

Przyczyny, częstość występowania i historia naturalna omdleń

Piotr Kułakowski

Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Przyczyny omdleń

Istnieje wiele podziałów przyczyn omdleń. Uproszczony schemat przedstawiony jest na rycinie 1. Przyczyny neurologiczne i inne nie będą tu omawiane, natomiast przyczyny kardiologiczne wymagają kilku słów komentarza. I tak zaburzenia naczynioruchowe są od niedawna wyróżnianą grupą przyczyn utrat świadomości. Właśnie u chorych z omdleniami o tym charakterze najważniejsze znaczenie diagnostyczne ma test pochyleniowy. Obecnie uważa się, że szczególnie u osób bez organicznej choroby serca zasłabnięcia odruchowe, a zwłaszcza omdlenie wazowagalne, stanowią najczęstszy mechanizm utrat przytomności, sięgając 40% wszystkich przypadków [1]. W tej grupie zasłabnięć wyróżnia się m.in. zasłabnięcia wazowagalne, hipotonię ortostatyczną i zespół nadwrażliwej zatoki szyjnej. Z kolei wśród zasłabnięć wazowagalnych, wywoływanych podczas testu pochyleniowego, Sutton i wsp. [2] wyróżniają kilka podtypów (tab. 1).

Drugim mechanizmem omdleń jest spadek rzutu serca, wywołany przyczynami mechanicznymi, takimi jak zaburzenia kurczliwości w następstwie zawału serca, tamponady, kardiomiopatii czy wady zastawkowej. Jak jednak niedawno udowodniono, również i w tych stanach chorobowych przyczyną spadku przepływu mózgowego i omdlenia nie jest wyłącznie mechaniczne utrudnienie przepływu krwi, ale mechanizmy odruchowe podobne do tych, które leżą u podłoża omdleń wazowagalnych [3].

Spadek rzutu serca może być również wywołany niemiarowością rytmu serca, zarówno brady-, jak i tachyarytmią. Ten mechanizm omdleń częściej występuje u chorych z organicznym uszkodzeniem mięśnia serca, a w procesie diagnostycznym ważniejsze zwykle od testu pochyleniowego jest zarejestrowanie samoistnej, objawowej arytmii (Holter, rejestratory zdarzeń) lub wywołanie arytmii podczas badania elektrofizjologicznego.

Hipowolemia jako przyczyna omdlenia nie wymaga komentarza.

Częstość występowania omdleń

W statystykach zachodnich omdlenia stanowią 1–6% wszystkich przyczyn hospitalizacji [1], a u co najmniej 3% ogólnej populacji występuje pełnoobjawowe omdlenie w czasie 25-letniej obserwacji [4]. Inni oceniają, że 12–48% zdrowych osób mdleje przynajmniej jeden raz w życiu [5]. Dane dotyczące polskiej populacji są bardzo skąpe. Według Wrabeca, omdlenie było przyczyną 5% wszystkich przyjęć na oddział internistyczny [6]. Jednakże szukanie porady u lekarza z powodu omdlenia jest niewątpliwie znacznie częstsze. Szacunkowe dane wskazują, że omdlenie lub utrata przytomności są przyczyną około 30% wezwań pogotowia ratunkowego w rejonie szpitala, w którym pracuję (dane niepublikowane).

Historia naturalna omdleń

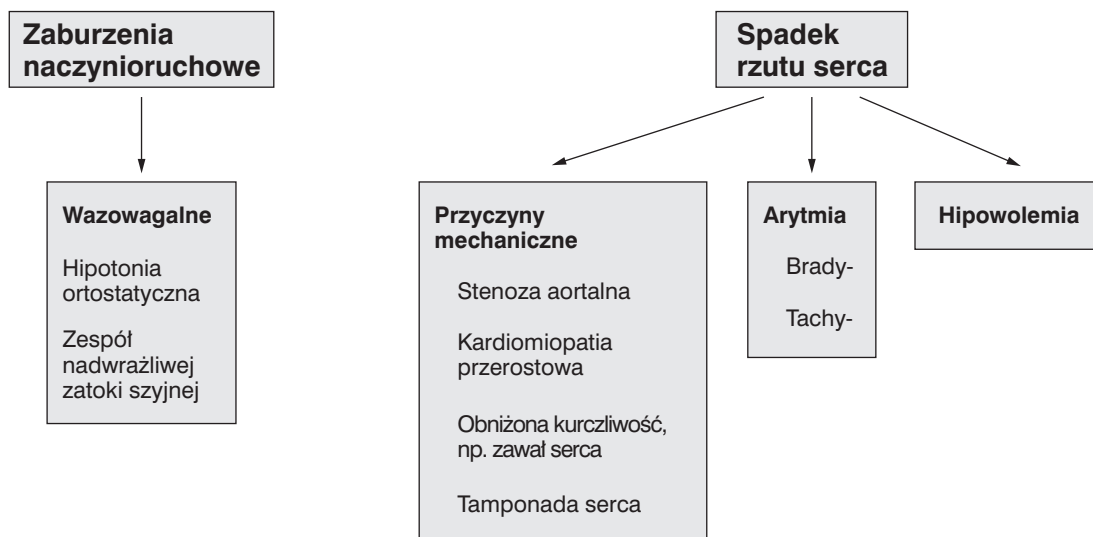
Ryzyko nawrotu omdlenia u badanej osoby jest często trudne do oszacowania, gdyż naturalny przebieg choroby jest nieprzewidywalny; u niektórych osób po okresie częstych omdleń następuje wieloletni okres spokoju. Niektórzy wykazali, że spośród osób z dodatnim wynikiem testu pochyleniowego i wywiadem omdlenia nawroty występują tylko u 10–30% osób [7–9]. Okazuje się, że wybitnie dodatni

