



# Ogólnomedyczna opieka nad CHORYM

Katarzyna Broczek

Klinika Geriatrii

Warszawski Uniwersytet Medyczny



# Opieka ogólnomedyczna

## Standard czy coś więcej?

- Stereotypowe myślenie o osobach z objawami otępienia
- Typowe problemy geriatryczne, ale czy rutynowe rozwiązania?
- Analiza przypadków klinicznych
- Ocena stanu funkcjonalnego
- Badania laboratoryjne



# Kilka częstych stereotypów

- Pacjent z chorobą otępienną jest w tak poważnym stanie w związku z tym rozpoznaniem, że inne choroby nie mają znaczenia
- Leczenie innych chorób jest mniej skuteczne niż u pacjentów bez otępienia
- Otępienie sprawia, że chory mniej odczuwa i mniej cierpi

Inercja

Niepodejmowanie  
działania

*„Tu nic się  
nie da zrobić”*

Nihilizm  
Terapeutyczno-  
diagnostyczny

Postawa  
wyczekująca

Uzasadnienie: choroba otępienna, na którą cierpi pacjent, jest postępująca i nieuleczalna

# A prawda jest taka, że:

- Osoba z otępieniem może mieć takie same dolegliwości i choroby, co osoba bez otępienia
- Odmienność polega na tym, że trudniej je rozpoznać, różnicować i leczyć
- Próba rozwiązania problemu może wpłynąć na bieżące funkcjonowanie pacjenta i jego jakość życia

# Jak zmierzyć jakość życia osoby z zespołem otępiennym?

## Pan Konstanty, lat 83

- Inżynier, sportowiec, pasjonował się podróżami i kolekcjonerstwem
- Od 5 lat rozpoznana choroba Alzheimera
- Pacjent ma kłopoty z rozpoznawaniem członków rodziny, konieczna pomoc w codziennych czynnościach
- Na pytanie o samopoczucie odpowiada; ***„Jestem zdrowy, jestem szczęśliwy”***

Zespoły geriatryczne

Rozpoznawanie i postępowanie



# Zespoły bólowe

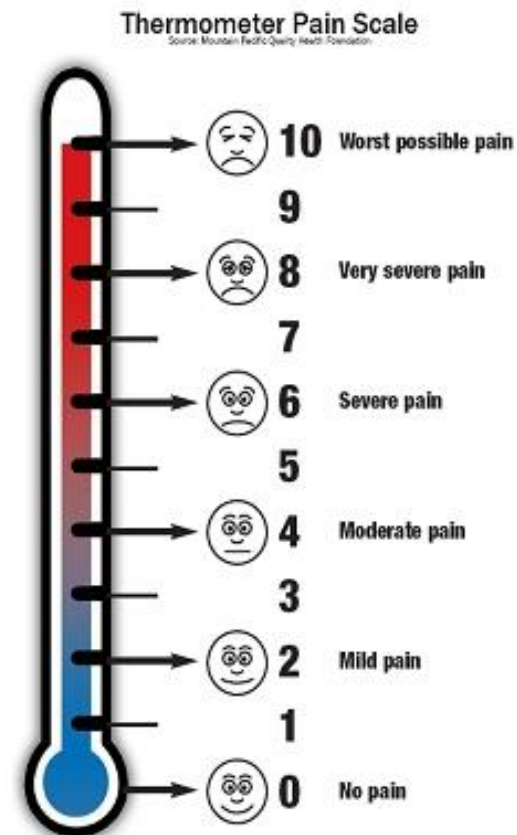
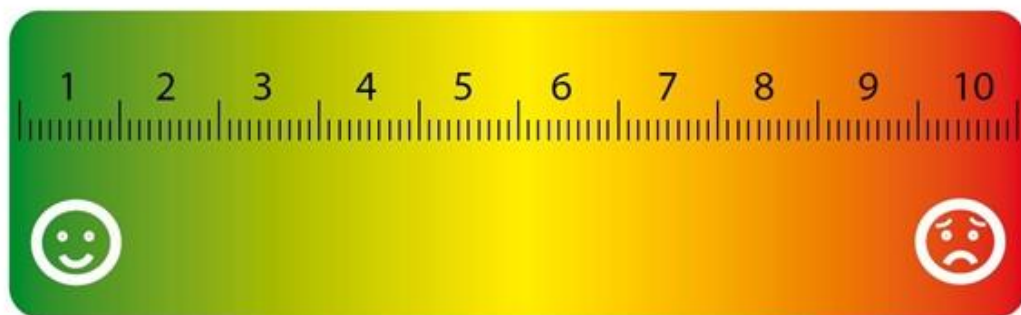
- Ból jest rzadziej zgłaszany
- O ból się nie pyta
- Fałszywe przekonanie, że w starszym wieku „mniej boli”
- Objawami bólu mogą być pobudzenie lub wycofanie, apatia - często interpretowane jako objawy towarzyszące otępieniu



