

STANY NAGŁE W GERIATRII

**Iona Murdoch
Sarah Turpin
Bree Johnston
Alasdair MacLulich
Eve Losman**



Redakcja wydania polskiego
Tomasz Kostka

Stany nagłe w geriatrii

Iona Murdoch

Sarah Turpin

Bree Johnston

Alasdair MacLulich

Eve Losman

Redakcja wydania polskiego

Tomasz Kostka

Tytuł oryginału: *Geriatric Emergencies*

First edition

Autorzy: Iona Murdoch, Sarah Turpin, Bree Johnston, Alasdair MacLulich, Eve Losman

WILEY Blackwell

This edition first published 2015 © 2015 by John Wiley & Sons, Ltd.

ISBN: 978-1-118-65557-3

The right of the author to be identified as the author of this work has been asserted in accordance with the UK Copyright, Designs and Patents Act 1988.

All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition published by John Wiley & Sons Limited. Responsibility for the accuracy of the translation rests solely with EDRA Urban & Partner sp. z o. o. and is not the responsibility of John Wiley & Sons Limited. No part of this book may be reproduced in any form without the written permission of the original copyright holder, John Wiley & Sons Limited.

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa. Dotyczy to również sporządzania fotokopii i mikrofilmów oraz przenoszenia danych do systemów komputerowych.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2017

Redakcja naukowa wydania polskiego:

prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka

Konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi

Kierownik Kliniki Geriatryi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii

Medycznej – Centralny Szpital Weteranów

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Tłumaczenie z języka angielskiego: Rafał Śmietana, Dip. RSA

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Redaktor naczelny: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor tekstu: AD VERBUM Iwona Kresak

Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska

Opracowanie skorowidza: Dominika Macuta

ISBN 978-83-65625-32-8

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: + 48 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Andrzej Kuriata

Druk i oprawa: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Spis treści

Przedmowa vii

Podziękowania ix

1. Stany nagłe w geriatricii – wprowadzenie 1
2. Podstawy oceny i postępowania w stanach nagłych w geriatricii 10
3. Postępowanie w stanach nagłych w geriatricii – umiejętności specjalne 34
4. Przemoc wobec osób starszych 56
5. Ból w klatce piersiowej i migotanie przedsionków 68
6. Duszność 94
7. Zakażenia i sepsa 110
8. Upadki i długotrwałe unieruchomienie 123
9. Omdlenia 139
10. Zawroty głowy 149
11. Poważne urazy 161
12. Złamania i ból pleców 174
13. Uszkodzenia skóry 197
14. Urazy głowy 207
15. Stany nagłe w przebiegu chorób narządów jamy brzusznej 220
16. Stany nagłe u chorych na cukrzycę oraz związane z homeostazą termiczną 242
17. Ostre uszkodzenie nerek oraz stany nagłe w przebiegu zaburzeń metabolicznych 253
18. Delirium (majaczenie) 267
19. Udar i przemijające ataki niedokrwienne 283

Skorowidz 303

Przedmowa

Pomysł napisania tej książki powstał, gdy dwóch spośród jej autorów omawiało zagrożenia związane z niepotrzebną hospitalizacją osób starszych z zespołem kruchości. Odpowiedzi na pytanie o przyczyny tego zjawiska koncentrowały się na licznych niedoskonałościach funkcjonowania obecnych systemów opieki zdrowotnej zaprojektowanych do leczenia schorzeń pojedynczych narządów, które obecnie świadczą usługi populacjom pacjentów w podeszłym wieku ze złożonymi chorobami współistniejącymi, a także muszą radzić sobie z wciąż nasilającym się zjawiskiem wielochorobowości.


Zmieniająca się demografia naszej populacji stanowi niezwykle hołd składany osiągnięciom współczesnej medycyny. Zmianom tym towarzyszą jednak coraz to nowsze i coraz bardziej ekscytujące wyzwania. Jak opiekować się słabym, starszym pacjentem cierpiącym na wiele chorób współistniejących w środowisku nastawionym na leczenie schorzeń pojedynczych narządów oraz na szybki wypis ze szpitala? Jak porządkować liczne istotne informacje na temat leków stosowanych przez pacjenta, jak właściwie oceniać jego potrzeby w dziedzinie kontaktów społecznych i opieki, działając pod presją czasu ze świadomością, że w kolejce po poradę czeka bardzo wiele osób? Jak można efektywnie, lecz bezpiecznie zbadać osobę w podeszłym wieku z wieloma aktywnymi i nieaktywnymi dolegliwościami? Czy podczas studiów medycznych wyżej wspomnianym zagadnieniom poświęca się wystarczającą ilość czasu?

Pacjenci w starszym wieku stanowią obecnie większość, a nie mniejszość odbiorców usług we współczesnej praktyce klinicznej podczas ostrych dyżurów oraz na szpitalnych oddziałach ratunkowych. Niewłaściwa opieka początkowa prowadzi do niezadowolających wyników leczenia oraz do zwiększonej liczby powikłań i śmiertelności. Kilka pierwszych godzin spędzonych przez pacjenta w szpitalu odgrywa decydującą rolę w rokowaniu, a gra idzie o bardzo wysoką stawkę.

Jakość opieki nad pacjentami w podeszłym wieku obsługiwanyymi przez szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) można znacznie poprawić poprzez podnoszenie kwalifikacji wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych w dziedzinie szczególnych potrzeb tej dużej grupy pacjentów. Właśnie taki cel wyznaczyli sobie autorzy tej książki.

