



الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة دمشق
كلية الطب البشري
قسم الأمراض الباطنة

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة في مشفى المواساة والوطني الجامعيين

رسالة مقدمة لنيل شهادة الدراسات العليا في الأمراض الباطنة

إعداد طالبة الدراسات العليا

لين رائد عبدالرزاق العاني

إشراف

أ.د. ثائر حيدر

2025م / 1447هـ

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة.....د./لين رائد عبدالرزاق العاني II

قرار لجنة الحكم وتوقيعات لجنة المناقشة Approval

تصريح خطي

أنا الموقع أدناه أصرّح بعلمي الكامل وقبولي:

أنّ كلّ ما ينتج عن البحث والأطروحة هو ملكيّة فكريّة وماليّة بالتّشارك مع جامعة دمشق، وأنّني التزم بأخذ موافقة الجامعة في حال رغبتني بنشر البحث أو الأطروحة أو جزء منها نصّاً أو مضموناً خارج إطار الجامعة (من دور نشر أو مكنتبات أو مواقع إلكترونيّة وغيرها من وسائل النّشر).

أنّه لا يوجد أيّ جزء من هذه الأطروحة اقتُبس من عمل علميّ آخر أو أُنجِرَ للحصول على شهادة أخرى في جامعة دمشق أو أيّة جامعة أو معهد تعليميّ داخل الجمهوريّة العربيّة السّوريّة أو خارجها.

الاسم والتّوقيع:

لين العاني

شكر وتقدير

لا يسعني في نهاية هذه المرحلة الدراسية إلا أن أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى أساتذتي ومعلمي وإلى كل من ساندني وكان عوناً لي في مسيرتي العلمية على مدى سنوات دراستي. وأخص بالذكر: الأستاذ الدكتور ثائر حيدر الذي تكرم مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة وأعانني على إتمامها، والذي كان داعماً وراعياً لنا في طريقنا العلمي والعملية، لك منا أسمى آيات الشكر والاحترام. كما أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى جميع الأخصائيين في قسم الأمراض الباطنة وإلى زملائي المقيمين.

كما أتقدم بعظيم الشكر والعرفان إلى والديّ (أمي وأبي) على تضحياتهما ووقوفهما إلى جانبي خلال مسيرة حياتي العلمية.

فهرس المحتويات (Table of contents)

XI	قائمة الجداول
XII	قائمة الأشكال والرّسوم البيانيّة
XIII	قائمة الاختصارات
V	الملخص
1	الباب الأوّل: القسم التمهيدِيّ
7	الباب الثّاني: القسم النّظريّ
8	الفصل الأوّل: لمحة عن الهذيان
8	1-1. تعريف الهذيان
8	1-2. الانتشار
9	1-3. الاختلاطات
9	1-4. الآليّة المرضيّة للذهيان
9	4-1-1. التّشوهات التّشريحيّة
10	4-1-2. اختلال توازن النّواقل العصبيّة

10	3-1-4. التهاب
10	4-1-4. اختلال التنظيم الهرموني
11	4-1-5. فرضية أخرى
12	الفصل الثاني: الأعراض والتشخيص وأدوات التقييم
12	1-2. أعراض الهذيان
13	2-2. أنواع الهذيان
13	1-2-2. الهذيان مفرط النشاط
13	2-2-2. الهذيان ناقص النشاط
13	3-2-2. الهذيان المختلط
14	3-2. تشخيص الهذيان
14	1-3-2. التعرف على الاضطراب
14	2-3-2. التأكد السريري
14	3-3-2. التاريخ المرضي
14	4-3-2. الفحص العام
14	5-3-2. الفحص العصبي
15	4-2. أدوات التقييم السريري
19	5-2. مراجعة الدواء

19	2-6. البحث في المُسبِّبات الطَّبيَّة
20	الفصل الثالث: التَّشخيص التَّفريقيّ
20	3-1. الفرق بين الهذيان والذهان
20	3-2. الهذيان والخرف
20	3-3. الاكتئاب
21	3-4. المتلازمات البُوريَّة
22	الفصل الرابع: العناية
22	4-1. أنواع وحدات العناية
22	4-1-1. وحدات العناية المركَّزة
22	4-1-2. وحدات مراقبة القلب عن بعد
22	4-1-3. وحدات العناية المُتوسطة
22	4-1-4. العزل
23	4-2. أسباب القبول في العناية المركَّزة
23	4-2-1. أسباب قبول كبار السِّنّ في وحدات العناية المشدَّدة
24	4-2-2. المشاكل بسبب دخول المشفى أو العناية المشدَّدة
27	الفصل الخامس: عوامل الخطر لحدوث الهذيان

29	الفصل السادس: تدبير الذهيان
29	1-6. التدبير العام
29	2-6. علاج الحالات الكامنة
29	3-6. تدبير الهياج
29	4-6. التداخلات غير الدوائية
29	5-6. الأدوية المضادة للذهيان
30	6-6. تدبير الألم
30	7-6. الرعاية الداعمة
31	الباب الثالث: القسم العملي
23	الفصل الأول: مواد وطرائق البحث
32	1-1. تصميم الدراسة
32	2-1. عينة الدراسة
32	3-1. مكان الدراسة
32	4-1. الفترة الزمنية
32	5-1. هدف الدراسة
32	6-1. معايير الاشتمال

33	7-1. معايير الاستبعاد
33	8-1. خطة البحث
33	9-1. الميزانية
33	10-1. المحدّات الأخلاقية
34	11-1. تحليل البيانات
35	الفصل الثاني: نتائج البحث
35	1-2. توزّع العينة حسب المجموعات
36	2-2. توزّع العينة حسب نوع الهذيان
37	3-2. توزّع العينة حسب العمر
38	4-2. توزّع العينة حسب الجنس
40	5-2. توزّع العينة حسب العوامل المؤهّية
42	6-2. علاقة العوامل المؤهّية مع الهذيان
43	7-2. توزّع العينة حسب العوامل المُسبّبة المرتبطة بالمرض الحادّ
45	8-2. علاقة العوامل المُسبّبة المرتبطة بالمرض الحادّ مع الهذيان

46	9-2. توزّع العينة حسب العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجيّة
48	10-2. علاقة العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجيّة مع الهذيان
49	11-2. توزّع العينة حسب العوامل البيئيّة
50	12-2. علاقة العوامل البيئيّة مع الهذيان
51	الفصل الثالث: المناقشة والمُقارنة مع الدّراسات العالميّة
58	الفصل الرّابع: الخُلاصة والمُحدّدات والتّوصيات
58	1-4. الخُلاصة
58	2-4. المُحدّدات
58	3-4. التّوصيات
60	المراجع
63	الملاحق
69	Abstract

قائمة الجداول (List of Tables)

رقم الجدول	محتوى الجدول	رقم الصفحة
1	توزّع العينة حسب نوع الهذيان	35
2	توزّع العينة حسب الفئات العمرية	36
3	توزّع العينة حسب الجنس	38
4	توزّع العينة حسب العوامل المهنية	39
5	علاقة العوامل المهنية مع الهذيان	41
6	توزّع العينة حسب العوامل المسببة المرتبطة بالمرض الحادّ	42
7	علاقة العوامل المسببة المرتبطة بالمرض الحادّ مع الهذيان	44
8	توزّع العينة حسب العوامل المرتبطة بالخطة العلاجية	44
9	علاقة العوامل المرتبطة بالخطة العلاجية مع الهذيان	47
10	توزّع العينة حسب العوامل البيئية	48
11	علاقة العوامل البيئية مع الهذيان	49
12	مقارنة مع بعض الدراسات العالمية	53

قائمة الأشكال والرّسوم البيانيّة (List of Figures)

رقم الشكل	محتوى الشّكل	رقم الصفحة
1	توزّع العينة حسب المجموعات	34
2	توزّع العينة حسب نوع الهذيان	35
3	توزّع العينة حسب الفئات العمرية	37
4	توزّع العينة حسب الجنس	38
5	توزّع العينة حسب العوامل المهيّئة	40
6	توزّع العينة حسب العوامل المُسبّبة المُرتبطة بالمرض الحادّ	43
7	توزّع العينة حسب العوامل المُرتبطة بالخطة العلاجية	46
8	توزّع العينة حسب العوامل البيئية	48

قائمة الاختصارات (List of Abbreviations)

4AT	A's Test
TNF-α	α-Tumor necrosis factor
CAM	Confusion Assessment Method
CAM-ICU	The Confusion Assessment Method for the ICU
CTD	Cognitive Test for Delirium
DDS	Delirium Detection Score
EEG	Electroencephalography
ICU	Intensive care unit
ICDSC	Intensive Care Delirium Screening Checklist
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale

الملخص

خلفية البحث: يحدث الهذيان بشكلٍ أكثر تواتراً لدى مرضى العناية المشددة، ويعتبر من العوامل التي تزيد فترة الاستشفاء وترفع نسبة الوفيات لذلك يسعى هذا البحث إلى اكتشاف عوامل الخطورة والأسباب التي ترفع من نسبة حدوث الهذيان وتدارك تلك الأسباب والوقاية منها.

هدف البحث: تقييم عوامل الخطر الأشيع للإصابة بالهذيان ومعدّل حدوثها في وحدة العناية المركزة.

مواد البحث وطرقه: تمّ إجراء دراسة حالة-شاهد (Case-control) شملت المرضى المقبولين في أقسام العناية المشددة والإسعاف في مشغفي المواساة والوطنيّ الجامعيين، في المدة ما بين 2023/09/16 م إلى 2024/09/09 م.

النتائج: شملت الدراسة 270 مريضاً 175 ذكراً و95 أنثى، وتطوّر الهذيان بعد القبول في العناية بـ 24 ساعة لدى 150 مريضاً، حيث كان 40 مريضاً أقلّ من 65 سنة أيّ بنسبة 33,3%، و80 مريضاً أكبر من عمر 65 سنة أيّ بنسبة 66,7%، وتمّ أخذ عينة شاهد شملت 120 مريضاً حيث كان 70 مريضاً أقلّ من عمر 65 سنة أيّ بنسبة 46,7%، و80 مريضاً بعمر فوق 65 سنة أيّ بنسبة 53,3%، وكان الهذيان أكثر تواتراً لدى الذكور بنسبة 75% في حين أنّ تواتره عند الإناث بلغ 25%، وتطوّر الهذيان قليل النشاط لدى 53 مريض هذيان (44,2%)، في حين شوهد الهذيان مُفرط النشاط لدى 48 مريض هذيان أيّ بنسبة 40%، وسُجّل الهذيان المختلط لدى 19 مريض هذيان بنسبة 18,8%، قُسمت عوامل الخطورة للهذيان لعوامل مُسببة وعوامل مُهيئة، شملت العوامل المُسببة العوامل المرتبطة بالمرض الحادّ والعوامل المرتبطة بالخطة العلاجية والعوامل البيئية، وتبيّن من خلال اختبار كاي مربع والخطر النسبي أنّ العمر المتقدم (80 مريض بنسبة 53.3% و $P\text{-value} = 0.006$) والجنس المذكّر (90 مريض أيّ 75% و $P\text{-value} = 0.006$)، والاضطرابات العصبية (7 مرضى أيّ 5.8% و $P\text{-value} = 0.0136$) والإنتانات (32 مريض أيّ 26.7% و $P\text{-value} = 0.021$) وارتفاع الحرارة (41 مريض أيّ 34.1% و $P\text{-value} = 0.019$) وارتفاع اليوريا (71 مريض أيّ 59.2% و $P\text{-value} = 0.037$) والحُمّاض (40 مريض أيّ 33.3% و $P\text{-value} = 0.027$) والأذيّات العصبية للمرض الحادّ (20 مريض أيّ 16.7% و $P\text{-value} = 0.019$) من عوامل الخطر المرتبطة بتطوّر الهذيان لدى مرضى العناية المركزة.

الاستنتاج: إنّ التقدّم بالعمر والجنس المذكّر والاضطرابات العصبية والإنتانات وارتفاع الحرارة وارتفاع اليوريا والإصابات العصبية للمرض الحادّ والحماض هي عوامل خطر لتطوّر الهذيان في وحدة العناية المركزة.

الكلمات المفتاحية: عوامل الخطر، الهذيان، العناية المركزة.

الباب الأول: القسم التمهيدي

1 - مقدمة

الذهيان هو حالة مؤقتة، يمكن أن تحدث فجأة أو ببطء على مدى ساعات أو أيام، وقد تستمرّ التوبة الواحدة لمدة تصل إلى أسبوع واحد، وقد تكون الأعراض طفيفة جداً بحيث تمرّ دون أن يلاحظها أحد أو خطيرة جداً لدرجة أنها قد تكن مهددة للحياة. العلامات السريرية للذهيان قابلة للتغيير طوال اليوم، وعادةً ما تكون أكثر خطورة أثناء الصباح الباكر أو الليل. التغيرات المؤقتة في العلامات السريرية هي خصائص مهمة للذهيان، وفي حين قد يبدو المريض جيداً ومتفاعلاً أثناء الملاحظة، فقد تحدث تغييرات في التوجه بعد بضع دقائق. الذهيان عادةً هو مؤشر على وجود مرض جسدي من الشائع عدم التعرف عليه أو تشخيصه بشكل خاطئ من قبل الأطباء الذين يعالجون المرضى المصابين بأمراض خطيرة. وقد تمّ الإبلاغ عن معدل التشخيص الخاطئ بنسبة 32-67% في مراجعات مختلفة، لذا فإنّ التقييم السريري هو المعيار الأكثر أهمية. [1] [2]

مع التّقدم في الطّبّ النفسيّ و العصبيّ وتطوّر الطّبّ على مدى السنوات الخمس عشرة الماضية كان هناك بحثٌ متزايدٌ في الذهيان في سياق القبول في وحدة العناية المركزة Intensive care unit (ICU)، واعتماداً على شدة المرض الجسديّ وعمر المريض، يُصاب 20-83% من المرضى الذين يتمّ قبولهم في وحدة العناية المركزة بالذهيان بمعدلات أعلى عند كبار السنّ الذين يستخدمون أجهزة التنفس الصناعيّ. [3]

تشير الأبحاث أيضاً إلى أنّ الذهيان مرتبط بطول مدة الإقامة في المستشفى ومعدلات القبول في الرعاية طويلة الأمد ومعدل الوفاة والتدهور المعرفي وتكاليف الرعاية الصحيّة، وتكمن أحد القيود المهمّة للدراسات التي تُقيّم معدلات حدوث وانتشار الذهيان في وحدة العناية المركزة هو أنّ التشخيص يعتمد حصرياً على أدوات الفحص السريريّة. [4]

يتمّ تقسيم عوامل الخطر للذهيان إلى عوامل مؤهبة وعوامل مسببة، وبشكل عامّ يُعتقد أنّ العوامل المؤهبة موجودة قبل الدخول إلى وحدة العناية المركزة ومن الصعب تغييرها، في حين يُعتقد أنّ العوامل المسببة تحدث أثناء سير المرض. تُقسم العوامل المسببة إلى عوامل متعلّقة بالمرض الحرج وعوامل متعلّقة بالتدخلات العلاجيّة وعوامل متعلّقة بالبيئة المحيطة للمريض. على الرغم من أنّ عوامل الخطر للذهيان تمّت دراستها إلى حدٍ ما في المرضى غير الموجودين في وحدة العناية المركزة، إلا أنّ الدراسات التي قامت بتقييم عوامل الخطر في وحدة العناية المركزة قليلة العدد. [5]

يُعتقد أنّ الذهيان بشكل عامّ مرتبط بارتفاع معدل الوفيات. وعلاوةً على ذلك، من بين الأنواع الفرعيّة المختلفة للذهيان، تشير الدراسات التي أُجريت على مرضى غير وحدة العناية المركزة إلى أنّ الذهيان غير النشط يرتبط بسوء التشخيص، وتشير الدراسات التي أُجريت على مرضى وحدة العناية المركزة أيضاً إلى نفس

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني²

النتيجة.

على الرغم من أن بعض الدراسات في الآونة الأخيرة قدّمت بيانات عن انتشار وظواهر وعوامل الخطر للذهيان في الوحدات غير التابعة لوحدة العناية المركزة إلا أن دراسات قليلة فقط قامت بتقييم الذهيان في سياق القبول في وحدة العناية المركزة.

تشمل أسباب دراسة ذهيان وحدة العناية المركزة زيادة متوسط العمر المتوقع مع الزيادة الناتجة في نسبة السّكان المُسنين الذين يحتاجون إلى رعاية نهاية الحياة لمختلف الأمراض الجسدية؛ كما تتطلب المعدلات الأعلى لحوادث المرور استخداماً أكبر لأسرة الرعاية الحرجة؛ وهناك أيضاً زيادة في عدد التداخلات الجراحية والطبّية المعقّدة التي يتمّ إجراؤها هذه الأيام والتي تتطلب رعاية حرجة لتحسين النتائج والتعافي.

2- أهمية البحث

يُعتبر الذهيان من العوامل التي تزيد فترة الاستشفاء وترفع نسبة الوفيات لذلك يُعتبر السعي إلى اكتشاف عوامل الخطورة والأسباب التي ترفع من نسبة الإصابة به وتدارك تلك الأسباب ومعاكستها والوقاية منها من الخطوات المُرتّبة على الكادر والبحث الطبّي.

3- المشكلة البحثية

ناقشت بعض الدراسات العالمية هذه المشكلة البحثية، وهي العوامل والأسباب التي تزيد من الإصابة في الذهيان في العناية المشددة وقد وُجدَ العديد من الأسباب الجسدية والنفسية والمرضية التي تزيد من احتمال الإصابة بالذهيان.

4- تساؤلات البحث

ما هي العوامل والأسباب الأشيع للإصابة بالذهيان في العناية المشددة؟

5- هدف البحث

- تحديد الأسباب والعوامل الأكثر توارداً والأشيع حدوثاً التي تزيد من الإصابة في الذهيان في العناية المشددة في المشفى الوطني الجامعي ومشفى المواساة الجامعي.
- وجود هذه العوامل ومحاولة ضبط أو التقليل من الإصابة بها أو الحد من إيجادها في العناية يُمكننا من الحد من الإصابة بالذهيان.

6- مناهج البحث وأدواته

تصميم الدراسة:

دراسة حشدية تقدّمية، للمرضى الذين حدث لديهم ذهيان في العناية المشددة التابعة لمشافي المواساة

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني³

والوطني الجامعيين.

طريقة البحث:

المرضى الذين تم إدخالهم إلى وحدة العناية المركزة والذين تزيد أعمارهم عن 18 عاماً والذين قدم أقاربهم موافقة مستنيرة بالوكالة مؤهلون للدراسة. تم استبعاد المرضى الصم أو غير القادرين على التحدث أو فهم اللغة أو الذين رفض مقدمو الرعاية موافقتهم. تم تقييم كل مريض يحقق معايير الاختيار يومياً طوال فترة إقامته في وحدة العناية المركزة، كما تم تقييم كل مريض يحقق معايير الاختيار أولاً على مقياس ريتشموند للهياج والتهدئة (RASS) Richmond Agitation-Sedation Scale في غضون 24 ساعة من القبول في وحدة العناية المركزة.

يُعد مقياس ريتشموند للهياج والتهدئة أداة لتقييم التهدئة والهياج لدى مرضى وحدة العناية المركزة للبالغين، وهو سهل الاستخدام، حيث يتكون من 10 نقاط تشمل أربعة مستويات من القلق أو الهياج (+1 إلى +4)، ومستوى واحد للإشارة إلى حالة الهدوء واليقظة (0)، وخمسة مستويات لتقييم مستوى التهدئة (-1 إلى -5). تُشير الدرجة -4 إلى أن المريض لا يستجيب للتحفيز اللفظي، وأخيراً يبلغ ذروته في حالات لا يمكن إيقافه (-5)، ويتميز بموثوقية وصلاحية جيدة بين المرضى.

