

## Mansoor AL-Harazi

Zespół Szpitali w Oleśnicy, Oddział Wewnętrzny

## Przypadek kliniczny 8

# Czy wybór terapii w nadciśnieniu tętniczym odgrywa znaczącą rolę w poprawie jakości życia pacjenta?

*Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2015, tom 1, nr 2, strony: 128–129*

## Wstęp

Pacjentka lat 71, emerytka pielęgniarka ze stwierdzonymi miażdżycą uogólnioną, przewlekłą niewydolnością serca w stadium II/III według Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA, *New York Heart Association*), od wielu lat z nadciśnieniem tętniczym w stadium II/III według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Heart Organization*), stanem po przebytych w 2013 roku zawale serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI, *Non-ST-elevation myocardial infarction*), stanem po wykonanym w 2013 roku przeszłowaniu aortalno-wieńcowym (CABG, *coronary artery bypass grafting*) (brak szczegółowych dokumentów), z przewlekłą chorobą obturacyjną płuc (POChP) i chorobą zwyrodnieniową wielostawową.

### Ambulatoryjne leczenie:

- bisoprolol 5 mg (Bisocard) 1 × 1 tabletkę rano;
  - ramipril 5 mg (Vivace) 1 tabletkę rano;
  - torasemid 5 mg (Toramide) 1 tabletkę rano;
  - spironolakton 25 mg (Spironol) 1 tabletkę rano;
  - kwas acetylosalicylowy 75 mg (Acard) 1 tabletkę rano;
  - bromek tiotropium (Spirive) 1 × 1 wziew wieczorem;
  - chlorek potasu (Kaldyum) 2 × 1 tabletkę;
  - teofilina 300 mg (Euphylina long) 2 × 1 tabletkę.
- Pacjentka w dalszym ciągu paląca tytoniu, alkohol spożywa okazjonalnie.

Hospitalizowana na Oddziale Wewnętrznym przez 7 dni z powodu utraty przytomności w domu, w stanie spoczynku bez znanej przyczyny oraz nasilenia duszności wysiłkowej, a następnie spoczynkowej w sposób narastający.

### Badania podmiotowe i przedmiotowe — w dniu przyjęcia

Pacjentka w stanie ogólnym średnim, zgłaszająca duszność spoczynkową. Ciśnienie tętnicze (BP, *blood pressure*) 190/100 mm Hg. Akcja serca miarowa 100/min. Nad polami płucnymi rozlane świsty i liczne furczenia. Brzuch miękki niebolesny, bez oporów patologicznych. Objawy oponowe i ogniskowe nieobecne. Blizna po sternotomii. Na podudziu lewym blizna po pobraniu przęseł żylnych. Słyszalny szmer skurczowy nad tętnicą szyjną wspólną lewą. Żyłki kończyn dolnych II stopnia.

### Wykonano następujące badania:

- EKG — lewogram, RZM około 100/min, zał. q w II, III i aVF. Kontrolne około 66–75/min;
- ciśnienie tętnicze: 190/100, 170/90, 160/90, 155/85, 140/75 mm Hg;
- badania krwi: hemoglobina 13,7 g/dl, leukocyty 7,9 tys./ul, PLT 160 tys./ul, kreatynina 0,55 mg/dl, eGFR > 90 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, PH 7,41, pCo<sub>2</sub> 52,2, pO<sub>2</sub> 44,4, Sat 82%, glukoza < 100 mg% na czczo, do 132,4 mg/dl (po posiłku), Na<sup>+</sup> 138,8, K<sup>+</sup> 3,97, CRP 0,68 mg/dl, troponina I 0,016 ng/dl;
- RTG klatki piersiowej: bez istotnych zmian;
- EKG metodą Holtera: rytm zatokowy. Sporadyczna ekstrasystolia komorowa, okresowo dość dużej częstości, tachykardia nb. Najwolniejsza akcja serca

Adres do korespondencji: lek. Mansoor AL-Harazi, specj. chorób wew.  
Zespół Szpitali w Oleśnicy, Oddział Wewnętrzny  
tel. 601240723  
e-mail: dahra1@mp.pl

 Copyright © 2015 Via Medica, ISSN 1428–5851

- w nocy do 38/min. Stwierdzono 4 pauzy w mechanizmie rytmu zatokowego, najdłuższa 3 s;
- echo serca: EF 60%, RV 30 mm, kurczliwość, akineza segmentu przy podstawie ściany dolno-przegrodowej, poza tym bez istotnych zmian;
  - dopplerowskie USG tętnic dogłowych: ICA — lewa do 35% zwężona, Intima-media 0,18, prawa do 30% zwężona, pojedyncze blaszki miażdżycowe w miejscu podziałów z pogrubieniem IM do 0,40 cm × 0,25 cm, CCA: lewa i prawa do 20% zwężona, ECA: obustronnie bez zmian.

