

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش‌های مراقبت ویژه

گردآوری و تالیف:

نرگس خیرالهی (دانشجوی دکترای تخصصی سالمندشناسی)

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

علیرضا جهانگیری فرد (دانشیار بیهوشی قلب)

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

- سرشناسه : خیراللهی، نرگس، ۱۳۵۸-  
 عنوان و نام پدیدآور : پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش های مراقبت ویژه/ گردآوری و تالیف نرگس خیراللهی، علیرضا جهانگیری فرد.  
 مشخصات نشر : تهران: مرکز آموزشی پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری، ۱۴۰۲.  
 مشخصات ظاهری : ۸۲ص: جدول؛ ۲۹\*۲۲ سن م.  
 شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۵۰۶۹-۶۶-۲  
 وضعیت فهرست نویسی : فیبا  
 موضوع : روان آشفتنگی  
**Delirium**  
 بیماری ها - تظاهرات عصبی  
**Neurologic manifestations of general diseases**  
 پرستاری مراقبت های بحرانی  
**Intensive care nursing**  
 شناسه افزوده : جهانگیری فرد ، علیرضا، ۱۳۵۵-  
**Jahangirifard, Alireza** : شناسه افزوده  
 شناسه افزوده : مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری  
 رده بندی کنگره : RC 520/7  
 رده بندی دیویی : ۶۱۶/۸۴  
 شماره کتابشناسی ملی : ۹۲۷۵۸۳۶  
 اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیبا



عنوان : پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش های مراقبت ویژه  
 نویسندگان : دکتر علیرضا جهانگیری فرد - نرگس خیراللهی  
 نوبت چاپ: اول/ ۱۴۰۲  
 شماره شابک : ۹۷۸-۶۰۰-۵۰۶۹-۶۶-۲  
 شمارگان : ۵۰

**تقدیم به ساحت مقدس:**

**قطب عالم امکان**

**عالم علوم بیکران**

**حضرت ولی عصر**

**( عجل الله تعالى فرجه الشريف )**



## پیشگفتار:

دلیریوم یک تغییر حاد و نوسانی در وضعیت ذهنی است که با کاهش توجه و تغییر سطوح هوشیاری همراه است. این یک بیماری شایع در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) است که منجر به تأخیر در قطع تهویه مکانیکی، طولانی شدن مدت اقامت در ICU، افزایش مرگومیر ICU و اختلال در عملکرد شناختی طولانی‌مدت بیماران می‌شود. بررسی‌های انجام‌شده در ایران و چندین کشور دیگر نشان می‌دهد که دلیریوم در بخش مراقبت‌های ویژه به‌اندازه کافی کنترل و پیشگیری نشده، تشخیص داده نشده و فاقد درمان استاندارد می‌باشد. بنابراین به منظور بهبود پیشگیری، مدیریت و درمان دلیریوم در ICU، ضروری است که متخصصان ICU و پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه دانش خود را در مورد این بیماری غنی‌تر کنند، با غربالگری و مدیریت آن آشنا شده و همچنین داروها را به روشی استاندارد تجویز کنند.

کتاب حاضر به منظور ارتقای کیفیت خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی و مراقبتی از دلیریوم در بخش‌های مراقبت ویژه تألیف شده و امید است کمکی هر چند کوچک و راه‌گشایی برای متخصصان و پرستاران فرهیخته بخش‌های مراقبت ویژه در کشور عزیزمان ایران باشد.

نرگس خیرالهی - علیرضا جهانگیری فرد





## فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۷
بخش اول: مروری بر کلیات دلیریوم.....	۱۱
تعریف دلیریوم.....	۱۳
شیوع و پیامدهای ابتلا به دلیریوم.....	۱۳
علائم دلیریوم.....	۱۷
انواع دلیریوم.....	۱۹
توصیف عمومی دلیریوم.....	۲۰
بخش دوم: مروری بر عوامل خطر دلیریوم.....	۲۵
عوامل مستعد کننده و فاکتورهای خطر.....	۲۷
عوامل خطر در بیماران جراحی قلب.....	۳۰
بخش سوم: پیشگیری و ابزارهای ارزیابی دلیریوم.....	۳۳
مداخلات بالینی جهت پیشگیری از دلیریوم.....	۳۶
ابزارهای تشخیص دلیریوم.....	۳۹
تشخیص‌های افتراقی دلیریوم.....	۴۳

۴۴	.....	مقیاس‌های توصیه‌شده برای ارزیابی دلیریوم
۴۷	.....	بخش چهارم: درمان دلیریوم
۴۹	.....	ارزیابی پزشکی
۵۲	.....	اصول کلی برای ارزیابی علت دلیریوم
۵۵	.....	مدیریت دارویی
۵۸	.....	ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار
۵۹	.....	فرهنگ
۶۱	.....	بخش پنجم: مدیریت پرستاری در دلیریوم
۶۳	.....	مداخلات پرستاری در بیماران مبتلا به دلیریوم
۶۸	.....	سطح شدت مراقبت برای بیماران مبتلا به دلیریوم
۶۹	.....	مدیریت پرستاری رفتارهای چالش برانگیز در بیماران مبتلا به دلیریوم
۷۰	.....	نکات کاربردی در مدیریت رفتارهای چالش برانگیز
۷۱	.....	جلوگیری از سقوط
۷۲	.....	منابع
۷۲	.....	بخش ششم: ضمیمه

# بخش اول

## مروری بر کلیات دلیریوم

- تعریف دلیریوم
- شیوع و پیامدهای ابتلا به دلیریوم
- علائم دلیریوم
- انواع دلیریوم
- توصیف عمومی دلیریوم



## تعریف دلیریوم<sup>۱</sup>

دلیریوم طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، نوعی اختلال هوشیاری و شناختی بوده که ظرف مدت کوتاهی بروز می‌کند و دارای مشخصاتی از قبیل تغییر سطح هوشیاری، کاهش توجه، تمرکز و حافظه، اختلال موقعیت سنجی، شروع سریع چندساعته تا چندروزه، دوره کوتاه و داشتن نوسان بارز (بیشتر در طی شب) می‌باشد (۱). انجمن پرستاری مراقبت‌های ویژه آمریکا، دلیریوم را تغییر حاد در هوشیاری همراه با عدم آگاهی و یا تغییر در اختلالات شناختی و ادراکی توصیف می‌کند (۲). علاوه بر نقص شناختی، اختلال حرکتی و اختلال خواب نیز جزء صفات مشخصه دلیریوم هستند (۳).

اگرچه مکانیسم‌های آسیب‌شناسی دقیق در ایجاد و پیشرفت دلیریوم ناشناخته باقی مانده است، اما به نظر می‌رسد عدم تعادل در انتقال‌دهنده‌های عصبی که کنترل عملکرد شناختی، رفتار و خلق‌وخوی را سازمان‌دهی می‌کنند، مسبب این مسئله باشد (۴).

## شیوع و پیامدهای ابتلا به دلیریوم

دلیریوم یک اختلال جدی و بالقوه برگشت‌پذیر است که حدود ۳۷ درصد از موارد بستری در بخش‌های عمومی بیمارستان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). میزان بروز دلیریوم در دنیا در مطالعات مختلف، به‌صورت متفاوت گزارش شده است و شیوع دلیریوم در بخش‌های مراقبت ویژه از ۲۰ تا ۵۰ درصد در بیماران غیر متصل به تهویه مکانیکی تا ۶۸ الی ۸۰ درصد در بیماران تحت تهویه مکانیکی متغیر است (۶).

<sup>1</sup> Delirium

<sup>2</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)

موارد گزارش شده دلیریوم بعد از جراحی پیوند عروق کرونر نیز بسیار متغیر است و این طیف گسترده می تواند به ویژگی های جمعیت مورد مطالعه، طراحی و شیوه های مطالعات جهت سنجش دلیریوم، تفاوت در عمل جراحی قلب و مداخلات پیشگیری از دلیریوم قبل از عمل، مربوط باشد (۷). در جراحی قلب به دلیل کاهش گردش خون و کاهش دمای بدن، عوارضی بروز می کند و یکی از شایع ترین آن ها دلیریوم است. از این رو بالاترین میزان بروز دلیریوم، متعاقب اعمال جراحی توراکتومی<sup>۳</sup> و کاردیوتومی<sup>۴</sup> رخ می دهد تا جایی که بروز ۹۰ درصد نیز در این خصوص گزارش شده است (۸). نتایج مطالعه چراغی و همکاران در سال ۱۳۹۳ در ایران نشان داد ۶۶/۶۷ درصد بیماران ۷۰ سال و بالاتر در بخش های مراقبت ویژه جراحی قلب به دلیریوم مبتلا شده بودند (۹). در مطالعه جنتی و همکاران در سال ۱۳۹۰ نیز میزان بروز دلیریوم ۲۸/۵ درصد گزارش شده است (۱۰). در مطالعه سالاری و همکاران هم نتایج بروز دلیریوم پس از جراحی قلب بین ۱۰ تا ۷۳ درصد گزارش شده است (۱۱). بر اساس نتایج تحقیق تئولوگو<sup>۵</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۸ که به بررسی عوامل پیش بینی کننده و فاکتورهای بروز دلیریوم در بیماران قبل از عمل جراحی قلب پرداختند، مشخص شد که بیماران مسن تر که یک دوره لوله گذاری داخل نای طولانی تر، بستری طولانی در بخش مراقبت ویژه جراحی قلب و بیمارستان دارند، در ابتلا به دلیریوم پس از جراحی قلب بسیار آسیب پذیرتر هستند (۷).

از سوی دیگر در کنار عوارض جسمی ناشی از دلیریوم هزینه های مالی دلیریوم نیز از موضوعات قابل توجه است. مطالعه ای در سال ۲۰۰۵ در ایالات متحده هزینه های مراقبت های بهداشتی مربوط به دلیریوم را بین ۳۸ تا ۱۵۲ میلیارد دلار در سال برآورد کرده است؛ که با هزینه های سقوط بیمار و دیابت رقابت می کند (۱۲). در سال ۲۰۱۸ نیز

<sup>3</sup> Thoracotomy

<sup>4</sup> Cardiotomy

<sup>5</sup> Theologou

## فصل دوم/ ۱۵

هزینه ماهیانه بیماران مبتلابه دلیریوم بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در ایالات متحده، ۱۸ هزار دلار برآورد شد (۱۳). بروز دلیریوم در بیماران بستری علاوه بر افزایش مرگ‌ومیر و افزایش هزینه با طولانی شدن مدت بستری، کاهش بازتوانی بیماران، افزایش کار پرستاران، افزایش مدت‌زمان اینتوباسیون، افزایش خطر سقوط از تخت، تخریب عملکرد شناختی، افزایش بروز دمانس، عدم توانایی بازگشت به کار، کیفیت زندگی بسیار پایین و مراقبت‌های طولانی مدت در منزل همراه است (۱۰). لذا شناخت دلیریوم و عوامل خطر ابتلا به دلیریوم، تشخیص صحیح و زودهنگام آن، شناخت و اجرای مداخلات پیشگیری‌کننده و آشنایی با درمان آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. پیشگیری از دلیریوم باید در دو سطح اولیه یعنی کاهش عوامل خطر مؤثر بر دلیریوم (مداخلات محیطی) و پیشگیری ثانویه (تشخیص زودهنگام دلیریوم) صورت پذیرد (۱۴).

اگرچه حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از موارد دلیریوم قابل‌پیشگیری است ولی اکثر بیمارستان‌ها دستورالعمل یکنواخت و استانداردی برای پیشگیری از آن ندارند (۱۵). تشخیص زودهنگام دلیریوم از اهمیت زیادی برخوردار است، زیرا به بهبود نتایج بیمار کمک می‌کند و پرستاران نقش مهمی در تشخیص سریع‌تر دلیریوم ایفا می‌کنند (۵). شواهد با اندازه‌گیری‌های مستقیم و غیرمستقیم نشان می‌دهد که یک‌سوم تا دو‌سوم موارد دلیریوم توسط پزشکان و پرستاران تشخیص داده نمی‌شوند و در پرستاران علت این موضوع، ارزیابی و دانش ناکافی پرستاری است (۱۶).

پرستاران مراقبت‌های ویژه در خط اول تشخیص و مراقبت از عوامل خطری هستند که در بروز دلیریوم در ICU دخالت دارند و شناخت عوامل خطر مستعد کننده و از بین بردن عوامل خطر تشدیدکننده دلیریوم می‌تواند مانع از عواقب مخرب کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بیماران ICU شود (۱۷). پرستاران به‌صورت تمام‌وقت در بالین بیماران حاضر می‌باشند و فرصت‌های مکرری را برای تعیین تغییرات ظریف در رفتار بیمار دارند که به

تشخیص زودرس دلیریوم کمک می کند، با این حال، کمبود دانش و توانایی پرستاران در تشخیص دلیریوم می تواند بسیار اثرگذار باشد (۵).

انجمن مراقبت ویژه آمریکا توصیه کرده که همه بیماران بخش ویژه باید با یک ابزار بررسی معتبر غربالگری شوند (۱۸). امروزه ابزارهای غربالگری استاندارد در بخش های مراقبت های ویژه در بعضی از کشورها به طور معمول و سیستماتیک استفاده نمی شوند در همین راستا مطالعات مختلف از استرالیا و اروپا نشان می دهند که چنین ابزارهایی حساس تر از ارزیابی های معمول پرستاران می باشند (۱۹).

برخی از مشکلات رایج در ارزیابی دلیریوم شامل دشواری انجام غربالگری در بیماران تحت آرام بخشی یا اینتوبه، پیچیدگی استفاده از ابزارهای غربالگری و محدودیت های زمانی و وقت گیر بودن انجام غربالگری گزارش شده است (۶) و نتایج مطالعات حاکی از آن است که پزشکان و پرستاران اغلب در تشخیص دلیریوم در بیماران بستری موفق نیستند و این تشخیص ناکافی ناشی از کمبود دانش در تشخیص زودرس و درمان دلیریوم است (۲۰-۲۲).