Stany nagłe w geriatrici kierujemy przede wszystkim do lekarzy stażystów, choć mamy nadzieję, że książka ta stanie się przydatnym źródłem informacji dla wszystkich osób świadczących usługi zdrowotne, które w swojej praktyce niosą pomoc starszym pacjentom w stanach nagłych. Wiele spośród opisywanych w niej sytuacji ma miejsce nie tylko na SOR, lecz także na oddziałach specjalistycznych, ogólnych i chirurgicznych.

W dwóch pierwszych rozdziałach prezentujemy szerszy kontekst omawianego zagadnienia. Przedstawiamy najważniejsze aspekty przeprowadzania zwięzłego, lecz gruntownego wywiadu oraz zakres badań fizykalnych wykonywanych u wszystkich starszych pacjentów w stanach nagłych. Tabele i wykresy dostarczają

przejrzystych, praktycznych informacji na temat bardziej szczegółowych badań laboratoryjnych i obrazowych związanych z każdą zgłaszaną dolegliwością główną. W kolejnych rozdziałach omówiono najczęściej spotykane stany nagłe u starszych pacjentów, w tym upadki, delirium i udar mózgu, a także inne zdarzenia wymagające pilnej interwencji lekarza, takie jak urazy głowy, ból brzucha, oparzenia oraz poważne urazy często wymagające modyfikacji postępowania w porównaniu z młodszymi grupami pacjentów. Szczególnie istotne informacje i przydatne wskazówki oznaczono z boku tekstu ikonką , a każdy rozdział kończy się krótkim podsumowaniem poruszanych w nim zagadnień.

Prezentowana książka *nie jest* podręcznikiem medycyny ogólnej. Zasady postępowania w niektórych stanach nagłych u pacjentów w starszym wieku są analogiczne do tych stosowanych w młodszym grupach wiekowych, podczas gdy inne schorzenia wymagają zastosowania odmiennego podejścia. Treść książki odzwierciedla to rozróżnienie – autorzy omawiają wybrane zagadnienia bardziej szczegółowo niż inne. Poruszane tu kwestie dotyczą specyficznych problemów i wyzwań bezpośrednio odnoszących się do *pacjentów starszych z zespołem kruchości*. W pewnych sytuacjach, np. podczas leczenia chorego z niewydolnością serca i z ostrym uszkodzeniem nerek pojedyncze „właściwe rozwiązanie terapeutyczne” po prostu nie istnieje, dlatego decyzje dotyczące postępowania opierają się na wiedzy empirycznej zdobytej podczas wieloletniej praktyki, a także na specjalistycznych opiniach i sugestiach cenionych, starszych stażem lekarzy. Mamy nadzieję, że udało nam się zwrócić uwagę Czytelników na wieloaspektowość szeregu sytuacji klinicznych, co przyda im się w sprawowaniu optymalnej opieki nad osobami starszymi.

IM, ST, AM, BJ i EL

ROZDZIAŁ 5

Ból w klatce piersiowej i migotanie przedsionków

Część 1. Ból w klatce piersiowej

Wprowadzenie

Ból w klatce piersiowej u osoby w podeszłym wieku może sygnalizować dość szeroki zakres stanów patologicznych – począwszy od łagodnych, ustępujących samistnie, do zagrażających życiu i szybko prowadzących do zgonu. Jego przyczyny są podobne do przyczyn rozpoznawanych u młodych ludzi, podczas oceny należy jednak wykazać wzmożoną czujność ze względu na fakt, że u niektórych starszych osób występują poważniejsze schorzenia niż sugeruje to nasilenie objawów.

Większość zasad postępowania u pacjenta z bólem w klatce piersiowej stosuje się niezależnie od jego wieku. W tym rozdziale przedstawiono wskazówki dotyczące efektywnej oceny stanu zdrowia starszej osoby zgłaszającej się do lekarza z tego rodzaju bólem. Podstawowe, ogólne zasady postępowania w przypadku trzech najczęściej spotykanych zagrażających życiu przyczyn bólu w klatce piersiowej przedstawiono pod nagłówkiem *Elementy terapii*. Najwięcej uwagi poświęcono poszczególnym stanom patologicznym oraz problemom związanym z rozpoznawaniem objawów i postępowaniem u osób starszych. Szczegółowe zalecenia dotyczące leczenia konkretnych chorób można znaleźć w podręcznikach medycyny ogólnej i protokołach obowiązujących w danej placówce świadczącej usługi zdrowotne.

Informacje wstępne

Ból w klatce piersiowej jest powszechnie spotykanym objawem. W Wielkiej Brytanii odpowiada on za 5% wizyt na SOR i za 25% hospitalizacji ze wskazań nagłych. W USA corocznie zgłasza się na SOR ponad 6 mln osób z bólem w klatce piersiowej. Mimo podobnego charakteru występowania omawianej dolegliwości jako objawu wiodącego, z wielu przyczyn ból w klatce piersiowej stanowi złożone zjawisko kliniczne.

Ból w klatce piersiowej u osób starszych najczęściej sugeruje poważną przyczynę zasadniczą, ponadto osoby w bardzo podeszłym wieku zazwyczaj dość późno zgłaszają się do lekarza z niejednoznacznymi lub nietypowymi objawami [1, 2]. Tę grupę pacjentów charakteryzuje również wyższa śmiertelność z przyczyn ogólnych [2, 3], dlatego pracownicy opieki zdrowotnej odpowiedzialni za ocenę stanu osób z tej grupy wiekowej powinni rozpocząć postępowanie od jednoznacznego wykluczenia przyczyn zagrażających życiu (zob. tabela 5.1).