# Dolegliwości somatyczne jako przyczyna POBUDZENIA

- Ból
- Świąd skóry
- Głód
- Zaparcie
- Zaburzenia w zakresie układu moczowego
  - zatrzymanie moczu
  - dolegliwości dyzuryczne
- Brak realizacji potrzeb pacjenta
  - samotność, nuda

# Ocena bólu



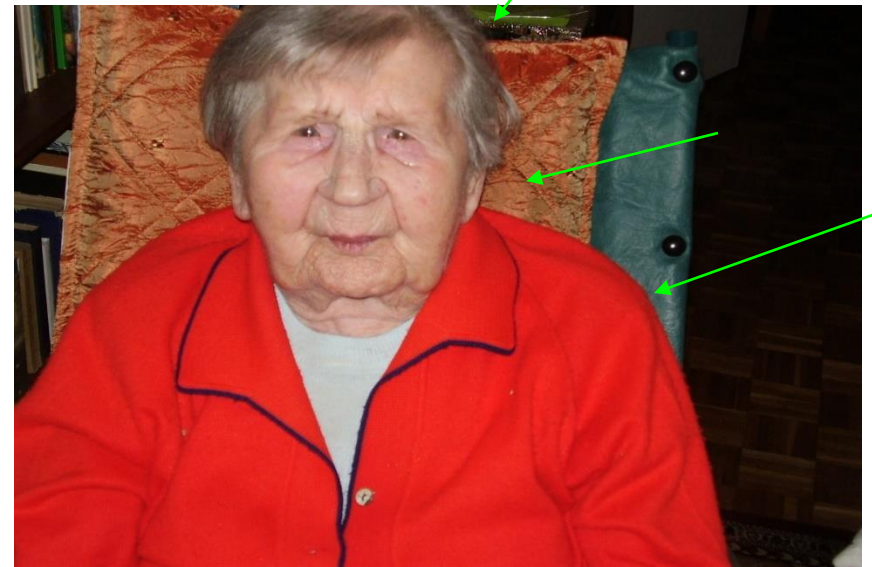
# Skala oceny bólu u osób z zaburzeniami poznawczymi - DOLOPLUS

Dolegliwości somatyczne	Aktywność życia codziennego (mycie, ubieranie się)
Obronna pozycja ciała	Zdolność poruszania się
Ochrona bolesnych miejsc	Komunikowanie się
Wyraz twarzy	Życie społeczne
Sen	Zaburzenia zachowania

Interpretacja: nasilenie każdego objawu **0-3 pkt**

Wynik **≥5 punktów** = obecność bólu

# Reakcje behawioralne na ból



# Świąd skóry

Kobieta, lat 75



Kobieta, lat 102



# Zaburzenia równowagi i chodu

- Należy zawsze pytać o zaburzenia równowagi i upadki
- Choroby otępienne zwiększają ryzyko upadków
- Wskazane aktywne podejście:
  - Zalecenie odpowiedniego obuwia
  - Dobranie sprzętu pomocniczego

# Zapobieganie upadkom

Ładne kapcie



Ale czy bezpieczne?





