



DELİRYUM VE DEMANS HASTASINA ACİL YAKLAŞIM

DR BİRDAL YILDIRIM

SUNUM PLANI

❖ Deliryum;

Tanım

Epidemiyoloji-Etiyoloji

Patogeneze

Tanı-Ayırıcı Tanı

Tedavi

❖ Demans;

Tanım

Epidemiyoloji-Etiyoloji

Patogeneze

Tanı-Ayırıcı Tanı

Tedavi

❖ Deliryum ve Demans ayrımı



NCBI

Resources ▾ How To ▾



US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PMC ▾

[Advanced](#) [Journal list](#)

[Journal List](#) > [HHS Author Manuscripts](#) > PMC3708798



HHS Public Access

Author manuscript

Peer-reviewed and accepted for publication

[About author manuscripts](#)

[Submit a manuscript](#)

[Emerg Med Clin North Am](#). Author manuscript; available in PMC 2013 Jul 11.

PMCID: PMC3708798

Published in final edited form as:

NIHMSID: NIHMS471800

[Emerg Med Clin North Am](#). 2010 Aug; 28(3): 611–631.

doi: [10.1016/j.emc.2010.03.005](https://doi.org/10.1016/j.emc.2010.03.005)

Delirium in the Older Emergency Department Patient – A Quiet Epidemic

[Jin Ho Han](#), MD, MSc, [Amanda Wilson](#), MD, and [E. Wesley Ely](#), MD, MPH

DELIRIUM: Acildeki yaşlı haslarda sessiz SALGIN

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3708798/>

İntroduction

Deliryum, **yaşlı acil servis hastalarının** önemli bir kısmını etkileyen bir halk sağlığı problemidir.

Bu **organ yetmezliğine neden olmakta**, yaşlı hastalar için yıkıcı sonuçlar doğurmakta ve yaşam kaliteleri için belirgin bir tehdit oluşturmaktadır.

Daha yüksek ölüm oranları, hızlanmış fonksiyonel ve bilişsel düşüş ve daha uzun süreli hastanede kalış süresi ile ilişkilendirilmiştir.

Olumsuz sonuçlarına rağmen, deliryum acil hekimleri tarafından sık sık gözden kaçırılır.

EPİDEMİYOLOJİ

- **Acil servise başvuru esnasında geriatrik** hastaların %25'i, hastaneye yatırılan hastaların ise %50 sinde görülmektedir.
- **En sık cerrahi ve yoğun bakım hastalarında** gözlenir.
Ortopedik cerrahi: %35 – 60
Yoğun bakım hastalarında %80.
- Deliryum hastane içi **mortaliteyi 22 kat arttırır.**
- Terminal dönem **kanser hastası veya AIDS** de bu oran %25-85'tir.



Tanım

Deliryum;

Altta yatan fizyolojik durumun sebep olduğu **kognitif disfonksiyonun** akut yada subakut evresi

- ☐ Akut organik beyin sendromu
- ☐ Akut konfüzyonel durum
- ☐ Reversible serebral disfonksiyon
- ☐ Metabolik ensefalopati
- ☐ Toksik ensefalopati
- ☐ Febril delirium
- ☐ Toksik psikoz

Predisposing and Precipitating Factors for Delirium

FACTORS	LEVEL OF EVIDENCE
PREDISPOSING VARIABLES	
Age	Strong
Gender	No evidence
Alcohol use	Inconclusive
Nicotine use	Inconclusive
Dementia	Strong
Hypertension	Strong
American Society of Anesthesiologists (ASA) physical status*	Inconclusive
Cardiac disease	Inconclusive
PRECIPITATING VARIABLES	
Coma	Strong
Previous delirium	Strong
Emergency surgery	Strong
Mechanical ventilation	Strong
Acute respiratory disease	Inconclusive
Kidney function	Inconclusive
Medical admission	Inconclusive
Organ failure	Moderate
Trauma	Strong
MEDICATIONS	
Analgesics/sedatives	Inconclusive
Benzodiazepines	Inconclusive
Opioids	Inconclusive
REDUCED DELIRIUM OCCURRENCE	
Dexmedetomidine	Strong

RİSK FAKTÖRLERİ

- Beslenme bzk
- Üriner retansiyon
- Kontrol edilemeyen **ağrı**
- Yoğun bakımda takip gerekliliği
- Uyku bzk
- Fiziksel kısıtlanma
- Hipoksi
- Dehidratasyon
- Şok
- Cerrahi, kırıklar
- Enfeksiyon
- İskemi
- İlaçlar (Yaşlılarda en sık neden);
- Metabolik Faktörler
- Gençlerde kokain ve madde bağımlılığı

1. Antimikrobiyal İlaçlar

- *Antifungal-viral
- *Antibakteriyel
-kinolon, makrolid

2. Antikolinerjikler

- *Antihistaminik
- *Antispazmodik
- *Kas gevşeticiler

3. Antikonvülzanlar

4. Antiinflamatuvarlar

- *KS
- *NSAİİ

5. Kardiyovasküler ilaçlar

- *Beta blokörler
- *Antihipertansifler

ETİYOLOJİ

I

INFECTION

Pnömoni, sepsis, selülit, ensefalit, menenjit,
üriner enfeksiyon

W

WITHDRAWAL

Barbitürat, benzodiyazapin, antikolinerjik,
alkol

A

ACUTE METABOLIC

Elektrolit imbalansı, renal yetmezlik
KC yetmezliği,
Anormal glisemik kontrol
Pankreatit

T

TRAUMA

C

CNS PATHOLOGY

Stroke, hemoraji, tümör

H

HYPOXİA

D

DEFICIENCIES

B-12, folat, tiamin

E

ENDOCRINE

Tiroid, kortizol, glukoz, paratiroid,
adrenal

A

ACUTE
VASCULAR/MI

Şok, vaskülit, hipertansif ensefalopati

T

TOXINS-DRUGS

H

HEAVY METALS

PATOGENEZ

1-Doğrudan etki

□ **antikolinerjik ve dopaminerjik ajanların nörotransmitter salınımı üzerine doğrudan etkisi..**

□ **hipoglisemi, iskemi, hiperkalsemi** gibi tabloların da nörotrans. salınımı üzerine doğrudan etkisi

2-Enflamasyon

3-Stres

Sonuçta ana patoloji:

- **asetilkolin azalması**
- dopamin artması
- seratonin seviyesindeki düzensizlikler
- beyin metabolizmasının bozulmasıdır

Tanı

- **Bilinç, hafıza, biliş, algıda bozulma**
- **Kısa sürede** gelişme (saatler-günler)
- **Dikkatini** sağlayamama ve odaklanamama
- Semptomların ve dikkat eksikliğinin **dalgalı seyri**
*Deliryum da ayırıcı özellik
- Bilişteki kusurlar, disoryantasyon ya da hafızada eksiklik olarak kendini gösterebilir.
- Algısal bozukluklar halüsinasyon ve delüzyonları içerir.
- Hasta somnolans da ya da ajitasyonda olabilir.



KLİNİK

Tablo 1. Deliryumun Klinik Özellikleri (21)

Klinik özellikler	Bulgular
Bilinç düzeyinde dalgalanma	Derin uykudan tam uyanıklığa kadar değişen ve dalgalanan uyanıklık düzeyi gözlenir.
Dikkat bozuklukları	Deliryumun en çarpıcı özelliğidir. Muayene sırasında talimatların unutulması, dikkatin ilgisiz uyaranlar nedeniyle dağılması gözlenebilir.
Oryantasyon bozuklukları	En yaygın belirtidir. Saati, günü, ayı, nerede olduğunu doğru şekilde söyleyememe, çevredeki kişileri hatalı tanıma, evdeymiş gibi konuşma, ölmüş olan akrabalar hakkında konuşma gözlenebilir.
Bellek bozukluğu	Öğün, ilaç, ziyaretçi vb. unutma, yakın zamanda tartışılan/konuşulan konuları unutma gözlenebilir.
Konuşma ve anlatım bozukluğu	Uyumsuz veya anlamsız ya da ilgisiz konuşma, cisimleri yanlış adlandırma, konuşulanları anlamada güçlükler gözlenebilir.
Uyku bozukluğu	Gece uyuyamama, uykunun bölünmesi, gün içinde uykulu olma, uyku-uyanıklık döngüsünün tersine dönmesi gözlenebilir.
Algısal bozukluklar	Genellikle görseldir. İşitsel, dokunsal halüsinasyonlar (vücudunda böcekler geziniyormuş gibi hissettiğini belirtme), yanlış yorumlama (herhangi bir makine alarmı polis sireni olarak anlaşılabilir), göz yanılması (çarşaf/battaniye katlarını hareketli cisim olarak algılama) şeklinde de olabilir.
Düşünce sürecine ilişkin anormallikler	Açık ve uyumlu düşünememe, hezeyanlar (insanların kendisine zarar vermeye çalıştığını söyleme, vb.) gözlenebilir.
Gerginlik	Sürekli yataktan kalkmaya çalışma, bulunduğu ortamda dolaşıp durma, tüp/diren/kateterleri tekrar tekrar çıkartmaya çalışma gözlenebilir.
Apati ve geri çekilme	Azalmış fizik aktivite, azalmış sözlü anlatım izlenebilir.
Duygusal bozukluklar	Anksiyete, üzüntü, korku ve öfori arasında değişen duygusal durum değişiklikleri gözlenebilir.

