

Spis treści

Wprowadzenie	11
Rozdział 1. Dzień, o którym chciałoby się zapomnieć	13
Rozdział 2. Włamywacze	33
Rozdział 3. Oddział Birch	51
Rozdział 4. Niejeden snob zapłaciłby za to grubą forszę	69
Rozdział 5. Wielka ucieczka	91
Rozdział 6. Leki, dieta i depresja	119
Rozdział 7. Magia liczb	143
Rozdział 8. Powrót do życia	155
Rozdział 9. Diagnoza	179
Udar – ważne pytania	181

Informacje uzupełniające

Co to jest udar?	16
Kogo dotyka udar?	19
Naucz się rozpoznawać objawy udaru	
– stracony czas to stracony mózg	25
Mini-udar	30
Bezpośrednie skutki udaru	37
Zakrzepy i krwotoki	42
Koszty udaru	50
Jakie są przyczyny udaru?	55
Podwyższone ciśnienie krwi	58
Rehabilitacja	60
Interpretacja wyników pomiaru ciśnienia krwi	66
Nadciśnienie	73
Fizjoterapia	83
Obniżanie ciśnienia krwi	95
Ile trzeba czasu, by wrócić do zdrowia po udarze?	98
Udar a związek	100
Ograniczenie spożycia soli	104
Aspiryna a udar	111
Leki na nadciśnienie	120
Porost włosów	125
Depresja	126
Rzucenie palenia	135
Ciśnienie a dieta	136
Cholesterol	137
Ciśnieniomierze do samodzielnego pomiaru ciśnienia	145
Hydralazyna	148
NADciśnienie i NIEDOciśnienie	149
Warzywa i owoce a ciśnienie krwi	152
Problem z monetami	158
Prowadzenie samochodu po udarze	161
Książki, które warto przeczytać	164
Odzyskiwanie mowy	166
Słaba pamięć krótkoterminowa	168
Rozmowa przez telefon	171

Wprowadzenie

Miałem udar. Przydarzył mi się w styczniu 2003 roku. Miałem wtedy pięćdziesiąt lat. Nie wiedziałem nic o udarach. Nie miałem pojęcia, jakie mam ciśnienie, a tym bardziej, jakie powinienem mieć. Nigdy też nie spędziłem ani jednej nocy w szpitalu.

Dokładnie rok później – co do dnia, jak na ironię – moja przyjaciółka, autorka kryminałów (która sama przeszła udar w wieku czterdziestu czterech lat), przesłała mi egzemplarz książki Roberta McCruma, zatytułowanej *My Year Off*. Zasugerowała, że ja także powinienem spisać swoje wspomnienia.

Znałem historię Roberta McCruma (miałem nawet okazję poznać go osobiście podczas przyjęcia w Londynie – jest naprawdę uroczym człowiekiem), ale nigdy wcześniej nie zetknąłem się z jego książką. To ciepła i krzepiąca opowieść o tym, jak w wieku czterdziestu dwóch lat doznał czegoś, co sam nazywa „obrazą mózgu”.

W przeciwieństwie do Roberta nie prowadzę – i nigdy nie prowadziłem – pamiętnika. Mimo to od pierwszego dnia pobytu w szpitalu starałem się gromadzić „materiały”: odgrywałem w myślach różne sceny, po czym odkładałem je do dalszej obróbki. Tak właśnie robią pisarze.

Piszę czarne komedie i zapewne dlatego w każdej sytuacji staram się dostrzegać elementy groteski i farsy. Nietrudno było dostrzec elementy humorystyczne w publicznym szpitalu. Muszę jednak przyznać, że momentami był to naprawdę wisielczy humor. Niektórym czytelnikom moje uwagi mogą się wydać cyniczne albo wręcz okrutne. Zapewniam jednak, że nie takie były moje intencje. Dla mnie śmiech jest ratunkiem przed historią – jest moją odskocznią w najbardziej stresujących i przerażających momentach życia. Pielęgniarki, które opiekowały się mną z anielską wręcz cierpliwością i delikatnością, z całą pewnością słyszały opowiadane przeze mnie dowcipy już tysiąc razy. A mimo to udawały, że bawią je moje historyjki. To bardzo miło z ich strony.

Udar jest bodaj najokrutniejszą z przypadłości: rujnuje człowiekowi życie co najmniej na kilku płaszczyznach. Największymi sprzymierzeńcami udaru są niewiedza na temat przyczyn jego powstawania oraz nieznamość potencjalnych skutków. Jeżeli dzięki tej książce uda się obalić choć kilka mitów i przywrócić nadzieję pacjentom po udarze oraz ich opiekunom, będę mógł stwierdzić z czystym sumieniem, że spełniła ona swoje zadanie.

Chciałbym w tym miejscu podkreślić, że ja sam miałem naprawdę dużo, dużo szczęścia.

Szczęścia, którego co roku brakuje tysiącom ludzi.



Rozdział 1

*Dzień, o którym chciałoby się
zapomnieć*

Sobota, 18 stycznia 2003 roku – idealny dzień na atak z zaskoczenia.

Tego wieczora ja i moja żona, Alyson, postanawiamy obejrzeć *Pearl Harbor* na DVD. W naszym lokalnym oddziale wypożyczalni Blockbuster nie ma nic innego godnego uwagi (w telewizji też nie ma co oglądać).