# Zaburzenia połykania i niedożywienie

- Mogą występować wcześniej w przebiegu choroby Alzheimera
- Mają złożoną patogenezę
- Chudnięcie typowe w chorobach neurodegeneracyjnych
- Zaburzenia funkcji wykonawczych
- Otępienie w chorobie Parkinsona



# Zalecenia ESPEN

Volkert et al. Espen Guidelines for nutrition in Dementia. *Clinical Nutrition* 2015

- Opieka żywieniowa i wsparcie żywieniowe powinny być integralną częścią leczenia pacjentów z otępieniem
- Każda decyzja dotycząca sztucznego odżywiania i nawadniania pacjentów z demencją powinna być podejmowana indywidualnie z uwzględnieniem rokowania i preferencji pacjenta

## Zalecenia **ESPEN** c.d.

- Żywienie enteralne należy rozważać u pacjentów z otępieniem lekkim lub umiarkowanym w sytuacji gdy niewystarczające żywienie doustne jest spowodowane potencjalnie odwracalną przyczyną
  - Zakażenie
  - Majaczenie
  - Dysfagia w przebiegu udaru mózgu

## Zalecenia ESPEN c.d.

- Jeśli dieta doustna pokrywa <50% zapotrzebowania na energię przez 10 dni
  - Zgłębnik nosowo-żołądkowy
- Jeśli > 4 tygodni
  - PEG
- Nie zaleca się rozpoczynania enteralnego u pacjentów z otępieniem w stopniu ciężkim lub w terminalnej fazie choroby



Sampson EL et al. Enteral tube feeding for older people with ADVANCED dementia.

*Cochrane Database Syst Rev 2009 (2):CD007209*

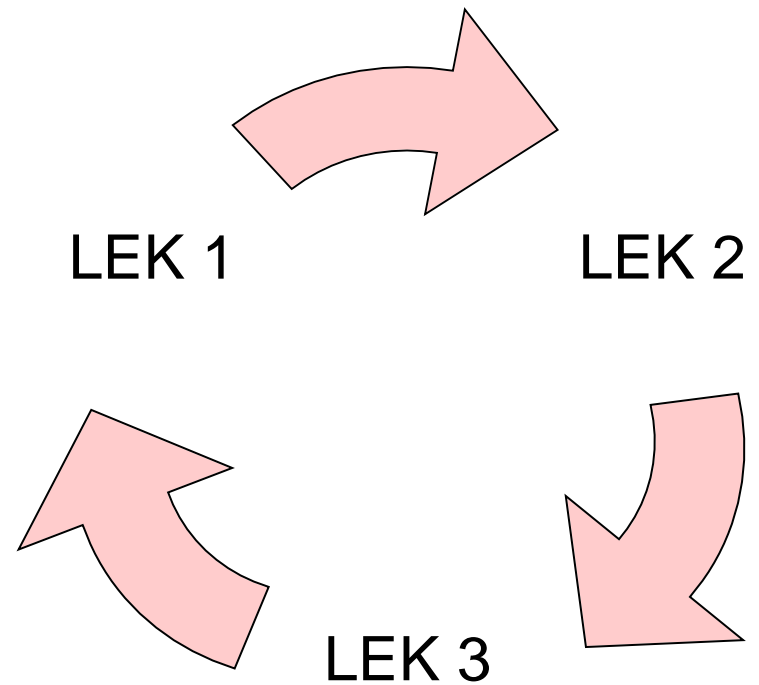
Goldberg LS, Altman KW. The role of gastrostomy tube placement in ADVANCED dementia with dysphagia: a critical review.