KLİNİK ALT TİPLER

%30

HİPERKİNETİK

- Sanrı, halüsinasyon, ajitasyon, yönelim bozukluğu ön plandadır.

%24

HİPOKİNETİK

- Depresif, katatonik belirtiler, letarji ve uyanıklık düzeyinde azalma belirgindir.

%46

MİKST

DSM-V DELİRYUM TANI KRİTERLERİ

A.Dikkat ve ayrımında olma bozukluğu

Dikkatini yönlendirme, odaklama, sürdürme,
kaydırma yeteneğinde azalma
Çevreye yönelimde azalma

B.Kısa süre içinde gelişir.

(saatler-birkaç gün içinde)

**Ağırlığı gün içinde dalgalanmalar
gösterir.**

C.Bilişte ek bozukluk

Bellek, yönelim, dil, görsel- uzamsal yeterlilik
yada algıda bozukluk

DSM-V DELİRYUM TANI KRİTERLERİ

D.A ve C tanı ölçütlerinde sözü edilen bozukluk;

Daha önceden var olan, yerleşik yada gelişmekte olan başka bir **nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.**

Koma gibi ileri derecede azalmış uyanıklık düzeyi **bağlamında ortaya çıkmamaktadır.**

E.Öykü, FM, lab bulgularında bu bozukluğun;

Başka bir sağlık durumunun
Madde intoksikasyonu ya da yoksunluğunun yada
bir toksinle karşılaşmanın

Doğrudan fizyolojiyle ilgili etkilerinden
kaynaklandığı ya da çoğul **nedensel etkenlere bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.**

LABORATUAR

- ☐ Tam Kan
- ☐ Elektrolit düzeyi
- ☐ İdrar analizi
- ☐ Renal-KC Fonksiyon Testleri
- ☐ EKG

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

- ☐ **BT**, hasta öyküsü ve laboratuvar bulguları net bir fikir vermiyorsa düşünülmelidir.
 - ☐ Altta yatan sebep aydınlatılmışsa,
 - ☐ travma öyküsü yoksa
 - ☐ fokal nörolojik bulgu yoksa
 - ☐ hasta uyandırılabilir ve basit komutları takip edebilir durumda ise; **BT ÇEKME!**
 - ☐ Eğer nöbet gelişiminden veya nonkonvulsif statustan şüpheleniliyorsa ya da delirium sebebi belirgin değilse, **EEG** istenebilir.

Richmond Ajitasyon- Sedasyon Scalas

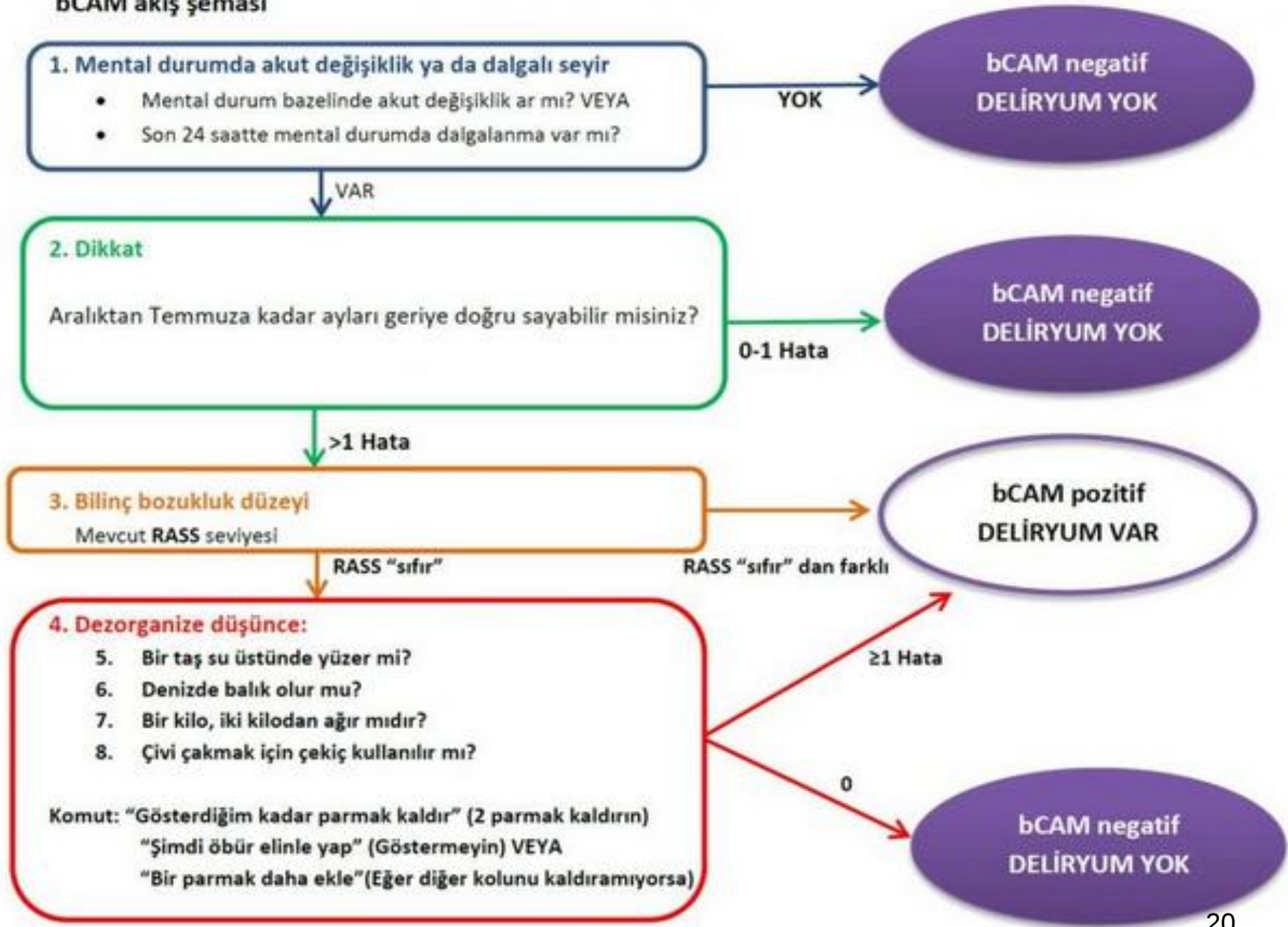
Modifiye RASS skoru		
+4	Saldırgan	İleri derecede boğuşuyor/şiddet uyguluyor. Personel tehlikede.
+3	Çok ajite	İkna edilemez. Tüpleri veya kateterleri çeker. Agresif. Odaklanamaz. Devamlı bağırır, sağa sola dokunur, insanlara değil eşyalara saldırır
+2	Hafif Ajite	Anlamsız hareket. Kolay ikna edilir. Hızla dikkat kaybeder, bakım yapılmasına direnir, sık, maksatlı olmayan hareket vardır
+1	Huzursuz	Endişeli fakat hareketler agresif/şiddetli değil. Çoğu zaman dikkatini toplayabilir. İkna edilebilir. Endişelidir.
0	Uyanık ve sakin	Çevresinin farkında sorulara hemen yanıt verebilir. İsmi söyleyebilir, göz teması kurar.
-1	Kolayca uyanan	Biraz uykulu; göz teması >10 s; tamamen alert değil ama uyanık kalabilir; sese göz açma/göz teması ile >10 sn uyanık kalabilir
-2	Yavaşça uyanan	Çok uykulu; dikkat toplaması zaman alıyor; kısa süreli uyanık kalabiliyor, sese göz açma/göz teması ile < 10 sn uyanık kalabilir
-3	Uyandırılması zor	Dikkatini toplayabilmesi veya göz teması için tekrarlayan sözlü ya da dokunmayla uyaran gerekli, göz teması yok
-4	Uyanık kalamıyor	Uyandırılabilir ancak dikkatini toplayamaz. Sözlü uyarana yanıt vereme fiziksel uyaranla göz açma ya da hareketi olabilir.
-5	Uyandırılmıyor	Sese veya fiziksel uyarıya yanıt yok

