

31558

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

KORONER ARTER BYPASS GRAF CERRAHİSİ SONRASI DELİRYUM

(Uzmanlık Tezi)

Dr.Engin OLCAY

İstanbul — 1993

ÖNSÖZ

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim süresince tecrübesi, engin psikiyatri bilgisi ve karizması ile daima yol gösterici olan ve bu tez çalışmasının fikrini veren değerli hocam Sayın Prof.Dr.Ayhan Songar'a, uzmanlık eğitimimin büyük bir bölümünde kendisi ile çalışma onuruna eriştiğim tüm ihtisas süresi boyunca ilgi ve hoşgörüsüne mahzar olduğum değerli hocam Sayın Prof.Dr.Engin Eker'e ve birlikte çalışmanın bir zevk olduğu olaylara daima anlayışla yaklaşan değerli hocam Sayın Prof.Dr.Ertaç İlkay'a şükran borçluyum.

Bu çalışmanın her aşamasında desteğini gördüğüm uzun süredir birlikte çalışma mutluluğuna eriştiğim Doç.Dr.Tamer Şuer'e, yıllardır beraber çalışmaktan büyük bir haz duyduğum Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ailesine yürekten teşekkür ediyorum.

Bu çalışmanın basılmasında yakın ilgisini gördüğüm değerli dostum Dr.Meltem Telaferli'ye ve bu tezin basımını gerçekleştiren Roche ilaç firmasına teşekkür ediyorum.

Dr.Engin Olcay

İstanbul, 1993

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	2
– KARDİYOVASKÜLER BOZUKLUKLAR VE PSİKİYATRİK YÖNLERİ	2
– KORONER KALP HASTALIKLARINDA TEDAVİ	5
– KORONER ARTER BYPASS GRAF CERRAHİSİ ve RUHSAL DURUM	7
– DELİRYUM	11
MATERYAL VE METOD	23
VAKALAR	24
BULGULAR	39
TARTIŞMA ve SONUÇ	44
ÖZET	47
KAYNAKLAR	48

GİRİŞ

Bu çalışmada koroner arter bypass graf cerrahisi sonrası görülen deliryum oranı araştırılmıştır.

Bu çalışmanın amacı özellikle gelişmiş ülkelerde yüksek mortalite riskine sahip koroner arter hastalıklarında son yıllarda önemli bir tedavi şekli olan bypass cerrahisinin kalp hastalarını ölüm riskinden korurken, ruhsal durumlarında ne gibi travmalara yol açtığına gözden geçirilmesidir.

Ruhsal durum kavramının sınırlarını daha da netleştirebilmek amacı ile bu konuda yapılmış literatür gözden geçirildiğinde en sık rastlanan bozukluğun deliryum olduğu göz önüne alınarak, çalışmamızda özellikle bu konunun üzerinde ayrıntılı olarak durulmuştur.

Ruhsal durumu inceleyebilecek test materyali ve hastalar ile karşılıklı görüşmeler sonucunda elde edilen veriler çalışmamızın sonucunda tartışılmış olup bu tip operasyonlarda insan yaşamının kalitatif olarak nasıl etkilendiği araştırılmıştır.

GENEL BİLGİLER

KARDİYOVASKÜLER BOZUKLUKLAR VE PSİKİYATRİK YÖNLERİ

Asırlar boyunca, doktorlar ruh ve kalp arasında bağlantılar kurdular. Bununla birlikte ancak son zamanlarda emosyonel bozukluğu olan hastalarda anlamlı derecede bağlantılı kalp hastalıkları gözlemlendi: koroner arter hastalığı, aritmi, hipertansiyon, mitral valv prolapsusu gibi(21). Biz burada kardioloji ve kardiovasküler cerrahi açısından bu bağlantıları inceleyeceğiz.

Miyokard İnfarktüsü

Miyokard infarktüsü, kalp dokusunun, kanla beslenmesindeki bozukluğa bağlı olarak, iskemik kalması sonucu, oluşan bir nekrozdur. Bu nekroz, koroner kan akımının birden ani olarak azalması veya miyokardın kanlanma ve oksijenlenme gereksiniminin ani olarak azalması veya miyokardın kanlanma ve oksijenlenme gereksiniminin ani olarak artması ve bu azalma ve gereksiniminin tıkalı koroner arter tarafından karşılanamaması sonucu gelişmektedir(40).

Miyokard infarktüsünün büyük çoğunluğunun nedeni, koroner aterosklerozdur(44).

Akut miyokard infarktüsünün oluşumu için koroner arterin, aterosklerotik lezyonla, belirli ve aşırı bir şekilde, fokal olarak veya boydan boya daralmış bulunması gerekmektedir. Ağır infarktüste, o bölgeyi besleyen koroner arterin daralmış bölgesinde oluşmuş bulunan taze trombusun, yüksek bir oranda birlikte bulunması nedeni ile akut miyokard infarktüsünün patogeneğinde, koroner trombozu, önde gelen bir neden olarak ele alınmış ve hatta her iki olay birbirinin eşdeğeri gibi kabul edilmiştir. Özellikle 1912'de Herrick ve 1929'da Levin tarafından ilk olarak açıklanmış olan akut miyokard infarktüsü deyimiyile, koroner trombozu deyimini, eşanlamda kullanılmıştır. Fakat sonraları taze trombus gelişmeden, miyokard infarktüsünün gelişebildiği gösterilmiştir.

Bilindiği gibi birçok infarktüslerin, esasen hasta olan damarların durumunun ani olarak değişmesi sonucu oluşmadığı, açık bir şekilde bilinmektedir. Daha çok belirli bir süre, miyokardın bir bölgesine giden sınırlı koroner kan akımının, herhangi bir nedene bağlı stresle, daha çok sınırlanması ve azalması, o bölgede infarktüs oluşmasına neden olmaktadır(25).

Emosyonel faktörlerin Kalp ve Dolaşım Sistemine Etkileri

Uygarlığın ilerlemesi ile birlikte yaşam koşullarında artan güçlükler insan sağlığında da bazı bozuklukların oluşuna neden olmaktadır. Geçim sıkıntıları, iş sıkıntıları, başarıya ulaşmak için sarfedilen büyük gayretler ile ulaşım ve trafik sorunları insanlarda sürekli bunalım ve gerilimlere yol açmaktadır. Bu arada akut ve şiddetli gerilimler yaptıkları sempatik ya da vagal irritasyonlarla insan hayatını tehdit eden kardiyovasküler bozukluklara neden olmakta, kronik gerilim ve bunalımlar ise azı kişilerde kalp hastalığı korkusunu geliştirmekte ve kalp nöroplarına sebep olmaktadır(5).

Heyecan veya emosyonun kardiyak fonksiyonlara etkisi hem psikolojik hem de fizyolojik olarak incelenmiştir. Hiddet, korku, üzüntü veya sevinç duyguları çok kuvvetli olduğu zaman vücudun bunlara uyum sağlayacak otonom cevapları çok sınırlı ve yetersiz kalır. Heyecanın kardiyovasküler sistemde yaptığı sempatik yüklenme fizik ekzersizlerdeki gibidir: taşikardi, kan basıncı yükselmesi, oksijen tüketiminin artması, kalp debisinin ve periferik damar direncinin değişmeleri, kaslarda kan akımı artması ile renal ve splanknik kan akımının azalması meydana gelir. Emosyon sırasında kas aktivitesi olmadığı için bu belirtiler, ekzersizdekinden daha hafiftir(27).

Sempatik uyarılarla salgılanan epinefrin ve norepinefrin miyokardın oksijen tüketimini ve eksitabilitesini arttırır. Fizik ekzersizlerde olduğu gibi miyokard ve koroner yedeği azalmış olan hastalarda emosyonel gerilim kalp yetersizliğine ve koroner iskemisine neden olur(5).

Miyokard infarktüsü gelişen hastaların emosyonel ve kişilik özellikleri üzerine çeşitli araştırmalar yapılmıştır(10). En sık kullanılan savunma mekanizması inkârdır. Genelde kardiyak hastada inkâr hem supresyonu (bilinçli) hemde klasik olarak inkâr'ı (bilinçsiz) kapsar. Belki de inkâr'a basit olarak yaklaşım onun

anksiyeteli durumun tersi olduğunu düşünmekte yatmaktadır(10). Hackett ve arkadaşları akut miyokard infarktüsünde iyi bir prognoz için inkâr mekanizmasını kullanmanın vazgeçilmez olduğunu söylemektedirler(9). Böylece bu hastalardan anksiyetelerine engel olabilir iyimser olabilenlerin prognozu daha iyi olmaktadır.

Koroner yoğun bakım ünitesinde kalırken inkâr'ın gerekliliği açık olarak görülmekte. Burada psikiyatriste düşen hasta ve personele pozitif ve uygun inkâr ile negatif ve uygun olmayan inkâr arasındaki farkları gösterebilmektedir. Pozitif inkâr mekanizmasını kullanan hasta hastalığı tanır fakat semptomları en aza indirerek sonuç için iyimser olur ve gelecek ile ilgili planlar yapabilir(17).

Negatif ve uygun olmayan inkâr ise hastanın hastalığını veya onun önemini anlamasını son derece zorlaştıran bir savunma mekanizmasıdır.

Koroner Arter Hastalıkları

Koroner arter hastalığı, genel anlamda kullanılan bir deyimdir. Çünkü birçok değişik patolojik şartlar, koroner arterlerin hastalanmasına neden olabilir. Ayrıca bu deyim, koroner arterlerin patolojik bir nedenle hastalandığını göstermektedir. Miyokard fonksiyonun bozulmasından ve klinik bulguların ortaya çıkmasından yıllarca önce başlamış olabilir(3).

