

Deliryum tanısıyla takip edilen hastaların izlem sonuçları

Mehmet Kemal KUŞÇU,¹ Volkan TOPÇUOĞLU,¹ Özlem ALTUNEL,² Yasin BEZ²

ÖZET

Amaç: Erken tanı ve tedavisi önemli olan deliryum, hekimlerin tanı koymakta zorlandıkları bir klinik tablo olarak da bilinmektedir. Çalışmamızda deliryum tanısı konmuş olan hastaların takip ve tedavi süreçleri içerisindeki özelliklerin belirlenmesi ve literatür bilgileri ışığında deliryum hastalarıyla ilgili ileriye yönelik bir takip programının önceliklerinin oluşturulması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Ocak 2003-Ekim 2003 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Birimi'ne ulaşan 344 konsültasyon isteği retrospektif olarak değerlendirildi ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre deliryum tanısı konmuş olan 38 olgu incelendi. **Sonuçlar:** Deliryum hastalarının ortalama olarak günde 6.69 ilaç kullandığı ve kişi başına ortalama neden sayısının 2.87 olduğu saptandı. Hastaların %86.20'si kardiyovasküler ilaçlar, %72.41'i GİS ilaçları kullanmaktaydı. Deliryuma neden olarak en sık sistemik nedenler saptanırken, postoperatif durumlar bu nedenlerin içinde ilk sıradaydı. Hastaların büyük bir çoğunluğu (%80.45) hiperaktif deliryum olarak değerlendirilirken, %56'sında uyku azalması, %52.9'unda da varsanılar saptandı. Tedavide tek başına en çok tercih edilen ilaç haloperidol (%27.78) ve ketiyapin (%27.78) iken bunları risperidon (%5.56) takip etmekteydi. İdame tedavisinde en çok ketiyapin tercih edilmekteydi. **Tartışma:** Deliryum hastalarında kişi başına düşen ortalama ilaç sayısının literatüre göre yüksek olması göze çarpıcıdır. Kişi başına düşen deliryum oluşturabilecek ortalama neden yüksekliği, tek bir hastayı birden fazla birimin takip etmesi ve birbiriyle ilişkili olabilecek patolojilerin ayrı ayrı kaydedilmesiyle açıklanabilir. Olası etiyolojik etken olarak en sık postoperatif durumların saptanması, yaşlı hastalar için cerrahi girişimin hastalığın gelişimine zemin hazırlaması ile açıklanabilir. Hiperaktif deliryum oranının literatüre göre çok yüksek oranda bulunması, hiperaktif olmayan deliryumlu hastaların daha az tanındığını ve bu hastalar için daha az psikiyatri konsültasyonu istendiğini akla getirebilir. Bulgularımız deliryum hastalarında varsanıların uyku bozukluklarıyla paralel gittiği görüşünü desteklemektedir. Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde atipik antipsikotiklerin kullanımındaki artış hasta grubumuzda da ortaya konmuştur. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5:16-21)

Anahtar sözcükler: deliryum, hiperaktif deliryum, atipik antipsikotikler

Clinical presentations and follow up outcomes of the delirium patients

ABSTRACT

Objective: Early diagnosis and management of delirium has long been a research area of great significance in clinical practice. Despite the commonality of the phenomenon, clinicians are having difficulties in establishing the diagnosis. The purpose of this study was to determine the clinical presentations of delirium referrals and their follow up in hospital setting. **Methods:** 344 consultation referrals to the Consultation and Liaison Psychiatry Unit of the Department of

¹Yrd.Doç.Dr., ² Arş.Gör.Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İSTANBUL

Yazışma adresi: Dr. Mehmet Kemal KUŞÇU, Tophanelioğlu Cad. No:13/18 34034 Altunizade/İSTANBUL