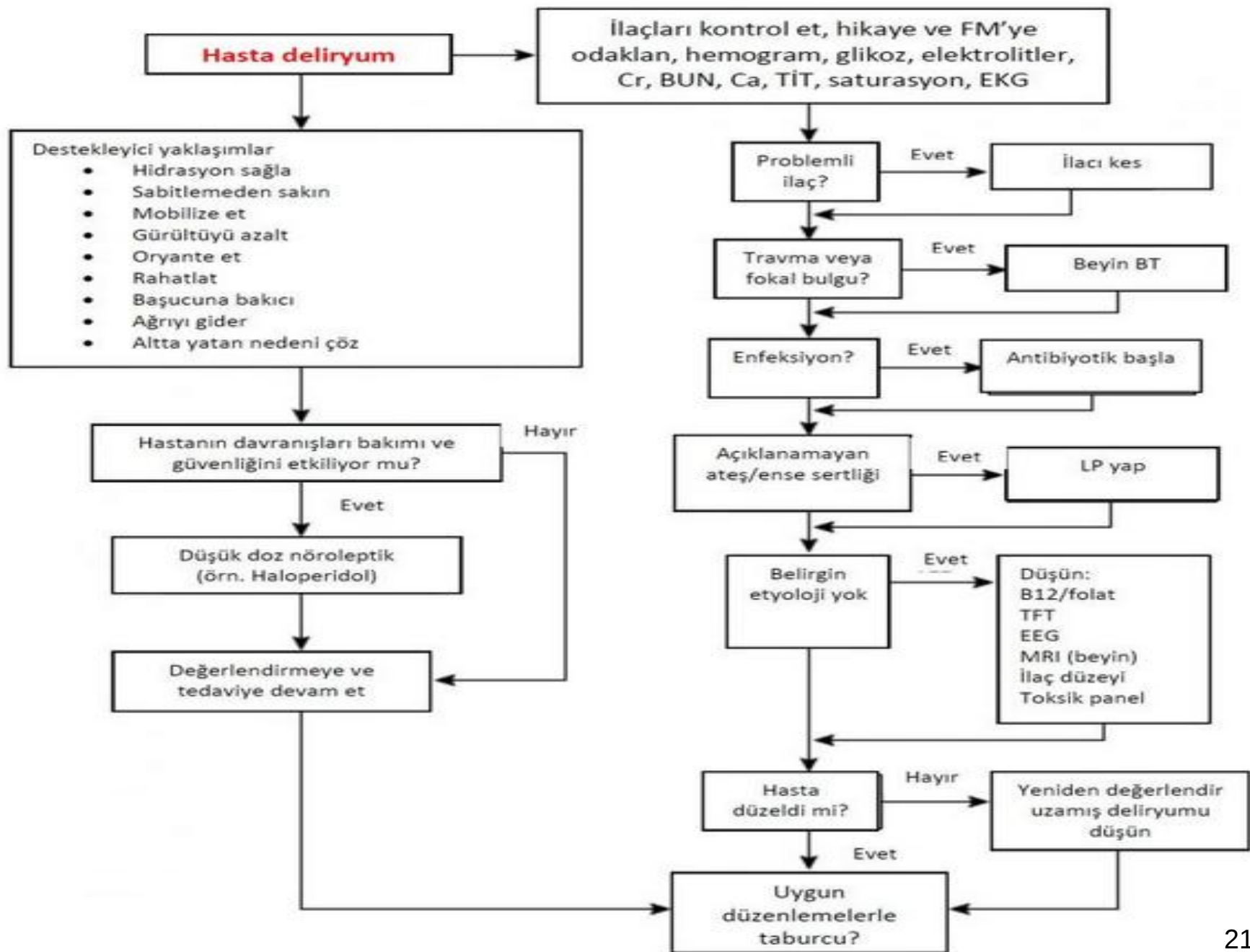
Konfüzyon değerlendirme metodu (CAM)

Özellik	Değerlendirme
1. Akut başlangıç ve dalgalı seyir	Genellikle bir aile üyesi ya da hemşire/bakıcı evet olarak cevaplar: "Hastanın bazaline göre akut mental durum değişimine ait kanıt var mı?"; "Anormal davranış, bilinçte gelip ve gitmeler ya da şiddetinde artış ve azalış eğilimi, gün boyunca dalgalanma gösteriyor mu?"
2. Dikkatsizlik/Dalgınlık	Evet, olarak cevaplanır: "Hasta dikkatini toplamada zorluk yaşıyor mu? Örneğin çabuk dikkati dağılıyor mu ya da ne söylenildiğini takip etmede zorluk yaşıyor mu?"
3. Dağınık düşünme	Evet, olarak cevaplanır: "Hastanın düşüncesi/fikirleri dezorganize veya tutarsız mı? Örneğin; bağlantısız veya konu dışı diyaloglar, net olmayan veya mantıksız fikir akışı veya beklenmeyen konudan konuya değişim var mı?"
4. Bilinç düzey değişiklikleri	"Alert" cevabı dışındakiler pozitif kabul edilir. "Tüm bunlarla beraber hastanın bilinç düzeyini nasıl yorumlarsınız?" Normal = Alert Tetikte = Hiperalert Uykulu, kolayca uyandırılan = Letarjik Uyuşukluk, uyandırmak zor = Stupor Uyandırılmaz = Koma

Deliryum tanısı için; 1 ve 2 olacak, yanında 3 veya 4 ile birlikte

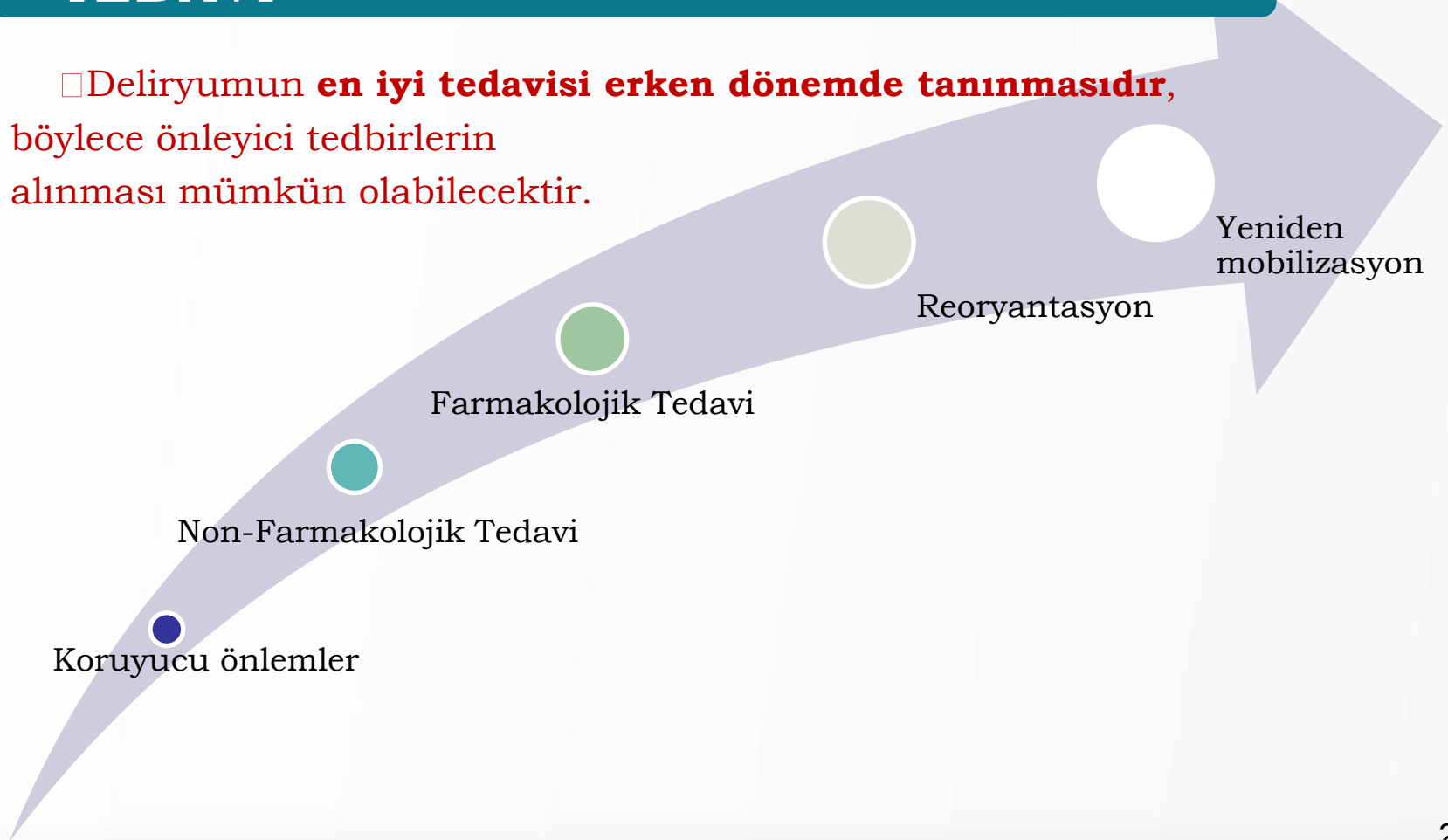
bCAM akış şeması





TEDAVI

□ Deliryumun **en iyi tedavisi erken dönemde tanınmasıdır**, böylece önleyici tedbirlerin alınması mümkün olabilecektir.