Koroner arter hastalıkları, kalp hastalıklarının ve dünyanın refah içinde olan ülkelerinde ölümlerin büyük bir çoğunluğunun çok önemli nedeni olmaktadır (Bütün kalp hastalıklarındaki ölümlerin üçte ikisinin ve tüm ölümlerin üçte birinin). Vakaların büyük çoğunluğunda, koroner arter hastalığı, ateroskleroz sonucu oluşmaktadır. Erken veya geç büyük çoğunlukla, kalp değişik derecelerde, ateroskleroza yakalanır. Fakat ateroskleroza tutulmuş olan vakaların küçük bir bölümünde, belirli miyokard lezyonu veya klinik bozukluğa ait bulgular ortaya çıkabilir. Bu nedenle, kalp hastalığının bir klinik şeklini belirlemek için, koroner ateroskleroz deyiminin kullanılmaması gereklidir. Bu karışıklığı önlemek amacıyla, koroner arter lezyonuna bağlı klinik olarak ortaya çıkmış bir kalp hastalığı söz konusu ise, koroner kalp hastalığı deyiminin kullanılması öne sürülmüştür. Fakat bu deyim yeterli olmamakta ve koroner arterin, hangi cins hastalığına bağlı olarak bu kalp hastalığının ortaya çıktığı söylenememektedir. Aterosklerotik koroner kalp hastalığı veya aterosklerotik kalp hastalığı, anatomik lezyona bağlı olarak

ortaya çıkmış olan kalbe ait değişik klinik tabloları göstermektedir. Böylece koroner arterlerdeki aterosklerotik olayın, miyokardın kanlanması bozarak, yeterince klinik ve patolojik bozukluklara neden olacak önemli bir dereceye ulaştığını bildirmektedir. Bu yüzden gerek klinikçi ve gerekse patolog için kullanılabilir bir deyim olarak kabul edilebilir. İskemik kalp hastalığı, deyimi de özellikle çok kullanılmaktadır. Kalp hastalığının miyokard iskemisine bağlı olarak ortaya çıktığını bildirmektedir(40).

Bilindiği gibi kalp, enerjiyi çabuk olarak mekanik enerjiye çevirerek sürekli olarak çalışmak zorunludur. Bu nedenle tamamen aerobik çalışan bir organdır. Böylece oksijen ve diğer besin maddelerinin hemen verilmesi ve atıklarının da hemen geri taşınması gereklidir. Bu ayarlamayı bozan nedenlerle, koroner kan akımının azalmasına veya kesilmesine kalp kası çok hassastır. Koroner kalp hastalığı (iskemik kalp hastalığı), koroner arterlerin daralma ve tıkanmalarına neden olan hastalık sonucu, koroner kan akımının, miyokardın gereksinimine yetecek şekilde arttırılmamasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Aşırı anemi veya çok aşırı kalp hipertrofisi gibi miyokardın kanlanma gereksiniminin ileri derecede arttığı ve koronerlerin bu artışı sağlama kapasitesinin üstüne çıktığı bazı hallerde de, iskemik kalp hastalığı semptomları görülebilir.

Yukarıda da belirtildiği gibi koroner ateroskleroz, koroner arter hastalıklarının en çok ve sık görülen şeklidir (% 95'ten fazla).

Çoğunlukla ileri derecede (% 70'den fazla) daralma yapmış olan koroner ateroskleroz, klinik belirti vererek, iskemik kalp hastalığının ortaya çıkmasına neden olur.

Koroner Kalp Hastalıklarında Tedavi

Korunma-Önlenme

Aterosklerozun genel olarak tedavisine yaklaşımda, günümüzde ortaya atılan girişimler, epidemiyolojik araştırmaların ortaya çıkardığı risk faktörlerinin, aterosklerozun insidans, komplikasyon ve hücre düzeyindeki oluşturma mekanizmaları üzerine olan etkilerine dayanmaktadır. Bu nedenle hipertansiyon, hiperlipidemi ve kolesterin artması, sigara, diabet, şişmanlık, sedanter hayat ve psiko-

sosyal tansiyon gibi risk faktörlerinin önce meydana çıkarılması ve öncelikle bunların düzeltilmesine yarayan girişimlerde bulunulması gerekir.

Tedavi

Koroner arter hastalığı olan angina pektorisli hastaya terapötik yaklaşım "medikal", "cerrahi" ve koroner arterlerin revaskülarizasyonu şeklinde olabilir.

Cerrahi Tedavi

Koroner arter bypass graf (CABG) cerrahisinin gelişimi, iskemik kalp hastalığı tedavisinde gözle görülür etkiler sağlamıştır, böylece bu yöntem kalp cerrahisinde en çok uygulanan yöntemlerden biri olma yolundadır(4).

Vakaların üçte ikisinde anjinal ağrı tamamen ortadan kalkmış ve çeşitli hasta gruplarında bu operasyon yaşamı arttırmaktadır. Yaşamı ciddi derecede tehdit eden sol ana koroner arter stenozu örneğindeki gibi lezyonlarda hastaya rutin olarak koroner arter bypass graf cerrahisi önerilmektedir(13).

Koroner aterosklerozun hikayesi uygun terapötik yaklaşımın seçiminde belirleyici olmaktadır, prognozun gidişinde de birçok faktör rol oynar. Bu faktörleri şöyle sıralayabiliriz: tutulan koroner arter sayısı, aterosklerotik lezyonun ciddiliği ve şiddeti, sol ventrikül çalışmasındaki durum ve ventriküler anevrizma ve kapak lezyonu gibi ek kardiyak bozukluklar(29)

Cerrahi Tedavi İçin Hasta Seçimi

Her ne kadar miyokardial revaskülarizasyon için aday hasta sayısını kesin olarak belirtmek zorsa da genelde farmakolojik ajanlarla anjina ağrısı tam olarak geçmeyen % 25 hasta bu grupta toplanabilir(28). Fakat koroner arter bypass graf cerrahisi için esas indikasyon anjinal ağrının artmasıdır(5).

Koroner arter bypass graf cerrahisi için hasta seçiminde son yıllarda, noninvasiv radionükleid anjiyokardiyografinin rolü çok artmıştır(28). Yine de koroner arteriografi CABG için hasta seçiminde esas rolü üstlenmektedir(4).

Koroner Arter Bypass Graf Cerrahisi ve Ruhsal Durum

1964'de ilk koroner arter bypass graf cerrahisi uygulamasından bu yana dünyada, yaklaşık bir milyon ameliyat yapılmıştır ki bu da bir yılda 175.000 civarında CABG yapıldığını göstermektedir(10).

Bu hastaların ruhsal durumlarını duygusal, davranışsal ve kognitif açıdan incelediğimizde şunları tesbit ederiz:

Duygusal Durum

Ameliyattan önce bile hastalar yüksek anksiyete gösterirler. Bu durum, ameliyattan sonra da 5-6 gün sürer. Eğer anksiyete ve depresyon semptomları ameliyattan önce uzun süreliyse, devam etme olasılığı yüksektir. Bir araştırmada açık kalp ameliyatı olan hastaların % 15'i ameliyattan 18 ay sonra da psikiyatrik semptomlar göstermiş, % 16'sı ameliyattan hemen sonra semptomlar ortaya çıkarmıştır(22). Uzun vadeli psikiyatrik anksiyete ve depresyon semptomları, ameliyattan hemen sonraki devrede görülen kısa vadeli organik semptomlardan farklıdır.

Bazı durumlarda, kalp ameliyatını takip eden depresyon hayatta kalmış olmanın verdiği bir suçluluk duygusunun bir şeklidir. Bir araştırmada tarif edilen 20 hastanın hemen hepsinin kalp hastalığından ölen bir kardeşi veya akrabası olduğu tesbit edilmiştir(10). Böyle hastalara uygun terapi yöntemi, hastanın bu suçluluk duygusunu çözümlemesine izin vermektir.

Anksiyete ve depresyon A tipi kişilik yapısında, mecburi emeklilik yapmak durumunda olanlarda ve bir dizi bypass geçirenlerde daha sık gözlenir(16). Ayrıca, kadınların daha kötü sonuçlar almalarının neye bağlı olduğu da bilinmemektedir. Yapılan spekülasyonlar kadınların ameliyatında rastlanılan teknik zorluklar ve kadınların depresif semptomlar göstermeye meyilli olmaları üzerinde durmaktadır.

Gundle ve arkadaşları, hastaların büyük bir yüzdesinin, bypass ameliyatından sonra sonuçların iyi olmasına rağmen, psikolojik bozukluklar gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu hastaların büyük bir çoğunluğu düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmekteydiler. Angina'nın ameliyattan önce 8 ay veya daha uzun süreyle varolması, hastalarda zarar görmüş bir benlik kavramı görülmüştür. Depresyon

semptomlarıyla birlikte daralmış sosyal hayat, yakın ilişkilerden zevk alamama, devamlı ve karşılanmayan bağımlılık ihtiyaçları ve fakir seksüel uyum da görülmüştür.

Kognitif (Bilişsel) Durum

Konfüzyon, dezoryantasyon, duygunun değişken oluşu ve halüsinasyonlar gibi organik veya bilişsel semptomların çoğu geçicidir. Psikiyatri literatüründe bu semptomların sıklığı hakkında birçok araştırma olmasına rağmen, bu durumun geliştirilmiş ameliyat tekniklerinin yardımıyla azaltılabileceği ortadadır. Willner ve Rabiner'in kalp ameliyatı geçiren hastalarla yaptıkları geniş araştırmada, valvular ameliyat geçiren hastaların % 41'i bilişsel semptomlar göstermelerine rağmen, bypass hastalarının sadece % 16'sı ameliyattan sonra böyle semptomlar geliştirmiştir. Bu bulguların kardiyak valvuler hastalarda görülen kronik serebral hipoksiya mı yoksa gruplar arasındaki kişilik farklılıklarına mı bağlı olduğu spekülasyon konusudur. 18. ay ve 5. yılda yapılan takiplerde, her iki gruptaki hastalar için bu semptomların geçtiği görülmüştür.

Postcardiotomi delirium'u hastalığın biyopsiko-sosyal modeline göre açıklanabilir. Ameliyattan sonra bazı hastalarda desoryantasyon ve nörolojik semptomlar (biyolojik) görülür(32). Bazıları yetersiz reddetme sebebiyle kendilerine geldiklerinde yüksek anksiyete hissederler. Böylelikle, hafif derecedeki desoryantasyonu artırırlar (psikolojik). Diğerleri deliryum geliştirmeden önce, ameliyattan sonra bir ara dönem geçirirler. Bu dönem birkaç günsürer (sosyal, CCU çevresine birtepki olması mümkün). Diğer önemli faktörler arasında ekstrakorporeal dolanımın uzunluğu, hastanın yaşı, ameliyat sırasındaki arterial basınç, ameliyat sonrasındaki kardiyak sonuç, kalp hastalığının cinsi, ameliyattan önceki hastalığın ağırlığı ve birçok gözlemciye göre kritik olan faktör, emboli'nin varlığı yer almaktadır.