E-posta: mkkuscu@marmara.edu.tr

Psychiatry, University of Marmara Medical School, between January 2003 and October 2003 has been reviewed retrospectively. Thirty-eight patients who met the DSM-IV criteria for delirium entered the study. Results: The average daily drug usage and average number of etiologies among the delirium patients was 6.69 and 2.87 respectively. Of the patients 86.2% were using cardiovascular drugs while 72.41% were using drugs acting primarily on gastrointestinal system. Most common etiologies responsible for delirium were systemic causes and being in a postoperative state. The majority of patients presented as hyperactive delirium (80.45%). While 56% of the patients reported a reduced total amount of sleep, 52.9% described delusions. Haloperidol (27.78%) and quetiapine (27.78%) were the most preferred drugs for monotherapy while risperidone was the second most. Majority of patients were held on the quetiapine treatment for their maintenance treatment. Conclusion: It is striking that the average daily drug use of delirium patients is higher in our patient population than the literature. Since the management of a delirious patient is a multidisciplinary approach, related pathologies may be named distinctly by each discipline and this may be an explanation to high average number of etiologies in our patient population. Although surgical interventions are the most probable etiologies they can be a predisposing factor for older patients to develop a delirium state. The relatively high ratio of hyperactive delirium patients appears to be a result of the difference in the rates of reporting for hyperactive and non-hyperactive delirium states. A lesser need for a psychiatry consultation for the non-hyperactive group might be another explanation. The present study supports the idea that delusions and sleep disturbances are concordant in the delirium patients. (Anatolian Journal of Psychiatry 2004; 5:16-21)

Key words: delirium, hyperactive delirium, atypical antipsychotics

GİRİŞ VE AMAÇ

Deliryum (Organik Beyin Sendromu), "öncesinde var olan demansla daha iyi açıklanamayan, birkaç gün ya da saat gibi kısa bir süre içerisinde gelişip gün içerisinde dalgalanmalarla seyreden, dikkatle ilişkili yetilerde azalma ve algı bozukluğu ya da bilişsel değişikliklerle giden bir bilinç değişikliği" olarak tanımlanmaktadır.¹ Dikkatle ilişkili yetilerde azalma, kişinin dikkatinin bir nokta üzerinde odaklanamaması, devam ettirilememesi ve uygun bir biçimde kaydırılamaması çevresinde olup bitenin farkındalık düzeyinde bir azalmayla sonuçlanır. Algı bozukluğu, yanlış yorumlamaları, yanılsamaları ya da varsanıları içerir ve çoğunlukla görsel nitelikte olmakla birlikte diğer duyu alanlarını da kapsayabilir.¹⁻³ Bilişsel bozukluklar ise bellek, yönelim ve dil yetileriyle ilgili süreçlerde ortaya çıkar: Bellek bozukluğu daha çok yakın bellek kusuru, yönelim bozukluğu daha çok zaman ve yere yönelik, dil bozukluğu ise sıklıkla nesnelere adlandırma ve yazma yetisinde bozukluk olarak görülür.¹ DSM-IV içerisinde deliryum; "genel tıbbi duruma bağlı deliryum, madde entoksikasyonu deliryumu, madde yoksunluğu deliryumu, çoğul etiyojolojiye bağlı deliryum ve başka türlü adlandırılmayan deliryum" olarak sınıflandırılmıştır.

Tanı ölçütleri arasında yer almamakla birlikte eşlik eden uyku/uyanıklık döngüsünde değişiklikleri, psikomotor davranış değişiklikleri, yargı bozuklukları ve duygusal bozukluklar (korku, depresyon, irritabilite, öfke, öfori, apati gibi) oldukça yaygındır.¹ Benzeri psikomotor davranış değişiklikleri bir

başka deliryum sınıflamasına daha zemin oluşturur: Psikomotor etkinliğin belirgin olarak azaldığı hipoaktif deliryum %25, belirgin olarak arttığı hiperaktif deliryum %25, gün içerisinde belirgin artış ve azalmalarla seyreden karışık deliryum %35 ve psikomotor etkinlikte belirgin bir değişikliğin gözlenmediği normoaktif deliryum %10 oranında görülür.⁴