Tabela 5.1 Najczęściej spotykane przyczyny bólu w klatce piersiowej u starszych pacjentów.

| Przyczyny zagrażające życiu | Przyczyny niezagrażające życiu |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Ostry zespół wieńcowy | Refluks żołądkowo-przełykowy |
| Zator tętnicy płucnej | Zapalenie opłucnej |
| Rozwarstwienie aorty | Zapalenie chrząstek żebrowych |
| Zapalenie mięśnia sercowego | Pólpasiec |
| Zapalenie płuc | Bóle mięśniowo-szkieletowe |
| Odma płuca | Zaburzenia lękowe |
| Przełom w niedokrwiłości sierpowatej | Wypadanie zastawki mitralnej |
| Pęknięcie przełyku | Zapalenie osierdzia |
| Choroba wrzodowa żołądka | |
| Ostre zapalenie trzustki | |
| Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego | |
| Kolka nerkowa | |

Źródło: Kelly BS. Evaluation of the elderly patient with acute chest pain. *Clin Geriatr Med.* 2007 May;23(2):327-349, vi. Przedruk za zgodą wydawnictwa Elsevier.

Wywiad

Wywiad ukierunkowany umożliwi uzyskanie informacji przydatnych do zawężenia diagnostyki różnicowej.

Pacjenci z zaburzeniami poznawczymi mogą mieć problemy z podaniem lekarzowi potrzebnych informacji, dlatego w tych okolicznościach należy uzyskać dane z wywiadu z osobami trzecimi. Więcej informacji na temat procedury przeprowadzania wywiadu z osobami trzecimi znajduje się w rozdziale 2.

Trudności z uzyskaniem danych z wywiadu od pacjentów, u których stwierdzono:

Ostry zespół wieńcowy (OZW)

W dużym przeglądzie [4] u jednej trzeciej starszych pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego nie stwierdzono bólu w klatce piersiowej, lecz „nietypowe” objawy wprowadzające. Należą do nich:

- duszność (49,3%),
- wzmożona potliwość (26,2%),
- nudności i wymioty (24,3%),
- omdlenie (19,1%).

Do innych „nietypowych” objawów u pacjentów w podeszłym wieku zaliczają się nasilenie niewydolności mięśnia sercowego, męczliwość i delirium.

Zator tętnicy płucnej (ZTP)

ZTP występuje bardzo często, lecz zbyt rzadko się go rozpoznaje. U pacjenta z ZTP ból w klatce piersiowej zajmuje drugie miejsce na liście najczęściej spotykanych objawów – u 40–60% pacjentów stanowi objaw wiodący [5, 6]. W badaniu PIOPED (Prospektywne badanie rozpoznawania zatorowości tętnicy płucnej) nie stwierdzono istotnej różnicy częstości występowania bólu w klatce piersiowej jako objawu głównego między pacjentami w różnym wieku. Zaobserwowano natomiast, że inne objawy, takie jak duszność i tachykardia, były obecne u mniejszej liczby starszych

ROZDZIAŁ 5

Ból w klatce piersiowej i migotanie przedsionków

Część 1. Ból w klatce piersiowej

Wprowadzenie

Ból w klatce piersiowej u osoby w podeszłym wieku może sygnalizować dość szeroki zakres stanów patologicznych – począwszy od łagodnych, ustępujących samistnie, do zagrażających życiu i szybko prowadzących do zgonu. Jego przyczyny są podobne do przyczyn rozpoznawanych u młodych ludzi, podczas oceny należy jednak wykazać wzmożoną czujność ze względu na fakt, że u niektórych starszych osób występują poważniejsze schorzenia niż sugeruje to nasilenie objawów.

Większość zasad postępowania u pacjenta z bólem w klatce piersiowej stosuje się niezależnie od jego wieku. W tym rozdziale przedstawiono wskazówki dotyczące efektywnej oceny stanu zdrowia starszej osoby zgłaszającej się do lekarza z tego rodzaju bólem. Podstawowe, ogólne zasady postępowania w przypadku trzech najczęściej spotykanych zagrażających życiu przyczyn bólu w klatce piersiowej przedstawiono pod nagłówkiem *Elementy terapii*. Najwięcej uwagi poświęcono poszczególnym stanom patologicznym oraz problemom związanym z rozpoznawaniem objawów i postępowaniem u osób starszych. Szczegółowe zalecenia dotyczące leczenia konkretnych chorób można znaleźć w podręcznikach medycyny ogólnej i protokołach obowiązujących w danej placówce świadczącej usługi zdrowotne.

Informacje wstępne

Ból w klatce piersiowej jest powszechnie spotykanym objawem. W Wielkiej Brytanii odpowiada on za 5% wizyt na SOR i za 25% hospitalizacji ze wskazań nagłych. W USA corocznie zgłasza się na SOR ponad 6 mln osób z bólem w klatce piersiowej. Mimo podobnego charakteru występowania omawianej dolegliwości jako objawu wiodącego, z wielu przyczyn ból w klatce piersiowej stanowi złożone zjawisko kliniczne.

