

Ewa Śliwka

Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach

Zastosowanie opioidów u pacjenta z udarem niedokrwiennym mózgu

Opioids used in patient with acute ischaemic cerebral stroke

Przedrukowano z: *Udar Mózgu* 2003, tom 5, nr 2, s. 41–42, © 2003 Via Medica

Streszczenie

W pracy przedstawiono opis przypadku 76-letniego pacjenta, w stanie ciężkim, leczonego na oddziale neurologii z powodu udaru niedokrwiennego mózgu. Przy przyjęciu stwierdzono zaburzenia oddechowe i świadomości, niedowład połowiczny lewostronny i słabiej zaznaczony prawostronny. Po zastosowaniu terapii uzyskano poprawę stanu neurologicznego. Stwierdzono zespół Webera po stronie prawej oraz niepełny — po lewej. Ponadto, chory był pobudzony, agresywny; nieorientowany w czasie; nie rozpoznawał nawet bliskich osób. Bezwiednie oddawał mocz i stolec. Po urazie cewki moczowej leczono go na oddziale urologii. W czasie powolnego podawania petydyny dożylnie zaobserwowano nagły, pełny powrót do świadomości i logicznego kontaktu trwający kilka godzin. Po konsultacji włączono doustny preparat morfiny *MST Continus* podawany raz na dobę, by zbadać, czy nagła poprawa jest reakcją na opioidy. Stwierdzono, iż powrót do stanu prawidłowego po tabletkę preparatu następował po około 15–20 minutach od jej zażycia i utrzymywał się kilka godzin. Po 2–4 tygodniach stosowania okresy remisji były coraz dłuższe, aż do uzyskania pełnej sprawności psychicznej po około 6 tygodniach.

Słowa kluczowe: udar, leczenie, opioidy

Abstract

The 76-years-old patient treated in neurological ward because of acute ischaemic cerebral stroke. His state was serious with respiratory and consciousness disorders, complete hemiparesis on the left side and incomplete on the right. After treatment his state was stable. Complete Weber Syndrome on the right side and incomplete on the left were recognized. Patient was excited, aggressive and disoriented. He was not able to recognize his relatives. Because of urethra injury he was transferred to urological ward. During intravenous injection of Pethidine patient suddenly regained consciousness and logical contact with surroundings lasting several hours. After that he was prescribed morphine *MST Continus* — one tablet per day to recognize if his neurological improvement was the result of opioid activity. 15–20 minutes after taking morphine psychical state of patient was normal for several hours. After 2–4 weeks of this therapy periods of remission were longer and after 6 weeks patient regained complete mental efficiency.

Key words: cerebral stroke, treatment, opioids

Choroby mózgu pochodzenia naczyniowego są najczęściej spotykanymi uszkodzeniami układu nerwowego [1]. Są to schorzenia wieku podeszłego, stosunkowo rzadko występują u osób poniżej 50 roku

życia, najczęściej stwierdza się je między 50 a 80 rokiem życia [1].

Obrazem niewydolności krążenia w obszarze tętnicy podstawnej mózgu mogą być: dyzartia, zabu-

Adres do korespondencji: lek. Ewa Śliwka
Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centrum Onkologii
44–100 Gliwice, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15



Polska Medycyna Paliatywna 2005, 4, 4, 162–164
Copyright © 2005 Via Medica, ISSN 1644–115X

zenie połykania, zaburzenie ruchów gałek ocznych, porażenie mięśni twarzy, niedowład połowicy, a także zaburzenia czucia, porażenie nerwów V, XI i XII oraz objawy mózdkowe. Wymienione objawy mogą tworzyć wiele rozmaitych zespołów klinicznych [1].

W zespole Webera ognisko chorobowe w okolicy szypuły mózgu uszkadza drogi korowo-rdzeniowe oraz wychodzące z tej okolicy włókna nerwu III. Po stronie ogniska porażeniu ulega nerw III, po stronie przeciwległej zaś — kończyny. Występują: opadnięcie powieki, porażenie mięśni poruszających gałkę oczną zaopatrywanych przez nerw III i rozszerzenie źrenicy po stronie ogniska [1].

Opis przypadku

Pacjent 76-letni, przyjęty na Oddział Neurologii Szpitala Miejskiego nr IV w Gliwicach. W wywiadzie stwierdzono: ból głowy, zaburzenia widzenia i nagłą utratę przytomności; stan chorego — ciężki, obecne zaburzenia oddechowe i świadomości, niedowład połowicy lewostronny i słabiej zaznaczony prawostronny. W czasie leczenia doszło do rozwoju zespołu Webera po stronie prawej oraz niepełnego zespołu Webera — po lewej.

Wynik tomografii komputerowej głowy — ognisko niedokrwienne o powierzchni 3×2 cm u podstawy prawego płata skroniowego; ze względu na klaustrofobię nie wykonano badania głowy metodą rezonansu magnetycznego mającego posłużyć ocenie pnia mózgu; badania laboratoryjne — w normie; elektrokardiogram — zaburzenia repolaryzacji śródkomorowej; rentgenogram płuc — aorta wysyciona miażdżycowo, serce powiększone.

