
Miroslav Cvetanović¹, Jasmina Cvetanović², Rastko Živić¹,
Miljan Milanović¹, Đorđe Miladinović¹

HIRURŠKI BOLESNICI SA PSIHIČKIM TEGOBAMA

Sažetak: Kod pacijenata sa psihijatrijskim bolestima češće se javljaju određena internistička/hirurška oboljenja, a perioperativni period ima svoje specifičnosti usled mogućeg kognitivnog deficita, izmenjenog psihičkog statusa i upotrebe psihofarmaka/psihoaktivnih supstanci. Važnost preoperativne dijagnoze psihičkih tegoba i njihov uticaj na postoperativne rezultate dokumentovani su u brojnim studijama. Psihijatrijski komorbiditet može značajno uticati na dijagnostiku hirurškog oboljenja i preoperativnu pripremu bolesnika, tok operacije i anesteziju, postoperativni oporavak i svakodnevnu negu ovih pacijenata. Određena psihijatrijska stanja su pod povećanim rizikom za relaps/pogoršanje simptoma u perioperativnom periodu.

Ključne reči: psihijatrijski bolesnici, hirurške intervencije, anestezija, zavisnost

Uvod

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, svaki 25. stanovnik planete ima jednu veliku hiruršku intervenciju godišnje. Sa druge strane, procenjuje se da trećinu poseta lekaru opšte prakse čine pacijenti sa psihičkim tegobama, dok je prevalenca ovih bolesnika na hirurškim odeljenjima 15–50%. Među najčešćim bolestima su organski psihosindromi (demencija, delirijum), anksioznost, depresija i alkoholizam. Hirurški pacijenti često imaju prethodna psihijatrijska oboljenja, a veliki broj psihičkih tegoba može postati evidentno i u periodu posle operacije.

Psihijatrijske bolesti i tegobe kod hirurških pacijenata

Iako sve psihičke tegobe ne predstavljaju psihijatrijske bolesti u užem smislu, statistički podaci govore o visokom procentu ove simptomatologije u opštim bolnica-

¹ Klinika za opštu hirurgiju KBC Dr Dragiša Mišović

² Gradski zavod za hitnu medicinsku pomoć

ma, koja kod pacijenata prolazi nedijagnostikovano i neadekvatno lečeno. Istraživanje koje je obuhvatilo 400 nemačkih pacijenata sa internističkog i hirurškog odeljenja pokazalo je prevalencu psihijatrijskih oboljenja 30–50%. U ovoj studiji se među najčešćim navode organski psihosindromi, depresija i alkoholizam, bez značajne razlike između internističkih i hirurških pacijenata. Psihijatrijska konsultacija/intervencija je bila potrebna kod skoro polovine ispitanika, a 25% pacijenata imalo je potrebu za kontinuiranom psihijatrijskom negom posle završene hospitalizacije (1). Prospektivna studija dva hirurška odeljenja u Irskoj zabeležila je tešku depresiju kod 12.5% pacijenata, značajnu generalizovanu anksioznost kod 19%, a mešanu anksioznost i depresiju visokog stepena kod 8% hospitalizovanih. (2)

Hirurški pacijenti često imaju prethodna psihijatrijska oboljenja, a veliki broj psihičkih tegoba mogu postati evidentni u periodu posle operacije. Prevalenca ovih simptoma kod hirurških pacijenata je 15–50%, a oni često ostaju nedijagnostikovani.

Perioperativni period bolesnika sa psihičkim tegobama

U preoperativnom periodu konsultacija psihijatra se najpre odnosi na pitanja pristanka pacijenta na intervenciju. Sa jedne strane, mora se proceniti uračunljivost pacijenta prilikom saglasnosti za operaciju, pogotovo kod težih psihijatrijskih oboljenja, a sa druge, se sreće odbijanje intervencije usled kognitivnih poremećaja, panike ili depresije. Druga preoperativna pitanja najčešće uključuju strah od operacije, anestezije, igala i krvi, što za rezultat može imati panični napad i zahtevati intervenciju psihijatra. Takođe se moraju evaluirati pridružene psihijatrijske bolesti i terapija koju pacijent koristi jer su oboleli od generalizovanog anksioznog poremećaja, depresije i psihoza pod povećanim rizikom za relaps/pogoršanje simptoma u postoperativnom periodu. Paranoidni, anksiozni i shizoidni tip ličnosti sa generalno diskretnim tegobama mogu u stanju fizičkog i psihičkog stresa nakon intervencije ispoljiti čitav niz poremećaja ponašanja, što ne sme iznenaditi medicinsko osoblje koje neguje pacijenta.

