

PSIHATRIČNI ZAPLETI DIALIZE

Milan Ličina

UVOD

Nefrologija kot veja interne medicine je v zadnjih desetletjih neverjetno napredovala. K temu so prispevali razvoj molekularne biologije in biofizike, genetska spoznanja in drugi dejavniki.

Med najpomembnejšimi sindromi v nefrologiji so naslednji:

1. akutna in hitro napredujoča ledvična odpoved,
2. kronična ledvična odpoved,
3. akutni nefrotični sindrom,
4. nefrotični sindrom,
5. sindrom kroničnega glomerulonefritisa.

Bolezni ledvic v končnem stadiju privedejo do odpovedi ledvic.

Omeniti moramo vzroke za nastanek (1, 6)

A) akutne odpovedi ledvic:

- velike poškodbe, »crush« sindrom, opekline,
- krvavitve po porodu, iz prebavil,
- vnetje trebušne slinavke, peritonitis, izčrpanost, ketoacidoza,
- uporaba diuretikov, odpoved nadledvične žleze,
- bolezni srca in ožilja, hud pljučni emfizem,
- huda arterijska hipertenzija, anafilaktični šok, anestezija, predoziranje z medikamenti in sepsa,
- hude nefrološke bolezni,
- hematološke bolezni (plazmocitom, policitemija in druge).

Vzroki za akutno ledvično odpoved so naglo slabšanje ledvičnega delovanja – hitro zmanjševanje glomerularne filtracije in porast sečnine in kreatinina.

B) Vzroki za kronično odpoved ledvic so:

- kronični glomerulonefritis,
- kronični pielonefritis,
- analgetična nefropatija,
- hipertenzivna nefroskleroza,
- tromboza ledvičnih arterij in ven,
- ledvični kamni, novotvorbe, hipertrofija prostate,
- stanje po presaditvi ledvic in zavrnitvenem odzivu.

Kronična odpoved ledvic nastane zaradi zmanjševanja delujočega ledvičnega tkiva, spremenjene glomerularne filtracije, tubularne resorpcije in tubularne sekrecije. Okvara ledvičnega tkiva je kronična, trajna in nepopravljiva.

HEMODIALIZA (2,7)

pomeni odstranjevanje neuporabnih snovi iz telesnih tekočin in dovajanje zelenih snovi z difuzijo preko umetne polpropustne membrane. Tako naj bi se zagotovila normalna sestava telesnih tekočin. Hemodializa nadomesti ekskretorno funkcijo ledvic, vzdržuje ravnovesje vode in elektrolitov ter uravnava acidobazično ravnovesje. To je najbolj razširjena metoda nadomestnega zdravljenja pri akutni in kronični ledvični odpovedi.

Prvi model hemodializatorja so ustvarili Abel in sod. 1913. leta. V Republiki Sloveniji so s hemodializo začeli leta 1958 na Urološki kliniki v Ljubljani. Od leta 1970 naprej deluje Center za dializo Nefrološke klinike Kliničnega centra v Ljubljani.

Komplikacije hemodialize, povezane s ČŽS, so naslednje (2,7): možganski edem, hipertenzivna encefalopatija, subduralni hematoma, meningitis in encefalitis ter dializna demenca.

PERITONEALNA DIALIZA (3,5,8)

se lahko izvaja na bolnikovem domu. Primerna je zlasti za otroke, vodijo jo starši, ali za starostnike, posebej tiste z diabetesom. Ne potrebuje posebnih in zahtevnih aparatov. Tekočine za dializo uvajajo v trebušno votlino.

Zapleti peritonealne dialize so naslednji: okužbe, peritonitis, trebušne kile in srčni ter žilni zapleti.

PRESADITEV LEDVIC (4,6)

Prvič je bila opravljena v ZDA leta 1954. Tehnika presaditve se nenehno izboljšuje, vključuje: tipizacijo tkiva, presenzibilizacijo, izbiro prejemnika in izbiro dajalca (sorodniki, kadaverski dajalci). Kontraindikacije za presaditev ledvic za prejemnika so starost nad 60 let, huda psihotična motnja, nesodelovanje in zloraba alkohola ter zdravil.

