

Gdy Twój pacjent śpi za dużo, czyli zaburzenia świadomości u pacjenta geriatrycznego — opis przypadku

When your patient sleeps too much, disturbance of consciousness in the case of a geriatric patient – case report

Szymon Wiśniewski¹, Maria Antos¹

¹ Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 19A, 25-317 Kielce 2 | Klinika Kardiologii i Elektroterapii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach, Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce, PL

Streszczenie

Wstęp: Zaburzenia świadomości są częstym objawem występującym u chorych w wieku podeszłym. Szereg chorób towarzyszących oraz znaczna ilość przyjmowanych leków w tej grupie pacjentów może utrudniać postawienie właściwego rozpoznania, dlatego kluczowe jest holistyczne oraz interdyscyplinarne podejście.

Opis przypadku: Praca przedstawia przypadek 79-letniego mężczyzny, leczonego przewlekłe z powodu niewydolności serca oraz cukrzycy typu 2. Pacjent zgłosił się do kliniki kardiologii z powodu zaburzeń świadomości. Kilka dni wcześniej chory został wypisany ze szpitala po epizodzie obrzęku płuc. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano stopniową poprawę stanu ogólnego. Podczas dalszej obserwacji szpitalnej doszło do ponownego pogorszenia kontaktu z chorym. Zdecydowano się na wykonanie badania tomografii komputerowej głowy, w którym uwidoczniono ognisko udaru niedokrwiennego mózgu w prawym płacie potylicznym. Pacjenta w trybie pilnym przekazano pod opiekę do kliniki neurologii.

Wnioski: Leczenie jest procesem dynamicznym, często wymaga modyfikacji w zależności od zmieniającego się obrazu klinicznego pacjenta. W przypadku pacjenta geriatrycznego należy zachować szczególną uwagę, prowadzić długofalową obserwację chorego i rozważyć podejmować decyzje o wdrożeniu terapii.

Słowa kluczowe: geriatryka, choroby przewlekłe, zasady terapii

Abstract

Background: Disorders of consciousness are a frequent symptom in elderly patients. Various comorbidities and large amounts of medications administered in this group of patients may complicate determining an appropriate diagnosis, therefore a holistic and interdisciplinary approach is crucial.

Case Report: The work presents the case of a 79-year-old man, chronically treated for heart failure and type 2 diabetes mellitus. The patient reported to the cardiology clinic due to consciousness disorders. A few days prior, the patient was discharged from the hospital after an episode of pulmonary edema. As a result of the employed treatment, the general condition gradually improved. During further hospital observation deterioration of contact with the patient reoccurred. The decision to perform a computer tomography of the head was made, which visualized a focus of ischemic stroke in the right occipital lobe. The patient was urgently transferred to a neurology clinic.

Conclusions: Treatment is a dynamic process, often requiring modifications depending on the patient's changing clinical picture. Special attention should be paid in the case of a geriatric patient, with long-term patient observation and thorough decisions regarding therapy implementation.

Key words: geriatrics, chronic disease, therapy modalities

Otrzymano: 10–09–2020 → Zaakceptowano: 28–10–2020 → Opublikowano: 29–10–2020

✉ Szymon Wiśniewski, e-mail: szymon1997@o2.pl — adres prywatny w dyspozycji Redakcji