Procenat hirurških pacijenata koji u terapiji koriste antidepresive je oko 35%. U vreme najčešće upotrebe MAO inhibitora važno je pravilo da se lekovi isključe pre planirane opšte anestezije. Danas je to sve ređa praksa jer su istraživanja pokazala da se u slučaju prekida terapije češće javlja ozbiljna depresija i delirijum, a da je uticaj na hipotenziju i pojavu aritmija tokom anestezije nepromenjen. (3) Perioperativni period pacijenata sa shizofrenijom praćen je poteškoćama jer bizarno ponašanje ovih bolesnika može kod lekara i sestara dovesti do lošijeg terapijskog pristupa. Kod ovih pacijenata takođe može postojati kognitivni poremećaj različitog nivoa ili deficit logičkog razmišljanja koji im onemogućava da prate instrukcije u lečenju. Pacijenti sa paranoidnom sumanutošću mogu odbiti operaciju ili postoperativnu negu usled pogrešnog verovanja da medicinsko osoblje hoće da ih povredi. Stres povezan sa hirurģijom utiče i na pacijente sa bipolarnim poremećajem i može dovesti do akutnog

relapsa u maničnu fazu. Prekid oralnog unosa lekova perioperativno se odnosi na litijum, neke antidepresive, većinu antipsihotika i antikonvulziva, a kao zamena za stabilizatore raspoloženja koriste se antipsihotici parenteralno.

Strah od operacije je prisutan kod mnogih pacijenata, a preoperativna anksioznost u visokom procentu (54%) je još pre 30 godina dokumentovana u istraživanju koje je obuhvatilo 150 hirurških bolesnika. Anksioznost u vezi s anestezijom sreće se kod trećine ispitanika i najviše se odnosi na strah da će dejstvo anestetika prestati u toku same operacije ili da se pacijent neće probuditi iz anestezije. Sa pojavom ambulantnih intervencija i upotrebe anestetika koji prouzrokuju pliću anesteziju može se desiti da se pacijenti sećaju nekih događaja iz intraoperativnog perioda i da to zahteva posebne mere u postoperativnoj nezi. Neka istraživanja elektivnih operacija na koronarnim arterijama pokazuju da pacijenti osećaju najveći strah tokom čekanja prilikom bolničkog prijema, što u prvi plan stavlja medicinske sestre u smislu podrške i pružanja informacija. Stručnost i empatičan odnos prema pacijentu kroz objašnjenja i pružanje važnih informacija može smanjiti preoperativnu anksioznost, postoperativni bol i dužinu trajanja hospitalizacije. (4) Iako je ovaj vid podrške pacijentima vremenski i energetski zahtevan, neke studije pokazuju da može biti efektivniji od primene benzodijazepina u preoperativnom periodu. Među pacijentima se često sreće i strah od igle i infekcija koje se mogu preneti krvlju (transfuzija). Jak strah od igala i medicinskih instrumenata prisutan je kod 10 do 21% odraslih i može dovesti do slabosti i kratkotrajnog gubitka svesti zbog jake vazovagalne reakcije koja je delimično nasledna.

Hronična zloupotreba alkohola se češće sreće kod hirurških pacijenata u odnosu na psihijatrijske i neurološke, što bi bilo više očekivano. Preko 50% pacijenata sa karcinomom gastrointestinalnog trakta je zavisno od alkohola, a isti procenat bolesnika na odeljenjima traumatologije zadobilo je povrede pod dejstvom alkohola. Pored ozbiljnih simptoma koji prate apstinencijalnu krizu, morbiditet i mortalitet usled hirurške infekcije, kardiopulmonalne insuficijencije i krvarenja je 2 do 4 puta viši kod hroničnog alkoholizma. (5) Razvoj apstinencijalne krize može promeniti normalan postoperativni tok i ugroziti život pacijenta. Uvek treba misliti na ovu mogućnost kod teških trauma gde je bolesnik intubiran i gde se ne mogu dobiti validni anamnestički podaci o konzumiranju alkohola. Hronični alkoholizam može smanjiti ili povećati dejstvo anestezije, što zavisi od stanja jetre, količine konzumiranog alkohola i upotrebe lekova koji se metabolišu u jetri. Komplikacije alkoholizma, kao što su ciroza jetre, epileptični napadi, pankreatitis, polineuropatija i kardiomiopatija, takođe mogu progredirati u stanja koja zahtevaju hiruršku intervenciju. Češća pojava postoperativne infekcije vezuje se za oslabljen imunitet i izraženo lučenje hormona stresa u odgovoru na hiruršku traumu tkiva. Jača intraoperativna krvarenja se očekuju kod hroničnih alkoholičara usled smanjenog stvaranja faktora koagulacije u jetri, a česta pothranjenost dovodi do produženog i komplikovanog zarastanja rana. Zavisnost od opioida se ređe sreće od alkoholizma kod hirurških pacijenata, ali može predstavljati