*Clin Interv Aging 2014; 9: 1733-1739*

- Nie ma dowodów na pozytywny wpływ żywienia enteralnego u pacjentów z ciężkim otępieniem, mimo że bardzo wiele osób jest w ten sposób żywionych
- Niedostateczne dane nt. powikłań

# Zespoły jatrogenne

- U pacjentów w starszym wieku częściej należy rozważać odstawienie leku/leków niż włączanie nowych leków
- Zjawisko kaskady leczenia



O  
P  
I  
S  
Y

P  
R  
Z  
Y  
P  
A  
D  
K  
Ó  
W



# Pani Anna, lat 87

- Choroba Alzheimera z zaburzeniami zachowania. Od 3 dni Pacjentka odmawia jedzenia i przyjmuje małe dawki płynów doustnie
- Przy próbach karmienia i pojenia przez córkę staje się pobudzona, krzyczy
- Zwiększono dawkę leku przeciwpsychotycznego (LPPIIG)

# Grzybica jamy ustnej i języka





# Pani Teresa, lat 92

- Ołępienie mieszane: zmiany neurodegeneracyjne + naczyniopochodne w mózgu
- Szybki postęp zaburzeń poznawczych, apatia, unikanie kontaktów
- Podejrzenie depresji
- Córka przeczytała artykuł w gazecie i znalazła rozwiązanie

# Niedosłuch znacznego stopnia nasilany przez woskowinę

- Po usunięciu woskowiny z przewodów słuchowych zewnętrznych za pomocą płukania ucha przez laryngologa nastąpiła „dramatyczna” poprawa
- Funkcje poznawcze powróciły do stanu sprzed pogorszenia
- Wniosek: etiologia zaburzeń poznawczych może być złożona

# Pan Zenon, lat 83

- Mężczyzna z otępieniem typu alzheimerowskiego w stopniu lekkim doznał upadku w domu z urazem okolicy barku
- Zawieziony do SOR: nie stwierdzono złamań kości, zalecono ortezę. Rozpoznano zapalenie płuc - hospitalizacja
- W drugiej dobie pobytu w szpitalu wystąpiły silne bóle brzucha – PRZYCZYNA???

# Zatrzymanie moczu

- Z pęcherza moczowego usunięto 4 litry moczu
- WYJAŚNIENIE: zatrzymanie moczu w pozycji leżącej u mężczyzny z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego dotychczas używającego tłoczni brzusznej w czasie mikcji
- Błędy szpitalne
  - brak przynajmniej orientacyjnego bilansu płynów
  - wypuszczenie całej objętości moczu w krótkim czasie – ryzyko powikłań

# Pan Wojciech, lat 88

- Mężczyzna z rozpoznaną od dwóch lat chorobą Alzheimera, obecnie w stopniu umiarkowanym, wymagający stałej opieki, samodzielnie korzysta z toalety
- Od dwóch dni chodzi około 15 razy dziennie to toalety oddając bardzo małe ilości stolca
- Interpretacja objawów przez rodzinę:
  - Ma biegunkę
  - Jest pobudzony

# Rozpoznanie

- Kałowe zatkanie odbytnicy
- Po wykonaniu enemy Pacjent wydalil duzą ilość kamieni kałowych
- Objawy związane z przewodem pokarmowym całkowicie ustąpiły

# Pani Zofia, lat 78

- Rozpoznanie choroby Alzheimera w stopniu umiarkowanym
- Pacjentka bardzo sprawna fizycznie, chodzi na spacer pod opieką męża
- Nagle, „z dnia na dzień” odmawia wychodzenia na spacer, szuka „innych butów” i wielokrotnie w ciągu dnia zmienia obuwie

## Dokładne badanie przedmiotowe ujawnia:

- Ranę palucha lewej stopy po samodzielnym obcinaniu paznokci przez pacjentkę
- Brak tętna na stopach, objawy niedokrwienia kończyn dolnych
- U pacjentki nie występowały objawy chromania przestankowego z powodu wolnego tempa chodu spowodowanego niesprawnością opiekuna



