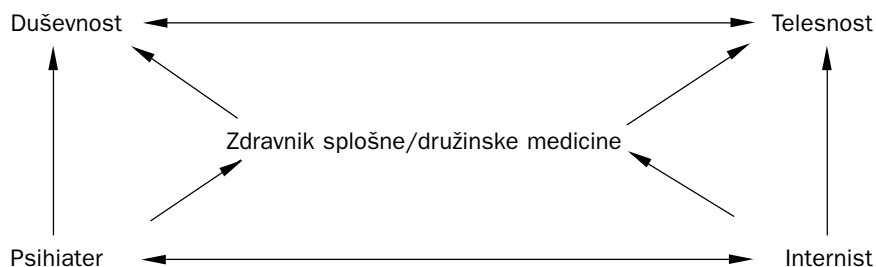


Primož Jovan

UVOD

Če vsaj začasno, morda z nekaj bolj akademskega kot pristnega nelagodja, pritrdimo med ljudmi najpogostejšemu razcepljevanju človeka na duševnost in telesnost, naj bi bil internist eden tistih, ki svojo zlasti duševnost (nekaj telesnosti je za pregled pač potrebno) usmerja predvsem v telesnost bolnika (nekaj duševnosti je za pogovor vendarle potrebno) in preko nje prihaja tudi do na duševnost vplivajočih ali celo odločujočih momentov.

Skica 1: Opomba: Nekatere puščice niso vrisane!



PRIMER BOLNIKA ŠTEVILKA 1:

46-letni moški je najden ležeč na tleh ob vaški cesti, zamračen, občasno nemiren, dezorientiran, med prevozom z rešilnim avtomobilom ima epileptični napad. Heteroanamnestično etilik.

Napoten h kirurgom, ki s kliničnim pregledom in slikanjem lobanje izključijo poškodbo glave, zatem preusmerjen na nevrološki oddelek.

Na nevrološkem oddelku se prebudi, ni pa povsem krajevno in časovno orientiran, v dveh naslednjih dneh ima vsaj še štiri epileptične napade, v vmesnem obdobju je še naprej dezorientiran, agitiran in občasno tudi agresiven. Tretji dan je zategadelj premeščen v psihiatrično ustanovo. V odpustu je omenjena še levkocitoza, drugih preiskav ni navedenih.

Ker je bolnik v psihiatrični ustanovi postajal vse bolj soporozen, ob tem febrilen in ob sicer slabšem izkašljevanju gnojno izkašljujoč, se je dežurni psihiater odločil za posvetovanje z internistom.

V statusu se pri normalno raščenem bolniku, brez znakov jetrne dekompenzacije, z normalnim krvnim sladkorjem, normotenzijo, ugotavlja znižana saturacija s kisikom (88%), avskultatorne znake za desnostransko bronhopneumonijo, v nevrološkem statusu pa sopor, nekoliko ožje, še reagirajoče zenice, plitvejše smrčeče dihanje, negativni Babinski obojestransko ob zmanjšanem mišičnem tonusu.

Bolnik je sprejet na intenzivni internistični oddelek, zaradi pljučnice je potrebno zdravljenje s kisikom preko obrazne maske, dobiva dvotirno antibiotično terapijo, zaradi perzistence soporoznega stanja kljub normalni oksigenaciji se mu opravi tudi CT preiskava glave, kjer se pokažejo spremembe v smislu kontuzije možganov frontalno z zmerno izraženim edemom možganov.

Vpelje se še antiedematозна terapija, četrti dan je bolnik premeščen na oddelek in po desetih dneh odpuščen domov z navodili, brez poznih nevroloških izpadov. Svetovan mu je bil še nevrološki pregled in konzultacija s psihiatrom zaradi zdravljenja odvisnosti od alkohola.

Diagnoze ob odpustu iz internega oddelka: Bilateralna bronhopneumonija, kontuzija možganov frontalno s posledičnom možg. edemom, sekund. epilepsija, prehodno delirantno stanje, etilizem.

Opomba: Delirij, manifestiran z izrazito somatsko in (ali) psihično simptomatiko, spada do izzvenenja izrazitih težav in etiološke opredelitve na internistične oz. druge za diagnostiko in terapijo usmerjene oddelke. Splošni zdravniki take bolnike še vse prevečkrat primarno napotijo v psihiatrične ustanove, kjer ni razširjenih diagnostičnih in terapevtskih možnosti.