نتایج مطالعه فیک<sup>۶</sup> و همکاران در آمریکا نشان داد که تنها ۲۱ درصد از پرستاران قادر به تشخیص درست دلیریوم هیپواکتیو و همچنین زوال عقل زودرس بوده اند (۲۳). یک مطالعه مشابه در استرالیا در مورد دانش پرستاران از دلیریوم نشان داد که آن ها دانش ناکافی در این خصوص داشتند و علاوه بر این، پرستاران از کمبود دانش خود در این زمینه آگاه بودند (۲۴). در ایران، دادگری و همکارانش در مطالعه خود نشان دادند که تنها ۹ درصد از پرستاران بخش های مختلف سطح دانش عالی در خصوص دلیریوم داشتند، ۲۷ درصد از آن ها نگرش منفی یا خنثی و ۴۵ درصد نیز مهارت اندک در پیشگیری از دلیریوم در واحد مراقبت ویژه داشتند (۲۵). علت این عدم تشخیص صحیح

---

<sup>6</sup> Fick



دلیریوم، نوسان در علائم بیماری، نبود ابزار معمول جهت غربالگری و دانش ناکافی پرستاران است (۲۶).

ارزیابی دلیریوم یک وظیفه مهم روزمره در بخش‌های مراقبت ویژه است و دستورالعمل‌های تعیین‌شده توسط انجمن مراقبت‌های ویژه در سال‌های اخیر در مورد مدیریت و مراقبت از دلیریوم با تأکید خاص بر رابطه بین شروع دلیریوم و اختلال شناختی در بخش‌های مراقبت ویژه متمرکز شده است (۲۷). تشخیص سریع دلیریوم نه تنها اجازه مدیریت صحیح علت آن را فراهم می‌کند، بلکه اجازه به‌کارگیری مداخلات اصلی علیه عوامل فردی را نیز می‌دهد و به این وسیله شدت، طول مدت و عوارض دلیریوم کاهش می‌یابد (۲۶).

## علائم دلیریوم

علائم اصلی دلیریوم عبارت‌اند از:

- کاهش سطح هوشیاری، تغییر در توانایی تمرکز، حافظه یا توجه
- شروع نسبتاً سریع
- کوتاه بودن دوره بیماری
- نوسان بارز و غیرقابل پیش‌بینی در شدت اختلال
- آشفتگی فرآیندهای تفکر
- اختلال ادراکی (ادراک‌های نادرست حسی اغلب بینایی و گاهی شنیداری، لامسه، چشایی و بویایی)
- تغییرات خلق

- «اختلال در تشخیص اشخاص، مکان و زمان»<sup>۷</sup> مثلاً نیمه شب تصور می کند صبح است یا به جای این که بداند در بیمارستان است تصور کند در منزل است.
  - اختلال زبان و گفتار (نارسا گوئی یا اختلال در توانایی نام گذاری اشیا و اختلال در توانایی نوشتن) یا حتی زبان پریشی
  - قطع شدن (احتباس) ادرار و مدفوع.
- اختلال در توجه شامل همه جنبه ها می شود، یعنی توانایی توجه کردن، تغییر توجه از چیزی به چیز دیگر و حفظ و تداوم توجه. اختلال در حافظه می تواند شامل حافظه کوتاه مدت و بلندمدت با اختلال قابل توجه در حافظه اخیر باشد. عدم آشنایی به زمان، مکان و شخص نیز بسیار رایج است. اختلالات بینایی-فضایی<sup>۸</sup> و اختلال عملکرد اجرایی<sup>۹</sup> در صورت وجود به راحتی عملکرد بیماران را مختل می کند. علائم غیر شناختی هذیان شامل اختلال در چرخه بیداری خواب، اختلالات گفتار و زبان، ناتوانی عاطفی، ناهنجاری های ادراکی (توهم<sup>۱۰</sup>، هرزپنداره<sup>۱۱</sup> و غیره) و هذیان<sup>۱۲</sup> است. اختلالات چرخه خواب و بیداری می تواند از چرت زدن و اختلالات شبانه تا از هم گسیختگی شدید ریتم طبیعی شبانه روزی متغیر باشد. علائم حرکتی دلیریوم شامل افزایش یا کاهش فعالیت روانی حرکتی است (۲۸).

---

<sup>7</sup> Disorientation describes the inability to correctly acknowledge the current time, place, one's role, and personal identity.

<sup>8</sup> Visuo-spatial disturbances

<sup>9</sup> Executive dysfunction

<sup>10</sup> Hallucination

<sup>11</sup> Illusion

<sup>12</sup> Delusion

دلیریوم معمولاً به سه حالت بیش فعال<sup>۱۳</sup>، انفعالی<sup>۱۴</sup> و ترکیبی<sup>۱۵</sup> مشاهده می‌شود، دلیریوم نوع بیش فعال به دلیل وجود علائم بی‌قراری واضح به راحتی قابل تشخیص است ولی تشخیص دلیریوم انفعالی بدون داشتن آگاهی در زمینه علائم دلیریوم و استفاده از یک ابزار سازماندهی شده ممکن نخواهد بود (۱۸). شایع‌ترین نوع دلیریوم در بخش‌ها و محیط‌های درمانی «دلیریوم بیش فعال» و شایع‌ترین نوع دلیریوم در بخش‌های مراقبت ویژه «دلیریوم انفعالی» است (۲۸).

### دلیریوم هایپراکتیو (بیش فعال)

احتمالاً این نوع دلیریوم را راحت‌تر از انواع دیگر آن می‌توان تشخیص داد. ممکن است شامل بی‌قراری (برای مثال، قدم زدن با گام‌های آهسته و یکنواخت)، سراسیمگی، تغییرات سریع خلقی یا توهمات باشد.

### دلیریوم هیپواکتیو (انفعالی)

این نوع دلیریوم می‌تواند شامل بی‌حرکی یا کاهش فعالیت حرکتی، کُندی، خواب‌آلودگی غیرطبیعی یا گیج به نظر رسیدن باشد.

### دلیریوم ترکیبی

همان‌طور که از نامش پیداست، شامل علائم و نشانه‌های هر دو نوع هایپراکتیو و هیپواکتیو است. فرد ممکن است به سرعت بین هایپراکتیو و هیپواکتیو تغییر حالت دهد.

---

<sup>13</sup> Hyperactive

<sup>14</sup> Hypoactive

<sup>15</sup> Mixed

## توصیف عمومی دلیریوم



در افرادی که دچار دلیریوم می‌شوند تغییرات شناختی دیده می‌شود این بدان معنی است که آن‌ها حالت سردرگمی دارند کوچک‌ترین مسائل را به یاد نمی‌آورند مثل اینکه ناهار چه خورده‌اند یا در چه روزی از هفته هستند. معمولاً در مکالمات خود دچار مشکل می‌شوند و از موضوعی به موضوع دیگر جابه‌جا می‌شوند افراد مبتلابه دلیریوم توهم و هذیان را نیز تجربه می‌کنند. افراد مبتلابه دلیریوم به حالت‌های سرخوشی زیاد و یا تحریک‌پذیری و اضطراب دچار می‌شوند. این افراد گاهی به کارهایی دست می‌زنند که بسیار خطرناک هستند اما آن‌ها به یاد نمی‌آورند که این کارها را انجام دادند و یا اینکه این کارها خطرناک هستند.

دلیریوم در افراد مسن درصد بالاتری دارد اما در افرادی که بیماری‌های روانی دارند هم شایع است. افراد مسن به دلیل اینکه به راحتی تعادل روان‌شناختی خود را از دست می‌دهند مستعد دلیریوم هستند. دلیریوم معمولاً ناگهانی رخ می‌دهد و بیشتر از یک ماه ادامه نمی‌یابد. شدت بروز این بیماری در شب‌ها بدتر است و روزها کاهش می‌یابد و

## فصل دوم/ ۲۱

در طول شب فرد کابوس‌های آشفته می‌بیند. در بعضی از افراد اختلالات گفتاری نیز رخ می‌دهد. نارسایی‌های عصبی مشخصی این بیماران ندارند اما لرزش‌های بدنی مشاهده می‌شود و در این افراد علائم اختلال سیستم عصبی خودمختار شامل چهره برافروخته، تپش قلب، مردمک‌های گشاد و فشارخون بالا بروز پیدا می‌کند. دارودرمانی برای درمان این بیماری توصیه می‌شود.

- امکان دارد که بیمار نتواند جواب یک سؤال را بدهد، چون ذهنش مغشوش است.
- وقتی چرخه‌ی خواب‌وبیداری به هم می‌ریزد، بیمار در طول روز خواب‌آلود و شب‌هنگام، بیدار و بی‌قرار است.
- رؤیاهای و کابوس‌های آشکار خیلی شایع هستند.
- افراد مبتلابه روان‌آشفته‌گی شاید قادر به شرکت در گفتگو نباشند، چراکه توجهشان پرت و تفکرشان نامنسجم است.
- در حالت شدید روان‌آشفته‌گی، گفتار حالت پریشان و بی‌سروته و گسسته گو به خود می‌گیرد.
- وقتی این افراد سرگشته و حیران هستند، ممکن است به‌قدری دچار گم‌گشتگی شوند که ندانند امروز چه روزی است، آنجا کجاست و حتی خودشان را شناسند.
- تخریب حافظه به‌ویژه در مورد رویدادهای اخیر، شایع است.
- برای بیمار مبتلابه روان‌آشفته‌گی در عرض یک دوره‌ی ۲۴ ساعته، فواصل مشخصی وجود دارد که طی آن، کاملاً هوشیار و یکپارچه عمل می‌کند.
- حال این بیماران معمولاً در خلال بی‌خوابی‌های شبانه‌شان رو به وخامت می‌گذارد.
- این نوسانات روزانه کمک می‌کنند تا روان‌آشفته‌گی از سایر انواع نشانگان، مخصوصاً بیماری آلزایمر، متمایز شود.

## ۲۲/ پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش های مراقبت ویژه

- آشفتگی های ادراکی در دلیریوم به دفعات رخ می دهند.
- آن ها امور نا آشنا را به جای موضوعات آشنا می گیرند؛ مثلاً، ممکن است ادعا کنند که به جای بیمارستان، الان در خانه هستند.
- با اینکه توهم های دیداری خیلی شایع اند، اما همیشه وجود ندارند. (مثلاً بیمار طوری شروع به رفتار و صحبت با خود می کند که انگار واقعاً در حال دیدار با شخصی است و دارد با او صحبت می کند و حتی با وی دست و روبروسی می کند)
- هذیان ها - باورهای غیرواقعی - در بین تقریباً ۲۵ درصد از سالمندان مبتلابه روان آشفتگی گزارش شده است.
- اشخاص مبتلابه روان آشفتگی ممکن است حالتی پر نوسان داشته باشند در یک لحظه لباس هایشان را از تن بدرند و لحظه ای دیگر، سنگین و کرخت در جایی نشسته باشند.

**نکته کلیدی:** تشخیص زودهنگام دلیریوم و مداخلات درمانی و مراقبتی

سریع نقش بسیار مهمی در بهبودی بیمار دارد.



دلیریوم هیپواکتیو عموماً یا تشخیص داده نمی‌شود و یا با اختلالاتی از قبیل دمانس و افسردگی اشتباه گرفته می‌شود. ولی باید گفت که شروع دلیریوم سریع است و در دمانس شروع و سیر کندتر می‌باشد. همچنین اختلال در هوشیاری، مختص دلیریوم است. طول مدت بیماری نیز در دمانس چند ماه تا چند سال است، اما در دلیریوم چند ساعت تا چند روز است. در اسکیزوفرنی، توهمات و هذیان‌های بیمار سازمان یافته‌ترند و تغییری در سطح هوشیاری آنها مشاهده نمی‌شود. در افسردگی نیز سابقه بیماری و خلق افسرده، تعیین‌کننده است.





## **بخش دوم**

### **مروری بر عوامل خطر دلیریوم**

- عوامل مستعد کننده و فاکتورهای خطر
- عوامل خطر در بیماران جراحی قلب
- داروهایی که می توانند منجر به دلیریوم شوند.