100 hastada delirium olayını incelemişlerdir. Oryantasyon, algı ve duygusal tepki bozuklukları hastaların % 28'inde mevcuttur. Bu hastaların dörtte birinde de majör deliryum vardı. 2-5 gün arasında süren bir ara dönemden sonra hastalar hayal ile gerçeği karıştırdılar, dezoryantasyon gösterdiler, ilüzyon ve halüsinasyonlar gördüler. Deliryum görülmesinin sıklığı, hastanın bir miyokard infarktüsü hikayesi olmasına ve iyileşme odasındaki hastalığın ağırlığı ile önemli bir korelasyon gösterir(16).

Davranışsal Durum: A tipi davranış sadece koroner arter hastalığının gelişmesini etkilemekle kalmaz, koroner arter bypass ameliyatı geçiren hastaları da dolaylı olarak etkiler. Kohn ve arkadaşları A tipi davranış ile hastaneye girişten bu yana intraoperative systolic ve diastolic kan basıncındaki yükselme arasında önemli bir korelasyon bulmuştur. Tıbbi komplikasyonlar, anksiyete ve depresyon, A tipi davranış ile korelasyon gösterirler. Yine de, A tipi hastaların hepsi olmasa da çoğu yeterli ekonomik ve psikolojik uyuma ameliyattan sonra ulaşırlar.

Kornfeld ve Jenkins, bypass ameliyatından sonraki davranışsal değişimler hakkında iki geniş inceleme sunar. Jenkins'in grubu, geniş batesi ölçümleri kullanılarak ameliyattan sonra 318 hastayı 6 ay süre ile 4 üniversite tıp merkezinde takip etmişlerdir. Kornfeld'in grubu ameliyattan sonra 100 hastayı 4 1/2 sene boyunca incelemiştir. Hastaların çoğu daha az angina, yükselmiş egzersiz kapasitesi, genel memnuniyette artma ve iş ve aile rollerinde ilerleme göstermiştir.

Kornfeld birçok yüreklendirici davranış değişikliği alanı bulmuştur. Sigara içme davranışı, örnek grubunda % 39'dan % 13'e düşmüştür (ameliyattan sonra). Önemli bir sayı egzersiz yöntemlerinin değiştirilmesi yönünde yapılan tavsiyelere uymuştur. Ameliyattan 9 ay sonra A tipi davranışta küçük bir azalma görülmüştür(16).

İşe dönüş koroner bypass ameliyatının davranışsal yönünün en tartışmalı ve çekişmeli alanıdır(12).

Koroner arter bypass graf cerrahisi sonrası görülen deliryum, Sveinsson, Rabiner, Willner ve arkadaşları tarafından anlatılmıştır.

Koroner arter cerrahisi olan hastaları kardiyotomi hastaları ile karşılaştıran Sveinsson geçici algı bozukluklarını da dikkate almasına rağmen düşük deliryum insidansı bulmuştur. Miyokardial revaskülarizasyon yapılan 77 vakada deliryum insidansı % 12 iken kapak ameliyatı yapılan 18 erişkinde bu oran % 6'dır(26, 36,41).

Rabiner postkardiyotomi hastaları ile yaptığı karşılaştırmalı çalışmada bypass cerrahisinde psikiyatrik komplikasyon oranını % 16, postkardiyotomide % 41 olarak bulmuştur(26).

Bu alandaki ilk çalışmalardan biri 1961-1963 arası Blachly tarafından 164 hasta üzerinde yapılan çalışmadır. Açık kalp ameliyatı yapılan bu hastalarda % 57 oranında deliryum görüldüğü bildirilmiştir(8).

1950'lerin ikinci yarısında açık kalp ameliyatları yapılmaya başlandığın-
dan beri hekimler açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda postoperatif kompli-
kasyonlar gözlemeye başladılar. Orta derecede oriyantasyon bozukluğundan baş-
layıp, paranoid delüzyon veya hallüsinasyonlara kadar uzanan bu komplikasyon-
lar postkardiyotomi deliryumu olarak adlandırıldı.

Goldman ve Kimball'e göre kardiyak cerrahi sonrası deliryum görülme ora-
nı genel cerrahi hastalarına göre daha yüksektir.

Kardiyak cerrahi sonrası deliryum görülme oranı % 12 ila % 70 arasında
değişmektedir(7). Kardiyak cerrahi sonrası deliryum oranını arttıran çeşitli ne-
denler mevcuttur, bunların arasında en önemlileri; uygulanan cerrahi müdahale-
nin cinsi, önceden varolan MSS disfonksiyonu, geçirilmiş miyokard infarktüsü,
hastanın yaşı, kardiyopulmoner bypass'da geçen süre, operasyon esnasındaki hi-
potansiyon derecesi, cerrahi ameliyenin süresi ve hastanın iyileştirme odasındaki
şartlarıdır. Deliryum açık kalp ameliyatlarında CABG'ye göre iki misli fazla görü-
lür(18).

Kardiyak cerrahide nöropsikiyatrik sekel görülme oranının artmasını açık-
lamak amacı ile çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür. Kardiyopulmoner
bypass'ın düşmüş debisi sonucu oluşan aterom embolisi, hava embolisi, düşük
debi ile birlikte yetersiz serebral perfüzyon, uzamış kardiyopulmoner bypass, kul-
lanılan anestezi ve diğer farmakolojik ajanlar, sensoryal deprivasyon ve preope-
ratif psikolojik durum(19,30,31).

Kardiyak cerrahiden sonra gelişen psikopatoloji ve dirençli kognitif yıkım
cerrahiden beş yıl sonra mortaliteyi arttıran neden olarak gösterilmektedir.

Çalışmamızda CABG yapılan vakalarda deliryum görülme oranını araştı-
madan önce deliryum'un ne olduğunu ve hangi şartlarda ortaya çıktığını anımsa-
yalım.

DELİRYUM

Genel Giriş

Deliryum genel hastanelerde yatan hastaların % 18'inde görülen organik beyin sendromudur(38).

Deliryum kendi başına bir hastalık olmayıp, birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkan bir sendromdur. Deliryum'da akut beyin yetmezliği söz konusudur(2).

Akut konfüzyonel durumlar; dikkat, davranış ve kognitif bozukluklar ile karakterize bir nörolojik bozukluktur(21). Bu genel hastanelerde en sık görülen nöropsikiyatrik hastalıktır(39). Yatan hastalar içinde cerrahi bakımda olanların % 5-15'i cerrahi yoğun bakım ünitesinde olanların % 18-30'u, koroner yoğun bakım ünitesinde olguların % 2-20'sinde akut konfüzyonel durum gözlenir, yaşlı vakalarda bu oran % 80'lere ulaşabilir(39).

Antik çağda Hippocrates'in bu hastaları çılgın kelimesinin orijini olan "phrenitis" adı ile tanımlamasından beri doktorlar bu hastalığı tanımakta idiler. Celsus Latince'de sıra dışı anlamına gelen "de" ve "lira" kelimelerini birleştirerek ilk kez aklın yoldan çıkması anlamına gelen "delirium" terimini kullanmıştır ve Galen bu akut konfüzyonel durumların beyni sempatik yoldan etkileyen fiziksel bozukluklardan ortaya çıktığı görüşünü savunmuştur. 19.yy.'da Gowers bu hastaların letarjik ve deliryumlu olarak ikiye ayrılabilceğini ortaya koymuştur(21).

Deliryum genel hastanelerde en çok rastlanan psikiyatrik sendromlardan biri olup, psikiyatrik bozukluklar arasında da yüksek mortalite ve morbidite gösteren tanılardan biridir(2).

Deliryum bir bilinç bozukluğu sendromudur. Bilinçlilik nicel olarak azalmamış, aynı zamanda nitel olarak da değişmiştir. Hastada bilinç bozukluğunun yanı sıra algı ve duygulanım bozuklukları vardır. Delirler, hallüsinasyonlar ve illüzyonlar ve bunlara bağlı duygulanım değişiklikleri bulunur. Psikomotor aktivite huzursuzluk ve eksitasyon yönünde artmış olabileceği gibi bazan da azalmış olarak bulunur(6).

Deliryum sendromu şu özellikler ile karakterizedir:

- 1- Akut ya da subakut başlangıç,
- 2- Hastadan hastaya ya da aynı hastada değişik zamanlarda kısa sürelerde ortaya çıkabilen klinik görünümde belirgin değişimler,
- 3- Çoğu kez serebral hemisferler, retiküler aktive edici sistem ve otonom sinir sisteminde olmak üzere geniş sinir-doku disfonksiyonunda geriye dönebilirlik,
- 4- Deliryum sırasında patognomonik serebral patolojik değişikliklerin olmayışı ve nedene dayalı etkili tedaviden sonra residuel patolojik değişikliklerin olmayışı.

Bütün bu değişikliklerin ortak noktası, deliryumun sinir sisteminin hücre sel metabolizmasındaki anormalliklerden kaynaklandığıdır. Bu anormallikler birincil olarak sinir dokusunun kendisindeki metabolik bozukluklardan kaynaklanmıyıp, hastada birlikte var olan ya da beynin kendisini tutan ya da onu uzaktan etkileyen patolojik bir durumla ilgilidir(39).

Epidemiyoloji

Deliryum insidansı bireyin yatkınlığına ve ortaya çıkan durumun tipine göre geniş farklılıklar gösterir. Lipowski'nin yaptığı çalışmalarda genel tıbbi ya da cerrahi servislerinde yatan hastaların % 5-10'un deliryum belirtileri gösterdikleri görülmüştür. Engel ise yaptığı bir çalışmada acil tıbbi ve cerrahi bakımın verildiği yerlerde bu oranı % 1-15 olarak bulmutur.

Koroner arter bypass cerrahisini izleyen deliryum oranı Kornfeld ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada % 28 olarak bulunmuştur. Kişilik tipi ve deliryum arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı ve cerrahi girişimden önce geçirilmiş bir miyokard infarktüsünün de delirium riskini anlamlı derecede arttırdığı yine aynı çalışmada gösterilmiştir(15).

Açık kalp ameliyatlarının 1950 ortasından itibaren uygulanmaya konulmasından beri doktorlar ve diğer hastane çalışanları açık kalp ameliyatı vakalarında azımsanmayacak sayıda psikiyatrik komplikasyon müşahade etmişlerdir. Bu

komplifikasyonlar orta derecede oryantasyon kusurlarından, hüllüsinasyon ve paranoid hezeyanlara kadar uzanan bir spektrum göstermiş ve bunların hepsi postkardiotomi deliryum adı altında toplanmıştır(4).

