

ARTYKUŁ POGLĄDOWY

Wpłynęło: 09.10.2008 • Poprawiono: 15.10.2008 • Zaakceptowano: 15.10.2008

© Akademia Medycyny

Uwagi na marginesie

Side-notes

Stefan Krzymiński

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Samodzielny
Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciburzu



Streszczenie

Zaburzenia świadomości są definiowane jako przemijające stany uogólnionych zaburzeń procesów poznawczych z obniżonym lub falującym poziomem świadomości. Najczęściej są skutkiem poważnych chorób somatycznych i o.u.n., oraz stosowanych leków, zwłaszcza u osób w wieku podeszłym. Pooperacyjne zaburzenia świadomości także szczególnie częste są u ludzi starszych. Anestezjologia i psychiatria to specjalności, które najczęściej mają do czynienia z pacjentami z zaburzoną świadomością. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 232-237.*

Słowa kluczowe: zaburzenia świadomości, starzenie się

Summary

Delirium is defined as transient global impairment of cognitive functions with reduced or fluctuating level of consciousness. Delirium the most frequently is due to somatic diseases, CNS impairment or prescription medications, especially in the elderly. Postoperative delirium is particularly common in the elderly, too. Anaesthesiology and psychiatry are fields of medicine those particularly frequently deal with delirious patients. *Anestezjologia i Ratownictwo 2008; 2: 232-237.*

Keywords: delirium, ageing

Tytułowe notatki sporządziłem na marginesie artykułu profesora Leona Drobnika „Dramat świadomości” z nr. 3. 2008. *Anestezjologii i Ratownictwa*. Autor zachęca w nim do interdyscyplinarnej dyskusji „...o świadomości, roli starzenia i ich znaczeniu dla stosowanego znieczulenia”. O świadomości dyskutować można w nieskończoność. Ilość teorii jej dotyczących wskazuje, że żadna nie zbliża się nawet do istoty rzeczy. Przypomina to dywagacje nad początkiem wszechświata. Astronomowie wiedzą, a przynajmniej do niedawna wiedzieli, co działo się w 15 minut po „wielkim wybuchu” (jeżeli taki był). Niestety nie wiedzą co działo się w ciągu tego pierwszego kwadransu. Nie inaczej jest z badaniami nad świadomością.

Droga, jaką przebyła neuronauka w ciągu zaledwie kilku ostatnich dziesięcioleci jest rzeczywiście imponująca. Jak sądzę nic jej nie wyznacza lepiej niż dwie książki, autorstwa dwóch noblistów. Pierwsza to napisana w 1964 roku (wydanie polskie w 1968 r.) przez Johna C. Ecclesa „Fizjologia synaps nerwowych”, w której nie ma wzmianki o neuroprzekaźnikach, dopaminie, serotoninie (wspomina się o występowaniu 5-hydroksytryptaminy u mięczaków). Druga książka to Francis Cricka, laureata Nagrody Nobla za odkrycie helisy DNA, „Zdumiewająca hipoteza, czyli nauka w poszukiwaniu duszy” (wydanie polskie w 1997 r.). Wysunął on w niej przypuszczenie, że w zakręcie obręczy może mieścić się ośrodek „wolnej woli”. Byłoby to

więc anatomiczne podłoże duszy (?), a zarazem materializacja tego, czym zajmuje się np. metafizyka. Dla niej przecież najważniejsze są pytania o sens, dobro, zło, o nas [1]. W sumie więc to, co wiąże się ze świadomością. Specyficznie ludzka wydaje się być świadomość rozszerzona (a więc w znacznie szerszym znaczeniu niż tylko stan przytomności), z którą wiąże się zdolność do refleksji, uświadomienia sobie czasu, przestrzeni, własnego „ja” [2]. Jeżeli przyjąć, że człowiek stworzył cywilizację by zwiększyć swoje szanse na przetrwanie, to nie byłoby to możliwe bez wcześniejszego pojawienia się świadomości, tej w szerszym pojęciu i wywodzącej się z niej świadomości społeczno-historycznej. Skąd się wzięła? Tu wracamy do początku wszechświata. Można badać i opisywać w tysiącach publikacji co działo się i dzieje po „Wielkim Wybuchu Świadomości”, bez wglądu w to skąd się wzięła. Aż tyle i tylko tyle.

Nie zgadzam się z cytowanym przez autora poglądem H.K. Beechera, że siłą (drugą) anestezjologii stanowi możliwość badania świadomości dzięki posługiwaniu się na co dzień narzędziem pozwalającym na bezpieczne i powtarzalne osiągnięcie różnych stopni zniesienia świadomości. Nie jest to bowiem badanie świadomości w sensie jej istoty. To znaczy jako podstawowego stanu psychicznego warunkującego wszelkie inne. Mierzony jest tylko, z pewnością coraz lepiej, jej poziom. Dla naszej zwykłej, codziennej praktyki takie rozważania nie mają zresztą znaczenia. Zajmujemy się po prostu oceną jednostkowej (osobniczej) świadomości i, w razie potrzeby, leczeniem jej ilościowych i jakościowych zaburzeń. Mogą one występować w każdym wieku. Osoby w wieku podeszłym są na nie szczególnie narażone. Już przed dziesięciu laty wskazywano, że około 25% operowanych to chorzy po 65 r.ż. i zakładano, że wraz z rozwojem anestezjologii, technik operacyjnych, rozszerzania wskazań do leczenia operacyjnego odsetek ten może wzrosnąć do 50% [3].