W 18. dobie pobytu na oddziale neurologii wystąpiło krwawienie z cewki moczowej (pobudzony pacjent wyrwał cewnik). Chorego przekazano na oddział urologii w sąsiednim szpitalu. Aktualny stan chorego na oddziale urologii — w badaniu neurologicznym stwierdzono: lekki niedowład piramidowy lewostronny, niedowład nerwu III po stronie lewej, porażenie nerwu III po stronie prawej, dodatni objaw Babińskiego po stronie prawej oraz tendencje do dodatniego objawu Babińskiego po stronie lewej. Ponadto zaobserwowano nadmierną senność i odwrócenie rytmu dobowego snu związane z uszkodzeniem tworów siatkowatych, a także słabiej zaznaczone zaburzenia połykania. Poza tym pacjent reagował agresywnie, błędnie rozpoznawał osoby z najbliższej nawet rodziny. W kontakcie słownym dominowały wspomnienia z dzieciństwa. Chory mówił niskim, zachrypłym głosem. Często oddawał stolec do łóżka lub na podłogę (gdy poruszał się za pomocą balkonika).

Należy zaznaczyć, iż do czasu zachorowania pacjent był osobą spokojną, łagodną, bardzo związaną uczuciowo z rodziną.

Z powodu bólu po zabiegu urologicznym choremu zalecono ampułkę (100 mg) petydyny dożylnie.

W czasie bardzo powolnego podawania leku pacjent poczerwieniał na twarzy, wykrzywił się mocno, jakby w złośliwym grymasie, po czym jego rysy wygładziły się; chory spojrzał przytomnie i zapytał, co się dzieje. Był to pierwszy w pełni logiczny kontakt z nim. Swój dotychczasowy stan określał jako barierę, przez którą nie był w stanie się przebić. Całkowicie zdawał sobie sprawę z tego, że był złośliwy, agresywny nawet w stosunku do najbliższych, w związku z czym wyraził żal.

Okres „wyzdrowienia” trwał kilka godzin, po czym nastąpił powrót do poprzedniego stanu. O konsultację tego przypadku poproszono anesteziologów. Ponieważ nie było wiadomo, czy był to pojedynczy przypadek reakcji na petydynę, czy też reakcja na opioidy, choremu zalecono morfinę w postaci doustnej *MST Continus* — tabletki w dawce 60 mg, następnie 30 mg, które stosowano raz dziennie. Pacjent powracał do pełnego kontaktu po około 15–20 minutach po zażyciu tabletki. Jego prawidłowy stan trwał około 4–5 godzin. W tym czasie chory w pełni kontrolował oddawanie moczu i stolca, rozmawiał logicznie z rodziną, był spokojny, głos miał normalny.

Tabletki *MST Continus* stosowano nadal 1 raz na dobę, codzienne — objawy ustępowały po około 15 minutach po zażyciu leku i wracały po 4–6 godzinach. Po około 2 tygodniach terapii okresy „zdrowienia” zaczęły się stopniowo wydłużać do ponad 6 godzin. Pacjent logicznie rozmawiał, zaczął pisać, rysować oraz tłumaczyć, jak w okresie przed chorobą (był tłumaczem języka niemieckiego). Po około 6 tygodniach zażycie tabletki *MST* wystarczało na cały dzień.

Odnośnie do przebytych objawów chorobowych pacjent wykazywał pełny krytycyzm. Stwierdził, że bardzo się męczył, nie mogąc pokonać „bariery” uniemożliwiającej mu właściwy kontakt z otoczeniem oraz kontrolę zachowań.

Po około 6 tygodniach morfinę odstawiono. Pacjenta pozostającego w pełnym kontakcie logicznym bez zaburzeń świadomości nadal rehabilitowano ruchowo.

Dyskusja

Opisany przypadek wzbudził duże zainteresowanie różnych specjalistów. Poprawa stanu chorego, powrót do „normalności” były nagłe i pozostawały w ścisłej zależności od stosowania opioidów.

W jednym z czasopism amerykańskich przedstawiono przypadek osoby z chorobą Alzheimera, u której zaobserwowano poprawę stanu świadomości po przypadkowym zastosowaniu leków ze wspomnianej wyżej grupy. Nie potrafiąco jednak wytłumaczyć mechanizmu tego działania. Możliwe, iż poszczególne stany chorobowe, ich objawy, są wynikiem niedoboru endorfin, których działanie farmakologiczne jest podobne do działania leków opiatowych i morfinopodobnych [2].

W przedstawionym przez Verebeya teoretycznym modelu psychicznej homeostazy określono objawy niedoboru endorfin. Należą do nich: obniżenie progu bólowego, niepokój, nadwrażliwość na czynniki stresowe, głęboka depresja, zwiększona agresyw-

ność, dezorientacja czasowo-przestrzenna, a nawet stan splątania [2]. Na podstawie tego modelu sugeruje się modyfikowanie aktywności systemu endorfin jako potencjalnych środków przywracających homeostazę psychiczną [2].

Być może stosowanie opioidów w podobnych do opisanego przypadkach potwierdzi ich korzystny wpływ na powrót pacjenta do stanu pełnej świadomości i logicznego kontaktu.

Piśmiennictwo

1. Jakimowicz W. Neurologia kliniczna w zarysie. PZWL, Warszawa 1987; 36, 262: 264.
2. Gmułka W.S., Rewierski W. Farmakoterapia bólu. PZWL, Warszawa 1985; 44: 45.