

## دلیریوم در بیماران بستری در بخش مراقبتهای ویژه قلبی

دکتر محمد جعفر مدبر نیا\* - دکتر کامبیز فرقان پرست\*\* - دکتر سید محمد رسول خلخالی\* - دکتر کیومرث نجفی\*

\* استادیار گروه روان پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*\* دانشیار گروه میکروب شناسی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی گیلان

### مقدمه

میوکارد، نارسایی قلبی و اقدامات تشخیصی یا درمانی قلبی مثل آنژیوگرافی و جراحی‌های عروق کرونری نیز از عوامل بروز این سندرم هستند (۱، ۵، ۶ و ۷) پژوهش‌های گوناگون که در کشورهای دیگر جهان انجام شده است شیوع این سندرم را در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی بین ۱۰ تا ۴۰ درصد گزارش کرده‌اند (۱۱، ۱۳ و ۱۵)، ولی آماری از شیوع سندرم در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی در کشور ایران وجود ندارد، لذا پژوهش حاضر را با هدف تعیین فراوانی سندرم دلیریوم و بررسی ارتباط آن با سن و جنس و دفعات بستری در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان دکتر حشمت رشت انجام دادیم.

### مواد و روش‌ها

در این پژوهش که از نوع پژوهش‌های مقطعی و در محیط بیمارستانی بوده تعداد ۲۴۵ بیمار از اولین روز بستری تا آخرین روز بستری خود در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به ماهیت بسیار مواج این سندرم و در نظر داشتن اینکه بررسی بیمار فقط در یک زمان خاص از شبانه‌روز بدون بذل توجه به رفتار و وضعیت شناختی وی در سایر اوقات شبانه‌روز از اعتبار تشخیصی این سندرم می‌کاهد (۸) تصمیم گرفتیم علاوه بر معاینات بالینی توسط روانپزشکان از اطلاعات و مشاهدات کسانی که

دلیریوم، اختلالی حاد و گذرا در عملکرد مغز است (۲). گرچه هسته اصلی این سندرم اختلال‌هشیاری و نقائص توجه و تمرکز است ولی نقص کلی در تمام عرصه‌های روانی تفکر، خلق، ادراک، زبان، تکلم، خواب، روانی حرکتی و دیگر حوزه‌های شناختی دیده می‌شود (۱). سیر علائم در این سندرم کیفیت مواج داشته و عصرها و ساعات اولیه شب از شدت بیشتری برخوردار است (۱ و ۲). این کیفیت تشخیص دلیریوم را با دشواری روبرومی‌سازد (۲ و ۳) دلیریوم از مهم‌ترین عوارض بیماری‌های داخل و خارج سیستم اعصاب مرکزی است ولی عوامل خارج سیستم اعصاب مرکزی از شیوع بیشتری برخوردارند (۱، ۵، ۶ و ۷) بروز این سندرم با پیش آگهی بدی همراه است (۵). مرگ و میر بعد از گذشت ۳ ماه از یکدوره دلیریوم ۳۰٪ و بعد از یکسال در حدود ۵۰٪ است (۱). طولانی‌تر شدن مدت بستری در بیمارستان، عوارض ناتوان کننده ذهنی بعدی، احتمال بالاتر صدمات جسمی در دوره‌های حاد اختلال هشیاری و مشکلات مراقبتی بیشتر از این بیماران توسط پرستاران؛ دیگر عوارض از بروز سندرم دلیریوم می‌باشد (۵ و ۷)، معهذاً علی‌رغم لزوم شناخت این سندرم و توجه کافی برای کنترل علت زمینه‌ای آن، در تشخیص این سندرم غفلت شده یابیه درستی تشخیص داده نمی‌شود (۴، ۹ و ۱۰). بیماری‌های قلبی مثل انواع آریتمی‌ها، انفاکتوس

کافی برای تشخیص یا عدم تشخیص در موارد مشکوک بطوریکه نظر هر دو روان پزشک را تأمین کند بدست آمد. در طول مطالعه ۴ بیمار به علت اینکه به مدت کوتاهی در بخش بستری شدند و اطلاعات کافی برای تشخیص بدست نیامد از مطالعه حذف شدند. در بیمارانی که احیاء قلبی ریوی شده بودند، گزارش مشاهدات رفتاری و معاینات بالینی حداقل به ۵ ساعت بعد از عملیات احیاء قلبی ریوی موقوف گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تست آماری Chi-Square استفاده شد. موافقت بیماران در مورد استفاده پژوهشی از نتایج مطالعه اخذ گردید.