Oregon vilayetinde üniversitelerde yapılan bir çalışmada kalp ameliyatı sonrası birkaç gün içinde psikotik ögeler saptanmış ve bu belirtilerin çıktığı esnada yapılan laboratuvar tetkiklerde metabolik dataların normal olduğu gözlenmiştir.

Postkardiotomi vakalarında deliryum yıllardır araştırma konusu olmuştur. Ameliyat öncesi kalp hastalığının şiddeti, yoğun bakım ünitesinin şartları, ifade edilemeyen anksiyete, aktif dominan kişilik, uyarıcı yoksunluğu ve uyku bozukluğu gibi etkenlerin delirium oluşmasında rol oynadıkları düşünülmüştür(7).

Koroner arter bypass cerrahisi sonrası deliryum Sveinsson, Rabiner, Willner ve arkadaşları tarafından tarif edilmiştir.

Sveinsson yaptığı bir çalışmada bypass sonrası deliryum insidansını % 12 olarak bulmuştur(36).

Bir diğer çalışmada Rabiner koroner arter bypass cerrahisi sonrası hastalarda % 16 oranında psikiyatrik komplikasyon tespit etmiştir.

Benzer bir çalışmada Willner koroner arter bypass cerrahisi sonrası hastalardaki deliryum oranını % 14, postkardiotomi deliryumda bu oranı % 36 olarak bulmuştur(41).

Yoğun bakım ünitelerinde de deliryum sıklıkla rastlanılan bir durumdur. Bu durum hastaların bakımında sorun yarattığı için morbidite ve mortliteyi yükseltir(11).

Altı grup hasta daha yüksek deliryum geliştirme riski taşır:

- 1- 60 yaşın üstünde hastalar
- 2- Çocuklar
- 3- Postkardiotomi hastaları
- 4- Yanık hastaları
- 5- Daha önce beyin hasarı geçirmiş hastalar
- 6- Madde kullanım bozukluğu olan hastalar.

Yapılan çalımlarda postkardiotomi deliryumun çocuklarda ihmal edilebilir düzeyde olduğu görülmüştür. Daha önce yapılan çalımlar ele alındığında toplam postkardiotomi prevalansının % 32 olduğu bildirilmiştir. İlerlemiş yaş ve daha önce geçirilen beyin hasarının yanında postkardiotomi deliryum insidansını arttıran risk faktörleri arasında bypass'da geçen zaman, postoperatif hastalığın ciddiyeti, antikolinerjik ilaçların serum düzeyleri, santral sinir sistemindeki adenilatkinaz düzeyinin artması ile subklinik beyin zedelenmesi, azalmış kardiyak output, cerrahi işlemin karmaşıklığı, kompleman aktivasyonu, beslenme durumları vardır.

Preoperatif psikiyatrik görüşmelerin, hastalardaki postoperatif psikiyatrik psikozları % 50'ye yakın azaltabildiği bildirilmiştir.

Yatkınlık Yaratan Etmenler

Ciddi bir provakasyon olursa herkeste deliryum gelişebilecek olmasına karşın, kişisel yatkınlıkta geniş farklılıklar vardır. Bazı kişilerde metabolik değişikliklere ya da ilaç kullanımına karşı deliryum gelişirken, bazılarında gelişmez. Destekleyen bir kanıt olmamasına karşın, yatkınlığı bir dereceye kadar kontrol eden genlerin var olduğu düşünülmektedir(39).

Organik bir lezyonu olan hastalar, yaşları ne olursa olsun, deliryum gelişimine daha yatkındırlar.İlaç ya da alkol tutkunluğu olan hastalar, kronik kalp, karaciğer, akciğer, böbrek hastalığı olanlar da deliryum gelişimine yatkındırlar.

Her ne kadar ameliyat genel olarak bir deliryum nedeni olarak düşünülse de, deliryum gelişimini hazırlayan bir etmen olarak düşünmek daha doğrudur. Deliryum ameliyatlardan sonrası sık görülür. Ameliyatın fiziksel stresi, psikolojik stresler, postoperatif bakım, ağrı, insomni, çoks sayıda ilaç kullanımı, rahatsız edici ve şaşırtıcı çevre, enfeksiyonlar, elektrolit dengesizlikleri, düzensiz solunum, kan kaybı ve ateş, ameliyat sonrasında deliryum gelişimine yol açan nedenlerdir.

Uyku yoksunluğu ve algısal yoksunluk gibi bazı ek etmenlerin deliryum gelişimini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Uyku uyanıklık düzensizlikleri deliryumda her zaman bulunmakla birlikte, bu ilişkinin doğası henüz tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte yapılan deneysel ve klinik çalımlar uykunun bozulması ile deliryum arasında bir ilişkinin varlığını desteklemektedir.

Hem duyusal yoksunluğun, hem de duyusal aşırı yüklenmenin deliryumu kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Paranoid özellikler gibi bazı kişilik karakteristiklerinin deliryuma yatkınlık yarattığı ileri sürülmüşse de bunu destekleyen kanıtlar son derece azdır. Psikotrop ilaçlar ile tedavi edilen psikiyatrik hastalar kuşkusuz deliryum geliştirme riski taşırlar, fakat bu durum onların psikiyatrik bozukluklarından çok muhtemelen kullandıkları ilaçların bir fonksiyonudur. Özellikle anksiyete ve korku gibi yoğun psikolojik reaksiyonların deliryum için yatkınlık yarattığı bilinmektedir, bu yoğun duygulanmaları, beyinde deliryuma yatkınlığı arttıran metabolik değişiklikler ile ilişkilendirmek de mantıklı görünmektedir(39).

Klinik Özellikler

Deliryum'un belirtileri farkedilemeyecek kadar hafif, yaşamı tehdit edecek kadar ciddi, ya da bunların arasında herhangi bir yerde olabilir. Deliryum'un klinik özellikleri basit bir görünümünden çok bir panorama, şeklinde ele alınmalıdır. Metabolik temellerine göre birçok klinik özellik öngörülebilir. Metabolik değişiklikler yaygın sinirsel doku disfonksiyonu ile sonuçlanabilir; ve klinik görünüm çeşitliliği, eş zamanlı olarak sinir dokusunun bir çok yerinde etkili olan sinir dokusu disfonksiyonuna bağlıdır. Metabolik değişikliklerin patolojik değişikliklere oranla daha çabuk oluşabilmesi, klinik görünümdeki değişikliği açıklar(39).

Deliryumda başlangıç, ya birden bire olur veya hasta, ilerleyici bir şekilde, yavaş yavaş şuur elementlerinin yıkılmasını ortaya koyar. Bazen maniye taklid eden eksitasyon tabloları, depresyon halleri, hallüsinasyonlu klinik gösteriler, perseküsyon hezeyanları gibi birçok değişik semptomatolojili geçiş devreleri gösterir(34).

Hastanın dış görünüşü çoğu zaman derhal teşhisi koyduracak kadar tipiktir(34).

Hastalığın patognomonik belirtisi zaman ve mekân oryantasyonunun bozulmasıdır(34).

Bazan bizzat kendi vücudunun idraki dahi bozulur. Depersonalizasyon belirtileri, senestopatik duyular ortaya çıkar(34).

Deliryum öncesinde hastada çoğu kez huzursuzluk, anksiyete, iritabilite ve uyku bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkar. Deliryumlu hastanın deliryum'u saptandığı andan öncesi gözden geçirildiğinde, çoğu kez bu belirtilere rastlanır.

Deliryum'un önemli özelliklerinden biri kliniğinde görülen çeşitliliğidir. Fakat tekrarlayan deliryum epizodlarında değişik nedenlerle de olsa aynı kişide her deliryum epizodunda çoğu kez aynı klinik görünüme şahit olunur.

Klinik görünümdeki geçici değişimler deliryumun önemli bir diğer özelliğidir. Tanıda kargaşayı yaratan da deliryumun bu özelliğidir. Günboyu değişkenlik, klinikte gözlene değişkenliğin bir parçasıdır. Deliryum sabahın erken saatlerinde ve gece daha yoğun ve daha kötüdür. Gün boyu gözlenen bu değişikliğin gerekçesi açık olarak bilinmemektedir, muhtemelen bu dalgalanmayı etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Geceleri görme, duyma ve dokunma gibi uyaranlar azalmakta ve belki bu da relatif uyaran yoksunluğu ortaya çıkartmaktadır ve bu uyarıcı yoksunluğu da deliryum ile sonuçlanmaktadır.

Deliryum'da genelde ciddi insomnia gözlenir, hasta tüm gece uyanık kalırken, gündüz uyumaktadır. Bu uyku düzenindeki bozukluk son derece ciddidir ve deliryumda temel defektlerden biri olarak gözlenir.

Bunun yanısıra, yalnızca uyku yoksunluğu deliryum oluşturabilir, bu da ciddi insomnia'nın deliryum'un kendisini ağırlaştırması ile olur.

Dikkat ve Bilinç Bozuklukları

Dikkat, deliryumlu hastada her zaman bozulmuştur. Hasta dikkatini toplamada, sürdürmede, yöneltmede çeşitli derecelerde başarısızdır. Hastanın dikkati kolaylıkla çevredeki rastlantısal etkinliklere kayabilir. Dikkatle ilgili bozukluklar gün boyunca dalgalanıp durur ve bu nedenle hasta zaman zaman daha iyi görülebilir.

Deliryumlu hastada bulanıklıktan komaya uzanan bilinç değişiklikleri görülebilir. Çoğu kez görülen kendisinde ve çevrede olup bitenlerin net olarak farkında olamama şeklinde tanımlanabilen bilinç bulanıklığıdır.

Psikomotor Etkinlikte Bozukluklar

Deliryumda psikomotor etkinlik düzeyi değişmiştir. Beyin sapı aktive edici sistemin hipoaktif ya da hiperaktif olmasına göre, psikomotor etkinlik artmış ya da azalmıştır.

Psikomotor etkinliği artmış hastalar, huzursuz, hiperaktif, ajite, eksitedirler. Perseverasyon çoğu kez vardır ve hasta aynı hareketi çok uzun zaman sürdürebilir.

Psikomotor etkinliğin azaldığı hastalar, kayıtsız, sessiz, sakin, uykulu ve hareketsizdirler.