Ból w klatce piersiowej u osób starszych najczęściej sugeruje poważną przyczynę zasadniczą, ponadto osoby w bardzo podeszłym wieku zazwyczaj dość późno zgłaszają się do lekarza z niejednoznacznymi lub nietypowymi objawami [1, 2]. Tę grupę pacjentów charakteryzuje również wyższa śmiertelność z przyczyn ogólnych [2, 3], dlatego pracownicy opieki zdrowotnej odpowiedzialni za ocenę stanu osób z tej grupy wiekowej powinni rozpocząć postępowanie od jednoznacznego wykluczenia przyczyn zagrażających życiu (zob. tabela 5.1).

Tabela 5.1 Najczęściej spotykane przyczyny bólu w klatce piersiowej u starszych pacjentów.

| Przyczyny zagrażające życiu | Przyczyny niezagrażające życiu |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Ostry zespół wieńcowy | Refluks żołądkowo-przełykowy |
| Zator tętnicy płucnej | Zapalenie opłucnej |
| Rozwarstwienie aorty | Zapalenie chrząstek żebrowych |
| Zapalenie mięśnia sercowego | Pótpasiec |
| Zapalenie płuc | Bóle mięśniowo-szkieletowe |
| Odma płuca | Zaburzenia lękowe |
| Przełom w niedokrwiłości sierpowatej | Wypadanie zastawki mitralnej |
| Pęknięcie przełyku | Zapalenie osierdzia |
| Choroba wrzodowa żołądka | |
| Ostre zapalenie trzustki | |
| Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego | |
| Kolka nerkowa | |

Źródło: Kelly BS. Evaluation of the elderly patient with acute chest pain. *Clin Geriatr Med.* 2007 May;23(2):327-349, vi. Przedruk za zgodą wydawnictwa Elsevier.

Wywiad

Wywiad ukierunkowany umożliwi uzyskanie informacji przydatnych do zawężenia diagnostyki różnicowej.

Pacjenci z zaburzeniami poznawczymi mogą mieć problemy z podaniem lekarzowi potrzebnych informacji, dlatego w tych okolicznościach należy uzyskać dane z wywiadu z osobami trzecimi. Więcej informacji na temat procedury przeprowadzania wywiadu z osobami trzecimi znajduje się w rozdziale 2.

Trudności z uzyskaniem danych z wywiadu od pacjentów, u których stwierdzono:

Ostry zespół wieńcowy (OZW)

W dużym przeglądzie [4] u jednej trzeciej starszych pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego nie stwierdzono bólu w klatce piersiowej, lecz „nietypowe” objawy wprowadzające. Należą do nich:

- duszność (49,3%),
- wzmożona potliwość (26,2%),
- nudności i wymioty (24,3%),
- omdlenie (19,1%).

Do innych „nietypowych” objawów u pacjentów w podeszłym wieku zaliczają się nasilenie niewydolności mięśnia sercowego, męczliwość i delirium.

Zator tętnicy płucnej (ZTP)

ZTP występuje bardzo często, lecz zbyt rzadko się go rozpoznaje. U pacjenta z ZTP ból w klatce piersiowej zajmuje drugie miejsce na liście najczęściej spotykanych objawów – u 40–60% pacjentów stanowi objaw wiodący [5, 6]. W badaniu PIOPED (Prospektywne badanie rozpoznawania zatorowości tętnicy płucnej) nie stwierdzono istotnej różnicy częstości występowania bólu w klatce piersiowej jako objawu głównego między pacjentami w różnym wieku. Zaobserwowano natomiast, że inne objawy, takie jak duszność i tachykardia, były obecne u mniejszej liczby starszych

pacjentów niż u pacjentów młodszych [5]. W niektórych mniej licznych badaniach wykazano, że starsi pacjenci z ZTP rzadziej uskarżają się na ból w klatce piersiowej, lecz częściej występują u nich objawy nieswoiste, takie jak omdlenie [7, 8].

Współistniejące zmiany patologiczne narządów klatki piersiowej, takie jak niewydolność serca lub POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), niekiedy utrudniają rozpoznanie ZTP, spychając tę chorobę na dalsze miejsca listy rozpoznań różnicowych. Dusznność i ból w klatce piersiowej mogą zostać błędnie przypisane „podeszłemu wiekowi” i znacznie opóźnić przybycie pacjenta do lekarza. Podczas oceny starszego pacjenta z jakimikolwiek objawami ze strony klatki piersiowej należy wykazywać daleko idącą podejrzliwość, gdyż zachorowalność na ZTP i śmiertelność w jego następstwie wzrasta wraz z wiekiem [1, 9].

Oznaczanie stężenia D-dimerów we krwi jest mniej przydatne u starszych pacjentów, ponieważ u wielu spośród nich stwierdza się podwyższone stężenie tych produktów rozpadu fibryny. Oznacza to, że lekarz powinien wcześniej skierować pacjenta z tej grupy wiekowej na angiografię TK tętnic płucnych w celu wykluczenia ZTP.

Rozwarstwienie aorty

Ta rzadko spotykana choroba charakteryzuje się wysoką śmiertelnością. Szczyt zachorowalności przypada na wiek 60–80 lat. Szybkie rozpoznanie i wczesne rozpoczęcie leczenia mają znaczący wpływ na przeżywalność. U starszych pacjentów najczęściej spotykanym objawem jest silny ból w okolicy środkowej części klatki piersiowej o nagłym początku. Należy jednak pamiętać, że występuje on tylko u 76% pacjentów starszych z rozwarstwieniem aorty w porównaniu z 85–95% pacjentów młodszych [10].

