

Majaczenie u pacjentów w wieku podeszłym hospitalizowanych na oddziale kardiologii

Delirium among elderly inpatients of cardiologic departments

KRYSTYNA JAŁYŃSKA-KWIATKOWSKA¹, JAROSŁAW ŚWIĄTEK²,
PIOTR KOŁODZIEJ²

Z: 1. Poradni Zaburzeń Pamięci w Siedlcach
2. Oddziału Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach

STRESZCZENIE. *Majaczenie w wieku podeszłym jest najczęstszym zespołem jakościowych zaburzeń świadomości. Stanowić może 22–38% przypadków hospitalizowanych starszych pacjentów. W schorzeniach kardiologicznych najczęściej występuje w niewydolności krążenia i zawale mięśnia sercowego.*

SUMMARY. *Delirium in the old age is the most common syndrome of qualitative impairment of consciousness. Its prevalence rate amounts to 22–38% cases of elderly inpatients. In cardiac diseases delirium is most often noted in myocardial insufficiency and myocardial infarction.*

Słowa kluczowe: majaczenie / schorzenia kardiologiczne / wiek podeszły
Key words: delirium / cardiac diseases / old age

Majaczenie należy do grupy jakościowych zaburzeń świadomości. Bilikiewicz opisuje ten zespół jako stan, w którym zawsze występuje zanik orientacji w czasie, przestrzeni, sytuacji własnej i w otoczeniu, bardzo częste jest podniecenie afektywne, najczęściej lęk i niepokój ruchowy. Chory bywa w nastroju euforycznym lub dysforycznym. Towarzyszą majaczeniu omamy, najczęściej wzrokowe, ale także i słuchowe, czuciowo-ustrojowe, węchowe i smakowe. Wskutek obniżonego krytycyzmu chory podlega też złudzeniom. Majaczeniowe stany zamącenia świadomości występują z zasady epizodycznie, ostro, jako powikłanie chorób ogólnych lub mózgowych rozmaitej etiologii [1].

W wieku podeszłym mogą występować wszystkie zespoły jakościowych zaburzeń świadomości, jednak majaczenie spotyka się zdecydowanie najczęściej. Majaczenie występuje u około 10% wszystkich hospitalizowanych pacjentów [2]. Częstość występowania majaczenia zwiększa się po 60 r.ż. i sta-

nowić może od 22% do 38% przypadków hospitalizowanych pacjentów w wieku podeszłym [5, 9, 13, 17, 21, 22, 23].

U około 20% starszych pacjentów w ogólnej populacji majaczenie występuje już w czasie przyjmowania do szpitala [5, 9, 10], od 25% do 55% pacjentów w wieku podeszłym przeżywa majaczenie w czasie hospitalizacji [10, 23]. Powszechne jest nieprawidłowe rozpoznawanie majaczenia, co przyczyniać się może do wysokiej chorobowości i śmiertelności. Przemijające zaburzenia poznawcze, ostra niewydolność mózgową, psychoza toksyczna, psychoza starcza, to częste określenia majaczenia stosowane w oddziałach niepsychiatrycznych.

Palmateer i McCartney [20] wykazali, że u 72% hospitalizowanych starszych pacjentów nie rozpoznawano majaczenia, mimo jego występowania, a Gillich i wsp. [7] stwierdzili, że następstwa majaczenia, takie jak: upadki, odmowa jedzenia, nietrzymanie moczu, nie powodowały zmiany diagnozy u 41% starych

hospitalizowanych pacjentów. W badaniach tych stwierdzono również, że 47% pacjentów z majaczeniem otrzymywało pomoc medyczną wtórną do objawów, taką jak: leki psychotropowe, unieruchomienie, sonda nosowo-żołądkowa, cewnik Foleya, zamiast do rozpoznania i nie leczono przyczyny podstawowej majaczenia.

Przyczyn majaczenia w wieku podeszłym jest wiele. Należą do nich również schorzenia układu sercowo-naczyniowego.

CEL

Celem naszego badania było ustalenie, z jaką częstością i w jakich schorzeniach kardiologicznych u osób w wieku podeszłym hospitalizowanych w oddziale kardiologii występuje majaczenie.

BADANIA I METODA

Do badania wybrano 350 pacjentów (175 kobiet i 175 mężczyzn) hospitalizowanych w Oddziale Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego w Siedlcach, w okresie od 1 listopada 1996 r. do 30 maja 1997 r. Wiek badanych wahał się między 60 a 93 r.ż. (tabl. 1).

