

مقایسه میزان بروز دلیریوم بعد از عمل در بیماران با جراحی قلب باز و جراحی عمومی در بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۷۸

دکتر اشرف تشکری^۱، دکتر عبدالامین شانه ساز^۲، ناهید خواجه موگهی^۳

خلاصه

دلیریوم نوعی اختلال شناختی با پیش‌آگهی بد است که کمتر تشخیص داده می‌شود. میزان بروز دلیریوم بعد از عمل جراحی قلب باز در مقالات مختلف ۵۷-۲ درصد گزارش شده است. اخیراً میزان بروز دلیریوم بعد از برش جراحی قلب بیش از ۹۰ درصد گزارش شده در حالی که در جراحی عمومی ۱۵-۱۰ درصد است. این مطالعه مقایسه‌ای با هدف سنجش میزان بروز دلیریوم بعد از عمل جراحی قلب باز و جراحی عمومی و مقایسه آنها برای اولین بار در بیمارستان گلستان اهواز انجام گرفت. سی نفر بیمار با محدوده سنی ۶۳-۴۰/۵ سال از هر دو گروه انتخاب شدند. نمونه‌گیری به روش آسان انجام گرفت. پرسشنامه‌ای حاوی مشخصات بیماران، نوع عمل، شرح حال و معاینه وضعیت روانی بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی تهیه شد. حافظه و توجه بر اساس مجموعه آزمون سرند شناختی بیماران آسیب مغزی سنجیده می‌شد. یک بار قبل از عمل و روزهای دوم تا پنجم بعد از عمل هنگام صبح و غروب. معاینه وضعیت روانی توسط دستیار روانپزشکی انجام می‌شد. نتایج نشان داد که میزان بروز دلیریوم در جراحی قلب باز و جراحی عمومی تفاوت معنی‌داری ندارد. در این مطالعه میزان بروز دلیریوم در جراحی قلب باز ۱۰ درصد و در جراحی عمومی ۳/۳ درصد است که از مطالعات پیشین کمتر می‌باشد. علت می‌تواند پائین بودن سن افراد، پائین بودن میزان مصرف الکل و مواد مخدر، تفاوت در نوع عمل جراحی و ملاکهای تشخیصی دلیریوم، پیشرفت روشهای بیهوشی و جراحی باشد. اعتقادات مذهبی و اعتقاد به دنیای پس از مرگ در فرهنگ ما باعث کاهش اضطراب قبل از عمل و در نتیجه کاهش میزان بروز دلیریوم می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دلیریوم، جراحی عمومی، جراحی قلب باز، اختلالات شناختی.

مقدمه:

نیست. این اختلال به صورت حاد شروع شده و اغلب سیری کوتاه و نوسانی دارد و در صورت رفع عوامل سببی سریعاً بهبود می‌یابد. با وجود این ممکن است مشخصات مذکور در همه بیماران یکسان نباشد (۱). ناهنجاری‌های خلق و

دلیریوم یک اختلال شناختی است. ویژگی اساسی آن اختلال هوشیاری بوده که با تغییر در اعمال شناختی همراه است. همچنین علائم موجود ناشی از زوال عقل^۱ قبلی یا در حال ظهور

* استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

** روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی گروه روانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

1- Dementia

دریافت مقاله: ۸۰/۱۲/۵ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۲/۱۲/۲۳ اعلام قبولی: ۸۲/۱۲/۲۳

عوامل خطر دلیریوم شامل سن بالا، وضعیت قلبی، پیچیدگی و طول مدت عمل، اختلال شناختی قلبی، اختلال طبی شدید همراه و بیماری روانپزشکی قلبی (اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و...) می‌باشد (۱۱ و ۱۰). بلچلی^۴ و استار^۵ اول بار اصطلاح دلیریوم بعد از برش جراحی قلب را به صورت یک سندرم تعریف کردند که شامل اختلال جهت‌یابی، حافظه، هوش، قضاوت و نوسانات هیجانی است (۸). اساساً دلیریوم بعد از برش جراحی قلب با عمل جراحی قلب باز^۶ همراه بوده اما بعداً این اصطلاح برای دلیریوم بعد از عمل شنت عروق کرونر بکار رفته است. اگر چه بر خلاف عمل ترمیم دریچه و نقائص مادرزادی این عمل به باز کردن وسیع قلب نیاز ندارد و لخته کمتری به جریان خون می‌فرستد (۸). دلیریوم بعد از عمل شنت عروق کرونر در ۳۰-۱۰ درصد بیماران اتفاق می‌افتد و ممکن است مربوط به بیهوشی باشد (۱۲).