## عوامل مستعد کننده و فاکتورهای خطر

پیشرفت دلیریوم اغلب به صورت چند برگ خرید است و معمولاً تنها یک دلیل ندارد. معمولاً یک بیماری زمینه‌ای قابل تشخیص وجود دارد و در کنار آن یک تحریک یا یک اتفاق ناگوار مانند بیماری حاد، جراحی، استفاده از دارو یا ترک دارو است که افراد را مستعد ابتلا به دلیریوم می‌کند. از مهم‌ترین عوامل مستعد کننده و محرک‌های احتمالی که می‌تواند منجر به دلیریوم شود، عبارت‌اند از:

- متغیرهای اجتماعی - جمعیتی:

- سن بالای ۷۰ سال
- جنسیت مرد
- انزوای اجتماعی
- بستری شدن در مراکز درمانی / مراقبتی

- وضعیت روانی پایه:

- اختلال شناختی / زوال عقل
- افسردگی

- تاریخچه گذشته:

- سابقه قبلی دلیریوم

- اختلال حسی:

- اختلال بینایی و/یا شنوایی

- بیماری‌های پزشکی:

- بیماری شدید پزشکی
- امتیاز بالای APACHE II

## ۲۸ / پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش های مراقبت ویژه

- شکستگی در هنگام پذیرش در بیمارستان
- اختلالات مغزی مانند بیماری پارکینسون، تومورها، عفونت‌ها (آنسفالیت و مننژیت) آسیب دیدگی سر، بیماری عروق مغزی، تشنج و صرع
- عفونت‌های شدید
- هرگونه عفونت در سالمندان

### • وضعیت جسمانی:

- تب
- افت فشارخون
- عملکرد فیزیکی ضعیف/بی حرکتی، سطح فعالیت محدود قبل از بیماری

### • اختلالات متابولیک:

- عدم تعادل الکترولیت
- کم خونی
- عدم تعادل اسید باز
- هیپوگلیسمی
- بیماری تیروئید
- نارسایی کلیه
- نارسایی کبد

### • داروها

- آرام‌بخش - خواب‌آور: بنزودیازپین‌ها. به‌ویژه عوامل طولانی اثر، باربیتورات‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها (به‌عنوان مثال، دیفن‌هیدرامین)
- داروهای مخدر: پیریدین
- داروهای آنتی‌کولینرژیک: اکسی‌بوتینین، تولترودین، آنتی‌هیستامین‌ها
- داروهای آنتی‌سایکوتیک (با قدرت کم مانند کلرپرومازین)

## فصل دوم/ ۲۹

- ضد افسردگی های سه حلقه ای (به ویژه آمی تریپتیلین، ایمی پرامین و اثرات ضد دوکسی پین)
- عوامل مسدودکننده هیستامین-۲: سایمتیدین
- داروهای ضد تشنج: فنی توئین، فنوباریتون
- داروهای ضد پارکینسون: آگونیست های دوپامین، لوودوپا-کاریدوپا، آمانتادین، بنزتروپین
- تعداد داروهای بیش از ۳ عدد (پلی فارمسی)
- سندرم ترک مواد مخدر یا الکل
- یافته های آزمایشگاهی:
  - نسبت اوره به کراتینین بالا
  - هیپو/هیپرناترمی
  - هیپو/هیپرکالمی
  - هیپوکسی
  - اختلال در تست های عملکرد کبدی
- جراحی و بیهوشی:
  - جراحی اورژانسی
  - بی حرکتی پس از جراحی
  - استفاده از مسکن های مخدر قبل از عمل
  - نوع جراحی (جراحی تعویض مفصل ران، جراحی مغز و اعصاب، جراحی های قلب)،
  - طول مدت زمان بیشتر جراحی
  - نوع بیهوشی
  - درد بعد از عمل

- از دست دادن خون حین عمل جراحی
- درد:
  - مدیریت ضعیف درد
  - درد و نه لزوماً فقط درد شدید
- تغذیه: سوء تغذیه، کم آبی، هیپوآلبومینمی
- عوامل مرتبط با درمان: استفاده از محدودیت های فیزیکی، داشتن سوند ادراری، در معرض تعداد بیشتری از روش ها از جمله بررسی های اولیه در بیمارستان قرار گرفتن (اشعه ایکس، آزمایش خون و غیره).
- خواب: کم خوابی / بی خوابی
- محل درمان: واحدهای مراقبت ویژه، مدت طولانی تر بستری در بیمارستان
- هیپوکسی
  - بیماری های قلبی عروقی و تنفسی
  - کم خونی
  - حالت های بیهوشی و بعد از عمل
- کمبود ویتامین: به خصوص تیامین در صورت عدم تغذیه
- سایر موارد: سوء مصرف الکل، بستری فوری، بستری مکرر در بیمارستان

## عوامل خطر در بیماران جراحی قلب

- ایجاد عوارض نروسایکولوژیک پس از جراحی از قبیل:
  - هیپوکسی گذرای مغزی و متعاقب آن اختلالات لوب تمپورال
  - میکرو آمبولی ناشی از جراحی قلب

## فصل دوم/۳۱

- کاهش اکسیژناسیون مغزی در حین عمل
- مدت زمان طولانی کراس کلمپ آئورت ( بیش از ۷۰ دقیقه)
- نوع اکسیژناتور دستگاه پمپ ( نوع غشایی بر نوع حبابی جهت جلوگیری از میکروآمبولی برتری دارد)
- افت فشارخون در حین عمل
- سن بالای ۷۵ سال
- دمانس، اعتیاد به مواد مخدر و سابقه مصرف بنزودیازپین‌ها قبل از عمل
- وجود سوند ادراری و اتصال لوله‌ها و کاتترها
- عدم دریافت مسکن کافی
- سابقه نارسایی قلبی
- دیس ریتمی‌های قلبی به دنبال جراحی از قبیل فیبریلاسیون دهلیزی
- دریافت بیش از ۵ دارو
- اختلالات الکترولیتی از قبیل هیپوناترمی
- تغییرات فشارخون
- نسبت BUN/Cr بیش از ۱۸
- مهارفیزیکی
- عفونت
- تغییر در حجم مایعات بدن ( افزایش / کاهش مایعات بدن)

## داروهای که می‌توانند منجر به دلیریوم شوند

<b>Analgesics</b>
<b>Nonsteroidal anti-inflammatory agents, Opioids</b>
<b>Antibiotics and antivirals</b>
Acyclovir, Aminoglycosides, Amphotericin B, Antimalarials, Cephalosporins, Cycloserine, Fluoroquinolones, Isoniazid, Interferon, Linezolid, Macrolides, Metronidazole, Nalidixic acid, Penicillins, Rifampin, Sulfonamides
<b>Anticholinergic</b>
Atropine, Benztropine, Diphenhydramine, Scopolamine, Trihexphenidyl
<b>Anticonvulsants</b>
Carbamazepine, Levetiracetam, Phenytoin, Valproate, Vigabatrin
<b>Antidepressants</b>
Mirtazapine, Selective serotonin reuptake inhibitors, Tricyclic antidepressants
<b>Cardiovascular and hypertension drugs</b>
Antiarrhythmics , Beta blockers, Clonidine, Digoxin, Diuretics, Methyldopa
<b>Corticosteroids</b>
<b>Dopamine agents</b>
Amantadine, Bromocriptine, Levodopa, Pergolide, Pramipexole, Ropinirole
<b>Gastrointestinal agents</b>
Antiemetics, Antispasmodics, Histamine-2 receptor blockers, Loperamide
<b>Herbal preparations</b> داروهای گیاهی دست‌ساز
(Atropa belladonna) عصاره گیاه شاییزک ۱۶. (Henbane) گیاه پنگ‌دانه) مهرگیاه ۱۷ (Mandrake). ماری جوآنا، چای علف ۱۸ (St John's wort) ، سنبل‌الطیب ۱۹ (Valerian)
<b>Hypoglycemic</b>
<b>Hypnotics and sedatives</b> خواب‌آور و آرام‌بخش
<b>Barbiturates, Benzodiazepines</b>
<b>Muscle relaxants</b>
Baclofen, Cyclobenzaprine
<b>Other CNS-active agents</b>
Disulfiram, Donepezil, Interleukin-2, Lithium, Phentothiazines

<sup>۱۶</sup> گیاه شاییزک ترشحات غدد بزاقی و عرق را کم می‌نماید و باعث انقباض مردمک می‌گردد. در درمان اسهال خونی شدید و خون در ادرار مؤثر است. از شاییزک برای معالجه دردهای قاعدگی بانوان به‌ویژه گرگرفتگی، درد عضلات و نوسانات خلقی مصرف می‌گردد.

<sup>۱۷</sup> برای رماتیسم و دردهای مفاصل و یا به‌صورت جوشانده برای اولسرها و انواع مختلف ناراحتی‌های پوستی استفاده می‌شود.

<sup>۱۸</sup> ضد کرم معده و روده و گرفتگی صدا را باز می‌کند، مؤثر در بیماری آنرواسکلروز، مؤثر در درمان اختلالات عصبی، هیستری، صرع، حالت تشنج، عدم تعادل عصبی، تسکین دردهای عصبی و نشاط‌آور، ضداسفردگی، نیرو دهنده، قابض، هضم‌کننده، اشتها‌آور، ضد نفرس، مؤثر در درمان رماتیسم و اسپاسم‌های مزمن گوارشی، صفراور، مؤثر در بیماری‌های عفونی

<sup>۱۹</sup> اثر ضد تشنج دارد، در رفع ناراحتی‌های عصبی و هیستری مفید است، ضد اسپاسم و آرام‌بخش، تب بر است، بی‌خوابی را درمان می‌کند، ضد کرم روده، ضد هیجان است، میگردن را برطرف می‌کند، برای برطرف کردن دلهره، تشویش و نگرانی مفید است، در درمان بیماری مالیخولیا اثر مفید دارد، در برطرف کردن درد سیاتیک مؤثر است، سسککه مداوم را از بین می‌برد، درد سینه را برطرف می‌کند، استفراغ را برطرف می‌کند، در معالجه مرض قند مؤثر است، گرد سنبل‌الطیب را روی زخم‌ها بپاشید التیام یابند.



## بخش سوم

### پیشگیری و ابزارهای ارزیابی دلیریوم

- مسیر مداخلات چند حرفه‌ای جهت پیشگیری از دلیریوم
- مداخلات بالینی جهت پیشگیری از دلیریوم
- ابزارهای تشخیص دلیریوم



مداخله چند حرفه‌ای چند جزئی: هدف پیشگیری از دلیریوم و راهبردهای به حداقل رساندن



## پیشگیری عموماً مؤثرترین استراتژی است.

### مداخلات بالینی جهت پیشگیری از دلیریوم

#### آگاهی به زمان ، مکان و اشخاص (Orientation)

- بیمار را با پرسنل و محیط درمانی آشنا کنید.
- خودتان را به بیمار معرفی کنید و وظایف و نقشی که در مراقبت از بیمار به عهده دارید را بیان کنید.
- لحن مناسبی را برای برقراری ارتباط با بیمار در نظر بگیرید و زبان بدن را از یاد نبرید .
- احساسات ابرازشده بیمار را تأیید کنید.
- دیدار با خانواده و دوستان بیمار را تسهیل کنید.
- فعالیت‌های تحریک‌کننده شناختی<sup>۲۰</sup> را به بیمار و خانواده معرفی کنید.<sup>۲۱</sup>

#### دریافتهای حسی (Sensory input)

- از سلامت دیداری و شنیداری بیمار اطمینان حاصل کنید.
- عینک و یا سمعک بیمار را در صورت امکان در اختیار وی قرار دهید.
- از تغییر اتاق یا تخت بیمار اجتناب کنید.

<sup>20</sup> cognitive stimulation activities

<sup>۲۱</sup> فعالیت‌های تحریک شناختی به مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، استراتژی‌ها و مواد برای بهبود عملکرد و اثربخشی قابلیت‌های شناختی و عملکردهای اجرایی مانند حافظه، توجه، زبان، استدلال و برنامه‌ریزی و غیره اشاره دارد . فعالیت‌ها ممکن است شامل بحث در مورد رویدادهای گذشته و حال و موضوعات موردعلاقه، بازی‌های کلمه‌ای، پازل، موسیقی و فعالیت‌های عملی مانند پخت‌وپز یا باغبانی باشد.

## فصل سوم/۳۷

- روتین‌های معمول بیمار را شناسایی کنید (چه چیزهایی را دوست دارد و چه چیزهایی را دوست ندارد)
- وسایل شخصی و عکس‌های خانوادگی را در کنار بیمار قرار دهید.
- نورپردازی طبیعی را فراهم کرده و برخی از نورها را در شب حفظ کنید.
- روشنایی مناسب و علائم شفاف را تهیه کنید.
- ساعت و تقویم را به راحتی در معرض دید بیمار قرار دهید.
- فعالیت‌های تحریک‌آمیز شناختی را معرفی کنید.
- یک اتاق منفرد برای کاهش مزاحمت حضور دیگر کارکنان فراهم کنید.
- در زمان استراحت محیط آرام را فراهم کنید.
- از کسالت و تنهایی بیمار جلوگیری کنید.

### کم‌آبی و تغذیه (Dehydration and Nutrition)

- تشویق / کمک به شخص برای خوردن و آشامیدن. غذاهای با حجم کم و تعداد زیاد را پیشنهاد کنید.
- بیمار به خصوص عصرانه (میان وعده) میل کند.
- میزان مایعات ورودی به بدن را به دقت کنترل کنید.
- از مصرف مواد حاوی کافئین برای بیمار خودداری کنید.
- در صورت لزوم مایعات وریدی را در نظر بگیرید.
- بیمار برای صرف وعده‌های غذایی در رختخواب بنشیند.

### هیپوکسی (Hypoxia)

- در صورت لزوم اشباع اکسیژن را ارزیابی و به سمت درصد نرمال اصلاح کنید.

### عدم تحرک / تحرک محدود (Immobility/limited mobility)

- تشویق به حرکت به عنوان مثال تحرک خیلی زود بعد از عمل
- از بیمار بخواهید تمرین حرکت مفاصل را در دامنه فعال حرکتی انجام دهد.

## ۳۸ / پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش های مراقبت ویژه

- ورزش، تحریک و آفتاب سه عامل بسیار مؤثر در جلوگیری از دلیریوم هستند.

### عفونت (Infection)

- به دنبال عفونت باشید، و آنرا درمان کنید.
- روش های کنترل عفونت برای جلوگیری از عفونت اکتسابی در بیمارستان را اجرا نمایید.

### داروها (Medications)

- داروهای بیمار را بررسی کنید در صورتی که داروهایی از قبیل داروهای آرام بخش و خواب آور، مخدر، آنتی کولینرژیک ها و کورتیکواستروئیدها در داروهای بیمار قرار دارند باید تغییر داده شوند.

### درد (Pain)

- درد بیمار را بررسی کنید و در صورت وجود درد برطرف نمودن درد با دارو، تغییر پوزیشن و حرکت ضروری می باشد.
- به علائم غیر کلامی بیمار توجه کنید. بیماران مبتلا به دمانس قادر به بیان درد و توصیف درد نمی باشند. از مقیاس های بررسی درد استفاده کنید.

