

© Borgis

# Omdlenia w praktyce lekarza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

\*Grzegorz Opielak<sup>1</sup>, Łukasz Szeszko<sup>2</sup>, Jakub Piotrkowicz<sup>2</sup>, Mykola Tsyganok<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. Ryszard Maciejewski

<sup>2</sup>Studenckie Anatomiczne Koło Naukowe, Katedra Anatomii Prawidłowej, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Opiekun Koła: dr n. med. Grzegorz Opielak

## FAINTING SPELLS IN PRACTICE OF A HOSPITAL DOCTOR OF THE ACCIDENT AND EMERGENCY WARD

### Summary

**Introduction.** Transitional losses of consciousness caused by reducing of the perfusion of the brain are a frequent medical problem which the doctors of different specialities encounter, especially a staff of the accident and emergency ward.

**Aim.** Evaluation of the percentage of medical interventions on A&E department caused by transitional losses of consciousness.

**Material and methods.** Information was taken from analysis of the book of A&E department of the district hospital in Janów Lubelski in the period from 1 January 2004 to 31 December 2010.

**Results.** 225 cases of transitional losses of consciousness were recorded in the examined seven-year period towards 3201 total of admitted patients. The lowest percentage of medical interventions due to syncope was reported in 2004, and the largest in 2009.

**Conclusions.** Transitional losses of consciousness constitutes one of main elements of the work of doctors of A&E department and general practitioner. Transitional loss of consciousness can be symptoms of serious illness or injury. These incidents should not be underestimated.

Key words: transitional losses of consciousness, A&E department, medical care, general practitioner

### WSTĘP

Przejęciowe utraty przytomności spowodowane zmniejszeniem perfuzji mózgu są stosunkowo częstym problemem medycznym, z którym stykają się lekarze różnych specjalności, zwłaszcza personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) (1). Omdlenia należy różnicować ze stanami napadowymi przebiegającymi z pełną lub częściową utratą przytomności (2). Występowanie, mechanizm, obraz kliniczny, rokowania różnią się w poszczególnych grupach wiekowych (3). Przyczyny omdleń można sklasyfikować jako omdlenia odruchowe (> 37% wszystkich przypadków), wywołane hipotensją ortostatyczną (20% wszystkich przypadków) (4), kardiogenne czy z przyczyn mózgowych (5). Omdlenia najczęściej nie zagrażają życiu pacjenta, jednakże stosunkowo niegroźna chwilowa utrata przytomności może spowodować obrażenia ciała, których konsekwencje mogą stać się poważne (6, 7). Każde zdarzenie przejściowej utraty przytomności, szczególnie epizody powtarzające się, należy diagnozować, możliwie leczyć przyczynowo. Istnieją też inne przyczyny zaburzeń świadomości, które nie są

omdleniami, a często błędnie są interpretowane przez pacjentów jako omdlenie. Są to zaburzenia przebiegające z ograniczeniem świadomości lub jej utratą. Należą do nich zaburzenia metaboliczne, np. hipoglikemia, napad padaczkowy, przemijający napad niedokrwienia mózgu w obszarze unaczynienia tętnic kręgowo-podstawnych (8, 9). Inne zaburzenia przypominające omdlenie, ale przebiegające bez utraty przytomności, to np. katapleksja, napady padania, zaburzenia psychogenne np. u osób z nerwicą histeryczną (7).

### CEL PRACY

Celem pracy była ocena zjawiska przejściowej utraty przytomności, ocena interwencji medycznych z powodu omdleń u pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala Powiatowego w Janowie Lubelskim w latach 2004-2010.

### MATERIAŁ I METODY

Dane pacjentów zostały zaczerpnięte i przeanalizowane z książki przyjęć oddziału SOR Szpitala Powiatowego w Janowie Lubelskim. Poddano ocenie 3201 chorych

przyjętych na w/w oddział w okresie od 1 stycznia 2004 do 31 grudnia 2010 roku: 2004 – 785 pacjentów, 2005 – 656, 2006 – 443, 2007 – 381, 2008 – 413, 2009 – 335, 2010 – 188. W poniższej pracy uwzględniono tylko te przypadki pacjentów, którzy zostali przyjęci na oddział i tam hospitalizowani w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pominięto przeniesienia pacjentów do innych oddziałów, ponieważ ta grupa wymagała leczenia bardziej specjalistycznego.