تم فحص المرضى الذين حصلوا على تصنيف (-3 إلى +4) على مقياس RASS بحثاً عن الهذيان بواسطة الطبيب، باستخدام معايير مرجعية ICU_CAM، واستُخدمت استمارة لتحديد نوع الهذيان المرافق (مفرط النشاط - قليل النشاط - مختلط)، بالإضافة إلى تحديد عامل الخطورة الأشيع لتطور الارتباك المرافق والتخطيط الذهني المصاحب.

بالإضافة إلى مجموعة الهذيان، تم اختيار عينة شاهد من المرضى الذين لا يعانون من الهذيان، بحيث تمت مطابقتهم مع المرضى المشخصين بالهذيان من حيث العمر والجنس والأمراض المرافقة وذلك لضمان المقارنة الموضوعية بين المجموعتين، كما تم تطبيق نفس معايير الاشتمال والاستبعاد على عينة الشاهد، واستُخدمت نفس الأدوات التقييمية لضمان الاتساق في التحليل.

جمهرة الدراسة:

المرضى الذين طُوروا هذيان بعد القبول في العناية المُشددة لمشافي المواساة والوطني الجامعيين بدمشق.

مكان وزمان الدراسة:

مكان دراسة البحث: مشفى المواساة والوطني الجامعيين في دمشق.

زمن دراسة البحث: المدة ما بين 2023/09/09 م إلى 2024/09/09 م.

الموارد المتاحة:

أداة للتقييم (CAM-ICU) The Confusion Assessment Method for the ICU / RASS.

التحاليل المخبرية ومختلف الفحوص والاستقصاءات الشعاعية المتوفرة في مشفى المواساة والوطني الجامعيين في دمشق.

7- الدراسات المرجعية:

1- دراسة Nagari et al [6]

عنوان الدراسة:

Assessment of risk factors and precipitating factors of delirium in patients admitted to intensive care unit of a tertiary care hospital

في الهند عام 2019 وشملت 1582 مريض عناية مركزة، وتم تقسيم المرضى لمجموعتين: مجموعة الهذيان خلال 72 ساعة وشملت 406 مريض، ومجموعة الشاهد وشملت 1176 مريض. كانت عوامل الخطورة لتطوير الهذيان عند مرضى العناية المركزة العمر المتقدم واستهلاك الكحول والمرض النفسي السابق واستخدام المهدئات والاضطرابات البصرية والاضطرابات السمعية والحماض وفرط بيليروبين الدم وارتفاع اليوريا والسكر.

2- دراسة Aldemir et al [7]

عنوان الدراسة:

Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit

في تركيا عام 2001 وشملت 818 مريض عناية مركزة، وتم تقسيم المرضى لمجموعتين: مجموعة الهذيان خلال 72 ساعة وشملت 90 مريضاً، ومجموعة الشاهد وشملت 728 مريض، وكانت عوامل الخطورة لتطوير الهذيان عند مرضى العناية المركزة: الإنتان والحمى وفقر الدم ونقص الكلس ونقص الصوديوم وارتفاع اليوريا وارتفاع خمائر الكبد.

3- دراسة Tilouche et al [8]

عنوان الدراسة:

Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, Risk Factors, and Critical Care Medicine Impact on Outcome. Indian Journal of

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني **5**

في تونس عام 2018 وشملت 206 مريض عناية مركزة، وتمّ تقسيم المرضى لمجموعتين: مجموعة الهذيان خلال 72 ساعة وشملت 39 مريضاً، ومجموعة الشّاهد وشملت 167 مريض، وكانت عوامل الخطورة لتطوير الهذيان عند مرضى العناية المركزة التّقدّم بالعمر والضغط الشّرّيانيّ ونقص الصّوديوم والحمّاض والمسكّنات والمهذّنات والتّهوئية الميكانيكية.

مُكوّنات البحث:

يتكوّن البحث من ثلاثة أبواب:

الباب الأول: القسم التمهيدِي.

الباب الثاني: القسم النظريّ، لموضوع الدّراسة والتّعريفات الأساسيّة، ليكون لدى القارئ

إلمام عن فكرة الدّراسة، ويتكوّن من خمسة فصول:

الفصل الأول: لمحة عن الهذيان.

الفصل الثاني: الأعراض والتّشخيص وأدوات التّقييم.

الفصل الثالث: التّشخيص التفريقي.

الفصل الرابع: العناية.

الفصل الخامس: عوامل الخطر لحدوث الهذيان.

الباب الثالث: القسم العمليّ، التي اتّبعَت للوصول إلى النّتائج، ويتألّف من أربعة فصول،

لكلّ محتواه كالآتي:

الفصل الأول: يحوي هدف البحث ومواد البحث وطرائقه (تصميم الدّراسة وعينة البحث

ومعايير الاشتمّال والاستبعاد وطرائق العمل)، بالإضافة إلى الدّراسة الإحصائيّة المتّبعة ونموذج

الموافقة المستنيرة والاستبانة التي استُخدمت في الدّراسة.

الفصل الثاني: يحوي النّتائج الإحصائيّة التي توصّلت إليها الدّراسة.

الفصل الثالث: يحوي مناقشة النّتائج ومقارنتها مع نتائج الدّراسات المرجعيّة.

الفصل الرابع: يحوي خلاصة النّتائج والتّوصيات.

الباب الثاني: القسم النظري

يتكوّن هذا الفصل من خمسة فصول:

الفصل الأول: لمحة عن الذهيان.

الفصل الثاني: الأعراض والتّشخيص وأدوات التّقييم.

الفصل الثالث: التّشخيص التّفريقي.

الفصل الرابع: العناية.

الفصل الخامس: عوامل الخطر لحدوث الذهيان.

الفصل الأول: لمحة عن الهذيان

1-1. تعريف الهذيان:

هو حالة ارتباك حادة تتميز بتغيّر الوعي أو انخفاض القدرة على التركيز أو اضطراب الانتباه.^[9] يتطوّر الهذيان خلال فترة زمنية قصيرة (عادةً من ساعات إلى أيام) ويميل إلى التقلب خلال النهار، وعادةً ما يحدث الهذيان بسبب حالة طبية أو مادة سمية أو الآثار الجانبية للأدوية، ووفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، تسرد الطبعة الخامسة (DSM-5) خمس سمات رئيسية تميّز الهذيان:

1. اضطراب في الانتباه والوعي (انخفاض القدرة على توجيه الانتباه والمحافظة عليه).
2. اضطراب إضافي في الوظائف الاستعرافية (خلل في الذاكرة أو التوهان أو خلل في اللغة أو القدرة البصرية المكانية أو الإدراك).
3. يتطوّر الاضطراب خلال فترة زمنية قصيرة (عادةً من ساعات إلى أيام)، ويميل إلى التقلب على مدار اليوم.
4. لا يمكن تفسير الاضطرابات بشكل أفضل من خلال اضطرابات أخرى موجودة مسبقاً أو متطورة أو اضطراب عصبي معرفي، ولا يحدث في سياق انخفاض شديد في مستوى اليقظة، مثل الغيبوبة.
5. هناك أدلة من التاريخ الطبي للمريض أو الفحص البدني أو النتائج المخبرية على أنّ ما يحدث من الاضطراب بسبب حالة طبية أو التسمم بمادة ما أو الانسحاب منها أو الآثار الجانبية للدواء.^[4]

1-2. الانتشار:

تمّت دراسة الهذيان والارتباك في المستشفيات، حيث يختلف معدّل الانتشار بشكل كبير اعتماداً على عدد المرضى، حيث وُجد أنّ المرضى المتقدمين في السن والتدهور المعرفي والأمراض الطبية الشديدة أكثر عرضةً لخطر الإصابة، حيث وُجد ما يقرب 30 في المئة من المرضى المتقدمين في السن من الهذيان في وقت ما أثناء العلاج في المستشفى أمّا بالنسبة للمرضى كبار السن الذين يخضعون للجراحة، فإنّ خطر الإصابة بالذهيان يتراوح من 10 إلى أكثر من 50 بالمائة.^[10] ترتبط الأرقام الأعلى إمّا بالمرضى الضعفاء (على سبيل المثال، أولئك الذين سقطوا وتعرّضوا للإصابة بكسر ورك) أو مع إجراءات معقّدة مثل جراحة القلب.^[10]

بشكل عام، المرضى في المشفى بأيّ مكان هم عرضة للإصابة بالذهيان، وعندما تمّ تطبيق أدوات الفحص والتشخيص ظهرت معدلات عالية من الهذيان في وحدات العناية المركزة 70%، في حين ارتفعت النسبة عند مرضى العناية المركزة الموضوعين على التهوية الآلية إلى 80%، في حين كانت النسبة في وحدات رعاية المسنين 42%

1-3. الاختلاطات:

يرتبط الذهيان لدى المرضى في المستشفى بالعديد من المضاعفات مثل زيادة تكاليف المستشفى، ومضاعفات الرعاية الصحية، وزيادة معدل الوفيات. علاوة على ذلك، أظهرت دراسات تحليلية أنَّ المضاعفات مرتبطة بالتدهور المعرفي طويل الأمد لدى كلٍّ من المرضى الجراحيين وغير الجراحيين،^[5] وقد يعاني المرضى المصابون بأمراض خطيرة والذين يصابون بالذهيان من مضاعفات عديدة بما في ذلك:^[10]

- زيادة معدل الوفيات.
- فترات إقامة أطول في وحدة العناية المركزة.
- ارتفاع معدل النزح غير المقصود للقنطرة الوريدية وأنابيب التنبيب الرغامي والقنطرة البولية.
- ارتفاع معدل إعادة الدخول إلى وحدة العناية المركزة.
- زيادة خطر الإصابة بضعف الإدراك بعد دخول وحدة العناية المركزة.
- بالإضافة إلى ذلك، هناك ارتفاع في تكلفة الرعاية الصحية.

1-4. الآلية المرضية للذهيان:

الفزيولوجيا المرضية للذهيان معقدة ومتعددة العوامل وغير مفهومة بشكل كامل، مع وجود آليات مختلفة متعددة تُسهم في أعراض هذه المتلازمة السريرية، وقد تمَّ وصف العديد من التشوهات وتمَّ تطوير فرضيات مختلفة لتفسير التغيرات في اليقظة والإدراك والانتباه التي تُعدُّ السمات المميزة لهذا الاضطراب:^[12]

1-4-1. التشوهات التشريحية:

يفترض أنَّ الذهيان ناتج عن خلل في البنى التي تتوسط الانتباه مما يؤثر على الفصوص الجبهية الثنائية والقشرة الحركية الأولية والفص الجداري الأيمن والمهاد وجذع الدماغ، وقد دعمت دراسات التصوير العصبي الحديثة هذه الفكرة مع توضيح توطين العجز بشكل أكبر، وَجَدَت دراسة فحصت تدفق الدم الدماغي باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بإصدار فوتون واحد انخفاضات متفاوتة في المناطق الأمامية والجدارية والجسرية، بما يتفق مع دور التشكلات الشبكية الجبهية الجدارية في الانتباه والتوجه والتحكم المعرفي ومشاركة الجسر في الهياج واليقظة، كما وَجَدَت دراسة أخرى، فحصت الضرر المجهرى في المادة البيضاء والزمانية، تشوهات في المخيخ والحُصين والمهاد والدماغ الأمامي القاعدي سريريا، وتتوافق هذه التشوهات مع العديد من العيوب التي تواجهها حالات الذهيان، حيث

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني10

يكون الجزء الأمامي من الدماغ مهماً في الإثارة، والحُصين والفص الصدغي في الذاكرة والقدرات البصرية المكانية، والشبكة الجبهية المهادية في الانتباه. بالإضافة إلى التَشوهات في بنى الدماغ المحددة، تسلط هذه النتائج مجتمعة الضوء على تورط الشبكات المتعددة في الذهيان مع تورط مناطق التحكم التنفيذي والبنى تحت القشرية، ومن المرجح أن تمثل التَشوهات الموصوفة تلقاً بنيوياً متراكماً وفقداناً للاتصال مما يجعل المرضى عرضةً للذهيان عند تعرضهم لضغوطٍ متزايدةٍ مثل المرض الطبّي الحادّ أو الجراحة.

2-1-4. اختلال توازن النواقل العصبية:

على المستوى الجزيئي، يُعتقد أنَّ الذهيان ينشأ من اختلال توازن النواقل العصبية مما يؤدي إلى زيادة إفراز الدوبامين وانخفاض توقّر الأستيل كولين، وتدعم هذه الفرضية الدراسات الوبائية التي أظهرت أنَّ كلَّ من الأدوية المضادة للكولين وإعطاء الدوبامين عوامل خطر مستقلة لتطور الذهيان. وبالمثل، تمَّ وصف الزيادات في النواقل العصبية المثيرة الأخرى مثل الغلوتامات والنورأدرينالين، بالإضافة إلى التغيرات في السيروتونين والهيستامين على الرغم من أنَّ الأدلة متضاربة أو غير مفهومة جيداً.

3-1-4. التهاب:

من بين عوامل الخطر المهمة التي تجعل الشخص عرضةً للذهيان التهاب، حيث تبدأ العوامل الالتهابية التي يتم إنتاجها أثناء مرضٍ خطيرٍ مثل السيتوكينات وعامل نخر الورم ألفا α -Tumor necrosis factor (TNF- α)، سلسلة من الأحداث التي تؤدي إلى إضعاف الأوعية الدموية الدقيقة وتكوين الثرومبين وتلف الخلايا البطانية. يُشتبه في أنَّ الالتهاب يُسبب اضطرابات في حاجز الدم في الدماغ وتسرب الكريات البيض والسيتوكينات، مما يؤدي إلى موت الخلايا العصبية وخلل في المشابك العصبية.

يمكن أن يُسبب التهاب خلاً في وظائف المخ عن طريق تقليل تدفق الدم في المخ بسبب تكوين تجمعات كبيرة من الفيبرين والصفيحات الدموية والعدلات وخلايا الدم الحمراء في الأوعية الدموية الدقيقة في الدماغ.

4-1-4. اختلال التنظيم الهرموني:

قد يلعب اختلال التنظيم اليومي الذي يؤدي إلى تغييرات في بنية النوم الطبيعية والاضطرابات في المحور تحت المهاد - الغدة النخامية - الغدة الكظرية مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات الكورتيزول بشكلٍ غير طبيعيٍّ دوراً أيضاً، لوحظت مستويات منخفضة بشكلٍ غير طبيعيٍّ من الميلاتونين في المصل لدى مرضى وحدة العناية المركزة المُصابين بالذهيان وارتبطت أنواع فرعية مختلفة من الذهيان إما بزيادة أو نقص مستقبلات الميلاتونين في البول، كما أظهرت الدراسات أنَّ المستويات المرتفعة من الكورتيزول قبل وبعد الجراحة ترتبط أيضاً مع ذلك. ارتبط الفشل في

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد عبدالرزاق العاني **11**

تنشيط الإفراز بعد تناول الديكساميثازون بخطر الهذيان لدى المرضى المصابين بالسكتة الدماغية والخرف. ويُفترض أن المستويات المرتفعة من الغلوكوكورتيكويدات تجعل الخلايا العصبية عرضة لضغوطات إضافية.

5-1-4. فرضية أخرى:

إن انخفاض التمثيل الغذائي التأكسدي الدماغية يؤدي إلى تغيير النقل العصبي، حيث وُجد أن فشل عملية التمثيل الغذائي التأكسدي الدماغية مهم في التسبب في خلل وظيفي متعدد الأعضاء في الأمراض الخطيرة. تتأثر مستويات النواقل العصبية ووظيفتها بشكل مباشر بتركيز العديد من الأحماض الأمينية في البلازما، وقد يؤدي انخفاض توفر الأحماض الأمينية المحايدة إلى الهذيان لدى المرضى الذين يتم إدخالهم إلى وحدة العناية المركزة.

الفصل الثاني: الأعراض والتشخيص وأدوات التقييم

1-2. أعراض الذهيان

- اضطراب الوعي: أحد مظاهر الذهيان المبكرة هو التغير في مستوى الوعي والقدرة على التركيز أو استمرار التركيز أو اضطراب الانتباه، وغالباً ما يكون الوضع خفياً وقد يسبق ظهور علامات الذهيان الصارخة بيوم واحد أو أكثر، وبالتالي يجب على أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية الذين يُبلغون أنّ المريض لا يتصرف بشكل صحيح تماماً أن يُبين ذلك، حيث إنّ التشّيت، وهو إحدى السمات المميزة للذهيان، غالباً ما يكون واضحاً في المحادثة، من المهم أن يكون الفاحص حساساً لتدفق أفكار المريض وعدم نسب الكلام غير المنظم بسبب التّقدم في السنّ أو الحرف أو التعب، وقد يبدو المرضى واسنين أو خاملين أو حتّى شبه غائبين عن الوعي في الحالات الأكثر تقدماً من الذهيان، وبالمقابل قد تحدث اليقظة المفرطة أيضاً في حالات تعاطي الكحول أو انسحاب المخدرات المُهدّنة.^[13]
- التغير في الإدراك: يعاني الأشخاص المصابون بالذهيان من مشاكل معرفيّة وإدراكيّة، بما في ذلك فقدان الذاكرة والارتباك وصعوبة في اللّغة والكلام ويمكن استخدام الاختبار لتوثيق درجة الضّعف ولكنّ الأكثر أهميّة من الاختبار النّتيجة، أيّ إمكانيّة الوصول الشّامل للمريض وانتباهه أثناء محاولته الإجابة على الأسئلة، كما من المهمّ التأكّد من مستوى أداء المريض قبل ظهور مرض الذهيان من أفراد الأسرة أو مُقدّمي الرّعاية وعادةً ما تُصاحب الاضطرابات الإدراكيّة الذهيان. قد يُخطئ المرضى في التعرّف على الطّبيب أو الاعتقاد بأنّ الأشياء أو الظّلال الموجودة في الغرفة تُمثّل شخصاً ما، وتُصاحب هذه الإدراكات الخاطئة أوهاماً غامضةً حول الأذى في كثير من الأحيان، ويمكن أن تكون الهلوسة بصريّة أو سمعيّة أو حسّيّة جسدّيّة وعادةً مع نقص البصيرة ويعتقد المرضى أنّها حقيقيّة. يمكن أن تكون الهلوسة بسيطة (على سبيل المثال، الظّلال أو الأشكال) أو معقّدة (مثل الأشخاص والوجوه). يمكن أن تتكوّن الأصوات أيضاً من أصوات بسيطة أو سماع أصوات ذات كلامٍ واضح.
- يمكن أن تحدث مجموعة متنوّعة من الصّعوبات اللّغويّة، حيث قد يفقد المرضى القُدرة على الكتابة أو تحدّث اللّغة الثّانية.
- النّورة الزّمنيّة: يتطوّر الذهيان على مدار ساعات إلى أيام ويستمرّ عادةً لعدّة أيامٍ أو شهورٍ، كما إنّ حدّة السّير السريريّ هي الميّزة الأكثر فائدة في تمييز الذهيان من الحرف.
- ميّزات أخرى: قد يَظهر الذهيان مع مجموعة متنوّعةٍ من المظاهر السريريّة التي ليست من الميّزات

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني13

التشخيصية الأساسية، بما في ذلك الإثارة الحركية النفسية وانعكاسات النوم والاستيقاظ والتهدج والقلق والتقلب العاطفي وفرط الحساسية للأضواء والأصوات، هي تشكل الأعرض الأكثر شيوعاً عند المرضى الأكبر سناً.

