

Pacjenci długowieczni w oddziale chorób wewnętrznych *Long-lived patients in internal ward*

Dorota Szydłarska¹, Katarzyna Czady², Teresa Ryczer², Wiesław Grzesiuk¹,
Ewa Bar-Andziak¹

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, Uniwersytet Medyczny w Warszawie

² Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii,
Uniwersytet Medyczny w Warszawie

Streszczenie

Obserwujemy stale rosnącą populację osób w wieku podeszłym w oddziałach chorób wewnętrznych i konieczność dokładnego zaznajomienia się ze specyfiką patofizjologii, indywidualizacji leczenia i stosowania profilaktyki najczęściej występujących schorzeń. Autorzy w prezentowanej pracy poddają analizie najczęstsze przyczyny hospitalizacji w Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii osób po 90. roku życia oraz porównują je do danych statystycznych, odnoszących się do przyczyn zachorowań w całej populacji. Starają się również sprawdzić istnienie związku przyczynowego pomiędzy długowiecznością a nieobecnością pewnych jednostek chorobowych czy też określonym stylem życia. *Geriatrics 2008; 2: 324-328.*

Słowa kluczowe: starzenie, starszy wiek, hospitalizacja w oddziale chorób wewnętrznych

Summary

According to increasing population of elderly in the internal ward and necessity of exact identifying of pathophysiology, individuality of treatment of the most common diseases, the authors of the presented article try to analyse the reasons of hospitalization people over 90 years old hospitalized in the internal ward. The authors of the article also want to compare data statistics with whole population and check the existence of causal relationship between long-living, absence of some diseases and particular life style. *Geriatrics 2008; 2: 324-328.*

Keywords: aging, old age, hospitalization in internal ward

Wstęp

W ciągu ostatnich lat coraz wyraźniej obserwuje się w naszym społeczeństwie wydłużenie czasu życia i systematycznie rosnącą grupę ludzi w wieku podeszłym. To zjawisko postępującego procesu starzenia jest rezultatem zarówno ciągu przemian socjoekonomicznych i mentalnych – szerszego dostępu chorych do informacji czy to z telewizji, internetu czy prasy, większej znajomości przez pacjentów chorób, na które zapadają, jak też ogromnego postępu w dziedzinie nauk medycznych. Naturalną konsekwencją tego faktu jest zdecydowana przewaga ludzi starszych wśród

pacjentów każdego szczebla opieki zdrowotnej, co z kolei implikuje konieczność dokładnego zaznajomienia się ze specyfiką patofizjologii u tych chorych, indywidualnego podejścia do stosowanego leczenia, jak też szerokiego stosowania profilaktyki najczęściej występujących schorzeń. Szczególne zainteresowanie wzbudza grupa pacjentów w wieku powyżej 90 lat.

Cel pracy

Celem pracy była analiza najczęstszych przyczyn hospitalizacji w Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii osób po 90. roku życia i porównanie

ich do danych statystycznych, odnoszących się do przyczyn zachorowań w całej populacji, jak również sprawdzenie powiązania pomiędzy długowiecznością a występowaniem lub nieobecnością pewnych jednostek chorobowych.

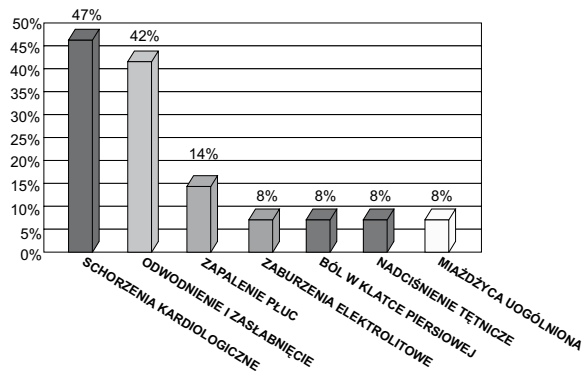
Metoda

Badaniem objęto pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii SPCSK WUM w Warszawie w latach 2005-2007. Posługiwano się kryterium długowieczności wg WHO, na podstawie którego definicję tę odnosimy do ludzi przekraczających wiek 90. lat. Przeanalizowano dane 36 chorych w wieku od 92-99. lat [1]. Wzięto pod uwagę rozpoznania wstępne, rozpoznania ostateczne, choroby współistniejące, wyniki najważniejszych badań laboratoryjnych oraz wartości ciśnienia tętniczego.