FARMAKOLOJİK TEDAVİ

Altta yatan
neden

- Sıvı-elektrolit dengesizliği
- Enfeksiyon
- Alkol yoksunluğu



Deliryuma yol
açan ilaçlar
kesilmeli

- Özellikle sedatifler en aza indirilmeli.

FARMAKOLOJİK TEDAVİ

BENZODIAZEPİN

(lorazepam,diazepam,midozolam)

Benzodiazepin kullanımı bilişsel bozuklukta **kötüleşme olduğunda ve sedasyon yapıcı** özelliği nedeniyle kullanılır.

Diazepam
5-10 mg

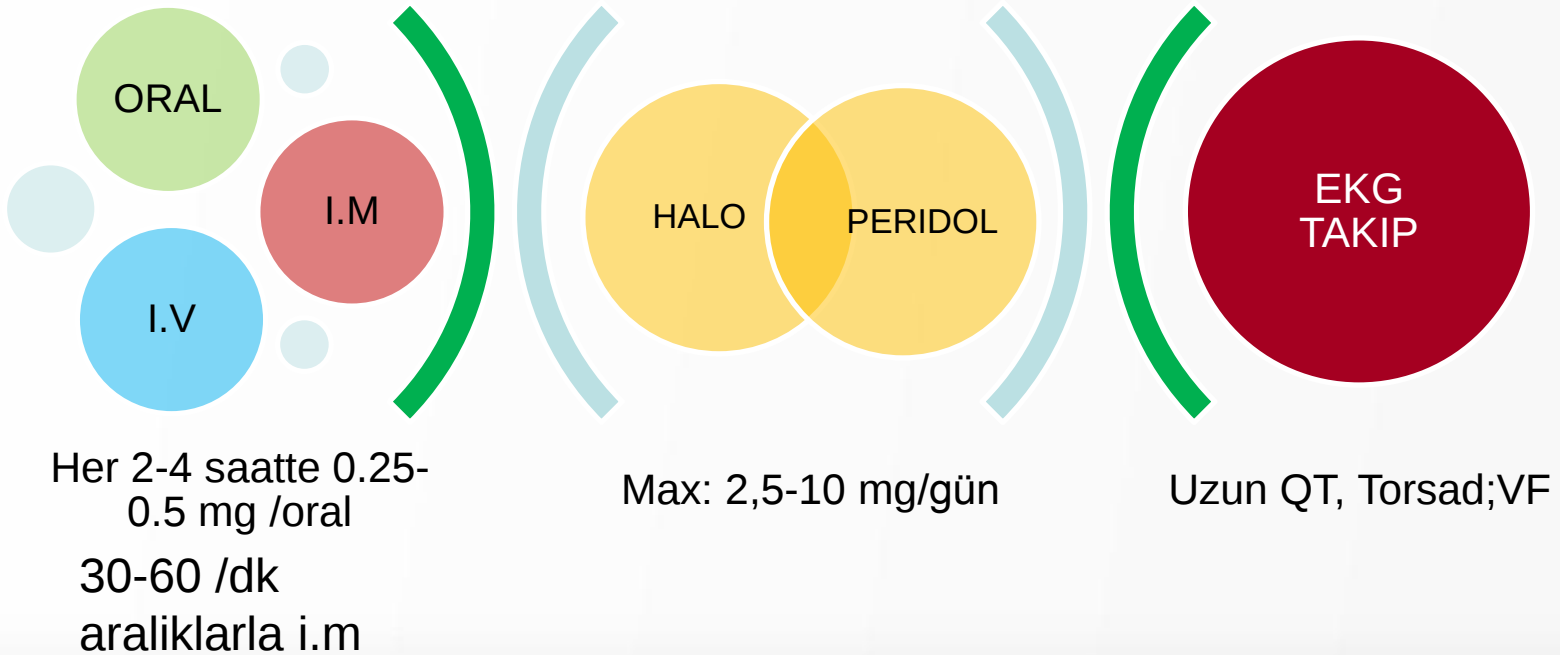
Lorazepam
0.5-1 mg

Midazolam
1-5 mg

- ☐ yoksunluk sendromu,
- ☐ nöbetlere bağlı deliryum
- ☐ aşırı ajitasyon durumları

FARMAKOLOJİK TEDAVİ

ANTİPSİKOTİKLER



Farmakolojik tedavi

Haloperidol	0.5–1 mg IM/IV gerekiyorsa her 30–60 dk; 0.5–1mg oral 2x1 gün gerekiyorsa her 4 saatte	Tercih edilen ajan
Olanzapin	2.5–5 mg oral 1x1 gün	
Risperidon	0.5 mg oral 2x1 gün	
Ketiapin	12.5–25 mg oral 2x1 gün	Parkinson ve hipoaktif deliryumda
Ziprasidon	2 mg–5 mg IM	

Ketamine for the Acute Management of Excited Delirium and Agitation in the Prehospital Setting.

Linder LM¹, Ross CA^{1,2}, Weant KA¹.

- Prehospital and Disaster Medicine, 2016, Linder ve ark
- **Hastane öncesi dönemle ilgili ketamin kullanımına ilişkin literatür taraması yapılmış.**
- İnceleme, Embase (1988-Haziran 2017) ve ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi'nde (1970-Haziran 2017) belirlenen İngilizce makalelerle sınırlıymış.
- **Ketamin uygulanan 418 hasta dahil on makale** tespit edilmiş.
- Uygulama için en yaygın kullanılan yol intramüsküler (IM) olup, yedi IM uygulama çalışmasının beşi, 5 mg / kg'lık bir ketamin dozu kullanılarak gerçekleştirilmiştir.
- **En yaygın advers olaylar solunumla ilgili olaylar ve hipersalivasyonmuş.**
- Hastane öncesi deliriumdaki hastalar için **bir protokolün zaruri bir ihtiyaç** olduğu önerilmiş.

Approach to the Agitated Emergency Department Patient.

Gottlieb M¹, Long B², Koyfman A³.

Table 4. Medications for the Treatment of the Agitated Patient

Type of Medication	Available Routes and Doses
Haloperidol	p.o./i.m./i.v.: 5 mg (maximum: 20 mg over 24 h)
Risperidone	p.o.: 2 mg (maximum: 6 mg over 24 h)
Olanzapine	p.o./i.m./i.v.: 5–10 mg (maximum: 20 mg over 24 h)
Ziprasidone	i.m.: 10–20 mg (Maximum: 40 mg over 24 h)
Aripiprazole	i.m.: 9.75 mg (Maximum: 30 mg over 24 h)
Lorazepam	p.o./i.m./i.v.: 2 mg
Midazolam	p.o./i.m./i.v.: 2 mg
Ketamine	i.m.: 4–6 mg/kg; i.v.: 1–2 mg/kg

p.o. = per os (orally); i.m. = intramuscular; i.v. = intravascular.

- The Journal of Emergency Medicine, 2018, Gottlieb ve ark.
- Acil serviste ajite hastalara yaklaşımı;
- Tedavide ise 1. kuşak anti psikotik, 2. kuşak anti psikotik, benzodiazepin **en son aşamada kontrol alınamazsa ketamin** uygulamasını önermişlerdir.

Baden Prevention and Reduction of Incidence of Postoperative Delirium Trial (PRiDe): a phase IV multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial of ketamine versus haloperidol for prevention of postoperative delirium.