2-2. أنواع الهذيان:

1-2-2. الهذيان المفرط النشاط:

قد يعاني الشخص المصاب بالذهيان المفرط النشاط من:^[14]

- التملل: مثل عدم القدرة على البقاء ساكناً أو السير ذهاباً وإياباً.
- العدوان أو العدائية أو رفض التعاون.
- لا يُدركون أين هم أو ما هو الوقت أو اليوم.
- تقلب المزاج.
- الحذر بشكل غير عادي من الآخرين.
- أوهام: مثل الاعتقاد بأن الناس يحاولون إيذاءهم.
- الهلوسة: رؤية شخص بجانب السرير وهو ليس موجوداً في الحقيقة.

2-2-2. الهذيان ناقص النشاط:

قد يعاني الشخص المصاب بالذهيان غير النشط من:

- الانسحاب أو الخمول أو التعب.
- قلة الحركة.
- التفاعل بشكل أقل مع الأشخاص من حولهم.
- النعاس بشكل غير عادي.
- صعوبة التركيز.
- تراجع الورد الفموي.
- قد يكون من السهل تجاهل الهذيان غير النشط لأن الشخص قد يبدو متعباً أو نائماً، وقد يمر بسهولة دون أن يلاحظه أحد عندما يكون مقدمو الرعاية أو العاملون في مجال الرعاية الصحية مشغولين بمهام أخرى، وعندما يحاول شخص ما التحدث إليهم أو يلاحظ أنهم ليسوا على طبيعتهم، يصبح من الواضح أن هناك خطأ ما.

2-3-2. الهذيان المختلط:

يعاني الشخص المصاب بالذهيان المختلط من أعراض الهذيان المفرط النشاط في بعض الأحيان وأعراض الهذيان الناقص النشاط في أوقات أخرى، وتتوارد هذه الأعراض أثناء اليوم أو من يوم إلى آخر، على سبيل المثال، قد يكون مُتملماً في وقتٍ ما ثم يصبح نَعْساً لاحقاً.

2-3-2. تشخيص الهذيان:

هناك جانبان مهمان للتقييم التشخيصي للذهيان:^[13]

- إدراك أنَّ الاضطراب موجود.
- والكشف عن المرض الطبّي الأساسي الذي تسبّب في الهذيان.

2-3-1. التعرف على الاضطراب:

قد تكون المشاكل السلوكية أو الضعف الإدراكي واضحةً بسهولة، ولكنها تُعزى خطأً إلى عمر المريض أو الخرف أو الاضطرابات العقلية الأخرى.

2-3-2. التأكيد السريري:

يُشكّل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الطبعة الخامسة (DSM-5) إطاراً عملياً لتقييم الهذيان.

2-3-3. التاريخ المرضي:

يُمكن الحصول على بعض القرائن التاريخية للمسببات الكامنة وراء الهذيان والارتباك من الأقارب (على سبيل المثال، مرض الحمى الأخير أو تاريخ فشل الأعضاء أو قائمة الأدوية).

2-3-4. الفحص العام:

غالباً ما يكون الفحص البدني الشامل صعباً أو مستحيلاً في المريض المرتبك أو غير المتعاون، ويجب على الأطباء بدلاً من ذلك إجراء تقييم مركّز مع التركيز على العلامات الحيوية والحالة الحجمية وحالة الجلد والبؤر المعدية المحتملة.

2-3-5. الفحص العصبي:

لا يُستبعد غياب نتائج الفحص البؤري إمكانية حدوث آفات عصبية بؤرية أو متعددة البؤر كسببٍ للذهيان، وفي حالة عدم وجود سببٍ واضحٍ للذهيان، يُشار إلى مزيد من الاختبارات بما في ذلك التصوير العصبي والبرز القطني وتخطيط كهربية الدماغ (EEG) Electroencephalography.

4-2. أدوات التقييم السريري:

الأداة	مميزات التقييم	طريقة التقييم	التشخيص
الاختبار الإدراكي للذهيان Cognitive Test for Delirium (CTD) [16]	النتيجة الإجمالية في اختبار الذهيان الإدراكي تُحسب عن طريق جمع درجات مُكونين رئيسيين: الانتباه، حيث تتراوح الدرجة من 0 إلى 14. الذاكرة، حيث تتراوح الدرجة من 0 إلى 10.	يتم تقييم الذاكرة من خلال التعرف على الأشياء المصورة. يتم تقييم الانتباه باستخدام اختبار فرعي لمدى الذاكرة البصرية من مقياس الذاكرة Wechsler-Revised	أقل من 11
طريقة تقييم الارتباك لوحدة العناية المركزة Confusion Assessment Method (CAM) [17]	هذه الأداة تقيم 4 ميزات: • التغيرات الحادة في الحالة العقلية. • عدم الانتباه. • التفكير غير المنظم. • تبدل مستوى الوعي.	يتم استخدام مجموعة من المميزات لتحديد الحالة العقلية بدقة، وتشمل ما يلي: 1. تقييم التغيرات الحادة في الحالة العقلية، ويشمل هذا رصد أي تغييرات مفاجئة في السلوك، سواء كانت على شكل تقلبات مزاجية أو درجات متغيرة من الغيبوبة على مدار 24 ساعة، إضافة إلى تقييم تأثيرات التخدير إن وجدت. 2. التقييم الإدراكي باستخدام التعرف على الصور أو اختبار الحروف العشوائية، وهو يهدف إلى قياس مدى قدرة المريض على التعرف البصري أو التركيز على مجموعة عشوائية من الحروف، مما يُسهل في تقييم مستوى الإدراك والانتباه لديه. 3. اختبار التوجيه البسيط من خلال طلب رفع عدد مُعين من الأصابع، حيث يُطلب من المريض أداء حركات بسيطة تتطلب انتباهاً وإدراكاً للأوامر، مما يكشف عن مدى استجابته وتفاعله. 4. تقييم مستوى الوعي، حيث يتم تصنيف حالة المريض على مقياس يتدرج من اليقظة الكاملة إلى الغيبوبة، ما يساعد في فهم	الميزة 1 أو 2 إيجابية، إضافة إلى الميزة 2 أو الميزة 4

	مدى وعي المريض وإدراكه للبيئة.		
أكثر أو يساوي 4	يتم استكمال المقياس بناءً على المعلومات التي تجمع خلال فترة المناوبة بأكملها. تُسجل العناصر بطريقة منظمة مع توفر التعريف لكل عنصر.	يشتمل هذا المقياس على ثمانية بنود: مستوى متغير من الوعي أو عدم الانتباه أو فقدان التوجّه أو الهلوسة أو الوهم أو الانفعال أو التراجع النفسي الحركي أو المزاج أو الكلام غير المناسب، اضطراب دورة النوم/الاستيقاظ، تقلب الأعراض. يُعطى لكل بند نقطة واحدة عند رصده.	قائمة فحص الهذيان في العناية المركزة Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC) ^[18]

أكثر من 7	يُجرى التقييم خلال كلّ مناوبة من قبل الطبيب المعالج والممرضة باستخدام استمارة تحتوي على العناصر والتعريفات. تُسجّل أعلى درجة في كلّ مناوبة. تُسجّل العناصر بطريقة منظّمة مع توفّر التعريفات لكلّ عنصر.	ثمانية معايير: الانفعال والقلق والهلوسة والتوجّه والنوبات والرّعدة والتعرّق النوبي وإيقاع النوم والاستيقاظ المتغير. ولكلّ معيار أربعة مستويات شدّة ويمثل 0 أو 1 أو 4 أو 7 نقاط اعتماداً على شدة الأعراض.	مقياس الكشف عن الذهيان Delirium Detection Score (DDS)^[19]
------------------	---	---	---

4 نقاط أو أكثر: الذهيان محتمل +/_ خلل استعرافي 1-3: الخلل الاستعرافي محتمل 0: هذيان أو الخلل الاستعرافي غير محتمل	<u>اليقظة</u> • ردة فعل طبيعية (مُنْتَبِه تَمَامًا، ليس متَهَيِّجًا) 0 • نعسان لفترة أقل من 10 ثوان، ومن ثم طبيعي 0 • ردود فعل غير طبيعية بشكل واضح 4 <u>التَّوجُّه</u> سؤال حول العمر، تاريخ الميلاد، المكان الحالي) اسم المستشفى، أو المبنى (السنة الحالية. • دون خطأ 0 • خطأ واحد 1 • خطأين أو أكثر 2 <u>الانتباه</u> اطلب من المريض/المريضة أن يذكر شهور السنة بشكل عكسي. • كر سبعة أشهر أو أكثر بالترتيب الصحيح. 0 • البداية صحيحة، دون ذكر سبعة أشهر متتالية/ أو رفض الإجابة 1 • من غير الممكن فحصه (المريض ليس صاح كفاية أو يشعر بتوعك يمنعه من الإجابة) 2 <u>بداية حادة أم سير متموج:</u> • دليل على تغيّر حادّ أو أعراض متموجة فيما يخص اليقظة أو الاستعراف (إهلاسات مثلاً) بدأت في غضون الأسبوعين الماضيين ولاتزال موجودة في الأربع والعشرين ساعة الماضية. لا 0 نعم 4	4AT هو أداة فحص مصممة لتقييم أولي سريع للذهيان والخلل الاستعرافي. النتيجة من 4 أو أكثر تقترح الذهيان، ولكنها ليست تشخيصًا: قد يتطلب الوضع تقييمًا أكثر لتفاصيل الحالة العقلية للوصول إلى التشخيص تعتمد على اليقظة والتوجه والانتباه و بداية حادة أو سير متموج.	اختبار تقييم الذهيان الخلل الاستعرافي A's Test (4AT) [20]
--	--	---	--

2-5. مراجعة الدواء:

تمثل سميّة الدواء حوالي 30 % من جميع حالات الهذيان، وبالتالي فإنّ الخطوة الأولى الأكثر أهميّة هي مراجعة الدواء.^[14]

2-6. البحث في المُسبّبات الطّبيّة:

تقريباً أيّ حالة طبيّة يمكن أن تُعجل الهذيان في شخصٍ معرّضٍ للإصابة، وغالباً ما توجد حالاتٌ كامنةٌ متعدّدة، سيوجّه التّاريخ والفحص البدنيّ معظم الاستقصاءات.^[21]

الفصل الثالث: التشخيص التفريقي

3-1. الفرق بين الهذيان والذهان:

إنَّ الفرق بين الهذيان والذهان يتَّضح في أنَّ الهذيان يجعل المريض غير مُدرك للواقع مع وجود خلل في الوعي والتفكير، أمَّا المُصاب بالذهان فهو يفهم الواقع والبيئة المحيطة به بطريقةٍ تختلف عن حقيقتها، من جهةٍ أخرى فإنَّ الذهان هو إدراك المريض أو تفسيره الواقع بطريقةٍ مختلفةٍ تمامًا عن الحقيقة، ويُوصف مريض الذهان عادةً بأنَّه يفقد اتصاله بالواقع، ومن الحالات الذهانية الأكثر شيوعاً الهلوسة والأهام واضطراب التفكير والكلام غير المنتظم، وغالبًا ما يكون المريض غير مُدرك أنَّ أوهامه أو هلوساته ليست حقيقية، ممَّا يجعله يشعر بالخوف أو الضيق.^[14]

3-2. الهذيان والخرف:

في حالات الإصابة بالخرف يتعرَّض المُصاب لدهور تدريجيٍّ في الذاكرة ومهارات التفكير الأخرى نتيجة لتلفٍ خلالي المُخِّ أو انهيارها.^[14]

- بدء الإصابة: تبدأ الإصابة بالذهيان خلال وقتٍ قصيرٍ، في حين أنَّ الخرف يبدأ عادةً بأعراضٍ طفيفةٍ تتفاقم بمرور الوقت.
- الانتباه: يؤدي الهذيان إلى صعوبة القدرة على التركيز أو الحفاظ عليه، أمَّا المُصاب بالخرف فيكون مُنتبهًا بشكلٍ عامٍّ ولا تظهر عليه عادةً أعراض الخمول أو الهياج.
- التغيّرات السريعة في الأعراض: قد تظهر أعراض الهذيان وتختفي عدَّة مرَّات خلال يومٍ واحدٍ، ورغم مرور أوقات تتحسَّن فيها الحالة وتتفاقم خلال اليوم، فإنَّ مهارات الذاكرة والتفكير تظلَّ مستقرَّة عادةً.

3-3. الاكتئاب:

قد يكون التشخيص التفريقي بين الهذيان والاكتئاب صعبًا بسبب الأعراض المُتداخلة، وخاصةً عند كبار السن. يتميَّز الهذيان باضطرابٍ حادٍّ في الوعي مع نقص الانتباه وتغيّرات في الوظائف الإدراكية، ومن ناحيةٍ أخرى يظهر الاكتئاب بمزاجٍ مضطربٍ وفقدان الاهتمام بالأنشطة المعتادة قد يتجلَّى الهذيان مع تقلُّب المزاج والتقلُّبات المعرفية، بينما يُؤثِّر الاكتئاب في المقام الأول على مستويات المزاج والمتعة وفقدان الاهتمام بالأنشطة والتعب والشعور بعدم القيمة على عكس الهذيان، ويتطوَّر الاكتئاب بشكلٍ تدريجيٍّ وغالبًا ما يرتبط بنقص الطاقة والحافز بدلًا من الارتباك الحادّ.^[22]

4-3. المتلازمات البُورية:

قد تُحاكي المتلازمات البُورية الذهيان فمثلاً: [14]

- قد يبدو المرضى المصابين بحبسة فيرنيكه في حالة ذهيان حيث لا يفهمون أو يطيعون الأوامر ويبدو عليهم الارتباك، ومع ذلك تقتصر المشكلة على اللغة، في حين تظل جوانب أخرى من الوظيفة العقلية سليمة.
- قد يؤدي الخلل في القصص الصدغيين إن كان عابراً إلى فقدان ذاكرة شاملٍ عابرٍ، حيث يقتصر العجز على الذاكرة، وقد يُرى مع الخلل الوظيفي في القصص الصدغيين الأكثر شمولاً فقدان للبصر والصمم القشريين.
- قد تُسبب كلوفر-بوسي مجموعة من الأعراض التي قد تشمل على تغيرات في السلوك، مثل زيادة العدوانية وفرط النشاط الجنسي وعدم الخوف أو القلق.
- قد يتم الخلط بين متلازمة أنطون القذالية المتمثلة في العمى القشري والذهيان، وتتضمن أعراضها عدم الاعتراف بالعمى ووصف أشياء أو أشخاص غير موجودين أو أحداث لم تحدث وتقديم الأعذار للعمى في محاولة لإثبات عدم العمى، ومع ذلك فإن الفحص الدقيق سيكشف عن نقص الرؤية.
- المتلازمة البُورية الجبهية: غالباً ما يُظهر المرضى الذين لديهم آفات في القصر الجبهي مثل سكتة أو ورم هياجاً وضعفاً في الإدراك ونقصاً في المحاكاة واضطرابات في الذاكرة الحديثة وتشتتاً في الانتباه واستجابات عاطفية غير مستقرة وسلساً بولياً، وقد تُشبه هذه السمات الذهيان، لذا قد تكون هناك حاجة لإجراءات تصويرية لتمييز هذه الآفات عن الذهيان.

الفصل الرابع: العناية

يُوضَع المرضى الذين يحتاجون إلى أنواعٍ محدّدةٍ من العناية في أثناء وجودهم في المستشفى ضمن وحدات العناية المركزة، والتي لها أنواع محدّدة:

4-1. أنواع وحدات العناية المركزة:

4-1-1. وحدات العناية المركزة:

وهي للأشخاص الذين تكون حالاتهم خطيرةً وينطوي هؤلاء الأشخاص على الذين لديهم خللٌ وظيفي مفاجئٍ وعامٍ في أحد الأعضاء مثل الكبد أو الرئتين (يحتاجون إلى مساعدة على التنفّس) أو الكلى (يحتاجون إلى غسل الكلى). بالنسبة إلى المرضى الذين هم في صدمة أو يُعانون من عدوى شديدةٍ أو خضعوا إلى جراحةٍ كبرى، وعادةً ما يكون لهذه الأنواع المختلفة من وحدات العناية المركزة بروتوكولات مراقبة وعلاج محدّدة لدعم الأشخاص الذين يدخلون هذه الوحدات.^[23]

تحتوي وحدات العناية المركزة على معدّات لدعم الوظائف الحيوية ومراقبتها باستمرارٍ وتتطوي هذه المعدّات على:^[23]

- مراقبة قلبية (جهاز مونيتر).
 - خط التسريب الوريدي المركزي.
 - توفّر أجهزة التهوية لمُساعدة الأشخاص على التنفّس وأجهزة مزيلة للرّجفان لاستعادة نظم القلب الطبيعي.
- يحتاج الأشخاص في وحدات الرّعاية المركزة إلى رعاية ومتابعة حثيثة، ولذلك يتوفّر المزيد من موظفي المستشفى لتقديم الرّعاية، كما تكون ساعات الزيارة والقواعد صارمةً للزّوار أكثر في هذه الوحدات.

4-1-2. وحدات مراقبة القلب عن بعد:

هي للأشخاص الذين يحتاجون إلى مراقبة القلب دون اضطرابات مرضيّة مرافقة؛ فهم ليسوا مرضى حرجين لأن يحتاجوا إلى مراقبة مكثّفة في وحدة العناية المركزة.

4-1-3. وحدات العناية المتوسطة:

خُصّصت للأشخاص الذين تكون حالاتهم أشدّ لدرجة عدم مناسبة وضعهم في الأقسام العاديّة في المستشفى، ولكنهم أكثر استقراراً من الأشخاص في وحدات العناية المركزة، ولا تُوجد هذه الوحدات في جميع المستشفيات.

4-1-4. العزل:

يجري استخدام العزل للوقاية من انتقال العدوى من شخص إلى آخرين وقد يكون العزل:

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني 23

- كاملاً (عندما يمكن أن ينتقل اضطراب عن طريق الهواء)، ويحتاج إلى أن يقوم أي شخص يدخل إلى غرفة الشخص بارتداء قناع أمان خاص (يُسمى أيضاً منفاَس respirator) وواقٍ للوجه ومريول طبيّ وقفازات.
- غير كامل (عندما يُمكن أن ينتقل اضطراب ما فقط عن طريق ملامسة الجلد أو الدّم أو البراز)، يتطلب أن يقوم أي شخص يدخل غرفة المريض بارتداء المريول الطبيّ والقفازات.

4-2. أسباب القبول في العناية المركزة:

يُكون أكثر من ثلث الأشخاص الذين يجري إدخالهم إلى المستشفى من البالغين الأكبر سناً، حيث يكون ما يقرب من نصف الأشخاص في المستشفى في عُمر 65 عاماً أو أكبر، ويجري إدخال حوالي نصف البالغين الأكبر سناً الذين يأتون إلى قسم الطوارئ إلى المستشفى.

