

SAYI 7 / TEMMUZ

www.moodisthastanesi.com

“DELİRYUMDA AYIRICI TANININ ÖNEMİ”

HAZIRLAYAN

Psikiyatrist Uzm. Dr. Jale Mursalova

Delirium, genel hastanelerde yatan hastalarda, en sık karşılaşılan nöropsikiyatrik bozukluklardandır. Genel hastanelere yatan hastalarda %11-42 arasında görülmekte olup özellikle ileri yaştaki hastalar delirium için daha yüksek risk taşımaktadır. Çeşitli kaynaklarda, 60 yaş üstünde %33, kanser hastalarında %25 sıklıkta oranlardan bahsedilmektedir.

Ayırıcı Tanı:

Çok çeşitli ve farklı nedenler deliriumu ortaya çıkarabilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik tanılarla çok sık karışabilir. Tüm demanslar, akut mani ve diğer hızlı gelişen afektif bozukluk epizotları, akut psikotik tablolar, dissosiyatif epizodlar ve ağır kişilik bozuklukları ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.



Etiyolojik nedenlerin çeşitliliği, delirium tablosunun gidişatını ve birçok diğer faktörleri de belirlemektedir. Örneğin, genel tıbbi duruma bağlı delirium ile alkol yoksunluğuna bağlı delirium (delirium tremens) ayırımı, hastanın tedavisi ve prognozu açısından önemli bir durumdur. Bu ayırım **Tablo 1’de** gösterilmiştir.

216 912 17 00

www.moodisthastanesi.com



Moodisthastanesi

Tablo 1. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Deliryum ve Alkol Yoksunluk Deliryumu Ayırımı

Özellik	Genel Tıbbi Duruma Bağlı Deliryum	Alkol Yoksunluğuna Bağlı Deliryum
Alt tipi	Karma/hipoaktif	Hiperaktif
Yaş	İleri	Orta
Cinsiyet	Farksız	Erkek baskın
İlişkili hastalık	Genellikle var	Bazen
Süre	Değişken, demansa dönüşebilir	Günler
Yineleme	Beklenmez	Birkaç epizod olabilir
Prognoz	Kötü	İyi
Tedavide yaklaşım	Benzodiazepinden kaçınılmalı	Benzodiazepin kullanımı

Deliryumun çoklu klinik belirtilerinin olması da ayırıcı tanıda sorun oluşturabilmektedir. Psikiyatri konsültasyonu istenen olgular arasında en sık depresyon, iritabilite, anksiyete, uyum bozukluğu ve bağımlılık görülmektedir. Sıklıkla karıştırılan deliryum, depresyon ve demans tablosundan ayırımı **Tablo 2’de** gösterilmiştir.

Tablo 2: Deliryum, Demans ve Dpresyon Muayenesindeki Klinik Farklar

Özellik	Deliryum	Demans	Depresyon
Duyusal	Dalgalandan	Açık	Açık
Dikkat	Belirgin bozuk	Hafif/ orta bozuk	Hafif bozuk
Yönelim	Belirgin bozuk	Hafif/ orta bozuk	Tam
Bellek	Global bozuk	Yakın bellek daha bozuk	Korunmuş
Duygudurum	Korku ve endişeli	Genelde etkilenmez	Depresif
Psikomotor aktivite	Artmış/ azalmış	Normal	Artmış/ azalmış
Halüsinasyonlar	Görsel ya da taktıl	Görsel	Duygudurumla uyumlu, işitsel
Hezeyanlar	Geçici	Geçici	Duygudurumla uyumlu, sistematize
İntihar düşüncesi	Nadir	Nadir	Sık
Düşünce içeriği	Dezorganize	Fakir	Depresif temalı
Suçluluk düşünceleri	Yok	Nadir	Sık
Uyku	Gece/ gündüz karışıklığı	Bölünmüş	Erken uyanma
İştah	Kötü	Genelde normal	Armış/ azalmış

Deliryum hastalarında, algı, düşünce içeriği ve davranış sorunlarının aniden ortaya çıkması, akut psikotik tablo ve disosiyatif bozukluklarla karıştırılma ihtimalini artırmaktadır. Detaylı klinik muayene ile aileden alınan bilgi tanı koymada önemli yol göstericidir. Akut psikoz, disosiyatif bozukluk ve deliryum ayırımı **Tablo 3'te** gösterilmiştir.

Tablo 3: Deliryum, Akut psikoz ve Disosiyatif Bozuklukların Muayenesindeki Klinik Farklar

Özellik	Deliryum	Akut Psikoz	Disosiyatif Bozukluk
Duyusal	Dalgalanan	Açık	Yarı-tam kapanma, konfüzyon benzeri durumlar
Dikkat	Belirgin bozuk	Bozuk olabilir/daha çok ilgisizlik	Hafif bozuk
Yönelim	Belirgin bozuk	Tam	Bozuk olabilir
Bellek	Global bozuk	Korunmuş	Amnezi olabilir
Duygudurum	Korku ve endişeli	Künt/ uygunsuz	Abartılı/ oynak
Psikomotor aktivite	Artmış/ azalmış	Normal	Artmış/ azalmış
Halüsinasyonlar	Görsel ya da taktıl	İşitsel	Dramatik içerikli
Hezeyanlar	Geçici	Uzun süreli, yerleşmiş	Genellikle yok
İntihar düşüncesi	Nadir	Nadir	Sık
Düşünce içeriği	Dezorganize	Fakir	Depresif temalı
Suçluluk düşünceleri	Yok	Nadir	Sık
Uyku	Gece/ gündüz karışıklığı	Değişiyor	Normal
Bozukluğun süresi	Birkaç saatten birkaç haftaya	Aylar, yıllar	Değişken

Deliryumun tanı almaması ya da hatalı tanı alması, tedavi planının yapılmasına engel olabilir Ayrıca uygun olmayan tedavilerin uygulanması altta yatan etiyolojinin üzerine yeni riskler ekleyebilir.

Oryantasyonun ve değer dikkat mekanizmalarında akut bozulmanın olması diğer psikiyatrik bozukluklarla en önemli ayırım noktasıdır.



Kaynakça

Işık E, Taner E (Ed.), Güncel Psikiyatri Kitabı. Ankara: 2008.

C. Evren, Alkol ve Madde kullanım bozuklukları temel kılavuzu: 2020

O. Öztürk, Ruh Sağlığı ve bozuklukları: 2016

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Türkiye Psikiyatri Derneği yayınları: 2019

S. Özkan, Psikiyatrik Tıp: konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, 1996-1997

Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı, (DSM-5) (2013)