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

راحله عصایی[1]، هدایت نظری[2]، سمیه حسینی[3]
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

Ø 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. متاسفانه علیرغم اهمیت این سندرم، پزشکان و پرسنل تنها قادر به تشخیص کمتر از یک سوم بیماران می‌باشند.

Ø 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 وهر بیمار چهـار روز متـوالی مـورد بررسی قرارگرفت.

Ø 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 دایریوم در گروه های سنی 77-58 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 دیلیریوم بین دو جنس ارتباط معنی داری وجود داشت(**p**=0/0 1). ولی در بخش داخلی از نظر ابتلا به دلیریوم بین دو جنس تفاوت معنی داری جود نداشت(**p**=0/ 92).

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

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

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

پست الکترونیک: asaee_ra@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

مقدمه

اختلالات روان پزشکی به طور شایعی با سایر بیماریها دیده می‌شوند که می‌توانند تداخل کننده و تشدید کننده‌ی بیماریهای طبی باشند. درمان این اختلال‌ها 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 مواج 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، آندوکرین 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 کلیرانس 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 پیش آگهی 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 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. متاسفانه علیرغم اهمیت این سندرم، پزشکان و پرسنل تنها قادر به تشخیص کمتر از یک سوم بیماران می‌باشند (3، 4).

در کشورهای پیشرفته، روان‌پزشکی مشاوره‌ای ـ رابط وجود دارد. در روان‌پزشکی مشاوره‌ای ـ رابط[1] روان پزشک به عنوان مشاور یک همکار (خواه یک روان پزشک دیگر یا در اکثر موارد یک غیر روان‌پزشک) با یک همکار دیگر در زمینه بهداشت روانی (روان شناس، مددکار اجتماعی یا روان پرستار) خدمت می‌کند. روان‌پزشک مشاور ـ 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. متاسفانه علی رغم اهمیت تشخیص دلیریوم در بیمارستان های ما روان پزشک 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 بخش های داخلی و جراحی (هر یک 120 بیمار) بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد انتخاب شده و پس از

1. CL-Psychiatry

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

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 می کاهد، هر بیمار طی چهار روز متوالی مورد بررسی قرارگرفت.

معیار جهت پذیرش نمونه شامل بیمارانی بود که در بخش های 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 داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS 10 انجام و با توجه به نرمال نبودن داده ها از آزمون های ناپارامتری من ویتنی[1] و کروسکال والیس[2] استفاده شد. $p<0/0 5$ معنی دار در نظر گرفته شد.

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%) 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 (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 37-18 سال، گروه سنی 57-38 سال، گروه سنی 77-58 سال، گروه سنی بالای 77 سال. در بخش جراحی بیشترین فراوانی دایریوم در گروه های سنی 77-58 سال و بالای 77 سال بود (نمودار1).

در بخش جراحی میانگین سنی بیماران مبتلا به دلیریوم 62/4 سال و در بیماران مشکوک به دلیریوم 47/1 سال بود.

آنالیز آماری داده ها نشان می دهد که میانگین سنی در سه گروه سالم، مشکوک و مبتلا به دلیریوم بطور معنی داری متفاوت است (p=0/0001).

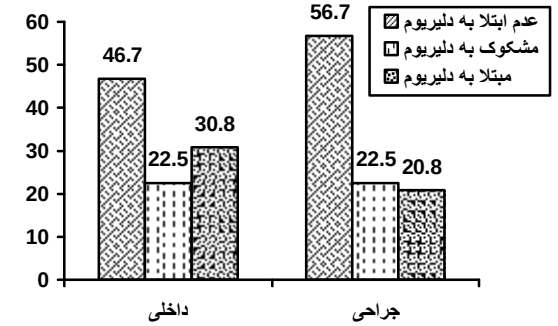
در بخش داخلی بیشترین فراوانی دلیریوم در گروه های سنی بالای 77 سال بود. در بخش داخلی میانگین سنی بیماران مبتلا به دلیریوم 60/9 سال ودر بیماران مشکوک به دلیریوم 51/1 سال بود (نمودار 3).

آنالیز آماری داده ها نشان می دهد که میانگین سنی در سه گروه سالم، مشکوک و مبتلا به دلیریوم بطور معنی داری متفاوت است. در بخش جراحی از نظر ابتلا به دیلیریوم بین دو جنس ارتباط معنی داری وجود دارد (p=0/01) (نمودار 4).

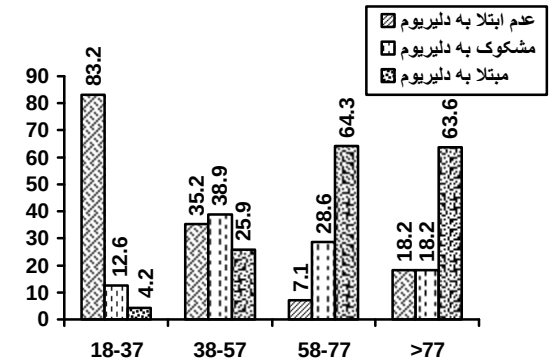
1. Mann Whitney test
2. Kruskal-Wallis test

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

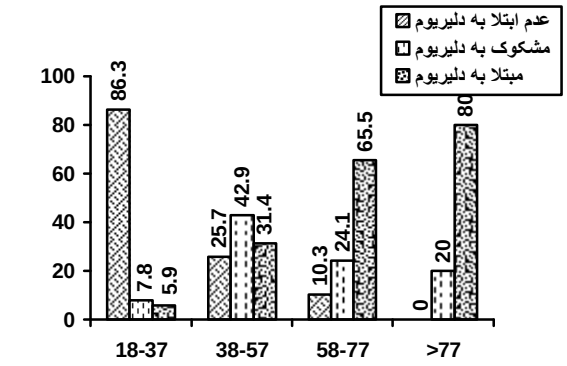
ولی در بخش داخلی از نظر ابتلا به دلیریوم بین دو جنس تفاوت معنی داری جود ندارد (p=0/ 92) (نمودار 5).



