

بررسی میزان فراوانی دلیریوم در بیماران بالای 18 سال بستری در بخش های داخلی و جراحی بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد

راحله عصایی¹، هدایت نظری²، سمیه حسینی³

1- استادیار، گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
2- استادیار، گروه اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
3- دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره نهم / شماره 3 / پاییز 87 / مسلسل 37

چکیده

دریافت مقاله: 87/2/28، پذیرش مقاله: 87/8/26

مقدمه: دلیریوم در افراد مسن و بیماران بستری خصوصاً پس از اعمال جراحی به وفور دیده می‌شود، لیکن درصد بالایی از موارد بدون تشخیص و درمان مانده و بیماران دچار پیامدهایی نظیر افزایش مرگ و میر، عوارض، کاهش بقاء، افزایش مدت بستری در بیمارستان و عوارض ناتوان کننده‌ی ذهنی بعدی می‌گردند. متأسفانه علیرغم اهمیت این سندرم، پزشکان و پرسنل تنها قادر به تشخیص کمتر از یک سوم بیماران می‌باشند.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی تعداد 240 نفر بیمار بستری به صورت تصادفی از بخش های داخلی و جراحی (هر یک 120 بیمار) بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد انتخاب شده بود. ملاک تشخیصی دلیریوم آزمون بررسی کننده ی وضعیت شناختی فرد یا MMSE بود و هر بیمار چهار روز متوالی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در بخش داخلی از 120 بیمار، 37 مورد (30/8%) و در بخش جراحی نیز از 120 بیمار، 25 مورد (20/8%) ابتلا به دلیریوم وجود داشت. در بخش داخلی 27 مورد (22/5%) و در بخش جراحی نیز 27 مورد (22/5%) مشکوک به دلیریوم وجود داشت. در بخش جراحی بیشترین فراوانی دلیریوم در گروه های سنی 58-77 سال و بالای 77 سال و در بخش داخلی بیشترین فراوانی دلیریوم در گروه های سنی بالای 77 سال بود. در بخش جراحی از نظر ابتلا به دلیریوم بین دو جنس ارتباط معنی داری وجود داشت (p=0/01). ولی در بخش داخلی از نظر ابتلا به دلیریوم بین دو جنس تفاوت معنی داری جود نداشت (p=0/92).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی سندرم دلیریوم در بخشهای مختلف داخلی و جراحی جامعه ما، وجود روان‌پزشک مشاور- در جهت تشخیص زود رس و کنترل دلیریوم در بیمارستان های داخلی و جراحی ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: فراوانی، دلیریوم، بخش داخلی، بخش جراحی

آدرس مکاتبه: خرم آباد، کمالوند، مجتمع آموزشی پردیس، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پزشکی

پست الکترونیک: asace_ra@yahoo.com

مقدمه

موارد بدون تشخیص و درمان مانده و بیماران دچار پیامدهایی نظیر افزایش مرگ و میر، عوارض، کاهش بقاء، افزایش مدت بستری در بیمارستان و عوارض ناتوان کننده‌ی ذهنی بعدی می‌گردند. متأسفانه علیرغم اهمیت این سندرم، پزشکان و پرسنل تنها قادر به تشخیص کمتر از یک سوم بیماران می‌باشند (3، 4).

در کشورهای پیشرفته، روان‌پزشکی مشاوره‌ای - رابط وجود دارد. در روان‌پزشکی مشاوره‌ای - رابط¹ روان‌پزشک به عنوان مشاور یک همکار (خواه یک روان‌پزشک دیگر یا در اکثر موارد یک غیر روان‌پزشک) با یک همکار دیگر در زمینه بهداشت روانی (روان‌شناس، مددکار اجتماعی یا روان‌پرستار) خدمت می‌کند. روان‌پزشک مشاور - رابط در بخش‌های داخلی و جراحی مورد مشورت قرار گرفته و در صورت لزوم، پیگیری روان‌پزشکی به عمل می‌آورد.