### نتایج

از ۲۴۵ بیمار بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی مردان و زنان بیمارستان دکتر حشمت در طول طول زمان پژوهش ۱۴۳ نفر مرد (۵۸/۴٪) و ۱۰۲ نفر زن (۴۱/۶٪) بودند افراد فوق از نظر سنی در ۳ گروه کمتر از ۴۵ سال ۲۷ نفر (۱۱٪) و بین ۴۵ تا ۶۵ سال ۱۳۴ نفر (۵۴/۷٪) و بیشتر از ۶۵ سال ۸۴ نفر (۳۴/۳٪) قرار داشتند. بیماران از نظر دفعات بستری نیز در ۳ گروه یک بار بستری ۱۷۱ نفر (۶۹/۸٪) دوبار بستری ۴۸ نفر (۱۹/۶٪) و سه بار و بیشتر بستری ۲۶ نفر (۱۰/۶٪) قرار داشتند در این پژوهش ۳۳ نفر (۱۳/۴٪) از بیماران مبتلا به دلیریوم شناخته شدند. توزیع فراوانی و دلیریوم به تفکیک سن، جنس و دفعات بستری در جداول ۱ و ۲ و نشان داده شده است. رابطه معنی دار آماری بین سن و بروز دلیریوم یافت شد ( $P=0/0001$ ) و  $df=2$  و  $ch^2=18/02$  (جدول ۱). این ارتباط معنی دار آماری بین جنس و دلیریوم و نیز دفعات بستری و دلیریوم وجود نداشت (جدول ۲ و ۳).

در تمام شبانه‌روز بر بالین بیمار هستند و شاهد تغییرات رفتاری وی می‌باشند بهره‌مند شویم. بدین منظور پرستاران همکار طرح را به شکل نظری و عملی در مورد اینکه چگونه رفتار یک بیمار را در طی نوبت کاری خود ارزیابی و با استفاده از فرم‌های سازمان یافته گزارش کنند، آموزش دادیم. گزارش مشاهدات پرستاران از رفتار بیماران در دو نوبت کاری صبح و عصر انجام می‌شد. پرستاران نوبت کاری شب با توجه به اینکه این نوبت کاری با خواب بیماران توأم بود مشاهدات شب را نه برای همه بیماران، بلکه فقط برای بیمارانی که در طی شب دچار اختلال رفتاری می‌شدند، گزارش می‌کردند. چون این بررسی در فصل زمستان انجام می‌شد معاینات روان پزشکان در ساعات اولیه شب (ساعت ۲۱-۱۹) و در زمانی که احتمال بروز دلیریوم حداکثر بود انجام می‌شد هر روان پزشک یک شب در میان بیماران را معاینه می‌کرد و بدین ترتیب امکان معاینه در طول بستری برای هر دو روان پزشک فراهم می‌شد. این انتخاب زمانی، امکان ملاقات با هر دو نوبت کاری پرستاران رانیز فراهم می‌کرد. تشخیص نهایی دلیریوم، با استفاده از مجموعه مشاهدات و گزارشات پرستاران و معاینات بالینی روان پزشکان مجری طرح براساس ملاکهای تشخیص DSMIV در مورد دلیریوم ناشی از یک اختلال طبی عمومی داده می‌شد. برای تشخیص، نظر مثبت هر دو روان پزشک الزامی بود. در مواردی که تردیدی از نظر بروز سندرم دلیریوم وجود داشت یا نظر یکی از روان پزشکان موافق بروز سندرم دلیریوم نبود بیمار در نقاط بیشتری از روز مورد بررسی قرار می‌گرفت تا به تکمیل شدن اطلاعات مورد لزوم برای تشخیص نهایی کمک کند. این کار در مورد ۱۰ بیمار صورت گرفت و در نهایت اطلاعات