Wyniki

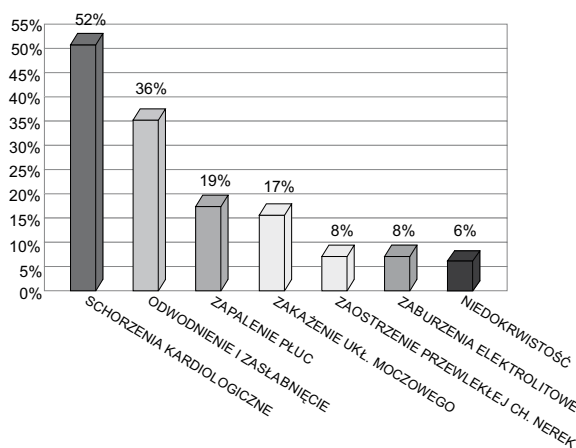
Średnia wieku pacjentów wyniosła 95 ± 2 lata. Kobiety w liczbie 30, stanowiły 83% chorych, mężczyźni (6 chorych) - 17% badanej grupy.

Przeprowadzone rozpoznanie wstępne wykazało, że schorzenia kardiologiczne były najczęstszymi powodami hospitalizacji z predylekcją w kierunku zaostrzeń przewlekłej niewydolności serca (28%) i napadowego migotania przedsionków (17%). Stany po zaskłębieniu w wyniku odwodnienia zostały uznane za drugą w kolejności przyczynę skierowań do szpitala. Pozostałe schorzenia stwierdzone w grupie badanej to: zapalenia płuc, zaburzenia elektrolitowe, ból w klatce piersiowej, nadciśnienie tętnicze oraz miażdżycę uogólnioną (rycina 1).



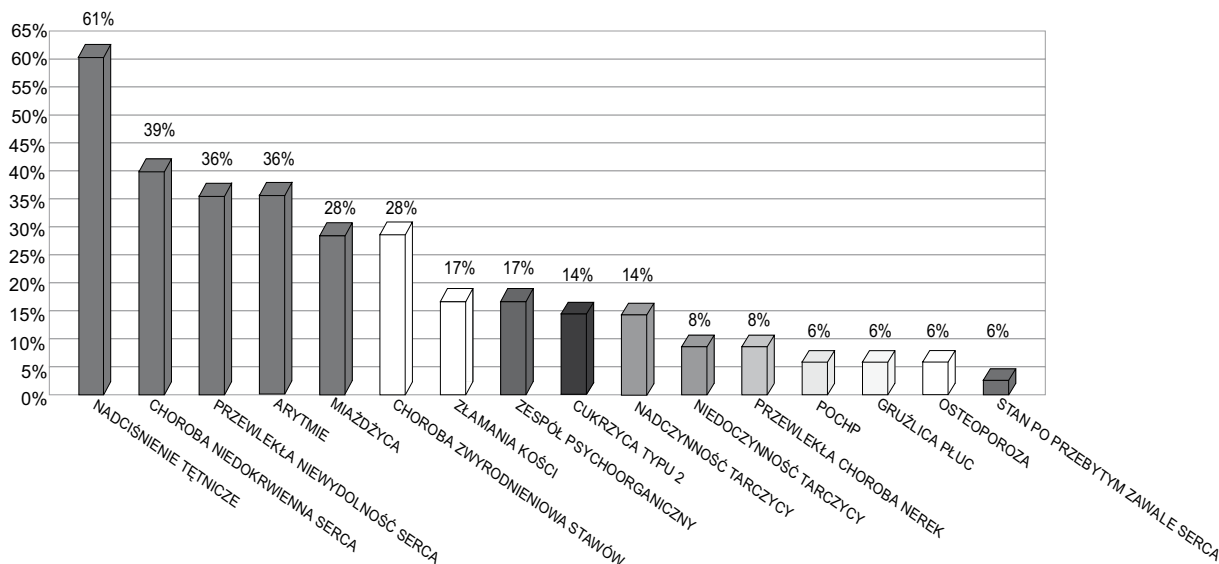
Rycina 1. Procentowy udział rozpoznaw wstępnych w grupie badanej

W rozpoznaniach ostatecznych, u największego odsetka pacjentów jako podstawowe rozpoznanie znalazły się choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym niewydolność serca i migotanie przedsionków, odpowiednio po 19%, nadciśnienie tętnicze w 8%, a choroba niedokrwienna serca jako przyczyna bólu w klatce piersiowej – w 6%. W dalszej kolejności rozpoznaw ostatecznych znajdowały się: stan po zaskłębieniu, zapalenie płuc, zakażenie układu moczowego, zaostrzenie przewlekłej choroby nerek, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Ponadto u 6% pacjentów odnotowano niedokrwistość (rycina 2).