ولكن يعود جزء من السبب في قبولهم في وحدات العناية المركزة إلى مجرد التواجد في المستشفى، حيث يُمكن أن يُسبب مشاكل بغض النظر عن العُمر، ويكون الأشخاص من البالغين الأكبر سناً أكثر ميلاً لأن تكون لديهم أو تحدث لديهم هذه المشاكل، وتكون العواقب أكثر ميلاً لأن تكون خطيرةً وذلك للأسباب التالية:

4-2-1. أسباب قبول كبار السن في وحدات العناية المشددة:

- التخليط الذهني: تجعل التغيرات التي تحدث مع التقدّم في السنّ الأشخاص أكثر ميلاً لأن يُعانوا من التخليط الذهني بشكلٍ مفاجئٍ وملحوظٍ (الذهيان).
- التجفاف: يميل البالغون الأكبر سناً إلى الشعور بالعطش بشكلٍ أقلّ سرعةً أو أقلّ شدةً بالمُقارنة مع الأشخاص اليافعين ولذلك يميلون إلى قلة الشرب خصوصاً عندما تجعل الظروف من الحصول على الماء أكثر صعوبةً، وذلك مثلما يحدث في المستشفيات.
- السقوط: يكون البالغون الأكبر سناً أكثر ميلاً للسقوط، وعند السقوط، يكونون أكثر ميلاً للتعرض إلى إصاباتٍ خطيرةٍ مثل كسور العظام.
- سلس البول: قد يواجه البالغون الأكبر سناً صعوبةً خاصّةً عند مُغادرة سريرٍ مرتفعٍ في المستشفى من بعد الخضوع إلى جراحة أو عندما يكون لديهم اضطراب خطير أو عند وجود معدّات مختلفة متّصلة بأجسادهم ونتيجة لذلك، قد لا يتّمكنون من دخول المرحاض في الوقت المناسب.
- فقدان القدرة على الاعتماد على الذات: في أثناء الإقامة في المستشفى، قد يصبح البالغون الأكبر سناً غير قادرين على الاعتناء بأنفسهم وذلك لأنّ الموظفين يقدّمون هذه الرّعاية (مثل الاستحمام).
- ضُمور النسيج العضلي: عندما يقضي البالغين الأكبر سناً الكثير من الوقت في السرير أو تكون الحركة

- لديهم معدومة، يميل النسيج العضلي لديهم إلى الضمور بشكل سريع.
- قرحات الضغط: يكون البالغون الأكبر سناً عرضةً إلى قرحات الضغط وذلك لأن كمية الدهون تحت الجلد لديهم تميل إلى أن تكون أقل، وتقل التروية الدموية إلى الجلد، وإذا حدثت قرحات الضغط عند المرضى من كبار السن، قد يجري إرسالهم إلى دور العجزة بدلاً من المنزل من بعد إخراجهم من المستشفى.
- التأثيرات الجانبية للأدوية: يأخذ العديد من البالغين الأكبر سناً أدوية كثيرة قبل دخولهم إلى المستشفى (انظر أيضاً الشيخوخة والأدوية) وفي المستشفى، قد يصف الأطباء المزيد من الأدوية وكلما جرى أخذ المزيد من الأدوية، تزداد احتمالات التعرض إلى تأثيراتها الجانبية وتداخلاتها مع الأدوية الأخرى أو المكملات أو الأغذية كما يكون البالغون الأكبر سناً أكثر حساسية لتأثيرات أدوية معينة أيضاً.
- نقص التغذية: قد تؤدي التغيرات البدنية المرتبطة بالعمر إلى التقليل من الشهية أو امتصاص المواد الغذائية وذلك مثلما قد تسببه اضطرابات معينة (بما في ذلك مشاكل الأسنان) وأدوية معينة.
- يواجه العديد من البالغين الأكبر سناً صعوبة في العودة إلى حالتهم الطبيعية من الناحية النفسية والبدنية من بعد تجربة الإقامة في المستشفى بالإضافة إلى الاضطراب الذي عانوا منه.

4-2-2. المشاكل بسبب دخول المشفى أو العناية المُشددة:

يمكن أن يُسبب مجرد دخول المستشفى مشاكل معينة، خصوصاً حالات العدوى (تُسمى الأمراض المكتسبة من المُستشفى)، وتتطوي المشاكل الأخرى على:

- المشاكل المرتبطة بالراحة في السرير لفترة طويلة، بما في ذلك الجلطات الدموية وقرحات الضغط
- نقص التغذية: قد تُسبب الأمراض أو الأدوية نقص الشهية، وقد يكون الطعام غير مألوف ولا يفتح الشهية.
- يتبع بعض الأشخاص نظاماً غذائياً صارماً، مثل النظام الغذائي قليل الدهون أو قليل الملح، وقد يجعلهم هذا لا يستمتعون بالطعام، ويجري تقديم الوجبات وإزالتها في أوقات محددة.
- قد يجري تقديم أطعمة لا يحبها المرضى أو لا يستطيعون تناولها لأسباب فلسفية أو دينية (مثل الأطعمة التي لا توافق الشريعة اليهودية (كوشر) أو الشريعة الإسلامية (حلال)).
- السلس: يكون سلس البول أكثر ميلاً للحدوث بسبب الأشياء التالية:

- أخذ أدوية مدرة للبول، حيث يمكنها أن تجعل المثانة ممتلئة بالبول بشكل سريع.
- مواجهة صعوبة في الخروج من السرير لأنه مرتفع جداً أو لأن الشخص ضعيف أو متوَعك.
- الإصابة باضطراب أو الخضوع إلى جراحة تجعل المشي صعباً أو مؤلماً.
- وجود معدات تعترض طريق المريض مثل المداخل الوريدية أو أنابيب الأكسجين أو شاشات مراقبة

القلب أو القناطر أو وجود عدوى في المثانة أو المعى.

○ قد يُصَبِّحُ المرضى الذين يمكنون في المستشفى غير قادرين على إفراغ المثانة بشكل كامل أو غير قادرين على التبول على الإطلاق وقد تحدث هذه المشكلة التي تُسمى احتباس البول، لأن الأشخاص:

- يُعانون من الألم من بعد الجراحة.
- يأخذون أدوية تُسبب احتباس البول.
- ينبغي عليهم البقاء في السرير لفترة طويلة.
- حالات السقوط: يُمكن أن تزيد الظروف في المستشفى من خطر السقوط، خصوصاً بالنسبة إلى البالغين الأكبر سنّاً فبعد البقاء في السرير لفترة طويلة (الراحة في السرير)، يُمكن أن تُصبح عضلات الساق ضعيفة وأقل قدرة على ضغط الأوردة في الساق بحيث يتوجه الدّم نحو القلب ولذلك يتجمّع الدّم في الساقين عندما ينهض الأشخاص، ممّا يتسبّب في انخفاض ضغط الدّم وجعل الأشخاص يشعرون بالدوخة أو خفة الرأس.
- قلة النوم.
- المرض بحدّ ذاته والشدة الانفعالية والقلق حول المرض.
- الألم من بعد الجراحة أو بسبب حالات أخرى.
- الضوضاء في المستشفى.
- التخلّط الذهني وضعف الوظيفة الذهنية في المستشفى.
- يُمكن أن يؤدّي المرض وخصوصاً عندما ينطوي على أخذ أدوية لمعالجة الألم أو القلق إلى حدوث التخلّط الذهني عند أيّ شخص وتُسهّل بيئة المستشفى في هذه المشكلة حيث يتخلّى الأشخاص في المستشفى عن أغراضهم وملابسهم الشخصية (أيّ العلامات التي تُشير إلى الهوية) ليحل محلها رداء المستشفى، حيث يجد المرضى أنفسهم في مكان غريب من دون معالم مألوفة وروتين اعتياديّ في كثير من الأحيان، توفّر المستشفيات القليل من التحفيز (مثل المشاهد والأصوات والتفاعل مع الآخرين)، وقد يكون المرضى بمفردهم أو مع شريك غرفة مُتكتّم وفي غرفة ذات جدران بيضاء فارغة لا تبعث على البهجة وذات أساس تقليديّ وفي معظم الوقت، قد لا يجد المريض شخصاً يتحدث إليه.
- يمكن أن تُسبب إجراءات وجداول المستشفى التوهان، فعلى سبيل المثال قد يستيقظ الأشخاص بشكل متكرر في أثناء الليل، ممّا يحرمهم من النوم بشكل كافٍ وقد لا يتمكنون من تحديد اتجاهاتهم في غرفة غير مألوفة وذات إضاءة خافتة وقد يصعب على المرضى التعامل مع الفحوصات العديدة والمعدّات المُعقّدة.

- يُمكن أن تُسبب وحدات العناية المركزة الكثير من الارتباك للمرضى حيث يكونون فيها بمفردهم وأحياناً من دون نوافذ أو ساعات حائط تُساعدهم على توجيه أنفسهم قد تؤدي أصوات الصّفير التي تصدر عن الشّاشات الإلكترونية أو الضّوء السّاطع المستمر أو المقاطعات المتكررة لأخذ عيّات الدّم أو لتغيير الخطوط الوريدية أو لإعطاء الأدوية، إلى عرقلة نوم المرضى يكون المرضى الذين يشعرون بالتعب أكثر سهولةً للتعرّض إلى التّخليط الذهني والتّوهان، وأحياناً يكون التّخليط الذهني شديداً إلى درجة أنّ الأشخاص يُصابون بنوعٍ من الهذيان يُسمّى دُهان وحدة العناية المركزة ICU psychosis.
- إذا أُصيب الأشخاص بالتّخليط الذهني بشكلٍ غير مألوف في أثناء إقامتهم في المستشفى، ينبغي على أفراد العائلة إخبار موظفي المستشفى بحيث لا يفترضون أنّ هذا هو السلوك الطبيعي للشّخص يمكن الشّفاء من الهذيان عادةً إذا جرى تصحيح سببه (اضطراب أو دواء أو حالة من الشدّة).
- في حالاتٍ معيّنة، يُمكن أن يكون التّخليط الذهني شديداً إلى درجة لا يفهم فيها الأشخاص سبب وجودهم في المستشفى ويمكن أن يُصبحوا مُتاجين ويُحاولون مغادرة السرير وانتزاع الخطوط الوريدية أو أنابيب أخرى أو القيام بأشياء أخرى قد تُسبب الضّرر لأنفسهم أو للآخرين وقد يُسيئون تفسير سلوك شخصٍ آخر على أنّه تهديد ويستجيبون من خلال أن يُصبحوا مهذّدين لأنفسهم بدنياً، في مثل هذه الحالات قد يساعد وجود صديق أو أحد أفراد الأسرة على تهدئتهم أحياناً يبقى أحد موظفي المستشفى مع الأشخاص لمدة 24 ساعة في اليوم وذلك لمنعهم من القيام بأيّ شيءٍ خطير وفي حالاتٍ نادرةٍ يجري تقييد حركة الأشخاص أو يجري استخدام جرعات صغيرة من دواء مضادّ للدّهان إلى أن يزول التّخليط الذهني.

الفصل الخامس: عوامل الخطر لحدوث الهذيان

تُقسَم عوامل الخطر للذهيان إلى عوامل مؤهبة وعوامل مُسببة، وبشكلٍ عامٍ يُعتقد أنَّ العوامل المؤهبة موجودة قبل الدخول إلى وحدة العناية المركزة ومن الصعب تغييرها، في حين يُعتقد أنَّ العوامل المُسببة تحدث أثناء سير المرض. كما يتم تقسيم العوامل المؤهبة إلى عوامل تتعلق بخصائص المريض والأمراض المزمنة، في حين تتم تقسيم العوامل المُسببة إلى عوامل تتعلق بالمرض الحادّ وعوامل متعلقة بالمجال العلاجي والعوامل البيئية، ويحتوي المجالان الأوليان على عوامل استعداد أقل قابلية للتعديل من خلال الإجراءات الوقائية، وينطبق المجالان الآخران على الوضع الحالي وربما يكونان أكثر قابلية للتغلب لتقليل حدوث هذيان العناية المركزة: [24] [25]

- في مجال خصائص المريض، تتم تسجيل العمر والجنس وعادات التدخين أو تعاطي الكحول.
- وفي مجال الأمراض المزمنة ضعف الإدراك المُسبق والضغط والسكري والأمراض القلبية.
- في مجال المرض الحادّ، تمت دراسة العوامل المتعلقة بالتشخيص.
- في مجال العلاج تتم تسجيل التداخلات الدوائية والإجراءات الطبية.
- تتعلق العوامل البيئية بالتفاعل بين المريض والبيئة المحيطة.
- العمر (خاصةً من سن 65 عامًا فأكثر): العديد من التغييرات التي تحدث بشكلٍ طبيعيٍّ مع النّقدّم في السّنّ تزيد أيضًا من خطر الإصابة بالذهيان.
- الخرف أو أمراض الدماغ التّكسّية الأخرى: يمكن أن يحدث الهذيان بسهولة أكبر لدى الأشخاص الذين يعانون من حالة موجودة تؤثر على وظائف الدماغ، حيث يُمكن لجميع أمراض الدماغ التّكسّية والمرتبطة بالعمر أن تُسهم في الهذيان أو تزيد من احتمالية حدوثه.
- الحالات الجسدية المُزمنة الأخرى: تفرّض الأمراض والحالات مثل أمراض القلب ومرض الانسداد الرئويّ المزمن ضغطاً على الجسم، وقد يؤدي هذا الضغط إلى تسهيل حدوث الهذيان، وكلما زاد عدد الحالات المزمنة مثل هذه التي تعاني منها زاد الضغط وزادت المخاطر.
- اضطرابات المزاج: إنّ وجود تاريخ من اضطرابات المزاج وخاصةً الاكتئاب يزيد من خطر الإصابة بالذهيان.
- فقدان البصر والسمع في وقتٍ لاحقٍ من الحياة: تساعد الحواس وخاصةً البصر والسمع على معرفة ما يحدث في المحيط، لذا يؤدي فقدان هذه الحواس إلى تقليل قدرة الدماغ على استخدام الإشارات من العالم الخارجي، ممّا يُسهّل تطوّر الهذيان.

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني28

- تناول الكحول وتعاطي المخدرات غير الطبيّة: يؤدي تعاطي المواد الأفيونيّة غير الطبيّة وأدوية البنزوديازيبين إلى زيادة خطر الإصابة بالذهيان بشكلٍ كبيرٍ.
- تاريخ سابق من الهذيان: الأشخاص الذين لديهم تاريخ سابق من الهذيان هم أكثر عرضة للإصابة به في المستقبل.
- الوهن: ويزداد الوهن بشكلٍ طبيعيٍّ مع التّقدّم في العمر، ولهذا السّبب فإنّ السّقوط بالنسبة لشابٍ بالغٍ قد لا يسبب أيّ إصابة، ولكن السّقوط المُماثل لشخصٍ تجاوز الخامسة والسّتين من العمر قد يكون أكثر خطورة. وعلى نحو مُماثل، فإنّ الوهن الجسدي يجعل من السّهل الإصابة بالذهيان.
- العزلة الاجتماعيّة: يمكن أن يؤدي الانفصال أو العزلة عن الأسرة والأصدقاء والأحباء إلى تفاقم الهذيان.
- عدم القدرة على تدبير الألم: إنّ عدم القدرة على إدارة الألم بشكلٍ جيّد أو غير جيّد قد يزيد من خطر الإصابة بالذهيان.
- الإجراءات التي تخضع لها أو العلاجات التي تتلقاها: الأشخاص الذين يخضعون لجراحة كبرى وخاصّة الجراحة العاجلة أو الطّارئة غير المخطّط لها يكونون أكثر عرضة للإصابة بالذهيان كما يُمكن أن يؤدي التّبيب أو التّهوئة الميكانيكيّة إلى زيادة احتماليّة حدوث الهذيان.
- الأربطة: يشير هذا المصطلح إلى أيّ شيء متصل بالجسم أو مُدخّل فيه يحد من الحركة ويشمل ذلك الخطوط الوريدية أو القناطر البوليّة أو أنابيب الأكسجين أو القيود.
- العدوى أو الالتهاب: تلعب العدوى دوراً مهمّاً في تطوّر وتفاقم الهذيان، خاصّةً عند المرضى المصابين بأمراضٍ خطيرةٍ وذلك بتحريض الاستجابات الالتهابيّة والجهازيّة وزيادة مُدّة الإقامة في المشفى أو التّأثير المُباشر على الجهاز العصبيّ في حال تطوّر التهاب فيه.
- اضطرابات الشّوارد: يمكن أن تؤثر بشكلٍ كبيرٍ على تطوّر وشدّة الهذيان، خاصّةً في المرضى المصابين بأمراضٍ خطيرةٍ.
- نقص التّغذية: قد تُسبب الأمراض أو الأدوية نقص الشّهية قد يكون الطعام غير مألوف ولا يفتح الشّهية.
- احتباس البول: يؤدي الاحتباس الشّديد إلى تعجيل أو تفاقم الهذيان بسبب زيادة الإفراز الوديّة وزيادة الكاتيكولامين الناتجة عن التّوتر على جدار المثانة.
- الإمساك: هو عامل مُسبّب متكرّر للذهيان وغالباً ما يتمّ تجاهله، تُشير الأبحاث إلى أنّ 17-40% من البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً قد يعانون من الإمساك المزمن.
- الجفاف: يرجع ذلك جُزئياً إلى أنّه يؤدي إلى نقص التّروية الدّماغيّة واضطراب الشّوارد.

الفصل السادس: تدبير الهذيان

1-6. التدبير العام:

يشمل على: (26)

- تصحيح الشوارد (نقص الصوديوم و نقص البوتاسيوم و نقص المغنزيوم).
- إعطاء المكملات الغذائية (نقص الفيتامينات B1 /B12/B3/ B9)
- إعطاء الثيامين 100 ملغ عن طريق الفم يوميًا وإن كان هناك اشتباه باعتلال الدماغ فيرنكة يتم البدء في إعطاء 500 ملغ عن طريق الوريد كل 8 ساعات.
- اعطاء حمض الفوليك B9 1 ملغ عن طريق الفم يوميًا.
- السوائل الوريدية.

2-6. علاج الحالات الكامنة:

يمكن لأي حالة طبية تقريباً أن تُسبب الهذيان عند مريض مؤهب؛ وغالباً ما يتم العثور على حالات كامنة متعددة وعندما يتم تحديد المرض الحاد الكامن المسؤول عن الهذيان، يتم توجيه العلاج المحدد نحو الحالة الطبية. (26)

3-6. تدبير الهياج:

قد يتسبب المرضى الذين لديهم هياج شديد أو إهلاسات بإصابة أنفسهم أو الأشخاص الذين يقدمون الرعاية إليهم؛ ويمكن أن تُساعد التدابير التالية على الوقاية من مثل هذه الإصابات: (26)

- تشجيع أفراد العائلة على البقاء مع الشخص.
- وضع الشخص في غرفة بالقرب من قسم الممرضات.
- قد يُؤمن المستشفى مرافقاً يبقى مع الشخص.
- تبسيط الخطة العلاجية الدوائية للشخص بقدر الإمكان.
- تجنب استخدام القناطر البولية أو الأربطة (القيود) إن أمكن، وذلك لأنها يمكن أن تزيد من التشويش عند الشخص وتضايقه، مما يزيد من خطر الإصابة.