ناشی از استفاده از ملاکهای تشخیصی متفاوت باشد. گرچه ملاکهای تشخیصی DSMIV از سال ۱۹۹۴ منتشر گردیده ولی ما فقط به یک مطالعه برخوردیم که با استفاده از این معیارهای تشخیصی انجام شده است. در این مطالعه ۲۹/۴ درصد افراد بالای ۷۰ سال مبتلا به دلیریوم شناخته شدند (۱۵). در مطالعه ما ۲۶/۲ درصد از افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به دلیریوم شدند که دارای بیشترین فراوانی ابتلا به دلیریوم در بین ۳ گروه سنی بود. گرچه در محدوده سنی انتخاب شده بین دو مطالعه ۵ سال تفاوت وجود داشت ولی در صورتی که در مطالعه ما نیز محدوده سنی ۷۰ و بیشتر انتخاب می شد، نزدیکی در فراوانی دلیریوم، باز هم قابل مشاهده بود. در مطالعات دیگری که در ایسلند و آمریکا انجام شده است فراوانی دلیریوم به ترتیب ۱۲ درصد و ۱۴ درصد گزارش شده است (۱۱ و ۱۳). در مطالعات فوق و در مطالعه ما رابطه معنی دار آماری بین سن و بروز دلیریوم وجود داشت گرچه اعداد ارائه شده در مطالعات فوق و در مطالعه ما ظاهراً نزدیک به هم می باشند ولی این فراوانی ها مربوط به کشورهایی است که در شرایط بهداشتی بهتری قرار دارند و طول عمر قابل انتظار در این کشورها بالاتر است (۱۶) و افراد سالمند بیشتری در بخش های مراقبت ویژه بستری می شوند و میانگین سنی افراد سالمند بستری شده در این بخش ها از میانگین سنی افراد سالمند بستری شده در بیمارستانهای ما بالاتر است (۱۴ و ۱۶). با پذیرفتن این واقعیت که افزایش سن با بروز دلیریوم رابطه دارد شاید بتوان گفت که افراد مورد بررسی در مطالعات یاد شده بدلیل داشتن سن بالاتر در معرض خطر بیشتری از نظر ابتلا به دلیریوم قرار داشتند. ثانیاً سرعت امداد رسانی در فوریت های قلبی در این کشورها بالاتر بوده (۱۷) و این امکان

جدول ۱- توزیع فراوانی دلیریوم در بیماران بستری شده در بخش مراقبتهای ویژه قلبی به تفکیک گروههای سنی

دلیریوم گروههای سنی	دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
کمتر از ۴۵ سال	۱ (۳/۷)	۲۶ (۹۶/۳)	۲۷ (۱۰۰)
۴۵ تا ۶۴ سال	۱۰ (۷/۵)	۱۲۴ (۹۲/۵)	۱۳۴ (۱۰۰)
۶۵ سال و بیشتر	۲۲ (۲۶/۲)	۶۲ (۷۳/۸)	۸۴ (۱۰۰)
جمع	۳۳ (۱۳/۵)	۲۱۲ (۸۶/۵)	۲۴۵ (۱۰۰)

( $P=0.001, x^2=2.18, df=2$ )

جدول ۲- توزیع فراوانی دلیریوم در بیماران بستری شده در بخش مراقبتهای ویژه قلبی به تفکیک جنس

دلیریوم جنس	دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
مرد	۱۹ (۱۳/۳)	۱۲۴ (۸۶/۷)	۱۴۳ (۱۰۰)
زن	۱۴ (۱۳/۷)	۸۸ (۸۶/۳)	۱۰۲ (۱۰۰)
جمع	۳۳ (۱۳/۵)	۲۱۲ (۸۶/۵)	۲۴۵ (۱۰۰)

اختلاف غیر معنی دار  $P>0.05$

جدول ۳- توزیع فراوانی دلیریوم در بیماران بستری شده در بخش مراقبتهای ویژه قلبی به تفکیک دفعات بستری

در بخش مراقبتهای ویژه قلبی

دلیریوم دفعات بستری	دارد تعداد (درصد)	ندارد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
یک بار	۲۱ (۱۲/۳)	۱۵۰ (۸۷/۷)	۱۷۱ (۱۰۰)
دو بار	۸ (۱۶/۷)	۴۰ (۸۳/۳)	۴۸ (۱۰۰)
سه بار و بیشتر	۴ (۱۵/۴)	۲۲ (۸۴/۶)	۲۶ (۱۰۰)
جمع	۳۳ (۱۳/۵)	۲۱۲ (۸۶/۵)	۲۴۵ (۱۰۰)

اختلاف غیر معنی دار  $P>0.05$

### بحث و نتیجه گیری

پژوهشهای متعددی با استفاده از ملاکهای تشخیصی DSMIII-R, DSMIV, ICD-10 بر روی بیماران بستری شده در بخشهای مراقبت های ویژه انجام شده و آمار متفاوتی بین ۴۰-۱۰ درصد، از ابتلا به دلیریوم گزارش شده است (۱۳) تنوع ارقام بدست آمده در این مطالعات تاحدی می تواند

خانم‌ها غلامزاده، راستاد، کریمی و پیشخانی و سایر همکاران محترم پرستاری بخاطر همکاری در اجرای طرح تشکر و قدردانی می‌کنند.