ISKANJE ORGANSKE ETIOLOGIJE DUŠEVNE MOTNJE JE PRVENSTVENA NALOGA INTERNISTA V SODELOVANJU S PSIHIATROM, DRUŽINSKIM ZDRAVNIKOM,...

Osnoven internistični pristop:

- PREDHODNI PODATKI: družinska, socialna, hetero- (pomembna, včasih celo najbolj, opažanja medicinskih sester) in avto anamneza, podatki o

razvadah, odvisnostih, zdravilih ter že izkazanih stranskih učinkih zdravil, alergijah.

- NATANČEN IN STRPEN TELESNI PREGLED, pregledno dokumentiranje najdb.
- RUTINSKI LABORATORIJ: hemogram, CRP, SR, krvni sladkor, K, Na, Ca, sečnina, kreatinin, hepatogram, albumini, urin, ščitnični hormoni.
- RUTINSKE PREISKAVE: EKG (PQ; QRS; QTc intervali), Rtg pc.
- POGOSTEJŠE USMERJENE PREISKAVE: PAAK, NH₃, B12, folat, ANA, RF, serologija hepatitsov, HIV, borelije, proteinogram, magnezij, porfirini, punkcija cerebrospinalnega likvorja, CT, NMR, EEG, UZ in endoskopske preiskave, hemokulture in ostale kužnine, toksikološke preiskave urina, krvi.

Potrebno je stalno dvigovati kulturo shranjevanja bolnikovih predhodnih izvidov, ki naj bi jih imel bolnik pri pregledih, zlasti konziliarnih, vedno s seboj.

Hkrati je potrebno ob upoštevanju varovanja osebnih podatkov dograjevati računalniško posredovanje izvidov.

Tabela 1: Organska stanja, ki pogosteje povzročajo delirij

Tip	Obolenje
Centralni živčni sistem	Poškodba glave Epilepsija Postinzultna stanja Vaskularne bolezni (tudi npr. hipertenzivna encefalopatija) Degenerativne bolezni (vključujoč nekatere demence)
Presnovne motnje	Ledvična odpoved (uremija) Jetrna odpoved s hepatično encefalopatijo Anemije Hipoksija Hiperkarbija Pomanjkanje tiamina, B12 Endokrinopatije (ščitnica, suprarenalke, paratiroida, hipofiza,...) Tekočinsko ali elektrolitno neravnovesje Kislinsko-bazno neravnovesje Hipoglikemija, hiperglikemija

Kardiopulmonalni vzroki	Miokardni infarkt Kongestivna srčna odpoved Srčne aritmije Šok Respiratorna odpoved
Sistemi in neopredeljeni vzroki	Intoksikacija ali odtegnitev zdravila, droge, toksina Infekcije (zlasti sečil, respiratornega trakta, CŽS) Neoplazme, multipla travma, postoperativna stanja, senzorična deprivacija Retenca urina Neobvladana bolečina Povišana ali znižana telesna temperatura »Fiksacija« bolnika z ovrnicami, infuzijami, katetri, dihalnimi maskami,.....

Tabela 2: Snovi, ki lahko povzročajo delirij ob vzetju, intoksikaciji, odtegnitvi

Kategorija	Snov
Droge	Alkohol Amfetamini Kanabis Kokain Halucinogeni Inhalanti Opioidi Fenciklidin Sedativi Hipnotiki Drugo
Zdravila	Anestetiki Analgetiki Antiastrmatiki Antikonvulzivi Antihistaminiki Antihipertenzivi in kardiovaskularna zdravila Antimikrobna zdravila

	Antiparkinsoniki Kortikosteroidi Gastrointestinalna zdravila Mišični relaksansi Imunosupresivna zdravila Litij in psihotropna zdravila z antiholinergičnimi učinki
Toksini	Antiholinesteraze Organofosfatni insekticidi Ogljikov monoksid Ogljikov dioksid Hlapne snovi kot gorivo ali organska topila, težke kovine