4-6. التداخلات غير الدوائية:

غالباً ما تُسهم بيئة المستشفى، التي تتميز بالضوضاء المحيطة العالية والإضاءة السيئة ونقص النوافذ وتغيير الغرف بشكل متكرر واستخدام القيود في تفاقم الهذيان ويمكن أن تُقلل الطمأنينة المتكررة واللمس من الهياج؛ كما يمكن أيضاً استخدام الجليسات المحترفات للتأثير، ويجب استخدام القيود الجسدية فقط كملاذ أخير. (26)

5-6. الأدوية المضادة للذهان:

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني30

تُستخدم العوامل المضادة للذهان عمومًا لعلاج الانفعالات الشديدة لدى المريض المصاب بالذهيان، لأن هذه الأعراض مرتبطة بإيذاء النفس ولا تتوفر بدائل فعالة، لا يوجد دواء معتمد حاليًا من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) لتدبير الهذيان، لذا فإن استخدام هذه العوامل غير موصى به، ولكن بناءً على أدلة محدودة، من المقترح استخدام جرعة منخفضة من الهالوبيريدول (0.5 إلى 1 مغ) حسب الحاجة للسيطرة على الانفعالات المتوسطة إلى الشديدة أو الأعراض الذهانية، وبحد أقصى جرعة 5 مغ في اليوم، ولا يُنصح بالجرعات المستمرة أو الوقائية، ويمكن استخدام جرعات أعلى في الأماكن الخاضعة للمراقبة الدقيقة مثل وحدة العناية المركزة ICU. (26)

يمكن إعطاء الهالوبيريدول عن طريق الفم أو العضل أو الوريد، ويبدأ مفعوله بعد 5 إلى 20 دقيقة من الإعطاء الوريدي أو لفترة أطول مع الإعطاء العضلي أو عن طريق الفم، ولا يُتوقع حدوث استجابة فورية، ويرتبط إعطاؤه عن طريق الوريد بإطالة فترة QT بشكل ملحوظ سريريًا مما يتطلب احتياطات إضافية عند استخدامه. (26)

تلعب البنزوديازيبينات دورًا محدودًا في علاج الهذيان؛ فهي تُستخدم بشكل أساسي في حالات الانسحاب من العقاقير المهدئة والكحول أو عندما تكون الأدوية المضادة للذهان مضاد استطباب، وتشير الدراسات الاستقصائية للأطباء الممارسين إلى أن البنزوديازيبينات تُوصف بشكل مفرط للمرضى الذين يعانون من الهذيان. (26)

6-6. إدارة الألم:

يجب النظر في دور الألم كمُساهم في الهذيان والانفعال، لذا يجب إعطاء العلاجات لتقليل الألم ولكن بحذر لأنها قد تُسهم أيضًا في الهذيان. (26)

6-7. الرعاية الداعمة:

تهدف الرعاية الداعمة إلى منع حدوث مضاعفات، وفيما يلي بعض الخطوات التي يجب اتخاذها: (26)

- حماية مجرى الهواء.
- مساعدة المريض على الحركة.
- تجنب فرض قيود بدنية على المرضى وعدم استخدام القناطر البولية.
- تجنب إحداث تغييرات في البيئة المحيطة ومقدمي الرعاية قدر المستطاع.
- تشجيع إشراك أفراد العائلة أو الأفراد المألوفين في الرعاية.

الباب الثالث: القسم العملي

يتكون هذا الباب من أربعة فصول:

الفصل الأول: هدف البحث وطريقة إجرائه.

الفصل الثاني: نتائج البحث.

الفصل الثالث: المناقشة والمقارنة مع الدراسات العالمية.

الفصل الرابع: الخلاصة، المحددات، التوصيات.

الفصل الأول: المواد والطرائق

1-1. تصميم الدراسة:

دراسة حالة-شاهد (case-control Study) .

1-2. عينة الدراسة:

شملت الدراسة 270 مريضاً، 120 مريضاً في مجموعة الهذيان و150 مريضاً في مجموعة الشاهد، وتم اختيارها بشكل عشوائي من المرضى الذين لا يعانون من الهذيان، بحيث تمت مطابقتهم مع المرضى المشخصين بالذهيان من حيث العمر والجنس والأمراض المرافقة وذلك لضمان المقارنة الموضوعية بين المجموعتين، كما تم تطبيق نفس معايير الاشتغال والاستبعاد على عينة الشاهد، واستخدمت نفس الأدوات التقييمية لضمان الاتساق في التحليل.

1-3. مكان الدراسة:

وحدات العناية المشددة التابعة لمستشفى المواساة والوطني الجامعيين في دمشق، سوريا.

1-4. الفترة الزمنية:

الفترة الممتدة بين 2023/09/16 م إلى 2024/09/09 م.

1-5. هدف الدراسة:

تحديد العوامل المؤهبة والمسببة المرتبطة بالذهيان عند مرضى العناية المشددة.

1-6. معايير الاشتغال:

- العمر فوق < 14 عاماً (لأن المرضى الذين يتقبلهم في المشفى فوق 14 سنة).
- جميع المرضى المقبولين في وحدات العناية المشددة التابعة لمستشفى المواساة والوطني الجامعيين والذين يحققون معايير الإصابة بالذهيان حسب ICU score-CAM.

7-1. معايير الاستبعاد:

- المرضى الذين لم يحققوا معايير الإصابة بالذهيان حسب CAM-ICU.
- المرضى المقبولين في وحدات العناية الأخرى غير التابعة لمشفى المواساة أو الوطني الجامعي.
- المرضى المقبولين في أقسام أخرى تابعة للمشفى غير أقسام العناية.
- المرضى الذين لديهم ألزهايمر.
- المرضى الصم أو غير القادرين على التحدث أو فهم اللغة أو الذين رفض تقديم الرعاية موافقتهم.

8-1. خطة البحث:

تمّ تقييم المرضى المؤهلين للدراسة من قبل الطبيب والمقبولين في وحدات العناية المشددة الذين يحققون معايير الإصابة حسب مشعر تقييم الارتباك CAM-ICU وتحديد نوع الهذيان المرافق لحالة المريض. وتمّ تقسيم عوامل الخطر المرتبطة بالذهيان:

1- عوامل مُهيّئة ومُسبّبة قبل دخول وحدة العناية المركزة.

2- عوامل مسببة التي تحدث أثناء تواجدهم في العناية.

وتمّ دراسة العلاقة بين عوامل الخطورة والذهيان.

9-1. الميزانية:

لم يكن هناك أيّ ميزانية أو كلف إضافية.

10-1. المُحدّات الأخلاقية:

تقتضي أخلاقيات البحث العلمي احترام حقوق الآخرين وآرائهم وكرامتهم سواء كانوا من الزملاء الباحثين أو المشاركين في البحث أو المستهدفين في البحث، وتتبنّى مبادئ أخلاقيات البحث العلمي عامّةً قيمتي العمل

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني³⁴

الإيجابي وتجنّب الضرر، وينبغي أن تكون هاتان القيمتان ركيزتي المحدّات الأخلاقية خلال عملية البحث. وفي بحثنا هذا سيتمّ الالتزام بالمحدّات الأخلاقية من المصادقية، والثقة، والالتزام بسريّة المعلومات من حيث تسجيل بيانات المرضى والحصول على النتائج دون إلحاق الأذى بهم.

11-1. تحليل البيانات:

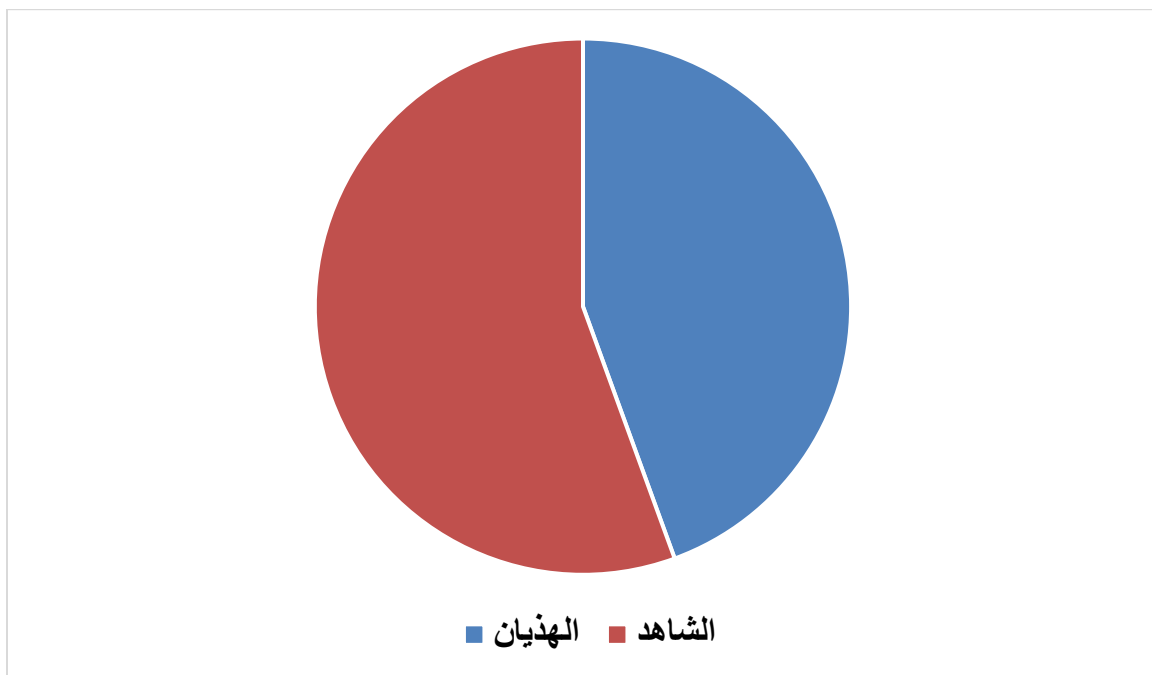
أُجري التحليل باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Statistical Package for the Social Sciences) (SPSS) النسخة 23 في تحليل البيانات التي جُمِعت، وتمّ الاعتماد في تقدير الفروقات والعلاقات الإحصائية عند مستوى دلالة إحصائية 0.05 وهو المستوى المعتمد في الدراسات، وبالتالي يمكن إعطاء القرار الإحصائي من خلال قيمة P-value كما يلي: في حال كانت قيمة الدلالة الإحصائية P-Value أكبر من 0.05 فلا يوجد فروق جوهرية في تقييم الفروق والعلاقات، أمّا في حال قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من 0.05 يوجد فروق جوهرية إحصائية في تقييم الفروق والعلاقات.

الفصل الثاني: نتائج البحث

1-2. توزع العينة حسب المجموعات:

شملت العينة البدئية 312 مريضاً، تمّ استبعاد 42 مريضاً بسبب عدم المتابعة فأصبحت العينة النهائية 270 مريضاً، وتمّ تقسيم العينة النهائية لمجموعتين 120 مريضاً في مجموعة الهذيان بنسبة 44.4%، و150 مريضاً في مجموعة الشاهد بنسبة 55.6%، الشكل (1):

الشكل (1): توزع العينة حسب المجموعات



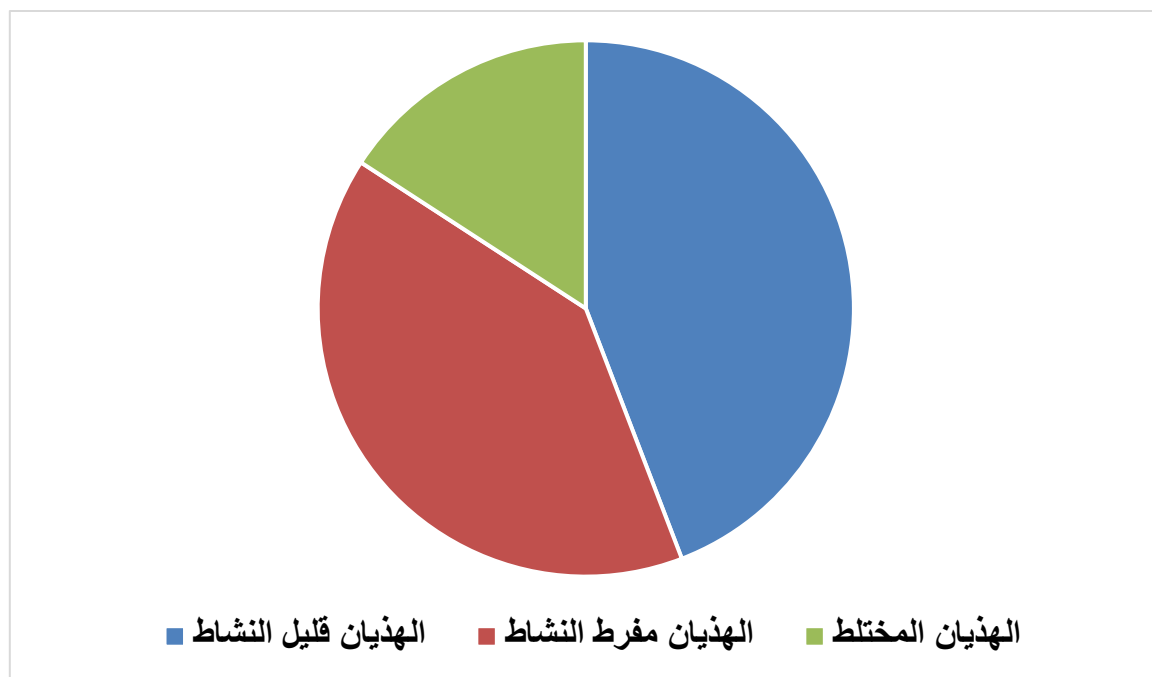
2-2. توزع العينة حسب نوع الذهيان:

شملت العينة 120 مريضاً في مجموعة الذهيان، وكان توزعهم حسب نمط الذهيان كما هو موضح في الجدول (1):

الجدول (1): توزع العينة حسب نوع الذهيان

نوع الذهيان	الذهيان قليل النشاط	الذهيان مفرط النشاط	الذهيان المختلط
العدد	53	48	19
النسبة المئوية	44.2%	40%	15.8%

الشكل (2) توزع العينة حسب نوع الذهيان



3-2. توزع العينة حسب العمر:

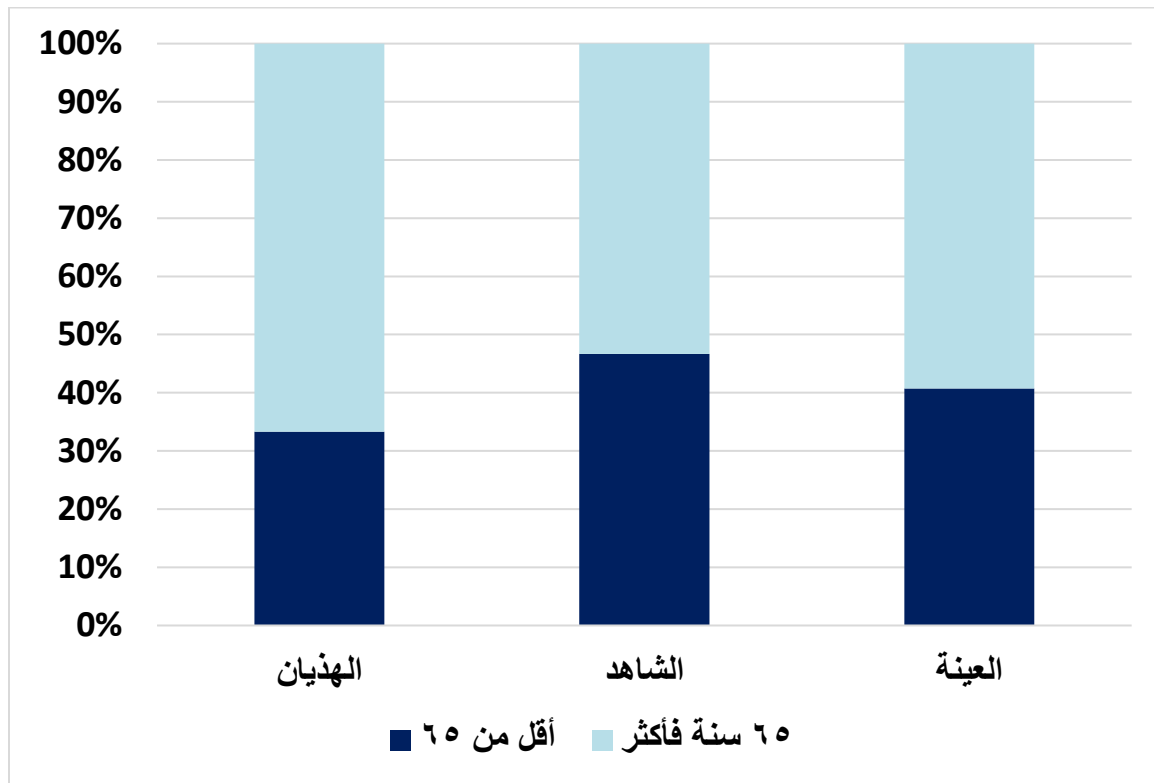
كان توزع العمر حسب المجموعات كالتالي:

- **مجموعة الهذيان:** شملت 40 مريضاً من المجموعة العمرية الأولى (عمر أقل من 65 سنة) بنسبة 33.3%، و 80 مريضاً من المجموعة العمرية الثانية (عمر أكبر من 65 سنة) بنسبة 66.7%.
- **مجموعة الشاهد:** شملت 70 مريضاً من المجموعة العمرية الأولى بنسبة 46.7%، و 80 مريضاً من المجموعة العمرية الثانية بنسبة 53.3%، وعند إجراء اختبار Chi-squared كانت هذه الفروق مهمة إحصائياً حيث كانت قيمة $X^2=12.817$ وقيمة $P \text{ value} = 0.006$.

الجدول (2): توزع العينة حسب الفئات العمرية

الفئة العمرية	أقل من 65	65 سنة فأكثر	X^2	P Value
الهذيان	40 مريضاً 3.3%	80 مريضاً 53.3%	12.817	0.006
الشاهد	70 مريضاً 6.7%	80 مريضاً 53.3%		
العينة	110 مريضاً 40.7%	160 مريضاً 59.3%		

الشكل (3) توزع العينة حسب الفئات العمرية



4-2. توزع العينة حسب الجنس:

شملت العينة 175 ذكراً بنسبة 64.8%، و 95 أنثى بنسبة 35.2%، وكان التوزيع حسب المجموعات كالتالي:

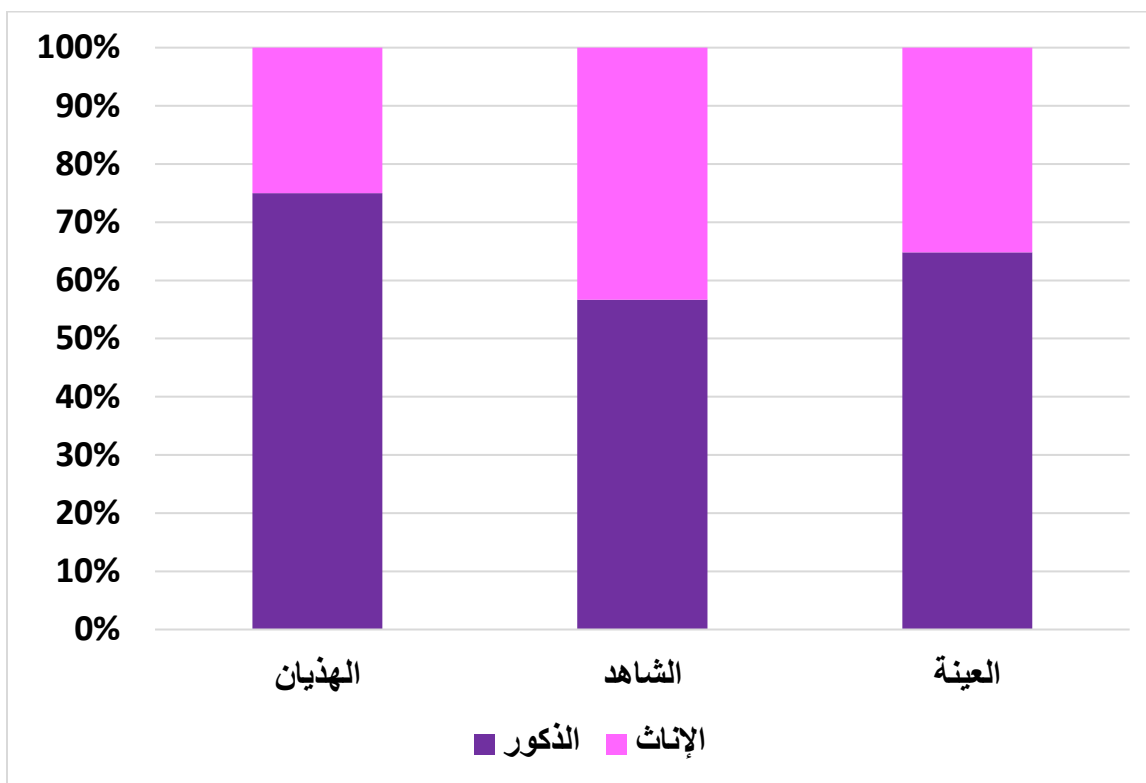
- مجموعة الذهيان: شملت 90 ذكراً بنسبة 75% و 30 أنثى بنسبة 25%.
- مجموعة الشاهد: شملت 85 ذكراً بنسبة 56.7% و 65 أنثى بنسبة 43.3%.