Deliryum farklı nedenlerle hastane yatışı sırasında görülen önemli bir sağlık sorunudur. Atmış beş yaşın üzerinde %10-15 sıklıkta görülen deliryum, tıbbi hastalığı olanların %10-30'unda, yatmakta olan yaşlıların %10-40'ında, kanser hastalarının %25'inde, AIDS hastalarının %30-40'ında, postoperatif hastaların %51'inde ve terminal hastalığı olanların %80'inde görülen, prevalansı oldukça yüksek bir klinik tablodur.⁵ Genel tıbbi duruma bağlı nedenler arasında merkezi sinir sistemi (MSS) patolojileri, metabolik nedenler, kardiyopulmoner patolojiler ve sistemik nedenler yer alırken; madde yoksunluğu ya da entoksikasyonundan sorumlu ajanlar kötüye kullanılan maddeler, ilaçlar ya da toksinlerdir.^{5,9-15} En sık cerrahi nedenler olarak kardiyak cerrahi, kalça cerrahisi ve yanıklar; en sık dahili nedenler olarak diyaliz, MSS lezyonları ve çoklu ilaç kullanımı gösterilmiştir.^{5,16} İleri yaş, eşlik eden demans tablosu, erkek cinsiyet, günlük işlevselliğin azalmış olması, alkol kötüye kullanım öyküsü, duysal kayıplar ve bakım hastası olmak deliryum tablosu için hem kolaylaştırıcı nedenler, hem de olumsuz prognoz göstergeleri olarak gösterilmiştir.^{16,17}

Çalışmamızın amacı deliryum tanısı konmuş olan hastaların takip ve tedavi süreçleri içerisindeki özelliklerin belirlenmesi ve literatür bilgileri ışığında deliryum hastalarıyla ilgili ileriye yönelik bir takip programının önceliklerinin oluşturulmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ocak 2003-Ekim 2003 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon-Liyazon Birimi'ne ulaşan 344 konsültasyon isteği retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Genel konsültasyon değerlendirmesi içerisinde deliryum tanısı konan 38 olgu demografik özellikler, tedavi görmekte oldukları servis, olası deliryum etiyolojileri, ruhsal durum muayeneleri ve önerilen farmakolojik tedavileri açısından incelenmiştir.

SONUÇLAR

Ocak 2003 ve Ekim 2003 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 38 olgunun %42.1'i (n=16) kadın, %57.9'u (n=22) erkek hastalardan oluşmaktaydı. Bunların yaş dağılımı 30-92 arasında sıralanırken, yaş ortalaması 69.57 olarak saptandı. Konsültasyon isteklerinin %36.8'i (n=14) cerrahi servislerden, %28.9'u (n=11) dahili servislerden, %18.4'ü (n=7) özel servisten, %7.9'u (n=3) dahili yoğun bakım ünitesinden, %5.3'ü (n=2) koroner yoğun bakım ünitesinden, %2.6'sı (n=1) acil servisten yapılmıştı (Tablo 1).

Tablo 1. Deliryum hastalarının yattıkları servislere göre dağılımı

Servisler	Sayı	%
Cerrahi servisler	14	36.8
Dahili servisler	11	28.9
Özel servis	7	18.4
Dahili yoğun bakım ünitesi	3	7.9
Koroner yoğun bakım ünitesi	2	5.3
Acil servis	1	2.6
Cerrahi yoğun bakım ünitesi	0	0

Yattıkları dönemde kullanmakta oldukları ilaç sayısı açısından incelendiklerinde hastaların en az 1, en çok 18 adet ilaç kullandıkları saptandı. En sık olarak 6 adet ilaç kullanan 8 kişi ve 5 adet ilaç kullanan 7 kişi olduğu gözlemlenirken, her bir hastanın ortalama 6.69 adet ilaç kullandığı saptandı. Bunların %27.58'inde opioid analjezik, %34.48'inde diğer analjezikler, %20.69'unda antiastım ilaçlar, %3.45'inde antikonvülzanlar, %86.20'sinde kardiyovasküler ilaçlar, %27.59'unda antibiyotikler, %72.41'inde GIS ilaçları kullanılmaktaydı (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların tedavi protokolünde yer alan ilaçlar

İlaç grupları	%
Kardiyovasküler ilaçlar	86.20
GIS ilaçları	72.41
Analjezikler	34.48
Antibiyotikler	27.58
Opioid analjezikler	27.58
Antiastım ilaçlar	20.69
Antikonvülzanlar	3.45