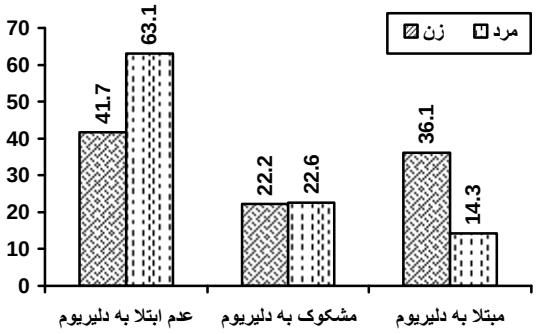
نمودار شماره 1- درصد فراوانی دلیریوم در بیماران به تفکیک بخشهای داخلی و جراحی



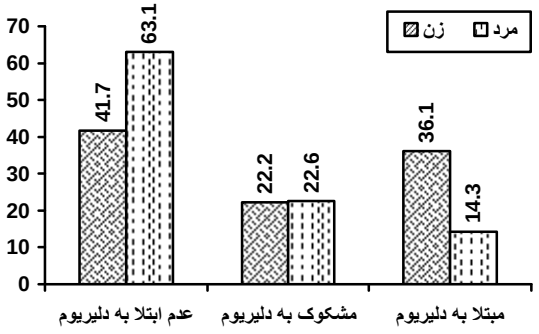
نمودار شماره 2- درصد فراوانی دلیریوم در بیماران به تفکیک گروههای سنی در بخش جراحی



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



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



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

بحث و نتیجه‌گیری

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).

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

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 درCCU 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 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).

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

میـزان فراوانـی دلیریـوم در بخـش جراحـی در مطالعـات مختلف، متفاوت است. میزانی که در مطالعـه حاضـر بـه دسـت آمده (20/8%) از میزان ذکـر شـده در کتـاب آکـسفورد 1999 (15-5%) (13) و مطالعـــه فرانکـــو و همکـــارانش در آمریکـــا (11/4%)، بیشتر و از مطالعـه سـانتوس وهمکـارانش در برزیـل (33/6%) و مطالعه تابان در اصفهان (29/1%)، کمتر بـود. علـت تفاوت در نتـایج بدسـت آمـده، مـی توانـد ناشـی از تفـاوت در گروههای سنی مـورد بررسـی، الکلیـسم، تفـاوت در نـوع عمـل جراحی و تفاوت در ملاکهـای مـورد اسـتفاده جهـت تـشخیص دلیریوم، باشد.

در مطالعه حاضر میزان فراوانی دلیریوم در بخش جراحـی کمتر از بخش داخلی بـود. علـت ایـن مـسئله مـی توانـد عـدم غربالگری دلیریوم بین بیماران با اعمال جراحـی بـزرگ (مثـل جراحی قلب و یا جراحی لگن و مفصل ران) و بیماران بـستری در بخش سوختگی باشد. در مطالعه حاضر از 62 نفر (25/83%) بیمار مبتلا به دلیریوم 25نفر (32/5%) زن و 37 نفـر (22/7%) مرد بودند و بیشترین ابـتلای دلیریـوم در گـروه سـنی 77-58 سال (64/28%) بود.

در مطاله مدبر نیا در سال 1381 در گـیلان CCU، 67% کل مبتلایان به دلیریوم متعلق به گروه سنی 65 سـال و بـالاتر بودند (2).

در مطالعـه مـدبر نیـا و تابـان و مطالعـه حاضـر رابطـه مستقیمی بین سن و بروز دلیریوم وجود داشت این نکته بیـانگر آن است که افزایش سن، به عنوان عامل خطر ساز جهـت ابـتلا بـه دلیریـوم مـی باشـد. احتمـال دارد در افـراد مـسن، کـاهش کلیرانس کلیوی، خطر مسمومیت به طور مثال با بنزودیازپین‌ها را افزایش می‌دهد و این افزایش، خود زمینه ساز بـروز دلیریـوم می‌باشد.

از آنجـایی کـه دلیریـوم بـه کـرات موجـب پیچیـدگی بیماریهـای عـضوی داخلـی، بخـصوص در بیمـاران بـستری در بیمارستان می‌گردد و با توجه بـه فراوانـی سـندرم دلیریـوم در بخشهای مختلف داخلی و جراحی جامعه ما، وجود روان پزشک مـشاور- در جهـت تـشخیص زود رس و کنتـرل دلیریـوم در بیمارستان های داخلی و جراحـی ضـروری بـه نظـر مـی رسـد.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]

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

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-07]