Hastaların çoğunda izlenen, hipoaktif ve hiperaktif durumlardan birinden diğerine gidip gelmelerin olduğu karışık bir görünümdür.

Uyku-Uyanıklık Döngüsünde Bozulma

Deliryumlu hastanın uyku-uyanıklık döngüsü çoğu kez tersine dönmüştür. Kendi başına deliryum yaratabilen uyku yoksunluğunun deliryumlu hastada deliryumu arttırdığı düşünölmektedir. Uykuda canlı rüyalar ve karabasanlar sık görülür ve bunlar varsanılarla iç içe girebilirler.

Bellek Bozukluğu

Deliryumlu hastada bilinç ve dikkat bozuklukları nedeni ile bellek bozukluklarını ölçöbilmek genelde mümkün değildir. Ölçölebildiğinde bellek bozukluklarına çoğu kez rastlanır. Hastadaki bellek bozuklukları, dikkat bozukluğu ve algısal yanılgılarla hipokampüsün malfonksiyonu sonucudur. Bu durum, klinikte tespit ve yakın bellek bozuklukları şeklinde görülür. Deliryumun açılması sonrasında bazı hastalar epizod konusunda tam amnestik iken, bazıları yaşadıklarını parça parça anımsayabilirler; hastanın "lucid interval" diye tanımlanan bu iyilik dönemleri ile, parça parça anımsama arasındaki ilişki bilinmemektedir.

Düşünce Bozuklukları

Deliryumlu hastada düşünce bozukluklarına hemen her zaman rastlanır. Düşünce süreci bazen yavaşlamış, bazen de enkoheransa varabilecek derecede hızlanmış. Çağrışımlar dağınık ve bağlantısızdır, genellikle de herhangi bir sonuca ulaşmaz. İç ve Dış uyarılar hastanın dikkatini kolayca çekebileceğinden hastayı belli bir konuda tutmak güçtür. Bazı zamanlar düşünce içeriğinde perseverasyon son derece belirgindir, hasta bir düşünce ya da konuya tekrar tekrar döner ve hastayı o konudan çekip almak son derece güçtür. Düşünce içeriğinde ayrıca varsanılları ve yanılsamaları ile ilgili uğraşlar, sanrılar, korkular bulunabilir.

Hasta, çevresinde olup bitenler ile içten gelen uyarınları gerçeğe göre değerlendiremez, olayları neden sonuç ilişkisi içinde göremez. Hastadaki bu gerçeği değerlendirme ve yargılama bozuklukları, denetimsizliklere yol açabilir.

Oryantasyon Bozukluğu

Tam olarak oluşmuş bir deliryumda, bir dereceye kadar, oryantasyon bozukluğu genellikle vardır. Bozulma çoğu kez ilk olarak zaman oryantasyonunda görülür, daha sonra ise mekan oryantasyonu bozulur.

Ortam değişikliği olduğunda ve geceleri, oryantasyon bozukluğu artar.

Akut beyin sendromunda ortaya çıkan her iki alandaki dezoryantasyon ve buna kişilerin tanınmamasının da katılması hastada şiddetli paniğe yol açar.

En yoğun deliryumda bile kişinin adını bilmemesi, kendini tanıyamaması görülmemiştir(24).

Algılama Bozuklukları

Algılama işlevi özellikle beş duyu sistemi ile olmaktadır. Burada daha çok dış dünyadan edinilen algılardan söz edilmektedir. Bunun yanısıra bilinç-dışı algılamaların önemine değinmek gerekir. Santral sinir sistemi daha önceden edinilmiş algıların anılarını, bunlara nasıl tepki göstermiş olduğunu sayısız izlenimler, şeklinde kaydetmekte; gerektiğinde kullanmak üzere bir bilgisayar gibi depolanmaktadır. Düzenleyici, denetleyici, tanımlayıcı ve yargılayıcı mekanizmaların ak-

saması ile algılar bir diğerine karışabilir, ayırt edilemeyebilir, tanınamayabilir ve tepkiler beş duyu alanında ters, uygunsuz olabilir. Bu yetersiz algılama ve değerlendirme sonucunda belirti olarak klinikte çok iyi tanınan illüzyonlar ve hallüsinasyonlar oluşabilir.

Deliryumda illüzyon ve hallüsinasyonlar daha çok görme ve dokunma (kinestetik) türündendir. İşitme hallüsinasyonları daha az görülür. İllüzyon ve görme hallüsinasyonları çeşitli şekillerde olabilir. Deliryumdaki hallüsinasyonlar (deride böceklerin gezmesi gibi) daha çok insan ilişkilerinin azaldığı, hastaların bir yere tek başına kapatıldığı zamanlarda ve geceleri daha sıklaşır ve yoğunlaşırlar.

Görme hallüsinasyonları birden ve diğer entegratif kognitif bozukluklarla birlikte ortaya çıkar(34).

Duygulanım (affektivite) Bozuklukları

Deliryumda emosyonel değişkenlik en sık görülen duygulanım özelliğidir. Deliryumdaki mizac genellikle illüzyonlar ve hallüsinasyonlar ile uyumludur. Emosyonel bozukluklar eşlik eden özellik olarak bulunur ve oldukça değişkendir. Anksiyete, korku, depresyon, irritabilite, kızgınlık, öfori, apati sıklıkla rastlanan emosyonlardır. Bazı hastalar, deliryumun tüm seyri boyunca aynı emosyonel tonu gösterirken, bazılarında bir emosyonel durumdan diğerine hiç beklenmedik değişimler olur.

Disgrafi/Konstrüksiyonel Apraksi/Disnomik Afazi

Deliryumda bazı nöropsikiyatrik bulgulara da rastlanır. Disnomi, disgrafi, konstrüksiyonel apraksi. Disgrafi deliryumun en duyarlı göstergelerinden biridir. Yazı, motor bozuklukları (tremordan kaynaklanan anlaşılmasız karalamalar) spatiyal bozulmayı (harfleri ardarda sıralayamama ve aynı hat üzerinde yazıyı sürdürememe) yazım yanlışları ve dilbilimsel hataları gösterir.

Motor Anomaliler

Birçok deliryumlu hastada tremor, miyoklonus, asteriksis, reflex ve kas tonusu değişiklikleri olmasına karşın, bazılarında motor sistem anormallikleri görülmeyebilir.

Distal ekstremiteleri tutan, kaba, düzensiz ve hızlı bir tremor vardır. Genellikle, tremor dinlenme anında belirsizdir; hareket ile birlikte ortaya çıkan, incelik ve ustalık isteyen hareketlerde en kötüdür.

Bulunmaları halinde daha çok deliryumu düşündüren iki anormal motor özellik asteriksis ve multifokal miyoklonustur. Asteriksis, kişinin boşlukta sabit bir postürü sürdürebilmede başarısız kalmasıdır. Bilateral asteriksis deliryum için patognomoniktir. Bu tür bir "flapping" genellikle hepatik ansefalopatinin tipik bir belirtisi olarak değerlendirilirse de diğer deliryumlar da da görülebilir.

Multifokal miyoklonus'a yüz ve omuzlarda daha sık rastlanır deliryum için patognomoniktir, fakat subakut demansiyel bozukluklarda da görülebilir.

Otonomik Bozukluklar

Deliryumda otonomik sinir sisteminin disfonksiyon belirtilerinin hemen hemen tümü ya da birkaçı görülür. Solukluk, kızarıklık, terleme, anhidrosis, myosis, mydriasis, taşikardi, bradikardi, palpitasyon, hipotansiyon, hipertansiyon, ateş, hipotermi, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon ve inkontinans herhangi bir kombinasyonda görülebilir.

Patofizyoloji ve EEG Düzensizlikleri

Deliryum, araştırmacılar tarafından ihmal edilen bir konu olmasından dolayı, patofizyolojisi hakkında çok şey bilinmemektedir.

Deliryum, sinir dokusu metabolizmasında yaygın bir bozukluk sonucu ortaya çıkar. Sinir sistemi metabolizması, serebral hemisferler, serebellum, retiküler aktive edici sistem, periferik sinir sistemi otonomik sinir sistemi gibi birçok düzeyde bozulmuştur(1).

Deliryum'un patogenezi konusunda bazı hipotezler vardır. Bunlardan birinde deliryumun beynin oksidatif metabolizmasında genel bir azalma sonucu ortaya çıkan bir durum olduğu ileri sürülmüştür. Bir diğerinde beyin oksidatif metabolizmasındaki bozulma sonucu, özellikle asetilkolin olmak üzere nörotransmitter sentezinde azalma nedeni ile deliryumun ortaya çıktığı, fizostigmin ile geri dönen klinik ve deneysel deliryumların bu varsayımı desteklediği savunulmaktadır. Diğer bir hipotezde, santral, kolinerjik ve adrenerjik dengenin bozulması sonucu medial assendan, retiküler aktive edici sistem ve medial talamik diffüz projeksiyon sisteminin etkilenmesi sonucu deliryum oluştuğu; nitekim alkol yoksunluğu deliryumunda santral noradrenerjik aktivitenin arttığı öne sürülmektedir. Diğer bir varsayım ise deliryumun akut strese bir reaksiyon olduğu; özellikle yaşlılarda olmak üzere akut stres karşısında aşırı kortizol salınımının deliryuma yol açabileceği şeklindedir.

Klasik olarak deliryumun patofizyolojisi brain sistemin polisinpaptik retiküler formasyonu ile medial talamik nukleus arasındaki karışıklıktan ortaya çıkar(10).

Primer fonksiyonel bozukluk canlılık, dikkat ve uyanıklık-uyku siklusunda görülür.

Deliryumun hipoaktif formlarında EEG'de alfa frekansının yavaşlaması ve teta ve sıklıkla bilateral simetrik delta dalgalarının görülmesi bilinçliliğin zayıflama derecesi ile bağlantıdır. Özellikle sedatiflerle görülen yoksunluk sendromu gibi hiperaktif formlarda elektroensefalogram hızlı beta ve yavaş teta aktivitelerinin bir karışım olarak gözlenir. Muhtemelen bu hiperaktif durumlarda locus ceruleus'un adrenerjik salgılanmasında bir rebound aktivasyonu düşünülebilir.

Deliryum'un reversibl olduğu oranda EEG bulgularında reversibl olduğu, EEG değişikliklerinin altta yatan özgün hastalık süreçlerinden bağımsız olduğu, klinik iyileşmenin EEG bulgularına da yansıdığı görülmüştür(29).