Hastalar deliryuma neden olabilecek genel tıbbi durumlar açısından incelendiğinde, 38 hastanın %18.4'ünde MSS'yle ilgili nedenler, %50'sinde metabolik nedenler, %36.8'inde kardiyopulmoner patolojiler, %74.1'inde sistemik nedenler saptanmıştır. MSS'yle ilgili nedenleri %2.16'yla kafa travmaları, %15.8'le vasküler hastalıklar oluşturmaktadır. Metabolik nedenler arasında böbrek yetersizliği (%5.26), karaciğer yetmezliği (%7.89), anemi (%36.84), hipoksi (%10.53), endokrin bozukluklar (%15.79), ve sıvı-elektrolit dengesizlikleri (%10.53) saptanmıştır. Kardiyopulmoner patolojiler saptanan hastalarda miyokard enfarktüsü (%10.53), solunum yetersizliği (%13.16), konjestif kalp yetersizliği (%23.68) ve aritmiler (%18.42) bulunmaktadır. Sistemik nedenler arasında ise, enfeksiyon (%18.42), neoplazi (%36.84), duysal

güçlükler (işitme güçlüğü) (%5.26), postoperatif durumlar (%44.74) ve ağır travmalar (%15.79) gözlenmiştir (Tablo 3). Genel tıbbi durumlar açısından hastaların yalnız %13.16'sında (n=5) bir neden saptanırken, kalan 33 kişide ortalama 3.15 neden saptandı, toplam olarak (38 hastada) kişi başına ortalama 2.87 neden düştüğü saptandı. Hastaların %28.95'inde hastaneye yatış öncesinde unutkanlık belirtileri tanımlanırken %7.89'unda deliryum etiyojisiyle doğrudan ilişkili kurulanmayan alkol kötüye kullanım öyküsü saptanmıştır.

Tablo 3. Deliryum etiyojisindeki olası tıbbi nedenlerin sıklıkları

Tıbbi nedenler	%
<i>MSS'yle ilgili nedenler</i>	<i>18.4</i>
vasküler hastalıklar	15.8
kafa travmaları	2.16
<i>Metabolik nedenler</i>	<i>50</i>
anemi	36.84
endokrin bozukluklar	15.79
sıvı-elektrolit dengesizlikleri	10.53
hipoksi	10.53
karaciğer yetmezliği	7.89
böbrek yetersizliği	5.26
<i>Kardiyopulmoner patolojiler</i>	<i>36.8</i>
konjestif kalp yetersizliği	23.68
aritmler	18.42
solunum yetersizliği	13.16
miyokard enfarktüsü	10.53
<i>Sistemik nedenler</i>	<i>74.1</i>
postoperatif durumlar	44.74
neoplazi	36.84
enfeksiyon	18.42
ağır travma	15.79
işitme güçlüğü	5.26

Deliryum tablosunun psikomotor etkinlik açısından klinik tipine bakıldığında hastaların %80.45'inin hiperaktif, %16.12'sinin hipoaktif, %3.23'ünün normoaktif deliryum tablosu içerisinde oldukları saptandı. Uyku düzeni açısından hastaların %56'sının uykusunda azalma, %16'sının uykusunda artış gözlenirken, %28'inde normal uyku düzeni saptandı. Varsanılar değerlendirildiğinde hastaların %52.9'unda varsanı saptanırken, %23.5'inde algı bozukluğu tanımlanamamıştır, %23.5'inde ise algı bozukluğu değerlendirilememiştir. Düşünce bozukluğu hastaların %26.9'unda saptanmış, %34.6'sında saptanamamış; %38.5 hastada ise değerlendirilememiştir.