به طور کلی روان‌پزشک مشاور - رابط به عنوان پلی بین روان‌پزشکی و سایر رشته‌های تخصصی عمل می‌کند. متأسفانه علی‌رغم اهمیت تشخیص دلیریوم در بیمارستان‌های ما روان‌پزشک مشاور - رابط وجود ندارد. به علاوه در جامعه ما مطالعه‌ی مدونی در مورد میزان فراوانی دلیریوم انجام نشده است. ما فکر می‌کنیم دلیریوم در بیماران ما نیز شایع است اما کم مشاوره می‌شود. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین میزان فراوانی دلیریوم در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد، طرح ریزی و انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی تعداد 240 نفر بیمار بستری به صورت تصادفی از بخش‌های داخلی و جراحی (هر یک 120 بیمار) بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد انتخاب شده و پس از

اختلالات روان‌پزشکی به طور شایعی با سایر بیماری‌ها دیده می‌شوند که می‌توانند تداخل کننده و تشدید کننده‌ی بیماری‌های طبی باشند. درمان این اختلالات می‌تواند موجب بهبودی سیر بیماری زمینه‌ای و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و از طرف دیگر باعث کاهش هزینه‌های درمانی آنها گردد (1).

دلیریوم اختلالی حاد و گذرا در عملکرد مغز است. گرچه هسته اصلی این سندرم اختلال هوشیاری و نقایص 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. سیر علایم در این سندرم کیفیت موج داشته و عصرها و ساعات اولیه شب از شدت بیشتری برخوردار است. این کیفیت تشخیص دلیریوم را با دشواری رو به رو می‌سازد (2).

از علل ایجاد کننده دلیریوم می‌توان از مسمومیت دارویی، تومور، تروما، عفونت، اختلالات قلبی عروقی، اختلالات متابولیک، آندوکراین و تغذیه‌ای نام برد. ریسک فاکتورهای دلیریوم شامل سن، جنس، افسردگی، دمانس، اضطراب و انتقال خون نیز در مطالعات مختلف، ذکر شده است. در افراد مسن، کاهش کلیانس کلیوی، خطر مسمومیت به طور مثال با بنزودیازپین‌ها را افزایش می‌دهد و این افزایش، خود زمینه ساز بروز دلیریوم می‌باشد. در مورد دلیریوم متعاقب عمل جراحی، خونریزی‌های حین و بعد از عمل، اختلالات متابولیک و نارسائی‌های خون‌رسانی مغزی مؤثر دانسته شده است (3، 4).

بروز این سندرم با پیش‌آگهی بدی همراه است. مرگ و میر پس از گذشت 3 ماه از یک دوره دلیریوم 30% و بعد از یک سال در حدود 50% است (2).

دلیریوم در افراد مسن و بیماران بستری خصوصاً پس از اعمال جراحی به وفور دیده می‌شود، لیکن درصد بالایی از

1. CL-Psychiatry

یافته‌ها

در این مطالعه از 240 بیمار مورد بررسی، 62 نفر (25/83%) مبتلا به دلیریوم بودند که در بخش داخلی از 120 بیمار 37 مورد (30/8%) و در بخش جراحی نیز از 120 بیمار، 25 مورد (20/8%) مبتلا به دلیریوم وجود داشت. در بخش داخلی 27 مورد (22/5%) و در بخش جراحی نیز 27 مورد (22/5%) مشکوک به دلیریوم وجود داشت (نمودار 1).

بیماران از نظر سنی به 4 گروه تقسیم شدند و فراوانی دلیریوم در هر گروه محاسبه شد. این 4 گروه به این شرح اند: گروه سنی 18-37 سال، گروه سنی 38-57 سال، گروه سنی 58-77 سال، گروه سنی بالای 77 سال. در بخش جراحی بیشترین فراوانی دلیریوم در گروه‌های سنی 58-77 سال و بالای 77 سال بود (نمودار 1).

در بخش جراحی میانگین سنی بیماران مبتلا به دلیریوم 62/4 سال و در بیماران مشکوک به دلیریوم 47/1 سال بود. آنالیز آماری داده‌ها نشان می‌دهد که میانگین سنی در سه گروه سالم، مشکوک و مبتلا به دلیریوم بطور معنی‌داری متفاوت است ($p=0/0001$).