Riegger H¹, Hollinger A², Seifert B³, Toft K⁴, Blum A¹, Zehnder T¹, Siegemund M¹.

Table 1

Overview of treatment arms

Treatment arms	Assigned interventions
Active comparator: haloperidol	Haloperidol 0.005 mg/kg body weight at induction of anaesthesia
Active comparator: ketamine	Ketamine 1 mg/kg body weight at induction of anaesthesia
Active comparators: haloperidol + ketamine in combination	Haloperidol 0.005 mg/kg body weight + ketamine 1 mg/kg body weight at induction of anaesthesia
Placebo comparator	Normal saline (NaCl 0.9%)

Trials.-BMC journal, 2018 yılı,
Reigger ve ark

Çok merkezli placebo kontrollü çift
kör faz 4 çalışma

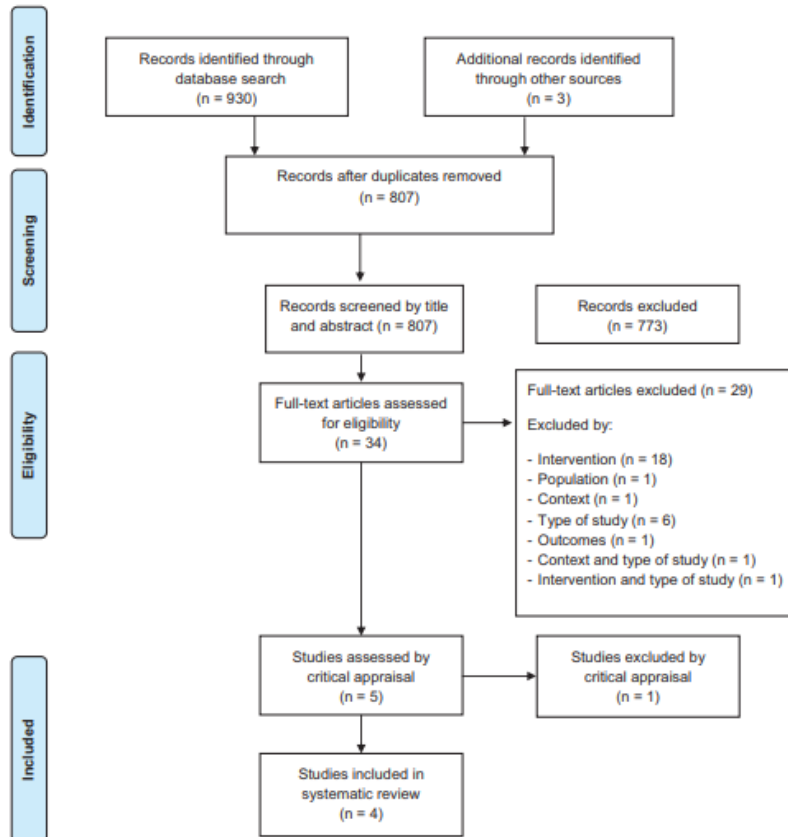
Yoğun bakım post op hastalarda
deliriumu önlemede ketamine karşı
haloperidol

Çalışma 4 kollu;

200 hasta; 50 ketamin, 50
haloperidol, 50 kombine, 50 plasebo
K., H., ve Kombine tedavilerin
plaseboya karşı çok etkili

Effectiveness of haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk of delirium: a systematic review.

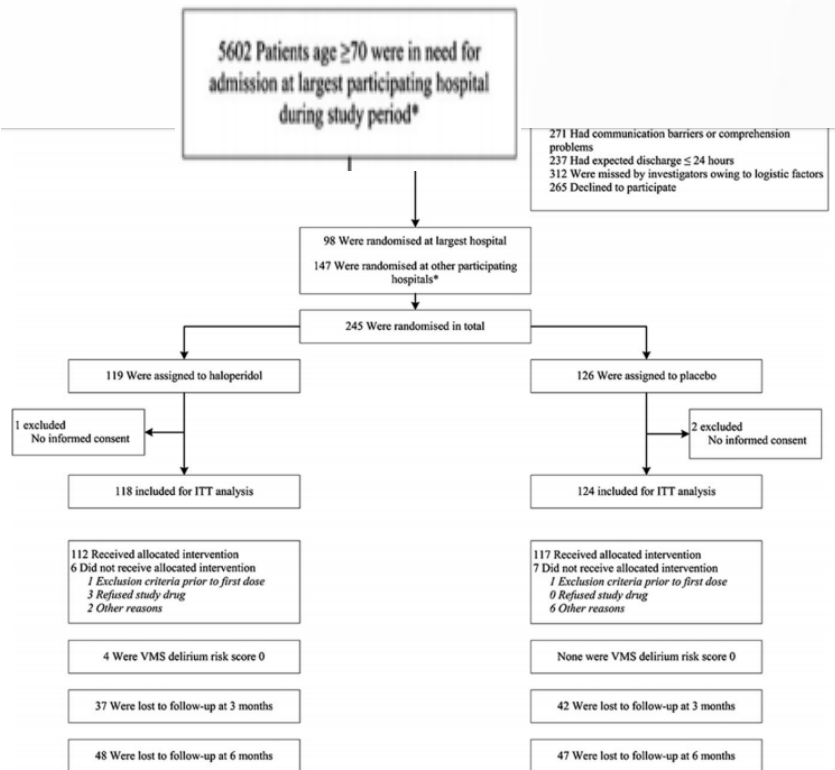
Santos E¹, Cardoso D, Neves H, Cunha M, Rodrigues M, Apóstolo J.



- JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 2017 yılı
- Santos E, sistemik review
- 933 çalışmadan sadece 4 çalışma dahil edilmiş ve 1142 hasta incelenmiş,
- Sonuçlar 2 çalışmada düşük doz haloperidol infüzyonun yararlı, diğer 2 çalışmada yararlı olmadığı hatta hosp süresini uzattığını ve daha fazla mek. Vent. Bağlı kalındığını bildirmişler.

Haloperidol versus placebo for delirium prevention in acutely hospitalised older at risk patients: a multi-centre double-blind randomised controlled clinical trial.

Schrijver EJM¹, de Vries OJ^{1,2}, van de Ven PM³, Bet PM⁴, Kamper AM⁵, Diepeveen SHA⁵, van Marum RJ^{6,7}, van Strien AM⁸, Anten S⁸, Lagaay AM^{9,1}, Boelaarts L¹⁰, Bloemers FW¹¹, Kramer MHH¹, Nanayakkara PWB¹.



- 2018 yıl ,Age and Aging journal
- Schriver ve arkadaşları ;70 y üzeri 5602 hastada yapılmış
- Çok merkezli çift kör randomize kontrollü bir çalışma
- Akut hospitalize haslarda haloperidolle deliriumu önleme durumunu plesebo ile karşılaştırma
- 3. ve 6. aylarda primer ve sekonder sonlanım noktaları
- H. DEL. İnsindansını azaltmamış ve tavsiye edilmemiştir

Management of delirium in palliative care: a review.

Grassi L¹, Caraceni A, Mitchell AJ, Nanni MG, Berardi MA, Caruso R, Riba M.

- **Antipsikotikler**

- D2 reseptörlerini inhibe ediyor

- Nöroprotektif etki

- **İlk jenerasyon :**

- Haloperidol en sık kullanılan

- Klorpromazinin ortostatik hipotansiyon, kardiyovasküler yan etkileri var

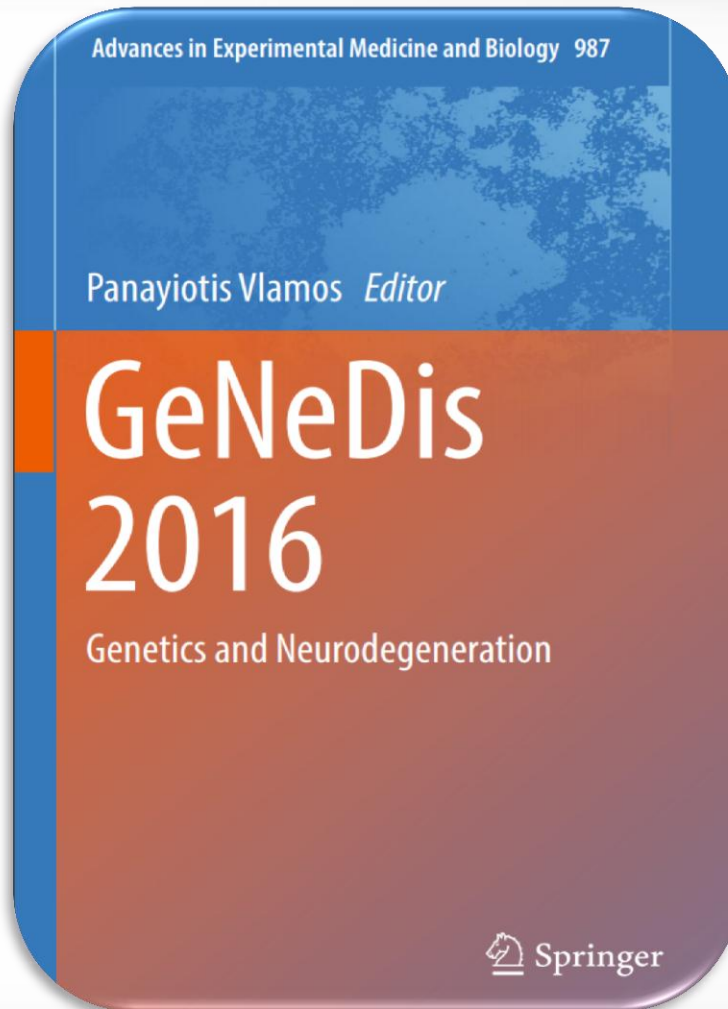
- Metotrimeprazin infant ve çocuklarda güvenle kullanılabilir (IV, oral, gastrostomi)