Po filmie stwierdzam, że choć pamiętam kilka efektów specjalnych, nie jestem w stanie przypomnieć sobie ani jednego dialogu, ani jednej twarzy aktora. Dochodzę do wniosku, że musiałem przespać większość filmu. Wstaję, żeby wyjąć płytę z odtwarzacza, i... nagle upadam na ziemię. Alyson pyta, jakim cudem udało mi się upić, skoro przez ostatnie dwie godziny nie opuszczałem pokoju.

– Pewnie łapie mnie grypa – odpowiadam, choć bez przekonania.

– Dlaczego w takim razie płacze ci się język? – pyta moja żona.

Czyżby naprawdę płątał mi się język? Alyson każe mi iść do łóżka. Tak właśnie robię, ale po drodze uderzam jeszcze we framugę drzwi.

Tak się to wszystko zaczyna.

Budzę się następnego dnia. Nie myślę o tym, co przydarzyło mi się poprzedniej nocy.

A potem próbuję wstać z łóżka.

Kręci mi się w głowie, jakbym po kilku głębszych siedział na pokładzie jachtu pływającego po otwartym morzu. Czuję drętwienie w lewym ramieniu, jakbym na nim spał przez całą noc. Nie mam w ogóle czucia w lewej dłoni. Nie przejmuję się tym specjalnie, ponieważ wcześniej wielokrotnie zdarzało mi się czuć klucie i mrowienie. Nigdy nie zwracałem na to większej uwagi, choć być może należało. Być może były to sygnały ostrzegawcze.

Z trudem utrzymuję się w pozycji pionowej, więc siadam na skraju łóżka i zaczynam się ubierać.

Alyson przypomina mi, co powiedział świętej pamięci James Callaghan, były premier, gdy spytano go o radę dla młodych polityków: „Kiedy zaczniesz zbliżać się do siedemdziesiątki, zawsze wkładaj skarpetki na siedząco”.

Myślę sobie, że do siedemdziesiątki brakuje mi jeszcze dwudziestu lat. Chociaż, przyznaję w duchu, w tej chwili czuję się tak, jakbym już osiągnął ten sędziwy wiek.

Jest niedziela, więc nie panikujemy. Zgodnie stwierdzamy jednak, że jeśli jutro rano nie będę się czuł znacznie lepiej, zamiast do pracy pójdę do lekarza.

Od trzech lat uzupełniam moje skromne dochody z tantiem za czarne komedie równie skromną pensją archeologa. Pracuję w terenie, prowadząc wykopaliska rzymskich stanowisk w północnej części hrabstwa Essex. Obecnie badamy stanowisko w Col-

chester, sąsiednim mieście. Prowadzenie wykopalisk w środku zimy na terenie przygotowywanym do zabudowy zapewne nie dla każdego byłoby pracą marzeń. Muszę jednak podkreślić, że jest to fascynujące stanowisko, zlokalizowane tuż za zachodnią bramą rzymskiej stolicy Brytanii. Trzeba się spieszyć: za niecały miesiąc ten teren zajmą deweloperzy.

Obiecałem szefowi, że w trakcie weekendu przygotuję projekt plakatu edukacyjnego, który wyjaśniałby młodzieży szkolnej, co udało nam się odkryć. Nie przypuszczałem wówczas, by wykonanie tego zadania miało mi zająć więcej niż kwadrans.

Po dwóch godzinach przed komputerem muszę przyznać sam przed sobą, że naprawdę coś jest ze mną nie tak. Piszę bzdury i nieświadomie uderzam w klawisze. Zupełnie nie panuję nad swoją lewą ręką. Zlany potem i coraz bardziej poirytowany zaczynam wklepywać litery jednym palcem. W końcu udaje mi się skleić liczący około dwustu słów tekst, więc wysyłam go e-mailem do szefa. Stwierdzam, że przygotowanie i wysłanie tego jednego e-maila zajęło mi w sumie prawie sześć godzin.

Podczas kolacji oboje z Alyson robimy dobrą minę do złej gry. Nie chcemy niepokoić dzieci. Po kolacji kieruję się do sypialni, po drodze zahaczając lewym ramieniem o wszystkie framugi.

Niewiele pamiętam z następnego, poniedziałkowego poranka. Wiem tylko, że dzieci pojechały do szkoły, a Alyson zabrała mnie do lekarza. Zadzwoniła i zażądała natychmiastowej wizyty. Mówiła takim tonem, że wzbudziła w recepcjonistce strach i respekt – mnie nigdy nie udało się ta sztuka.

Zostaję natychmiast skierowany do lekarki, której nie znam. Przekraczam próg gabinetu i od razu pytam:

– Pani doktor, czy można mieć udar podczas snu i nawet tego nie poczuć?

Lekarka odpowiada mi z drugiego końca pokoju, nie wstając z krzesła:

– Tak, to jest możliwe. I sądząc po tym, jak się pan zatacza, to właśnie się panu przytrafiło.

Co to jest udar?

Zadziwiająco mało ludzi w ogóle zdaje sobie sprawę z tego, czym jest udar. Dość powszechnie spotyka się zupełnie błędne przekonanie, że udar ma coś wspólnego z zawałem i jest przypadłością ludzi starszych.