### اختلالات خواب (Sleep disturbance)

- از انجام پروسیجرهای درمانی و دادن دارو در ساعات خواب بیمار اجتناب کنید.
- حداقل صداها را در زمان استراحت بیماران ایجاد نمایید.
- زمان های خواب کوتاه برای ساعات بعد از ظهر بیمار در نظر بگیرید.

### مراقبت مداوم (Continence care)

- از کاتتراسیون غیر ضروری برای بیمار اجتناب نمایید.
- تعادل آب و الکترولیت های بیمار را بررسی و چارت نمایید.
- دفع روده ای بیمار را چارت نمایید.

- یک چراغ با نور کم در مسیر رفت و آمد بیمار به دستشویی در شب قرار دهید.
- بی‌اختیاری ادرار را بررسی و در گزارش ثبت نمایید.

### یبوست (Constipation)

- دفع روده‌ای منظم را برای بیمار برقرار کنید و سعی کنید به هیچ‌وجه بیمار دچار یبوست نگردد.
- به مداخلات پرستاری برای جلوگیری از یبوست مراجعه نمایید.

## ابزارهای تشخیص دلیریوم

دلیریوم یک اورژانس پزشکی است و عدم تشخیص دلیریوم در بخش‌های بستری با افزایش خطر مرگ و میر همراه است زیرا بیماران مبتلا به دلیریوم در معرض خطر بیشتری برای سقوط و صدمات قابل‌پیشگیری هستند. هیچ آزمایش تشخیصی قطعی برای دلیریوم وجود ندارد و تشخیص آن بر مهارت‌های بالینی استوار است. ابزارهای ارزیابی می‌توانند کمک کنند. چندین ابزار معتبر برای ارزیابی دلیریوم در بیماران بدحال و در شرایط بحرانی وجود دارد. از این میان <sup>۲۲</sup>CAM-ICU و <sup>۲۳</sup>ICDSC ابزارهای معتبر و توصیه‌شده جهت استفاده در ICU هستند.

روش ارزیابی دلیریوم برای بخش مراقبت‌های ویژه (CAM-ICU) به‌طور خاص برای ارزیابی دلیریوم در محیط ICU طراحی شده است. این می‌تواند در بیمارانی که نمی‌توانند صحبت کنند (به‌عنوان مثال کسانی متصل به تهویه مکانیکی هستند) استفاده شود. CAM-

<sup>22</sup> Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)

<sup>23</sup> Intensive Care Delirium Screening Checklist

#### ۴۰ / پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش های مراقبت ویژه

ICU می‌تواند در عرض ۱ تا ۲ دقیقه توسط یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی آموزش‌دیده تکمیل شود. نشان داده‌شده است که CAM-ICU در مقایسه با ابزار تشخیص دلیریوم با استفاده از معیارهای DSM-IV، حساسیت (۹۵-۱۰۰٪) و ویژگی (۹۳-۹۸٪) بالاتری دارد. همچنین نشان داده‌شده است که CAM-ICU از قابلیت اطمینان بین ارزیاب بالایی (۰.۷۹ تا ۰.۹۵) برخوردار است (۲۸). برای ارزیابی بیمار توسط ابزار CAM-ICU نیاز به شرایطی در بالین است:

- شروع حاد اختلال شناختی
- دوره نوسان
- بی‌توجهی
- اختلال در تفکر
- سطح هوشیاری تغییر یافته
- نمره 2-  $\geq$  RASS<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)



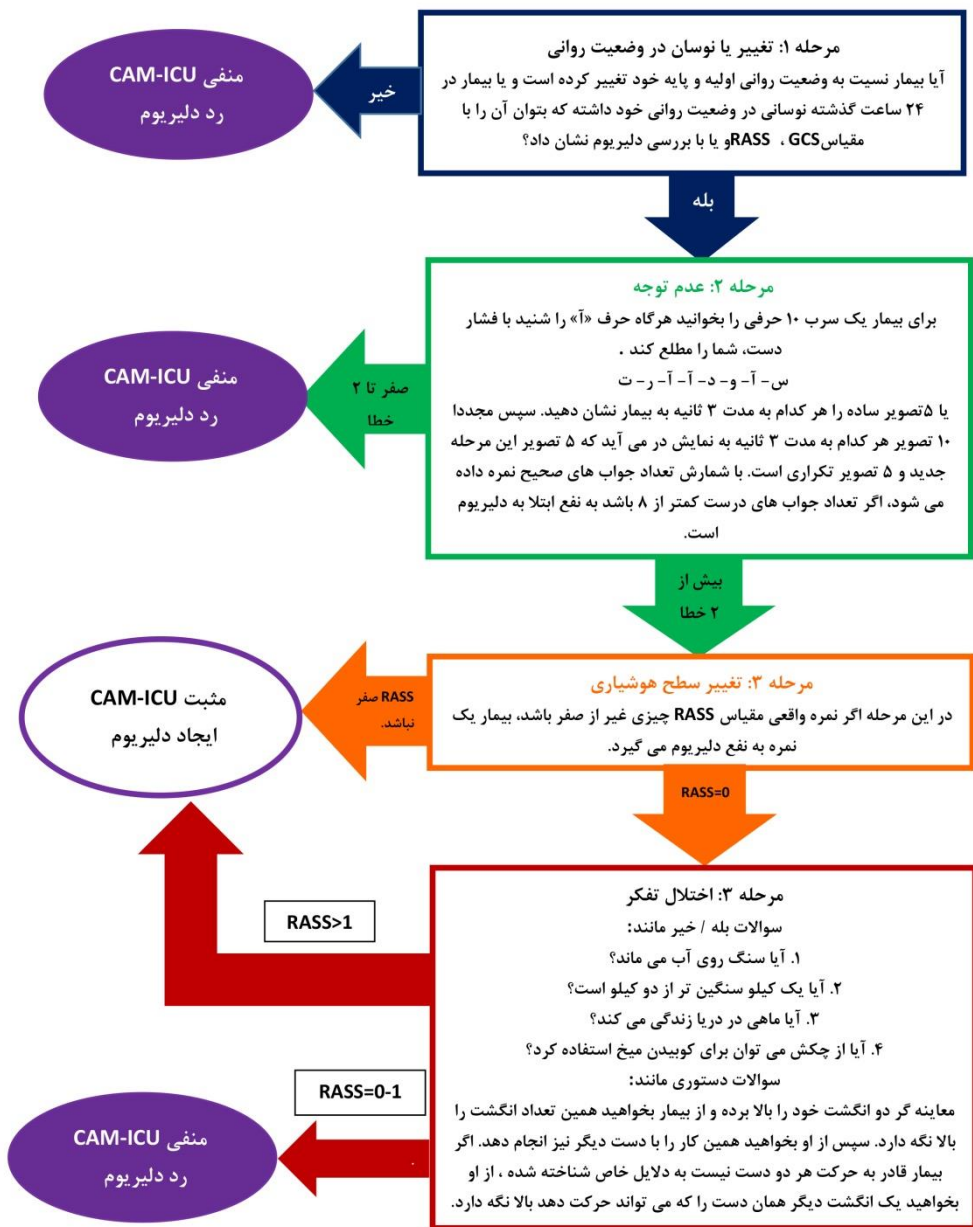
## مقیاس بی‌قراری و خواب‌آلودگی ریچموند (RASS)

### مرحله اول ارزیابی دلیریوم

CAM- ICU	نمره	توصیف	اصطلاح	
ارزیابی توسط ابزار – CAM- ICU انجام شود.	+۴	آشکارا مجادله می‌کند، خشن و تهاجمی است و خطرناک برای پرسنل	شدیداً بی‌قرار و تهاجمی	
	+۳	اتصالات و کتترها را کشیده یا خارج می‌کند، پرخاشگری می‌کند	بسیار آشفته	
	+۲	حرکات بی‌هدف و مکرر دارد، با وئیلاتور مقابله می‌کند (fight)	آشفته	
	+۱	مضطرب و نگران اما بدون پرخاشگری	ناآرام و مضطرب	
	۰	کاملاً بیدار و هوشیار	هوشیار و آرام	
نیاز به چک CAM- ICU ندارد. مجدداً در نوبت بعدی RASS ارزیابی شود.	تحریک با صدا	-۱	با صدازدن بیدار شده و بیش از ۱۰ ثانیه تماس چشمی برقرار می‌کند	خواب‌آلود
		-۲	در صورت شنیدن صدا بیدار شده و برای مدت کوتاهی (کمتر از ۱۰ ثانیه) ارتباط چشمی برقرار می‌کند	خواب‌آلودگی خفیف
		-۳	بدون برقراری ارتباط چشمی با تحریک کلامی، چشم‌ها را باز کرده و حرکت می‌دهد	خواب‌آلودگی متوسط
	تحریک با لمس	-۴	به صدا پاسخ نمی‌دهد اما به محرک فیزیکی پاسخ داده و چشم‌ها را باز می‌کند	خواب‌آلودگی شدید
		-۵	به صدا یا محرک فیزیکی هیچ پاسخی نمی‌دهد	غیرقابل بیدار شدن

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)

روش ارزیابی سردرگمی / گیجی برای آی سی یو  
مرحله دوم ارزیابی دلیریوم



## تشخیص‌های افتراقی دلیریوم

مشاهدات	دلیریوم	زوال عقل ( دمانس )	افسردگی
شروع	حاد	تدریجی	متغیر
آگاهی به زمان/ مکان/ شخص	مختل	مختل	سالم
حافظه کوتاه‌مدت	مختل	مختل	سالم
حسی	نوسان دار	متغیر	سالم
توجه <sup>۲۵</sup>	مختل	متغیر	عموماً سالم
هذیان (به‌طور مثال پارانویا <sup>۲۶</sup> )	شایع	گاهی اوقات	ندرتاً
توهم	بینایی، لامسه و بویایی	غیر شایع	ندرتاً
دوره ابتلا	کوتاه	مزمّن	متغیر

رایج‌ترین مسئله تشخیصی افتراقی این است که آیا فرد به‌جای دلیریوم، زوال عقل دارد، دلیریوم به‌تنهایی دارد، یا دلیریوم روی یک زوال عقل که از قبل وجود داشته، ایجاد شده است.

دلیریوم که با توهم واضح، هذیان، و اختلال در تکلم مشخص می‌شود، باید از اختلالات روان‌پریشی متمایز شود. در دلیریوم، بیمار به‌طور کلی شواهدی از یک بیماری

<sup>25</sup> Attentiveness

<sup>۲۶</sup> هذیان یا دیلوژن (Delusion) فکر یا باور پایدار و نادرستی است که در فرد دیده می‌شود و با منطق، استدلال عقلی و شواهد همخوانی ندارد. دیلوژن یا هذیان، اختلال در محتوای فکر است. در واقع هذیان‌ها باورهای راسخ اما نادرستی هستند که از دید دیگران عجیب و باورنکردنی هستند. پارانویا: یک وضعیت روانی که با بدبینی، شک، حسادت بی‌دلیل، یا افکار گزند و آسیب مشخص می‌شود.

## ۴۴ / پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت دلیریوم در بخش های مراقبت ویژه

زمینه‌ای، مسمومیت با مواد/ترک یا مصرف دارو نشان می‌دهد. اگر قادر نبودید بین دلیریوم و سایر اختلالات تمایز قائل شوید، به یک متخصص سالمندان یا خدمات روان‌پزشکی مراجعه کنید.

### مقیاس‌های توصیه‌شده برای ارزیابی دلیریوم

ابزار	هدف ارزیابی
مقیاس غربالگری مشاهده‌ای دلیریوم Observation Delirium Observation Screening Scale/Delirium Scale	ابزار غربالگری برای دلیریوم instruments for Screening delirium
رتبه‌بندی عمومی توجه Global Attentiveness Rating	
چک لیست غربالگری دلیریوم مراقبت‌های ویژه Intensive care delirium screening checklist	
مقیاس گیجی / سردرگمی NEECHAM NEECHAM Confusion Scale	
مقیاس غربالگری دلیریوم پرستاری Nursing Delirium Screening Scale	
مقیاس دلیریوم اورژانسی در بیهوشی کودکان Paediatric Anesthesia Emergence Delirium scale	
ارزیابی بالینی سردرگمی - آ و ب Clinical Assessment of Confusion - A and B	
روش ارزیابی سردرگمی Confusion Assessment Method (CAM)	

ابزار	هدف ارزیابی
<p>روش ارزیابی سردرگمی در بخش مراقبت ویژه</p> <p>Confusion Assessment Method CAM-ICU</p>	<p>ابزارهای تشخیصی دلیریوم</p> <p>Diagnostic instruments for delirium</p>
<p>روش ارزیابی سردرگمی</p> <p>Confusion Assessment Method</p>	
<p>نسخه اصلاح شده مقیاس رتبه بندی دلیریوم</p> <p>Delirium Rating Scale-revised version</p>	
<p>ابزارهای تشخیصی مصاحبه با علائم دلیریوم</p> <p>Diagnostic instruments Delirium Symptom Interview</p>	
<p>مقیاس ارزیابی دلیریوم وابسته به حافظه</p> <p>Memorial Delirium Assessment Scale</p>	
<p>CAM-ICU اطفال</p> <p>Paediatrics CAM-ICU</p>	
<p>چک لیست دلیریوم ساسکاتون</p> <p>Saskatoon Delirium Checklist</p>	

ابزار	هدف ارزیابی
<p>شاخص دلیریوم</p> <p>Delirium Index</p>	<p>ابزارهایی برای ارزیابی شدت دلیریوم</p> <p>Instruments to assess severity of delirium</p>
<p>مقیاس شدت دلیریوم</p> <p>Delirium Severity Scale</p>	
<p>Delirium-O-Meter</p>	
<p>مقیاس ارزیابی دلیریوم وابسته به حافظه</p> <p>Memorial Delirium Assessment Scale</p>	