در بخش داخلی بیشترین فراوانی دلیریوم در گروه‌های سنی بالای 77 سال بود. در بخش داخلی میانگین سنی بیماران مبتلا به دلیریوم 60/9 سال و در بیماران مشکوک به دلیریوم 51/1 سال بود (نمودار 3).

آنالیز آماری داده‌ها نشان می‌دهد که میانگین سنی در سه گروه سالم، مشکوک و مبتلا به دلیریوم بطور معنی‌داری متفاوت است. در بخش جراحی از نظر ابتلا به دلیریوم بین دو جنس ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p=0/01$) (نمودار 4).

اخذ رضایت از بیماران یا همراهان آنها 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 شبانه روز بدون بذل توجه به رفتار و وضعیت شناختی وی در سایر اوقات شبانه روز از اعتبار تشخیصی این سندرم می‌کاهد، هر بیمار طی چهار روز متوالی مورد بررسی قرار گرفت.

معیار جهت پذیرش نمونه شامل بیمارانی بود که در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان شهدای عشایر بستری بودند و قادر به تکلم بوده، عقب افتادگی ذهنی و حمایت تنفسی نداشتند و سن همه آنها بالای 18 سال بود.

ملاک تشخیصی دلیریوم آزمون بررسی کننده وضعیت شناختی فرد یا MMSE بود. حداکثر نمره در این پرسشنامه 30 است. بیماران توسط پرسشنامه MMSE روزانه یک نوبت و طی چهار روز متوالی توسط سه نفر همکار روانشناس مورد بررسی قرار گرفتند.

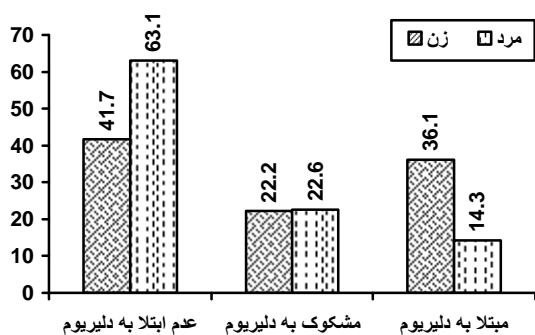
برای هر بیمار نام، نام خانوادگی، سن، جنس و چهار نمره پرسشنامه MMSE طی معاینه وضعیت شناختی در چهار روز، در بالای پرسشنامه ثبت شد. در نهایت برای هر بیمار میانگین چهار نمره MMSE به عنوان نمره کل MMSE محاسبه شد. بر اساس نمره کل، بیماران به سه گروه تقسیم شدند:

نمره 20 و کمتر از آن به عنوان دلیریوم، نمره 20 الی 25 به عنوان مشکوک به دلیریوم و نمره 25 به بالا به عنوان طبیعی در نظر گرفته شدند. در طول مطالعه تعداد 20 بیمار به علت دوره کوتاه بستری در بیمارستان و یا ترخیص زود هنگام با رضایت شخصی، از مطالعه حذف شدند.

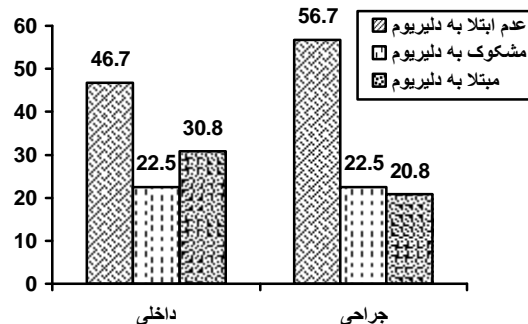
آنالیز داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS 10 انجام و با توجه به نرمال نبودن داده‌ها از آزمون‌های ناپارامتری من ویتنی¹ و کروسکال والیس² استفاده شد. $p<0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

1. Mann Whitney test
2. Kruskal-Wallis test

ولی در بخش داخلی از نظر ابتلا به دلیریوم بین دو جنس تفاوت معنی داری وجود ندارد (p=0/92) (نمودار 5).