Z udarem (określanym niekiedy także skrótem CVA – od ang. *cerebrovascular accident*) mamy do czynienia wówczas, gdy dopływ krwi do mózgu zostaje zakłócony. Zwykle ma to związek z zablokowaniem tętnicy przez zakrzep lub pęknięciem naczynia krwionośnego i krwotokiem wewnętrznym.

Udar może przydarzyć się każdemu. Kiedyś sądzono, że udary wśród małych dzieci występują niezwykle rzadko. Dziś wiadomo już, że to nieprawda.

Lekarka podsuwa mi krzesło i wykonuje kilka prostych badań. Między innymi każe mi zacisnąć dłonie w pięści i naciskać nimi jej otwarte dłonie. Ustawia także dłonie po dwóch stronach mojej głowy i porusza dwoma palcami – w ten sposób chce sprawdzić, czy moje pole widzenia nie uległo ograniczeniu. Zadaje też mnóstwo pytań o moment, w którym – moim zdaniem – doszło do udaru. Ciągłe też pyta, czy boli mnie głowa, a ja jej ciągle odpowiadam, że nie.

Teraz wiem (choć wtedy te wszystkie pytania strasznie mnie irytowały), że starała się ona ustalić, czy to mógł być przemijający atak niedokrwienny (TIA – od ang. *transient ischemic attack*), czyli mini-zawał. W takim przypadku mógłbym się spodziewać, że objawy zaczną ustępować w ciągu dwudziestu czterech godzin.

Alyson podejmuje się zawieźć mnie do szpitala, a lekarka dzwoni na oddział ratunkowy, by uprzedzić, że przyjadę, i tym samym uniknąć zbędnych opóźnień.

(Wiemy, że zadzwoniła, ponieważ byliśmy przy tym).

Mimo to, kiedy kwadrans później docieramy do szpitala, nie ma tam nikogo, kto spodziewałby się mojego przybycia. Właściwie można powiedzieć, że jest to dla nich niespodzianka. Jednak gdy mojej żonie na czymś zależy, potrafi być naprawdę uparta – już chwilę później pojawia się pielęgniarka, by wypełnić niezbędne dokumenty. Ponownie muszę odpowiadać na pytania, od jak dawna się tak czuję i czy boli mnie głowa. Po raz kolejny muszę więc tłumaczyć, że głowa mnie nie boli.

Wprowadzają nas na oddział ratunkowy. Jest już koło godziny jedenastej. Pielęgniarka wskazuje mi łóżko za zieloną kotarą i wręcza jedną z tych kompletnie aseksualnych szpitalnych piżam, w których nie sposób odróżnić przodu od tyłu. Mówię, że cisza tego miejsca dzwoni mi w uszach. Zupełnie inaczej to wszystko wygląda w telewizyjnych serialach, takich jak *Ostry dyżur* czy *Chirurgzy*. Alyson stwierdza, że może byłoby inaczej, gdyby to była noc z soboty na niedzielę, kiedy wszyscy wychodzą z pubów.

Jakiś czas później – chociaż nie jestem w stanie stwierdzić, ile czasu mija naprawdę – młody doktor hinduskiego pochodzenia odchyła zieloną zasłonę, zagląda do karty i mówi do mnie:

– No więc jak to jest z tymi bólami głowy?

Po raz trzeci zaklinam się, że nie boli mnie głowa. Dodaję, że niedługo może zacząć mnie boleć, jeżeli dalej będę musiał odpowiadać na to pytanie.

Lekarz przeprowadza te same badania, które przeprowadziła wcześniej lekarka w przychodni. Zleca pobranie próbki krwi oraz przyjęcie mnie na oddział diagnostyki medycznej – cokolwiek by to nie oznaczało. Potem uśmiecha się, grzecznie mówi: „Do widzenia” i znika za zieloną zasłoną.

Więcej go już nie widziałem.

Kilka sekund później – według mojej subiektywnej oceny – pojawia się sanitariusz, który przepycha moje łóżko na kółkach na tajemniczy oddział diagnostyki medycznej. Staję się teraz elementem systemu, w którym wszystko dzieje się z zastraszającą szybkością.

W rzeczywistości moja pierwsza podróż na szpitalnym łóżku trwa zaledwie dwadzieścia sekund: wyjeżdżam z oddziału ratunkowego, by znaleźć się na korytarzu, na którym obok siebie zaparkowano jeszcze kilka innych łóżek.

– Przykro mi, ale brakuje nam miejsca na oddziale – mówi sanitariusz. – Ominie pana lunch, więc przyniosłem panu kanapki.

Sanitariusz kładzie mi na piersiach foliowy woreczek z kanapkami, blokuje kółka mojego łóżka i odchodzi.

Jego też już nigdy więcej nie widziałem.

Oboje z Alyson stwierdzamy zgodnie, że jeżeli umieszczę scenę z korytarza w jakiegokolwiek książce lub scenariuszu, zostanę oskarżony o sięganie do banalnych stereotypów dotyczących państwowej służby zdrowia. Jeżeli mam być szczery, muszę powiedzieć, że leżenie i gapienie się w biały sufit jest całkiem uspokajające. Gdzieś w pobliżu otwarto okno, dzięki czemu na korytarzu jest o kilka stopni chłodniej niż na nieco przegrzanym, jak na mój gust, oddziale ratunkowym.