ابزار	هدف ارزیابی
<p>چک لیست موتور دلیریوم، مقیاس علائم حرکتی دلیریوم</p> <p>Scale Delirium Motor Checklist, Delirium Motor Symptom</p>	<p>ابزارهای ارزیابی علائم حرکتی</p> <p>Instruments for assessment of motoric symptoms</p>
<p>مقیاس ارزیابی دلیریوم وابسته به حافظه</p> <p>Memorial Delirium Assessment Scale</p>	
<p>آیتم های حرکتی مقیاس درجه بندی دلیریوم،</p> <p><b>DRS-R-98</b></p> <p>Motoric items of Delirium Rating Scale, DRS-R-98</p>	
<p>مقیاس بی قراری و خواب آلودگی ریچموند</p> <p>Richmond Agitation and Sedation Scale(RASS)</p>	

ابزار	هدف ارزیابی
<p>آزمون وضعیت ذهنی کوتاه (MMSE)</p> <p>Mini Mental Status Examination (MMSE)</p>	<p>ابزارهایی که فقط برای ارزیابی عملکردهای شناختی استفاده می شوند</p> <p>for Instruments used cognitive assessment of only functions</p>
<p>ارزیابی شناختی مونترال (MoCA)</p> <p>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</p>	
<p>آزمون مختصر ذهنی (AMT)</p> <p>Abbreviated Mental Test (AMT)</p>	

## بخش چهارم

### درمان دلیریوم

- ارزیابی دلیریوم
- مدیریت دارویی
- فرهنگ
- تشخیص افتراقی در دلیریوم





دلیریوم یک اورژانس پزشکی است و تشخیص زودهنگام دلیریوم در بخش اورژانس بسیار مهم است. دلیریوم در بیش از نیمی از موارد مراجعه‌کننده به بیمارستان تشخیص داده نمی‌شود و احتمال دلیریوم نباید در تمام بیماران سالمند بستری در بیمارستان در نظر گرفته شود. عدم تشخیص دلیریوم در اورژانس با خطر ۷ برابری برای افزایش مرگ‌ومیر همراه است، زیرا بیماران مبتلا به دلیریوم درخطر بیشتری برای سقوط و صدمات قابل‌پیشگیری هستند. هیچ آزمایش تشخیصی وجود ندارد و تشخیص بر اساس مهارت‌های بالینی است. ابزارهای ارزیابی می‌توانند کمک کنند. وجود سابقه خانوادگی یا سؤال از مراقبان بخش کلیدی ارزیابی است. سعی کنید توانایی‌های شناختی قبلی بیماران و شدت تغییر در وضعیت روانی را مشخص کنید.

ابزار CAM<sup>۲۷</sup> قابل‌اعتمادترین ابزاری است که برای تشخیص دلیریوم استفاده می‌شود (JAMA 2010)<sup>۲۸</sup> و پزشکان و پرستاران برای استفاده از این ابزار لازم است آموزش ببینند. اولین ارزیابی باید در بدو ورود به بخش اورژانس انجام شود. آزمون ذهنی مختصر ۱۰ امتیازی (AMTS)<sup>۲۹</sup> نیز می‌تواند به‌عنوان یک ابزار غربالگری سریع استفاده شود. پنج سؤال آگاهی به زمان، مکان و اشخاص را و سه سؤال حافظه را ارزیابی می‌کند. شمارش معکوس اعداد توجه را بررسی می‌کند. ناتوانی در انجام این کار بیشترین نشانه دلیریوم است.

**پیشنهاد می‌شود سؤالات زیر را در ارزیابی سالمندان مطرح کنید:**

- نام مکان

<sup>27</sup> Confusion Assessment Method (CAM)

<sup>28</sup> The Journal of the American Medical Association (JAMA)

<sup>29</sup> The Abbreviated Mental Test score (AMTS)

### CT در دلیریوم

معمولاً مورد نیاز نیست، مگر

در موارد زیر:

وجود علائم کانونی نرولوژیک

(همی پلژی، همی پارزی)

تشنج جدید

ضربه به سر یا سقوط

بیمار روی داروهای ضد انعقاد

شواهدی از افزایش ICP

- سال / زمان تا نزدیک ترین ساعت
- تولد (تاریخ و ماه)
- سن
- یک آدرس بدهید که در پایان آزمون دوباره سالمند آنرا به یاد بیاورد.
- سال شروع جنگ
- (یا تاریخ دیگری که بیمار باید بداند)
- نام نخست وزیر
- شمارش معکوس ۲۰ تا ۱
- شناخت ۲ نفر به عنوان مثال دکتر، پرستار
- بخواهید آدرس را به خاطر بیاورید.
- نتیجه را از ۱۰ محاسبه کنید.
- نمره ۶ یا کمتر به عنوان نقطه برش برای جدا کردن افراد گیج از سالمندان عادی استفاده می شود.
- آزمایش را می توان برای نظارت بر پیشرفت وضعیت سالمند تکرار کرد.
- معاینه توسط آزمون کوتاه وضعیت ذهنی ۳۰ امتیازی (MMSE)<sup>30</sup> می تواند به ارزیابی شدت سردرگمی و گیجی کمک کند، اما می تواند برای بررسی در بیمار در شرایط گیجی شدید مشکل باشد و محدودیت های خود را دارد.
- ارزیابی شناختی مونترال (MOCA)<sup>31</sup> به طور فزاینده ای برای ارزیابی شناخت در بیماران مبتلا به زوال عقل استفاده می شود، اما در دلیریوم مفید نیست. بیماران دلیریوم نمی توانند برای انجام آزمون همکاری کنند.

<sup>30</sup> Mini-mental state examination (MMSE)

<sup>31</sup> Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

## فصل چهارم/ ۵۱

- توجه داشته باشید که MMSE، AMTscore و MOCA دلیریوم را از زوال عقل متمایز نمی‌کند.

### دستورالعمل‌های پذیرش

- بیماران باید تحت مناسب‌ترین خدمات برای مدیریت علت بستری شوند.
- بیماران مبتلابه دلیریوم حاد با علت نامشخص باید تحت نظر پزشک عمومی بستری شوند.
- چنانچه دلیریوم در بیماران بستری که تحت درمان هستند ایجاد شود، باید تحت درمان باقی بمانند.
- در صورت نیاز به مشاوره تخصصی بیشتر، می‌توان از متخصصان سالمندی، روان‌پزشکی سالمندی یا روان‌پزشکی کمک دریافت کرد.

### مدیریت

- هنگامی که تشخیص دلیریوم با قطعیت مشخص شد، باید تمام تلاش‌ها برای شناسایی علت زمینه‌ای برای هذیان صورت گیرد. بیماران سالمند اغلب قادر به ارائه شرح‌حال مناسب نیستند و در چنین سناریویی باید تلاش شود تا اطلاعات از تمامی منابع موثق جمع‌آوری شود. بازنگری کامل باید برای داروهای دریافتی از جمله داروهای تجویزی و بدون نسخه انجام شود. باید به افزودن هر داروی جدید یا افزایش دوز دارو (ها) توجه لازم مبذول شود. اگر ارتباط نزدیکی بین شروع دلیریوم و تغییر در دوز یا شروع یک دارو وجود داشته باشد، می‌توان آنرا به‌عنوان یک عامل آزاردهنده احتمالی در نظر گرفت. برای ارزیابی تمام علل احتمالی هذیان باید معاینه فیزیکی دقیق انجام شود. از نظر بررسی‌ها، تصویربرداری عصبی به‌طور معمول نشان داده نمی‌شود و باید در افرادی که مشکوک به ضایعات داخل جمجمه هستند، به‌عنوان مثال، بیماران که علائم عصبی کانونی دارند، سابقه

آسیب/تروما به سر درست قبل از شروع علائم، وجود آدم پایی که نشان‌دهنده افزایش فشار داخل جمجمه است، در نظر گرفته شود.

- اختلال همان‌طور که در یافته‌های بالینی نشان داده شده است، بررسی شود.
- کنترل درد بسیار مهم است.
- از تکنیک‌های آرام‌بخش استفاده کنید.
- اگر بیمار بسیار مضطرب باشد ممکن است نیاز به درمان دارویی باشد.

## اصول کلی برای ارزیابی علت دلیریوم

- تشخیص دلیریوم را با استفاده از معیارهای تشخیصی استاندارد تأیید کنید.
- شدت دلیریوم را ارزیابی کنید، انواع دلیریوم را مدنظر داشته باشید.
- خطر آسیب رساندن بیمار به خود یا دیگران را ارزیابی کنید.
- شروع و سیر علائم را ارزیابی کنید.
- بیماری‌های زمینه‌ای پزشکی - اعم از حاد و مزمن را ارزیابی کنید.
- به دنبال اطلاعاتی در مورد روش‌های اخیر - جراحی، وجود درن‌ها و غیره باشید.
- الگوی مصرف الکل و سایر مواد و زمان آخرین مصرف، ارتباط آن با شروع علائم دلیریوم را ارزیابی کنید.
- همبودی اختلالات روانی را بررسی کنید.
- در خصوص سطح قبلی عملکرد شناختی بیمار از همراهان / مراقبین بیمار سؤال کنید.
- سابقه ابتلا به دلیریوم در گذشته و پاسخ به درمان را بررسی کنید.

## فصل چهارم/ ۵۳

- سطح عملکرد بیمار (یعنی انجام فعالیت‌های اساسی زندگی روزمره<sup>۳۲</sup>) را بررسی کنید.
  - تاریخچه روانی اجتماعی بیمار و انزوای اجتماعی را بررسی کنید.
  - به دنبال علائمی باشید که می‌تواند دلیل احتمالی را نشان دهد (به‌طور مثال تب نشان‌دهنده عفونت)
  - اختلالات حسی (بینایی/ شنوایی) را بررسی کنید. (نکته: در صورت استفاده از وسایل کمک دیداری/ کمک شنیداری در زمان هوشیاری بیمار باید از وسایل استفاده گردد.)
  - وجود محدودیت‌های فیزیکی، کاتتر ادراری را بررسی کنید.
  - الگوی خواب- مدت زمان خواب شبانه و الگوی خواب روزانه را بررسی کنید.
  - عملکرد مثانه و روده - یبوست، احتباس مدفوع را بررسی کنید.
  - رژیم غذایی و مصرف مایعات را بررسی کنید (وضعیت هیدراتاسیون و وضعیت سوءتغذیه)
  - بررسی داروها، مرور تاریخچه دارو - تعداد کل داروها، نوع داروها، مصرف داروهای بدون نسخه د، استفاده از داروهای طب سنتی، هرگونه تغییر اخیر (اضافه یا حذف) داروها و ارتباط آن‌ها با ظهور علائم دلیریوم را بررسی کنید.
  - بررسی سوابق بیهوشی در بیماران بعد از عمل جراحی
- معاینه فیزیکی پایه ( معاینه فیزیکی کامل از سرتاپا)
- معاینه عصبی - سطح هوشیاری را ارزیابی کنید
  - بررسی علائم حیاتی در بیماران پس از عمل - به دنبال فشارخون بالا یا افت فشارخون باشید.
  - علائم و نشانه‌های عفونت موضعی یا سیستمیک - تب

<sup>32</sup> Instrumental Activities of Daily Living (IADLs)

- به دنبال علائم و نشانه های ترک الکل / مواد مخدر ، مسمومیت یا علائم مرتبط با سایر مواد باشید.

### ارزیابی محیط بیمار:

- بیش باری حسی / محرومیت حسی در محیط بخش های مراقبت ویژه را بررسی کنید. (به عنوان مثال، سروصدای زیاد، نور مداوم ، بوق هشدار دستگاه ها، صحبت زیاد کارکنان و غیره)

- تغییرات محیطی: تغییر مکرر اتاق بیمار، تغییر مکرر کارکنان،
- عدم حضور اعضای خانواده در کنار بیمار ( دوری از اعضای خانواده عامل مؤثری برای شروع دلیریوم است)
- آشناسازی با محیط اطراف بیمار بررسی شود.
- وجود یا عدم وجود تقویم، ساعت در معرض دید بیمار بررسی شو دو

### بررسی آزمایشگاهی:

- الکترولیت های سرم - سدیم، پتاسیم، کلسیم، منیزیم
- شمارش کامل سلول های خونی
- تست عملکرد کلیه - اوره، کراتینین
- تست عملکرد کبد - آلکالین فسفاتاز، آلانین آمینوترانسفراز (ALT، آسپاراتات آمینوترانسفراز (AST)
- سطح گلوکز خون
- تست عملکرد تیروئید
- تجزیه و تحلیل گاز خون شریانی (ABG).
- تجزیه و تحلیل ادرار - روتین، کشت
- عکس رادیوگرافی قفسه سینه
- الکتروکاردیوگرام (ECG)

- در صورت لزوم، کشت ادرار، کشت خون، سطح سرمی داروها، توموگرافی کامپیوتری (CT) یا تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) را در نظر بگیرید.
- در صورت لزوم، الکتروانسفالوگرافی (EEG) را در نظر بگیرید: می‌تواند به تشخیص دلیریوم از زوال عقل کمک کند، همچنین زمانی که دلیریوم با وضعیت صرع مرتبط است می‌تواند در نظر گرفته شود.
- در صورت مشکوک شدن به مننژیت، پونکسیون لومبار می‌تواند انجام شود.

