Dikkati bir konuda toplamakta ve sürdürmekte güçlük
- Dikkat bozukluğu;
 - Dikkat önemsiz uyaranlara kolayca dağılır
 - Sorulan soruları ve verilen emirleri anlamaz ya da bunlara tekrar tekrar aynı sözel ve motor yanıtları verebilir.

16

Yönelimin Bozulması



18

Deliryum

Klinik görünüm (Devam)

- Algı bozukluğu;
 - İllüzyon ve halüsinasyonları içerir.
 - En sık görsel halüsinasyon izlenir (%27-77)
 - Basit ya da karmaşık halüsinasyonlar olabilir.
 - İşitsel halüsinasyonlar %4-15
 - Dokunsal halüsinasyonlar %2,7
 - İllüzyonlar %9-23
 - Hastaların %60'ında bulunur.

19

Deliryum Klinik görünüm (Devam)

- Bellek bozukluğu;
 - Kaydetme, tutma ve hatırlama gibi bellek işlevleri bozulur.
 - Yakın bellekte bozulma uzak bellekteki bozulmadan daha çoktur.
 - Geri dönüşüdür.

20

Deliryum Klinik görünüm (Devam)

- Düşünce akışı ve içeriğinde bozukluklar;
 - Dikkat kusurları bilginin elde edilmesini, organizasyonunu ve kullanımını bozar.
 - Düşünce mantıksız ve anlaşılmaz hale gelebilir ve hezeyan gelişir.
 - Deliryumlu hastaların %18-62'sinde hezeyanlar görülür.
 - Sıklıkla kötülük görme türündedir.
 - Yönelim bozukluğuyla bağlantılıdır.

21

Deliryum Klinik görünüm (Devam)

- Konuşma bozuklukları;
 - Hastaların %47-93'ünde görülür.
 - Konuşma birbiriyle ilişkisiz ve anlamsız bir hal alabilir, konudan konuya geçişler ve çevresel konuşma görülebilir.
- Belirtilerin diüurnal değişikliği;
 - Deliryumda belirtilerin şiddetinin gün içinde dalgalanma göstermesi tipik bir görünüm olup, hastaların hemen hepsinde görülür.
 - Belirtiler özellikle geceleri kötüleşir.
 - Hastayla muayene anındaki gözlemlere güvenilmemeli, yakınlarından ve tedavi ekibinden bilgi alınmalıdır.

22

Deliryum Klinik görünüm (Devam)

- Emosyonel durum, uyku-uyanıklık döngüsü ve psikomotor aktivite bozuklukları tanı ölçütlerinde yer almasa da deliryumu olan bireylerde sık görülür.
 - Deliryumlu birey; anksiyete, korku, öfori, irritabilite, apati ve ilgisizliksergileyebilir.
 - Duygulanımı oynak olabilir.
 - Gündüz vakti uykulu olma, gece vaktinde ajitasyon/eksstasyon görülebilir.
 - Psikomotor aktivitede artma veya azalma olabilir.

23

Deliryum Klinik görünüm (Devam)

- Psikomotor aktiviteye göre deliryum üçe ayrılır;
 - Hipoaktif deliryum (%24)
 - Uyanıklık düzeyinde azalma, konuşmada yavaşlama, laterji, apati ve motor aktivitede azalma vardır.
 - Hiperaktif deliryum (%30)
 - Aşırı uyarılmışlık hali, huzursuzluk, hızlı ve yüksek sesle konuşma, irritabilite, öfori, dikkat dağınıklığı, gezinme, kabus görme yanında otonomik belirtiler (ateş basması, tremor, taşikardi)
 - Prognozu diğer türlere göre daha iyidir.
 - Karma (mikst) tablolar (%46)

24

Deliryum Gidiş ve Prognoz

- Yatan hastaların çoğunlukla yatışının ilk 5 günü içinde gelişiri ve ortalama aynı sürede düzelir.
 - Şiddetli durumlarda düzelme 6-8 haftayı bulabilir.
- Geri dönüşlü olsa da yaşlı hastaların %15'inde bir yıl sonra bile belirtiler devam edebilir.
 - Demanslı olgularda bu oran %50'ye kadar çıkar.
- Hiperaktif formu daha iyi prognoza sahip.

25

Deliryum Ayrıcı tanı

- Demans
- Şizofreni
- Mani-depresyon

26

Deliryum Ayrıcı tanı - Şizofreni

- Şizofrenide;
 - Bilinç ve yönelim bozukluğu görülmez.
 - Düşünce akışı bozukluğu, hezeyan ve halüsinasyonlar süregündür ve gün içinde dalgalanma göstermez.
- Deliryumda;
 - Hezeyanlar bölük pörçüktür ve şizofrenideki gibi sistemli değildir.
 - Halüsinasyonlar daha çok görsel, canlı ve hastayı rahatsız edici niteliktedir.