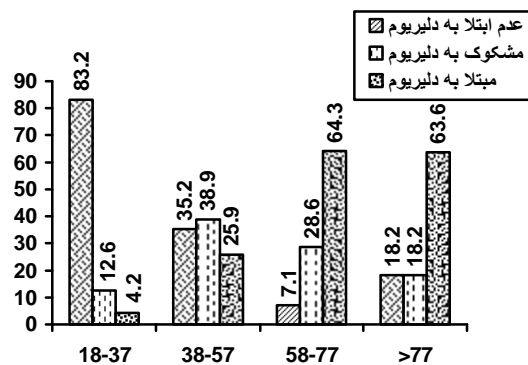
نمودار شماره 4- درصد فراوانی دلیریوم در بیماران به تفکیک جنس در بخش جراحی



نمودار شماره 1- درصد فراوانی دلیریوم در بیماران به تفکیک بخشهای داخلی و جراحی



نمودار شماره 5- درصد فراوانی دلیریوم در بیماران به تفکیک جنس در بخش داخلی

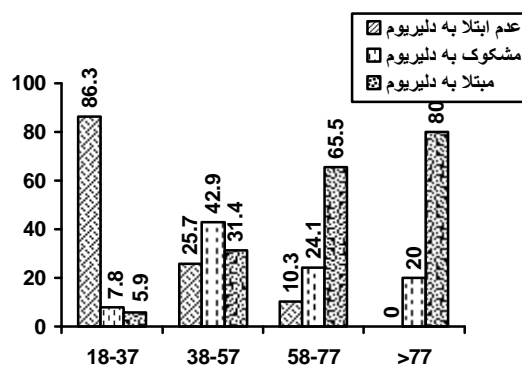


نمودار شماره 2- درصد فراوانی دلیریوم در بیماران به تفکیک گروههای سنی در بخش جراحی

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه میزان درصد فراوانی دلیریوم در بخش جراحی 30/8% و در بخش داخلی 20/8% بود. در مورد شیوع دلیریوم آمار متفاوتی از 0/5% تا 46/5% در مطالعات متعدد ذکر شده است. بیشترین شیوعی که ذکر شده (46/5%)، مربوط به مطالعه ای است که در سال 1995 در آلمان انجام شده است (5).

کمترین شیوع ذکر شده برای دلیریوم (0/5%)، مربوط به تحقیقی است که در کانادا انجام شده است و دلیریوم بسیار غیر شایع (شیوع کمتر از 0/5%) گزارش شده است (6).



نمودار شماره 3- درصد فراوانی دلیریوم در بیماران به تفکیک گروههای سنی در بخش داخلی

دلیل داشتن سن بالاتر، در معرض خطر بیشتری از نظر ابتلا به دلیریوم قرار داشته اند.

در مطالعه ما از 120 بیمار بخش جراحی که از نظر روانی مورد معاینه قرار گرفتند، تعداد 25 مورد (20/8%) ابتلا به دلیریوم وجود داشت. جهت مقایسه، مروری بر تحقیقات مشابه در داخل و خارج از کشور داریم: در مطالعه ای که توسط دکتر مسعود بقابی وحی و همکاران در سال 1378 در دانشگاه علوم پزشکی کرمان در مورد میزان بروز دلیریوم در بخشهای جراحی انجام شده است، میزان بروز دلیریوم 7/6% ذکر شده است (3).

تشکری و همکاران در سال 1378 در اهواز میزان بروز دلیریوم در جراحی قلب باز را 10% و در جراحی عمومی 31/3% گزارش کردند. در این مطالعه جهت تشخیص دلیریوم از DSM-IV استفاده شد. معاینه وضعیت روانی یک بار قبل از عمل و روزهای دوم تا پنجم پس از عمل، هنگام صبح و غروب انجام شده است (9). طبق کتاب روانپزشکی سیناپس 2003، تقریباً 10 تا 30% بیماران در بخشهای جراحی عمومی، طی مدت بستری دچار دلیریوم می شوند (7).