Rycina 2. Procentowy udział rozpoznaw ostatecznych w grupie badanej

Wśród chorób współistniejących dominowały schorzenia układu krążenia, z wyraźną przewagą nadciśnienia tętniczego (61%), choroby niedokrwiennej serca (39%) i miażdżycy (28%) oraz w równym stopniu (36%) – przewlekłej niewydolności serca i zaburzeń rytmu serca. Zmiany zwyrodnieniowe stawów stwierdzono u 28% pacjentów, stany po złamaniach kości długich u 17%, natomiast informacje o osteoporozie jako schorzeniu współistniejącym stwierdzono u małego odsetka (6%) osób. U 17% badanych osób rozpoznano zespół psychoorganiczny. U 14% pacjentów stwierdzono przewlekłą chorobę nerek. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu gruczołu tarczowego pod postacią jego subklinicznej nadczynności bądź niedoczynności współwystępowały odpowiednio u 14% i 8% badanych. U części chorych odnotowano stan po przebyciu gruźlicy płuc (rycina 3). Zwraca uwagę stosunkowo mała częstość występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej, przewlekłej obturacyjnej choroby



Rycina 3. Procentowy udział chorób współistniejących w grupie badanej

Tabela 1. Wyniki badań laboratoryjnych i pomiarów ciśnienia tętniczego

	TSH (uIU/ml)	fT3 pg/ml	fT4 ng/dl	HGB (g/dl)	HCT (%)	RBC (mln/ μ l)	Kreatynina (mg/dl)	Ca całkow. (mmol/l)	RR sk. (mmHg)	RR rozk. (mmHg)
Wartości referencyjne	0,2-4,2	1,8-4,6	0,93-1,7	12-16	37-47	3,8-5,8	0,5-1,3	2,2-2,75		
Średnia	1,0	1,7	1,5	12,5	36,3	3,9	1,3	2,2	130	70
Odchylenie stand.	3,6	1,1	2,9	2,1	5,2	0,6	0,9	0,2	16	9,2

płuc, stanów po przebytych zawaleniach mięśnia sercowego – jedynie u 6% badanej populacji oraz brak przypadków chorób nowotworowych w badanej grupie.

Uśrednione wyniki badań laboratoryjnych i wartości ciśnienia tętniczego krwi u chorych przedstawia tabela 1.

Omówienie

W badanej grupie 90-latków zdecydowaną większość stanowiły osoby płci żeńskiej, co odzwierciedla feminizację starości, choć z powodu małej liczebności analizowanej grupy, badanie to nie jest pod tym względem w pełni reprezentatywne.

Najczęstsze rozpoznania wstępne również nie powinny stanowić zaskoczenia, jako że schorzenia kardiologiczne są współcześnie najczęstszymi wśród populacji osób dorosłych. Według ostatniego raportu WHO na temat sytuacji zdrowotnej w Polsce stanowią one najistotniejszą, bo sięgającą niemal 50%, przyczynę

wszystkich zgonów [2]. Należy podkreślić, że prawie co piąty z nich dotyczył ludzi powyżej 65. roku życia, zaś standaryzowane względem wieku wskaźniki umieralności są około dwukrotnie wyższe niż w krajach Unii Europejskiej.

Odwodnienie to kolejna dość częsta przyczyna hospitalizacji osób w grupie wiekowej powyżej 90. lat. Zbyt mała podaż płynów z jednej strony wynika z zaburzonej w tym wieku funkcji ośrodka pragnienia zlokalizowanego w podwzgórzu, a z drugiej - niezbyt troskliwej opieki ze strony osób trzecich. Pacjenci ci zazwyczaj otrzymywali leki moczopędne z powodu niewydolności serca, co przy małej podaży płynów doprowadzało do objawów odwodnienia. Warto podkreślić konieczność profilaktyki u osób w bardzo podeszłym wieku, jak też właściwej strategii leczenia, aby ograniczyć liczbę hospitalizacji i związanych z nią niekorzystnych następstw. Pacjenci tacy powinni być często badani przez lekarzy lub oceniani przez wykwalifikowaną pielęgniarkę. Swoje udział w ograniczaniu

przyjmowania płynów może mieć również prozaiczna obawa przed zwiększoną częstością oddawania moczu, szczególnie u pacjentów z problemami w jego utrzymaniu i trudnościami w poruszaniu się. Opiekując się takimi chorymi, należy oczywiście pamiętać, aby zalecenia lekarskie odnośnie ilości podawanych płynów odpowiednio modyfikować w zależności od stopnia niewydolności nerek, jeśli taka współlistnieje.

Stwierdzone zaś u 17% pacjentów zakażenie układu moczowego ze zdecydowaną przewagą u kobiet (kobiety:mężczyźni = 5:1) podnosi wagę wywiadu lekarskiego dotyczącego objawów dyzurycznych, jak również edukacji chorych i ich rodzin w celu zapobiegania tym stanom. Ze szczególną ostrożnością należałoby rozważać wskazania do zakładania cewników, zwłaszcza na stałe, a przy braku alternatywy – wykazywać dużą dbałość o ich izolację od ognisk potencjalnego zakażenia. Równie dużą wagę ma kwestia starannej pielęgnacji chorych z koniecznością używania pieluchomajtek. Znajomość podstawowych zasad higieny i ich sumienne przestrzeganie przez zobligowane do tego osoby pozwoliłyby zapewne uniknąć wielu hospitalizacji, a przez to i niepotrzebnego stresu oraz źródeł kontaktu ze szkodliwą, szczególnie dla ludzi starszych, bakteryjną florą szpitalną.

