

Jedním z prvních problémů, se kterým se anesteziolog může setkat u psychiatrického pacienta, je obtížnější předanestetické vyšetření kvůli ztížené komunikaci nebo zhoršené spolupráci [1, 5]. Mnoho příznaků, se kterými pacient přichází, může být spojeno s jeho psychiatrickou diagnózou a zkreslovat tak závažnost stavu. Pacienti mohou udávat falešné informace nebo může být komplikované získat informovaný souhlas z různých důvodů (nespolupráce, omezená svéprávnost, validita při změně mentálního stavu) [5].

U pacientů s psychiatrickým onemocněním může být riziko komplikací v průběhu anestezie vyšší, mimo jiné v důsledku změněné fyziologické stresové odpovědi [5, 6]. Tito pacienti mají také perioperačně vyšší mortalitu [5, 6]. Je to dáno zejména vlivem farmak a samotného onemocnění na endokrinní, imunitní a kardiovaskulární systém [5]. Pooperačně mají vyšší riziko změn chování, psychomotorického neklidu či rozvoje pooperačního deliria nebo opožděného neurokognitivního zotavení (dNCR), dříve známého jako postoperační kognitivní deficit (POCD). Tyto stavy výrazně komplikují rekonvalescenci [1].

U pacientů s vysokým rizikem rozvoje dNCR – zejména u pacientů vyššího věku, s neurologickou komorbiditou, závislostmi, nebo u těch, kteří podstupují kardiovaskulární, ortopedický, urologický výkon či velkou břišní operaci – je doporučeno vyšetřit kognitivní funkce [1]. Pro tento účel jsou doporučeny krátké, objektivní a validované screeningové testy.

V českém prostředí se osvědčil například Mini-Cog, validovaný i pro perioperační péči. Z novějších možností jsou k dispozici české testy ALBA a POBAV [1, 7], případně lze zvážit konzultaci s psychiatrem [1]. Vzhledem k vlivu na rekonvalescenci je u psychiatrických pacientů ambulantní chirurgie výzvou. Je nutné důkladně zvážit rizika a provést předoperační psychologickou přípravu [8].

Specifika nejčastějších psychiatrických diagnóz

Deprese

Deprese je velmi časté psychiatrické onemocnění, které se vyskytuje u 5 % populace [9]. Nejvyšší incidence v populaci je mezi pozdními dvacátými a brzkými třicátými roky. Je charakterizovaná horší náladou, ztrátou zájmu a potěšení z běžně příjemných činností, ztrátou energie, potížemi s myšlením a rozhodováním, poruchami chuti k jídlu a spánku, psychomotorickými poruchami a sebevražednými myšlenkami [10]. Úzkost je často přidružená. Ačkoliv ovlivňuje všechny orgánové systémy, patofyziologie deprese stále není přesně objasněna [11]. Předpokládá se, že je způsobena nerovnováhou monoaminů v CNS nebo dysregulací hypotalamo-hypofyzární osy a prozánětlivých mediátorů stresové odpovědi, což může ovlivnit reakci pacientů na operační stres [12]. Vyskytující se kognitivní porucha se po operaci může zhoršit [13].

Deprese může být nezávislý rizikový faktor pro rozvoj pooperačního deliria [11]. Oslabení imunitního systému u depresivních poruch může pacienty vystavit ve zvýšené míře rozvoji pooperačních infekcí [12]. Taenzer a kol. [14] zjistili, že deprese před operací významně korelovala s pooperační bolestí a potřebou analgetik.

De Cosmo a kol. [15] popsali, že pacienti s předoperační úzkostí a depresí měli vyšší intenzitu bolesti po operaci a větší spotřebu tramadolu [5]. U elektivních výkonů se doporučuje odložit operaci, dokud pacient nedosáhne stabilizace stavu, kterou je možné posoudit klinicky, například absencí akutních depresivních symptomů, nebo na základě doporučení ošetřujícího psychiatra. Pokud pacient nereaguje na léčbu či má dlouhou historii neúspěšné terapie, je nutné individuálně zvážit rizika a benefity plánovaného výkonu [10]. Komunikace s pacientem trpícím depresí může být obtížná. Pacient bývá málomluvný až apatický, někdy plačtivý, v závažných případech agresivní. Pooperačně mají tito pacienti riziko exacerbace depresivních obtíží [10, 16].

Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je onemocnění projevující se opakovanými epizodami mánie, hypománie a deprese [17]. Podobně jako u deprese je jedním z etiologických faktorů dysfunkce hypotalamo-hypofyzární osy, což může ovlivnit schopnost reagovat na perioperační stres [17]. Taktéž jsou tito pacienti velmi náchylní k exacerbaci onemocnění po operaci [5].

V terapii bipolární afektivní poruchy se uplatňují zejména stabilizátory nálad, mezi které patří antikonvulziva a lithium, dále také antidepresiva a některá atypická antipsychotika [2, 18].

Úzkostná porucha

Úzkost je častým pocitem v předoperačním období postihující 48 % chirurgických pacientů [19]. Úzkost může být snížena nebo eliminována rozhovorem s pacientem a podáním premedikace. V perioperačním období zvyšuje spotřebu anestetik a analgetik [4].

Samotná diagnóza úzkostné poruchy, kam patří například panická porucha nebo generalizovaná úzkostná porucha [20], může ovlivnit pacienta v rámci perioperační péče. Extrémní stres před operací může vyvolat rozvoj panických atak a obtížnou spolupráci s pacientem. V rámci předoperační přípravy může být problematické zajištění žilního vstupu [21].

Léčbou volby u úzkostných poruch je dlouhodobé podávání serotoninergních antidepresiv, buspironu nebo psychoterapie [20]. Pro zvládnutí panické ataky mohou být podány benzodiazepiny [1], dlouhodobé podávání však není vhodné pro možný vznik návyku [20].

Schizofrenie

Jedná se o závažné psychiatrické onemocnění postihující zhruba 1 % populace [22]. Projevuje se pozitivními (např. halucinace, přeludy, katatonie) a negativními (snížení kognitivních funkcí, hypomotivace) psychotickými symptomy [22].

Etiologie je multifaktoriální, pravděpodobně souvisí s nadměrnou dopaminergní aktivitou v centrální nervové soustavě (CNS), ačkoli přesný mechanismus nebyl dosud objasněn [5, 6].

Pacienti s diagnózou schizofrenie představují z hlediska perioperační péče vysoce rizikovou skupinu. Vzhledem k užívání antipsychotik jsou náchylnější k hypotenznímu účinku anestetik [5, 23]. Navzdory tomu se doporučuje antipsychotickou medikaci před