problem u anesteziji i zahtevati veće doze lekova za kupiranje postoperativnog bola zbog razvijene tolerancije.

Postoperativni delirijum je veoma čest, pogotovo kod starijih pacijenata koji su podvrgnuti hitnoj operaciji preloma kuka ili većim intervencijama na gastrointestinalnom ili kardiovaskularnom sistemu. Najviše studija se odnosi na starije pacijente odeljenja ortopedije, gde se delirijum javlja kod više od 40% bolesnika. Kod kardiohirurgije procenat varira od 2 do 30% u zavisnosti od intervencije i godina pacijenta, a najozbiljnije manifestacije delirijuma primećene su kod transplantacije pluća. Preoperativni rizici za razvoj delirijuma uključuju starije životno doba, zloupotrebu alkohola, demenciju i kognitivne poremećaje, prateća hronična oboljenja i težinu akutne bolesti, a uticaj imaju i anestezija i tip operacije. Delirijum se češće može očekivati kod pacijenata koji imaju postoperativnu promenu u ciklusu budnosti i sna, neadekvatno lečen bol ili koriste benzodijazepine u terapiji. Delirijum se posle operacije uglavnom javlja u razmaku 2–5 dana i najčešće prestaje tokom jedne nedelje. Terapija benzodijazepinima tokom 3 dana neposredno posle operacije sa ciljem regulisanja ciklusa budnosti i sna značajno je smanjilo nastanak delirijuma koji se razvio kod svega 5% pacijenata, u poređenju sa 35% bolesnika kontrolne grupe. Takođe postoje dokazi da pacijent koristiti kontrolisanu analgeziju, pri kojoj pacijent koji ima bolove sam sebi dozira analgetik preko programirane pumpe, smanjuje učestalost pojavljivanja delirijuma nakon operacija jetre. Pored medikamenata, na smanjenje incidencije postoperativnog delirijuma utiče i gerijatrijska konsultacija starijih pacijenata koja se pokazala efikasna i smanjila pojavljivanje delirijuma sa 50% na 32%, a teškog delirijuma sa 29% na 12%. (2,5) Iako postoje pouzdane metode za dijagnostiku delirijuma, dešava se da ostane neprepoznat u postoperativnom periodu ili pogrešno dijagnostikovao kao neko drugo psihijatrijsko oboljenje.

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) najviše je ispitivan kod pacijenata sa saobraćajnom traumom ili opekotinama, ali se u određenom procentu javlja i nakon kardiohirurgije i neurohirurških intervencija. (6) Kod odraslih traumatizovanih pacijenata se kompletno ispoljen PTSP razvija u 18–40%, i u jasnoj je vezi sa alkoholnom intoksikacijom u vreme povrede i izraženom anksioznošću tokom hirurške hospitalizacije. PTSP se obično javlja u prvoj nedelji posle traume/intervencije sa porastom intenziteta simptoma tokom naredna 3 meseca, što može biti od značaja za postoperativnu negu ovih pacijenata. Dijagnoza PTSP je otežana kod bolesnika sa postoperativnim delirijumom, a negativan činioc u postavljanju dijagnoze predstavlja i relativno kratak period hospitalizacije.

Određene hirurške intervencije značajno menjaju izgled pacijenta i njegovo poimanje sopstvenog tela, pogotovo amputacije, intervencije posle traume ili opekotina i operacije ekstremno gojaznih bolesnika. Postoji podatak da do 70% pacijenata nakon amputacije ekstremiteta oseća „fantomski bol” koji potiče iz dela tela koji nedostaje, a 50% bolesnika ima iste tegobe i 5 godina kasnije. (7) Svakako da su ovakve inter-

vencije praćene posebnim zahtevima u fizićkoj nezi i psihološkoj potpori bolesnika u perioperativnom periodu.