Tablica 1. Wiek badanych pacjentów

Wiek	Pacjenci	
	Liczba	%
60–70 r.ż.	157	45
71–80 r.ż.	145	41
81–90 r.ż.	46	13
powyżej 90 r.ż.	2	1

Badanie przeprowadzono w dwóch etapach. Pierwszy, w okresie od 1 listopada do 31 grudnia 1996 r., oparty był na analizie dokumentacji i dotyczył 113 pacjentów (32%). Drugi, w okresie od 1 stycznia 1997 r. do 30 maja 1997 r., oparty był na badaniu hospitalizowanych pacjentów i obejmował grupę 237 osób (68%). Majaczenie rozpoznawano wtedy na podstawie kryteriów diagnostycznych majaczenia wg DSM-IV.

Kryteria diagnostyczne majaczenia spowodowanego ogólnym stanem zdrowia wg DSM-IV:

- Zaburzenia świadomości (tzn. zmniejszona jasność postrzegania otoczenia) ze zmniejszoną zdolnością do skupiania, podtrzymywania lub przemieszczania uwagi.
- Zmiany poznawcze (takie jak: deficyt pamięci, dezorientacja, zaburzenia mowy) lub rozwój zaburzeń postrzegania, które nie mogą być lepiej wyjaśnione przez istniejące wcześniej, trwające lub rozwijające się ośpienie.
- Zaburzenie rozwija się w ciągu krótkiego okresu czasu (zwykle godzin do dni) i ma tendencję do zmienności w ciągu dnia.
- Istnieją dowody z wywiadu, badania somatycznego lub badań laboratoryjnych, że zaburzenie spowodowane jest bezpośrednimi fizjologicznymi konsekwencjami ogólnego stanu zdrowia.

Należy zaznaczyć, że twórcy amerykańskiego systemu DSM, pod terminem majaczenia ujmują całą grupę jakościowych zaburzeń świadomości. Natomiast w Europie, a więc i w Polsce, majaczenie uważane jest za jedno z jakościowych zaburzeń świadomości, obok zamroczenia i splątania.

WYNIKI

W badaniu opartym o analizę dokumentacji wyodrębniono grupę 8 pacjentów (8%), których opisane objawy wskazywały na epizody majaczeniowe, ale tylko w jednym przypadku postawiono diagnozę majaczenia. We wszystkich przypadkach zlecano promazyne w dawce 25–100 mg, podawaną głównie w dawce wieczornej. U czterech pacjentów (50%) objawy wskazujące na majaczenia opisywano już w pierwszej dobie hospitalizacji, u dwóch pacjentów (25%) w drugiej dobie hospitalizacji, u jednego pacjenta (12,5%) w siódmej dobie hospitalizacji i u jednego (12,5%) w dziesiątej dobie leczenia. Sześciu pacjentów (75%) hospitalizowanych było z powodu niewydolności

krążenia, dwóch (25%) z rozpoznaniem zawału mięśnia sercowego. U sześciu (75%) pacjentów aktywność psychomotoryczna była zwiększona, u dwóch (25%) zmniejszona.

Drugi etap badania przeprowadzono po zapoznaniu lekarzy oddziału kardiologii z kryteriami diagnostycznymi majaczenia. W grupie 237 hospitalizowanych w tym okresie pacjentów majaczenie rozpoznano u 11 osób (ok. 5%) – 8 mężczyzn i 3 kobiet. U dwóch pacjentów (18%) majaczenie wystąpiło w czasie pierwszej doby hospitalizacji, u jednego pacjenta (9%) w drugiej dobie, u czterech pacjentów (27%) w trzeciej dobie hospitalizacji, u jednego (9%) w czwartej dobie leczenia, u jednego (9%) w siódmej dobie, u jednego (9%) w piętnastej dobie leczenia i w jednym przypadku (9%) w 44 dobie hospitalizacji.

Siedmiu mężczyzn (63%) z grupy badanej hospitalizowanych było z powodu zawału mięśnia sercowego. Jeden (9%) z rozpoznaniem przewlekłego serca płucnego. Dwie kobiety (18%) z badanej grupy hospitalizowane były z powodu niewydolności krążenia, jedna (9%) z rozpoznaniem niestabilnej choroby wieńcowej. U dziesięciu pacjentów (91%) aktywność psychomotoryczna była wzmożona, w jednym (9%) przypadku zmniejszona.

W wszystkich przypadkach rozpoznanego majaczenia zastosowano neuroleptyki (haloperidol i promazyne), po których objawy majaczenia ustąpiły i pacjenci w dobrym stanie psychicznym opuścili oddział.