Do akutne ali kronične ledvične odpovedi pride lahko v nosečnosti.

POROČILO O STANJU NADOMESTNEGA ZDRAVLJENJA KONČNE LEDVIČNE ODPOVEDI / DIALIZE IN TRANSPLANTACIJE LEDVIC V LETU 2000 (12)

Dne 31.12. 2000 je bilo v Republiki Sloveniji 17 dializnih centrov. Od tega jih je 14 v okviru bolnišnic, 3 so zasebni, 1 otroški dializni center je v okviru Otroške klinike v Ljubljani. Na kronični dializi je bilo 1168 bolnikov, od teh 90% na hemodializi in 10 % na peritonealni dializi. 35% bolnikov je bilo starejših od 65 let in 16,4% jih je imelo sladkorno bolezen. V letu 2000 je bila incidenca novih dializnih bolnikov 106 na 100 000 prebivalcev R Slovenije. V istem obdobju je umrlo 120 bolnikov, od teh 111 na hemodializi in 9 na peritonealni dializi; smrtnost je 10,4%. V zadnjih 30 letih je bilo v Sloveniji 408 presaditev ledvic, od tega 284 kadaverskih in 124 z živega dajalca; v letu 2000 pa 44 kadaverskih presaditev, vsi bolniki so preživel. Pozitivne virusne markerje so zasledili pri 3,1 % bolnikov, pri 19 bolnikih pa MRSA.

Poročilo zaključuje, da je stanje kronične dialize v Sloveniji primerljivo s tistim v državah Evropske unije.

Umrljivost dializnih bolnikov je najmanjša na Japonskem, največja pa v ZDA – domnevno zaradi kratkih dializ in večkratne uporabe istega dializatorja. Več dializnih bolnikov v Španiji in na Hrvaškem je umrlo v zvezi z uporabo dializatorjev tipa »Baxter« iz ZDA.

»Noben človek ni absolutno zdrav in noben človek ni absolutno srečen.«
Pismo prim.dr. J. Felca naši skupni bolnici.

PSIHOLOŠKI VIDIKI ZDRAVLJENJA S HEMODIALIZO (10,11)

Kronična odpoved ledvic prinese bolniku spoznanje, da potrebuje nadomestno zdravljenje. To spremeni njegovo življenje. Pred uvedbo hemo-

dialize (HD) ima bolnik telesne in duševne težave, povezane z nastajajočo uremijo. Je negotov, navaja strah pred smrtjo, strah pred prihodnostjo. Je razdražljiv, nezmožen kontaktov, kronično utrujen. Izraženi so občutki krivde in zmanjšan libido.

Po začetku HD se bolnik odzove z euforičnim čustvovanjem. Težave, ki jih ima, so manjše. Navdušen je nad učinkovanjem zdravljenja in izboljšanjem zdravstvenega stanja. To obdobje se imenuje »medeni tedni HD.«

Temu sledi spoznanje, da je njegovo življenje popolnoma odvisno od aparata, čemur sledi značilna reakcija s potrtostjo, tesnobo in brezvoljnostjo. Bolnik doživi izgubo velikega dela osebne neodvisnosti in kontrole nad svojim življenjem. Težijo ga odvisnost od aparata, odvisnost od medicinskega osebja, spremenjena vloga v družini in delovnem okolju, intimne frustracije, vključno z zmanjšanim libidom. Začne doživljati kaotičnost in »kratkost« življenja, ki ga ima pred seboj. Lahko izraža tipične obrambne mehanizme regresije in zanikanja. Ne upošteva zdravnikovih navodil, se izogiba HD postopkom, krši stroga dietna navodila, izraža jezo do medicinskega osebja in drugo. Način bolnikovega odgovora je v veliki meri odvisen od predhodne osebnostne strukture in osebnih izkušenj s kronično boleznijo.

Kronično zdravljenje z zahtevami po strogem upoštevanju navodil in dietno higienskem režimu povzroči trajno napetost in tesnobo. Bolnik začenja sprejemati svojo bolezen in potrebo po kroničnem nadomestnem zdravljenju. Spreminja svoj vrednostni sistem in samopodobo ter lastno telesno shemo. Med njegovimi tesnobami se pojavi strah, da bo aparat za dializo odpovedal, da mu ne bo pomoči in podobno.

PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA DIALIZNEGA BOLNIKA (10,11)

Potrebna je dobra psihološka priprava na vstop v HD zdravljenje, ki omogoči prilagajanje na kronično bolezen in obravnavo zanikanja ter nerealnih pričakovanj. Nujna je psihosocialna evaluacija.

Bolnik, ki je vključen v HD zdravljenje, potrebuje nenehno podporo, spodbudo, da bi bil čim bolj neodvisen. Potrebno je zgodnje odkrivanje depresij in primeren tretman. Zelo pomembna je subtilna obravnavo spolnih motenj.

Poleg individualne se priporoča skupinska (tudi skupine za samopomoč), psihoterapevtska in medikamentozna obravnavo.

*»Bolezen Ti veliko vzame, nekaj Ti pa da.«
Pavle, 25 let HD zdravljenja.*

DUŠEVNE MOTNJE IN LEDVIČNE BOLEZNI (9,10)

Prehodna akutna ledvična insuficienca

povzroča različna stanja stuporja ali agitacije, podobne katatoniji, ter občasne motnje zavesti delirantnega tipa (v smislu eksogenega reaktivnega tipa po Bonhöfferju). Ti pojavi so posledica cerebralnega edema in retence kloridov in hiperazotemije.

Kronična ledvična odpoved

Uremija je različne geneze. Moten je metabolizem ionov in vode. Spremljajoči znaki so utrujenost, zmanjšanje in izguba volje, koncentracije, iniciative, depresivno razpoloženje.

Lahko pride do pojava psihotičnih motenj, ko opazujemo slike akutnih psihoz z delirijem, grozavostjo, ekscitacijo, vidnimi in slušnimi halucinacijami ogrožujoče vsebine. Lahko se pojavijo tudi nanašalne in veličinske blodnje, psihotične motnje v smislu shizofreniformnih, depresivnih in maniformnih stanj.

DUŠEVNE MOTNJE, POVEZANE S HEMODIALIZO (9,10,11)

Bolniki na HD zdravljenju se bojujejo z doživljenjsko, izčrpavajočo boleznijo. Odvisni so od pomoči medicinskega osebja in aparatov. V začetku to odvisnost težko sprejemajo. Nekateri se ne držijo zdravstvenih nasvetov, stroge diete, izogibajo se HD zdravljenja, zdravniških pregledov. Življenje teh bolnikov je vitalno ogroženo.

Ugotoviti moramo, da se za takim odnosom skriva depresivno stanje. Večina bolnikov kmalu spozna, kako je pomembno HD zdravljenje in upoštevanje vseh higiensko dietnih navodil.

Ponovno bi poudarili pomembnost premorbidne osebnosti in življenjskega stila posameznika, potrebe po prilagajanju in sprejemanju težke in kronične bolezni.

Na sposobnost prilagajanja vplivajo tudi socialni in kulturni dejavniki. Sila je pomemben dober, profesionalen odnos medicinskega osebja. Potrebna je dobra psihološka podpora.

Pri bolnikih na HD zdravljenju moramo biti pozorni na naslednje:

- a) Pojav depresivnih stanj. Lahko so zabrisana, skrita za drugimi telesnimi težavami, različne globine.
- b) Naveličanost do življenja in samomorilna ogroženost. Tudi z odklanjanjem HD ali strogega dietnega režima bolniki zelo hitro in resno ogrožajo svoje življenje.

- c) Spremljajoče spolne motnje. Te so razumljive, vendar velikokrat »tabu« teme, ki se jih bolniki kot tudi terapevti izogibajo.
- č) Upad kognitivnih funkcij. Dializno demenco spremljajo izguba spomina, dezorientacija, delirantna stanja in je povezana s prevelikim kopičenjem aluminija v možganih. Vir aluminija je neprečiščena voda v dializatorjih.
- d) Vloga zdravnika psihiatra v enotah za HD zdravljenje. Tu ne gre samo za omenjene oblike psihološke pomoči, potrebna je tudi specifična psihiatrična obravnava. Potrebno je, da zdravnik psihiater pozna osnove HD zdravljenja in problematiko HD bolnikov, da zna vzpostaviti pravilen kontakt, da razume stiske HD bolnikov in občutke minljivosti. Poleg psihoterapevtskega vodenja pride v poštev tudi psihofarmakološka terapija.