Mówię Alyson, żeby nie stała bez sensu na korytarzu. Mówię, żeby poszła do domu, wyjaśniła wszystko dzieciom i wróciła później, kiedy już będę na tym tajemniczym oddziale diagnostyki medycznej. Mówię, żeby przyniosła ze sobą akcesoria do golenia i, co najważniejsze, jakąś książkę do czytania. W każdym razie wydaje mi się, że właśnie jej to mówię. Natomiast w rzeczywistości zaczynam zasypiać. Nie mogę się powstrzymać.

Nie mogłem wtedy wiedzieć, że te cztery godziny przespane na korytarzu były najdłuższym okresem nieprzerwanego snu w ciągu tygodnia, który rozpoczął się tego dnia.

Kogo dotyka udar?

W zasadzie każdy może dostać udaru. Udar to przeciwnik, który wszystkim ludziom daje równe szanse.

W Wielkiej Brytanii ofiarą pierwszego udaru pada rocznie sto tysięcy osób. Chociaż chorobę tę uważa się za przypadłość dotyczącą ludzi starszych, mniej więcej dziesięć tysięcy udarów rocznie występuje u ludzi przed pięćdziesiątym piątym rokiem życia, w tym także dzieci.

W Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych i Australii udar jest uważany za trzecią w kolejności przyczynę zgonów i jedną z najważniejszych (jeśli nie najważniejszą) przyczynę występowania niepełnosprawności u ludzi dorosłych.

Do grup podwyższonego ryzyka zaliczyć należy: osoby z wysokim ciśnieniem tętniczym krwi (nadciśnieniem) lub genetycznymi skłonnościami do nadciśnienia; osoby, u których pojawiają się zmiany miażdżycowe w tętnicach; osoby z chorobą niedokrwienną serca lub zaburzeniami rytmu serca; cukrzyków; przedstawicieli rasy czarnej i osoby wywodzące się z Azji Południowej, a także rejonu Karaibów; osoby stroniące od aktywności fizycznej oraz palaczy. (Uważa się, że palenie tytoniu zwiększa ryzyko wystąpienia udaru aż trzykrotnie).

Jest już ciemno, kiedy stwierdzam, że łóżko znowu zaczyna się poruszać. Wiem, że jest ciemno, ponieważ na korytarzu, którym jestem wieszony, są okna. Nie mam jednak zielonego po-

jęcia, która może być godzina – podniesienie lewej ręki w celu spojrzenia na zegarek wydaje mi się nadludzkim wysiłkiem. Nie mogę też znaleźć w sobie energii, by podnieść głowę i spojrzeć, kto i dokąd pcha moje łóżko.

Trafiam na oddział diagnostyki medycznej, czyli do jednostki, której zadaniem jest dokonanie oceny mojego stanu. To oddział, na którym przebywa się tymczasowo – mam wrażenie, że zgodnie z definicją państwowej służby zdrowia jest to miejsce, które nie jest korytarzem, a stawia się tam łóżka. Powietrze jest tu świeże. Dookoła wszędzie widzę szyby – całość przypomina nieco wielką oranżerię, dobudowaną do domku letniskowego. Jest tu chyba sześć łóżek, ustawionych w półokręgu, którego środek wyznacza duże biurko, kryjące za sobą dyżurkę pielęgniarek... i tylko pielęgniarek jakoś nie dostrzegam.

Ktoś musi jednak być na dyżurze, ponieważ w jakiś sposób przenoszę się na ostatnie łóżko w półokręgu (położone bardzo dogodnie, bo blisko toalety), a przecież nie zdołałbym dokonać tego samodzielnie. Na łóżku leży, bez ładunku i składu, chyba ze sto poduszek. Znalezienie wygodnej pozycji jest równie trudne, jak wygodne umiejscowienie się na sankach pędzących w dół piargowego stoku. Po ześlizgnięciu się na prawą stronę zauważyłem, że nie mam dość siły w lewej ręce, żeby podciągnąć się do poprzedniej pozycji. Zaczynam sobie uświadamiać, że w ogóle nie mam kontroli nad całą lewą połową mojego ciała.

Nie wiadomo skąd przy moim łóżku pojawia się Alyson z trójką naszych dzieci. Moja żona ma ze sobą sportową torbę, a w niej kosmetyki i akcesoria do golenia, piżamy oraz książkę, o którą prosiłem (choć nie przypominam sobie, że bym prosił o konkretną książkę): *The Golden Age* Gore'a Vidala. Od dwóch lat starałem się znaleźć czas, żeby ją przeczytać¹.

¹ Dwa lata później neuropsycholog, któremu opowiadałem tę historię, wyraził szczerze zdziwienie, że w moim ówczesnym stanie byłem dostatecznie przytomny, by poprosić o cokolwiek do czytania, nie mówiąc już o konkretnej książce.

Nie mam im do przekazania żadnych wieści, ponieważ od czasu, kiedy rano trafiłem na oddział ratunkowy, nikt mnie nie oglądał i nikt ze mną nie rozmawiał. Zaraz... właściwie miałbym jedną wiadomość, którą mógłbym im przekazać. Nie mogę jednak tego zrobić, ponieważ nie mogę nic powiedzieć. Słyszę ich i rozumiem, co do mnie mówią. Myślę, co mógłbym odpowiedzieć na pytania, które mi zadają, ale moje usta nie są w stanie złożyć słów.