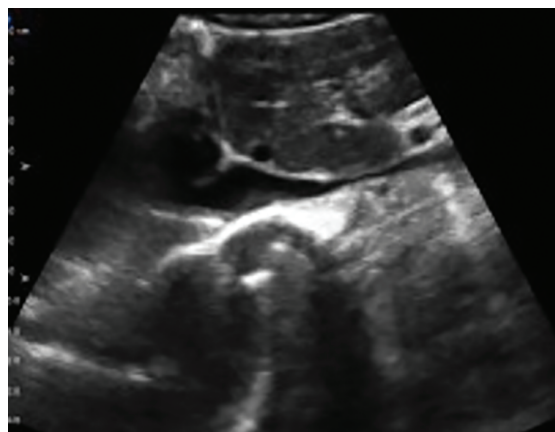
Wstęp

Na świecie, w tym również w Polsce, obserwuje się systematyczny wzrost udziału w populacji ogólnej ludzi w wieku podeszłym. Starzenie się społeczeństwa oraz wiążący się z tym wzrost liczby pacjentów geriatrycznych stanowi obecnie kolejne z wyzwań, któremu sprostać musi medycyna XXI wieku. Pacjent geriatryczny według definicji Światowej Organizacji Zdrowia WHO (World Health Organization), to chory, który osiągnął przynajmniej 60 lat. Badanej osobie towarzyszy zazwyczaj znaczna ilość chorób, co jest typowe dla wieku starczego i współistnieje z ryzykiem nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu [1]. Zgodnie z potrzebą, na całym świecie wdraża się szereg rozwiązań, prowadzących do udoskonalenia gałęzi medycyny jaką jest geriatryka. Kompleksowa ocena geriatryczna (*Comprehensive geriatric assessment, CGA*) to narzędzie, na które składa się zespół skal i testów, które pozwalają na holistyczną ocenę pacjentów ułatwiając wykrycie przyczyny pogorszenia się stanu zdrowia i wybór optymalnej terapii. Pełna ocena pacjenta w zależności od jego stanu klinicznego trwa od 30 do 60 minut [2]. Choroby współistniejące oraz leki przyjmowane przez pacjentów geriatrycznych niejednokrotnie wymagają znacznej modyfikacji ogólnie przyjętych standardów leczenia. Duża liczba stanów nagłych u pacjentów w wieku podeszłym przebiega z zaburzeniami świadomości. Trudności w prawidłowym postrzeganiu otaczającego świata, które napotykać pacjenci w znacznym stopniu komplikują możliwość dokładnego zebrania wywiadu lekarskiego, jak również przeprowadzenie badania fizykalnego i wdrożenie właściwych działań diagnostyczno-leczniczych.

Opis przypadku

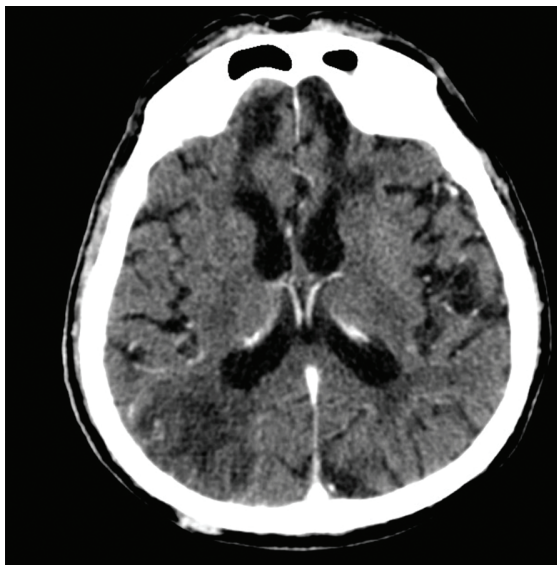
79-letni mężczyzna przyjęty został do kliniki kardiologii z powodu nagłej duszności spoczynkowej nasilającej się w pozycji horyzontalnej. Pacjent dotychczas leczony był z powodu choroby niedokrwiennej serca, niewydolności serca, nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy typu 2. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu obserwowano cechy zastojów w krążeniu płucnym, wysokie wartości ciśnienia tętniczego do 190/100 mmHg oraz dyskretnie obrzęki obwodowe. Zauważono również tachypnoe oraz saturację krwi tętniczej na poziomie 80%. W EKG uwidocznił rytm zatokowy przyspieszony 120/min., blok lewej odnogi pęczka Hisa, z cechami przerostu lewej komory bez martwicy. W badaniach laboratoryjnych: BNP 843 pg/ml, kreatynina 1,39 mg/dl, mocznik 60 mg/dl. Rozpoznano obrzęk płuc oraz wdrożono leczenie kompensujące układ krążenia zgodnie z profilem „mokry–ciepły” w postaci ciągłego wlewu dożylnego azotanów, podano furosemid i.v. na początku w dawkach frakcjonowanych, następnie ciągły wlew dożylny, diuretyki oszczędzające potas i.v. oraz zastosowano tlenoterapię. W wyniku przeprowadzonego leczenia uzyskano stopniową poprawę stanu ogólnego badanego. W piątej dobie hospitalizacji chorego wypisano do domu z zaleceniami przyjmowania wymienionych leków: kwas acetylosalicylowy 75 mg, bisoprolol 2,5 mg, ramipril 5 mg, eple-

renon 25 mg, atorwastatyna 40 mg, furosemid 2 x 40 mg, metformina 3 x 850 mg, gliklazyd 60 mg. Kilka dni później rekonalescent został ponownie przyjęty do kliniki kardiologii z powodu duszności, osłabienia oraz nadmiernej senności. W chwili przyjęcia mężczyzna był nieprzytomny, wybudzający się jedynie w reakcji na bodźce bólowe. Poddano go ocenie w skali Glasgow w której uzyskał GCS 10: 2/4 + 4/5 + 4/6. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono cech retencji płynów. Ciśnienie tętnicze wynosiło 95/60 mmHg, natomiast w przyłóżkowym badaniu echokardiograficznym uwidoczniła wąską, zapadającą się przy głębokim wdechu żyłę główną dolną, co wskazuje na obniżone ośrodkowe ciśnienie żyłne, które może być spowodowane hipowolemią wynikającą ze zbyt dużej podaży diuretyków oraz niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory HFrEF do 25%.