Odnotowanie przebytej gruźlicy u 6% pacjentów świadczy o ciągłej obecności tej choroby w naszej populacji i nakazuje czujność w zakresie interpretacji towarzyszących jej objawów, wnikliwej diagnostyki i skutecznego leczenia.

Według danych z piśmiennictwa, zespół niskiej trijodotyroniny występuje u ponad 75% hospitalizowanych chorych, a obniżenie stężenia wolnej trijodotyroniny (fT3) w surowicy obserwuje się u pacjentów z ciężkimi, przewlekłymi chorobami, po rozległych operacjach, w czasie głodzenia oraz u osób chorych na cukrzycę [3-7]. Wśród pacjentów poddanych analizie również stwierdzaliśmy występowanie niskich stężeń fT3, wartości średnie wynosiły 1,7 pg/ml, a mediana była równa 1,6.

Prawidłowe żywienie jest jednym z elementów koniecznych do zachowania sprawności umysłowej i fizycznej. Osoby w wieku podeszłym są bardziej

narażone na błędy żywieniowe z powodu częściej, niż wśród pacjentów młodszych, stwierdzanych zaburzeń trawienia, wchłaniania i obecności zaburzeń metabolicznych. Nieprawidłowe odżywianie, brak zróżnicowania diety, niska podaż wapnia oraz upośledzone wchłanianie mogą stanowić ryzyko występowania obniżonej gęstości kości. Średnie stężenie, jak i mediana wapnia całkowitego wśród badanej populacji chorych, wynosiło 2,2 mmol/l, a odchylenie standardowe 0,2. Osteoporozę rozpoznano tylko u 6% chorych w podeszłym wieku. Zwraca uwagę fakt, że wśród hospitalizowanych niewiele było osób po przebytych zawałach serca, z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej i przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Choroby nowotworowe, będące częstą przyczyną umieralności, zwłaszcza ludzi starszych, nie zostały odnotowane w badanej grupie w ani jednym przypadku. Stanowi to tylko potwierdzenie pesymistycznej rzeczywistości, w której niewątpliwy postęp w leczeniu tych schorzeń nie idzie niestety w parze ze znaczącym wzrostem wskaźnika przeżywalności [8]. Pocieszający wydaje się fakt, że wszyscy pacjenci poddani analizie opuścili oddział szpitalny skierowani do dalszej opieki przez lekarza rodzinnego. Jednocześnie dane powyższe mogłyby stanowić tło dla dalszej oceny tej grupy chorych w kierunku otyłości, nałogu palenia papierosów, jak też stylu życia czy sposobu odżywiania się.

Należy podkreślić również wyjątkowo dużą zgodność rozpoznań ostatecznych ze wstępnymi, które zostały potwierdzone aż w 84% przypadków.

Wyniki podstawowych badań laboratoryjnych i pomiarów ciśnienia tętniczego nie wykazują istotnych odchyżeń od zakresu wartości referencyjnych, co tym dobitniej przemawia za stosunkowo dobrym ogólnym stanem zdrowia ludzi przekraczających dziewięćdziesiąty rok życia.

Adres do korespondencji:

Dorota Szydłarska

Klinika Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii,
Uniwersytet Medyczny w Warszawie

ul. Banacha 1a; 02-097 Warszawa

Tel.: (022) 599 1723; E-mail: dszydłarska@op.pl

Piśmiennictwo

1. World health statistics 2008, WHO Statistical Information System; 2008.
2. Highlights on health in Poland 2005. European Communities and World Health Organization 2006: 9-16.
3. Ceremużyński L. Hormonal and metabolic reactions evoked by acute myocardial infarction. *Circ Res* 1981; 48: 767-70.
4. Holland FW i wsp. Cardiopulmonary Bypass and Thyroid Function: A Euthyroid Sick Syndrome. *Soc Thor Surg* 1991; 50: 46-9.
5. Koller J i wsp. Thyroid hormones and their impact on the hemodynamic and metabolic stability of organ donors and on kidney graft function after transplantation. *Transplant Proc* 1990; 22: 355-9.
6. Lee PC i wsp. Thyroid hormone responses in the early kidney transplants. *Transplant Proc* 1994; 26: 2184-91.
7. Wartofsky L. The low T3 or sick euthyroid syndrome: update 1994. *Endocrinol Soc* 1994; 3: 248-52.
8. Szukalski P. Przyczyny zgonów osób sędziwych w Polsce w latach 1980-2004. *Gerontologia Polska* 2007; 15: 119-127.