واندر^۷ و همکارانش اصطلاح دلیریوم بعد از جراحی قلب را بدون توجه به نوع جراحی استفاده کردند. آنها چهل و چهار مطالعه تحقیقی مجلات انگلیسی زبان را که بین سالهای ۱۹۸۷-۱۹۶۳ منتشر شده و توسط اسمیت^۸ و دیمسدال^۱ متاآنالیز شده بود را باز نگری کردند. اسمیت و دیمسدال میزان بروز دلیریوم و رابطه آن

ادراک و رفتار از علائم روانی شایع هستند (۲، ۳). اهمیت شناخت دلیریوم موارد ذیل را برمی‌گیرد: نیاز بالینی برای شناخت و درمان علت زمینه‌ای و نیاز برای پیشگیری از عوارض دلیریوم مانند مصدومیت احتمالی به دلیل اختلال هوشیاری بیمار یا عدم هماهنگی حرکتی و استفاده غیرضروری از مهار فیزیکی.

مختل شدن برنامه روزمره بخش، مسئله‌ای بسیار مزاحم در بخش‌های غیر روانپزشکی نظیر واحدهای مراقبت ویژه و بخش‌های طب داخلی و جراحی است (۳). در جراحی قلب به دلیل کاهش دمای بدن و گردش خون خارج از بدن^۱ عوارض زیادی وجود دارد (۴، ۵، ۶، ۷). از عوارض روانپزشکی شایع آن دلیریوم است که میزان آن در مقالات مختلف ۵۷-۲ درصد گزارش شده است که بستگی به روش تحقیق، انتخاب نمونه، نوع عمل، روش ارزیابی و ملاک‌های تشخیصی و تعریف دلیریوم دارد (۸، ۹، ۱۰).

تقریباً یک چهارم تا یک سوم بیماران روزهای دوم تا پنجم بعد از عمل جراحی قلب دچار دلیریوم می‌شوند (۱۰). اخیراً میزان بروز دلیریوم بعد از برش جراحی قلب^۱ بیش از ۹۰ درصد گزارش شده در حالی که در جراحی عمومی ۱۵-۱۰ درصد است (۳). بسیاری از بیماران مبتلا به دلیریوم خفیف تشخیص داده نمی‌شوند و به دلیل اغتشاش شعور در ساعات اولیه صبح یا غروب سندرم غروبی^۲ محسوب می‌شوند (۳).

4- Blachly

5- Starr

6-Open heart surgery

7- Vander

8- Smith

1- Extracorporeal circulation

2-Post cardiomy Delirium

3- Sun downing

با این حال دو نتیجه محتاطانه گرفته شد، یکی اینکه هیچ عامل خطری قویاً با دلیریوم ارتباط ندارد و دیگر اینکه احتمالاً میزان بروز دلیریوم کاهش یافته است (۸).

با توجه به مطالبی که ذکر شد این مطالعه برای اولین بار در بخش جراحی قلب بیمارستان گلستان با هدف کلی مقایسه میزان بروز دلیریوم در بیماران جراحی قلب باز و جراحی عمومی صورت گرفت. بدیهی است نتایج این مطالعه می‌تواند مبنایی برای مطالعات بعدی در مورد بررسی عوامل خطر زمینه ساز و علل دلیریوم پس از جراحی قلب باز باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش مقایسه‌ای انجام شده است. سی نفر با محدوده سنی ۶۳-۴۰/۵ سال که در بخش جراحی قلب بیمارستان گلستان تحت عمل جراحی قلب باز قرار گرفتند، انتخاب شدند. سی نفر بیمار با همان محدوده سنی از بخش جراحی عمومی به عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. دو گروه از نظر سن، جنس و نوع بیهوشی مطابقت داده شدند نمونه‌گیری به روش آسان انجام شد. بیماران دچار ناشنوایی، نابینایی یا ناتوانی در صحبت کردن به دلیل عدم توانایی انجام آزمون‌ها کنار گذاشته شدند. بیمارانی که به بخش فوریت مراجعه و سریعاً عمل می‌شدند، به دلیل عدم انجام معاینه روانی قبلی از مطالعه حذف شدند.