Olguların %5.56'sında tedavide tek başına risperidon kullanıldığı, %27.78'inde tek başına ketiyapın kullanıldığı, %27.78'inde tek başına haloperidol kullanıldığı, %22.22'sinin haloperidol sonrası ketiyapınle sürdürme tedavisinin yapıldığı, %2.78'inin haloperidol sonrası risperidonla sürdürme tedavisinin yapıldığı ve farmakolojik öneri yapılmayan ve farklı klinik müdahaleler eşliğinde takip edilenlerin %13.89 oranında olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamız demografik veriler açısından incelendiğinde deliryum tanısının daha çok erkeklerde (%57.9) ve yaşlı nüfusta (ortalama yaş 69.57) konulması literatürle uyumlu olarak bulunmuştur. Konsültasyon istenen servisler sıklık açısından incelendiğinde cerrahi servisler birinci sırada yer almaktadır. Konsültasyon istenen cerrahi birimler daha çok üroloji, nöroşirurji, göğüs cerrahisi ve ortopedi gibi genel cerrahi dışı cerrahi dallarından oluşurken; genel cerrahi olguları tüm cerrahi olgularının %21.43'ünü oluşturmaktadır. Buna karşılık cerrahi yoğun bakım ünitesinden bir tek konsültasyon isteği bile bulunmamaktadır. Bu durum genel cerrahi dışı cerrahi dalların yoğun bakım ünitesini daha az kullanmaları bu nedenle bu birimlerde deliryum olgularına daha sık rastlanmasıyla açıklanabilir. Ayrıca Aldemir ve arkadaşlarının¹⁸ tüm cerrahi yoğun bakım olgularını değerlendiren çalışmalarında %11 oranında deliryum olgusunun saptanması, kurumumuz cerrahi yoğun bakım ünitesinde olası hipoaktif deliryum olguları için konsültasyon isteğinde bulunulmamasıyla açıklanabilir.

Deliryum tanısı konan hastalarda ilaç kullanımları açısından kişi başına düşen ilaç sayısının 6.69 gibi oldukça yüksek bir rakam olduğu ve bu ilaçlar arasında da kardiyovasküler ilaçların (%86.20), GİS ilaçlarının (%72.41) ve analjeziklerin (opioid ve diğer analjeziklerin toplam oranı %62.6) başı çektiği gözlemlendi. Yapılan çalışmalarda ilaçların olguların %40'ında pay sahibi olduğu ve özellikle üç ilahtan fazla kullanımın riski artırdığı saptanmıştır.¹⁶ Çoğul ilaç kullanımının özellikle ileri yaşta ki risk alanlarından birini de deliryum zeminine yaptığı katkı oluşturmaktadır. İlaç kullanımında tek tek etki yanında toplam antikolinergik etki göz önünde bulundurulmalıdır.

Genel tıbbi duruma bağlı nedenler açısından MSS ile ilgili nedenler arasında vasküler hastalıkların (%15.8), metabolik nedenler arasında anemilerin (%36.8), kardiyopulmoner nedenler arasında konjestif kalp yetmezliklerinin (%23.68), sistemik nedenler arasında ise postoperatif durumların önde gelen nedenler olduğu gözlemlendi. Bütün olarak bakıldığında, olası etiyolojik etkenler arasında birinci sırada postoperatif durumların, ikinci sırada neoplazi ve anemilerin, üçüncü sırada ise konjestif kalp yetersizliğinin bulunduğu saptandı. Hasta grubumuzun çoğunluğunu oluşturan yaşlı hastalar için cerrahi girişim sonrası dönem deliryum gelişimi açısından zemin hazırlamıştır. Genel tıbbi durumlar açısından hastaların yalnız %13.6'sında (n=5) tek neden saptanırken, kalan 33 kişide ortalama 3.15 neden saptandı, toplam olarak (38 hastada) kişi başına 2.87 neden düştüğü saptandı. Bu sıklıkların hesaplanmasında ilaç kullanımı katılmamasına rağmen literatür ortalamasına (%56'sında tek neden, %44'ünde 2.8 neden) göre yüksek oldukları gözlemlendi. Yapılan çalışmalarda neden saptanabilen hastaların %56'sında tek neden, %44'ünde ortalama 2.8 neden saptanmıştır, hiçbir nedenin saptanamadığı olgular %13 oranında görülmektedir.⁵ Deliryum etiyolojisinde ortalama kişi başına düşen neden sayısı açısından literatüre göre yüksek bulduğumuz değerler, tek bir hastayı birden fazla birimin aynı anda izlemesi ve birbiriyle ilişkili olabilecek patolojilerin ayrı ayrı kaydedilmesiyle açıklanabilir. Öte yandan DSM-IV'te "çoğul etiyolojiye bağlı deliryum" bir alt kategori olarak tanımlanmıştır. Çalışmamızın sonuçları bu alt tanı kategorisinin kullanımını öne çıkarmıştır.