28

Deliryum Ayrıcı tanı – Mani-depresyon

- Duygudurum bozukluklarında bilinç ve yönelim bozukluğu görülmez.
- Deliryumda duygudurum bozukluğunun diğer belirtileri gözlenmez.

29

Deliryum Önlenmesi ve Tedavisi

- Önlemeye yönelik girişimler/öneriler
- Tedavi
 - Altta yatan etkenin tedavi edilmesi
 - İlaç tedavileri

30

Deliryumun Önlenmesi Öneriler

- Delirium hastaları ve risk altındaki hastalar konusunda tecrübeli, multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından bakımın verilmesi tercih edilmeli, gerekmedikçe servisler arasında personel değişimi yapılmamalıdır.
- Deliryumun erken tanınması ve önlenmesi önem arz eder.
 - Olguların 2/3'ünde deliryum tanısı atlanmaktadır.
 - Hastaneye yatıştan sonraki ilk 24 saatte hastalar deliryum riski ve deliryumu arttıran etkenler konusunda değerlendirilmelidir.

31

Deliryumun Önlenmesi

Öneriler - Bilişsel bozukluk ve /veya oryantasyonun ele alınması

- Oda ve tedavi ekibi mümkün olduğu kadar değiştirilmemelidir.
- Hastanın odasında yeterli/uygun aydınlatma sağlanmalı.
- Odada saat (24 saat formatında) ve takvim bulundurulmalı
- Tedavi ekibi ve refakatçi tarafından hastanın oryantasyonu sözel olarak düzeltilmeli.
- Bilişsel olarak uyarıcı aktivitelerin yapılması (örn. anılardan bahsetme, aile fotoğrafları vb.)
- Hastanın ailesi ve arkadaşları tarafından ziyaret edilmesini teşvik edilmeli.

32

Deliryumun Önlenmesi Öneriler (Devam)

- Dehidrasyon ve kostipasyonun ele alınması
 - Dehidrasyonu önlemek için hastanın yeterli sıvı aldığından emin olunmalıdır. Gerekirse oral ya da intravenöz hidrasyon sağlanır.
 - Kardiak ve renal komorbiditeleri olan hastalarda sıvı dengesinin sağlarken gerekli bölümlerden konsültasyon istenebilir.
- Hipoksinin değerlendirilmesi ve gerekirse optimal oksijen saturasyonunun sağlanması

33

Deliryumun Önlenmesi Öneriler (Devam)

- İmmobilite veya kısıtlı mobilitenin ele alınması
 - Hasta ameliyat sonrasında mobilize olmaya teşvik edilmelidir.
 - Gerekirse hastanın yürümesi için uygun yardımcı cihazlara (örn. walker vb.) erişim sağlanır.
 - Tüm hastalarda (yürüyemeyenler de dahil) "range-of-motion" egzersizlerinin teşvik edilmesi önerilir.
 - Zorunlu olmadıkça kateter, idrar sondası takılmamalı.
 - Fiziksel kısıtlamalar hastanın ajitasyonunu artıracığından ve deliryumu derinleştireceğinden bu yönetime son çare olarak başvurulmalıdır.

34

Deliryumun Önlenmesi Öneriler (Devam)

- Ağrının ele alınması
 - Ağrı konusunda hastalar değerlendirilmelidir.
 - Ağrının sözel olmayan belirtilerine (özellikle iletişim güçlüğü/ sorunları olan hastalarda) dikkat edilmeli/araştırılmalıdır.
 - Ağrısı olan her hastaya ağrının kontrolü için tedavi verilmelidir.
- Çoklu ilaç kullanan hastalarda ilaç tedavisinin gözden geçirilmesi
 - Tedavide kullanılan ilaçlar deliryumun %40'ından sorumludur.
 - Antikolinergik yan etkileri olanlar, sedatif-hipnotikler, narkotik analjeziklerden kaçınılmalıdır.

35

Deliryumun Önlenmesi Öneriler (Devam)

- Kötü beslenmenin ele alınması
 - Hastanın yeterli beslenmesi sağlanmalıdır.
 - Diş protezi olan hastaların protezlerinin ağızlarına düzgün oturduğundan emin olunmalıdır.
- Duyu bozukluklarının ele alınması
 - Hastanın geri döndürülebilir işitme ve görme sorunları giderilmeye çalışılmalıdır.
- Enfeksiyonun ele alınması
 - Hastada enfeksiyon kaynağı aranır, gerekirse tedavi verilir.
 - Gereksiz kateterizasyondan kaçınılmalıdır.
 - Enfeksiyon kontrolü ile ilgili önlemler alınmalıdır.