- **İkinci jenerasyon:** olanzapin, risperidon, ketiyapin, ziprasidon

- Üçüncü (aripiprazol) ve dördüncü (peropiron) gruplar acil serviste kullanılmazlar

Post-Operative Delirium in Elderly People Diagnostic and Management Issues of Post-Operative Delirium in Elderly People.

Florou C¹, Theofilopoulos D², Tziaferi S¹, Chania M¹.



- **Postoperatif deliryumun predispozan ve nedensel faktörleri hakkında bilgi eksikliği vardır.**
- Hemşirelerin yaşlılara kaliteli bakım sağlamak için **gerekli eğitimi almalarını gerektiriyor.**
- **Postoperatif deliryum geriatrik hastalarda sık görülür.**
- Bu konuda **dikkatli ve bilgili** olunmalıdır

Lancet. 2016 Oct 16;388(10054):1893-1902. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30580-3. Epub 2016 Aug 16.

Dexmedetomidine for prevention of delirium in elderly patients after non-cardiac surgery: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial.

Su X¹, Meng ZT¹, Wu XH¹, Cui F¹, Li HL², Wang DX³, Zhu X², Zhu SN⁴, Maze M⁵, Ma D⁶.

Iran J Psychiatry Behav Sci. 2015 Dec;9(4):e1793. doi: 10.17795/ijpbs-1793. Epub 2015 Dec 23.

Remission of Methamphetamine-Induced Withdrawal Delirium and Craving After Electroconvulsive Therapy.

Ahmadi J¹, Ekramzadeh S¹, Pridmore S².

Psychosomatics. 2015 Nov-Dec;56(6):615-25. doi: 10.1016/j.psych.2015.09.008. Epub 2015 Oct 3.

Valproic Acid for Treatment of Hyperactive or Mixed Delirium: Rationale and Literature Review.

Sher Y¹, Miller Cramer AC², Ament A³, Lolak S², Maldonado JR³.

Trials. 2016 Jan 28;17(1):55. doi: 10.1186/s13063-016-1163-1.

The Healthy Heart-Mind trial: melatonin for prevention of delirium following cardiac surgery: study protocol for a randomized controlled trial.

Ford AH¹, Flicker L², Passage J³, Wibrow B⁴, Anstey M⁵, Edwards M⁶, Almeida OP⁷.

Syst Rev. 2016 Nov 24;5(1):199.

Melatonin and melatonin agonists to prevent and treat delirium in critical illness: a systematic review protocol.

Foster J^{1,2,3}, Burry LD^{4,5}, Thabane L^{6,7,8,9,10}, Choong K^{10,11}, Menon K^{12,13,14}, Duffett M^{10,11}, Cheung A⁵, Guenette M⁵, Chimunda T^{15,16}, Rose L^{17,18,19,20,21}.

⊕ Author information



İNSİDANS

- ❖ 60 yaşında %1
- ❖ Her 5 yılda sıklığı ikiye katlanmakta
- ❖ 80 yaş civarında %20 oranında görülmektedir.

TANIM

Demans;

Bellek, konuşma, algılama, hesaplama, yargılama, soyut düşünme ve problem çözme gibi bilişsel işlevlerden en az ikisinde bozukluk olması ile karakterize, Kronik, İlerleyici bir tablodur.



Acil serviste demans şüphesini değerlendirme amaçları:

Geri dönüşlü formları tanıyabilmek

Demansı olan hastada akut hastalık bulgularını saptamak

Geri dönüşsüz demansın normal süreci ile bulguların uyumluluğunu karşılaştırmak



SINIFLANDIRMA

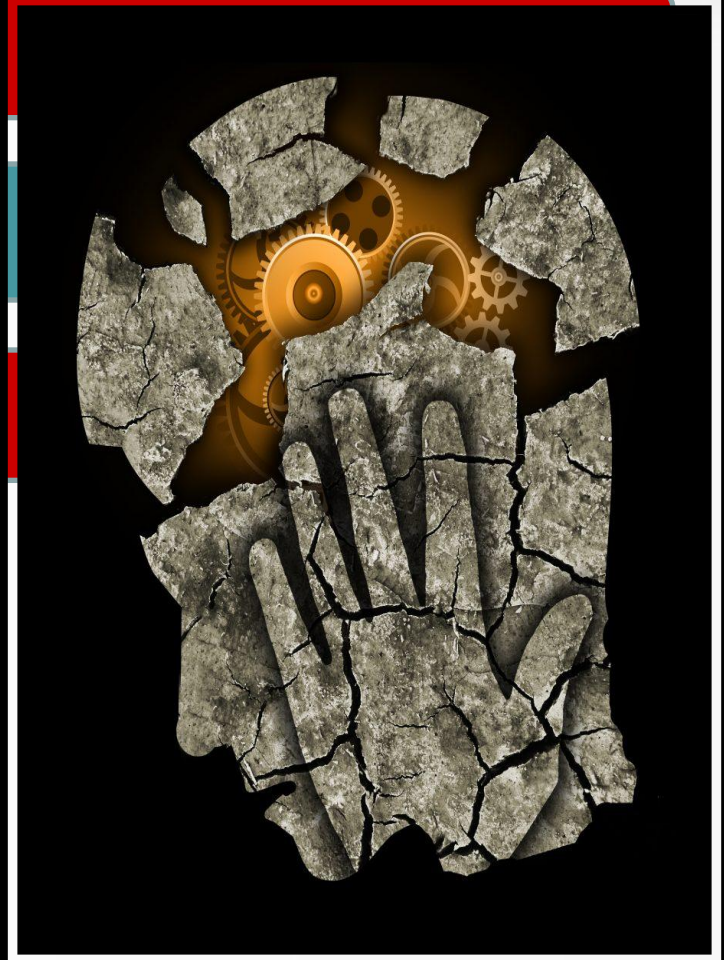
NEDENLERİNE GÖRE

ETİYOLOJİYE GÖRE

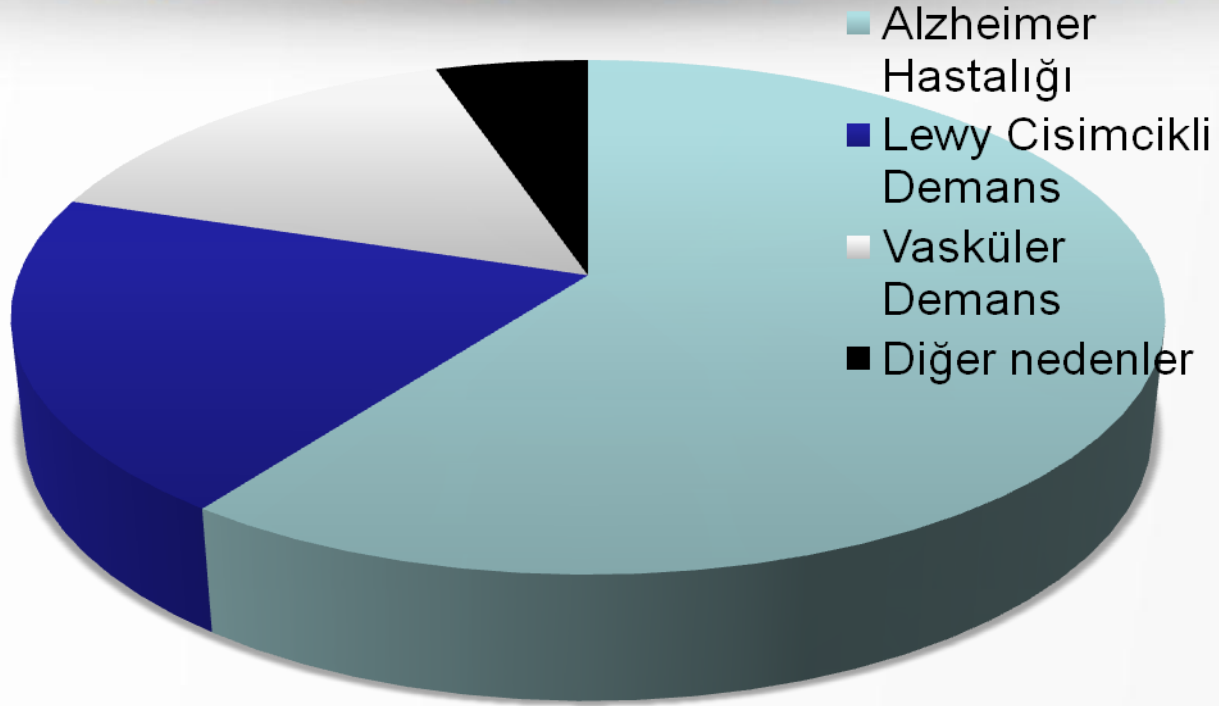
LOKALİZASYONUNA GÖRE

KORTİKAL

SUBKORTİKAL



NEDENLERİ



SINIFLANDIRMA

KLİNİĞİNE GÖRE;

HAFİF EVRE

- **Depresyon** genellikle ilk bulgu.
- **İlerleyici** özellikte günlük yaşamı etkileyen unutkanlıklar, konuşma sırasında doğru kelimeleri bulmada güçlük, eşyaların yerini hatırlamakta güçlük ve hatırlatıcı liste yapma gibi belirti ve davranışlar görülür.
- **yakın bellek kaybı** ön plandadır, uzak hafıza görece korunmuştur.
- **Konuşma akıcılığı etkilenir.**

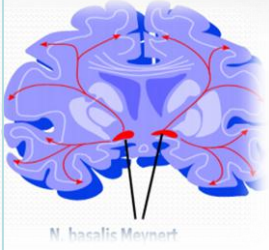
ORTA

- Bellek bozukluğu ilerlemiş, eski olayları da unutma başlamış olabilir.
- Seyrek görülen yüzler unutulur.
- Yer oryantasyonu bozulmaya başladığı için tanımadığı çevrede hasta kaybolur.

AĞIR EVRE

- **Tamamen geçmişte yaşar ve en yakınlarını bile tanımamaya başlar.**
- Tanıdık çevrede kaybolan hasta, konuşma içeriğini zaman ve yere uyduramaz ve **afazik** hale gelir.
- Amaçsız hareketler, tekrarlayıcı hareket, ajitasyon görülür.
- **Tam bağımlı** hale gelir.

PATOFİZYOLOJİ



Artmış amiloid birikimi,
nörofibriler yumak ve plak üretimi



Hücre ölümü



Nörotransmitter değişiklikler



Biliş, duygulanım ve davranış
değişiklikleri



RİSK FAKTÖRLERİ

- ☐ **Yaş**
- ☐ **Ailede demans öyküsü**
- ☐ Kadın cinsiyet
- ☐ Down sendromu
- ☐ 1,4 ve 21. kromozomlarda spesifik mutasyonların varlığı
- ☐ Apolipoprotein E-4 genotipi
- ☐ Kafa travması
- ☐ Düşük eğitim düzeyi
- ☐ Tiroid hastalıkları (özellikle hipotroidi)
- ☐ **Depresyon**



Demans; DSM IV Kriterleri

A.1.Bellek bozukluğu

2.Aşağıdaki bilişsel bozukluklardan bir ya da birden fazlası:

- Afazi
- Apraxi
- Agnozi
- Yürütücü işlev bozukluğu (planlama,organizasyon,sıralama, soyutlama)

B. Bilişsel bozukluk sosyal yaşam ve iş yaşamını etkileyecek kadar şiddetli olmalı ve daha önce edinilmiş daha yüksek bir düzeyden düşüşle karakterize olmalı.

C. Özellikle deliryum sırasında ortaya çıkmış olmamalı.

DSM V Kriterleri

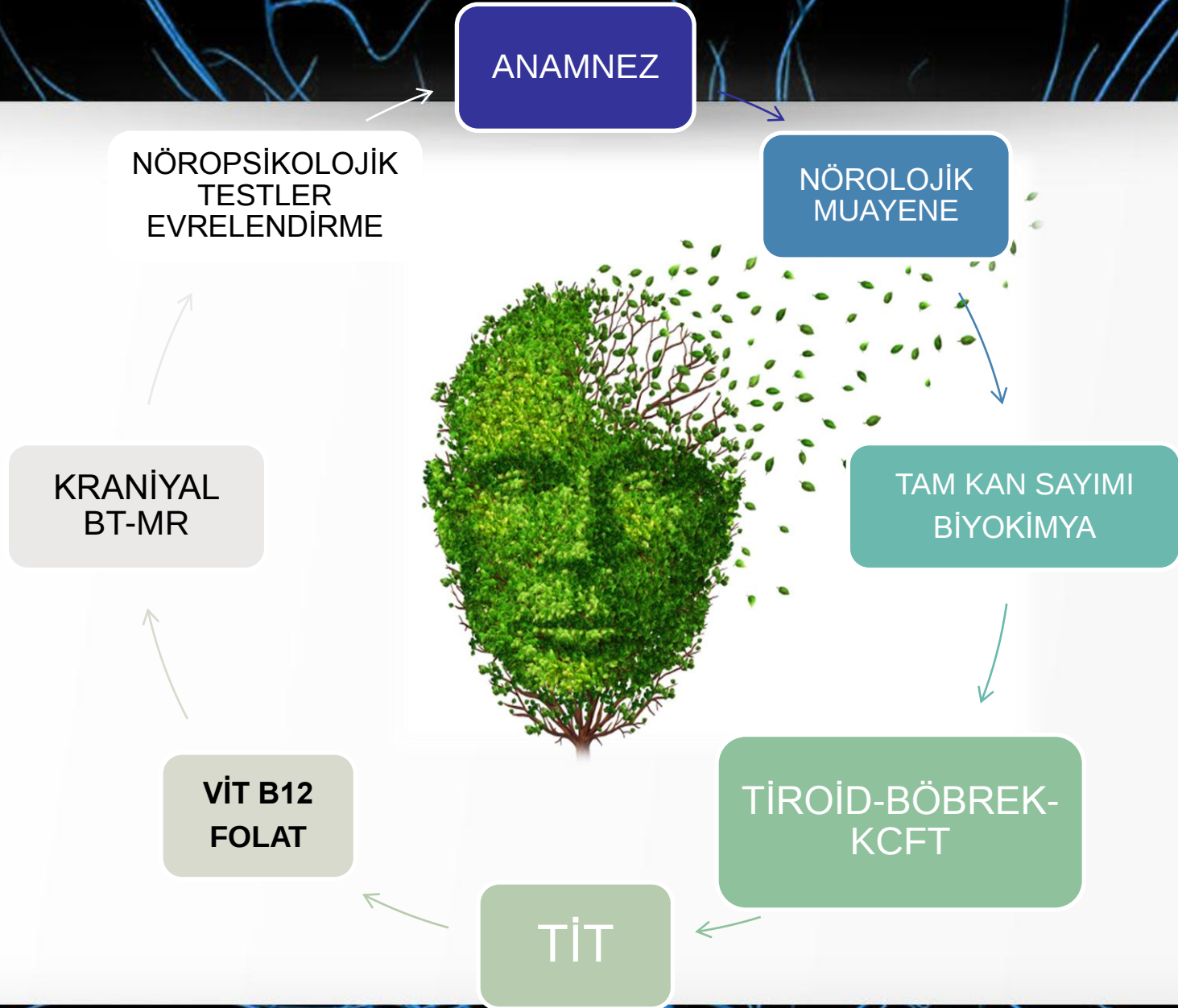
A. Bir veya daha fazla kognitif alanda daha önceki bir performans seviyesinden anlamlı bilişsel gerileme kanıtı :

- Öğrenme ve bellek
- Dil
- Yürütücü işlev
- Kompleks dikkat
- Algısal motor
- Sosyal biliş

B. **Bilişsel bozukluk sosyal yaşam ve iş** yaşamını etkileyecek kadar şiddetli olmalı ve daha önce edinilmiş daha yüksek bir düzeyden düşüşle karakterize olmalı.