Određeni aspekti hitne i elektivne hirurgije kod pacijenata sa psihićkim tegobama

Prema istraŹivanju publikovanom 2011. godine, mentalno bolesni pacijenti imaju manji pristup elektivnoj hirurgiji usled socijalne stigme i određenih kognitivnih deficita, poremećaja ponašanja i oteŹane komunikacije. Rezultati ukazuju da 30–70% mentalno bolesnih pacijenata neće dobiti uput lekara za određene elektivne intervencije (engl. “referral-sensitive” surgical procedures), u poređenju sa nepsihijatrijskim pacijentima. Pod ovim procedurama podrazumeva se operacija zamene kuka/zgloba, rekonstrukcija dojke, ugradnja pejsmejmeta, koronarni arterijski bajpas, koronarna angioplastika (balon dilatacija), transplantacija organa/matićnih ćelija košne srŹi. S aspekta psihijatrijske bolesti, najmanji broj intervencija urađen je kod bolesnika sa shizofrenijom, nešto veći kod bolesnika sa teškom depresijom, bipolarnim poremećajem i zloupotrebom supstanci, a najveći broj kod bolesnika sa posttraumatskim stresnim poremećajem (PTSP). Kod psihijatrijskih pacijenata koji su operisani zabeleŹeno je duŹe trajanje hospitalizacije, češća ponovna hospitalizacija unutar 30 dana nakon operacije, veći mortalitet i generalno lošiji ishod u bolnici, kao i godinu dana nakon otpusta. (1,7)

Korisne informacije o uticaju psihijatrijske bolesti i terapije na fizićko stanje pacijenta mogu se dobiti retrospektivnom analizom ishoda i komplikacija posle hirurškog lećenja kod ovakvih bolesnika. U studiji sprovedenoj u Japanu 2007. god. istaknuti su određeni problemi u radu sa psihijatrijskim bolesnicima, pre svega zbog neadekvatne komunikacije sa medicinskim osobljem, usled ćega je oteŹano uspostavljanje dijagnoze hirurškog oboljenja, kao i postoperativnih komplikacija. Pored kasnog postavljanja dijagnoze, dugotrajna primena psihofarmaka ima uticaja na perioperativni period i kod ovih bolesnika se operacija planira kao da postoji kardiomiopatija, disfunkcija jetre, hormonska ili metabolićka insuficijencija. Antipsihotici se povezuju sa motornim poremećajima, promenama u kardiovaskularnom, autonomnom nervnom i endokrinom sistemu, kao i sa poremećajima u funkciji jetre i hematološkim abnormalnostima. Najozbiljnija dejstva na kardiovaskularni sistem su rezistentna hipotenzija, aritmije i iznenadna srćana smrt. Smatra se da dugotrajna upotreba antipsihotika blokira alfa adrenergićke receptore na krvnim sudovima, što vodi u smanjenje periferne vaskularne rezistencije i hipotenziju. U pomenutoj studiji 42.9% pacijenata je imalo intra i postoperativnu hipotenziju rezistentnu na kateholamine, uz gubitak normalnog laringealnog refleksa, što ukazuje na poremećaj autonomnog nervnog sistema kod ovih bolesnika. U ovoj studiji, kao i nekoliko drugih, prilikom ukidanja psihijatrijske terapije neposredno pred operaciju nije došlo do pogoršanja

simptoma. Koja vrsta anestezije bi trebalo da se koristi kod ovih bolesnika i dalje je otvoreno pitanje, s obzirom na promene u kardiovaskularnom i autonomnom nervnom sistemu. U ovoj studiji je za hitne pacijente korišćena opšta anestezija, ali je ideja bila da se kod elektivne hirurgije koristi epiduralna, sa ili bez opšte anestezije. Epiduralna anestezija ima brojne prednosti kod ovih bolesnika, iako zahteva saradnju pacijenta, jer povoljno utiče na stabilnost kardiovaskularnog sistema, ne dovodi do respiratornih komplikacija i paralitičkog ileusa. (6,8)