### مدیریت دارویی

طیف وسیعی از عوامل دارویی برای مدیریت دلیریوم مورد ارزیابی قرار گرفته است. عواملی که بر انتخاب دارو تأثیر می‌گذارند، شامل محیط درمان (بخش پزشکی-جراحی/ICU/مراقبت تسکینی)، ارائه‌دهنده خدمات درمانی (متخصصین مراقبت‌های ویژه در مقابل روان‌پزشک) و نیاز بالینی (دلیریوم بیش‌فعال/انفعالی) است. استفاده از عوامل دارویی باید با عوارض جانبی احتمالی سنجیده شود. مدیریت دارویی در همه بیماران اندیکاسیون ندارد. پیشنهاد می‌شود زمانی که اقدامات غیر دارویی نتوانسته است بیمار را به راحتی مدیریت کند یا نشانه‌های خاصی برای استفاده از آن وجود دارد، دارودرمانی در نظر گرفته شود. رایج‌ترین نشانه برای مدیریت دارویی شامل بی‌قراری شدید یا اضطراب شدید است که باعث ناراحتی قابل توجهی برای بیمار می‌شود یا بیمار را در معرض خطر آسیب رساندن به خود یا دیگران قرار می‌دهد. سایر نشانه‌های دارودرمانی شامل عدم همکاری در درمان به حدی است که انجام مداخلات ضروری مراقبتی یا درمانی را دشوار یا غیرممکن کند و در نهایت جایی که با وجود بهترین تلاش‌ها برای انجام درمان غیر دارویی، علائم دلیریوم همچنان ادامه دارد.

**داروهای ضد روان‌پریشی (آنتی‌سایکوتیک‌ها):**

به طور کلی، آنتی سایکوتیک ها به عنوان داروی انتخابی در مدیریت دلیریوم در نظر گرفته می شوند. مطالعات آنتی سایکوتیک های مختلف را در مدیریت دلیریوم ارزیابی کرده اند. با این حال، تعداد بسیار کمی کار آزمایی بالینی تصادفی دوسوکور کنترل شده با دارونما وجود دارد که اثربخشی داروهای ضد روان پریشی را در بیماران مبتلا به دلیریوم ارزیابی کرده اند. کار آزمایی های موجود نیز به دلیل حجم نمونه کوچک و ناهمگونی در محیط درمان، که مطالعات در آن انجام شده اند، محدود می شوند. با وجود این محدودیت ها، اکثر متخصصان در مورد استفاده از داروهای ضد روان پریشی برای مدت کوتاهی در مدیریت دلیریوم اتفاق نظر دارند (۲۸). گزارش شده است که داروهای ضد روان پریشی باعث کاهش بی قراری، اضطراب، علائم روان پریشی مرتبط می شوند، اثر آرام بخشی دارند و همچنین نشان داده شده اند که علائم شناختی دلیریوم را بهبود می بخشد تصمیم برای شروع داروهای ضد روان پریشی باید در ارتباط با خانواده/مراقبان و اعضای گروه درمان گرفته شود. نکته مهمی که باید به خاطر داشت این است که میانگین دوزهای مورد نیاز برای کنترل علائم دلیریوم به طور قابل توجهی کمتر از دوزی است که معمولاً در مدیریت سایر اختلالات روان پزشکی استفاده می شود. بنابراین، هر زمان که از داروهای ضد روان پریشی استفاده می شود، این داروها باید با دوزهای پایین تری شروع شوند و به آرامی به سمت بالا تیترا شوند (۲۸).

- هالوپریدول<sup>۳۳</sup> داروی انتخابی است. هالوپریدول معمولی را ۰/۲۵ تا ۰/۵ میلی گرم دو بار در روز به صورت خوراکی، با دوزهای اضافی هر ۴ ساعت در صورت نیاز شروع کنید (اوج اثر در ۴-۶ ساعت است)،
- ۰/۵ تا ۱ میلی گرم هالوپریدول را می توان به صورت عضلانی تجویز کرد، اثر دارو ۳۰-۶۰ دقیقه بعد مشاهده می شود، در صورت نیاز دوباره تکرار کنید (اوج اثر در ۲۰-۴۰ دقیقه ایجاد می شود)



## فصل چهارم/ ۵۷

- داده‌های کارآزمایی محدودی برای ریسپریدون<sup>۳۴</sup> ۰/۲۵ تا ۰/۵ میلی‌گرم در روز/ دو بار در روز یا کویتیاپین<sup>۳۵</sup> ۶/۲۵ تا ۱۲/۵ میلی‌گرم در روز/ دو بار در روز وجود دارد. جهت دو داروی هالوپریدول و ریسپریدون عوارض اکستراپیرامیدال و افزایش فاصله QT را مانیتورینگ قلبی بیمار مدنظر قرار دهید.
- به‌عنوان خط سوم اولانزاپین<sup>۳۶</sup> با دوز کم ۱/۲۵ تا ۲/۵ میلی‌گرم روزانه / دو بار در روز می‌تواند استفاده شود. خواب‌آلودگی بیمار و افزایش فاصله QT در مانیتورینگ قلبی بیمار مورد توجه قرار گیرد.
- از لورازپام<sup>۳۷</sup> ۰/۵ تا ۱ میلی‌گرم خوراکی و تا ۴ ساعت یک‌بار در پارکینسون استفاده کنید. ممکن است گاهی اوقات از کویتیاپین ۱۲/۵ تا ۲۵ میلی‌گرم در روز استفاده شود و بیمار را از نظر خواب‌آلودگی لازم است پایش شود.
- هنگامی که ديازپام<sup>۳۸</sup> در بیماران مبتلا به ترک الکل یا آرام‌بخش استفاده می‌شود، پروتکل‌های ترک الکل را برای دوزهای ديازپام دنبال کنید (۲۹).
- بهتر است تا حد امکان کمتر داروهای مختلف داده شود.

---

<sup>34</sup> Risperidone

<sup>35</sup> Quetiapine

<sup>36</sup> Olanzapine

<sup>37</sup> Lorazepam

<sup>38</sup> Diazepam

## مدیریت دارویی دلیریوم

<p>داروهای ضد روان پریشی: هالوپریدول، دروپریدول، کلرپرومازین، لوکسپین، ریسپریدون، کوتیپین، اولانزاپین، آریپپرازول، زوکلوپنتکسول، زیپرازیدون، پروسپرون و غیره</p> <p><b>Antipsychotics:</b> haloperidol, Droperidol, chlorpromazine, loxapine, risperidone, quetiapine, olanzapine, aripiprazole, zuclopenthixol, ziprasidone, perospirone etc</p>
<p>بنزودیازپین‌ها: لورازپام</p> <p><b>Benzodiazepines:</b> Lorazepam</p>
<p>مهارکننده‌های کولین استراز: دونپزیل، فیزوستیگمین، ریواستیگمین</p> <p><b>Cholinesterase inhibitors:</b> Donepezil, Physostigmine, Rivastigmine</p>
<p>آگونیست بسیار انتخابی گیرنده <math>\alpha</math>-2 دکسمدتومیدین</p> <p><b>Highly selective <math>\alpha</math>-2 receptor agonist:</b> dexmedetomidine</p>
<p>داروهای مبتنی بر ملاتونین: رملتئون</p> <p><b>Melatonin based medications:</b> Remelteon</p>
<p>موارد دیگر: کتامین</p> <p><b>Others:</b> Ketamine</p>

## ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار

- ظرفیت تصمیم‌گیری یک ساختار قانونی است که لازم است در بیمار مبتلابه دلیریوم برای دریافت اجازه درمان و معالجات خاص بررسی شود.
- پزشک معالج در زمان بستری و مراجع قانونی پس از ترخیص می‌توانند ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری در افراد مبتلابه دلیریوم را انجام دهند.
- یک بیمار مبتلابه دلیریوم را فقط می‌توان در آن زمان قادر به تصمیم‌گیری برای یک موضوع خاص دانست که ظرفیت تصمیم‌گیری او توسط پزشک مورد تأیید قرار گیرد.
- میزان ظرفیت ذهنی موردنیاز برای تصمیم‌گیری بستگی به سؤال مطرح شده و شدت پیامدهای بالقوه تصمیم دارد.

- ظرفیت تصمیم‌گیری یک موضوع کلی نیست، بلکه عبارت است از:
  - حوزه خاص (به‌عنوان مثال امور مالی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی)،
  - تصمیم‌گیری‌های خاص (مثلاً رضایت عمل جراحی بای پس در مقابل رضایت برای تزریق واکسن آنفولانزا).
  - زمان‌های خاص
- برای تعیین ظرفیت باید بررسی شود که آیا بیمار می‌تواند:
  - اطلاعات مربوطه را درک کند.
  - از وضعیت و پیامدهای آن تصمیم درک درستی داشته باشد.
  - در مورد گزینه‌های درمانی دلایل انتخاب را تشخیص دهد.
  - در مورد انتخابش صحبت کند و توضیح دهد.
  - در صورت وجود شک یا اختلاف نظر و نیاز به نظر روان‌پزشک می‌باشد.

## فرهنگ

---

علائم دلیریوم می‌تواند با توجه به فرهنگ‌های مختلف به‌صورت متفاوتی بیان شود. به‌عنوان مثال، توهمات برای بیمارانی با فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد به‌صورت مشاهده فرشتگان و حلقه‌های نورانی در افراد مذهبی تا دیدن گرگ و حیوان درنده در فردی که منطقه روستایی زندگی می‌کند.

## دلیریوم می تواند یک رویداد وحشتناک برای بیماران و خانواده های آنها باشد.



اغراق آمیز نیست که بگوییم تأمین اطمینان خاطر، آموزش و حمایت از آنها بسیار مهم است.

## بخش پنجم

### مدیریت پرستاری در دلیریوم

- مداخلات پرستاری در مراقبت از بیمار مبتلابه دلیریوم
- مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز در بیماران مبتلابه دلیریوم
- جلوگیری از سقوط



## مداخلات پرستاری در بیماران مبتلابه دلیریوم

### حمایت و آشناسازی بیمار به زمان، مکان و اشخاص

• ارتباط:

- از زبان ساده استفاده کنید، با زبانی واضح، ساده، محکم و آهسته ارتباط برقرار کنید و در صورت نیاز جملات را تکرار کنید.
- از بکار بردن عبارتهای انتزاعی خودداری کنید.
- از بحثی که بیمار نمی‌تواند با آن ارتباط برقرار کند، اجتناب کنید.
- در مورد موضوعاتی که فرد مبتلابه دلیریوم علاقه‌مند به صحبت کردن است و با آن‌ها آشنا است مانند سرگرمی‌ها و حرفه خود فرد صحبت کنید.

### آشناسازی بیمار به زمان، مکان و اشخاص مجدد

- جهت‌دهی مجدد بیمار (یادآوری‌های مکرر برای روز، زمان و مکان، و هویت افراد کلیدی از جمله اعضای تیم درمان‌کننده)
- رودررو با بیمار صحبت کنید، تماس چشمی مناسب برقرار کنید و هنگام صحبت با بیماران دستورالعمل‌های واضح بدهید
- نگرش مثبت و ارتباط باصلابت، مهربانانه و با آرامش را منتقل کنید.
- وضعیت عاطفی افراد را درک کنید و سپس آن‌ها را به صحبت تشویق کنید.
- سعی نکنید یک‌باره و زمانی که بیمار علاقه‌ای ندارد اطلاعات زیادی به او ارائه دهید.
- نشانگرها/علائم محل حضور بیمار ( نام بخش، شماره تخت) را در معرض دید بیمار قرار دهید.
- تقویم، ساعت، یا برنامه روز ( نام پرستار و پزشک معالج ) را در اتاق و معرض دید بیمار قرار دهید.

- از دادن چندوظیفه مختلف در یک‌زمان به بیمار اجتناب کنید (ارائه یک محرک/وظیفه در یک‌زمان معین).
- از همراهان بیمار بخواهید وسایل آشنا برای بیمار را از خانه بیاوردند و در کنار بیمار قرار دهید. مانند عکس‌ها، پتوی موردعلاقه، لباس‌های شب، چیزهایی که در کنار تخت در خانه نگهداری می‌شوند تا حس موقعیت سنجی و امنیت را در بیمار افزایش دهند.
- در صورت علاقه بیمار، او را تشویق کنید تا فعالیت‌های محرک شناختی را انجام دهد و این فعالیت‌ها را چندین بار در روز تکرار کند (کتاب‌های پازل، سودوکو، مجلات، یا بازی‌های ویدیویی و غیره).
- تغییر کارکنان را به حداقل برسانید.
- استفاده از تلویزیون/رادیو/تلفن‌های هوشمند/گوش دادن به موسیقی و غیره برای آرامش در صورت تمایل فرد مجاز است، زیرا این موارد می‌توانند به بیمار کمک کنند تا تماس خود را با دنیای بیرون حفظ کند. موسیقی آرام‌بخش می‌تواند از تحریک جلوگیری کند و همچنین یک محافظ در برابر صداها و بلند ایجاد کند.
- از محدودیت‌های فیزیکی در صورت امکان اجتناب شود. هنگام استفاده باید در کوتاه‌ترین زمان ممکن باشد و به‌موقع برداشته شود.
- با مشارکت دادن اعضای خانواده/مراقبان احساس امنیت و موقعیت سنجی را در بیمار افزایش دهید.
- در مورد هر روش یا مداخله‌ای که به‌عنوان بخشی از درمان یا مراقبت کلی انجام می‌شود (به‌عنوان مثال تعویض ملحفه) توضیح دهید تا احتمال سوءتعبیر در بیمار کاهش یابد.
- دستان خود را در میدان دید قرار دهید و از حرکات یا تغییر وضعیت‌های سریع خودداری کنید، که ممکن است به‌اشتباه از سوی بیمار به‌عنوان نشانه‌هایی برای آسیب تعبیر شود.