## WYNIKI

### Omdlenia w rozkładzie miesięcznym

Omdlenia były w analizowanym okresie przyczyną 225 przyjęć, co stanowi 7,03% ogółu hospitalizowanych. Po dokładniejszym oszacowaniu wszystkich danych z uwzględnieniem wszystkich miesięcy danego roku kalendarzowego najwięcej interwencji odnotowano w miesiącach: maju – 29 przypadków (12,89%), lutym – 24 (10,67%), marcu – 21 (9,33%), styczniu, kwietniu, czerwcu po 20 przypadków, co daje 8,89% z ogółu hospitalizowanych z powodu omdleń. Najmniej odnotowanych omdleń było w listopadzie – tylko 9 pacjentów (4%), oraz we wrześniu i grudniu – 14 chorych, co stanowi 6,22%. Powyższe dane zostały zobrazowane na rycinie 1.

### Omdlenia w rozkładzie letnim

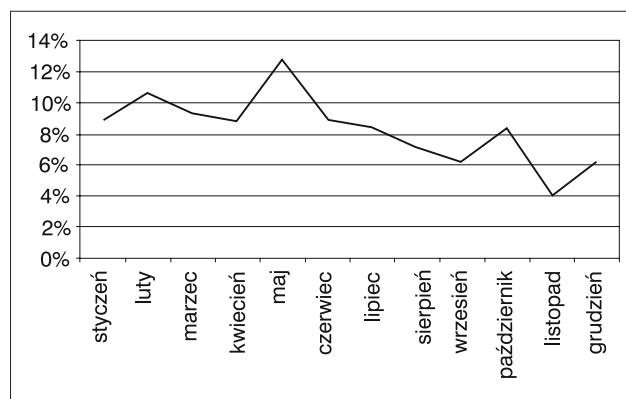
Odsetek pacjentów, którym udzielono pomocy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, wzrastał z kolejnymi latami. W 2004 roku było to 4,08% – najmniejsza ilość w analizowanym okresie, zaś najwięcej takich interwencji podejmowano w roku 2009 – odsetek wyniósł 13,13% (44 pacjentów na 335 ogółem hospitalizowanych w danym roku). W 2010 roku odsetek opisywanych pacjentów pozostawał na poziomie 12,77%. Powyższe dane zostały zobrazowane na rycinie 2.

## DYSKUSJA

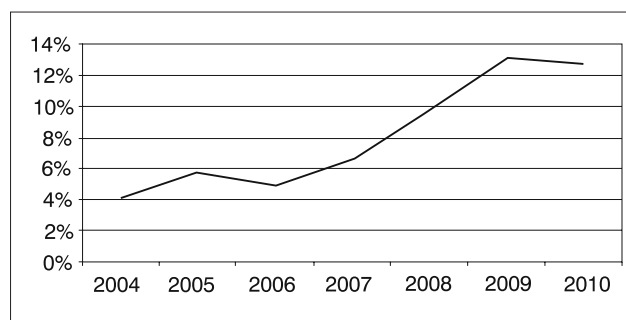
Omdlenia stają się stosunkowo dużym i bardzo ważnym problemem w praktyce lekarza i personelu Oddziału Ratunkowego. Utrata przytomności jest częstym problemem zwłaszcza w miesiącach cieplejszych, tj. kwiecień, maj, czerwiec. Pacjenci leczeni z powodu omdleń stanowią dość duży odsetek wśród wszystkich chorych pozostających pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Rosnący problem przejściowej utraty przytomności uzasadnia presję, jaką należy wywierać na kształcenie w tym kierunku nie tylko personelu medycznego, ale każdego przeciętnego człowieka.

Należy jednak pamiętać, iż istnieją pewne jednostki kliniczne przypominające omdlenia, jednakże nimi nie są. Należą do nich m.in. utraty przytomności związane z napadem padaczkowym, zatruciami (10, 11). Odrębną grupę stanowią napady związane z zamierzonym, świadomym działaniem chorego, któremu nie towarzyszy utrata przytomności, a jedynie demonstracyjne zachowanie chorego. Ten rodzaj zaburzeń wymaga konsultacji i opieki psychiatrycznej (12).

