

## BÖLÜM 29

# YOĞUN BAKIMDA DELİRYUM VE TEDAVİSİ

Şenay YILDIZ BOZDOĞAN<sup>1</sup>

Deliryum, genellikle saatler veya günler içinde gelişen, kognitif bozukluklarla birlikte dikkat, uyku-uyanıklık siklusu ve psikomotor davranış bozukluklarına neden olan organik beyin bozukluğudur. Akut beyin sendromu, organik beyin yetmezliği ya da toksik metabolik ensefalopati olarak da adlandırılmıştır. Hastanelerde yatan hastalarda en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik bozukluklardanır. Mortalite, morbiditeyi, tedavi masraflarını, hastanede yatış süresini ve kognitif fonksiyonlardaki bozuklukları artıran, acil müdahale edilmesi gereken bir tablodur. 65 yaş üstünde hastanelere başvuran hastaların yaklaşık %50'sini etkileyen, ciddi ve ölümcül olabilen bir tablodur (1).

Hastanede yatan yetişkinlerin yaklaşık %30'unda görülür (2). Yoğun bakım ünitelerinde deliryum prevalansı servis hastalarına oranla daha yüksek bulunmuştur ve %20 ile %80 arasında değişebilir (3). Deliryum insidansı çalışmadan çalışmaya büyük farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni yoğun bakım hastalarında farklı demografik özellikler, yoğun bakımların kendilerine ait özellikleri ve farklı deliryum tarama testlerinin kullanılmasıdır. Yoğun bakımlardaki yüksek prevalansına rağmen deliryum

sıklıkla klinisyenler tarafından atlanabilmekte ya da demans ve depresyon gibi diğer tanılarla karışabilmektedir (4). Yapılan çalışmalarda yoğun bakımda mekanik ventilatörde takip edilen hastalarda mekanik ventilatörde takip edilmeyenlere göre %20 ile %50 oranında daha fazla deliryum oranı görüldüğü gösterilmiştir (5). Postoperatif hastalarda ise deliryum insidansı %13 ile %50 oranında değişmektedir. Elektif cerrahi geçirecek 60 yaş üstü hastalarda yapılan bir metaanalizde postoperatif deliryumun yaklaşık %19 olduğu gösterilmiştir (6).

Deliryumun patofizyolojik temeli halen net olarak anlaşılamamıştır. Deliryum patofizyolojisinde kolinerjik ve dopaminerjik sistemlerin sadece birbirleriyle değil sendromun ortaya çıkışında diğer önemli nörotransmitter sistemleride etkilediği vurgulanmaktadır. Deliryum ile ilişkili en sık tanımlanan nörotransmitter değişiklikleri; asetilkolin salınımında azalma ve dopamin, norepinefrin ve glutasyon (primer ekstatör nörotransmitter) salınımlarında artıştır. Etyolojik faktörlere bağlı olarak serotonin, histamin ve gamma aminobutirik asitte (GABA) artış ya da azalış görülebilir (7-8).

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, senaayildiz@hotmail.com

versiyon uygulanmalıdır. Koroner yoğun bakımda yapılan bir çalışmada düşük doz haloperidol ve ketiyapin kullanımının mortalite ve QT mesafesi üzerine olumsuz etkisinin olmadığı gösterilmiştir (28). Haloperidolün diğer yan etkileri ekstrapiramidal semptomlar (orak diskinezi, esansiyel tremor, distoni, kas rijiditesi, akatizi) ve nöroleptik malign sendrom (hipertermi, kas rijiditesi, otonomik disfonksiyon ve şuur bozuklukları) görülebilir (29). Parenteral haloperidol uygulaması, enteral olarak verileden daha az ekstrapiramidal yan etkiye neden olur.

Yeterli klinik tecrübenin olmaması yeni antipsikotiklerden risperidon, klozapin, olanzapin, ketiapin, ziprasidon ve aripiprazol'ün deliryum tedavisinde kullanımını sınırlamaktadır. Yeni antipsikotiklerin inme riskini arttırmaları nedeniyle özellikle Alzheimer hastalarında kullanımı önerilmemektedir (30). Travmatik beyin hasarı diffüz aksonal yaralanmaya bağlı gelişmektedir. Diffüz aksonal yaralanma dopamin turnoverında azalma ile ilişkilidir. Bu nedenle travmatik beyin hasarı olan hastalara güçlü dopamin antagonisti (haloperidol) verilmesi beyin hasarını arttırabilir. Bu hastalarda olanzapin tercih edilebilir.

Son dönemde deliryum tedavisinden çok sistematik tarama ve önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda daha önce tanımlanan risk etkenlerinin tanınması ve denetlenmesi amaçlanmaktadır (31).