- در صورت آشفتگی و بی‌قراری بیمار، به دنبال محرک‌ها باشید و از راهبردهای رفتاری (تغییر در محیط، حواس‌پرتی) برای کاهش بی‌قراری استفاده کنید.
- با باورهای هذیانی مستقیماً مخالفت نکنید - این می‌تواند برانگیختگی و تحریک‌پذیری در بیمار را افزایش داده و باعث تشدید سردرگمی بیمار شود.
- از مقابله و مخالفت با بیمار به شدت خودداری کنید، حتی اگر بیمار حرف‌های نامناسب یا نادرستی را به زبان می‌آورد.
- از حضور بیش از یک بیمار مبتلابه دلیریوم در یک اتاق، به‌ویژه افراد مبتلابه دلیریوم بیش‌فعال آشفته، خودداری کنید، زیرا بی‌قراری یک بیمار باعث تقویت/لقای بی‌قراری در بیمار دوم می‌شود.

#### مناسب‌سازی محیط

- یک محیط بدون ابهام را با معرفی کامل برای بیمار ایجاد نمایید.
- اشیاء مضر و ناآشنا را از مجاورت تخت بیمار خارج کنید.
- از محرومیت حسی (در صورت نیاز بیمار از عینک و سمعک استفاده کند) و اضافه‌بار حسی (صداها و نورها) اجتناب کنید.
- اشیاء غیرضروری را از محدوده مراقبتی بیمار بردارید و فضای کافی را بین تخت‌ها حفظ کنید.
- در صورت وجود یا امکان، اتاق یک نفره برای بیمار فراهم کنید؛ به استراحت کمک می‌کند و منجر به اجتناب از افراط در تجربه حسی می‌شود. اختصاص اتاق خصوصی همچنین می‌تواند مزاحمت ایجادشده توسط کارکنان / مراقبان خانواده سایر بیماران در همان اتاق را نیز از بین ببرد.
- تغییر مکرر محل تخت بیمار نباید انجام شود.
- از اصطلاحات پزشکی در مقابل بیمار استفاده نکنید زیرا این کار می‌تواند احساس پارانویا و بدبینی بیمار را تقویت کند.

- نور کافی و مناسب برای زمان روز و حداقل نور در شب ممکن است باعث کاهش اختلال حسی شود (نور شب ۴۰ تا ۶۰ وات ادراک نادرست را کاهش می دهد).
- محیط آرام، کاهش آلودگی صوتی (تلفن ها را در حالت بی صدا/لرزاننده نگه دارید، از بوق های لرزان استفاده کنید، صدای کارکنان، تجهیزات، بازدیدکنندگان را به حداقل برسانید باهدف کمتر از ۴۵ دسی بل در طول روز و کمتر از ۲۰ دسی بل در شب).
- دمای اتاق بین ۲۱ تا ۲۳/۸۱ درجه سانتی گراد حفظ شود.

### ارتباط و کرامت بیمار

- در انجام کلیه مراقبت ها حفظ کرامت انسانی بیمار را در نظر داشته باشید.
- اعضای خانواده را تشویق کنید تا در کنار بیمار بمانند، می تواند به ارتباط مؤثر کمک کند.
- نحوه برقراری ارتباط را به خانواده آموزش دهید.
- تشخیص و اصلاح اختلالات حسی را در برقراری ارتباط مدنظر قرار دهید ،اطمینان حاصل کنید که بیماران عینک، سمعک و دندان مصنوعی خود را دارند.
- بررسی کنید که آیا بیمار زبان شما را می فهمد یا مترجم لازم است. اگر چنین است از مترجم استفاده کنید.

### سایر اقدامات حمایتی

- تحرک زودهنگام و خروج از تخت را در نظر بگیرید، اگر این امکان وجود ندارد، در اولین فرصت بیمار را به شروع تحرک و خروج از تخت تشویق کنید. (طیف وسیعی از حرکات حداقل به مدت ۱۵ دقیقه سه بار در روز توصیه می شود).
- در فعالیتهای مراقبت از خود بیمار را به حفظ استقلال تشویق کنید.
- تشویق به مشارکت در درمان (به عنوان مثال، بیمار را تشویق کنید تا در مورد درد خود بازخورد بدهد)

## فصل پنجم/ ۶۷

- از خواب خوب و بدون وقفه اطمینان حاصل کنید، برنامه درمانی/مداخلات پرستاری را طوری برنامه‌ریزی کنید که اختلالی در خواب بیمار ایجاد نکند.
- انفوزیون مایعات داخل وریدی به‌گونه‌ای تنظیم شود که بیمار بتواند حداکثر دوره خواب بدون وقفه را داشته باشد، در زمان خواب شبانه و یا چرت روزانه از مداخلاتی برای ایجاد ساعات آرام در بخش استفاده کنید.
- به مسائل مربوط به تغذیه رسیدگی کنید.
- کاتتر ادراری، خط وریدی مرکزی، خط وریدی محیطی و غیره را در اسرع وقت خارج کنید.
- مراقبت کافی از پوست و جلوگیری از ایجاد زخم فشاری را مدنظر قرار دهید.
- اقدامات مناسب برای جلوگیری از سقوط انجام شود ( مداخلات تکمیلی در ادامه مطالب آمده است).
- اشباع اکسیژن کافی خون را حفظ کنید، عدم تعادل الکترولیت را اصلاح کنید.
- مدیریت کافی درد را مدنظر قرار دهید؛ استفاده از اقدامات غیر دارویی، اقدامات موضعی، در صورت درد شدید از مسکن‌های مناسب (مواد غیر مخدر ترجیحی) به‌صورت شبانه‌روزی استفاده شود.
- داروهای غیرضروری باید قطع شود در این خصوص در صورتی که بیمار توسط چند پزشک متخصص هم‌زمان ویزیت می‌شود، حذف داروهای اضافی را به پزشکان یادآوری کنید.
- هرگونه عفونت لازم است در اسرع وقت با آنتی‌بیوتیک درمان شود، در صورت مشاهده شواهدی از عفونت به‌سرعت به پزشک معالج اطلاع دهید.
- از عادات منظم دفع روده/مثانه بیمار اطمینان حاصل کنید، از یبوست جلوگیری کنید.
- پیشگیری، تشخیص، مدیریت عوارض عمده بعد از عمل‌های جراحی را موردتوجه قرار دهید.
- کارکنان بخش را جهت پیشگیری، استفاده از ابزارهای تشخیصی و مراقبت از بیمار مبتلا به دلیریوم آموزش دهید.

## سطح شدت مراقبت برای بیماران مبتلابه دلیریوم

نوع	برای	مدیریت	الزامات
راندهای معمول	بیمارانی که برای آنها دلیریوم تشخیص داده شده است و مراقبانی دارند و/یا می توان با منابع معمولی و مدیریت کارکنان بخش ایمن نگه داشته شوند.	اجرای استراتژی های مسیر دلیریوم. راندهای روتین و هدفمند با توجه به وضعیت بیمار، پیشگیری از سقوط، هیدراتاسیون، تغذیه و ایمنی. توصیه شده است در صورت امکان خانواده در مراقبت کمک کند.	برنامه مراقبتی در هر شیفت بر اساس وضعیت شیفت قبل تغییر و متناسب شود.
مراقبت با دقت و هوشیاری بالا	بیمارانی که برای آنها دلیریوم تشخیص داده شده است و نیازمند افزایش پایش به منظور حفظ ایمنی هستند.	اجرای استراتژی های مسیر دلیریوم. مانیتورینگ و پایش ویژه توسط پرستاران بخش هر ۳۰ دقیقه یکبار از خانواده بخواهید در کنار بیمار بمانند زیرا اغلب تأثیر آرامش بخشی برای بیمار دارد.	مدیرمسئول پرستار / هماهنگ کننده پرستار ثبت شده باید برنامه مراقبتی را بر اساس شیفت به شیفت بررسی کند. نظارت کامل و مکرر بر اساس برنامه مراقبتی
مشاهده نقر به نقر	بیمارانی که برای آنها دلیریوم تشخیص داده شده است و بیماران پرخاشگر / تکانشی / گیج هستند. این تنها زمانی اجرا می شود که تمام اقدامات مراقبتی قبلی برای بیمار کفایت نکند.	مراقب بیمار (معمولاً یک پرستار / دستیار مراقبت بهداشتی) برای حفظ ایمنی بیمار موردنیاز است. مشخص کنید که آیا لازم است: مراقب بیرون اتاق بیمار باشد. در داخل اتاق بیمار باشد. در کنار تخت بیمار باشد. اگر پاتولوژی شناسایی شد، پاتولوژی را درمان کنید.	نیاز به نوشتن یک برنامه مراقبت نظارت دقیق و ارسال درخواست اختصاص پرستار به یک بیمار در شیفت به مدیران پرستاری. مدیرمسئول پرستار / هماهنگ کننده پرستار ثبت شده باید نیاز یک پرستار برای یک بیمار را در هر شیفت بررسی کند. ممکن است نیاز به تخصیص مجدد کار به مراقبت اکتیو ۱:۱ داشته باشد (همان طور که با وخامت بیمار اتفاق می افتد). نظارت ترجیحاً توسط افراد آشنا به عنوان مثال ward hca انجام شود.

## مدیریت پرستاری رفتارهای چالش برانگیز در بیماران مبتلا به دلیریوم

### تعریف:

رفتارهایی در بیماران مبتلا به دلیریوم که نیاز به مدیریت دارند آن دسته از رفتارهایی هستند که :

- ایجاد آن‌ها خود، سایر بیماران، پرستاران و یا کارکنان را در معرض خطر قرار می‌دهد.
- کارکنان در مراقبت از آن‌ها دچار اختلال شوند.
- استرس زیادی را برای بیمار، مراقبان یا کارکنان ایجاد کنند.
- برای حفظ امنیت بیمار نیاز به مداخله بیشتری باشد.

### الگوهای متداول رفتاری شامل:

- پرخاش کلامی
- سرگردانی یا بی‌قراری شدید
- رفتار تحریک‌آمیز یا نامتعارف (خارج کردن لباس‌ها)
- تعرض به فضا و دارایی بیماران دیگر
- دست‌کاری یا بیرون کشیدن درن و کاتترها.

### مداخلات پرستاری:

- به پزشک اطلاع داده شود که بیمار را مجدداً ارزیابی کند.
- ارزیابی توسط ابزار CAM ICU انجام شود.
- پروتکل درمانی دلیریوم دنبال شود.
- برنامه مراقبتی بیمار را با توجه به دلیریوم تغییر دهید.
- ارزیابی‌های دیگر (مثلاً از نظر خطر سقوط) انجام شود و در صورت نیاز تدابیر محدودیت حرکت (مه‌ار فیزیکی) انجام شود.
- خانواده بیمار از وضعیت بیمار مطلع می‌شوند.

## نقش خانواده

بیمارانی که دلیریوم را تجربه می کنند، غالباً استرس بالایی را همراه با توهم خود تجربه می کنند. آن ها ممکن است آشفته شوند. حضور اعضای خانواده برای به حداقل رساندن این استرس و اضطراب بسیار مهم است به طوری که در هر زمان ممکن است با خانواده صحبت کنید تا ببینند آیا قادر به ماندن در کنار بیمار در طول روز و / یا یک شب هستند تا بتوانند از این طریق آرامش و آسایش بیشتری برای بیمار فراهم کنند.

## نکات کاربردی در مدیریت رفتارهای چالش برانگیز

ایمنی خود را مدنظر قرار دهید.	به دنبال رویداد فعال یا محرک و راه حل باشید.
توقف کنید.	در مورد کاری که می خواهید انجام دهید فکر کنید و بهترین راه را برای انجام آن در نظر بگیرید.
برنامه ریزی کنید و توضیح دهید.	فکر کنید شما که هستید؟ چه کار می خواهید بکنید؛ چرا؟
لبخند بزنید.	فردی که در مقابل شما قرار می گیرد، زبان بدن و لحن صدای آرام و مثبت شمارا منعکس می کند.
عجله نکنید.	شما کارهای زیادی برای انجام دادن دارید و عجله دارید اما آن شخص مقابل شما این طور نیست. اگر کسی وارد اتاق خواب نوبت، پتوهایتان را عقب بکشد و شروع کند به بیرون کشیدن شما از رختخواب بدون اینکه حتی به شما وقت بیدار شدن را بدهد، چه احساسی دارید؟
دور شوید.	اگر فرد مقاوم یا پرخاشگر است اما به خود یا دیگران آسیبی نمی رساند، او را به حال خود رها کنید. به او زمان دهید تا آرام شود و بعداً به او نزدیک شوید.
به آن ها فضا بدهید.	هر فعالیتی که شامل تهاجم به فضای شخصی باشد، خطر حمله و تهاجم را افزایش می دهد. هر بار که از شخصی مراقبت می کنید که به فضای شخصی او وارد می شوید.
حواس آن ها را پرت کنید.	با فرد در مورد چیزهایی که در گذشته از آن ها لذت می برد صحبت کنید و در حین ارائه مراقبت به او یک شوینده صورت یا چیزی برای نگاه داشتن آن بدهید.
بحث نکنید.	آن ها درست می گویند و شما اشتباه می کنید! مغز گیج به فرد می گوید که نمی تواند اشتباه کند.
ایده پردازی کنید.	چگونه شما و تیمتان می توانید به بهترین نحو نیازهای فیزیکی، محیطی و روانی افراد تحت مراقبت خود را برآورده کنید؟
امنیت	در صورت وجود هرگونه خطر واقعی، از تماس با نیروهای امنیتی دریغ نکنید.
اطلاع رسانی و دریافت پشتیبانی	سوابق، رفتار، پیامدها چه بود؟ کارکنان پشتیبانی را درگیر کنید. اجازه دهید بیماران احساسات خود را تخلیه کنند.
مدیریت مداوم داشته باشید.	رویداد را مستند کنید در زمان تحویل و تحول شیفت در خصوص موضوعات مربوط به بیمار صحبت کنید. یک برنامه مدیریتی تهیه کنید در صورت لزوم ترجیحات خانواده را در نظر بگیرید. از برچسب «تغییر در وضعیت ذهنی»، «تقویم آفتابگردان» و «این من هستم» استفاده کنید.