»Nekateri ljudje imajo vse, zdravje, srečo, pa ne vedo, kaj početi s svojim življenjem.«

Pavla, 28 let HD zdravljenja.

KVALITETA ŽIVLJENJA BOLNIKOV S HD ZDRAVLJENJEM (10,14)

Študijo so naredili 1998 na Univerzitetni kliniki M. Lutherja v Wittenbergu. Menili so, da je dobra kvaliteta življenja bolnikov na HD zdravljenju merilo uspešnosti terapije. Vključili so 82 bolnikov različnih starostnih skupin. Zajeli so bolnike, ki so šele vključeni v HD zdravljenje, in bolnike, ki so na HD zdravljenju več kot 3 leta. Ocenjevali so emocionalne in kognitivne funkcije ter funkcioniranje v socialnih in drugih življenjskih situacijah. Ugotovili so, da se s podaljšanjem HD zdravljenja določene funkcije, na primer kognitivne, slabšajo.

Pri bolnikih na HD zdravljenju imajo izdelan program, ki nudi

- a) informacije o zdravljenju,
- b) pomoč za zmanjšanje anksioznosti,
- c) pomoč za ohranitev samostojnosti.

IZOBRAŽEVALNI PROGRAMI PREDIALIZNIH PACIENTOV (10,13)

Na Nefrološki kliniki KC v Ljubljani imajo vrsto let mape z izobraževalnimi programi. Uporabljajo Missouri Kidney Program, izpopolnjen v ZDA pod pokroviteljstvom firme »Baxter.«

Program vsebuje naslednja poglavja:

- a) uvod k ledvični odpovedi,
- b) transplantacija,
- c) hemodializa,
- č) dieta,
- d) peritonealna dializa,
- e) prilagoditve in zavarovanja.

Osebni vtis: bolniki na HD zdravljenju v Centru za dializo Nefrološke klinike v Ljubljani so zelo dobro pripravljene, seznanjeni s svojo boleznijo in potrebami po HD zdravljenju.

KONKRETNO DELO

Ko se že prileten zdravnik psihiater znajde na oddelku za HD zdravljenje in ima dovoljenje za pogovor z dializnimi bolniki, se znajde v neznani situaciji. Soba s 6 dializnimi bolniki različnega spola in starosti, različnih življenjskih zgodb. Ostane mu edino orodje, ki ga pozna, pogovor oz. psihiatrična eksploracija.

Pogovori so potekali v dializni sobi med potekom dialize. Bolniki so bili pripravljene in zelo zainteresirane za pogovor. Pogovori so bili dolgi, zelo dolgi, z možnostjo ponovnih pogovorov. Obravnavana je sicer majhna skupina bolnikov, ki so dolgo na HD zdravljenju. Tudi v preteklosti je bilo več posameznih obravnav bolnikov na HD zdravljenju z izrazitimi duševnimi motnjami.

Vprašanja, o katerih sem razmišljal pri bolnikih na HD zdravljenju, so bila:

- a) življenjska odvisnost bolnika od HD aparata,
- b) pojav anksioznih in depresivnih stanj,
- c) pojav kognitivnih motenj pri bolnikih,
- č) kvaliteta življenja bolnikov in
- d) njihov odnos do življenja.

Na ta in številna druga vprašanja sem dobil odgovore. Zavedal sem se, da sem stopil na neznano področje. Na tem področju bi zdravnik psihiater našel svoje mesto in skupaj z nefrologom pomagal bolnikom na HD zdravljenju.