Literatürde hipoaktif deliryum için %25, hiperaktif deliryum için %25, karışık deliryumlar %35 ve

normoaktif deliryum için %10 sıklık verilmesine karşın, bizim çalışmamızda olguların ağırlıklı olarak hiperaktif deliryum tablosu çıkması hipoaktif/normoaktif deliryum olgularının daha çok gözden kaçabilmesi, ya da bu olgularda daha çok nöroloji konsültasyonunun istenmesiyle açıklanabilir. Literatürde Borataş'ın¹⁹ da dile getirdiği gibi deliryum, konfüzyon, bilinç bulanıklığı terimlerinin en azından psikiyatri dışı hekimlerce tam çözülememiş olması bu doğrultudaki bir konsültasyon tercihinin açıklayabilir. Bir diğer açıklama da psikiyatri konsültasyon notlarına daha çok hiperaktif tabloların kaydedilmesi olabilir. Farmakolojik tedavi önerilmeyen %13.89 oranındaki hasta grubu %16.2 oranındaki hipoaktif deliryum grubuyla örtüşmektedir. Antipsikotik ilaç kullanımına klinisyen tarafından gerek duyulmadığında, psikiyatri konsültasyonu istenmeksizin de hastanın takibine devam edilebilmektedir.

Buna karşın uyku düzeni açısından hastalara bakıldığında, hastaların %56'sının uykusunda azalma, %16'sının uykusunda artış gözlenmiş ve %28'inde normal uyku düzeni saptanmıştır. Hastaların %52.9'unda varsanı saptanmış olması, varsanılıların uyku bozukluklarıyla paralel gittiği görüşüyle uyumludur. Buna karşılık düşünce bozuklukları %38.5 oranında belirlenmiştir. Deliryum olgularında uyku bozukluklarının %54, algı bozuklukları ve düşünce bozukluklarının %23 oranında belirlendiği dikkate alındığında, bizim çalışmamızın bulguları daha yüksek sıklık ortaya koymuştur.

Çalışmamızın bir diğer sonucu da, günümüzde psikiyatrik bozuklukların tedavisinde atipik anti-psişikotiklerin artan kullanımı ile paralel olarak hasta grubumuzda bu ilaçların tercih edildiğinin ortaya konmasıdır. Deliryumun klinik zemininde farmakolojik girişimler açısından haloperidol en fazla çalışılmış ajandır. Droperidol ya tek başına, ya da haloperidolle birlikte etkinliği gösterilmiş bir başka ajandır. Diğer tipik anti-psişikotiklerin yan etkileri nedeniyle deliryumu daha komplike hale getirebileceği bilinmektedir.^{5,20} Atipik anti-psişikotiklerle ileriye dönük geniş çalışmalar bulunmamasıyla birlikte, risperidon, ketiyapin ve olanzapinin klinik uygulamalarda giderek daha sık kullanıldığı gözlenmektedir.^{19,21-24} Deliryum hastaları ve özellikle yaşlı hastalar tipik anti-psişikotiklerin ekstrapiramidal yan etkilerine oldukça duyarlıdır. Çalışmamız klinisyenlerin bu durumu göz önüne aldıklarını ortaya koymaktadır. Hasta grubumuzda

deliryum tremens olguları bulunmamaktadır, deliryum tremens dışı olgularda benzodiyazepin grubu ilaçların hiç kullanılmamış olması dikkat çekicidir. Uyanıklık düzeyini düşürdüklerinden, özellikle uzun etkili benzodiyazepinlerden kaçınılması gerektiği literatürde vurgulanmaktadır. Bu nokta klinisyenlerin seçimlerini etkilemiş olabilir.