Tedavi

Bu kadar çeşitli bozukluğu bünyesinde barındıran bir hastalığı tedavi ederken unutulmaması gereken ilk kural hastaya fazladan iatrojenik bir komplikasyon eklememektir.

Deliryuma mantıksal yaklaşım şu aşamaları kapsar:

- 1- Yeterli oksijenlenmeyi sağlamak ve izlemek, burada 60 mmHg basıncındaki PO₂'de semptomların ortadan kalkacağını hatırlamak gerekir.
- 2- Yeterli serebral dolaşımı sağlamak.
- 3- Polisınaptik retikuler formasyonu deprese ettiğinden sedatiflerden kaçınmak
- 4- Santral antikolinergik etkili ajanlardan kaçınmak.
- 5- Hipoaktif durumlarda, özellikle apatetik depressif mood gösteren, santral noradrenerjik blokerlerden kaçınmak.
- 6- Davranış ve dikkat bozukluklarının dopaminerjik blokerlere daha iyi cevap verdiğini unutmamak. Bu konuda şu an en yararlı ajan haloperidol'dur. Yaşlı hastada kas içine her saatte 1 mg 4 veya 6 doz, genç hastaya kas içine her saatte 5 mg (günlük 30 mg'lık dozu aşmayacak şekilde) uygulanır.

Prognoz

Deliryum kısa bir zaman periyodu içinde kimi zaman aniden, kimi zaman da günler ya da saatler içinde ortaya çıkar. Bir deliryum epizodu genellikle kısa sürer. Deliryumun gidiş ve sonlanışının nasıl seyredeceğini belirleyen çoğu kez altta yatan neden veya nedenlerdir.

Deliryum'lu hastanın prognozunda çeşitli olasılıklar vardır:

- 1- Hastalıktan önceki duruma tam dönüş
- 2- Stupor veya komaya ilerleme
- 3- Nöbetler
- 4- Kronik beyin sendromları
- 5- Ölüm
- 6- 1'den 4'e değişen durumlar.

Deliryum çoğu kez diğer bozukluklara dönüşmeden çözülür. Bununla birlikte farkına varılmayan ya da tedavi edilmeksizin sürüp giden deliryumlarda geri dönüşümsüz beyin sekelleri kalması amnestik sendrom, organik kişilik bozukluğu gibi) olasılığı fazladır.

Psikiyatrislerin ve diğer hekimlerin çoğu genelde deliryumdaki mortaliteye önem vermezler. Halbuki tanıyı izleyen ilk üç ayda, deliryumun mortalite hızı affektif bozuklukların mortalite hızından tam olarak 14 kat daha büyük bulunmuştur(23).

MATERYAL ve METOD

Bu çalışmada 1991 yılı Kasım ayı ve 1992 yılı Mart ayı arasında Florence Nightingale Hastanesi'nde yatan koroner arter by pass graf cerrahisi indikasyonu konmuş 30 yaşın üzerindeki erkek ve kadın hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

Genel sağlık durumu kritik olan, ameliyatına iki günden az süre kalan, ko-operasyon kurulamayan, sensoriyel bozukluğu bulunan, özgeçmişlerinde bilinen maor psikiyatrik bozuklukları olan hastalar çalışma dışında bırakılmışlardır.

Çalışmaya yukarıdaki şartlar göz önüne alınarak elenenler dışında bu dönem içinde CABG bekleyen 22 hasta rastgele olarak seçilmiştir.

Bu çalışma sırasında ilk aşamada ameliyattan iki gün önce her hasta ile ayrı ayrı yaklaşık bir saat süren genel bir psikiyatrik görüşme yapılmış, hastaların demografik ve sosyal özellikleri incelenerek, her hastaya "kısa akıl muayenesi" ve "kısa psikiyatrik değerlendirme skalası" uygulanmıştır.

"Kısa Akıl Muayenesi" kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde kullanılan onbir maddeden oluşan bir ölçektir. Elde edilebilecek en yüksek puan 30'dur. Genel olarak 20 puan ve altının organik bozukluğu gösterdiği kabul edilir.

"Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Skalası" hastada pozitif psikiyatrik semptomların değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek herbiri 0 (mevcut değil)'dan 7'e (son derece ciddi) kadar numaralanan 18 semptomdan oluşmaktadır. Bypass yapılacak arter, sayısı, kordiyopulmoner pompa zamanı ve operasyon esnasında geçirilen miyokard infarktüsü operatif data olarak kabul edilmiştir.

İkinci aşamada operasyon sonrası hasta yoğun bakımdan çıktığı gün ilke kez iki gün sonra ikinci kez görülmüş ve "KISA AKIL MUAYENESİ" "KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME SKALASI" ve DSM III-R DELİRYUM kriterleri kullanılarak hastanın kognitif durumu incelenmiş elde edilen istatistik veriler sonuç bölümünde tartışılmıştır.



VAKALAR

VAKA NO 1

F.H. 60 yaşında, erkek, evli, orta okul mezunu, emekli, koroner arter hastalığı 4 yıldır sürüyor.

CABG x 2

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 29

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	3	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	3	Dezoriyantasyon	1

b) Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	3	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	2	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 2

Z.S. 62 yaşında, erkek, evli, yüksekokul mezunu, koroner arter hastalığı 10 yıldır sürüyor.

CABG x 4

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 29

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	3
	Anksiyete skoru	3	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	3	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi skoru : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	3	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 3

I.T., 63 yaşında, erkek, evli, ilkokul mezunu, emekli koroner arter hastalığı 5 yıldır sürüyor.

CABG x 3

Ameliyat Öncesi

a) Kısa akıl muayenesi puanı : 29

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	2
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 4

N.K. 60 yaşında, evli, ilkokul mezunu, emekli, koroner arter hastalığı 9 yıldır sürüyor.

CABG x 4

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 27

BPRS	Somatik endişe skoru	6	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	4	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 22

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	3	Dezoriyantasyon	2

VAKA NO 5

S.C. 50 yaşında, evli, eğitimsiz, serbest meslek koroner arter hastalığı 9 aydır sürüyor CABG x 2

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 27

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 24

BPRS	Somatik endişe skoru	2	Hostilite skoru	2
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 6

K.Ş. 30 yaşında, erkek, evli, ilkokul mezunu, serbest meslek koroner arter hastalığı 1.5 yıldır sürüyor.

CABG x 2

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 30

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 26

BPRS	Somatik endişe skoru	2	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 7

M.Ç. 60 yaşında, erkek, evli, ortaokul mezunu, emekli koroner arter hastalığı 15 yıldır sürüyor.

CABG x 3

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 29

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	2	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 8

Y.S.T. 65 yaşında, erkek, evli, yüksekokul koroner artır hastalığı 4 yıldır sürüyor.

CABG x 4

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 30

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	2
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	2
	Duygusal çekilme skoru	4	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	3	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	2	Künt duygu	2
	Büyük grandiosite skoru	3	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 30

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	2
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	3	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	2	Künt duygu	2
	Büyük grandiosite skoru	3	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 9

A.K. 62 yaşında, erkek, evli, eğitimsiz, küçük esnaf koroner arter hastalığı 6 aydır sürüyor.

CABG x 1

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 23

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 10

C.Ş. 50 yaşında, erkek, evli, ilkokul mezunu, emekli koroner arter hastalığı 4 aydır sürüyor.

CABG x 2

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 25

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 19

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 11

M,Y. 32 yaşında, erkek, evli, ilkokul mezunu, işçi koroner arter hastalığı 6 aydır sürüyor.

CABG x 2

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 30

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	9
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 29

BPRS	Somatik endişe skoru	2	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 12

F.P. 46 yaşında, kadın, evli, eğitimsiz, ev hanımı, koroner arter hastalığı 15 yıldır sürüyor.

CABG x 4

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 14

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 18

BPRS	Somatik endişe skoru	2	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 13

N.S., 72 yaşında, erkek, evli, lise mezunu, emekli koroner arter hastalığı 7 yıldır sürüyor.

CABG x 3

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 17

BPRS	Somatik endişe skoru	3	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	2
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	2
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	2

VAKA NO 14

H.A. 63 yaşında, erkek, evli, yüksekokul mezunu koroner arter hastalığı 12 yıldır sürüyor.
CABG x 3

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	2
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 20

BPRS	Somatik endişe skoru	2	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	3	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	2
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	2
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 15

N.T. 62 yaşında, kadın, evli, eğitimsiz, ev hanımı koroner arter hastalığı 4 yıl önce başlamış

CABG x 3

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 25

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	3	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 23

BPRS	Somatik endişe skoru	1	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 16

S.K. 45 yaşında, erkek, evli, lise mezunu, işçi koroner arter hastalığı 1.5 yıldır sürüyor.

CABG x 2

Ameliyat Öncesi

Kısa akıl muayenesi puanı : 25

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat Sonrası

Kısa akıl muayenesi puanı : 30

BPRS	Somatik endişe skoru	1	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 17

O.M., 50 yaşında, erkek, evli, ilkokul mezunu, rençber, koroner arter hastalığı 5 yıldır sürüyor.

CAB2 x 3

Ameliyat öncesi

kısa akıl muayenesi puanı : 30

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat sonrası

kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	2	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	4
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	3	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	2
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 18

S.L., 31 yaşında, erkek, evli, ortaokul mezunu, işçi koroner arter hastalığı, 1,5 yıldır sürüyor.

CABG x4

Ameliyat öncesi

kısa akıl muayenesi puanı : 29

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	2
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat sonrası

kısa akıl muayenesi puanı : 30

BPRS	Somatik endişe skoru	1	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

VAKA 19

A.A., 58 yaşında, erkek, evli, ilkokul mezunu, küçük esnaf, koroner arter hastalığı 10 yıldır sürüyor.

Ameliyat öncesi

kısa akıl muayenesi puanı : 26

Ameliyat sonrası

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	1	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	1	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

kısa akıl muayenesi puanı : 20

BPRS	Somatik endişe skoru	1	Hostilite skoru	1
	Anksiyete skoru	1	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

VAKA NO 20

R.K., 54 yaşında, erkek, evli, lise mezunu, serbest meslek, koroner arter hastalığı 6 yıldır sürüyor.