Walczę z niemożnością wyartykułowania odpowiedzi, kiedy pojawia się pielęgniarka i pyta, co zamówiłem na kolację. To najtrudniejsze pytanie na świecie – nie jestem w stanie sformułować odpowiedzi, nie jestem w stanie nic powiedzieć. Leżę tylko w łóżku w jakiejś groteskowej pozycji.

– Co pan wybrał z menu? – pyta pielęgniarka, a Alyson powtarza po niej to samo pytanie.

Nie przypominam sobie, żebym oglądał jakiegokolwiek menu, a co dopiero wybierał z niego jakąś pozycję. Mimo to pielęgniarka uporczywie pyta dalej:

– Czy ktoś zapoznał pana z menu?

Jest bezlitosna w zadawaniu pytań – w poprzednim wcieleniu pewnie służyła w gestapo. Po krótkiej chwili mam ochotę zdradzić jej wszystkie moje kontakty w ruchu oporu, lokalizacje radiostacji i szyfry... ale jedyne, co jestem w stanie zrobić, to pokiwać głową.

Alyson przejmuje kontrolę nad sytuacją i zamawia dla mnie omlet z serem – po części dlatego, że jest to jedyna dostępna jeszcze pozycja z owego wyimaginowanego „menu”, głównie jednak dlatego, że nagle uświadamia sobie istotną rzecz – to jedyna potrawa, jaką będę w stanie zjeść jedną ręką.

Tymczasem okazuje się, że nawet omlet z serem jest dla mnie nie lada wyzwaniem. Jako tymczasowy i przejściowy oddział diagnostyki medycznej nie dysponuje udogodnieniami dostępnymi na innych oddziałach. Nie przeszkadza mi brak telewizora,

ale oczekiwanie od pacjenta, że będzie jadł jedną ręką z talerza, którego nie można na niczym postawić, to już prawdziwa farsa. Z pomocą Alyson udaje mi się ześlizgnąć z łóżka na jedyne krzesło, jakie nam przydzielono, dzięki czemu mogę potraktować łóżko jako stół. Mimo to większość jedzenia ląduje raczej na mnie niż we mnie.

Bardzo powoli uświadamiam sobie rzecz straszliwą: nie jestem w stanie używać noża i widelca. Jeszcze bardziej niepokoi mnie coś innego: nie jestem w stanie włożyć jedzenia do ust. Pojawia się deser: kubeczek jogurtu. Alyson musi go za mnie otworzyć, a potem przytrzymywać, kiedy ja próbuję doprowadzić łyżeczkę do ust.

Ogarnia mnie fala czarnej rozpacz. Mam wrażenie, że jestem kompletnie bezużyteczny. W zasadzie odczuwam ulgę, kiedy Alyson stwierdza, że czas już zabrać dzieci do domu na kolację. Przed odejściem upiera się, by pomóc mi przebrać się w inną piżamę. Twierdzi, że moja szpitalna koszula jest ubrudzona jedzeniem. Potem dźwiga mnie z powrotem na łóżko. Cały czas powtarza: „Spójrz na mnie” i wpatruje mi się w twarz.

Wiele dni później powiedziała mi, że lewa strona mojej twarzy „opadła” i zwiotczała. Ja oczywiście nie mogłem tego poczuć, a tak się szczęśliwie złożyło, że na oddziale diagnostyki medycznej nie było luster.

Rodzina żegna się mnóstwem nerwowych uśmiechów, uścisków i całusów. Postanawiam trochę poczytać, żeby utwierdzić się w przekonaniu, że choć moje ciało odmawia współpracy, mój mózg nadal funkcjonuje.

Niestety, czytanie okazuje się równie frustrujące, jak jedzenie czy choćby utrzymywanie się w wygodnej pozycji leżącej. *The Golden Age* Gore'a Vidala to rewelacyjna książka, powieść wchodząca w skład cyklu opowiadającego o historii Stanów Zjednoczonych. Jednocześnie jest to jednak 467 stron w twardej oprawie

wie – dla jednorękiego czytelnika ciężar trudny do utrzymania. Ponieważ skupiam się na utrzymaniu książki w górze w odpowiedniej odległości od oczu, ześlizguję się na prawo. Rezygnuję z lektury, kiedy zbliżam się do krawędzi łóżka i pojawia się naprawdę poważne niebezpieczeństwo, że za chwilę wyląduję na podłodze. Wiem jednak, że nadal rozpoznaję słowa zapisane na kartce. Wiem też, że nie jestem w stanie skupić na nich uwagi dostatecznie długo, byabrały dla mnie jakiegoś sensu.

Nie mogę spać, więc leżę i kontempluję otaczającą mnie rzeczywistość. W dyżurce zlokalizowanej w centrum sali kręcą się trzy, a czasem cztery pielęgniarki. Wszystkie zajmują się uzupełnianiem dokumentacji (szybko orientuję się, że jest to ich główne zajęcie), dyskutując przy tym na temat warunków wynajmu mieszkań w Colchester. Na łóżku po mojej prawej stronie leży mężczyzna w średnim wieku. Wygląda na ciężko poparzonego albo dotkniętego jakąś wyjątkowo dokuczliwą chorobą skóry. Jest przykryty aż po skraj policzków i stara się nie wykonywać żadnych ruchów. Nawijujemy kontakt wzrokowy, ale on nie chce rozmawiać, a ja nie jestem w stanie.