Ryc. 1. Wąska żyła główna dolna

Rodzina chorego zwróciła uwagę na wielomocz oraz wysokie wartości glikemii w pomiarach domowych od czasu wypisu ze szpitala. W badaniach laboratoryjnych uwidocznił wysokie wartości glikemii 353 mg/dl oraz cechy ostrego uszkodzenia nerek. W gazometrii krwi tętniczej — pH 7,38, pCO₂ 44 mmHg, HCO₃⁻ 25 mmol/l, młeczany 1,5 mmol/l — wykluczono wystąpienie cech kwasicy metabolicznej. Badania diagnostyczne prezentowały się w następujący sposób: kreatynina 2,5 mg/dl, mocznik 120 mg/dl. Włączono wlew 0,9% NaCl oraz ciągły dożylny wlew insuliny. Zalecono ścisłe monitorowanie stężenia glukozy, elektrolitów, diurezy, ponadto zalecono dołączenie wlewu glukozy po uzyskaniu wartości glikemii <180 mg/dl. Początkowo obserwowano znaczną poprawę, chory odzyskał przytomność, ciśnienie tętnicze spadło do 125/75 mmHg, a w badaniach laboratoryjnych kreatynina wyniosła 1,29 mg/dl, mocznik 55 mmg/dl. Kontynuowano płynoterapię dożylną. Wraz z postępowaniem terapii chory znów stał się podśpiałym, wybudzał się podczas rozmowy z lekarzem, następnie ponownie zasypiał. Podczas dalszej obserwacji szpitalnej stan świadomości pacjenta zaczął się pogarszać. Dolegliwości nasilały się gdy chory przyjmował pozycję leżącą, występował u niego wówczas patologiczny tor oddychania typu Cheyne’a–Stokesa. Pomimo, iż w badaniu neurologicznym nie występowały ogniskowe deficyty zdecydowano o wykonaniu tomografii komputerowej głowy bez kontrastu.



Ryc. 2. Ognisko udaru niedokrwiennego mózgu w prawym płacie potylicznym

W badaniu uwidoczniło ognisko udaru niedokrwiennego mózgu w prawym płacie potylicznym z cechami obrzęku. Chorożo w trybie pilnym przekazano do kliniki neurologii celem dalszego leczenia.

Dyskusja

Leczenie chorego zostało przeprowadzone zgodnie z wytycznymi ESC dotyczącymi diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca z 2016 roku. Pomimo tego w leczeniu podtrzymującym doszło do jatrogennej przedawkowania diuretyków najprawdopodobniej było to wynikiem zbyt niskiej podaży płynów przez rekonwalescenta. Doprowadziło to do dehydratacji organizmu, ostrego uszkodzenia nerek, a wskutek hipotonii do hipowolemii i rozwinięcia objawów neurologicznych w związku z wyczerpanymi rezerwami mózgowego krążenia. Agresywne leczenie dekompensacji niewydolności serca u osób w zaawansowanym wieku z wieloma chorobami współistniejącymi może skutkować powyższymi zaburzeniami, zwłaszcza, gdy nie dokłada się należytej staranności w modyfikacji dawkowania leków moczopędnych podczas leczenia konsolidującego poprawę. Pacjenci często wypisywani są do domu zbyt wcześnie, natychmiast po uzyskaniu poprawy klinicznej, na dużych dawkach leków odwadniających, których dawkowanie powinni optymalizować w ścisłej współpracy z lekarzem rodzinnym w oparciu o pomiar masy ciała, kontrolę ciśnienia, parametrów nerkowych i elektrolitów oraz występowania objawów niewydolności serca. Populacja geriatryczna to ludzie wymagający szczególnej opieki. U pacjentów w podeszłym wieku starzenie się mózgu powoduje zmniejszenie rezerwy czynnościowej, przez co równowaga czynnościowa staje się chwiejna i już niewielkie zmiany metaboliczne spowodowane przebiegiem chorób lub przyjmowaniem leków, mogą wiązać się z jej zaburzeniem [3]. Często zaburzenia świadomości są mylnie kojarzone szczególnie przez rodzinę jako nieuniknione następstwo starzenia się człowieka. Każda zaobserwowana zmiana w zachowa-