را با ۲۸ عامل خطر مطرح شده بررسی کردند و نتیجه آن میزان بروز نسبتاً ثابت ۳۲ درصد بود. بجز مسائل روانپزشکی قبل از عمل آنها نتوانستند هیچ رابطه مشخصی بین دلیریوم بعد از جراحی قلب باز و عوامل خطر دیگر پیدا کنند در صورتی که در بازنگری واندرو و همکارانش روی نتایج روشهای این چهل و چهار مطالعه بهتر می‌شد نظر داد. آنها به این نتیجه رسیدند که به دلیل یکسان نبودن ملاکهای تشخیصی دلیریوم و نداشتن تعریف مشخص از آن از یک سو و عملی نبودن کاربرد ملاکهای تشخیصی از سوی دیگر میزان بروز و عوامل خطر هنوز هم مورد سؤال است. اگر چه عوامل خطر احتمالی نظیر سن، جنسیت و مدت زمان خارج کردن قلب و ریه از جریان خون بطور مکرر گزارش شده ولی متاآنالیز این مطالعات تا وقتی که نمونه‌ها یکسان نباشند، امکان‌پذیر نیست. ضمناً نمونه‌های متوالی و یکسان بیماران نیز ضمانتی برای یکسان بودن مطالعات نیست. عوامل مؤثر دیگری در بروز وجود دارند مثل نوع بیمارستان، محیط انجام کار، تعداد تختها، تجربه جراح و ملاکهای تعیین شده که اینها اغلب منظور نشده بود. از همه اختلافات گزارش شده فقط سال انتشار مقاله با میزان بروز رابطه داشت که با گذشت زمان کم می‌شد. این مسئله خود ناشی از تفاوت روشهای جراحی و جدا کردن قلب و ریه از جریان خون می‌باشد. از این گذشته روشهای آماری به کار رفته نیز خوب توصیف نشده بود. در نتیجه بیشتر مطالعات را نمی‌شد با هم مقایسه کرد.

لازم نیز طبق دستورالعمل قلبی انجام گرفته و نتیجه آن در پرسشنامه ثبت می‌شد. درصورت لزوم از توضیحات خانواده بیمار نیز جهت اطلاع بیشتر و ارزیابی عملکرد بیمار استفاده می‌شد. از آنجا که احتمال بروز دلیریوم بین روزهای دوم تا پنجم بعد از عمل و در ساعات اولیه صبح و غروب بیشتر است (۱۰)، طی روزهای یاد شده هنگام صبح و غروب از بیماران معاینه وضعیت روانی به عمل آمده و آزمونهای لازم تکرار می‌شد. جهت بررسی بیشتر رفتار، وضعیت خواب و بیداری و نوسانات علائم در ساعات دیگر شبانه روز از گزارشات پرستاری موجود در پرونده و اطلاعاتی که شفاهاً از آنها کسب می‌شد و همچنین مشاهدات همراهان بیمار استفاده شد. ضمناً در مورد دریافت داروی مسکن و خواب‌آور قبل از انجام معاینه وضعیت روانی اطلاع کسب می‌شد تا علائم ناشی از داروی مسکن یا خواب‌آور نباشد. بعد از انجام مراحل فوق چنانچه بیماری در فاصله روزهای دوم تا پنجم بعد از عمل به طور گذرا دچار افت نمره حافظه و توجه، کاهش سطح هوشیاری و جهت یابی مختل می‌شد براساس ملاکهای تشخیصی چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی تشخیص دلیریوم دریافت می‌کرد. گروه جراحی عمومی نیز طبق هماهنگی قلبی با بخش جراحی عمومی بیمارستان گلستان مورد مطالعه قرار گرفتند و روش اجرای کار مشابه گروه جراحی قلب باز بود. جهت مقایسه میزان بروز دلیریوم در دو گروه از آزمون آماری فیشر^۱ استفاده شد.