وعند إجراء اختبار Chi-squared كانت هذه الفروق مهمة إحصائياً حيث كانت قيمة $X^2=11.328$ وقيمة P value = 0.006.

الجدول (3) توزع العينة حسب الجنس

P Value	X ²	الذكور	الإناث	الفئة العمرية
0.004	11.328	90 مريضاً 75%	30 مريضاً 25%	الذهيان
		85 مريضاً 56.7%	65 مريضاً 43.3%	الشاهد
		175 مريضاً 64.8%	95 مريضاً 35.2%	العينة

الشكل (4): توزع العينة حسب الجنس



5-2. توزع العينة حسب العوامل المهيئة:

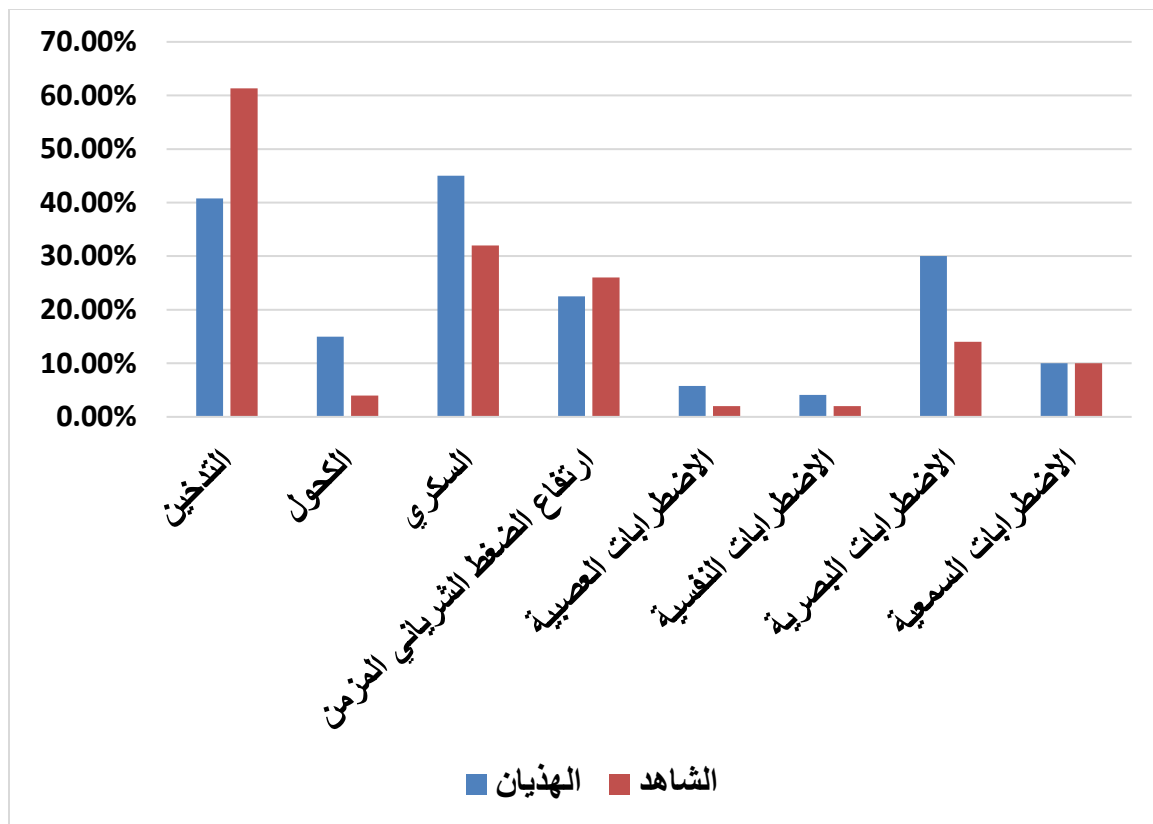
يُوضّح الجدول (4) توزع العينة حسب العوامل المهيئة، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية وجدنا فرقاً مهماً إحصائياً بين المجموعتين من حيث الاضطرابات العصبية:

الجدول (4): توزع العينة حسب العوامل المهيئة

العوامل المهيئة	الذهيان	الشاهد	X ²	P Value
التدخين	49 مريضاً 40.8%	92 مريضاً 61.3%	1.381	0.182
الكحول	18 مريضاً 15%	6 مريضاً 4%	2.149	0.318
السكري	54 مريضاً 45%	48 مريضاً 32%	1.412	0.491
ارتفاع الضغط الشرياني المزمن	27 مريضاً 22.5%	39 مريضاً 26%	1.819	0.258
الاضطرابات العصبية	7 مريضاً 5.8%	3 مريضاً 2%	1.228	0.0136
الاضطرابات النفسية	5 مريضاً 4.1%	3 مريضاً 2%	2.147	0.148
الاضطرابات البصرية	36 مريضاً 30%	21 مريضاً 14%	1.617	0.193
الاضطرابات السمعية	12 مريضاً 10%	15 مريضاً 10%	1.228	0.227

الشكل (5) توزع العينة حسب العوامل المهيئة

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني⁴¹



6-2. علاقة العوامل المُهيّئة مع الذهيان:

يُوضّح الجدول (5) علاقة العوامل المُهيّئة مع الذهيان، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية وجدنا أنّ الاضطرابات العصبية تُعتبر عامل خطرٍ لتطوّر الذهيان:

الجدول (5): علاقة العوامل المُهيّئة مع الذهيان

العوامل المُهيّئة	Odds Ratio (OR)	Confidence Interval 95% (CI-95%)	Relative Risk (RR)	Z Score	Probability Value (P Value)
التدخين	1.24	[0.307 , 1.168]	1.19	0.519	0.182
الكحول	1.75	[0.169 , 1.275]	1.57	0.472	0.318

0.491	0.312	1.49	[0.212 , 1.314]	1.08	السكرى
0.258	0.647	1.276	[0.445 , 2.996]	1.49	ارتفاع الضغط الشرياني المزمن
0.0136	1.524	2.25	[0.594 , 64.727]	6.2	الاضطرابات العصبية
0.148	0.431	1.27	[0.111 , 1.395]	1.71	الاضطرابات النفسية
0.193	0.292	1.16	[0.331 , 1.522]	1.52	الاضطرابات البصرية
0.227	0.414	1.24	[0.408 , 2.119]	1.17	الاضطرابات السمعية

7-2. توزع العينة حسب العوامل المسببة المرتبطة بالمرض الحاد:

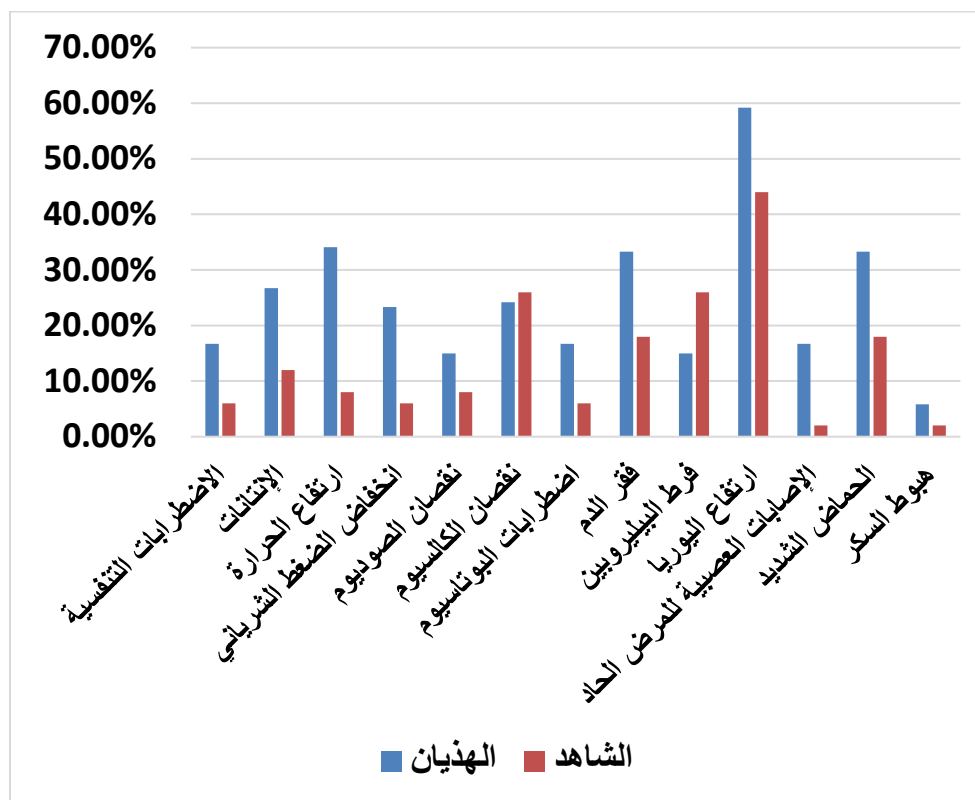
يوضح الجدول (6) توزع العينة حسب العوامل المسببة المرتبطة بالمرض الحاد، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية وجدنا فرقاً هاماً إحصائياً بين المجموعتين من حيث الإنتانات وارتفاع الحرارة وارتفاع اليوريا والاضطرابات العصبية للمرض الحاد والحمض الشديد:

الجدول (6): توزع العينة حسب العوامل المسببة المرتبطة بالمرض الحاد

العوامل المُهَيَّئَة	الذهيان	الشاهد	X ²	P Value
الاضطرابات النفسِيَّة	20 مريضاً 16.7%	9 مرضى 6%	2.193	0.161
الإنتانات	32 مريضاً 26.7%	18 مريضاً 12%	1.561	0.021
ارتفاع الحرارة	41 مريضاً 34.1%	12 مريضاً 8%	1.918	0.019

0.317	2.219	9 مريضاً 6%	28 مريضاً 23.3%	انخفاض الضَّغط الشَّرْيَانِي
0.228	2.718	12 مريضاً 8%	18 مريضاً 15%	نقص الصَّوديوم
0.183	1.139	39 مريضاً 26%	29 مريضاً 24.2%	نقص الكالسيوم
0.118	1.328	9 مريضاً 6%	20 مريضاً 16.7%	اضطرابات البوتاسيوم
0.291	1.827	27 مريضاً 18%	40 مريضاً 33.3%	فقر الدَّم
0.329	1.229	39 مريضاً 26%	18 مريضاً 15%	فرط البيليروبين
0.037	2.918	66 مريضاً 44%	71 مريضاً 59.2%	ارتفاع اليوريا
0.019	2.718	3 مريضاً 2%	20 مريضاً 16.7%	الإصابات العصبية للمرض الحادّ
0.027	2.369	27 مريضاً 18%	40 مريضاً 33.3%	الحماض الشديد
0.133	1.921	3 مريضاً 2%	7 مريضاً 5.8%	هبوط السكر

الشكل (6): توزع العينة حسب العوامل المُسببة المرتبطة بالمرض الحادّ



8-2. علاقة العوامل المُسببة المرتبطة بالمرض الحادّ مع الذهيان:

يُوضّح الجدول (7) علاقة العوامل المُسببة المرتبطة بالمرض الحادّ مع الذهيان، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية وجدنا أنّ الإنتانات وارتفاع الحرارة وارتفاع اليورينا والاضطرابات العصبية للمرض الحادّ والحمض الشديد تعتبر عامل خطر لتطوّر الذهيان:

الجدول (7): علاقة العوامل المُسببة المرتبطة بالمرض الحادّ مع الذهيان

العوامل المُهَيِّئة	Odds Ratio (OR)	Confidence Interval 95% (CI-95%)	Relative Risk (RR)	Z Score	Probability Value (P Value)
الاضطرابات التنفسية	1.49	[0.245 ,	1.116	0.541	0.161

			3.996]		
0.021	3.417	6.82	[3.169 , 18.275]	5.71	الإنذانات
0.019	3.81	5.24	[3.249 , 13.827]	4.81	ارتفاع الحرارة
0.317	0.124	1.25	[0.249 , 4.827]	1.72	انخفاض الضَّغَط الشَّرِيَانِيّ
0.228	0.421	1.62	[0.292 , 1.9148]	1.81	نقص الصّوديوم
0.183	0.193	1.17	[0.104, 1.131]	1.19	نقص الكالسيوم
0.418	0.491	1.11	[0.417 , 1.224]	1.21	اضطرابات البوتاسيوم
0.223	0.313	1.27	[0.211, 1.872]	1.63	فقر الدَّم
0.329	0.519	1.78	[0.314, 1.521]	1.23	فرط البيليروبين
0.037	4.113	4.98	[3.289 , 17.185]	4.62	ارتفاع اليوريا
0.019	2.981	6.21	[2.249 , 14.327]	4.11	الإصابات العصبيّة للمرض الحادّ
0.027	4.817	7.42	[5.227 , 19.918]	6.82	الحماض الشّدِيد

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد عبدالرزاق العاني⁴⁶

0.133	0.239	1.24	[0.234, 1.981]	1.29	هبوط السكر
-------	-------	------	-------------------	------	------------

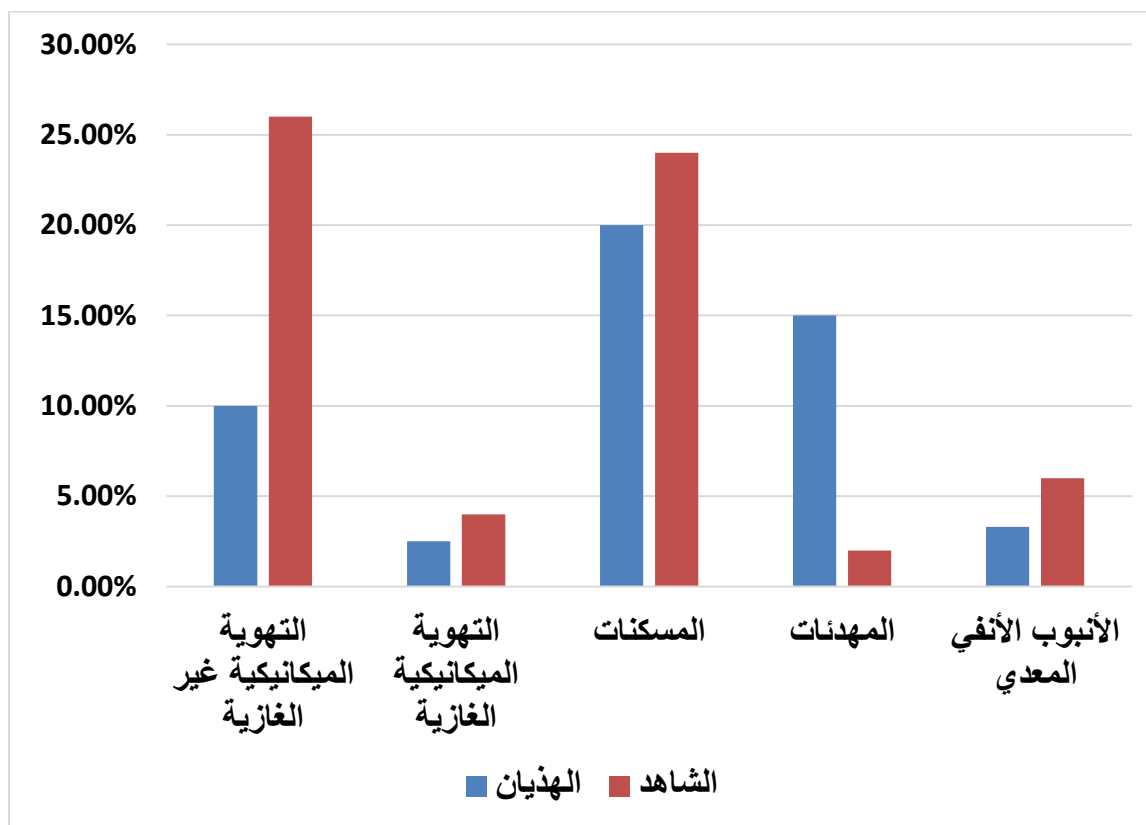
9-2. توزع العينة حسب العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية:

يُوضّح الجدول (8) توزع العينة حسب العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية لم نجد فرقاً مهماً إحصائياً بين المجموعتين:

الجدول (8): توزع العينة حسب العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية

العوامل المُهيّئة	الذهيان	الشاهد	X ²	P Value
التهوية الميكانيكية غير الغازية	12 مريضاً 10%	39 مريضاً 26%	1.131	0.192
التهوية الميكانيكية الغازية	3 مريضاً 2.5%	6 مرضى 4%	1.228	0.318
المُسكّنات	24 مريضاً 20%	36 مريضاً 24%	2.747	0.231
المُهدّئات	18 مريضاً 15%	3 مرضى 2%	1.219	0.137
الأنبوب الأنفي المعدّي	4 مريضاً 3.3%	9 مرضى 6%	2.879	0.229

الشكل (7): توزع العينة حسب العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية



10-2. علاقة العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية مع الذهيان:

يُوضّح الجدول (9) علاقة العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية مع الذهيان، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية لم نجد عوامل خطر مهمة إحصائياً لتطوّر الذهيان:

الجدول (9): علاقة العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية مع الذهيان

العوامل المُهيّئة	Odds Ratio (OR)	Confidence Interval 95% (CI-95%)	Relative Risk (RR)	Z Score	Probability Value (P Value)
التهوية الميكانيكية غير الغازية	1.91	[0.207 , 1.312]	1.31	0.193	0.192

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني 48

0.318	0.132	1.47	[0.261 , 2.173]	1.73	التَّهْوِيَّة الميكانيكيَّة الغازية
0.231	0.314	1.19	[0.317 , 1.182]	1.22	المُسكِّنات
0.137	0.342	1.39	[0.245 , 1.696]	1.27	المُهْدئات
0.229	0.131	1.26	[0.375 , 1.827]	1.92	الأنبوب الأنفي المعدّي

11-2. توزّع العينة حسب العوامل البيئية:

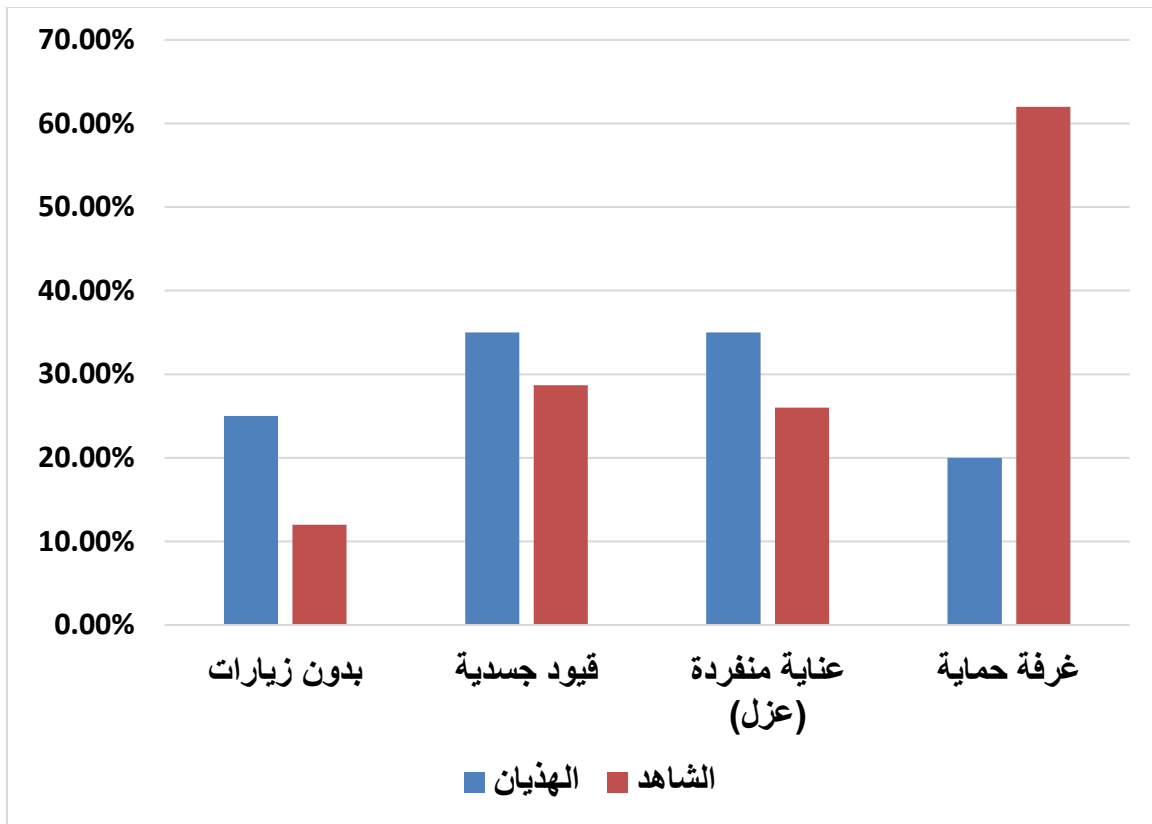
يُوضّح الجدول (10) توزّع العينة حسب العوامل البيئية، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية لم نجد فرقاً مهماً إحصائياً بين المجموعتين:

الجدول (10): توزّع العينة حسب العوامل البيئية

P Value	X ²	الشاهد	الذهيان	العوامل المُهَيَّئَة
0.134	2.154	18 مريضاً 12%	30 مريضاً 25%	بدون زيارات
0.219	2.183	43 مريضاً 28.7%	42 مريضاً 35%	قيود جسدية
0.318	1.117	39 مريضاً 26%	42 مريضاً 35%	عناية منفردة (عزل)
0.372	1.813	93 مريضاً 62%	24 مريضاً 20%	غرفة حماية

الشكل (8): توزّع العينة حسب العوامل البيئية

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني⁴⁹



12-2. علاقة العوامل البيئية مع الذهيان:

يُوضّح الجدول (11) علاقة العوامل البيئية مع الذهيان، وعند إجراء الاختبارات الإحصائية لم نجد عوامل خطر مهمة إحصائياً لتطوّر الذهيان:

الجدول (11): علاقة العوامل البيئية مع الهذيان

Probability Value (P Value)	Z Score	Relative Risk (RR)	Confidence Interval 95% (CI-95%)	Odds Ratio (OR)	العوامل المؤثرة
0.134	0.284	1.41	[0.317 , 1.252]	1.22	بدون زيارات
0.219	0.219	1.52	[0.421 , 1.443]	1.41	قيود جسدية
0.318	0.317	1.49	[0.513 , 2.282]	1.19	عناية منفردة (عزل)
0.372	0.412	1.28	[0.415 , 2.491]	1.17	غرفة حماية

الفصل الثالث: المناقشة والمقارنة مع الدراسات العالمية

تضمنت الدراسة الحالية 270 مريضاً ممن راجعوا مشفىي الموساة والوطنى الجامعيين وذلك خلال الفترة الممتدة من بداية شهر أيلول عام 2023 إلى شهر أيلول عام 2024، وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين مجموعة الهذيان 120 مريضاً ومجموعة الشاهد 150 مريضاً، وتم إجراء التحاليل المطلوبة ودراسة كافة متغيرات الدراسة.

شملت العينة 120 مريضاً من مجموعة الهذيان وكان توزعهم حسب نمط الهذيان، حيث تطوّر الهذيان قليل النشاط لدى 53 مريضاً و ذلك بنسبة 44.2% وهو الأعلى تواتراً، في حين كان الهذيان المختلط هو الأقل تواتراً 19 مريضاً بنسبة 15.8% بينما سُجِّلَ 48 مريضاً لديهم هذيان مفرط النشاط بنسبة 40% وقد يُعزى ذلك لاستخدام المُهدّئات والمُسكّنات ضمن بروتوكولات العناية.

خلصت الدراسة الحالية إلى أنّ العمر يرتبط بشكلٍ مهمٍ إحصائياً ($P\text{-value} = 0.006$) مع الحالة (من مجموعة الهذيان أو الشاهد)، أي أنّ التقدّم بالعمر يُشكّل عاملَ خطرٍ لتطوّر الهذيان، وتبيّن أيضاً أنّ الجنس يختلف بشكلٍ مهمٍ إحصائياً بين مجموعتي الدراسة ($P\text{-value} = 0.006$)، حيث كانت نسبة الذكور الذين لديهم هذيان أعلى من النسبة عند الشاهد (75% مقابل 56.7%)، في حين كانت نسبة الإناث الذين لديهم هذيان أقل من نسبة الإناث الذين ليس لديهم هذيان (الشاهد).

في العوامل المُهيّئة تمّ القيام بدراسة التدخين والكحول والإصابة بالداء السكرى وارتفاع الضّغط الشّرانيّ المزمن والاضطرابات العصبية والاضطرابات النفسيّة، وكان التدخين العامل الأكثر تواتراً لدى مرضى الدراسة حيث سجل 49 مريضاً بنسبة 40.8% لدى عينة الهذيان و92% بنسبة 61.3% لدى عينة الشاهد، في حين كان عامل الاضطرابات النفسيّة هو العامل الأقلّ تواتراً ضمن عوامل الدراسة حيث بلغ عدد مرضى الهذيان 5 مرضى بنسبة 4.1% وعدد مرضى الشاهد 3 مرضى بنسبة 2%، وبالنسبة للاضطرابات العصبية سُجِّلَ 7 مرضى لدى عينة الهذيان بنسبة 5.8% في حين بلغ عدد مرضى الشاهد 3 بنسبة 2%، وبالنسبة لارتفاع الضّغط الشّرانيّ سُجِّلَ 27 مريض في عينة الهذيان بنسبة 22.5%، بينما تواجد لدى 39 مريضاً من عينة الشاهد بنسبة 26%، وبلغ عدد المرضى المصابين بالداء السكرى 54 مريضاً بنسبة 45% من مجموعة الهذيان، في حين كان الداء السكرى متواجداً لدى 48 مريضاً في عينة الشاهد وذلك بنسبة 48%، وقد يُعزى ارتفاع نسبة الداء السكرى لدى مجمل مرضى العينة بسبب طبيعة

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني 52

المجتمع وعدم اتباعهم نظاماً غذائياً صحياً وبسبب الضغوطات الاجتماعية. أمّا الكحول فقد كان مجمل مرضى الدراسة 24 مريضاً حيث تواجد 18 مريض هذيان بنسبة 15%، في حين كان لدى عينة الشاهد 6 مرضى فقط بنسبة 4%، وكانت نسبة المرضى الذين يتناولون الكحول قليلة بسبب المعتقدات الدينية.

وَجَدَت الدراسة الحالية بالنسبة للعوامل المُهيّئة أنّ هناك علاقة ذات أهميّة إحصائية بين الاضطرابات العصبية والحالة (هذيان أو شاهد) حيث كانت نسبة الاضطرابات العصبية عند مجموعة الهذيان أعلى منه عند الشاهد، وذلك باستخدام اختبار كاي مربع ($P\text{-value} = 0.01$)، والخطر النسبي ($RR = 2.25$ ، $P\text{-Value} = 0.01$)، في حين لم يُوجد أي فرق مهم إحصائياً لباقي العوامل المُهيّئة.

تمّ تقسيم العوامل المُسببة إلى عوامل مرتبطة بالمرض الحادّ و عوامل مرتبطة بالخطّة العلاجية وعوامل بيئية.

في هذه الدراسة للعوامل المُسببة المُرتبطة بالمرض الحادّ تمّ البحث عن مُشعر أو دليل مخبري أو سريريّ لكل إصابة جهازية منفردة.

وُجِدَت الاضطرابات التنفسية لدى 20 مريض هذيان بنسبة 16.7%، بينما كان عدد المرضى في عينة الشاهد 9 مرضى بنسبة 6%، وشمل عامل الإنتانات جميع الإصابات الإنتانية فبلغ عدد المرضى 32 مريضاً في مجموعة الهذيان بنسبة 26.7%، بينما بلغ 18 مريضاً لدى مجموعة الشاهد بنسبة 12%.

سُجِلَت الحرارة المقيسة العامل الأكثر تواتراً فقد وُجِدَت لدى 41 مريضاً بنسبة 34.1% من مرضى الهذيان، بينما كانت لدى 12 مريضاً من مجموعة الشاهد بنسبة 8%.

تمّ تسجيل انخفاض الضّغط الشريانيّ لدى 28 مريضاً من مجموعة الهذيان بنسبة 23.3%، في حين تواجد لدى 9 مرضى من عينة الشاهد بنسبة 6%.

تمّ دراسة الشوارد لما لها من علاقة حسب الدراسات السابقة على الهذيان و تضمّنت الدراسة شاردة الصوديوم والبوتاسيوم و الكالسيوم، فكان نقص الصوديوم هو العامل الأقل تواتراً فبلغ عدد مرضى الهذيان 18 مريضاً بنسبة 15%، بينما كان لدى عينة الشاهد بنسبة 8%، وربما يُعزى ذلك لمخالفتنا الدراسات العالمية السابقة لأهميّة شاردة الصوديوم كعامل خطر لتطوّر الهذيان.

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للهذيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني 53

كان نقص الكالسيوم هو العامل الأكثر تواتراً بالنسبة للشوارد المدروسة فبلغ عدد مرضى نقص الكالسيوم في عينة الهذيان 29 مريض بنسبة 24.2%، في حين تواجد لدى 39 مريض في عينة الشاهد بنسبة 26%. شملت العينة كلاً من نقص أو زيادة البوتاسيوم فبلغت نسبة مرضى الهذيان 16.7%، بينما تواجدت لدى 6% من عينة الشاهد.

سُجِّل فقر الدّم لدى 67 مريضاً من عينة الدّراسة بالمُجمل وتمّ تشخيصه بناءً على آخر تحليلين دمويّين قبل تطوّر الهذيان دون تحديد فيما إن كان فقر الدّم يعود إلى أسباب مزمنة أو سبب حادّ، وبلغت نسبة المرضى 40 مريضاً من مجموعة الهذيان بنسبة 33.3%، و 27 مريضاً من عينة الشاهد بنسبة 18%.

سُجِّل فرط البيلروبين لدى 18 مريضاً للهذيان بنسبة 15%، في حين تواجد لدى 39 مريضاً من عينة الشاهد بنسبة 26%.

كان ارتفاع اليوريا هو العامل الأكثر تواتراً في العوامل المُسبّبة المتواجدة في الدّراسة، حيث بلغ نسبة مرضى الهذيان 71 مريضاً بنسبة 59.4%، فيما بلغ عدد مرضى الشاهد 66 مريضاً بنسبة 44%. كانت الاضطرابات العصبيّة الحادّة متواجدة لدى 20 مريضاً من مجموعة الهذيان بنسبة 16.7%، و 3 مرضى من عينة الشاهد بنسبة 2%.

شَمَلَ عامل الحُمّاض الحُمّاض التّفنسيّ والحُمّاض الاستقلابيّ، حيث سُجِّل 40 مريضاً في عينة الهذيان بنسبة 33.3% ومن عينة الشاهد لدى 27 مريضاً بنسبة 18%، كان هبوط السّكر الأقلّ تواتراً في عينة العوامل المُسبّبة لدى 7 مرضى من مجموعة الهذيان بنسبة 5.8% و 3 مرضى من عينة الشاهد بنسبة 2%.

بالنسبة للعوامل المُسبّبة المرتبطة بالمرض الحادّ كانت هناك علاقة مهمّة إحصائيّاً بين الإنتانات وارتفاع الحرارة وارتفاع اليوريا والإصابات العصبيّة والحماض الشّديد وبين الهذيان وذلك باستخدام اختبار كاي مربع حيث أظهر قيمة مُهمّة إحصائيّاً (P-value كانت أقل من 0.05 لكلّ علاقةٍ على حدا، قيم X^2 لكلّ علاقةٍ موجودة في الجدول 7)، وبحساب الخطر النسبيّ تبين أيضاً أنّ العوامل السّابقة ذات احتمال حدوث أكبر لدى مجموعة الهذيان منه لدى مجموعة الشاهد (P-Value أقل من 0.05، قيم الخطر النسبيّ لكلّ علاقةٍ موجودة في الجدول 7).

بالنسبة للعوامل المرتبطة بالخُطة العلاجيّة تمّ دراسة خمس عوامل هي التّهوية الميكانيكيّة غير الغازية التي تواجدت لدى 12 مريضاً بنسبة 10% من مرضى الهذيان، بينما تواجدت لدى 39 مريضاً بنسبة 26% من

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني 54

مرضى الشاهد. بالنسبة للتّهوية الميكانيكية الغازية تواجدت لدى 3 مرضى من الهذيان بنسبة 2.5%، في حين تواجدت لدى 6 مرضى من مجموعة الشاهد بنسبة 4%. تواجدت المُسكّنات لدى 24 مريضاً بنسبة 20% من مرضى الهذيان و36 مريضاً بنسبة 24% من مرضى الشاهد. تواجدت المُهدّئات لدى 18 مريضاً بنسبة 15% من مرضى الهذيان و3 مرضى بنسبة 2% من مرضى الشاهد. بالنسبة للأنبوب الأنفي المعديّ سُجِّل عند 4 مرضى من عينة الهذيان بنسبة 3.3% و9 مرضى من عينة الشاهد بنسبة 6%.

في دراسة العوامل المرتبطة بالخطّة العلاجية لم يُوجد فرقٌ بين المجموعتين حيث كانت P-Value أكبر من 0.05 وذلك باختبار كاي مربع والخطر النسبي.

في دراسة العوامل البيئية تمّ دراسة أربع متغيّرات تضمّنت بقاء المريض بدون زيارة ووجود قيود جسيديّة وعناية منفردة (العزل) والغرف الجماعية، ولم تُظهر الدّراسة الإحصائية باستخدام اختبار كاي مربع والخطر النسبي علاقة مهمّة إحصائية بالنسبة للعوامل البيئية مع الهذيان.

استغرقت الدّراسة الحالية عامّاً كاملاً كما في الدّراسات العالمية دراسة Nagari et al ودراسة Aldemir et al ودراسة Tilouche et al، وتمّ تقييم المرضى المقبولين في العناية المركّزة في كلّ من دراسة Nagari et al ودراسة Aldemir et al خلال 72 ساعة من القبول، في حين تمّ تقييم المرضى المقبولين في العناية المركّزة في الدّراسة الحالية ودراسة Tilouche et al بعد أكثر من 24 ساعة، وبلغ عدد المرضى في دراسة Nagari et al 1582 مريضاً، وسُجِّل منهم 406 مريض هذيان، في حين ضُمّت دراسة Aldemir et al 818 مريضاً، من بينهم 90 مريض هذيان، وأمّا دراسة Tilouche et al فكانت الأقلّ عدداً، حيث تضمّنت 206 مريضاً وشملت 39 مريضاً لديهم هذيان، وفي الدّراسة الحالية تضمّنت العينة 270 مريضاً من بينهم 120 مريض هذيان.

تمّ تقييم وتشخيص مرضى الهذيان بناءً على مشعر CAM-ICU، وفي دراسة Nagari et al و في الدّراسة الحالية، في حين تمّ تقييم الهذيان بناءً على معايير الطّبعة الثالثة للجامعة الأمريكية للأمراض العصبية والنّفسية.

كانت نسبة الهذيان ناقص النشاط هي الأعلى في الدراسة الحالية 44.2%، حيث خالفت بذلك الدّراسات Aldemir et al و Nagari et al حيث كان الهذيان مفرط النشاط هو الأكثر تواتراً، في حين تساوت نسبة الهذيان مفرط النشاط والهذيان ناقص النشاط في دراسة Tilouche et al.

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني55

تتوافق نتائج دراستنا مع دراسة Nagari et al المُجرّاة في الهند عام 2019 وذلك من أجل تقييم عوامل الخطورة لتطوّر الذهيان عند مرضى العناية المركزة في أنّ التّقدّم بالعمر وارتفاع اليوريا والحُماض والسّكريّ من عوامل الخطورة المرتبطة بتطوّر الذهيان لدى مرضى العناية المركزة، في حين لم تتوافق نتائج دراستنا في باقي عوامل الخطورة الّتي خلّصت إليها هذه الدّراسة وهي المرض النّفسيّ السّابق واستخدام المُهدّئات والاضطرابات البصريّة والاضطرابات السّمعية وفرط البيلروبين.

تتوافق نتائج دراستنا أيضاً مع دراسة Aldemir et al المُجرّاة في تركيا عام 2001 وذلك من أجل تقييم عوامل الخطورة لتطوّر الذهيان عند مرضى العناية المركزة في أنّ ارتفاع الحرارة والإنتانات وارتفاع اليوريا من عوامل الخطر، في حين لم تتوافق نتائج دراستنا في باقي عوامل الخطر الّتي خلّصت إليها هذه الدّراسة وهي فقر الدّم ونقص الكلس ونقص الصّوديوم وارتفاع خمائر الكبد.

تتوافق نتائج دراستنا مع دراسة Tilouche et al المُجرّاة في تونس عام 2018 وذلك من أجل تقييم عوامل الخطر المرتبطة بتطوّر الذهيان لدى مرضى العناية المركزة في أنّ التّقدّم بالعمر والحُماض من عوامل الخطورة، في حين لم تتوافق دراستنا في باقي عوامل الخطورة الّتي خلّصت إليها هذه الدّراسة وهي الضّغط الشّريانيّ ونقص الصّوديوم والمسكّنات والمُهدّئات والتّهوية الميكانيكيّة.

من الأمور الّتي تختلف فيها دراستنا عن الدّراسات السابقة أنّ الجنس المذكّر والاضطرابات العصبيّة كانت من عوامل الخطر المرتبطة بتطوّر الذهيان لدى مرضى العناية المركزة، وفي الجدول (12)، خلاصةً ومُقارنةً الدّراسة الحاليّة مع الدّراسات السّابقة.