## جلوگیری از سقوط

بخش اعظم این اطلاعات تکرار استراتژی‌های مداخله و مدیریت است. این خطر مرتباً کنترل می‌شود زیرا افراد مبتلابه دلیریوم به دلیل سردرگمی، تحریک‌پذیری و شناخت تغییر یافته، به‌طور خودکار در معرض خطر بالایی قرار می‌گیرند اگر بیمار دارای نوسانات شناختی است و یا رفتار غیرقابل پیش‌بینی می‌کند، مداخلات زیر را در نظر بگیرید:

- داشتن یک محیط امن
  - حداقل ارتفاع را برای تخت بیمار در نظر بگیرید.
  - بیمار را در وضعیت‌هایی که احتمال سقوط را تشدید می‌کند قرار ندهید.
  - نرده تخت را بالا نگه‌دارید.
  - حداقل محدودکننده مناسب بیمار را برای بیمار با صلاح‌دید پزشک اعمال کنید.
  - اشیاء غیرضروری را از کنار تخت دور کنید.

### • مشاهده / نظارت

- حداقل هر ۳۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر شوید و یا بیمار را در معرض دید خود قرار دهید
- محرک‌های محیطی را کاهش دهید ( در صورتی که امکان کاهش محرک‌های محیطی را ندارید برای کاهش این تحریکات از وسایلی مانند گوش بند و چشم‌بند در زمان استراحت و خواب بیمار بهره‌برید)

### • ارتباطات

- هر بار که بر بالین بیمار حاضر می‌شوید، به بیمار سلام کنید و خود و محیط را معرفی کنید.
- در انجام مداخلات پرستاری بر بالین بیمار بحث نکنید.

### • تحرک

- جهت تغییر پوزیشن به بیمار کمک نمایید
- در صورت نیاز از مهار فیزیکی کمک بگیرید.

### • ملاحظات دارویی

- دارویی را که ممکن است باعث سردرگمی شود، ارزیابی کنید مانند میدازولام (مراجعه به جدول داروهای مؤثر در ایجاد دلیریوم)

### • تغذیه

- بیماران نیاز به نظارت دقیق و تشویق به غذا خوردن دارند .

### • دفع

- احتباس ادرار / تکرر ادرار / فوریت در دفع ادرار / یبوست را شناسایی و مداخلات لازم را به سرعت انجام دهید.
- دسترسی آسان به سرویس بهداشتی را فراهم کنید.
- افزایش دفع ادرار با تزریق داروهای دیورتیک و افزایش دفعات اجابت مزاج با تجویز ملین ها را پیش بینی کنید و مداخلات لازم را انجام دهید.
- موانع دفع بیمار در بخش را از جمله احساس خجالت و ناراحتی برای دفع در حضور سایر بیماران و پرسنل درمانی در بخش های آی سی یو را برطرف نمایید.
- در صورتی که بیمار قادر به خروج از تخت می باشد چراغ در مسیر دستشویی را در طول شب روشن بگذارید.

### • رسیدگی مداوم

- آگاه باشید بیمار ممکن است از شما درخواست کمک نکند ، جهت رسیدگی به وضعیت بیمار در دسترس باشید و مرتب وضعیت بیمار را ارزیابی نمایید



درک کنید که نحوه رفتار شخص، نوعی ارتباط است.  
رفتارها ممکن است منعکس کننده احساسات یا  
نیازهای برآورده نشده باشند یا ممکن است توسط  
بیماری جسمی تحریک شوند.



### جمع‌بندی :

افرادی که دچار دلیریوم می‌شوند:

- نیاز به اقامت طولانی‌تری در بیمارستان یا در بخش‌های مراقبت‌های ویژه خواهند داشت.

- بیشتر در معرض عوارض اکتسابی بیمارستانی مانند صدمات ناشی از سقوط و زخم‌های فشاری خواهند بود.

- احتمال مرگ آن‌ها بیشتر است.

دلیریوم در سالمندان:

در سالمندان تعدادی از عوامل اغلب باهم ترکیب می‌شوند تا دلیریوم ایجاد کنند. این بیماران ممکن است به‌شدت بیمار باشند و مرگ‌ومیر بالایی داشته باشند. عوامل مستعد کننده

عبارت‌اند از:

- سن بالا

- زوال عقل از قبل موجود

- اختلال حسی (بینایی / شنوایی)

- وجود چند بیماری هم‌زمان

- دلیریوم شایع‌ترین عارضه جانبی قابل‌پیشگیری در میان سالمندان در طول بستری شدن در بیمارستان است.

- کارآزمایی‌های بالینی شواهد قانع‌کننده‌ای ارائه می‌کنند که حداقل ۳۰ تا ۴۰

درصد موارد آن قابل‌پیشگیری هستند.

دارودرمانی :

- از داروهای ضد روان‌پریشی، هالوپریدول خط اول درمان دلیریوم محسوب می‌شود

## منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013 May 22.
2. Good VS, Kirkwood PL. Advanced Critical Care Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2017 Jan 22.
3. Adib Hajbagari M, Poorabbasi MS, Ghapani SM. The effects of environmental simulation on delirium incidence after coronary artery bypass graft surgery. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018;16(5):303-13.
4. Barman, A., Pradhan, D., Bhattacharyya, P., Dey, S., Bhattacharjee, A., Tesia, S.S. and Mitra, J.K., 2018. Diagnostic accuracy of delirium assessment methods in critical care patients. Journal of critical care, 44, pp.82-86
5. McCrow J, Sullivan KA, Beattie ER. Delirium knowledge and recognition: A randomized controlled trial of a web-based educational intervention for acute care nurses. Nurse education today. 2014 Jun 1;34(6):912-7.
6. Dahl BL. Delirium Screening Instrument Knowledge and Perception among Cardiovascular Intensive Care Nurses
7. Theologou S, Giakoumidakis K, Charitos C. Perioperative predictors of delirium and incidence factors in adult patients post cardiac surgery. Pragmatic and observational research. 2018;9:11
8. Crocker E, Beggs T, Hassan A, Denault A, Lamarche Y, Bagshaw S, Elmi-Sarabi M, Hiebert B, Macdonald K, Giles-Smith L, Tangri N. Long-term effects of postoperative delirium in patients undergoing cardiac operation: a systematic review. The Annals of thoracic surgery. 2016 Oct 1;102(4):1391-9.

9. Cheraghi MA, Hazaryan M, Bahramnezhad F, Mirzaeipour F, Haghani H. The relationship between pain and the incidence of delirium in patients undergoing cardiac surgery.
10. Jannati Y, Sohrabi M, Bagheri-Nesami M. Delirium and its diagnostic tools: A new approach to nursing. *Clinical Excellence*. 2013 Sep 15;1(2):85-96.
11. Salari A, Hasandokht T, Dadkhah Tirani H, Nourisaeed A, Javadzadeh Moghtader A. The incidence of delirium after heart bypass surgery in patients with preoperative anxiety and depression. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2017 Apr 10;26(101):36-45.
12. Leslie DL, Zhang Y, Bogardus ST, Holford TR, Leo-Summers LS, Inouye SK. Consequences of preventing delirium in hospitalized older adults on nursing home costs. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005 Mar;53(3):405-9.
13. Vasilevskis EE, Chandrasekhar R, Holtze CH, Graves J, Speroff T, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Cao A, Pandharipande PP, Ely EW. The cost of ICU delirium and coma in the intensive care unit patient. *Medical care*. 2018 Oct;56(10):890.

14. Zolfaghari M, Arbabi M, Pedram Razi S, Biat K, Bavi A. Effectiveness of a multifactor educational intervention on delirium incidence and length of stay in patients with cardiac surgery. *Journal of hayat*. 2012 Mar 10;18(1):67-78.

۱۵. میرمحمد صادقیم. ۱۳۹۴. نکات کلیدی در جراحی قلب و ICU. تهران: انتشارات تیمور زاده، صفحه ۴۶۷.

16. Christensen M. An exploratory study of staff nurses' knowledge of delirium in the medical ICU: An Asian perspective. *Intensive and critical care nursing*. 2014 Feb 1;30(1):54-60.

17. Olson T. Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*. 2012;23(4):32.

18. Rajabpour Nikfam M, Ghanbari Khanghah A, Khaleghdoost Mohammadi T, Kazemnezhad Leili E, Ashraf A. Study of predictors of delirium incidence in hospitalized patients in intensive care units. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2016 Sep 10;26(3):25-35.

19. Eastwood GM, Peck L, Bellomo R, Baldwin I, Reade MC. A questionnaire survey of critical care nurses' attitudes to delirium assessment before and after introduction of the CAM-ICU. *Australian critical care*. 2012 Aug 1;25(3):162-9.

20. Van De Steeg L, IJkema R, Wagner C, Langelaan M. The effect of an e-learning course on nursing staff's knowledge of delirium: a before-and-after study. *BMC medical education*. 2015 Dec 1;15(1):12.

21. Flagg B, Cox L, McDowell S, Mwose JM, Buelow JM. Nursing identification of delirium. *Clinical nurse specialist*. 2010 Sep 1;24(5):260-6.

22. Rice KL, Bennett M, Gomez M, Theall KP, Knight M, Foreman MD. Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist*. 2011 Nov 1;25(6):299-311.

23. Fick, D., Hodo, D., Lawrence, F., Inouye, K., 2007. Recognizing delirium superimposed on dementia: assessing nurses' knowledge using case vignettes. *J. Gerontol. Nurs.* 33(2), 40–47.

24. Hare M, Wynaden D, McGowan S, Landsborough I, Speed G. A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. *Contemporary Nurse*. 2008 May 1;29(1):23-31.
25. Dadgari A, YAGHMAEI F, Shahnazarian J, Dadvar L. Nurses knowledge, attitude and practice in prevention of ICU syndrome.
26. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautam S, Bernard GR, Inouye SK. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Critical care medicine*. 2001 Jul 1;29(7):1370-9.
27. Tsuruta R, Oda Y, Shintani A, Nunomiya S, Hashimoto S, Nakagawa T, Oida Y, Miyazaki D, Yabe S. Delirium and coma evaluated in mechanically ventilated patients in the intensive care unit in Japan: A multi-institutional prospective observational study. *Journal of Critical Care*. 2014 Jun 1;29(3):472-e1.
28. Grover S, Avasthi A. Clinical practice guidelines for management of delirium in elderly. *Indian journal of psychiatry*. 2018 Feb;60(Suppl 3):S329.
29. Delirium. [Waikatodhb-ebooks.co.nz](http://Waikatodhb-ebooks.co.nz). Waikato distric health board 2014

بخش ششم

ضمیمه

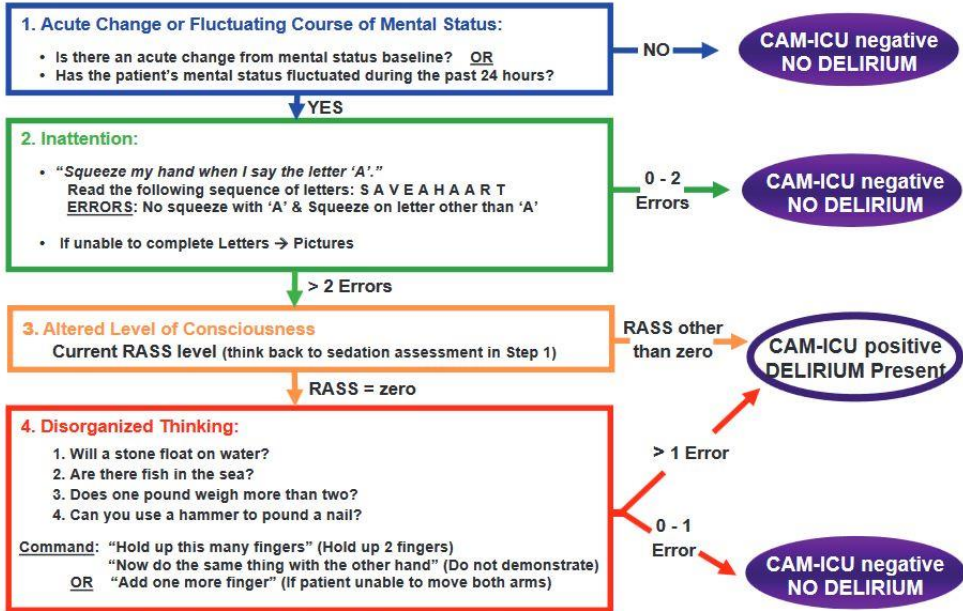
## مقیاس بی قراری - خواب آلودگی ریچموند

RASS score			CAM-ICU
Richmond Agitation & Sedation Scale			
Score	Description		
+4	Combative	Violent, immediate danger to staff	RASS $\geq$ -2 Proceed to CAM-ICU assessment
+3	Very agitated	Pulls at or removes tubes, aggressive	
+2	Agitated	Frequent non-purposeful movements, fights ventilator	
+1	Restless	Anxious, apprehensive but movements not aggressive or vigorous	
0	Alert & calm		
-1	Drowsy	Not fully alert, sustained awakening to voice (eye opening & contact >10 secs)	Voice
-2	Light sedation	Briefly awakens to voice (eye opening & contact < 10 secs)	
-3	Moderate sedation	Movement or eye-opening to voice (no eye contact)	Touch
-4	Deep sedation	No response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation	
-5	Un-rousable	No response to voice or physical stimulation	
			RASS < -2 STOP Recheck later



## ابزار CAM- ICU

# STEP 2 DELIRIUM ASSESSMENT



پایان