Inne objawy występujące częściej u starszych pacjentów:

- *Omdlenie*: objaw główny w 12–13% przypadków; jedyny objaw w 3% przypadków choroby [1].
- *Objawy wskazujące na objęcie stanem chorobowym odgałęzień aorty*: rozbieżne wartości ciśnienia krwi mierzonego na kończynach górnych, ostre objawy neurologiczne lub niedokrwienie kończyn występujące wraz z bólem w klatce piersiowej należy aż do wykluczenia traktować jako diagnostyczne dla rozwarstwienia aorty.

Sugestie ułatwiające przeprowadzenie wywiadu podczas określania przyczyn bólu w klatce piersiowej można znaleźć w tabeli 5.2.

Badania

Badanie fizykalne: ogólne

Starsi pacjenci zgłaszający się do lekarza z bólem w klatce piersiowej mogą się znajdować w bardzo złym stanie ogólnym i wymagają oceny wstępnej według schematu ABCDE (zapewnienie drożności dróg oddechowych, oddychanie, krążenie, objawy neurologiczne/stan umysłu i homeostaza termiczna). Jednocześnie należy zidentyfikować i leczyć zaburzenia fizjologiczne.

W diagnostyce pacjenta z bólem w klatce piersiowej bardzo ważną rolę odgrywają także wyniki obserwacji jego stanu ogólnego. Czy wygląda dobrze czy źle? Czy sprawia wrażenie przygnębionego lub przestraszonego? Należy obserwować pacjenta pod kątem takich objawów jak bladość, wzmożona potliwość i zwiększona częstość oddechu.

pacjentów niż u pacjentów młodszych [5]. W niektórych mniej licznych badaniach wykazano, że starsi pacjenci z ZTP rzadziej uskarżają się na ból w klatce piersiowej, lecz częściej występują u nich objawy nieswoiste, takie jak omdlenie [7, 8].

Współistniejące zmiany patologiczne narządów klatki piersiowej, takie jak niewydolność serca lub POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), niekiedy utrudniają rozpoznanie ZTP, spychając tę chorobę na dalsze miejsca listy rozpoznań różnicowych. Dusznosc i ból w klatce piersiowej mogą zostać błędnie przypisane „podeszłemu wiekowi” i znacznie opóźnić przybycie pacjenta do lekarza. Podczas oceny starszego pacjenta z jakimikolwiek objawami ze strony klatki piersiowej należy wykazywać daleko idącą podejrzliwość, gdyż zachorowalność na ZTP i śmiertelność w jego następstwie wzrasta wraz z wiekiem [1, 9].

Oznaczanie stężenia D-dimerów we krwi jest mniej przydatne u starszych pacjentów, ponieważ u wielu spośród nich stwierdza się podwyższone stężenie tych produktów rozpadu fibryny. Oznacza to, że lekarz powinien wcześniej skierować pacjenta z tej grupy wiekowej na angiografię TK tętnic płucnych w celu wykluczenia ZTP.

Rozwarstwienie aorty

Ta rzadko spotykana choroba charakteryzuje się wysoką śmiertelnością. Szczyt zachorowalności przypada na wiek 60–80 lat. Szybkie rozpoznanie i wczesne rozpoczęcie leczenia mają znaczący wpływ na przeżywalność. U starszych pacjentów najczęściej spotykanym objawem jest silny ból w okolicy środkowej części klatki piersiowej o nagłym początku. Należy jednak pamiętać, że występuje on tylko u 76% pacjentów starszych z rozwarstwieniem aorty w porównaniu z 85–95% pacjentów młodszych [10].

Inne objawy występujące częściej u starszych pacjentów:

- *Omdlenie*: objaw główny w 12–13% przypadków; jedyny objaw w 3% przypadków choroby [1].
- *Objawy wskazujące na objęcie stanem chorobowym odgałęzień aorty*: rozbieżne wartości ciśnienia krwi mierzonego na kończynach górnych, ostre objawy neurologiczne lub niedokrwienie kończyn występujące wraz z bólem w klatce piersiowej należy aż do wykluczenia traktować jako diagnostyczne dla rozwarstwienia aorty.

Sugestie ułatwiające przeprowadzenie wywiadu podczas określania przyczyn bólu w klatce piersiowej można znaleźć w tabeli 5.2.

Badania

Badanie fizykalne: ogólne

Starsi pacjenci zgłaszający się do lekarza z bólem w klatce piersiowej mogą się znajdować w bardzo złym stanie ogólnym i wymagają oceny wstępnej według schematu ABCDE (zapewnienie drożności dróg oddechowych, oddychanie, krążenie, objawy neurologiczne/stan umysłu i homeostaza termiczna). Jednocześnie należy zidentyfikować i leczyć zaburzenia fizjologiczne.

W diagnostyce pacjenta z bólem w klatce piersiowej bardzo ważną rolę odgrywają także wyniki obserwacji jego stanu ogólnego. Czy wygląda dobrze czy źle? Czy sprawia wrażenie przygnębionego lub przestraszonego? Należy obserwować pacjenta pod kątem takich objawów jak bladość, wzmożona potliwość i zwiększona częstość oddechu.