V nekaterih deželah, na primer v ZDA, je vprašljiva dializa pri spominsko obubožanih (dementnih) bolnikih ter osebah z drugimi hudimi duševnimi motnjami. Pri nas velja, da je vsak prebivalec Republike Slovenije s kronično odpovedjo ledvic, ki potrebuje HD, tudi vključen v HD program.

MED ŠTEVILNIMI ŽIVLJENSKIMI ZGodbAMI

bi predstavil Pavla (seveda z njegovim dovoljenjem).

Zbolel je star 8 let. Zdaj ima za seboj 25 let HD zdravljenja, dializira se trikrat tedensko po pet ur in pol. Živi sam, namenoma je ostal samski. Dokončal je študij in zgradil si je dom.

Po HD zdravljenju je izčrpan, skuha si testenine. Strogo se drži dietnih navodil, strogo upošteva, da ne uživa tekočine. Abuzusov nima.

Dan po HD dela doma, igra tenis. Hodi v hribe. Zadovoljen je s svojim življenjem. O transplantaciji ne premišljuje.

ZAKLJUČEK

Prispevek ima le skromen namen opozoriti na mejna področja med nefrologijo in našo stroko, na kompleksno pomoč bolnikom na HD zdravljenju. Svoje nadaljnje delo na tem področju bi posvetil posameznikom z duševnimi motnjami na HD zdravljenju.

Gotovo je veliko področij, ki bi zahtevala sistematično obravnavo; nefrologi si jo želijo in jo pričakujejo.

Zahvala

bolnikom na HD zdravljenju v Centru za dializo Nefrološke klinike KC v Ljubljani, medicinskemu osebju, predvsem prof.dr. R. Ponikvarju in dr. A. Suhadolnik Ličina.

LITERATURA

1. Ponikvar R. Odpoved ledvic. In: Kocjančič A, Mrevlje F, eds. Učbenik interne medicine. Ljubljana: DZS, 1993: 787-804.
2. Ponikvar JB. Zdravljenje s hemodializo in drugimi ekstrakorporalnimi metodami. In: Kocjančič A, Mrevlje F, eds. Učbenik interne medicine. Ljubljana: DZS, 1993: 805-12.
3. Bren A. Peritonealna dializa. In: Kocjančič A, Mrevlje F, eds. Učbenik interne medicine. Ljubljana: DZS, 1993: 812-6.
4. Ponikvar JB. Presaditev ledvic. In: Kocjančič A, Mrevlje F, eds. Učbenik interne medicine. Ljubljana: DZS, 1993: 817-25.
5. Ličina Suhadolnik A. Nefrotični sindrom. In: Kocjančič A, Mrevlje F, eds. Učbenik interne medicine. Ljubljana: DZS, 1993: 741-6.
6. Vanholder R. The uremic syndrome. In: Greenberg A et al, eds. Kidney Diseases. San Diego: Academic Press, 2000: 403-8.
7. Chenng A. Hemodialysis and Hemofiltration. In: Greenberg A et al, eds. Kidney Diseases. San Diego: Academic Press, 2000: 408-15.
8. Pipaino B. Peritoneal dialysis. In: Greenberg A et al, eds. Kidney Diseases. San Diego: Academic Press, 2000: 416-21.
9. Vitorović M. Ledvične bolezni. In: Milčinski L, ed. Psihijatrija. Ljubljana: DZS, 1986: 260.
10. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994: 776-8.
11. Kapš P. Depresija pri bolniku s kronično stopnjo ledvične odpovedi, na kroničnem zdravljenju s hemodializo, prikaz bolnika. Specialistična naloga. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta v Ljubljana, Katedra za psihiatrijo, 1997.
12. Stalna strokovna skupina za dializo. Poročilo o stanju nadomestnega zdravljenja kronične ledvične odpovedi (dialize in transplantacije ledvic v letu 2000). KC Ljubljana, Klinični oddelek za nefrologijo, pred. R. Ponikvar, str. 1-7.
13. Izobraževalni program predializnih pacientov »Missouri Kidney Program«. KC, Klinični oddelek za nefrologijo: 1-29.
14. R. Fiedle et al. »Lebensqualität unter Hamodialyse Niere und Hochdruckanheiten, Jahrgang 27, N . 2/1998: 97-102.