Po drugiej stronie sali śpi dwóch pacjentów, których wcześniej nie zauważyłem. Na trzecim łóżku siedzi drobniutka staruszka. Cały czas ktoś się koło niej kręci – albo pielęgniarki, albo ludzie spoza personelu szpitalnego, być może rodzina. Staruszka ma na imię Connie. Choć wszyscy jej goście starają się mówić szeptem, bez trudu można usłyszeć, o czym rozmawiają. Wszyscy starają się wytłumaczyć jej, że musi położyć się do łóżka i zostać na noc w szpitalu. Connie się z nimi nie sprzecza ani nie reaguje agresją. Po prostu się na to nie zgadza i jednoznacznie daje wyraz swojemu przekonaniu. Pielęgniarki i krewni starają się różnymi sposobami skłonić ją do położenia się do łóżka. Ona tymczasem nagle przestaje narzekać, wstaje i zaczyna się rozbierać.

Wokół łóżka szybko pojawia się parawan, a po jego usunięciu Connie leży już, beznamyślnie wpatrując się w sufit. Krewni (o ile rzeczywiście nimi są) wychodzą, a pielęgniarki szybko znikają gdzieś na korytarzu. Starsza pani nie odzywa się ani jednym słowem.

Na oddziale diagnostyki medycznej zapada kompletna cisza. W dyżurce pielęgniarek nie ma nikogo. Nocna zmiana zajmuje stanowisko w głębi korytarza – dzięki temu może czuć nad kilkoma oddziałami naraz (oczywiście wtedy nie mogłem tego wiedzieć). Mam do dyspozycji przycisk alarmowy, ale i tak czuję się opuszczony.

Jednak my, pacjenci, nie jesteśmy sami. Mamy gościa – wyraźnie stara się on ominąć łóżko Connie, która siedzi teraz wyprostowana niczym struna (powinienem był zwrócić uwagę na ten fakt i potraktować go jako sygnał ostrzegawczy). Gość zmierza prosto w moją stronę. Zapewne dlatego, że jestem jedynym pacjentem, który nie śpi.

Naszym gościem jest ktoś z grona szpitalnych kapelanów – to niska kobieta po sześćdziesiątce, o ogorzałej twarzy. Na nosie ma delikatne okulary. Robi wrażenie osoby konkretnej i zdecydowanej. Ma na sobie koszulkę polo (w kołnierzyk wpięta jest kolo-ratka), zamszową kamizelkę i spodnie, które nieco przypominają bryczesy. W ręku, niczym miecz, trzyma oprawioną w skórę Biblię. Siada na krześle stojącym obok mojego łóżka.

Żałuję teraz, że kiedy rano przyjmowano mnie do szpitala, na pytanie dotyczące wyznania odpowiedziałem: „Żadne, jestem członkiem Kościoła anglikańskiego”. Wtedy bardzo starałem się zachować pogodę ducha. Wydawało mi się, że ten żart w tym pomoże.

– Nowy pacjent? – pyta kobieta. Odnoszę wrażenie, że powinienem odpowiedzieć tak szybko, jak tylko się da, bo inaczej Biblia niebezpiecznie zbliży się do moich nerek.

– Nnnnnnddddddddddddwwnnnn – mniej więcej tak brzmi moja odpowiedź. Mam wrażenie, że zaczynam się ślinić.

– A czym zajmuje się pan zawodowo? – pada kolejne pytanie zza okularów.

To pozornie niewinne pytanie. Jestem jednak w pełni świadomy, że w żadnym razie nie uda mi się wymówić słowa „archeolog”. Skupiam więc wszystkie swoje wysiłki na przekazaniu informacji o moim „drugim zawodzie” – pisaniu książek.

Biorę głęboki wdech i mówię:

– Piszę kryminały – choć nie mam pojęcia, jak brzmi to, co w istocie wypowiadam.

– Oczywiście, że tak – mówi pani kapelan, uderzając dłonią w okładkę Biblii. Potem wstaje i odchodzi.

Naucz się rozpoznawać objawy udaru – stracony czas to stracony mózg

Udar to nagły wypadek. Warto nauczyć się rozpoznawać jego objawy i przekazywać tę wiedzę innym. W tym przypadku liczy się każda sekunda. Do objawów udaru zaliczyć należy:

- nagłe odrętwienie albo osłabienie mięśni twarzy, ramion lub nóg – szczególnie, jeśli dotyczy to tylko jednej połowy ciała;
- nagłe uczucie zmieszania, problemy z artykułowaniem lub rozumieniem słów;
- nagłe niedowidzenie na jedno oko lub oboje oczu;
- nagłe trudności z chodzeniem, zawroty głowy, utratę równowagi lub koordynacji ruchowej;
- nagłe silne bóle głowy, występujące bez przyczyny.

Źródło informacji: American Stroke Association

Staram się zasnąć z nadzieją, że kiedy się obudzę, to wszystko okaże się tylko złym snem. Niestety, na oddziale diagnostyki medycznej jest za gorąco, żebym mógł zasnąć. Staram się wydostać spod kołdry, ale spowija mnie ona niczym drapieżna anakonda.