Tabela 5.2 „Typowe” cechy trzech najczęściej spotykanych zagrażających życiu przyczyn bólu w klatce piersiowej.

| Wywiad | Ostry zespół wieńcowy (prawdopodobieństwo ostrego zawału mięśnia sercowego) | Zator tętnicy płucnej | Rozwarstwienie aorty |
|---------------------------------|---|---|---|
| Lokalizacja | Środkowa część klatki piersiowej i lewa kończyna górna (2.7) | Oznaki lateralizacji | Przednia ściana klatki piersiowej lub łopatka |
| Początek | Stopniowy wzrost nasilenia. Czas początku i wystąpienia największego nasilenia bólu odgrywa ważną rolę w analizie poziomu biochemicznych markerów niedokrwienia mięśnia sercowego | Nagły początek | Nagły początek i jednocześnie maksymalne nasilenie bólu |
| Rodzaj | Miażdżący, tępy, ciężki | Ostry, oplucnowy | Nagły początek, ostry, rozdzierający, kłujący (przeszywający) |
| Promieniowanie | Do prawego ramienia (2.9) Do lewej kończyny górnej (2.8) Do obu kończyn górnych (7.1) | – | Do pleców, następnie do brzucha |
| Objawy towarzyszące | Wzmoczona potliwość (2.0) Nudności i wymioty (1.9) | Splycenie oddechu, krwioplucie, omdlenie | Objawy neurologiczne, omdlenie |
| Czas | Wzrost nasilenia w ciągu 5–15 min | Nagły początek, maksymalne nasilenie | Nagły początek, maksymalne nasilenie |
| Czynniki nasilające i łagodzące | Nasilają: wysiłek, chłodna pogoda, stres Łagodzą: odpoczynek, nitrogliceryna | Nasilają: głębokie oddychanie, zmiana ułożenia ciała | – |
| Nasilenie | Cecha subiektywna przydatna do porównań po rozpoczęciu leczenia | Cecha subiektywna przydatna do porównań po rozpoczęciu leczenia | Cecha subiektywna przydatna do porównań po rozpoczęciu leczenia |

Ilorazy prawdopodobieństwa wg: Panju AA, Hemmelgarn BR, Guyatte GH, et al. Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA* 1998;280(14): 1256.

Badania ukierunkowane

Ostry zespół wieńcowy (OZW)

Należy starannie zbadać klatkę piersiową w kierunku mruku w okolicy przedsercowej oraz objawów współistniejącej niewydolności serca. Zmierzyć tętno i niezwłocznie wykonać badanie EKG w celu identyfikacji wszelkich przyczynowych lub następowych zaburzeń rytmu serca.

Podczas badania należy uwzględnić wszelkie inne czynniki mogące się przyczynić do OZW, takie jak sepsa, hipowolemia, hipoksja oraz arytmie.

Rozwarstwienie aorty

U pacjentów z rozwarstwieniem aorty często stwierdza się nadciśnienie tętnicze, lecz nawet u 20% starszych pacjentów choroba ta może przebiegać z niedociśnieniem.

Ramka 5.1 Procedura systematycznego badania pacjenta z bólem w klatce piersiowej [11].

| | |
|----------------------|---|
| Drogi oddechowe | Sprawdzić drożność dróg oddechowych: jeżeli pacjent utrzymuje kontakt słowny, problemy z drożnością dróg oddechowych są mało prawdopodobne. |
| Oddychanie | Osluchają klatkę piersiową pod kątem szmerów oddechowych i odgłosów dodatkowych. Sprawdzić równomierność odgłosu opukowego, symetrię ruchów klatki piersiowej. W przypadku stwierdzenia hipoksji podać tlen (nie podawać go rutynowo, lecz po stwierdzeniu niedotlenienia podczas monitorowania saturacji lub gazometrii). Podawać mieszaninę oddechową wzbogaconą tlenem: <ul style="list-style-type: none"> • Pacjentom z poziomem saturacji (SpO₂) <94% nienarażonym na ryzyko wystąpienia hiperkapnicznej niewydolności oddechowej, dążąc do uzyskania SpO₂ w granicach 94–98%, • Pacjentom z POChP narażonym na ryzyko wystąpienia hiperkapnicznej niewydolności oddechowej, dążąc do osiągnięcia SpO₂ 88–92% aż do uzyskania wyników gazometrii krwi. |
| Krążenie | <i>Niezwłocznie wykonać EKG 12-odprowadzeniowe</i> , najlepiej poprosić o to asystenta przed lub podczas badania. Osluchać serce pod kątem szmerów i tonów dodatkowych, zmierzyć tętno, ciśnienie krwi i czas nawrotu kapilarnego. W przypadku stwierdzenia objawów wstrząsu, w tym niskiego ciśnienia tętniczego krwi, wykonać próbę prowokacyjną wlewem dożylnym i ponownie zmierzyć ciśnienie. |
| Objawy neurologiczne | Zmierzyć poziom glukozy we krwi włośniczkowej i zbadać w kierunku postępujących ogniskowych zmian neurologicznych sugerujących ostre rozwarstwienie aorty z objęciem tętnicy szyjnej. |
| Pozostałe badania | Zbadać brzuch pod kątem obecności tętniących zmian przestrzennych, zmierzyć tętno obwodowe, zbadać objawy obrzęku obwodowego, sinicy lub wstrząsu. Zapytać o krwawienie z przewodu pokarmowego, np. niedawne stolce smoliste lub wymioty krwią. Zbadać palpacyjnie ściany klatki piersiowej w kierunku obszarów tkliwości ogniskowej, a w przypadku ich stwierdzenia zapytać pacjenta, czy badanie odtwarza odczuwane przez niego dolegliwości bólowe. Należy jednak pamiętać, że istnienie obszaru zwiększonej tkliwości nie wyklucza poważniejszych zaburzeń, takich jak ZTP. Należy uważnie obejrzeć skórę w poszukiwaniu sugerującej półpasiec wysypki o dystrybucji w zakresie dermatomów. |

Należy pamiętać, że przekraczająca 20 mm Hg różnica ciśnienia tętniczego mierzonego na obu kończynach górnych stanowi mało czułą oznakę rozwarstwienia aorty.