در مطالعه ای که سانتوس و همکارانش در سال 2004 در برزیل در خصوص شیوع دلیریوم در افراد مسن پس از جراحی بای پس کرونر (CABG) انجام دادند شیوع دلیریوم 33/6% گزارش شده است. جهت تشخیص دلیریوم از MMSE و DSM-IV استفاده شده است (10).

در پژوهش دیگری که فرانکو و همکارانش در سال در آمریکا 2001 در خصوص میزان دلیریوم در بیماران جراحی انجام دادند شیوع دلیریوم 11/4% ذکر شده است. جهت تشخیص دلیریوم از DSM-IV استفاده شده و ارزیابی بیماران قبل از عمل و روزهای یکم تا چهارم پس از عمل صورت گرفته است (11).

تنوع ارقام بدست آمده در این مطالعات می تواند ناشی از استفاده از ملاکهای تشخیصی متفاوت باشد. ما در مطالعه خود از پرسشنامه MMSE استفاده کردیم. معاینه وضعیت روانی بیماران توسط پرسشنامه MMSE روزانه یک نوبت و طی چهار روز اول بستری، انجام شد. در مطالعه ما از میان 240 بیمار بستری در بخشهای داخلی و جراحی، 62 نفر (25/83%) مبتلا به دلیریوم بودند. طی مطالعه ما، در بخش داخلی از 120 بیمار، 37 مورد (30/8%) ابتلا به دلیریوم وجود داشت. در پژوهشی که توسط دکتر محمد جعفر مدبر نیا و همکاران در سال 1381 در دانشگاه علوم پزشکی گیلان در مورد فراوانی دلیریوم در CCU انجام شده است، فراوانی دلیریوم 13/4% شناخته شده است (2). با توجه به اینکه دکتر مدبر نیا فراوانی دلیریوم را در CCU بررسی کرده اند، علت بالا تر بودن فراوانی دلیریوم در مطالعه ما می تواند ناشی از تنوع بیماران داخلی مورد بررسی باشد.

طبق کتاب روانپزشکی سیناپس 2003، 15 تا 25% بیماران در بخشهای داخلی طی مدت بستری دلیریوم را تجربه می کنند (7).

در تحقیقی که در سال 2006 در سوئد در مورد دلیریوم در سالمندان بستری انجام شده، شیوع دلیریوم 31/3% عنوان شده است که با درصد گزارش شده در مطالعه حاضر همخوانی دارد (8).

اگرچه اعداد ذکر شده در این دو مطالعه ظاهراً نزدیک به هم می باشند، ولی این مقدار (31/3%) مربوط به کشوری است که در شرایط بهداشتی بهتری قرار دارد و طول عمر قابل انتظار در این کشور بالاتر است و لذا جمعیت افراد سالمند، بیشتر است. با دانستن این نکته که افزایش سن با بروز دلیریوم رابطه دارد، شاید بتوان گفت که افراد بررسی شده در مطالعه فوق به

در مطالعه مدبر نیا در سال 1381 در گیلان CCU، 67% کل مبتلایان به دلیریوم متعلق به گروه سنی 65 سال و بالاتر بودند (2).

در مطالعه مدبر نیا و تابان و مطالعه حاضر رابطه مستقیمی بین سن و بروز دلیریوم وجود داشت این نکته بیانگر آن است که افزایش سن، به عنوان عامل خطر ساز جهت ابتلا به دلیریوم می باشد. احتمال دارد در افراد مسن، کاهش کلیرانس کلیوی، خطر مسمومیت به طور مثال با بنزودیازپین‌ها را افزایش می‌دهد و این افزایش، خود زمینه ساز بروز دلیریوم می‌باشد.