Tabela 3: Nekateri vzroki simptomatske depresije in manije

VZROKI	DEPRESIJA	MANIJA
Bolezni veziva	SLE Sindrom fibromialgije	SLE Revmatična horea
Endokrinološki vzroki	Hipotiroidizem, hipertiroidizem Addisonova bolezen Cushingova bolezen Sladkorna bolezen Hipopituitarizem Hiperparatireoidizem	Hipertiroidizem
Infektivni vzroki	AIDS Influenca Terciarni sifilis Infekcijska mononukleoza Virusni hepatitis Virusna pljučnica Tuberkuloza	AIDS Influenca Terciarni sifilis
Internistični vzroki	Koronarna srčna bolezen Ledvična odpoved Jetrna odpoved	
Neoplastični vzroki	Diseminirana karcinomatoza Rak glave pankreasa	

Nevrološki vzroki	CVI, zlasti dominantnega lobusa frontalno Možganski tumorji Multipla skleroza Parkinsonova bolezen Kompleksni parcialni epileptični napadi	Tumorji možganskega debela Možganski tumorji Multipla skleroza Huntingtonova horea Kompleksni parcialni epileptični napadi
Farmakološki vzroki	Amfetaminska odtegnitev Steroidi Barbiturati Fenotiazini Antiholinesterazni insekticidi Metoklopramid Amfotericin B Indometacin Vinkristin Talij Živo srebro Antihipertenzivi	Amfetamini Steroidi Antidepresivi Simpatikomimetična zdravila Kokain L-Dopa Bromokriptin Nadomestni ščitnični hormoni

Ne tako redko je potrebno izključiti primarno organsko obolenje tudi pri anksioznih, somatoformnih in psihoseksualnih motnjah.

S tabelami 1., 2., 3. le nakazujem »široko tesen« etiološke oziroma diferencialne diagnoze duševnih bolezní, hkrati pa se na nekaterih delih že izpostavlja druga, prvi enako pomembna naloga internista (oziroma kateregakoli od »bolnikovih« zdravnikov), namreč

OCENA VPLIVOV INTERNISTIČNE IN PSIHIATRIČNE TERAPIJE NA SOMATSKO IN POSLEDIČNO TUDI DUŠEVNO STANJE BOLNIKA

PRIMER BOLNIKA ŠTEVILKA 2:

37-letni moški, z že več let potekajočo težje vodljivo manično – depresivno psihozo, v manični fazi, poleg antipsihotikov dobiva tudi litijev karbonat (2+2+3 tbl), z nivojem litija 1,0 mEkv/l (še na zgornji meji normale).

10 dni čuti napetost v srednjem in spodnjem delu vratu, pri govoru je hitreje utrujen, pri menjavah toplega in hladnega zraka čuti kot otekanje grla.

V statusu razen zmerno, difuzno povečane ščitnice ni posebnosti. Ni inspiratornega stridorja, motenj požiranja.

TSH je še znotraj normale.

Diagnoza: Evtirotična golša v okviru toksičnega delovanja litija na ščitnico

Terapija: Znižanje litija, prehodno zdravljenje z nadomestnimi ščitničnimi hormoni.

Tabela 4: Kratka primerjava stranskih učinkov antipsihotikov

Učinkovina	Zdravilo – tovarniško ime	Sedacija	Antiholiner- gični učinek	Ortostatska hipotenzija	Ekstrapira- midni simptomi
Klorpromazin	Largactyl	++++	+++	++++	++
Haloperidol	Haldol	+	+	+	++++
Flufenazin	Moditen, Lyogen	+	+	+	++++
Tioridazin	Melleril	+++	++++	++++	+
Klozapin	Leponex	++++	++++	++++	+/0
Risperidon	Risperdal	+	+	++	+/0

Dodatne pogostejše manifestacije stranskih učinkov antipsihotikov:

Aritmije (pomembnost kontrole QT dobe in PR intervala zaradi možnosti »Torsades des pointes« in »kinidinskega efekta«)

Suha usta

Obstipacija

Paralitični ileus

Pridobitev telesne teže

Ginekomastija in galaktoreja

Agranulocitoza (npr.ob klozapinu – Leponexu – 1,3% v letu dni)

Motnje akomodacije

Spontana retenca urina

Fotosenzitivnost

Hipo- in hipertermija

Amenoreja, zmanjšan libido

Tabela 5: Pogostejši stranski učinki antidepresivov in stabilizatorjev razpoloženja