niu pacjenta powinna zostać zgłoszona do lekarza prowadzącego. Tak jak wcześniej wspomniano, może to być manifestacja kliniczna innej poważnej choroby, której skutkiem jest np. majaczenie, nadmierna senność czy problemy z pamięcią. Największym wyzwaniem geriatryki jest odróżnienie zmian wynikających z fizjologii starzenia się od zmian chorobowych. Duża liczba leków przyjmowanych przez pacjentów geriatrycznych jest związana z polipatologią, dlatego tak ważny jest dokładny wywiad, aby uniknąć często zagrażającej życiu interakcji. Jedną z podstawowych zasad farmakoterapii geriatrycznej jest to, aby przy występujących dolegliwościach spojrzeć na stosowane farmaceutyki, których stosowanie może prowadzić do tych dolegliwości i koniecznie dokonać rewizji pobieranych środków. Reprezentowane przez pacjentów objawy są zazwyczaj konsekwencją choroby podstawowej, jednakże zmieniony obraz kliniczny pacjenta wymaga wykluczenia pojawienia się wcześniej niezdiagnozowanych jednostek chorobowych. Zespół terapeutyczny powinien charakteryzować się interdyscyplinarnym podejściem i starać się poprawnie określić przyczynę upośledzenia zdolności poznawczych pacjenta [4]. Wśród schorzeń, które towarzyszą starszym pacjentom, wyróżnić możemy ograniczenie mobilności, upośledzenie wzroku, słuchu, a także funkcji poznawczych. Pomimo tego, że wyżej wymienione objawy mogą dotknąć każdej grupy wiekowej, to zaburzenia o największej złożoności dotyczą w szczególności pacjentów w wieku podeszłym [5]. Należy zwrócić uwagę na fakt, że wielowymiarowość historii choroby pacjentów geriatrycznych może znacznie komplikować proces diagnostyczny i wymagać ciągłej modyfikacji obranej ścieżki terapeutycznej, co stanowi o jednym z największych wyzwań w opiece nad tego typu pacjentami. Upośledzenie pamięci związane z wiekiem to termin używany do definiowania szeroko pojętych zmian poznawczych związanych ze starzeniem się [6]. Obecnie najczęstszymi przyczynami hospitalizacji wśród pacjentów geriatrycznych są choroby układu sercowo-naczyniowego (50%). Kolejne pod względem częstości wyróżnimy zapalenie płuc (20%), odwodnienia czy zaburzenia elektrolitowe, infekcje dróg moczowych, cukrzyce, niedokrwistość i zaburzenia ze strony układu pokarmowego [7]. Częstość zdarzeń niepożądanych, czyli niezamierzonych obrażeń spowodowanych procesem leczenia znacznie częściej dotyczy pacjentów, którzy przekroczyli 65 rok życia. Ustrój pacjenta w wieku podeszłym jest znacznie mniej wydolny i przygotowany do kompensacji w momencie, kiedy wystąpią komplikacje. Wiąże się to z dłuższym pobytem pacjentów w szpitalu, jak również podwyższonym ryzykiem zgonu w momencie zaistnienia takiej sytuacji [8].

Wnioski

Identyfikacja przypadku klinicznego pacjenta geriatrycznego i wdrożenie leczenia wymaga holistycznego oraz interdyscyplinarnego podejścia. Należy starać się przewidzieć i rozwiązać krytyczne problemy związane z opieką nad pacjentami w podeszłym wieku, starając się przy tym modyfikować ogólnie przyjęte wytyczne postępowania, a w konsekwencji usprawnić podej-

ty proces leczenia. Nasza praca pozwala wystrósować kilka newralgicznych punktów dotyczących procesu leczenia pacjentów geriatrycznych:

1. Prowadząc pacjenta geriatrycznego powinno się zwrócić szczególną uwagę na interakcje lekowe oraz zachować dużą ostrożność w optymalnym doborze dawkowania leków moczopędnych.
2. U pacjentów z cukrzycą podczas modyfikacji dawek diuretyków zobowiązani jesteśmy prowadzić ścisłą kontrolę glikemii.
3. W przypadku zaburzeń świadomości/śpiączki u pacjentów z ostrym powikłaniem cukrzycy należy wykluczyć — udar mózgu, uraz głowy, krwawienie wewnątrzczaszkowe oraz guz mózgu.
4. Warto unikać zbyt szybkiego wypisu ze szpitala bezpośrednio po uzyskaniu poprawy, bez stwierdzenia jej stabilności i optymalizacji dawkowania leków stosowanych przewlekle.