OMÓWIENIE

Analiza dokumentacji leczonych w oddziale kardiologii w wieku powyżej 60 r.ż. wykazała, że tylko w jednym przypadku postawiono rozpoznanie majaczenia, mimo że w pozostałych siedmiu przypadkach opisywano objawy majaczenia w karcie obserwacji chorego i stosowano leczenie neuroleptykami, po których stan psychiczny chorego zdecydowanie poprawiał się.

Po zapoznaniu lekarzy oddziału kardiologicznego z kryteriami diagnostycznymi ma-

jaczenia i omówieniu farmakoterapii, rozpoznanie majaczenia, z dokładnym opisem objawów, postawiono u 11 pacjentów.

W sumie, w okresie 6 miesięcy, wśród 350 pacjentów kardiologicznych powyżej 60 r.ż. objawy majaczenia wystąpiły u 19 osób (5%).

Przewlekła niewydolność krążenia u osób powyżej 65 r.ż. była najczęstszą przyczyną hospitalizacji [3, 12, 25] i majaczenie wystąpiło u 8 pacjentów (4 mężczyzn i 4 kobiety) z takim rozpoznaniem, co stanowi 42% przypadków.

W przypadku zawału mięśnia sercowego majaczenie wystąpiło u 9 pacjentów (8 mężczyzn i 1 kobieta) (47%) i byli to w 89% mężczyźni w grupie wiekowej od 67 do 93 lat. Należałoby więc przyjąć, że zawał mięśnia sercowego u mężczyzn powyżej 60 r.ż. jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia u nich majaczenia.

Tablica 2. Przyczyna hospitalizacji

Rozpoznanie	Liczba chorych
Zawał mięśnia sercowego	9
Niewydolność krążenia	8
Niestabilna choroba wieńcowa	1
Przewlekłe serce płucne	1

Zdecydowanie częściej, w 13 przypadkach (68%) majaczenie wystąpiło w pierwszych 72 godzinach hospitalizacji. Hospitalizacja dla wielu osób w wieku podeszłym jest

Tablica 3. Czas wystąpienia majaczenia

Doba hospitalizacji	Pacjenci	
	Liczba	%
1	6	32
2	3	16
3	4	21
4	1	5
7	2	11
10	1	5
15	1	5
44	1	5

czynnikiem stresującym i jeśli współlistnieje z innymi czynnikami, ryzyko majaczenia staje się wysokie.

Liptzin i Levkoff [17] w swoich obserwacjach podtypów majaczenia znaleźli 19% majaczenia hipoaktywnego, 15% hiperaktywnego, 52% stanowił podtyp mieszany, a 14% sklasyfikowanych było jako majaczenie o nieokreślonym typie. W przypadku naszych obserwacji 85% badanych pacjentów można umieścić w grupie typu hiperaktywnego majaczenia, a 15% w grupie majaczenia hipoaktywnego. U pacjentów z hipoaktywną postacią majaczenia spokojnych i nie zagrażających nikomu, często nie rozpoznaje się majaczenia lub rozpoznaje się depresję [15]. W naszych badaniach nie obserwowaliśmy jednak takich przypadków.

Rokowanie u starszych hospitalizowanych pacjentów z majaczeniem jest gorsze niż u pacjentów bez majaczenia. Pacjenci z majaczeniem mają dłuższe okresy hospitalizacji [5, 8, 13, 14, 23]. Śmiertelność szpitalna jest stosunkowo wysoka i wynosi 6–35% [5, 9, 11, 14, 21, 22]. Po hospitalizacji pacjenci z majaczeniem ujawniają więcej zaburzeń poznawczych [6, 13, 21] i częściej oddawani są do domów opieki [5, 6, 8, 9, 13]. Wskaźnik śmiertelności po hospitalizacji jest również wysoki i wynosi 14–28% po 6 miesiącach [5, 13, 17], 39% po 2 latach [6] i 66% po 4 latach.

Majaczenie jest często nie rozpoznawane i w związku z tym nie leczone, co wydłuża okres hospitalizacji, wpływa na pogarszanie się jakości życia, przyczynia się do wzrostu zachorowalności i umieralności, przyspiesza umieszczenie chorego w domu opieki.

WNIOSKI

- Majaczenie w wieku podeszłym z przyczyn kardiologicznych najczęściej występuje w przypadku niewydolności krążenia i zawału mięśnia sercowego.
- Płeć męska jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia majaczenia w schorzeniach układu sercowo-naczyniowego.
- W schorzeniach kardiologicznych częściej występuje hiperaktywny typ majaczenia.
- Rozpoznanie majaczenia jest warunkiem prawidłowego postępowania terapeutycznego, co ma znaczny wpływ na rokowanie i jakość dalszego życia.