Ku swemu przerażeniu uświadamiam sobie, że zupełnie straciłem czucie w lewej części ciała. Cały czas leżę i niemal widzę, jak mój stan pogarsza się z minuty na minutę. Kiedy kilka godzin wcześniej trafiłem na oddział diagnostyki medycznej, miałem niedowład lewej ręki i lewej nogi. Teraz mam wrażenie, że moja lewa ręka i lewa noga są całkowicie bezwładne. Nabieram też przekonania, że już nigdy nie będę w stanie nic powiedzieć.

Wpadam w głęboką depresję. Przez cały czas myślę o tym, że moje dzieci nie mogą zobaczyć mnie w takim stanie. Gdybym tylko mógł dostać się do telefonu, zadzwonić do Alyson i powiedzieć jej, żeby jutro nie przyprowadzała ze sobą dzieci.

Dziś wydaje mi się jednak, że nawet wtedy miałem świadomość absurdalności tego pomysłu. Przede wszystkim nie byłem w stanie wstać z łóżka, co dopiero mówić o przemierzeniu całego oddziału do dyżurki pielęgniarek, w której znajdował się telefon. Nie wspominając już o tym drobnym szczególe, że nie mogłem też mówić.

Staram się pogodzić z myślą, że jestem przykuty do szpitalnego łóżka. Tego samego nie można jednak z całą pewnością powiedzieć o starszej i na pozór słabowitej Connie.

Nie zauważyłem, kiedy wstała z łóżka. Zauważam, że nie ma jej na oddziale, dopiero wtedy, gdy z korytarza zaczynają dobiegać stłumione odgłosy krzątania i stukot pielęgniarskich chodaków. Dochodzą do mnie różne przyciszone głosy, z których nagle wyłania się wyraźny krzyk:

– Muszę siusiu!

Jestem skłonny sądzić, że głos ten należy raczej do Connie niż jednej z pielęgniarek.

Drzwi się zatrzasują, by po chwili ponownie się otworzyć. Słychać dźwięk spuszczonej wody, a następnie kroki. Chwilę później pojawia się Connie w eskorcie pielęgniarki, która prowadzi ją do łóżka, pomaga jej się ułożyć, gasi nocną lampkę i wychodzi. Jeszcze słychać echo kroków pielęgniarki maszerującej korytarzem, gdy Connie ponownie wygrzebuje się z pościeli. Tym razem wybiera się do toalety zlokalizowanej koło mojego łóżka.

– Muszę siusiu – oświadcza z dumą, przemykając koło mnie.

Nie jestem pewien, jak powinienem zareagować. Nie wiem zresztą, czy w ogóle jestem w stanie zareagować. Mogę co najwyżej odwrócić wzrok i nie przyglądać się, jak Connie udowadnia, że mówiła poważnie, a w tych kwestiach wyznaje – i to dosłownie – politykę otwartych drzwi.

Zachowanie Connie ponownie zwraca uwagę opiekującej się nią pielęgniarki, która szybko pojawia się, by odprowadzić starszą panią z powrotem do łóżka. Na moje – niefachowe i chwilowo nie do końca wiarygodne – oko w sferze fizycznej starszej pani nic nie dolega. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że porusza się o wiele sprawniej niż ja. Prawdę mówiąc, wydaje mi się, że to stwierdzenie byłoby prawdziwe nawet wówczas, gdybym jakiś czas temu nie przeszedł udaru. Zupełnie nie rozumiem, z jakiego powodu trafiła do szpitala. Przypuszczam, że jest nie tyle chora, co raczej mocno zdezorientowana – choć być może sama nie zdaje sobie z tego sprawy. Ja natomiast wiem, że jestem i zdezorientowany, i chory.

Connie wraca do łóżka i uspokaja się. Poza jej lampką nocną na całym oddziale nie widać żadnego światła. To światło przyciąga, niczym ćmę, kolejnego gościa. Zauważam go dopiero, kiedy staje w nogach mojego łóżka i zaczyna grzecznie pokasływać.

– Czy mógłbym pana zbadać? – pyta gość.

Widzę młodego Chińczyka ubranego w schludny biały kitel, ze stetoskopem na szyi.

– Wie pan, muszę poćwiczyć – wyjaśnia, podsuwając mi swój identyfikator, żebym mógł go dokładnie obejrzeć. Przy okazji widzę na jego zegarku, że jest za dwie dwunasta. To chyba dziwna pora na obchód lekarski.

Potem patrzę na jego identyfikator. Jest studentem medycyny i nazywa się Kenneth Ow.

Żart sam ciśnie mi się na usta. Niestety, nie mogę mówić, a tym samym nie mogę podzielić się z nim myślą, która przychodzi mi do głowy: przed oczami stają mi liczne sceny rodem z serialu *Carry On*, w których uczestniczyć będzie w przyszłości mój gość, już jako lekarz. Słyszę głos dochodzący zza parawanu: „Ależ to boli, doktorze... AUUU!!!”².

Gestem zapraszam go, żeby podszedł bliżej i zbadał mnie, „jak nie należy”. Kiedy pyta, z jakiego powodu znalazłem się w szpitalu, mam ochotę odpowiedzieć mu: „Skąd mam wiedzieć, to pan tu jest lekarzem”, ale nie mogę wyartykułować tej myśli. Pomrukuję tylko i staram się pokazać mu, że lewa strona ciała odmawia mi posłuszeństwa.

– Czy ma pan wysokie ciśnienie? – pyta student z wyraźną troską w głosie.