Bibliografia

1. Bień B. *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej*. Gerontologia Polska, styczeń 2014. 21(2):33–47. ISSN 1425–4956.
2. Parker S.G. *New Horizons in comprehensive geriatric Assessment*. Age and Ageing, wrzesień 2017. 46(5):713–721. doi:https://doi.org/10.1093/ageing/afx104.
3. Broczek K. *Somatyczne przyczyny zaburzeń świadomości u osób w podeszłym wieku*. Postępy Nauk Medycznych, lipiec 2011. 24(8):692–700. ISSN 1731-2469.
4. Han J.H. *Altered Mental Status in Older Emergency Department Patients*. Clinics in Geriatric Medicine, luty 2013. 29(1):101–136. doi:10.1016/j.cger.2012.09.005.
5. Yorkston K.M. *Communication and Aging*. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, maj 2010. 21(2):309–319. doi:10.1016/j.pmr.2009.12.011.
6. Hildreth K.L. *Evaluation and Management of the Elderly Patient Presenting with Cognitive Complaints*. Medical Clinics of North America, marzec 2015. 99(2):311–335. doi:https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.006.
7. Kaczor I. *Najczęstsze przyczyny hospitalizacji chorych w wieku sędziwym na oddziale wewnętrznym*. Gerontologia Polska, 2011. 19(3):146–149. ISSN 1425–4956.
8. Szlejf C. *Medical adverse events in elderly hospitalized patients: A prospective study*. Clinics (Sao Paulo), listopad 2012. 67(11):1247–1252. ISSN 1807-5932.

Wkład autorów/authors' contribution: Szymon Wiśniewski — redakcja wstępu, opracowanie wniosków, zebranie materiału, zebranie bibliografii, redakcja opisu przypadku, korekta artykułu; Maria Antos — redakcja dyskusji, korekta artykułu, zebranie bibliografii, zebranie materiału

Komentarz:

Przedstawiona praca opisuje kliniczny przypadek geriatrycznego pacjenta, hospitalizowanego pierwotnie z powodu dekomensacji niewydolności serca, który po kilku dniach od wypisu wraca do szpitala z objawami ciężkiego odwodnienia, skutkującego cechami ostrego uszkodzenia nerek, objawami neurologicznymi i utratą kontroli glikemii. Praca przedstawia kilka ciekawych zagadnień wiążących problemy wielochorobowości, integralnie nierozzerwalnie związanej z podeszłym wiekiem i nakreśla pewne problemy systemowe, wynikające z niewłaściwej opieki nad pacjentami w tzw. okresie przejścia (transition) z opieki szpitalnej do opieki ambulatoryjnej. W okresie tym skrupulatny nadzór nad pacjentem, zwłaszcza geriatrycznym, ze szczególnym zwróceniem uwagi na adekwatne dawkowanie leków i jego dostosowanie do zmiany obrazu klinicznego jest kluczem do sukcesu terapii, czego ewidentnie zabrakło w omawianym przypadku, prowadząc do jatrogennych powikłań. Agresywne leczenie dekomensacji niewydolności serca u osób w zaawansowanym wieku z wielochorobowością może skutkować powyższymi zaburzeniami, zwłaszcza, gdy nie dokłada się należytej staranności w dawkowaniu/modyfikacji dawkowania leków moczopędnych podczas leczenia konsolidującego poprawę. Pacjenci często wypisywani są do domu zbyt wcześnie, natychmiast po uzyskaniu poprawy klinicznej, na dużych dawkach leków odwadniających, których dawkowanie powinni optymalizować w ścisłej współpracy w lekarzem rodzinnym, w oparciu o pomiar masy ciała, kontrolę ciśnienia, parametrów nerkowych i elektrolitów oraz występowania objawów niewydolności serca. Niestety wymogi narzucane przez system ochrony zdrowia dotyczące szybkiego "obrotu" na łóżkach szpitalnych oraz systemowy brak współpracy i komunikacji lekarzy szpitalnych z lekarzami rodzinnymi często skutkują właśnie takimi konsekwencjami.

dr hab. Adrian Doroszko