Skupina	Zdravilo	
SSRI	Fluoksetin (Prozac) Sertalin (Zoloft)	glavobol, nausea, diareja, spolne motnje
TCA	Amitriptilin (Amyzol) Maprotilin (Ladiomil)	antiholinergični učinek, hipotenzija, tahikardije, motnje srčnega prevajanja, sedacija
Stabilizatorji razpoloženja	Litij Karbamazepin (Tegretol)	evtiroidna golša, hipotiroidizem, hiperparatireoidizem, levkocitoza, nefrogeni DI, nausea, diareja, ST depresija, QT prolongacija, aritmije, tremor suha usta, hepatitis, levkopenija, kožni alergični izpuščaji, sedacija

Terapevtski indeksi toksične – učinkovite doze

Antipsihotiki	100:1
Triciklični antidepresivi	10:1
Litij	3:1

Klasičnih stranskih učinkov anksiolitikov benzodiazepinskega tipa niti ne navajam, saj so terapevtsko vsaj v najbolj izrazitih pojavih dostopni antidotu, pomembno pa je, da pomislimo ob nejasnih stanjih tudi nanje.

Pozornost na stranske učinke zdravil je premosorazmerna s poznavanjem teh in predstavlja »state of art« oziroma »umetelnost obrti«.

Stranske učinke zdravil v Sloveniji premalokrat zaznamo, kaj šele dokumentiramo.

Bolnikom je potrebno pri pojavu stranskih učinkov zdravil primarno verjeti.

PRIMER BOLNIKA ŠTEVILKA 3.

52-letni moški, kahektičen, brez predhodno dokumentiranih duševnih motenj, s končno ledvično odpovedjo zaradi policističnih ledvic, hipertenziven z RR 225/125, zdravljen z antihipertenzivi, tudi beta blokatorji, nediabetik, postane med prvima hemodializama zmeden, agitiran, tako da je zaradi varovanja arterio – venske fistule na roki oziroma zaradi pacientu varne

hemodialize v celoti potrebno ob njegovi postelji stalno angažirati dve medicinski sestri, ki ga morata občasno sicer obzirno, a odločno in tudi s prijemi fiksirati. Sedativi, haloperidol nimajo pravega učinka.

Laboratorij ob sprejemu: kreatinin 950; sečnina 45,5; K 5,5; Na 138; Ca 2,2; krvni sladkor 4,8; hemoglobin 118; parametri vnetja nizki; RTG pc in UZ abdomna razen ledvic v mejah normale. Opravi se med drugim tudi CT preiskava glave, ki ne pokaže suspektosti.

Slučajni oz. bolje rečeno nenaročeni izvid krvnega sladkorja ob kontroli elektrolitov med drugo hemodializo: 2.8 mmol/l.

Diagnoza agitacije, dezorientacije: dalj časa potekajoča hipoglikemija, zakrita z beta blokatorji, ob sovpilvanju uremične in hipertenzivne encefalopatije, disekvilibrijskega sindroma ob začetnih hemodializah.

Terapija: ukinitiv beta blokatorja, previdno 20 % glukoza v infuziji, kasnejše hemodialize brez težav (inzulinom izključen), bolnik brez motečih duševnih motenj.

Psihijatrija (p)ostaja nerazdružljivo povezana s somatsko medicino in obratno.

LITERATURA

- Kogoj A. Delirij. Medicinski razgledi 1994;33:325-38.
- Popkin KM. Consultation-liaison psychiatry. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry/IV. Baltimore: Williams&Wilkins, 1995; 1592-603.
- Peternel P. Duševna spremenjenost pri telesnih boleznih. V: Keber D in sod. Razpoznavanje notranjih bolezni – diagnostični algoritmi. Medicinski razgledi, 1994; 1-5 do 1-11.
- Beers MH, Berkow R. The Merck manual of diagnosis and therapy, 17th edition. Mercks Research Laboratories, 1999; 1504-98.
- Wallach J. Interpretation of diagnostic tests, 6th edition. Boston: Little, Brown and Company, 1996
- Vinogradov S. Psychiatric disorders and psychoactive substance use. In: Fauci A, ed. Harrison's principles of internal medicine companion handbook, 14th edition; MCGraw-Hill, 1998; 1099-124.
- Maxmen JS, Ward NG. Psychotropic drugs fast facts, 2nd edition. New York: W.W. Norton&Company, 1995