Adres do korespondencji:
dr hab. med. Piotr Kułakowski
Klinika Kardiologii CMKP w Warszawie
ul. Grenadierów 51/59, 04–073 Warszawa

Tabela 1

Klasyfikacja omdleń wazowagalnych według Suttona i wsp. [2]

Typ 1. Mieszany	Częstość serca początkowo przyspiesza się, a następnie zwalnia w czasie zasłabnięcia, ale nie < 40/min, lub, jeśli ≤ 40 /min, to bradycardia nie trwa > 10 s. Ciśnienie tętnicze obniża się przed wystąpieniem zwolnienia czynności serca.
Typ 2A. Kardiodepresyjny	Częstość serca początkowo przyspiesza się, a następnie zwalnia < 40/min na dłużej niż 10 s lub występuje asystolia > 3 s. Ciśnienie tętnicze obniża się znacznie przed wystąpieniem zwolnienia czynności serca.
Typ 2B. Kardiodepresyjny	Częstość serca początkowo przyspiesza się, a następnie spada < 40/min na dłużej niż 10 s lub występuje asystolia > 3 s. Występuje tylko niewielka hipotonia (< 80 mm Hg).
Typ 3. Wazodepresyjny	Częstość serca stopniowo przyspiesza się i w czasie omdlenia nie zwalnia się o > 10% w stosunku do wartości szczytowych. Ciśnienie tętnicze obniża się, wywołując omdlenie.



Ryc. 1. Kardiologiczne przyczyny utrat przytomności

Fig. 1. Cardiac causes of syncope

wynik testu pochyleniowego (asystolia > 5 s) nie wskazuje wcale na zwiększone ryzyko nawrotu omdlenia [9, 10]. Możliwe jest również, że sama porada lekarska oraz wykonanie testu pochyleniowego powodują, że chorzy potrafią przeciwdziałać wystąpieniu omdlenia, na przykład poprzez przyjmo-

wanie siedzącej lub leżącej pozycji ciała w momencie pojawienia się objawów prodromalnych. Wszystko to sprawia, że nierzadko trudno jest ocenić skuteczność zastosowanego leczenia, zarówno analizując częstość samoistnych nawrotów, jak i wykonując kolejne testy pochyleniowe.

Piśmiennictwo

1. Benditt D.G., Ferguson D.W., Grubb B.R. i wsp. Tilt-table testing for assessing syncope. ACC expert consensus document. J. Am. Coll. Cardiol. 1996; 28: 263–275.
2. Sutton R., Petersen M., Brignole M. i wsp. Proposed Classification for tilt induced vasovagal syncope. Eur. JCPE 1992; 3: 180–183.

3. Grubb B.P., Wolfe D., Samoil D. Recurrent unexplained syncope in the elderly: the use of head up-right tilt-table testing in evaluation and management. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1992; 40: 1123–1128.
4. Savage D.D., Corwin L., Mc Gee D.L. i wsp. Epidemiologic features of isolated syncope: the Framingham Study. *Stroke* 1985; 16: 626–629.
5. Kapoor W.N. Evaluation and outcome of patients with syncope. *Medicine (Baltimore)* 1990; 69: 160.
6. Wrabec K. Omdlenie: Przyczyny, znaczenie, postępowanie diagnostyczne. *Kardiol. Pol.* 1993; 38: 119–125.
7. Morillo C.A., Leitch J.W., Yee R. i wsp. A placebo controlled trial of intravenous and oral disopyramide for prevention of neurally mediated syncope. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1993; 22: 1843–1848.
8. Brignole M., Menozzi C., Gianfranchi L. i wsp. A controlled trial of acute and long-term medical therapy in tilt-induced neurally mediated syncope. *Am. J. Cardiol.* 1992; 70: 339–342.
9. Morillo C.A., Ellenbogen K.A., Klein G.J. Head-up tilt-testing: the balance of evidence (list). *Br. Heart. J.* 1995; 73: 583.
10. Dhala A., Natale A., Sra J. i wsp. Relevance of asystole during head-up tilt-testing. *Am. J. Cardiol.* 1995; 75: 251–254.