1- Fisher exact test

بیمارانی که در بخش جراحی عمومی اعمال جراحی جزئی انجام می‌دادند نیز کنار گذاشته شدند. پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات مربوط به مشخصات بیمار، نوع عمل، شرح حال و معاینه وضعیت روانی بر اساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماریهای روانی و مجموعه آزمونهای سرند شناختی بیماران آسیب مغزی (۱۳) تهیه و تنظیم شد. این مجموعه کارکردهای عمده شناختی را در نه حوزه اندازه‌گیری می‌کند و حداکثر نمره‌ای که در تمام حوزه‌های شناختی یک آزمودنی کسب می‌کند ۱۸۵ است. هرچه آزمودنی نمره بالاتری به دست آورد گویای وضعیت شناختی بهتر وی است. در پرسشنامه‌ای که جهت بررسی دلیریوم تنظیم شد، توجه و حافظه براساس آزمون فوق سنجیده و نمره‌گذاری شد. مقیاس توجه از ردیابی یا کنترل ذهنی، گوش بزنگی و حفظ توجه و توانایی تغییر توجه تشکیل گردیده است و حداکثر ۳۵ نمره دارد. در مقیاس حافظه از بخش قدرت یادگیری مطالب جدید و حافظه اخیر استفاده شده است و نمره نهایی این بخش نیز حداکثر ۱۰ نمره است. جهت اجرای پژوهش طبق هماهنگی قلبی با بخش جراحی قلب با مراجعه به این بخش شرح حال و معاینه وضعیت روانی و تکمیل پرسشنامه توسط دستیار مجری طرح انجام می‌شد بطور معمول بیماران یک روز قبل از عمل جراحی بستری می‌شدند. بنابراین شب قبل از عمل با کسب اجازه شفاهی از بیمار شرح حال و معاینه وضعیت روانی به عمل می‌آمد. صورت آزمونهای

نتایج

نمونه مورد مطالعه شامل سی نفر با جراحی قلب باز بود که شانزده نفر از آنها مرد و چهارده نفر زن بودند. اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. مشخصات جمعیتی نمونه پژوهش در جدول یک آمده است. با توجه به جداول سه و چهار متوسط نمرات حافظه فوری و اخیر و نمره توجه پس از عمل در افرادی که دچار دلیریوم شدند نسبت به افرادی که دچار دلیریوم نشدند واضحاً کاهش یافته است ($P < 0.5$). در افراد مبتلا به دلیریوم کاهش سطح هوشیاری و اختلال جهت‌یابی نسبت به زمان نیز مشاهده شد. با توجه به جدول دو از سی مورد جراحی قلب باز سه مورد و از سی مورد جراحی عمومی یک مورد دچار دلیریوم شدند. آزمون فیشر اختلاف معنی‌دار آماری نشان نداد. لذا این فرضیه که میزان بروز دلیریوم در بیماران جراحی قلب باز از جراحی عمومی بیشتر است مورد تأیید نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه توصیفی نشان می‌دهد که میزان بروز دلیریوم در جراحی قلب باز ۱۰ درصد و در جراحی عمومی ۳/۳ درصد می‌باشد. همانطور که در مقدمه گفته شد این میزان در جراحی قلب باز یک چهارم تا یک سوم (۱۰) و حتی تا ۹۰ درصد و در جراحی عمومی ۱۵-۱۰ درصد است (۳). در بررسی چهل و چهار مطالعه در مورد میزان بروز دلیریوم پس از جراحی قلب مشخص شد که میزان بروز دلیریوم در گذشته بیشتر بوده، و با

گذشت زمان کمتر شده (۸) که احتمالاً ناشی از پیشرفت روشهای جراحی و بیهوشی است. شاید پیشرفت روشهای جراحی قلب و بیهوشی در پائین بودن بروز میزان دلیریوم در این تحقیق نقش داشته باشد میانگین سن افراد در این مطالعه ۵۱/۹۴ سال و انحراف معیار ۱۱/۳۷ سال است. بالطبع پائین‌تر بودن اختلال شناختی مانند زوال عقل در این دوره سنی از عوامل خطر احتمالی می‌کاهد (۱۰).

کمتر بودن میزان سوء مصرف الکل و مواد در فرهنگ ما در کاهش بروز دلیریوم نقش دارد زیرا سوء مصرف مواد و الکل یکی از زمینه‌سازهای ایجاد دلیریوم است (۱۰). اعتقاد به اصول دینی و زندگی پس از مرگ، روابط عاطفی و خانوادگی قوی خصوصاً هنگام بیماری و اعمال جراحی در فرهنگ گروه مورد مطالعه ما باعث کاهش اضطراب قبل از عمل جراحی می‌گردد و کاهش اضطراب قبل از عمل در پیشگیری از وقوع دلیریوم مؤثر است (۱۰). از طرف دیگر بیماران فقط در دو نوبت توسط پزشک مجری طرح معاینه می‌شدند و علائم گذرای دلیریوم در ساعات دیگر شبانه روز از نظر دور می‌ماند. علیرغم استفاده از گزارش کارکنان بخش آشنایی کمتر آنها با علائم دلیریوم می‌تواند دقت مطالعه را کاهش دهد. همچنین ممکن است ملاکهای تشخیصی بکار گرفته شده در این تحقیق با تحقیقات دیگر متفاوت باشد.