را ایجاد می‌کند که بیماران بد حال بیشتری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بستری شده و تحت مراقبت قرار بگیرند. ثالثاً اکثر بیمارانی که باید در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شوند سریعاً به آنجا منتقل می‌شوند ولی در مطالعه ما تعدادی از بیماران یا مدتی را در بخش فوریت‌ها گذرانده و بعداً به بخش مراقبت‌های ویژه منتقل شدند یا بعد از گذراندن شرایط حاد و مستقیماً به بخش منتقل شدند و یا مستقیماً از بخش فوریت‌ها مرخص گردیدند و یا در بخش فوریت‌ها فوت کردند. در هر صورت به علت محدودیت‌های موجود تعدادی از بیمارانی که می‌توانستند در جمعیت مورد مطالعه ما وارد شوند به دلایل یاد شده در این مطالعه وارد نشدند. بنابراین تشابه ظاهری ارقام بدست آمده نمی‌تواند گویای تشابه واقعی در نتایج مطالعه ما و مطالعات یاد شده باشد. در نهایت می‌توان گفت که تعدادی از بیماران بستری شده در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان دکتر حشمت رشت به سندرم دلیریوم مبتلا می‌شوند که رابطه معنی‌دار آماری با سن آنها دارد و در افراد بالای ۶۵ سال با فراوانی بیشتری مشاهده می‌شود که مطرح‌کننده افزایش سن، به عنوان عامل خطر ساز ابتلا به دلیریوم می‌باشد و با توجه به فراوانی سندرم دلیریوم در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی، اشتراک مساعی روان پزشکان و متخصصین قلب و عروق در جهت تشخیص زودرس و کنترل دلیریوم پیشنهاد می‌شود.

### تشکر و قدردانی

مؤلفین مقاله از دکتر بیژن شاد استادیار بیماریهای قلب و عروق و دکتر هما ضرابی استادیار روان پزشکی بخاطر مشاوره ارزنده ایشان و نیز مسئولین پرستاری بیمارستان دکتر حشمت رشت

## منابع

1. Liptzin B, Levkoff SE, Gttlibe GL. Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5:154-55.
2. Marcantonio ER. A Clinical Prediction Rule for Delirium. *JAMA* 1994; 271(2):130-35.
3. Marcantonio ER. The Association of Intraoperative Factors with Development of Postoperative Delirium. *JAMA* 1998; 105:380-4.
4. Eden BM, Foreman MD. Problems Associated with Underrecognition of Delirium in Criticalcare. *Heart Lung* 1996; 25(5): 388-400.
5. Blumental JA, Madden DJ. A Preliminary Study of the Effects of Cardiac Procedure on Cognitive Performance. *Int J psychosom* 1991; 38(1-4): 13-16.
6. Rode Wald G, Dahme B. Central Nervous System Risk Factors in Heart Surgery. *Nz Kardiol* 1990; 79 suppl4: 13-21.
7. Crippen DW. Neurologic Monitoring in the Intensive Care Unit. *New Horiz* 1994; 2(1): 107-20.
8. Zou Y, Cole M. Detection and Diagnosis of Delirium in the Elderly: Psychiatric Diagnosis, Confusion Assessment Method, or Consensus Diagnosis?. *Int Psychogeriatr* 1995; 10(3):303-8.
9. Inouye SK. Delirium in Hospitalized Older Patients: Recognition and Risk Factor. *J Geriatr psychiatry Neural* 1998; 1(3 ):118-25.
10. Flacker JM, Marcantonio ER. Delirium in the Elderly, Optimal Management. *Drug Aging* 1993; 13(2):119-30
11. Kolbeinsson H, Jonsson A. Delirium and Dementia in Acute Medical Admissions of Elderly patients in Iceland. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87(2 ):123-7.
12. Liptzin B, Levkoff SE. An Empirical Study of Diagnostic Criteria for Delirium. *Am J Psychiatry* 1991; 148(4):454-7
13. Inouye Su, Rushing JT. Does Delirium Contribute to Poor Hospital Outcome?: A Three- Epidemiologic Study *J Gen Inter Med* 1988; 134(4):234-42.
14. Francis J, Martin D A. Prospective Study of Delirium in Hospitalized Elderly. *JAMA* 1990; 263(8):1097-101.
15. Kagosima J, Mashima Y. Acute Myocardial Infarction in Elderly Patients. *J Cardiol* 2000; 35(4):267-75.
16. Jarvik LF, Small GW. Geriatric psychiatry. In: Sadoek BJ, Sadoek VA, (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams Willkins, 2000: 2980-90.
17. Witzel K, Hoppe M, Raschka C. The Influence of Mode of Ambulance Transportation on the Emergency Patients Outcome. *Eur J Emerg* 1999; 6(2):115-8.