Badania tętna obwodowego i neurologiczne mogą być przydatne do identyfikacji objęcia stanem chorobowym odgałęzień aorty. Obecność nowych, obwodowych objawów neurologicznych jest mało czułym, ale wysoce swoistym sygnałem sugerującym rozwarstwienie aorty u pacjentów z bólem w klatce piersiowej.



Ważne: Różnice ciśnienia tętna lub jego asymetria zależą od lokalizacji rozwarstwienia aorty. U dużej liczby pacjentów z tą chorobą stwierdza się symetryczne tętno, równe wartości jego ciśnienia, a także nie stwierdza się zmian patologicznych na zdjęciach RTG klatki piersiowej, dlatego nie należy opóźniać wykonywania innych badań obrazowych.



Ważne: U pacjenta z bólem w klatce piersiowej i z ostrymi deficytami neurologicznymi należy aż do wykluczenia rozpoznać rozwarstwienie aorty.

Zator tętnicy płucnej (ZTP)

Należy zbadać kończyny dolne pod kątem oznak zakrzepicy żył głębokich (DVT) i rozważyć wszelkie inne czynniki etiologiczne mogące sprzyjać powstawaniu zakrzepów, takie jak choroba nowotworowa, niedawno przebyty zabieg operacyjny

i długotrwałe unieruchomienie. Powinno się zwrócić uwagę na oznaki prawokomorowej niewydolności serca, krwioplucie i sinicę.

Badania laboratoryjne i obrazowe

Badania wstępne

U wszystkich pacjentów zgłaszających się do lekarza z bólem w klatce piersiowej należy wykonać:

Badania krwi

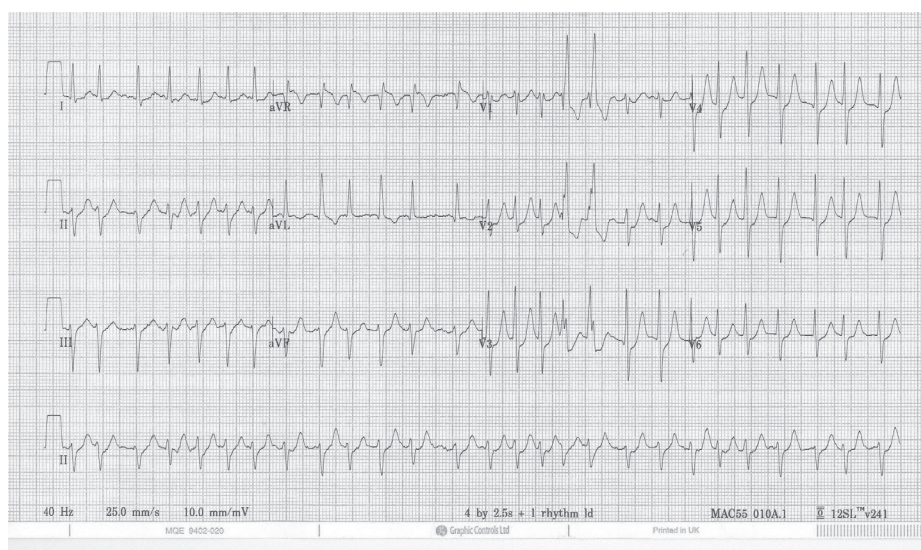
Morfologia, badanie poziomu mocznika i elektrolitów, próby wątrobowe, wykonane w odpowiednim czasie badania poziomu biochemicznych markerów niedokrwienia mięśnia sercowego, amylazy, mleczanów, a w razie konieczności również D-dimerów.

Seryjne EKG

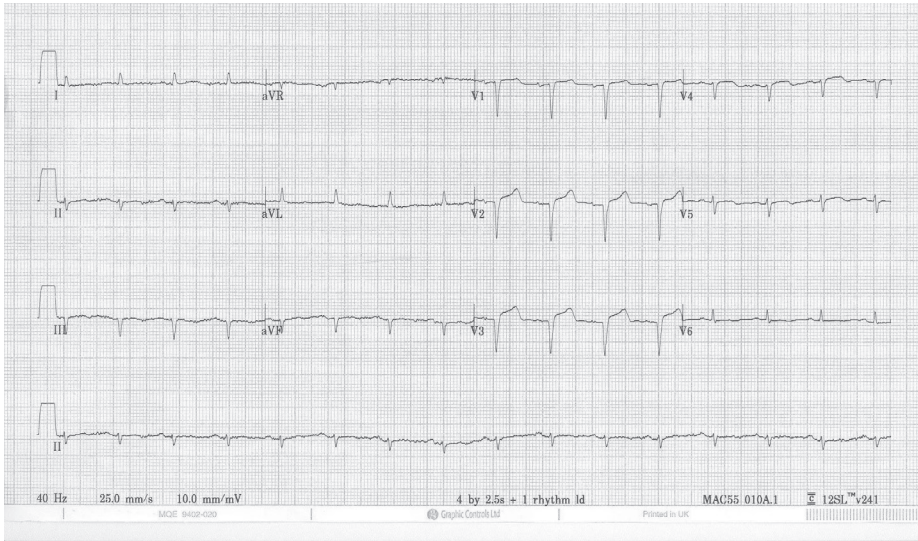
Powtarzanie badania EKG co 5–15 min może ujawnić postępujące zmiany niedokrwienne u pacjenta objawowego. EKG z odprowadzeniami przedsercowymi jednostronnymi lub rozszerzone 15-odprowadzeniowe mogą pomóc rozpoznać zawał ściany tylnej lub prawej komory mięśnia sercowego. Zob. ryc. 5.1 i 5.3.