Nikt z osób trzecich ani z personelu medycznego początkowo nie może być pewien etiologii chwilowej



Ryc. 1. Omdlenia w rozkładzie miesięcznym w latach 2004-2010.



Ryc. 2. Omdlenia w rozkładzie letnim w latach 2004-2010.

utrąty przytomności. Lekarz, zwłaszcza Szpitalnego Oddziału Ratunkowego czy podstawowej opieki zdrowotnej, powinien przeprowadzić diagnostykę wykluczającą uraz głowy, gdyż podczas upadku chorego takie zdarzenie może mieć miejsce (13).

## WNIOSKI

Omdlenia, głównie te powtarzające się, mogą być symptomami poważnych chorób czy urazów (14, 15). Z powyższych analiz wynika, iż te incydenty nie powinny być lekceważone, zwłaszcza przez personel medyczny, zarówno ten pierwszego kontaktu, jak i bardziej wyspecjalizowany. Szeroko zakrojona diagnostyka może pozwolić na wcześniejsze zdiagnozowanie cięższych patologii (15). □

## Piśmiennictwo

- Wiśniewski A: Utraty przytomności u młodzieży. *Nowa Pediatria* 2008; 1: 2-7.
- Kozłowski D, KoŹluk E, Krupa W: Patomechanizm omdleń wazowagalnych. *Folia Cardiol* 2000; 7(2): 83-86.
- Jędrzejczak J: Diagnostyka różnicowa napadów niepadaczkowych. *Nowa Klinika* 2002; 13: 13008-13012.
- Scott WA: Evaluating the child syncope. *Pediatrics Ann* 1991; 20: 350.
- Kanter JR: Syncope. [In:] Gilettem PC, Garson A (eds.): *Clinical pediatric arrhythmias*. W.B. Saunders Comp., Philadelphia 1999: 251-286.
- Benditt DG: Neurally mediated syncopal syndromes: Pathophysiological concepts and clinical evaluation. *PACE* 1997; 20(2): 572-584.
- Szczekliki A: *Choroby wewnętrzne. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2011: 520-521.
- Trzebski A: *Autonomiczny układ nerwowy i mięśnie gładkie*. [W:] Traczyk WZ, Trzebski A (red.): *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*. PZWL, Warszawa 2001:

- 277-330. **9.** Fitzpatrick AP, Banner N, Cheng A: Vasovagal syncope may occur after orthotopic heart transplantation. *J Am Coll Cardiol* 1993; 21: 1132-1137. **10.** Sutton R, Benditt D, Brignole M, Moya A: Omdlenia – diagnostyka i leczenie według wytycznych 2009 European Society of Cardiology. *Medycyna Praktyczna* 2010; 3: 23-27. **11.** Moya A, Sutton R, Ammirati F et al.: Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009): the Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2009 Nov; 30(21): 2631-2671. **12.** Rejdak K: Zaburzenia przytomności – nowe koncepcje w klasyfikacji i patogenezie. *Neurol Prakt* 2011; 11(6): 8-13. **13.** Gajek J, Zyśko D, Mazurek W: Efficacy of tilt training in patients with vasovagal syncope. *Kardiol Pol* 2006; 64: 602-608. **14.** Veltmann C, Wolpert C, Sacher F et al.: Response to intravenous ajmaline: a retrospective analysis of 677 ajmaline challenges. *Europace* 2009; 11: 1345-1352. **15.** Smith ML, Ellenbogen KA, Eckberg DL: Subnormal parasympathetic activity after cardiac transplantation. *Am J Cardiol* 1990; 66: 1243-1246.

nadesłano: 15.05.2013

zaakceptowano do druku: 08.07.2013

Adres do korespondencji:

\*Grzegorz Opielak

Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej Człowieka UM

ul. Jaczewskiego 4, 20-090 Lublin

tel. +48 (81) 742-36-78

e-mail: opielak@wp.pl