CABG x2

Ameliyat öncesi

kısa akıl muayenesi puanı : 28

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	3
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	2	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	3	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat sonrası

kısa akıl muayenesi puanı : kooperasyon kurulamadı

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	6
	Anksiyete skoru	4	Şüphencilik skoru	4
	Duygusal çekilme skoru	4	Halüsinasyonel davranış skoru	4
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	4	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	4	İşbirliği yapmamak skoru	6
	Gerilim skoru	5	Olağandışı düşünce skoru	6
	Manierizm skoru	3	Künt duygu	6
	Büyük grandiosite skoru	3	Heyecan	6
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	6

VAKA NO 21

K.K., 52 yaşında, erkek, evli, ilkokul mezunu, emekli, koroner arter hastalığı 7 yıldır sürüyor.

CABG x3

Ameliyat öncesi

kısa akıl muayenesi puanı : 29

BPRS	Somatik endişe skoru	6	Hostilite skoru	2
	Anksiyete skoru	2	Şüphencilik skoru	1
	Duygusal çekilme skoru	2	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	1	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	2
	Gerilim skoru	2	Olağandışı düşünce skoru	2
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	2
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat sonrası

kısa akıl muayenesi puanı : kooperasyon kurulamadı

BPRS	Somatik endişe skoru	5	Hostilite skoru	5
	Anksiyete skoru	4	Şüphencilik skoru	5
	Duygusal çekilme skoru	5	Halüsinasyonel davranış skoru	5
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	5	Motor retardasyon skoru	3
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	4
	Gerilim skoru	5	Olağandışı düşünce skoru	4
	Manierizm skoru	4	Künt duygu	4
	Büyük grandiosite skoru	2	Heyecan	5
	Depressif duygulanım skoru	1	Dezoriyantasyon	4

VAKA NO 22

D.E., 67 yaşında, kadın, boşanmış, ortaokul mezunu, ev hanımı, koroner arter hastalığı 12 yıldır sürüyor.

CABG x4

Ameliyat öncesi

kısa akıl muayenesi puanı : 22

BPRS	Somatik endişe skoru	6	Hostilite skoru	3
	Anksiyete skoru	3	Şüphencilik skoru	2
	Duygusal çekilme skoru	3	Halüsinasyonel davranış skoru	1
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	2	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	1
	Gerilim skoru	3	Olağandışı düşünce skoru	1
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	1
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	1
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	1

Ameliyat sonrası

kısa akıl muayenesi puanı : kooperasyon kurulamadı

BPRS	Somatik endişe skoru	4	Hostilite skoru	6
	Anksiyete skoru	6	Şüphencilik skoru	6
	Duygusal çekilme skoru	5	Halüsinasyonel davranış skoru	5
	Kavramsal organizasyon bozukluğu skoru	5	Motor retardasyon skoru	1
	Suçluluk duyguları skoru	1	İşbirliği yapmamak skoru	6
	Gerilim skoru	5	Olağandışı düşünce skoru	5
	Manierizm skoru	1	Künt duygu	4
	Büyük grandiosite skoru	1	Heyecan	6
	Depressif duygulanım skoru	2	Dezoriyantasyon	6

BULGULAR

Çalışmaya toplam 22 hasta alınmıştır. Bu hastalardan 6 tanesinin anamnezinde en az bir kez geçirilmiş miyokard infarktüsü saptanmıştır.

Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

	N=22	
	n	%
30-50	8	(36.3)
51 ve yukarı	14	(63.6)

Çalışmada görülen üç deliryum vakası 51 ve yukarı yaş grubunda tesbit edilmiştir.

Hastaların ameliyatı kabul edilş tarzları

	N=22	
	n	%
Kendi isteği ile	20	(90.9)
Doktorların zorlaması ile	2	(9.0)

Hastaların özgeçmişinde bilinen psikiyatrik bir problem

	N=22	
	n	%
Yok	16	(72.7)
Orta şiddette geçici Psikiyatrik problemler	6	(27.2)

Yapılan bu çalışmada vakalar çeşitli demografik parametreler açısından izlenmiştir. Vakaların cinsiyet dağılımına bakıldığında 22 hastadan 19'unun erkek, 3'ünün kadın olduğu gözlenmiştir.

Hastalar eğitim durumlarına göre incelendiğinde 4 hastanın eğitimsiz, 8 hastanın ilkokul mezunu, 4 hastanın ortaokul mezunu, 3 hastanın lise mezunu ve 3 hastanın da fakülte mezunu olduğu bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumu

	N=22	
	n	%
Yok	4	(18.1)
İlkokul mezunu	8	(30.3)
Ortaokul mezunu	4	(18.1)
Lise mezunu	3	(13.6)
Fakülte mezunu	3	(13.6)

Hastaların sosyal durumlarının incelenmesinde 13 hastanın bir meslek sahibi olduğu, 3 hastanın ev kadını olduğu, 6 hastanın da emekli olduğu gözlenmiştir.

Genelde hastaların ameliyata hazır oldukları ve ameliyat sonrasında umutlu oldukları saptanmış 2 hastanın yaşama umutsuz baktığı saptanmıştır.

BPRS Değerleri

	Ameliyat Öncesi			Ameliyat Sonrası			t
	Ortalama	±	SD	Ortalama	±	SD	
1-	4.72	±	0.76	2.54	±	1.14	t = 10.16
2-	1.81	±	0.79	1.86	±	1.28	t = 0.18
3-	1.77	±	0.81	2.04	±	1.32	t = 1.18
4-	1.04	±	0.21	1.5	±	1.30	t = 1.80
5-	1.045	±	0.21	1.13	±	0.63	t = 1
6-	1.81	±	0.79	2.04	±	1.32	t = 0.92
7-	1.045	±	0.21	1.27	±	0.76	t = 1.41
8-	1.09	±	0.42	1.22	±	0.61	t = 1.36
9-	1.27	±	0.55	1.40	±	0.59	t = 0.76
10-	1.36	±	0.72	1.72	±	1.63	t = 1.449
11-	1.13	±	0.35	1.68	±	1.52	t = 1.73
12-	1.13	±	0.35	1.45	±	1.18	t = 1.8
13-	1.13	±	0.35	1.13	±	0.46	t = 1.36
14-	1.09	±	0.29	1.63	±	1.55	t = 1.70
15-	1.045	±	0.21	1.54	±	1.43	t = 1.71
16-	1.045	±	0.21	1.63	±	1.32	t = 2.079
17-	1.18	±	0.39	1.86	±	1.61	t = 1.88
18-	1.18	±	0.39	1.63	±	1.55	t = 1.91

	30 saatin ↑	30 saatin ↓
Deliryum (+)	3	0
Deliryum (-)	0	19

I. Gözlem odasında kalma süresi
P=0.0065

	30-50 yaş	50 yaş üstü
Deliryum (+)	3	0
Deliryum (-)	0	19

II. Yaş gruplarına göre
p=0.23(-)

	120' ↓	120' ↑
Deliryum (+)	0	3
Deliryum (-)	14	5

III. Koroner bypassa göre
P=0.036

	MI hikayesi(+)	MI (-)
Deliryum (+)	2	1
Deliryum (-)	6	13

IV. İnfarktüs
P=0.291

	1-2 damar	2'den ↑ damar
Deliryum (+)	1	2
Deliryum (-)	7	12

V. Damar değişikliği
P=0.70

TARTIŞMA

Koroner arter bypass cerrahisi geçiren hastalarda ortaya çıkabilecek ruhsal bozuklukların araştırılmasının amaçlandığı bu çalışma sonucunda elde edilen,

1- BPRS (kısa psikiyatrik muayene skalasının) itemleri incelenmesi sonucunda;

a) Somatik endişe iteminin ameliyat sonrası hastalarda ameliyat öncesi gruba göre ($p>0.001$) ileri derecede anlamlı düşüş göstermiş olması, hastanın fiziksel bozukluğunun ortadan kalkması sonucu olabileceği düşünülmüştür.

b) Anksiyete iteminin incelenmesinde ameliyat sonrası hastalarda ameliyat öncesi gruba göre anlamlı bir farklılık bulunamamış, her ne kadar ameliyat sonrası anksiyetenin anlamlı derecede düşmesi beklenirsede hastalar ile yapılan ameliyat sonrası görüşmenin kısa zaman dilimi içinde yapılması hastanın durumu hâlâ belirsizlik taşıdığı için anksiyete skorunda büyük bir düşüş göstermediği düşünülmektedir.

c) Şüphencilik iteminde inceleme ve perseküsyon fikirleri ile eşlik eden davranış puanları ameliyat öncesi hastalarda skor 25 iken ameliyat sonrası gruba skorun 37 bulunması bu yönde bir davranış bozukluğun ortaya çıkabileceğini düşündürmüştü de genelde bu skorlar istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır. BPRS'in diğer itemlerine de bakılmış, duygusal içekapanıklık; kavramsal organizasyon bozukluğu; suçluluk duyguları, gerilim, manyerizm ve duruş; büyüklük-üstünlük; depesif durum; düşmanlık; halüsinasyonel davranış; motor gerginlik; işbirliği yapmamak; olağandışı düşünce özü, küntleşmiş duygu, heyecan ve desoryantasyon genelde anlamlı bulunmamış olmakla birlikte deliryuma giren üç hastada desoryantasyon ve halüsinasyonlar başta olmak üzere tüm itemlerde bir artış gözlenmiştir.

2- Kısa akıl muayenesi skorları incelendiğinde;

a) Ameliyat öncesinde hastaların oryantasyon skor ortalaması 9.5 bulunmuş ameliyat sonrası bu skor 7.5 olarak bulunmuş skordaki bu düşüşe deliryuma giren hastaların konfuzyonel durumları ve deliryum özelliği olan zaman ve mekân oriyantasyonun ilk olarak bozulmasının neden olduğu düşünülmüştür.

b) Bellek skorlarında da ameliyat sonrası incelemede ameliyat öncesine göre skorda düşüş saptanmıştır.

c) Dikkat skorları incelendiğinde ameliyat öncesi 4.4 ortalama ameliyat sonrası 3 düşmüştür.

d) Hatırlama skoru ameliyat öncesi 1.95 iken ameliyat sonrası 18'e düşmüştür.

e) Lisan skoru ameliyat öncesi 7.8 iken ameliyat sonrası 6.5 düşmüştür. Kısa akıl muayenesinin bütün skorlarında gözlenen bu düşüş deliryumlu hastalarda gözlenen oryantasyon kusuru bellek bozulmaları ve hasta ile kooperasyon kurulamaması ile ilgilidir.