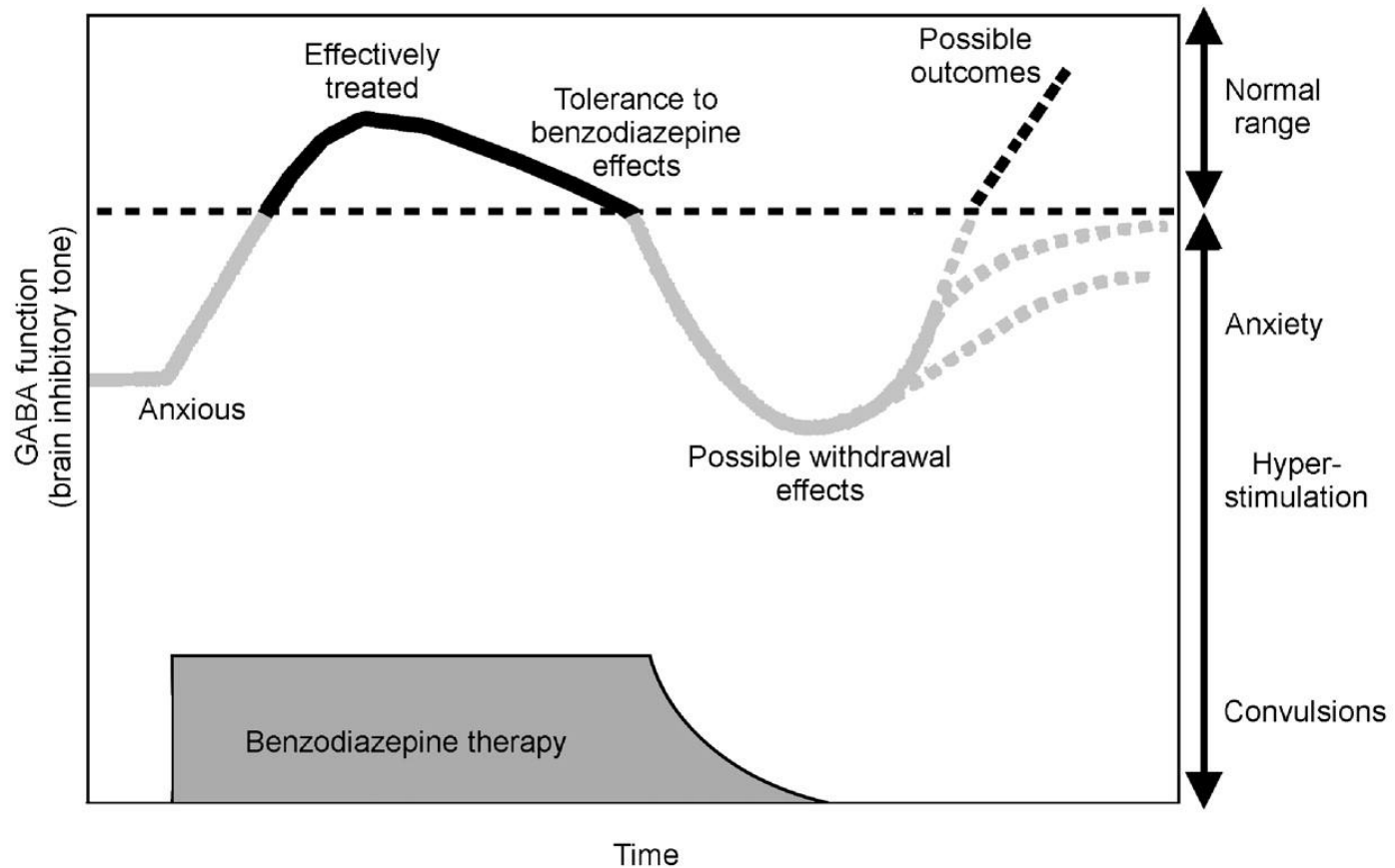
# Pani Zenobia, lat 85

- Pacjentka z rozpoznanym otępieniem naczyniowym z okresowym pobudzeniem leczona przez lekarza POZ w porozumieniu z psychiatrą
- Rodzina zgłasza, że pacjentka jest często senna, śpi dużo w czasie dnia
- LEKI: promazyna, oksazepam
- Konsultujący geriatra zaleca stopniowe odstawienie oksazepamu (w ciągu dwóch tygodni) i zmianę promazyny na kwetiapinę