C. Özellikle **deliryum sırasında ortaya çıkmış olmamalı.**

-D. Bilişsel açıklar, başka bir zihinsel bozukluk (örneğin, majör depresif bozukluk, şizofreni) tarafından daha iyi açıklanmaz.

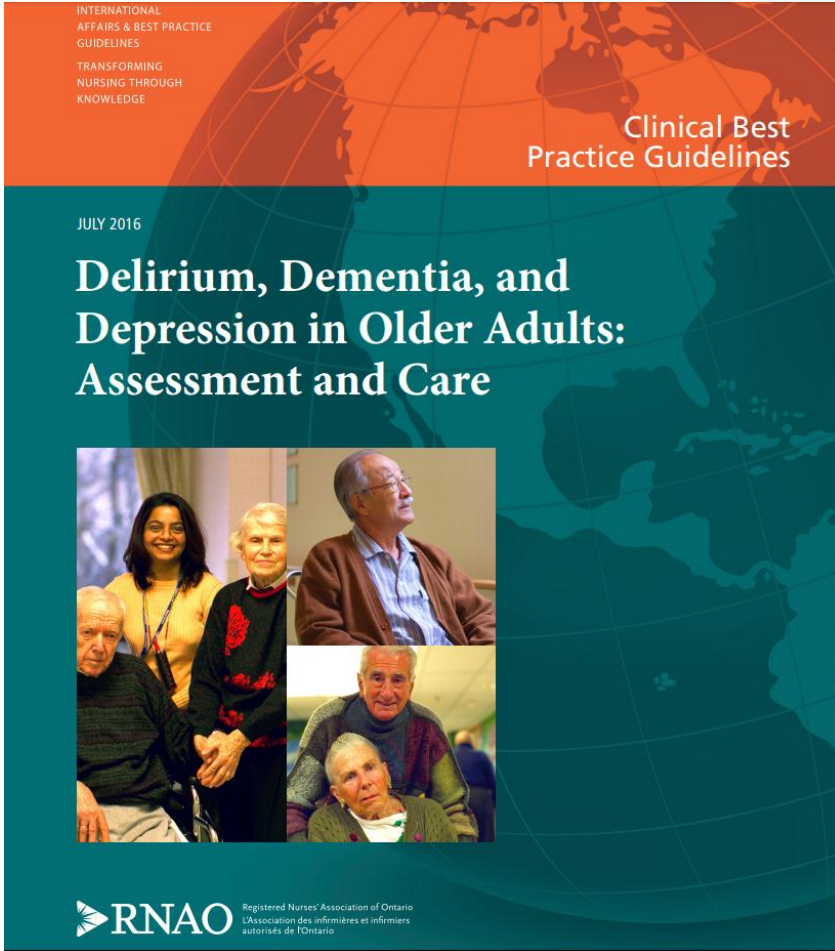


TEDAVI

Tek bir hastalık değil, değişken bir klinik sendrom.
Altta yatan sebebe yönelik tedavi.

Alzheimer Hastalığında tedavi:

- **Kolinesteraz inhibitörleri**, donepezil, galantamin ve rivastigmin hafif-orta derecede Alzheimer hastalığında etkilidir.
- Etki yollarında küçük farklar olmakla birlikte her üçü de benzer etkinliktedir.
- Yan etkiler arasında aralarında farklar olup çift kör plasebo kontrollü geniş çalışmalar incelendiğinde **donepezilin rivastigmine göre biraz daha iyi bir yan etki profili olduğu görülür.**
- Anti glutamat tedavi: Bir NMDA reseptör antagonisti, memantin:



Kılavuz şu konulara odaklanır:

- **Uygulama önerileri:** yaşlı yetişkinlere doğrudan klinik bakım sağlayan hemşirelere yönelik:
temel bakım, akut bakım, ev bakım ayarları, alternatif bakım / kompleks bakım seviyesi ve uzun vadeli bakım.
- **Eğitim tavsiyeleri önerileri:**
- **Organizasyon ve politika önerileri:**
Optimal etkinlik için, bu üç alandaki öneriler birlikte uygulanmalıdır.

European palliative care guidelines: how well do they meet the needs of people with impaired cognition?

E L Sampson,^{1,2} J T van der Steen,³ S Pautex,⁴ P Svartzman,⁵ V Sacchi,⁶ L Van den Block,⁷ N Van Den Noortgate⁸

ABSTRACT

Objective Numbers of people dying with cognitive impairment (intellectual disability (ID), dementia or delirium) are increasing. We aimed to examine a range of European national palliative care guidelines to determine if, and how well, pain detection and management for people dying with impaired cognition are covered.

Methods Questionnaires were sent to 14 country representatives of the European Pain and Impaired Cognition (PAIC) network who identified key national palliative care guidelines. Data was collected on guideline content: inclusion of advice on pain management, whether cognitively impaired populations were mentioned, assessment tools and management strategies recommended. Quality of guideline development was assessed with the Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) instrument.

Results 11 countries identified palliative care guidelines, 10 of which mentioned pain management in general. Of these, seven mentioned cognitive impairment (3 dementia, 2 ID and 4 delirium). Half of guidelines recommended the use of pain tools for people with cognitive impairment; recommended tools were not all validated for the target populations. Guidelines from the UK, the Netherlands and Finland included most information on pain management and detection in impaired

- Samson EL ve ark. 2015 yılı
- Amaç: Avrupa'da bilişsel bozukluğu olan insanların Palyatif bakım kılavuzlarının ihtiyaçları tespit etmede ne kadar etkili oldukları;
- 11 avrupa ülkesinin klavuzları ihtiyaçları karşılamıyor, yeni yönergelere ihtiyaç var.

DELİRYUM VE DEMANS ÖZELLİKLERİ

ÖZELLİKLER	DELİRYUM	DEMANS
Başlangıç	Akut (saat-gün)	Yavaş (ay-yıl)
Psikiyatrik bulgular	Yok	Sıklıkla depresyonla birlikte
24 saat içinde seyri	Hızlı dalgalı	Stabil
Oryantasyon	Bozuk	Bozuk
Dikkat	Bozuk	Ciddi olgular dışında normal
Konsantrasyon	Bozuk	Bozuk
Halüsinasyon	Görsel/işitsel	Sıklıkla yok
Delüzyonlar	Geçici	Genellikle yok
Konuşma	Tutarsız, dezorganize	Anomik / afazik
Hareketler	Asteriks, tremor	Sıklıkla yok
Tedavi	Geri dönmesi tipik	Yanıt vermez

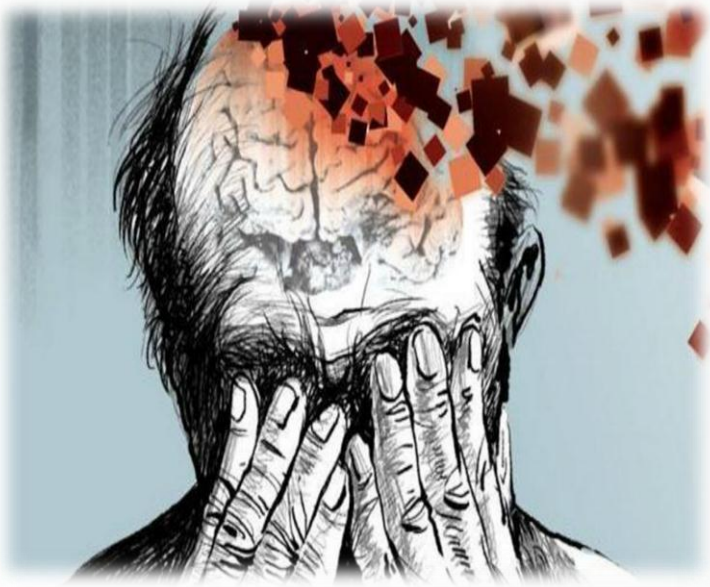
Take home message

- yaşlı,
- komorbid,
- yeni operasyon,
- yeni yoğun bakım,
- daha önce delirium,
- demans

öykülerinden biri bulunan hastalar da dikkatimizi artırmamız lazım,

Ani, akut başlangıçlı, gün içinde dalgalanmalar gösteren, biliş ve dikkat bozukluğu ön planda olan hastaya DELİRİUM şüphesiyle yaklaşmamız gerekir.

Deliriumdaki hipokinetik hastayı yanlışlıkla demans yada nörobilişsel bir hastalık dememek gerekir.



Teşekkürler

Soru?

Katkı?