Zdjęcie RTG klatki piersiowej

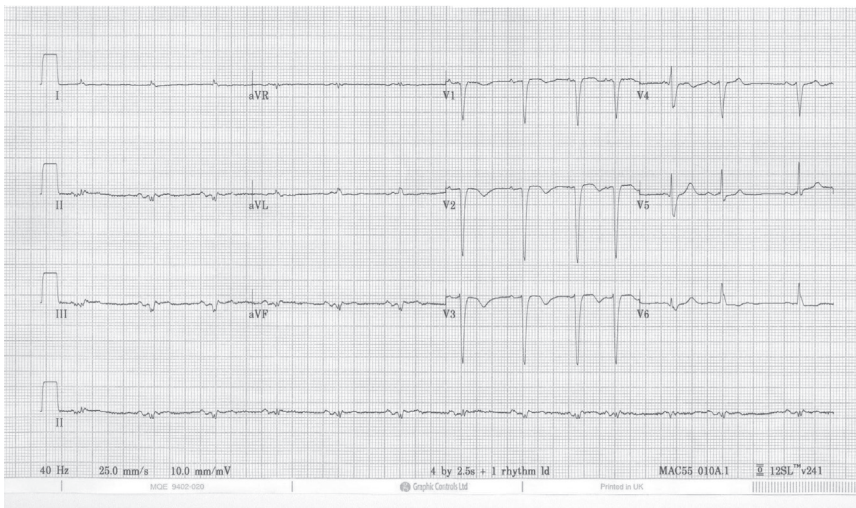
Zdjęcie RTG klatki piersiowej uważa się za podstawowe badanie obrazowe u wszystkich pacjentów z bólem w klatce piersiowej. Niekiedy nie stwierdza się na nim zmian patologicznych, może ono jednak ujawnić istotne nieprawidłowości, np. obrzęk płuc u pacjenta z niewydolnością serca lub poszerzenie cienia śródpiersia u pacjenta z rozwarstwieniem aorty (ryc. 5.4 i 5.5).



Ryc. 5.1 Niekontrolowane migotanie przedsionków z niedokrwieniem ściany bocznej.



Ryc. 5.2 Późna prezentacja zawału serca z uniesieniem odcinka ST (STEMI).



Ryc. 5.3 Zawał mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI).

USG przyłóżkowe

Na SOR lub na oddziale diagnostyczno-obszernym z dostępem do USG szybkie wykonanie badania echokardiograficznego, USG klatki piersiowej przez lekarza medycyny ratunkowej lub kardiologa pomaga ocenić zaburzenia kurczliwości ścian serca, rozpoznać nagromadzenie płynu w osierdziu lub w jamie opłucnej oraz odmę opłucnową.

Badania ukierunkowane

Pacjent z podejrzeniem OZW

Pacjenta z podejrzeniem OZW należy poddać stałemu monitorowaniu pracy ser-



STANY NAGŁE W GERIATRII

Iona Murdoch, Emergency Medicine ST3,
East of England, Deanery, Cambridge, UK

Sarah Turpin, Geriatric Medicine ST5,
South East Scotland, Deanery, Edinburgh, UK

Bree Johnston, Professor of Medicine and
Associate Chief for Education, Division of Geriatrics,
University of California, San Francisco, CA, USA

Alasdair MacLulich, Professor of Geriatric Medicine,
University of Edinburgh, Edinburgh, UK

Eve Losman, Assistant Professor of Emergency
Medicine, University of Michigan, MI, USA

Redaktor naukowy wydania polskiego

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka

Konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi
Kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersyteckiego
Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii
Medycznej – Centralny Szpital Weteranów,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Zmieniająca się demografia naszej populacji stanowi niezwykle trudny wyzwanie dla współczesnej medycyny. Zmianom tym towarzyszą jednak coraz bardziej złożone wyzwania. Jak opiekować się

słabym, starszym pacjentem cierpiącym na wiele chorób współistniejących w środowisku nastawionym na leczenie schorzeń pojedynczych narządów oraz na szybki wypis ze szpitala? Jak porządkować liczne istotne informacje na temat leków stosowanych przez pacjenta, jak właściwie oceniać jego potrzeby w dziedzinie kontaktów społecznych i opieki, działając pod presją czasu ze świadomością, że w kolejce po poradę czeka bardzo wiele osób? Jak można efektywnie, lecz bezpiecznie zbadać osobę w podeszłym wieku z wieloma aktywnymi i nieaktywnymi dolegliwościami?

Książka *Stany nagłe w geriatryi* jest przydatnym źródłem informacji dla wszystkich lekarzy, którzy w swojej praktyce niosą pomoc pacjentom w starszym wieku. Wiele spośród opisywanych w niej sytuacji ma miejsce nie tylko na SOR, lecz także w POZ, na oddziałach specjalistycznych, ogólnych i chirurgicznych.