# Po dwóch tygodniach:

- U pacjentki występuje napad drgawek z utratą świadomości, ustępujący samoistnie
- W kolejnych dniach występują dwa kolejne napady drgawek
- **ROZPOZNANIE:** zbyt szybkie odstawienie benzodwazepiny spowodowało ciężkie objawy odstawienne

## Schematic diagram of changes in GABAA receptor function during benzodiazepine treatment and withdrawal.



NUTT D J , and MALIZIA A L BJP 2001;179:390-396

THE BRITISH JOURNAL  
OF PSYCHIATRY

Ocena stanu funkcjonalnego



Jakie badania laboratoryjne warto wykonać?

# Ocena stanu funkcjonalnego

- Skale oceny stanu czynnościowego
  - ADL
  - IADL
  - Skala Barthel
- Test Wstań i idź z pomiarem czasu
  - >12 sekund – zwiększone ryzyko upadku

# Rozpoznawanie zespołu kruchości, sarkopenii i niedożywienia

- Obwód łydki (<31 cm)
- Obwód ramienia (<22 cm)
- Skala MNA
- Otyłość sarkopeniczna – osoba z nadwagą lub otyła może mieć zanik mięśni i być niedożywiona

# Kliniczna Skala Frailty

## Clinical Frailty Scale



1. **Very Fit** – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.



2. **Well** – People who have no active disease symptoms but are less fit than Category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.



3. **Managing Well** – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.



4. **Vulnerable** – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up," and/or being tired during the day.



5. **Mildly Frail** – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.



6. **Moderately Frail** – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.



7. **Severely Frail** – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).




8. **Very Severely Frail** – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.



9. **Terminally Ill** – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy < 6 months, who are not otherwise evidently frail.

Where dementia is present, the degree of frailty usually corresponds to the degree of dementia:

- **Mild dementia** – includes forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal.
- **Moderate dementia** – recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting.
- **Severe dementia** – they cannot do personal care without help.



# Badania laboratoryjne – po co? zaburzenia somatyczne a funkcje poznawcze

- Niedokrwistość
- Zaburzenia elektrolitowe (leki)
- Odwodnienie
- Niedobór witamin: B12, kwasu foliowego, witaminy D
- Niedoczynność tarczycy
- Przewlekła choroba nerek



# Zalecane badania laboratoryjne

- Morfologia
- Na, K
- Kreatynina, eGFR
- Glukoza, DTOG
- TSH
- Wit. B12, kwas foliowy, Wit D (25-OH)

# Podsumowanie

- Ocena pacjenta z otępieniem
  - Próba uzyskania wiarygodnych wywiadów
  - Dokładne badanie przedmiotowe
- Ocena geriatryczna wykracza poza ocenę stanu zdrowia i obejmuje analizę:
  - sprawności funkcjonalnej,
  - sytuacji rodzinnej i socjo-ekonomicznej,
  - warunków mieszkaniowych
  - możliwości rehabilitacji i dostępności sprzętu pomocniczego

# Podsumowanie c.d.

- Problemy ogólnomedyczne mogą pozostać nierozpoznane z wielu przyczyn
- Zaburzenia zachowania występujące u pacjentów z otępieniem mogą wynikać z przyczyn somatycznych
- Rola rodziny / opiekunów pacjenta
- Pomocne skale geriatryczne

Imiona przedstawionych Pacjentów zostały zmienione  
w celu zapewnienia anonimowości

kbroczek@gmail.com

Być  
ważnym

Myśleć  
krytycznie