جدول ۱: توزیع سن و جنسیت در گروه جراحی قلب باز و جراحی عمومی

محدوده سنی	انحراف معیار	میانگین سن (سال)	تعداد		جنس
		جراحی قلب باز و عمومی	جراحی عمومی	جراحی قلب باز	
۴۳/۵-۶۱	۸/۷۵	۵۲/۵۷	۱۴	۱۴	زن
۳۷/۵-۶۴/۵	۱۳/۳۱	۵۱/۳۱	۱۶	۱۶	مرد
۴۰/۵-۶۳	۱۱/۹۴	۵۱/۹۴	۳۰	۳۰	کل

جدول ۲: فراوانی افراد مبتلا به دلیریوم در جراحی قلب باز و عمومی

جمع	تعداد افراد غیر مبتلا به دلیریوم	تعداد افراد مبتلا به دلیریوم	
۳۰	۲۹	۱	جراحی عمومی
۳۰	۲۷	۳	جراحی قلب باز
۶۰	۵۶	۴	جمع

جدول ۳: متوسط نمره توجه در جراحی قلب باز و جراحی عمومی

قبل از عمل	بعد از عمل	
۱۶/۱۶	۱۳/۸۳	افراد مبتلا به دلیریوم
۱۹/۳۷	۲۰/۱۸	افراد غیر مبتلا به دلیریوم

جدول ۴: متوسط نمره حافظه فوری و اخیر در جراحی قلب باز و جراحی عمومی

قبل از عمل	بعد از عمل	
۸/۳۳	۵/۵	افراد مبتلا به دلیریوم
۷/۳۴۷	۷/۲۸۲	افراد غیر مبتلا به دلیریوم

منابع

نیکخو م؛ آوادیس یانس ه؛ نقشبندی س، چاپ چهارم، جلد اول، تهران: انتشارات علمی؛ ۱۹۹۴؛ صص ۲۴۶-۲۳۸.

۱- انجمن روانپزشکی آمریکا، چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ترجمه

9-Gokgoz; Cunaydin S; Sinci V; Unlu M; Boratav C. Psychiatric complication of cardiac surgery post operative delirium syndrom. Scan-Cadiovas-J. 1997; 31(4): 217-222.

10-Katon W; Suliva M; Michael R. cardiovascular disorders. In; Kaplan HI, sadok Bj. Comprehensive text book of psychiatry. 6th ed. Baltimore: Wiilams & Wilkins. 1995; 1491.

11-Walzer TA; Hermann M. Neuropsychological and psychopathological changes following cardiac Surgical procedures. Fortschr-Neurol-Psychiatry. 1998 Feb; 66(2): 68-88.

12-Ola Sc lens, PhD; Guy Mckhann, MD. Coronary Artery Bypass Surgery and the brain. The New England Journal of Medicine, 2001; 344(6).

۱۳- دولتشاهی ب؛ ملکوتی ک؛ مقدسی م. تهیه

آزمون سرنند شناختی بیماران آسیب مغزی. اندیشه

و رفتار، ۱۳۷۳، سال سوم، شماره ۴، ص ۵۷-۴۸.

۲- گیلدر م؛ گات د؛ مه یور؛ کوون ف؛ درسنامه روانپزشکی آکسفورد، ترجمه پورافکاری ن، جلد اول، تبریز: انتشارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، ۱۳۷۶؛ ص ۳۶۴.

3-Kaplan HI, Sadok B. J, Grebb S. A Synopsis of psychiatry. 8 th ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 2003; 324.

4-Kirklin J, Brain G. Cardiac surgery. 2th ed. Churhill Livigstone. 1993; 66-72.

5-Kalmar P; Krebbr HJ; Meffert HJ; Poker H. Central nervous system risk factors in heart surgery. Z-kardiol. 1990; 79 suppl 4:13-21.

6-Asenbaum S; Zeithofer J; Spiss C; Wolner E; Deekee L. Neurologic and psychiatric complications after heart sugery. Kline-Wochenschy. 1991; may 24; 69(8): 368-73.

7-Oate RK, Simpson JM; Turbull JA; Cartmil TB. The relationship between intelligence and duration of circulatory arrest with deep hypothermia, J-Thorac-cardiovasc-surg. 1995; 110(3): 786-22.

8-Vander M; Roset FH. Delirium after cardiac surgery, a critical review. J- psychosom-Res. 1996 JuL; 41(1): 13-30.