Hastanemizde deliryum nedeniyle konsültasyon istenen hasta sayısının beklenenin daha altında olduğu gözlenmiştir. Prevalansın bu kadar yüksek olmasına karşın, deliryum tanısı konmayan çok sayıda hasta olduğu düşünülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da hastaların %32-67'sine tanı konmadığı belirlenmiştir.⁶ Sonuç olarak deliryumla ilgili yapılacak çalışmalara ve hizmet içi eğitime

büyük gereksinim olduğu göze çarpmaktadır. Bu amaçla çalışmamız paralelinde hastanemizde çalışan hekimler arasında Deliryum (Organik Beyin Sendromu) tanısına yönelik olarak tutum ve bilgileri gözden geçiren bir anket çalışması yapılmıştır. Her iki çalışmanın ışığında kliniğimizde bir "Deliryum Tanı ve Takip Programı" oluşturulmuştur. Bu programın temel amacı, erken deliryum tanısı ve tedavisinin sağlanarak yüksek morbidite ve mortalite risklerinin ve hastane maliyetlerinin en aza indirilmesidir. Deliryum tablosuna yönelik özelliklerin daha farklı klinik zeminlerde belirlenmesi, aynı kliniklerde uygulanacak takip programları için uygun modellerin oluşturulmasına olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dördüncü baskı, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
2. Fleming S: *Remembering delirium*. *Br J Psychiatry* 2002; 180:4-5.
3. Cramer JL: *Subjective experience of a confusional state*. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 71-75.
4. Samuels SC, Evers M: *Delirium, pragmatic guidance for managing a common, confounding, and sometimes lethal condition*. *Geriatrics* 2002; 57:33-38.
5. American Psychiatric Association: *Practice guideline for the treatment of patients with delirium*. *Am J Psychiatry* 1999; 156(Suppl 5):1-20.
6. Roemer SR, Fann J, Syrjala K: *The importance of recognizing and measuring delirium*. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13:125-127.
7. Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, Smith MJ, Cohen K, Passik S: *The Memorial Delirium Assessment Scale*. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13:128-135.
8. Tremblay A, Breitbart W: *Psychiatric dimensions of palliative care*. *Neurol Clin* 2001; 19:949-967.
9. Mayer SA, Chong JY, Ridgway E, Min KC, Commichau C, Bernardini GL: *Delirium from nicotine withdrawal in Neuro-ICU patients*. *Neurology* 2001; 57:551-553.
10. Hardy J: *Sedation in terminally ill patients*. *Lancet* 2000; 356:1866-1867.
11. Barry J, Franklin K: *Amiodarone-induced delirium*. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1119.
12. Chen B, Cardasis W: *Delirium induced by lithium and risperidone combination*. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1233.
13. King DB: *Parkinson's Disease-levodopa complications*. *Can J Neurol Sci* 1999; 26(Suppl.2):13-20.
14. Robinson MJ: *Probable Lewy Body Dementia presenting as "Delirium"*. *Psychosomatics* 2002; 43:84-86.
15. Huntimer C, Bean D: *Delirium after ingestion of mentholatum*. *Am J Psychiatry* 2000; 157:483.
16. Maher S, Almedis OP: *Delirium in the elderly*. *Curr Ther* 2002 43:39-45.
17. Türkcan A: *Deliryum*. *Psikiyatri Dünyası* 2001, 5:15-23.
18. Aldemir M, Yağmur Y, Özen Ş, Taçyıldız İ: *Cerrahi yoğun bakım ünitesinde deliryum ve mortalite*. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1999; 13:179-183.
19. Boratav C: *Deliryum, bilinç bulanıklığı ve konfüzyon*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5:187-192.
20. Breitbart W, Marotta R, Platt MM, Weisman H, Derevenco M, Grau C et al: *A double-blind trial of [aloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients*. *Am J Psychiatry* 1996; 153:231-237.
21. Adityanjee, Schulz SC: *Clinical use of quetiapine in disease states other than schizophrenia*. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(suppl 13):32-38.
22. Torres R, Mittal D, Kennedy R: *Use of quetiapine in delirium*. *Psychosomatics* 2001; 42:347-349.
23. Tauscher J, Tauscher-Wisniewski S, Kasper S: *Treatment of patients with delirium*. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1711.
24. Maany I, Ilvicky HJ, Friedberger M: *Persistent delirium tremens*. *Am J Psychiatry* 1999; 156:496.