Staram się wzruszyć ramionami, co ma oznaczać: „Nie mam pojęcia”. Ta metoda nie zdaje jednak egzaminu, ponieważ jestem w stanie poruszać tylko jednym ramieniem. Rezygnuję więc i staram się przekazać tę samą myśl oczami.

Przyszły doktor Ow postępuje podobnie, jak lekarka pierwszego kontaktu, do której zgłosiłem się dziś rano. Bada siłę moich mięśni, sprawdza też moje pole widzenia. Potem pyta:

– Czy zrobiłem to poprawnie?

² *Carry On* to tytuł niskobudżetowego serialu komediowego, emitowanego w telewizji brytyjskiej. W typowej dla siebie konwencji groteski i farsy serial wyśmiewa absurdy wielu brytyjskich instytucji, w tym szczególnie brytyjskiej publicznej służby zdrowia. Istotą tego dowcipu jest niefortunne brzmienie nazwiska praktykanta: Brytyjczyk przeczytałby je właśnie jako „au” – *przyp. tłum.*

Staram się entuzjastycznie przytaknąć, co najwyraźniej przyjmuje z zadowoleniem.

Doktor Ow odchodzi i na oddziale zapada głucha cisza, przerywana jedynie monotonnym i jednostajnym chrapaniem.

Pamiętam, że pomyślałem wtedy: „W takim hałasie nigdy nie uda mi się zasnąć”. Zdążyłem to pomyśleć i natychmiast zasnąłem.

Nie jest mi jednak dane spać zbyt długo. Budzę się już po chwili, podobnie zresztą jak Connie. Tym razem nasz kontakt jest bliski i osobisty. Starsza pani stoi w nogach mojego łóżka i grzebie w mojej torbie z bielizną, pomrukując przy tym do siebie – co najmniej jakby dom towarowy Harrods dostarczył jej nie to, co trzeba.

Nie mogę mówić. Nie mogę się ruszyć. Jestem całkowicie zdany na łaskę tej siedemdziesięcioletniej staruszki o mleczno-białych włosach sięgających bioder, ważącej zapewne mniej niż piórko, która stoi teraz niespełna półtora metra ode mnie.

Nie wątpię, że istnieje jakiś zręczny dowcip lub odzywka, które pozwoliłyby mi wyjść z twarzą z tego impasu. Mimo usilnych starań nie jestem jednak w stanie przypomnieć sobie nic takiego, więc naciskam dzwonek alarmowy przy moim łóżku.

Mija wieczność (prawdopodobnie około dziesięciu sekund), zanim pojawia się pielęgniarka. Connie właśnie odwraca moją torbę do góry dnem i zaczyna ją wytrząsać.

Pielęgniarka zwraca się do mnie śmiertelnie poważnym głosem:

– Czy coś się stało?

Kiedy wskazuję na Connie – stojącą tuż obok – pielęgniarka spogląda jakby ze zdziwieniem, wydaje z siebie dźwięk: „Och!”, chwyta staruszkę w tali i powoli prowadzi ją na drugą stronę sali.

– Zgubiłam okulary – lamentuje Connie.

– Pani okulary są na krześle przy pani łóżku – wyjaśnia jej pielęgniarka.

- Nosłam je wcześniej.
- Wiem, zdjęłam je pani z nosa i odłożyłam do futerału. Proszę spojrzeć, są tutaj.
- To nie jest moje łóżko.
- Owszem, jest.
- To nie jest mój dom.

Ta rozmowa ciągnie się jeszcze przez dobre dziesięć minut. Dopiero po jakimś czasie pielęgniarce udaje się przekonać Connie, by położyła się do łóżka i dała okryć kołdrą.

Trochę żal mi tej starszej pani. Z jednej strony mam wrażenie, że podkablowałem na nią pielęgniarce. Z drugiej strony mam jednak nadzieję, że tym razem Connie poszła już spać na dobre.

Mini-udar

„Udar” to bardzo trafna nazwa. W przypadku większości ofiar tej choroby objawy pojawiają się jak grom z jasnego nieba, bez żadnej zapowiedzi.

Niektórzy ludzie otrzymują jednak ostrzeżenie. Może ono przybrać postać przemijającego ataku niedokrwienego (TIA). Tym mianem określa się czasowe zaburzenie funkcjonowania organizmu, trwające krócej niż dwadzieścia cztery godziny. Tego typu zaburzenia są sygnałem świadczącym o tym, że do pewnych części mózgu dociera zbyt mało krwi.

Przemijające ataki niedokrwienne określa się niekiedy mianem mini-udarów. W wielu przypadkach objawy ustępują wówczas w ciągu godziny. Choć same w sobie są raczej niegroźne, należy traktować je jako zwiastun potencjalnego zagrożenia w postaci udaru.

W Wielkiej Brytanii odnotowuje się co roku ponad trzydzieści tysięcy przypadków wystąpienia przemijającego ataku niedokrwiennego. Szacuje się, że u co piątej ofiary takiego mini-udaru prawdziwy udar może wystąpić w ciągu miesiąca, a prawdopodobnie nawet w ciągu siedemdziesięciu dwóch godzin od udaru ostrzegawczego. Przed właściwym uderzeniem choroby pojawić się mogą nawet dwa lub trzy mini-udary. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy, że przed właściwym udarem doznało przemijających ataków niedokrwiennych.