Bu çalışmada koroner arter bypass graf cerrahisi sonrası deliryum görme oranı % 13.6 olarak bulunmuştur. Bu rakam literatür ile karşılaştırıldığında, literatüre uygun sonuç elde edilmiştir.

Deliryum daha önce de belirttiğimiz gibi çok yönlü bir fenomendir, fiziksel, çevresel, psikolojik faktörlerin her biri deliryumun gelişmesinde etkili olabilir.

Bu çalışmanın sonucu deliryum insidans ve doğasının kardiyotomilerde görülen ile bir farklılık yaratmadığı ama yinede postkardiyotomi deliryumda görülen yaş, kardiyak hastalığın ciddiyeti ve kardiyopulmoner bypass'da geçen zaman faktörlerinin koroner arter bypass graf cerrahisi sonrası görülen deliryumda anlamlı olmadığı yalnızca gözlem odasında kalma süresinin bypass graf cerrahisi sonrası deliryumda anlamlı olduğu gözlenmiştir. Kornfeld ve Sveinsson çalışmaları da bizim çalışmamızda olduğu gibi anestezi ve bypass zamanı ile deliryum arasında bir bağlantı bulunamamıştır.

Birçok literatürde kardiyopulmoner bypass zamanı ile postkardiyotomi deliryum arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir. Fakat koroner arter cerrahisindeki deliryum ile anlamlı ilgisi yoktur.

Aslında koroner arter bypass cerrahisi sonrası görülen deliryum gerçek "postkardiyotomi" deliryum değildir. Bu da cerrahinin özelliğinden dolayıdır, bu cerrahi girişim valvular ve konjenital defektlerin tamiri işlemidir dolayısıyla kalp, kardiyotomideki ölçülerde açılmaz. Kardiyotomideki bypass süresince kalp açılır ve çalışmaz, ama koroner arter cerrahisindeki bypass'ta kalp kapalıdır. Bypass süresinin uzun bir bölümünde kalp çalışır ve perfüze olur, böylece kalp kapalı iken beyinde daha az hava embolisi olacağı düşünülmektedir.

Koroner bypass operasyonu kişilerin ruhsal durumlarında bazı değişimler meydana getirdiği gözlenirse de, bu bulguların geçici olduğu ve ameliyat sonrası hastaların fiziksel durumlarında gözle görülür iyileşme saptandığı rahatlıkla söylenebilir.

ÖZET

Koroner arter bypass graf cerrahisi sonrası deliryum oranının araştırıldığı bu çalışmada 22 koroner hastası alınmış bu hastalar ile ameliyat öncesi yaklaşık bir buçuk saat süren bir psikiyatrik görüşme yapılmıştır.

Ameliyat sonrası bu hastaların gözlem odalarından çıkışlarında kendileri ile tekrar görüşülmüş gerek ameliyat öncesi gerek ameliyat sonrası hastalar ile yapılan görüşmelerde 1) 28 soruluk bir hekim değerlendirme formu, 2) Kısa akıl muayenesi, 3) BPRS uygulanmıştır.

Gerek bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç gerek literatür gözden geçirildiğinde koroner arter bypass graf cerrahisi sonrası deliryum oranı kardiyotomi hastalarına göre daha düşük bulunmuştur.

KAYNAKLAR

- 1- Aberg T., Ronquist G., Tydén H., et al.: Adverse effects on the brain in cardiac operations as assessed by biochemical, psychometric, and radiologic methods. *J.Thora. Cardiovas. Surg.* 1984; 87:99-103.
- 2- Adams RD, Victor M.: Delirium and other confusional states and Korsakoff's amnestic syndrome in Wintrobe MM, Thorn GW, Adams RD et al (eds); *Harrison's Principales of internal medicine*, ed8, New York, Mc Graw-Hill Book Co Inc., 1977, pp.44-150.
- 3- Braunwald E.: *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine* W.B. Saunders Co., 1980.
- 4- Braunwald E.: Evaluation of the efficacy of coronary bypass surgery II. *Am.J.Cardiol* 42:161, 1978.
- 5- Berkmen R.: *Kalp Hastalıkları*, Editör Remzi Özcan, Sanal Matbaacılık, İstanbul, 1983.
- 6- Binder R.L.: Organic mental disorders in *Review of General Psychiatry* edited by Goldmann H.H. Middle East edition, 1984, pp.265-67.
- 7- Blachly P.H., Starr A.: Post-Cardiotomy delirium. *Am.J.Psychiatry* 1964; 121:371-75.
- 8- Blachly PH, Kloster FE.: Relation of cardiac output to post cardiotomy delirium. *J.Thorac Cardiovasc Surg* 1966; 52:422-27.
- 9- Dimsdale JE, Hackett TP.: Effect of denial on cardiac Health and psychological assesment. *Am J Psychiatry* 139:11, 1477,1480.

- 10- Freemann MA, DG: in Psychiatry vol 2: Psychiatric aspects of cardiovascular Disease edited by Michels R. New York, J.B. Lippincott Company, Basic Books inc, 1988, pp.1-10.
- 11- Goldstein MG.: Intensive Care unit syndromes in Principles of medical psychiatry edited by Stoudemire A, Fogel BS, Grune & Stratton inc. 1987.
- 12- Gundle M.J., Reeves B.R., Tate S. et al.P Psychosocial outcome after coronary artery surgery. Am. J. Psychiatry, 137:1591, 1980.
- 13- Huttgren HN, Takaro T, Detre KN, Murphy ML.: Evaluation of the efficacy of coronary artery bypass surgery I. Am. J. Cardiol, 142:157, 1978.
- 14- Katz, N.M., Agle D.P., De Palma R.G. et al.: delirium in surgical patients under intensive care. Arch Surg. 1972, 104:310-13.
- 15- Kornfeld D.S., Heller S.S., Frank K.A. et al.: Delirium after coronar artery bypass surgery. J.Thorac Cardiovasc surg. 1978, 76:93-96.
- 16- Kornfeld D.S., Heller S.S., Frank K.A. et al.: Personality and Psychological factors in postcardiotomy delirium: Arch.Gen.Psychiatry 1974:31, 249-253.
- 17- Kornfeld D.S., Heller S.S., Frank K.A. et al.: Psychological and behavioral responses after coronary artery bypass surgery. Circulation (Suppl III) 661, 24, 1982.
- 18- Layne D.I., Yudofsky S.C.: Postoperative psychosis in cardiotomy patients. The New Engl. Sof. Med. 1971:518-520.
- 19- Lee W.H., Brady M.P., Rowe J.M. et al.: Effects of extracorporeal circulation upon behavior, personality and brain function. Ann.Surg. 1971; 173:1013-1023.
- 20- Levenson JL.: Cardiovascular disease in Principles of medical psychiatry edited by Stoudemire A,Fogel BS., Grune & Stratton inc., 1987.
- 21- Mendez, F.M. in Neurology in Clinical practice vol I: acute confusional states, edited by Bradley G.Walter, Daroff R.B., Fenichel G.M., Marsden C.D., Boston Butterwoth-Heinemann inc., 1991, pp.31-41.

- 22- Morse R.M., Litw E.M.: Postoperative delirium a study of etiologic factors. Am.J.Psychiat 126:3,1969, 388-95.
- 23- Murray G.B.: in Handbook of general hospital psychiatry (second edition): Confusion, delirium and dementia, edited by Hackett T.P., Cassem N.H., PSG publishing company, Massachussets 1987, pp.84-116.
- 24- Orhon A.: Organik Beyin Sendromları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Prof.Dr.Orhan Öztürk, Ankara 1981, s.250-262.
- 25- Özcan Remzi, Kalp Hastalıkları. İstanbul, 1983 Santral Matbaası.
- 26- Rabiner C.J, Willner AE, Fishman J: Psychiatric complications following coronary bypass surgery. J.Nerv Ment dis. 160-342-47, 1975.
- 27- Rubinstein D., Thomas JK.: Psychiatric findings in cardiotomy patients. Amer.J.Psychiat 1969; 126:360-69.
- 28- Sabitson D.G.: Surgical treatment of coronary artery in Cecil textook of medicine, 17th edition, edited by Wyngaarden JB, Smith LH. WB Saunders Company, Philadelphia, 1985.
- 29- Sachday NS, Carter CC, Swank RL et al.: Relationship between post cardiotomy delirium, clinical neurological changes, and EEG abnormalities. J.Thorac Cardiovasc. Surg. 1967; 54:557-563.
- 30- Savageau JA, Stanton BA, Jenkins CD et al.: Neuropsychological dysfunction following elective cardiac operation. II, J.Thorac Cardiovasc. Surg. 1982; 84:595-600.
- 31- Slogoff, Girgis KZ, Keats AS: Etiologic factors in. Neuropsychiatric complications associated with cardiopulmonary bypass. Anesthesia and analgesia 1982; 61:903-911.
- 32- Smith L., Dimsdale JE.: Post-cardiotomy delirium: Conclusions after 25 years. Am J Psychiat 1989; 146:4, 452-458.
- 33- Smith PLC, Treasure T, Newman SP et al.: Cerebral consequences of cardiopulmonary bypass, Lancet I (1980) 823-825.

- 34- Songar A. Psikiyatri Modern Psikobioloji ve Ruh Hastalıkları Prof.Dr.Ayhan Songar, Geçit Kitabevi, İstanbul, 1977.
- 35- Surman OS. Hackett TP, Silverberg EL: Usefulness of psychiatric intervention in patients undergoing cardiac surgery. Arch Gen psychiatry 1974; 30:830-835.
- 36- Sveinsson IS: Postoperative psychosis after heart surgery. J.Thorac Cardiovasc Surg 70:717-726, 1975.
- 37- Trzepacz Pt, Leavitt M, Crongoli K.: An animal model for delirium. Psychosomatics 33:4, 404-415, 1992.
- 38- Trzepacz PT, Teague G.B., Lipowski JZ: Delirium and other organic mental disorders in a general hospital. Gen Hosp. sypch. 7:101-106, 1985.
- 39- Wells CE: Organic syndromes: delirium in Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry 4th edit Baltimore: Williams & Wilkins: 1983 pp.838-851.
- 40- Willerson JT.: Acute myocardial infarction. Cecil Textbook of medicine, 17th Edition, Edited by Wyngarden JB, Smith LH Jr, Saunders WB Company, Philadelphia, 1985.
- 41- Willner AE, Rabiner CJ, Wisoff BG et al.: Anological reasoning and postoperative outcome Arch. Gen.Psychiatry 33:255-259.