

## Bölüm 4

# ERİŞKİN YOĞUN BAKIMDA DELİRYUM VE TEDAVİSİ

Hamit ÇELİK<sup>1</sup>  
Mesut ERBAŞ<sup>2</sup>

### TANIM

Deliryum ani başlayan, genel olarak bilişsel fonksiyonların bozulması, bilinç durumunda değişiklik, dikkat bozuklukları, artmış ya da azalmış psikomotor aktivite ve uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması ile karakterize, geçici organik mental bir durumdur (1,2).

Deliryum ciddi sonuçlara sebep olan bir hastalık tablosu olup mortalite ve morbidite oranlarını artırdığı ve hastanede kalış süresini uzattığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (3). Erkek cinsiyet, alkol kullanımı, dehidratasyon, çoklu ilaç kullanımı, ağrı nöroleptik ve narkotik ajanların kullanılması gibi faktörler deliryumu başlatabilir. Ağır hastalık durumu, başlangıçta kognitif fonksiyon bozukluğunun olması ve ileri yaş hastalık insidansını artıran en önemli faktörlerdir (4,5).

Deliryum akut başlangıçlı, dalgalanmalar gösteren kompleks bir nöropsikiyatrik sendrom olması nedeniyle hemen her türlü medikal durumda görülebilir. Deliryum hastaneye yatırılan hastaların yaklaşık %10-30'unda görülebilir. Yoğun bakım hastalarında izlenen mental durum değişiklikleri çoğunlukla deliryum tanısı ile sonuçlanmaktadır. Yoğun bakım hastalarının %80'ininde mental durumda ani bir değişiklik, dikkat yetersizliği, düzensiz düşünme ve bilinç seviyesinde değişiklik ile karakterize, bazen ajitasyonun da eşlik ettiği durumlarda deliryum gelişir (6-8).

### DELİRYUM TIPLERİ

Her ne kadar DSM IV kriterleri ile açıkça tanımlanmış olsa da deliryum özellikleri hastadan hastaya değişiklikler gösterir (9). Deliryum konfüzyonun yanı sıra hipoaktif, hiperaktif veya mikst tip olarak pek çok motor komponenti içerebilir. En kötü prognozlu olan hipoaktif deliryum sakin bir görünüm, dikkat yeter-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Özel Buhara Hastanesi, Erzurum, drhamitcelik@mynet.com

<sup>2</sup> Doç. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, drmesutcomu.edu.tr

dozlarda EKG’de QT uzamasına yol açabilir. Deliryum bir kez kontrol altına alındığında her 4-6 saatte bir olacak şekilde düzenli tedaviye bir kaç gün devam edilir takiben doz azaltılarak bir kaç gün içinde kesilir (29).

Sonuç olarak yoğun bakım ünitelerinde sık olarak görülen deliryumun ilaçla tedavisinden ziyade; etiyolojik faktörlere yönelik müdahalelerde bulunulmalıdır. Bu amaçla eğitilmiş ekip ile yoğun bakımlarda ağrı, ajitasyon ve deliryumu kontrol altına almaya yönelik rehberler ve çeşitli protokollerin kullanımı; mekanik ventilasyondaki hastalarda mümkün olan en düşük seviyede sedasyonun sağlanması ve sedasyona günlük olarak ara verilmesi; akşam verilen uyarıların en aza indirilip çevre koşullarının düzenlenerek hastanın uyku/uyanıklık döngüsünün desteklenmesi önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: Review of the literature. *J Clin Nurs* 2001;10:721-9.
2. Herling SF, Greve IE, Vasilevskis EE, Egerod I, Bekker Mortensen C, Møller AM, Svenningsen H, Thomsen T. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 23;11:CD009783. doi: 10.1002/14651858.CD009783.pub2.
3. Jovanović G, Jakovljević DK, Lukić-Šarkanović M. Enhanced Recovery in Surgical Intensive Care: A Review. *Front Med (Lausanne)*. 2018 Oct 4;5:256. doi: 10.3389/fmed.2018.00256. eCollection 2018.
4. Akıncı SB, Şahin A. Yoğun bakımda deliryum. *Yoğun Bakım Dergisi* 2005;5(1):26-35.
5. Bryczkowski SB, Lopriato MC, Yonclas PP, Sacca JJ, Mosenthal AC. Delirium prevention program in the surgical intensive care unit improved the outcomes of older adults. *J Surg Res*. 2014 Jul;190(1):280-8. doi: 10.1016/j.jss.2014.02.044. Epub 2014 Feb 28.
6. 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
7. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990;263:1097-101.
8. Dilek F ve ark. Yoğun Bakım Tedavisi Alan Yaşlı Hastalarda Sık Görülen Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2015;19(1)
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000
11. Khan BA, Perkins AJ, Campbell NL, Gao S, Farber MO, Wang S, Khan SH, Zarzaur BL, Boustani MA. Pharmacological Management of Delirium in the Intensive Care Unit: A Randomized Pragmatic Clinical Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2019 Jan 25. doi: 10.1111/jgs.15781.
12. Rudberg MA, Pompei P, Foreman MD, et al. The natural history of delirium in older hospitalized patients: a syndrome of heterogeneity. *Age Ageing* 1997;26:169-75
13. Engel GL, Romano J. Delirium: a syndrome of cerebral insufficiency. *J Chronic Disease* 1959;9:260-77.

14. Ely EW, Gautam S, Margolin R, et al. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001;27:1892-900.
15. Smith MJ, Breitbart WS, Meredith MP. A critique of instruments and methods to detect, diagnose, and rate delirium. *J Pain Symptom Manage* 1995;10:35-77.
16. Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Eng J Med* 1999;340:669-76.
17. Brummel NE, Girard TD. Preventing delirium in the intensive care unit. *Critical Care Clinics* 2013; 29: 51-65.
18. Özdemir L. Yoğun Bakım Hastasında Deliryumun Yönetimi ve Hemşirenin Sorumlulukları Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (2014) 90-98
19. Inouye SK, Bogardus ST, Williams CS, Leo-Summers L, Agostini JV. The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(28): 958-964
20. Tsuruta R, Fujita M. Comparison of clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in critically ill adult patients. *Acute Med Surg*. 2018 Apr 10;5(3):207-212. doi: 10.1002/ams2.337. eCollection 2018 Jul.
21. Truman B, Ely EW. Using the confusion assessment method for the intensive care unit. *Critical Care Nurse* 2003; 23(2): 25-37.
22. Dyson M. Intensive care unit psychosis, the therapeutic nurse-patient relationship and the influence of the intensive care setting: analyses of interrelating factors. *J Clin Nurs* 1999;8:284-90.
23. Oh ES, Fong TG, Hsieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA*. 2017 Sep 26;318(12):1161-1174
24. Rabins P, Folstein M. Delirium and dementia: Diagnostic criteria and fatality rates. *Br J Psychiatry* 1982; 140:149-153.
25. Juctic M. Does ICU psychosis really exist? *Critical Care Nurse* 2000; 20(3): 28-39.
26. Guo-hao X, Xiang-ming F. Importance of recognizing and managing delirium in intensive care unit. *Chinese Journal of Traumatology* 2009; 12(6): 370-374
27. Breitbart W, Marotta R, Platt M, et al. A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996;153:2317.
28. Tesar GE, Murray GB, Cassem Nh. Use of haloperidol for acute delirium in intensive care setting. *J Clin Psychopharmacol* 1985;5:3447.
29. Sharma ND, Rosman HS, Padhi D, et al. Torsades de pointes associated with intravenous haloperidol in critically ill patients. *Am J Cardiol* 1998;81:238-40.