36

Deliryumun Önlenmesi Öneriler (Devam)

- Uyku hijyeninin ve sağlıklı uyku düzeninin sağlanması
 - Hastaların uyku saatlerine tıbbi prosedürlerin uygulanmamasından kaçınılmalıdır.
 - İlaç saatleri uykuyu bölmeyecek şekilde düzenlenmelidir.
 - Uyku dönemlerinde hastanın odasında gürültü azaltılmalıdır.

37

Deliryumun Önlenmesi Diğer Öneriler

- Deliryumu düzeltmekten ziyade şiddetinin artmasını engellemeye yönelik müdahalelerdir;
 - Optimal düzeyde çevresel uyarı sağlamak,
 - Hastanın kendisine/çevresine zarar vermesini engellemek

38

Deliryum

Altta yatan nedenlerin belirlenmesi ve tedavisi

- Deliryumun başarılı şekilde tedavi edilmesinde altta yatan neden ya da nedenlerin belirlenip düzeltilmesi esastır.
 - Hastanın hayatını tehdit eden bir durumun olup olmadığı araştırılır → gerekirse acil müdahale
 - Sebebi araştırmaya yönelik testlerin yapılmasının yanında hastanın vital bulguları, sıvı alımı ve çıkışı, oksijenizasyonu kontrol edilir.
 - Mevcut ilaç tedavisi gözden geçirilir.
 - Eğer deliryum ve demans ayrımı yapılamıyorsa ya da demansın gidişine deliryum eklenmişse önce deliryum tedavi edilir.

39

Deliryum

İlaç tedavileri - Antipsikotikler

- Deliryumun halüsinasyon, hezeyan, ajitasyon ve agresyon belirtilerini kontrolde en sık tercih edilen ilaçlar antipsikotiklerdir.
 - Mümkün olan en düşük dozda başlanıp yavaş titrasyonla etkin olan en düşük doza kadar çıkarılır.
 - Kısa süreli verilmelidir (<= 1 hafta)
 - ▶ Antipsikotikler belirtiler kontrol edildikten sonra 3-5 günde kesilir.
 - Parkinson Hastalığı veya Lewy Cisimcikli demansı olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.
 - Klorpromazin gibi antikolinerjik yan etkisi yüksek olan ilaçlardan kesinlikle kaçınılmalıdır.
 - Yeni çalışmalarda atipik antipsikotiklerden ketiapin ve amisülpiridin de deliryumda güvenli ve etkili olduğunu göstermiştir.
 - Daha çok olanzapin ve risperidon kullanılır.

40

Deliryum

İlaç tedavileri - Antipsikotikler (Haloperidol)

- Deliryumun farmakolojik tedavisinde daha çok haloperidol kullanılır.
 - Terapötik penceresi geniş
 - Daha az sedasyon yan etkisi
 - Antikolinerjik yan etkisi çok azdır
 - Başlangıç dozu: 0.5 mg PO, veya 1-2 mg IM, doz iki saatte bir tekrarlanabilir.
 - 1-10 mg/gün genelde yeterlidir. Yaşlı hastada 5 mg/gün'ün üzerine çıkılması nadiren gerekir
 - IV (yakın takiple) , oral, intramusküler verilebilir. IV verildiğinde daha az EPS

41

Deliryum

İlaç tedavileri - Benzodiazepinler

- Deliryum belirtilerini alevlendirebilir, var olan deliryumun derinleştirebilir, sedasyon, amnezi, ataksi ve solunum depresyonu yapabilirler.
 - Alkol, sedatif-hipnotiklerin yoksunluğuna bağlı deliryum dışında kullanılmaz.
 - Kullanılacaksa kısa etkili lorazepam kullanılmalıdır.
 - Hepatik yetmezliğe bağlı deliryumlarda haloperidol yerine lorazepam tercih edilmelidir.

42

Deliryum

Tedavi

- Diğer ilaçlar;
 - Antikolinerjiklerin neden olduğu deliryumda fizostigmin
 - Ağrının alevlendirici bir etki olduğu durumlarda morfin gibi opioidler yararlı olabilir.
- Elektrokonvülfiz Terapi (EKT)
 - İntravenöz yüksek doz haloperidol dahil tedavi seçeneklerinin başarısız olduğu durumlarda ajitasyonu olan hastalara EKT uygulanabilir.

43

Deliryum

Tedavi

- Eğer verilen tedavilere rağmen hastada düzelme görülmezse;
 - Altta yatan nedeni tekrar gözden geçirip araştırmak gerekir.
 - Muhtemel demans açısından değerlendirme yapılmalıdır.

44