از آنجایی که دلیریوم به کرات موجب پیچیدگی بیماریهای عضوی داخلی، بخصوص در بیماران بستری در بیمارستان می‌گردد و با توجه به فراوانی سندرم دلیریوم در بخشهای مختلف داخلی و جراحی جامعه ما، وجود روان پزشک مشاور- در جهت تشخیص زود رس و کنترل دلیریوم در بیمارستان های داخلی و جراحی ضروری به نظر می‌رسد.

میزان فراوانی دلیریوم در بخش جراحی در مطالعات مختلف، متفاوت است. میزانی که در مطالعه حاضر به دست آمده (20/8%) از میزان ذکر شده در کتاب آکسفورد 1999 (5-15%) (13) و مطالعه فرانکو و همکارانش در آمریکا (11/4%)، بیشتر و از مطالعه سانتوس و همکارانش در برزیل (33/6%) و مطالعه تابان در اصفهان (29/1%)، کمتر بود. علت تفاوت در نتایج بدست آمده، می‌تواند ناشی از تفاوت در گروههای سنی مورد بررسی، الکلیسم، تفاوت در نوع عمل جراحی و تفاوت در ملاکهای مورد استفاده جهت تشخیص دلیریوم، باشد.

در مطالعه حاضر میزان فراوانی دلیریوم در بخش جراحی کمتر از بخش داخلی بود. علت این مسئله می‌تواند عدم غربالگری دلیریوم بین بیماران با اعمال جراحی بزرگ (مثل جراحی قلب و یا جراحی لگن و مفصل ران) و بیماران بستری در بخش سوختگی باشد. در مطالعه حاضر از 62 نفر (25/83%) بیمار مبتلا به دلیریوم 25 نفر (32/5%) زن و 37 نفر (22/7%) مرد بودند و بیشترین ابتلای دلیریوم در گروه سنی 58-77 سال (64/28%) بود.

References

1. Beyraghi N, Shams J, Mohajer M, Bahreinian AM. Psychiatric consultation in Taleghani hospital in 2002. *Journal of research in medicine* 2004; 28(2): 141-144
2. Modabernia MJ, Forghan parast K, Khalkhali SMR, Najafi K. Delirium inCCU. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2002; 11(41): 141-143
3. Baghai Wadji M, Dehghan A, Ostovar Sirjani F, Parvaresh N. A study on the incidence of postoperative delirium in the operated patients in Kerman medical sciences university hospital in 1999. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2001; 8(2): 74-80
4. Benjamin J. Sadock MD, Virginia A. Sadock MD. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of Psychiatry Lippincott Williams & Wilkins. 2005, 8th ed
5. Arolt V, Driessen M, Bangert –verleger A. Psychiatric disorders in hospitalized internal medicine and surgical patients. Prevalence and need for treatment. *Nervedartz*, 1995; 66(9): 670- 677
6. Anderw MK, Freter SH, Rockwood K. Prevalence and outcomes of delirium in community and non- acute care Setting in people Without dementia : e report from the Canadian study of health and aging. www.biomedcentral.com 2006
7. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th edi. Lippincott Williams and Wilkins. 2005: 3822-3828
8. Lundstrom M, Karlsson S, Brannstrom B, Delirium in older patients admitted to general internal medicine. *Journal of Geriatric psychiatry and Neurology*, 2006; 19(2) : 83 –90
9. Tashakori A, Shanehsaz A, Khajehmogahi N. Comparison of incidence rate of post operative delirium between patients with open heart surgery Ahwaz Golestan hospital1999. *Journal of Ahwaz University of Medical Sciences*, 2004; 41: 37-43
10. Santos FS, Velasco IT, Fraguas R. Risk Factors for delirium in the elderly after Coronary artery bypass graft surgery. *Cambridge Journal*, 2004; 16(2): 175-193
11. Franco K, Litaker D, Locala J. The Cost of delirium in the Surgical patients. *psychosomatic*, 2001; 42(1): 68- 73
12. Taban H, Ahmadzadeh GH, Tavasoli MH. Pre and post operation cognitive disorder in older persons. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2003; 7(3): 135-139
13. Gelder M, Mayou R, Geddes J. Psychiatry: An Oxford Core Text 3th . edi PagesOUP Oxford. 1999: 334