Što se tiče zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, ukoliko duže traje kod bolesnika se razvija tolerancija i različit nivo psihičke i fizičke zavisnosti. Fizička zavisnost je najizraženija kod upotrebe opioida, barbiturata, alkohola i benzodijazepina, a tokom apstinencijalne krize mogu nastati smrtne komplikacije usled hiperaktivnosti simpatičkog sistema i kardiovaskularne nestabilnosti. Za planiranje anestezije kod ovih bolesnika je bitno da li je zloupotreba akutna ili hronična, kao i koja je supstanca u pitanju, radi prevencije interakcije sa lekovima, tolerancije na anestetike i pojavljivanja apstinencijalne krize. (7,8) Elektivne procedure treba odložiti kod akutno intoksiciranih i kada postoje simptomi apstinencije. Ukoliko je potrebna hitna hirurgija kod bolesnika koji imaju fizičku zavisnost od supstance, preoperativno se daju male doze ili lekovi koji preveniraju apstinentnu krizu. Kod opioidne zavisnosti može se dati bilo koji lek iz te grupe u malim dozama, kod zavisnosti od alkohola se daju benzodijazepini, kompleks B vitamina i folati kako bi se prevenirao Wernicke-Korsakovljevi sindrom. Opšta anestezija se kod ovih bolesnika sprovodi isparljivim anestetima kako bi se dubina anestezije prilagodila stanju pacijenta i pratila budnost. Problem kod hitne hirurgije nakon traume je česta intoksiciranost pacijenta, nekada sa više različitih supstanci. Akutna intoksikacija kokainom može dovesti do sekundarne hipertenzije i aritmija perioperativno, a kod hronične zloupotrebe može doći do iscrpljivanja simpatikomitičkih neurotransmitera i hipotenzije. Isto važi i za zloupotrebu amfetamina. Bitno je znati da pacijenti koji uzimaju supstitucijalnu terapiju za opioide (metadon) imaju lošiju kontrolu postoperativnog bola sa manjim dozama analgetika pa zahtevaju multimodalnu terapiju. Ovakva terapija zahteva dobru saradnju sa psihijatrom za bolesti zavisnosti. Tolerancija na većinu anestetika je viđena kod zloupotrebe supstanci, ali je nije lako predvideti. Na primer, kod akutne zloupotrebe opioida, barbiturata, alkohola i benzodijazepina potrebno je smanjiti dozu anestetika, dok se kod hronične upotrebe ovih supstanci doza mora povećati. Kod akutne zloupotrebe amfetamina i kokaina potrebno je povećati dozu anestetika zbog jake stimulacije simpatičkog sistema, dok je kod hronične upotrebe amfetamina dozu potrebno smanjiti, a za hroničnu upotrebu kokaina podaci su nepoznati. (8,9)

Literatura

1. Weiser T., Regenbogen S., Thompson K., et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. *The Lancet Global Health*. 2008; 372: 139–44.
2. Mihaolain A., Butler J., Wood A., et al. The increased need for liaison psychiatry in surgical patients due to the high prevalence of undiagnosed anxiety and depression. *Irish Journal of Medicine Science*. 2008; 177(3): 211–5.
3. Kudoh A., Katagai H., Takazawa T. Antidepressant treatment for chronic depressed patients should not be discontinued prior to anesthesia. *Canadian Journal of Anesthesia*. 2002; 49: 132–6.
4. Koivula M., Tarkka MT., Tarkka M., et al. Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39: 415–27.
5. Levenson J. Psychiatric Issues in Surgical Patients Part I: General Issues. *Primary Psychiatry*. 2007; 14(5): 35–9.
6. Klein E., Koren D., Arnon I., et al. Sleep complaints are not corroborated by objective sleep measures in post-traumatic stress disorder: a 1-year prospective study in survivors of motor vehicle crashes. *Journal of Sleep Research*. 2003; 12: 35–41.
7. Nadler-Moodie M. Psychiatric emergencies in med-surg patients: Are we prepared? *American Nurse Today*. 2010; 5(5): 23–8.
8. Li Y., Cai X., Du H., et al. Mentally ill patients less likely than others to receive certain types of surgery. *Health Affairs*. 2011; 30(7): 1307–15.
9. Ushijima C., Yamazaki K., Kouso H., et al. Surgical Treatment of Lung Cancer in Patients with Psychiatric Disorders: A Retrospective Study. *Journal of Cancer Therapy*. 2016; 7: 553–57.