Sądzi się, że zaburzenia świadomości występują u 30% chorych hospitalizowanych i 70-80% pacjentów oddziałów intensywnej opieki medycznej, chociaż u tych ostatnich w prawie 2/3 przypadków nie są rozpoznawane. Ich występowaniu sprzyja większa ilość chorób współistniejących, zaawansowany wiek (>75l.), niesprawność funkcji poznawczych [4,5]. Liczba przyczyn zaburzeń świadomości w wieku podeszłym jest praktycznie nieograniczona. Mogą do nich prowadzić czynniki nieistotne w młodszym wieku. To zwiększone ryzyko jest następstwem powszechności wspomnianej wyżej wielochorobowości i związanej z nią polifarma-

koterapii. Ponad 20 lat temu Evans, badając przyczyny „zespołu zachodzącego słońca”, czyli pojawiających się u osób w wieku podeszłym wieczornych i nocnych zaburzeń świadomości stwierdził, że na każdego z członków badanej grupy przypadało średnio 5 chorób somatycznych i 7 jednocześnie przyjmowanych leków [6]. W niedawnych polskich badaniach, przeciętna ilość chorób stwierdzanych u osób w starszym wieku przekraczała cztery [7]. Wielochorobowość zdaje się więc utrzymywać na stałym poziomie. Natomiast polifarmakoterapia chyba przybiera na sile. Do leków przepisywanych przez nas dodać należy leki kupowane bez recepty.

Trzeba pamiętać, że zaburzenia świadomości są zawsze zjawiskiem wtórnym. Sygnalizują nową chorobę somatyczną lub pogorszenie choroby wcześniej rozpoznanej. Zdarza się, że u pacjenta przyjętego do oddziału psychogeriatrycznego skuteczne leczenie, np. zakażenia dróg moczowych lub przywrócenie równowagi wodno-elektrolitowej usuwa zaburzenia świadomości, bez potrzeby stosowania leków psychotropowych. W wieku podeszłym zaburzeniom świadomości sprzyjają także takie czynniki egzogenne jak zmiana środowiska (hospitalizacja), śmierć bliskiej osoby.

Poza dyskusją pozostaje to, co profesor Drobnik napisał o sposobie kontaktowania się z pacjentem. O poszanowaniu jego godności, podmiotowości. Wybitny psychiatra, a przede wszystkim niezwykle człowiek, profesor Adam Bilikiewicz pisał, że karygodne jest zwracanie się do chorego „per ty”. Za zgodą pacjenta, lub gdy nie ma z jego strony sprzeciwu, można używać formy „panie Jurku”, „pani Zosiu” [8]. Dotyczy to każdego oddziału, niezależnie od specjalności. Chorzy z otępieniem, zaburzeniami świadomości, a więc z bardzo zaburzonym funkcjonowaniem poznawczym, reagują pozytywnie, gdy zwracamy się do nich w sposób właściwy, odnoszący się do tego niezwykłego zjawiska, jakim jest jaźń, podścielisko wszystkich faktów i dyspozycji psychicznych, której ani faktycznie, ani myślowo nie da się podzielić [9].

Psychiatria i anestezjologia to specjalności, które najczęściej mają do czynienia z pacjentami z zaburzoną świadomością. Inne wspólne obszary działania, chociaż nieczęste, to np. leczenie elektrowstrząsowe, wymagające współpracy psychiatry i anestezjologa. Intensywnej opieki medycznej mogą wymagać pacjenci psychiatryczni, u których w przebiegu leczenia lekiem neuroleptycznym albo przeciwdepresyjnym wystąpił

złośliwy zespół neuroleptyczny lub zespół serotoninowy. Są to stany rzadkie, ale potencjalnie zagrażające życiu. Z kolei jedno długotrwałe znieczulenie, ponad trzygodzinne, lub kilka krótszych, zalicza się do „biologicznych zdarzeń życiowych”, mogących sprzyjać powstawaniu deficytów poznawczych. Siłą rzeczy, z czasem, można oczekiwać, że coraz ściślejsza współpraca tych dwóch specjalności stanie się rzeczą zwykłą. Z własnego doświadczenia wiem jak pożyteczna jest codzienna współpraca z anestezjologiem w oddziale

psychogeriatrycznym.

Adres do korespondencji:

Stefan Krzywiński

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych,

SPZOZ w Ciborzu, 66-213 Skąpe;

Tel. (0-68) 34-19-450, -525;

Fax (0-68) 34-19-494;

E-mail: szpital@ciborz.eu

Piśmiennictwo

1. Innego końca świata nie będzie - z Barbarą Skargą rozmawiają Katarzyna Janowska i Piotr Mucharski. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2008.
2. Wciórka J. Psychopatologia. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). Psychiatria T.I. Podstawy psychiatrii. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 321-434.
3. Wordliczek J, Wojtas J. Problemy anestezjologiczne u chorych w podeszłym wieku. Gerontologia Polska 1997; 5(3): 4-12.
4. Parnowski T. Prewencja i postępowanie w zaburzeniach świadomości. Psychogeriatr Pol 2008; 5(1): 15-28.
5. Truman Pun B, Ely W. Problem zaburzeń świadomości na oddziale intensywnej opieki medycznej: aktualne poglądy dotyczące monitorowania i leczenia. Psychiatria po Dyplomie 2005; 2(3): 39-45.
6. Evans L. Sundown syndrome in institutionalized elderly. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 101-8.
7. Szczerbińska K. Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa polskiego. W: Szczerbińska K (red.). Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006: 29-43.
8. Bilikiewicz A. Badanie psychiatryczne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). Psychiatria T. I. Podstawy psychiatrii. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 435-52.
9. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna. T. I. Warszawa: PZWL; 1989.