#### **Podjęte decyzje dotyczące terapii w trakcie hospitalizacji:**

- odstawienie Bisoprololu 5 mg (Bisocard);
  - lek złożony — amlodipina 5 mg + indapamid 1,25 mg + perindopril 5 mg (Triplixam) 1 tabletką rano;
  - kwas acetylosalicylowy 75 mg (Acard) 1 tabletką wieczorem;
  - eplerenon 25 mg (Nonpres) 1 tabletką w południe;
  - bromek tiotropium (Spirive) 1 × 1 wziew wieczorem;
  - flutykazon + salmeterol (Salmex) 2 × 1 wziew.
- Kontrolne BP: 140/85, 135/85, 130/80, 120/70, 125/80 mm Hg.

#### **Rozpoznanie po przeprowadzeniu diagnostyki:**

- miażdżycy uogólniona;
- miażdżycy tętnic szyjnych;
- bradykardia polekowa — do dalszej obserwacji;
- przewlekła niewydolność serca w stadium II/III według NYHA;
- nadciśnienie tętnicze w stadium II/III według WHO — od wielu lat;
- stan po przebytych zawale serca (NSTEMI) w 2013 roku;
- stan po przeszłowaniu aortalno-wieńcowym (CABG) w 2013 roku (brak szczegółowych dokumentów);
- dławica piersiowa klasy II/III według klasyfikacji Kanadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego (CCS, *Canadian Society of Cardiology*);
- POChP, umiarkowany przebieg;
- małopłytkowość do dalszej obserwacji;
- choroba zwyrodnieniowa wielostawowa.

#### **Badania podmiotowe i przedmiotowe — w trakcie hospitalizacji**

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, optymalna poprawa, duszność spoczynkowa ustąpiła, 140/85, 135/85, 130/80, 120/70, 125/80 mm Hg. Akcja serca miarowa 60–70/min. Słyszalny szmer skurczowy nad tętnicą szyjną wspólną lewą. Nad polami płucnymi pojedyncze świsty i furczenia. Brzuch miękki niebolesny, bez oporów patologicznych. Objawy oponowe i ogniskowe nieobecne.

W związku ze zmianami opisanymi w badaniu EKG metodą Holtera zaplanowano kontrolne badanie za 2–3 tygodnie.

**Zalecenia:** zaprzestanie palenia tytoniu, kontrolne badanie w Poradni Pulmonologicznej (szczególnie wykonanie spirometrii), stała okresowa kontrola w Poradni Kardiologicznej, systematyczne pomiary ciśnienia tętniczego (BP, *blood pressure*) w warunkach domowych.

#### **Kontrolna wizyta po 2 tygodniach**

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, poprawa samopoczucia, redukcje nasilenia duszności. Według relacji pacjentki: wygoda i komfort po modyfikacji leczenia, a szczególnie przy stosowaniu złożonego leku. Lepsza wydolność fizyczna, ASM około 66/min, tony ciche, nad płucami szmer pęcherzykowy i furczenia. BP 14/70 mm Hg.

EKG spoczynkowe — lewogram, RZM około 66/min, zał. q w II, III i aVF.

BP ambulatoryjne — domowe (średnia wartość pomiarów): 130/80, 120/70, 140/70, 125/75 mm Hg.

Badanie kontrolne EKG metodą Holtera — rytm zatokowy około 66–70/min, sporadyczna ekstrasystolia komorowa, tachykardia nb. bez bradykardii, bez pauz.

Dalsze zalecenia: kontynuacja dotychczasowego leczenia.

#### **Komentarz**

W trakcie hospitalizacji u pacjentki zaobserwowano duszność wynikającą z ciągłości palenia tytoniu, nawet w czasie pobytu na Oddziale. W związku z tym wdrożono dodatkowe leczenie PoChP. Odstawiono beta-bloker (Bisocard) z dwóch powodów: ze względu na nasilenie duszności spoczynkowej i wysiłkowej przed hospitalizacją i w trakcie pobytu w szpitalu w przebiegu PoChP, a także z uwagi na obecność bradykardii i pauz w badaniu EKG metodą Holtera, co skutkowało znaczną poprawą stanu klinicznego, podmiotowego i przedmiotowego pacjentki, poprawą wydolności fizycznej spoczynkowej i wysiłkowej oraz ustąpieniem bradykardii i pauz.

W dodatku, co przyniosło korzyść i komfort życia dla pacjentki, wdrożono złożony lek, trójlekowy (Perindopril, Amlodypina i Indapamid). Miał on korzystny bezpośredni wpływ na przebieg BP z normalizacją wartości skurczowej i rozkurczowej oraz na wyciszenie i zmniejszenie ryzyka wystąpienia incydentów sercowych w trakcie i po hospitalizacji u pacjentki, która przecież jest po zawale serca i CABG. Warto też podkreślić wieloczynnikowe działanie leku, a zwłaszcza przeciwmiażdżycowe działanie amlodypiny u pacjentki z wieloma czynnikami ryzyka miażdżycy.