

Pozaszpitalne zapalenie płuc u chorych w starszym wieku z chorobami współistniejącymi

Community — acquired pneumonia in elderly patients with comorbidities

Emilia Rymkiewicz,
Sylwia Milaniuk,
Agata Rękas-Wójcik,
Grzegorz Dzida,
Jerzy Mosiewicz

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
w Lublinie

STRESZCZENIE

Wstęp. Pozaszpitalne zapalenie płuc jest częstą chorobą rozpoznawaną w praktyce lekarza rodzinnego. Ze względu na postępujące starzenie się społeczeństwa występuje w dużej mierze u osób w wieku starszym.

Cel pracy. Analiza objawów występujących w przebiegu pozaszpitalnego zapalenia płuc u pacjentów starszych.

Materiał i metody. Przeanalizowano pod względem występujących objawów dokumentację medyczną kolejno wybranych 45 pacjentów z rozpoznaniem pozaszpitalnym zapaleniem płuc. Do oceny zapalenia posłużyło oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP) oraz stężenia leukocytów w morfologii krwi. Analizie poddano również występowanie u poszczególnych pacjentów określonych chorób współistniejących.

Wyniki. U pacjentów powyżej 70. roku życia rzadziej obserwowano objawy kliniczne i laboratoryjne typowe dla zapalenia płuc.

Wnioski. Pozaszpitalne zapalenie płuc (PZP) ma odmienną symptomatologię u osób starszych oraz znacznie gorszy przebieg, jeśli towarzyszą mu choroby współistniejące.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, tom 9, nr 2, 103–105

Słowa kluczowe: zapalenie płuc, geriatryka, choroby współistniejące

ABSTRACT

Introduction. Community — acquired pneumonia is a common lung disease diagnosed in general practice. Because the population is getting older, many elderly people are affected.

Aim of the study. Analysis of symptoms in the course of community-acquired pneumonia in elderly patients.

Material and methods. Analyzed in terms of symptoms sequentially selected medical records of 45 patients with diagnosis of community-acquired pneumonia. To evaluate the sign of inflammation C-reactive protein (CRP) concentration and white blood cells was used.

Results. Patients over 70 years old less frequently presented typical clinical and laboratory signs of pneumonia.

Conclusions. Community-acquired pneumonia (CAP) has a different symptomatology in the elderly patients and its cause significantly deteriorates if it is accompanied by comorbidities.

Forum Medycyny Rodzinnej 2015, vol 9, no 2, 103–105

Key words: community-acquired pneumonia, confusion, comorbidities

WSTĘP

U osób w starszym wieku rozpoznanie zapalenia płuc może sprawiać duże trudności diagnostyczne, ze względu na brak występowania gorączki i częściej występujące objawy nieswoiste. Pozaszpitalne zapalenie płuc (PZP) u osób w starszym wieku, ze względu na choroby współistniejące, charakteryzuje się wyższą śmiertelnością.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie głównych problemów związanych z objawami i diagnostyką pozaszpitalnego zapalenia płuc u osób w podeszłym wieku.

MATERIAŁ I METODY

Przeanalizowano dokumentację medyczną kolejno wybranych 45 pacjentów, w wieku od

70 do 101 lat, hospitalizowanych w okresie 2004–2014 w Klinice Chorób Wewnętrznych, z rozpoznaniem pozaszpitalnym zapaleniem płuc. Kobiety stanowiły 51% (23), a mężczyźni 49% (22) grupy badanej. Każdą historię choroby przeanalizowano również pod względem najczęstszych chorób współistniejących, to jest przewlekłej niewydolności serca, choroby niedokrwiennej serca, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, cukrzycy typu 2, przewlekłej choroby nerek i zespołu otępiennego.