الجدول (12): مقارنة مع بعض الدراسات العالمية

الدراسة الحالية	دراسة Nagari et al	دراسة Aldemir et al	دراسة Tilouche et al	
سوريا	الهند	تركيا	تونس	المكان
عام كامل	عام كامل	عام كامل	عام كامل	الفترة الزمنية للدراسة
270	1582	818	206	حجم العينة
ليس عامل خطر	عامل خطر	ليس عامل خطر	عامل خطر	العمر المتقدم
عامل خطر	-	ليس عامل خطر	ليس عامل خطر	الجنس المذكر
ليس عامل خطر	ليس عامل خطر	-	ليس عامل خطر	التدخين
ليس عامل خطر	عامل خطر	-	ليس عامل خطر	الكحول
ليس عامل خطر	عامل خطر	-	ليس عامل خطر	السكري
ليس عامل خطر	ليس عامل خطر	-	عامل خطر	ارتفاع الضغط الشرياني المزمن
عامل خطر	-	-	-	الاضطرابات العصبية
ليست عامل خطر	عامل خطر	-	-	الاضطرابات النفسية
ليست عامل خطر	عامل خطر	-	-	الاضطرابات البصرية
ليست عامل خطر	عامل خطر	-	-	الاضطرابات السمعية
عامل خطر	-	عامل خطر	ليس عامل خطر	ارتفاع الحرارة
عامل خطر	-	عامل خطر	-	الإنذانات

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للهذيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني 57

ارتفاع اليوريا	عامل خطر	عامل خطر	عامل خطر	-
فقر الدّم	ليس عامل خطر	-	عامل خطر	ليس عامل خطر
نقص الصوديوم	ليس عامل خطر	ليس عامل خطر	عامل خطر	عامل خطر
نقص الكلس	ليس عامل خطر	-	عامل خطر	-
ارتفاع خمائر الكبد	-	-	-	-
ارتفاع البيلروبين	ليس عامل خطر	عامل خطر	ليس عامل خطر	-
هبوط السّكر	ليس عامل خطر	-	-	ليس عامل خطر
الإصابات العصبية للمرض الحادّ	عامل خطر	-	-	-
الحمّاض	عامل خطر	عامل خطر	-	عامل خطر
استخدام المهدّئات	ليس عامل خطر	عامل خطر	-	عامل خطر
المُسكّنات	ليست عامل خطر	-	-	عامل خطر
التّهوئية الميكانيكية الغازية	ليست عامل خطر	-	-	عامل خطر

الفصل الرابع: الخلاصة، المحددات، التوصيات

1-4. الخلاصة:

إنَّ العمر المُتقدِّم والجنس المذكر والاضطرابات العصبية والإنتانات وارتفاع الحرارة وارتفاع اليوريا والإصابات العصبية للمرض الحادّ والحماض هي عوامل خطر لتطوّر الذهيان في وحدة العناية المركزة.

2-4. المحددات:

تكمُن قوّة الدّراسة في طبيعتها الحشدية المستقبلية، ومع ذلك كان هناك عددٌ من القيود أولاً صعوبة تحديد أو دراسة العوامل بشكلٍ منفردٍ في حالة إصابة المريض في الذهيان، ثانياً غالباً ما يُشخّص الذهيان قليل النشاط على أنّه حالة اكتئاب، وثالثاً يعتمد تشخيص الذهيان على الفحص السريريّ وهذا قد يعطي التشخيص في بعض الأحيان طابعاً شخصياً.

3-4. التوصيات:

- تقييم مرضى العناية المركزة بشكلٍ دوريّ للبحث عن الذهيان وتحديد نوعه، والتركيز بشكلٍ كبيرٍ على تحرّي الذهيان ناقص النشاط الذي قد يتظاهر بشكلٍ مُخاتلٍ.
- تحديد العامل المُسبّب والبحث عن كلّ عاملٍ بشكلٍ مُنفردٍ لمعرفة العلاج المناسب حيث لا يوجد دواء محدّد يُستخدم لعلاج الذهيان.
- متابعة مرضى العناية المركزة لفترةٍ زمنيةٍ أطول.
- إجراء دراسات موسّعة على العوامل المُسبّبة والمُهيّئة بشكلٍ مُنفردٍ وإضافة متغيّرات أخرى.
- إجراء دراسات لاحقة تشمل عينات أكبر لدراسة الخيارات العلاجية المقترحة.
- اتخاذ بعض التدابير الوقائية التي من شأنها تقليل بعض عوامل الخطر مثل رفع مستوى العناية في غرف العناية المركزة.
- السّماح بالزيارات من قبل الأهل والأقارب وتذكير المريض بمكان وجوده دائماً وشرح ماهية الأشياء المحيطة به (ناقل سيروم، حامل سيروم، مونيتر.....) لتعزيز الإدراك وتجنّب الأوهام والهوسات.

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني 59

- إجراء فحصٍ عصبيٍّ دقيقٍ ومحاولة الاستعانة ببعض الإجراءات كالتصوير الطبقي المحوري وتخطيط الدماغ لنفي إصابات عصبية كامنّة غير مشخّصة للمساعدة في وضع التشخيص التفريقيّة ولارتباط الاضطرابات العصبية بالذهيان.

المراجع:

1. Inouye, S. K. (1994). The dilemma of delirium: Clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *The American Journal of Medicine*, 97(3), 278–288. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
2. Dubos, G., et al. (1996). [Confusion syndromes in hospitalized aged patients: Polymorphism of symptoms and course. Prospective study of 183 patients]. *Revue de Médecine Interne*, 17(12), 979–986. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(97\)86705-1](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(97)86705-1)
3. Sharma, A., et al. (2012). Incidence, prevalence, risk factor, and outcome of delirium in intensive care unit: A study from India. *General Hospital Psychiatry*, 34(6), 639–646. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.06.012>.
4. Girard, T. D., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care*, 12(Suppl 3), S3. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
5. Dubois, M. J., Bergeron, N., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Delirium in an intensive care unit: A study of risk factors. *Intensive Care Medicine*, 27(8), 1297–1304. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
6. Nagari, N., & Babu, M. S. (2019). Assessment of risk factors and precipitating factors of delirium in patients admitted to intensive care unit of a tertiary care hospital. *British Journal of Medical Practitioners*, 12(2). Retrieved from <https://www.bjmp.org/files/2019-12-2/bjmp-2019-12-2-a011.pdf>
7. Aldemir, M., Gürses, E., & Koseoglu, E. (2001). Predisposing factors for delirium in the surgical intensive care unit. *Critical Care*, 5(5), 265. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
8. Tilouche, N., Bensghir, M., Razine, R., & Boudar, A. (2018). Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, risk factors, and impact on outcome. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 22(3), 144. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>.
9. Alexander, S. K., & Needham, E. (2023). Diagnosis of delirium: A practical approach. *Practical Neurology*, 23(3), 192–199. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
10. Ospina, J. P. (2018). Epidemiology, mechanisms, diagnosis, and treatment of delirium: A narrative review. *Clinical Medicine and Therapeutics (CMT)*. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/c79f/bf1f5a4efd4b6f6252beccd94d0928ed0cbb.pdf>

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبد الرزاق العاني⁶¹

11. Galanakis, P., Tzavellas, E., & Papanikolaou, A. (2001). Acute confusional state in the elderly following hip surgery: Incidence, risk factors and complications. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(4), 349–355. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
12. Wilson, J. E., et al. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 90. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
13. **Diagnosis of delirium and confusional states.** (2024). *UpToDate*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?source=related_link
14. **Delirium – Symptoms and causes.** (2024). *Mayo Clinic*. Retrieved from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20350467>
15. Cavallazzi, R., Saad, M., & Marik, P. E. (2012). Delirium in the ICU: an overview. *Annals of intensive care*, 2(1), 49. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-2-49>
16. Hart, R. P., Green, P., & O'Rourke, K. (1997). Abbreviated cognitive test for delirium. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(4), 417–423. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
17. Bergeron, N., Dubois, M. J., Dumont, M., Dial, S., & Skrobik, Y. (2001). Intensive Care Delirium Screening Checklist: Evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Medicine*, 27(5), 859–864. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
18. Immers, H. E. M., Schuurmans, M. J., & van de Bijl, J. J. (2005). Recognition of delirium in ICU patients: A diagnostic study of the NEECHAM confusion scale in ICU patients. *BMC Nursing*, 4, 7. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
19. Otter, H., van der Mast, R. C., van der Sande, R., & van der Hoeven, J. G. (2005). Validity and reliability of the DDS for severity of delirium in the ICU. *Neurocritical Care*, 2(2), 150–158. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
20. Anand, A., Al-Qurayshi, Z., & Smith, G. (2022). Positive scores on the 4AT delirium assessment tool at hospital admission are linked to mortality, length of stay and home time: Two-centre study of 82,770 emergency admissions. *Age and Ageing*, 51(3), afac051. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
21. Zimberg, M., & Berenson, S. (1990). Delirium in patients with cancer: Nursing assessment and intervention. *Oncology Nursing Forum*, 17(4), 529–538. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>
22. Harris, M. (2017). Cognitive issues: Decline, delirium, depression, dementia. *Nursing Clinics of North America*, 52(3), 363–374. <https://doi.org/10.xxxx/yyyyy>

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة.....د. لين رائد العبدالرزاق العاني⁶²

23. Projects, C. t. W. (2024). Intensive care unit – Wikipedia. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Intensive_care_unit

24. Van Rompaey, B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., & Van de Velde, D. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care*, 13(3), R77. <https://doi.org/10.xxxx/yyyy>

25. Rosen, T., Hsieh, T. T., & Fong, T. G. (2015). Assessment and management of delirium in older adults in the emergency department: Literature review to inform development of a novel clinical protocol. *Advances in Emergency Nursing Journal*, 37(3), 183–196. <https://doi.org/10.xxxx/yyyy>

26. rancis, J., Jr. (2024, May 28). Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. UpToDate. In M. J. Aminoff, K. E. Schmader, & J. L. Wilterdink (Eds.), <https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis>

الملاحق

الموافقة المستنيرة:

عنوان البحث:

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة في مشافي المواساة والأسد الجامعيين

أنا الطَّبيبة لين العبد الرزاق العاني طالبة الدَّراسات العليا (ماجستير) في اختصاص الأمراض الباطنة في كَلِيَّة الطب البشريّ - جامعة دمشق، أنفذ هذا البحث الذي يَهْدَف إلى دراسة عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة في مشافي المواساة والوطني الجامعيين ويتضمَّن هذا البحث إجراء ما يلي:

تقييم المرضى المؤهلين للدَّراسة من قبل الطَّبيب والمقبولين في وحدات العناية المشدَّدة الذين يحقِّقون معايير الإصابة حسب مشعر تقييم الارتباك CAM-ICU وتحديد نوع الذهيان المرافق لحالة المريض.

إنَّ موافقتكم على اشتراك مريضكم في بحثنا هذا يعني تزويدنا بالمعلومات المتعلقة بمرضه لملء استبيان خاصٍّ بالبحث، علماً بأنَّ هذه المعلومات ضروريَّة لمتابعة حالته الصَّحيَّة، وأودَّ أن أؤكد أنَّ هذه المعلومات ستبقى سرِّيَّة ولا يمكن لأحد الاطلاع عليها، كما سيتمَّ ترميز المشاركين (إعطاؤهم أرقام دون ذكر أسماء)، وكذلك أتعهد بعدم إجراء أي استقصاء غير ضروريٍّ لحالة المريض وعدم إعطاء أي دواء تجريبيٍّ أو أيّ تدخل دوائيٍّ أو استقصائيٍّ من شأنه أن يؤذي المريض بقصد أو بغير قصد.

كما أود أن أشير إلى أنَّ المشارك (المريض/الشَّاهد) لن يحصل على أيَّة تعويضات أو أيِّ مقابلٍ ماديٍّ، كما أنَّ رفض المشاركة ليس له أيَّة تبعات وسينال حقُّه من العناية الطَّبيَّة اللازمة. وعليه فإنَّ المشاركة ليست إلزاميَّة ولكم الحرية الكاملة في اختيار مشاركة مريضكم من عدمها ولكم حقَّ انسحابه متى شئتم.

المخاطر والفوائد:

- لا توجد أي مخاطر للفحوص المجراة لدى المرضى المشاركين في البحث.
- الفوائد هي معرفة عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة

بيانات المريض:

- الاسم الكامل:
- تاريخ الميلاد:
- الرقم الطبي:

بيانات الوصي القانوني:

- الاسم الكامل:
- العلاقة بالمريض:
- رقم الهوية:
- رقم الهاتف:

بيان الوصي القانوني:

أنا الموقع أدناه:

- تم إبلاغي بشكل واضح وشامل عن حالة المريض الصحية.
- فهمت طبيعة الإجراء الطبي أو العلاج المقترح وأهدافه، بالإضافة إلى المخاطر المحتملة والفوائد المرجوة.
- تم إبلاغي بوجود أي بدائل أخرى متاحة، وتمت الإجابة عن جميع أسئلتني المتعلقة بهذا الإجراء.
- أوافق على تنفيذ هذا الإجراء الطبي أو الخطة العلاجية لصالح المريض المذكور أعلاه.
- أتحمل المسؤولية القانونية الكاملة عن هذا القرار بصفتي الوصي القانوني.

التوقيع:

الطبيب المعالج:

- الاسم:
- التخصص:

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني 65

الرقم المتسلسل للمشاركة ()

التاريخ / /

دمشق في / /

د. لين العبدالرزاق العاني 09129218001

البريد الإلكتروني LeenAlAni@gmail.com

ملاحظة: يُعتبر هذا النموذج وثيقة قانونية بعد توقيع جميع الأطراف، ويجب الاحتفاظ به في السجل الطبي الخاص بالمريض.

استبيان الدراسة

اسم المريض:
عمر المريض:
الجنس:

سوابق مرضية:

يصنف الهذيان إلى ثلاثة أنواع:

- مفرط النشاط: بالإثارة، العداء، رفض التعاون، تقلب المزاج، قلة النوم أثناء الليل، الأوهام، الهلوسات، استخدام ألفاظ نابية على غير العادة.
- قليل النشاط: إرهاق، اكتئاب، قلة تعبير الوجه.
- مختلط: تقلب من مستوى مفرط النشاط إلى مستوى قليل النشاط.

عوامل الخطر المرتبطة بالذهيان:

- عوامل مؤهية ومُسببة قبل دخول وحدة العناية المركزة.
- عوامل مُسببة حدثت أثناء التواجد في وحدة العناية المركزة.

عوامل الخطر الأكثر شيوعاً للذهيان عند مرضى العناية المركزة...../د. لين رائد العبدالرزاق العاني 67

الدرجات	وصف حالة المريض	RASS
4	عدائي	حركات خطيرة أو عنيفة ومباشرة على الموظفين والكادر الطبي
3	مضطرب جداً	يسحب الأنايب
2	مضطرب	حركات متكررة غير هادفة
1	قلق	قلق و مخاوف ولكن حركات ليست عدوانية أو قوية
0	هدوء /يقظ	
-1	النعاس	غير متيقظ تماماً, استيقاظ مستمر للصوت (فتح عينين و الاتصال <10 ثوان (
-2	وسن خفيف	يستيقظ لفترة وجيزة على الصوت (فتح عينين و الاتصال >10 ثوان)
-3	وسن معتدل	حركات أو فتح العين للصوت (لا اتصال بالعينين)
-4	وسن شديد	لا استجابة للصوت و لكن حركات و فتح عيني للتحفيز الجسدي
-5	عدم استجابة	لا استجابة للصوت أو التحفيز الجسدي

CAM-ICU		
الأسئلة	الإجابة و الدرجات	التوضيحات
هناك بداية حادة أو تقلب الحالة العقلية وهل يختلف المريض عن الحالة العقلية الأساسية ؟	(0) لا (1) نعم	في حال كانت الإجابة لا فهو سلبي CAM _ ICU في حال كانت الإجابة نعم ننتقل للسؤال التالي

عدم الانتباه قل للمريض ساقراً لك سلسلة من 10 أحرف عندما تسمع الحرف (أ) اضغط على يدي إقراء مجموعة من الأحرف مثل (س, ي, ع, غ, أ, ه, أ) (يتم احتساب الأخطاء عندما يفشل المريض في الضغط على حرف (أ) أو عندما يضغط المريض على أي حرف اخر غيره)	(0) إجابات صحيحة <8 (1) عدم الانتباه الإجابات صحيحة 7_3 (2) عدم انتباه شديد وإجابات صحيحة >3	في حال كانت الأخطاء أقل من 2 فهو سلبي _ CAM ICU في حال كانت الأخطاء أكثر من 2 ننتقل للسؤال التالي
مستوى الوعي متغير اذا كانت درجة RASS هي أي شيء آخر غير الهدوء	إذا كان RASS = صفر إذا كانت RASS = 1 أو 1- إذا كانت RASS أكثر من 1 أو أقل من 1-	في حال كان RASS أكثر أو أقل من صفر فإنه إيجابي مشعر CAM _ ICU في حال كان RASS صفر ننتقل للسؤال التالي
التفكير غير المنتظم كالسؤال التالي هل يوجد سمك في الماء؟ هل وزن الكلب الواحد أكثر من الاثنين كلف؟ هل يمكن استخدام مطرقة لدق المسمار؟ .. يتم رفع عدد معين من الأصابع (رفع أصبعين مثلاً) وأطلب من المريض أن يقوم بذات الحركة ثم أطلب منه أن يعيد هذه الحركة بيده الأخرى (يتم احتساب الأخطاء إذا كان المريض غير قادر على إتمام الأمر بأكمله	(0) إجابات صحيحة <4 (1) التفكير غير المنتظم إجابات صحيحة (2-3) (2) التفكير غير المنتظم الشديد إجابات صحيحة >1	في حال كانت الأخطاء أقل من 1 فهو سلبي _ CAM ICU في حال كان الأخطاء أكثر من 1 فهو إيجابي _ CAM ICU

المُلخَص باللغة الإنكليزية (Abstract)

Background: Delirium occurs more frequently in intensive care patients, and is considered one of the factors that increase the hospitalization period and raise the mortality rate, so this research seeks to discover the risk factors and causes that raise the incidence of delirium, and to remedy and prevent those causes.

Objective: Assessment the most common risk factors for delirium and their incidence in the intensive care unit.

Materials and methods: A case-control study was conducted that included patients admitted to the intensive care and emergency departments in Mouwasat and National University Hospitals, in the period from 16/09/2023 to 09/09/2024.

Results: The study included 270 patients, 175 males and 95 females, and the delirium developed after admission by 24 hours in 150 patients, where 40 patients were less than 65 years old (33.3%) and 80 patients over the age of 65 years (66.7%) and a control sample was taken that included 120 patients, where 70 patients were under the age of 65 years (46.7%) and 80 patients aged over 65 years (53.3%) and delirium was more frequent in males 75% while in females was 25%, and hypoactive delirium developed in 53 delirium patients (44.2%) and hyperactive delirium seen in 48 delirium patients (40%) and mixed delirium was recorded in 19 delirium patients (18.8%), Risk factors for delirium were divided into causative and predisposing factors, including causative factors associated with acute disease, treatment plan factors and environmental factors, and the chi-square test and relative risk showed that the advanced age (80 patients: 53.3% and P-value = 0.006), male sex (90 patients: 75% and P-value = 0.006), neurological disorders (7 patients: 5.8% and P-value = 0.0136), infections (32 patients: 26.7% and P-value = 0.021), hyperthermia (41 patients: 34.1% and P-value = 0.019), uremia (71 patients: 59.2% and P-value = 0.037) and acidosis (40 patients: 33.3% and P-value = 0.027) and neurological injuries of acute disease (20 patients: 16.7% and P-value = 0.019) are risk factors associated with the development of delirium in intensive care patients.

Conclusion: Advanced age, Male, neurological disorders, infections, hyperthermia, uremia, neurological injuries of acute disease and acidosis are risk factors for the development of delirium in the intensive care unit.

Keywords: Risk factor, delirium, intensive care unit.

**Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education
and Scientific Research
Damascus University
Faculty of Medicine**



**The most common risk factors for delirium in intensive
care unit patients at Mouwasat
and National University Hospitals**

**Scientific research prepared to obtain a post-graduate certificate
subspecialized in Internal Medicine**

**Graduate student preparation
Leen Raed Alabdulrzzaq Alani**

**Supervisor
Professor Dr. Thaer Haidar**

2025