Sonuç olarak deliryumun önlenmesi ve tedavisinde tek bir öneri yoktur. Yoğun bakımda hastalarında deliryumun önlenmesinde en etkili yöntem erken uyandırma ve solunum koordinasyonu, deliryum riski düşük olan sedatif ajanların kullanımı, deliryumun takibi ve yönetimi ve erken mobilizasyon uygulamalarının birlikte yapılmasıdır. Ayrıca yoğun bakım ünitesinde ağrı, ajitasyon ve deliryum birlikte değerlendirilmeli ve kontrol altına alınmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet*. 2014;383:911-22.
2. Page V, Ely EW. Delirium in Critical Care. Alain Vuylsteke (Ed.) in *Core Critical Care*. University Press, Cambridge, UK. 2011;2:18-19.
3. Ely EW, Inouye SK, Bernard GR et al. Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Jama*. 2001;286:2703-10.
4. Ely EW, Stephens RK, Jackson JC et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 healthcare professionals. *Critical care medicine*. 2004;32:106-12.
5. Salluh JI, Soares M, Teles JM, Ceraso D, Raimondi N, Nava VS, et al. Delirium epidemiology in critical care (DECCA): An international study. *Crit Care*. 2010;14:210.
6. Watt J, Tricco AC, Talbot-Hamon C et al. Identifying older adults at risk of delirium following elective surgery: a systematic review and meta-analysis. *Journal of general internal medicine*. 2018;33:500-509.
7. Maldonado JR. Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic theories and common pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013;21:1190-1222.
8. Veiga FF, Cruz AJ. Delirium: etiology and pathophysiology. *Revista espanola de geriatria y gerontologia*. 2008;43:4-12.
9. Fox MD, Snyder AZ, Vincent JL, Corbetta M, Van Essen DC, Raichle ME. The human brain is intrinsically organized into dynamic, anticorrelated functional networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2005;102:9673-9678.
10. Choi S-H, Lee H, Chung T-S et al. Neural network functional connectivity during and after an episode of delirium. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169:498-507.
11. 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.

12. Maldonado JR. Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *International journal of geriatric psychiatry*. 2018;33:1428-1457.
13. Dubois M-J, Bergeron N, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive care medicine*. 2001;27:1297-1304.
14. Fan Y, Guo Y, Li Q, Zhu X. A review: nursing of intensive care unit delirium. *J Neurosci Nurs*. 2012; 44(6):307-16.
15. Rummans TA, Evans JM, Krahn LE, Fleming KC. Delirium in elderly patients: evaluation and management. *Mayo Clinic Practice*. 1995;70:989-98.
16. Rudberg MA, Pompei P, Foreman MD, Ross RE, Cassel CK. The natural history of delirium in older hospitalised patients: a syndrome of heterogeneity. *Age Ageing*. 1997;26:169-74.
17. Justic M. Does "ICU psychosis" really exist? *Critical Care Nurse*. 2000;20:28-37.
18. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 5. Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013;298.
19. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*. 1990;113(12):941-8.
20. Bergeron N, Dubois MJ, Dumont M, Dial S, Skrobik Y. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med*. 2001;27(5):859-64.
21. 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;153:231-7.
22. Schuurmans MJ, Duursma SA, Shortridge-Baggett LM. Early recognition of delirium: Review of the literature. *J Clin Nurs*. 2001;10:721.
23. 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.
24. Page V, Ely EW. Delirium in Critical Care. Alain Vuylsteke (Ed.) in *Core Critical Care*. University Press, Cambridge, UK. 2011;9:155-170.
25. Tesar GE, Murray GB, Cassem Nh. Use of haloperidol for acute delirium in intensive care setting. *J Clin Psychopharmacol*. 1985;5:344-7.
26. Tesar GE, Stern TA. Rapid tranquilization of the agitated intensive care unit patient. *J Intensive Care Med*. 1988;3:195-201.
27. 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.
28. Naksuk N, Thongprayoon C, Park JY, Sharma S, Gaba P, Rosenbaum AN et al. Asirvatham SJ. Editor's Choice-Clinical impact of delirium and antipsychotic therapy: 10-year experience from a referral coronary care unit. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2017;6:560-68.
29. Brunelle J, Guigueno S, Gouin P, et al. Aripiprazole and neuroleptic malignant syndrome. *Clin Psychopharmacol*. 2007;27:212-4.
30. Young J, Inouye SK. Delirium in older people. *BMJ*. 2007;334(7598):842-6.
31. Leentjens AF, van der Mast RC. Delirium in elderly people: an update. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18(3):325-30.