WYNIKI

Wśród objawów klinicznych zgłaszanych w momencie rozpoznania PZP, duszność zgłosiło 53% pacjentów, gorączkę > 38°C aż 42%, kaszel 29%, zaburzenia pragnienia i łaknienia 27%, pogorszenie kontaktu lub zaburzenia świadomości 20% oraz ból w klatce piersio-

Adres do korespondencji:

Ilek. Sylwia Milaniuk
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych
ul. Staszica 16, 20–819 Lublin
e-mail: milaniuksylwia@interia.pl

Tabela 1

Częstość występowania poszczególnych objawów zapalenia płuc

| Objawy zgłaszane pacjentów w PZP | Liczba pacjentów z PZP |
|-----------------------------------|------------------------|
| Oslabienie | 30 |
| Duszność spoczynkowa | 24 |
| Gorączka > 38°C | 19 |
| Kaszel | 13 |
| Zaburzenia apetytu i pragnienia | 12 |
| Zaburzenia świadomości i kontaktu | 9 |

Tabela 2

Częstość występowania podwyższonych parametrów stanu zapalnego

| Wskaźniki zapalne | Liczba pacjentów z PZP |
|---|------------------------|
| CRP > 5 mmol/l (n = 05 mmol/l) | 41 |
| Stężenie leukocytów > 11 000/μl (n = 4–10 000/μl) | 19 |

wej o charakterze opłucnowym 9% chorych (tab. 1). W wykonanej w momencie przyjęcia do szpitala morfologii krwi obserwowano leukocytozę ponad > 11 000/μl (norma 10 000/μl) jedynie u 42% pacjentów (tab. 2). Wzrost stężenia białka C-reaktywnego (CRP, *C-reactive protein*) (> 5 ng/ml) zaobserwowano u 91% osób badanych. U większości chorych stwierdzano współistniejące choroby przewlekłe, to jest przewlekłą niewydolność serca (55%), chorobę niedokrwienną serca (77%), cukrzycę typu 2 (18%), przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (20%), przewlekłą chorobę nerek (18%), zespół otępienny (24%).

DYSKUSJA

Podstawą wstępnej oceny chorego z pozaszpitalnym zapaleniem płuc jest ocena ciężkości choroby na podstawie skali CURB-65, w której bierze się pod uwagę występowanie niekorzystnych czynników rokowniczych, takich jak splątanie (*confusion*), stężenie mocznika > 7 mmol/l (*urea*), częstość oddechów (≥ 30/min) (*respiratory rate*), skurczowe ciśnienie krwi < 90 oraz rozkurczowe ciśnienie krwi ≤ 60 (*blood pressure*) oraz wiek ≥ 65 lat [1, 2].

Podział pozaszpitalnego zapalenia płuc w zależności od ciężkości przebiegu stanowi podstawę decyzji co do miejsca leczenia chorego [2]. Lekkie PZP zazwyczaj nie stanowi wskazania do leczenia szpitalnego, chyba że istnieją inne wskazania do hospitalizacji.

Umiarkowane i ciężkie PZP wymagają leczenia w warunkach szpitalnych, przy występowaniu czterech lub pięciu czynników ryzyka należy rozważyć leczenie na oddziale intensywnej terapii [1].

Przebieg PZP u pacjentów > 85. roku życia ściśle wiąże się z chorobami współistniejącymi, które zwiększają znacznie śmiertelność w tej grupie i sprawiają, że leczenie często nie może być prowadzone w warunkach ambulatoryjnych [3]. Trzy główne objawy pozaszpitalnego zapalenia płuc u tych chorych, występujące w początkowym okresie, to osłabienie, zaburzenia świadomości z pogorszeniem kontaktu oraz zaburzenia apetytu i pragnienia [4, 5]. W związku z powyższym, oceny chorych geriatrycznych z PZP nie powinno się ograniczać wyłącznie do klasyfikacji CURB-65, ponieważ nie odzwierciedla ona ryzyka zgonu u starszych pacjentów [4]. Dodatkowo u chorych geriatrycznych, mimo ciężkiego zapalenia płuc, rzadko występuje gorączka, a nawet stwierdza się spadek temperatury towarzyszący znacznemu osłabieniu [5]. Pacjenci w podeszłym wieku (w wieku ≥ 80 lat) rzadziej zgłaszają ból w klatce piersiowej o charakterze opłucnowym, bóle głowy i bóle mięśni, częściej natomiast występują u nich zaburzenia świadomości z pogorszeniem kontaktu [5]. Należy podkreślić także, że częstość zapaleń płuc wzrasta wraz z wiekiem i współwystępowaniem innych chorób przewlekłych [3, 4, 6]. Zdecydowanie częściej do zakażeń układu oddechowego dochodzi u pacjentów z cukrzycą, zwłaszcza niewyrównaną, u osób z przewlekłą chorobą nerek oraz z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, w tej grupie chorych zwiększa się również znacznie śmiertelność [4, 7].

Występowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc u pacjenta w podeszłym wieku zwiększa ryzyko występowania zapalenia płuc o ciężkim przebiegu (ryzyko zgonu 15–40%). Najwyższe ryzyko dotyczy osób z ciężkim stopniem obturacji (FEV₁ < 50% wartości należnych), z niskim indeksem masy ciała (BMI [*body mass index*] poniżej 19 kg/m²), przyjmujących leki psychotropowe oraz glikokortykosteroidy wziewne [8]. Ta grupa pacjentów powinna w sposób szczególnie unikać zakażeń dróg oddechowych. Poza tym zaburzenia poznawcze, otępienie czy choroba Alzheimera

są czynnikami znacznie utrudniającymi rozpoznanie ze względu na znacznie utrudniony kontakt z chorym i wynikające z tego duże trudności z właściwym zebraniem wywiadu [4]. W takiej sytuacji rozpoznanie choroby jest ustalane głównie na podstawie badań laboratoryjnych i badania przedmiotowego.

Do markerów zapalnych rutynowo oznaczanych w trakcie diagnostyki zalicza się obecność leukocytozy z przewagą granulocytów obojętnochłonnych w morfologii krwi oraz białko C-reaktywne (CRP). U chorych geriatrycznych zaobserwowano odwrotną zależność między podwyższonym stężeniem leukocytów a ryzykiem zgonu. U chorych bez leukocytozy zaobserwowano 7-krotnie wyższą śmiertelność, niż u chorych z podwyższonym stężeniem. Natomiast poziom stężenia białka CRP nie koreluje z ciężkością choroby [4].

WNIOSKI

Pozaszpitalne zapalenie płuc ma odmienny przebieg i symptomatologię u osób starszych, w związku z tym należy zachować szczególną ostrożność przy ocenie tej grupy chorych w leczeniu ambulatoryjnym. U większości pacjentów stwierdza się liczne choroby współistniejące, głównie cukrzycę, przewlekłą niewydolność nerek oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, które to są czynnikami

ryzyka zachorowania na pozaszpitalnie zapalenie płuc.

PIŚMIENNICTWO

1. Ananda-Rajah M.R., Charles P.G., Melvani S. i wsp. Comparing the pneumonia severity index with CURB — 65 in patients admitted with community acquired pneumonia. *Scand. J. Infect. Dis.* 2008; 40: 293–300.
2. Lim W.S., Eerden M.M., Laing R. i wsp. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58: 377–382.
3. Baldo V., Cocchio S., Baldovin T. i wsp. A population-based study on the impact of hospitalization for pneumonia in different age groups. *BMC Infect. Dis.* 2014; 14: 485.
4. Simonetti A.F., Viasus D., Garcia-Vidal C. i wsp. Management of community-acquired pneumonia in older adults. *Ther. Adv. Infect. Dis.* 2014; 2: 3–16.
5. Donowitz G.R., Cox H.L. Bacterial community-acquired pneumonia in older patients. *Clin. Geriatr. Med.* 2007; 23: 515–534.
6. Skull S.A., Andrews R.M., Byrnes G.B. i wsp. Hospitalized community-acquired pneumonia in the elderly: an Australian case-cohort study. *Epidemiol. Infect.* 2009; 137: 194–202.
7. Fernández-Sabé N., Carratalà J., Rosón B. i wsp. Community-acquired pneumonia in very elderly patients: causative organisms, clinical characteristics, and outcomes. *Gaceta de Medicina (Baltimore)* 2003; 82: 159–169.
8. Di Santo Stefano R.L., Li H., Hinds D. i wsp. Risk of pneumonia with inhaled corticosteroid /long acting b2 agonist therapy in chronic obstructive pulmonary disease: a cluster analysis. *International Journal of COPD* 2014; 9: 457–468.