PIŚMIENNICTWO

- Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1988.
- Brown M.M., Hachiński V.C.: Acute confusional states and delirium. W: Wilson J.D., Braunwald E., Isselbacher K.J., Petersdorf R.G., Martin J.B., Fauci A.S. i wsp. (red.): Harrison's Principles of internal medicine. McGraw-Hill, New York, 1991, 186–188.
- Chapman D., Wang T., Gheorghiadu M.: Therapeutic approaches to heart failure in elderly patients. *Cardiology in the Elderly* 1994, 2, 89–97.
- Foreman M.D., Grabowski R.: Diagnostic dilemma: cognitive impairment in the elderly. *J. Gerontol. Nurs.* 1992, 18, 5–12.
- Francis J., Martin D., Kapoor W.N.: A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990, 263, 1097–1101.
- Francis J., Kapoor W.N.: Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1992, 40, 601–606.
- Gillick M.R., Serrell N.A., Gillick L.S.: Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Soc. Sci. Med.* 1982, 16, 1033–1038.
- Gustafson Y., Berggren D., Brannstrom B., Bucht G., Norberg A., Hansson L.I. i wsp.: Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36, 525–530.
- Jitapunkul S., Pillay I., Ebrahim S.: Delirium in newly admitted elderly patients: a prospective study. *Q. J. Med.* 1992, 83, 307–314.
- Johnson J.S., Bottlieb G.L., Sullivan E., Wanich C.: Using DSM III criteria to diagnose delirium in elderly general medical patients. *J. Gerontol. Nurs.* 1990, 45, M113–119.
- Koponen H.J., Riekkinen P.J.: A perspective study of delirium in elderly patients admitted to a psychiatric hospital. *Psychol. Med.* 1993, 23, 103–109.

12. Landahl S., Lernfelt B., Seligman L.: Epidemiology of cardiac failure in the elderly. *Cardiology in the Elderly* 1994, 2, 56–59.
13. Levkoff S.E., Evans D.A., Liptzin B., Cleary P.D., Lipsitz L.A., Wetle T.T. i wsp.: Delirium. The occurrence and persistence of symptoms among elderly hospitalized patients. *Arch. Intern. Med.* 1992, 152, 334–340.
14. Levkoff S.E., Safran C., Cleary P.D., Gallop J., Phillips R.S.: Identification of factors associated with the diagnosis of delirium in elderly hospitalized patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36, 1099–1104.
15. Lipowski Z.J.: Delirium in the elderly patient. *N. Engl. J. Med.* 1989, 320, 578–582.
16. Lipowski Z.J.: Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *Am. J. Psychiatry* 1983, 140, 1426–1436.
17. Liptzin B., Levkoff S.E.: An empirical study of delirium subtypes. *Br. J. Psychiatry* 1992, 267, 827–831.
18. Matthiesen V., Sivertsen L., Foreman M.D.: Acute confusion: nursing intervention in older patients. *Orthop. Nurs.* 1994, 13, 2, 21–29.
19. Neelon V.J.: Postoperative confusion. *Crit. Care Nurs. Clin. North. Am.* 1990, 2, 579–587.
20. Palmateer L.M., Mc Cartney J.R.: Do nurses know when patients have cognitive deficits? *J. Gerontol. Nurs.* 1985, 11, 2, 6–16.
21. Rockwood K.: Acute confusion in elderly medical patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1989, 37, 150–154.
22. Rockwood K.: The occurrence and duration of symptoms in elderly patients with delirium. *J. Gerontol.* 1993, 48, M162–166.
23. Schor J.D., Levkoff S.E., Lipsitz L.A., Reilly C.H., Cleary P.D., Rowe J.W. i wsp.: Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992, 267, 843–845.
24. Silberfarb P.M., Oxman T.E.: The effects of cancer therapies on the central nervous system. *Adv. Psychosom. Med.* 1988, 18, 13–25.
25. Simons L.A.: Epidemiologic considerations in cardiovascular diseases in the elderly: International comparisons and trends. *Am. J. Cardiol.* 1989, 63, 5H–8H.
26. Welch-McCaffrey D., Dodge J.: Acute confusional states in elderly cancer patients. *Semin. Oncol. Nurs.* 1988, 4, 208–216.

*Adres: Dr Krystyna Jalyńska-Kwiatkowska, Poradnia Zaburzeń Pamięci,
ul. Warszawska 1, 08-110 Siedlce*