

Ciężka/umiarkowana hipotermia u pacjentki znalezionej w zaspie śniegu

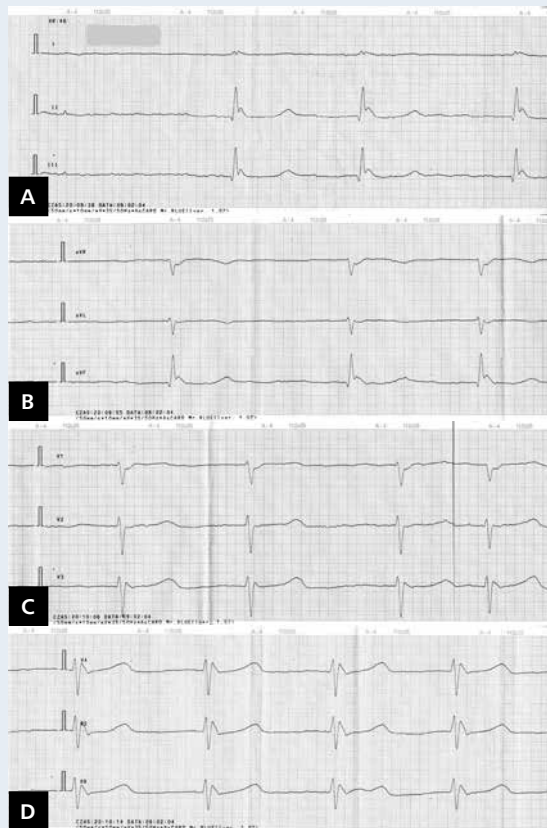
Severe/moderate hypothermia in a female patient found in a snowdrift

Aleksandra Jarecka¹, Elżbieta Borowiecka²

¹Oddział Wewnętrzny, SPZZOZ, Płońsk

²Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, Warszawa

Hipotermię określa się stan, w którym temperatura głęboka ciała jest niższa niż 35°C. Najczęstszą jej przyczyną jest wychłodzenie organizmu przy niekorzystnych warunkach atmosferycznych, czemu sprzyja niewłaściwy ubiór, mała masa ciała, wiek starczy lub dziecięcy, działanie alkoholu. Rzadziej hipotermię mogą spowodować zaburzenia endokrynologiczne, neurologiczne, uszkodzenia skóry, posocznica, wstrząs czy działanie leków. W zależności od stopnia wychłodzenia ciała dzielimy hipotermię na: łagodną (32–35°C), umiarkowaną (28–32°C) i ciężką (< 28°C). Poniżej przedstawiono przypadek 54-letniej kobiety o drobnej budowie ciała przywiezionej przez zespół pogotowia ratunkowego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) Szpitala w Płońsku zimą 2014 r. Przypadkowy przechodzień w trakcie wieczornego spaceru zauważył wystające z zasy śniegu nogi kobiety; niezwłocznie wezwał pogotowie. Nie było innych świadków zdarzenia, nieznany był czas przebywania kobiety w śniegu ani okoliczności, w jakich doszło do zdarzenia. Pacjentka po przywiezieniu na SOR była nieprzytomna, zanotowano: 6 pkt w *Glasgow Coma Scale* (GCS), źrenice szerokie, leniwe, czynność serca niemierną [migotanie przedsionków (AF)] 20–30/min, płytkie oddechy o częstości 6–7/min, ciśnienie tętnicze 70/40 mm Hg, siną skórę całego ciała, bezmocz, nieoznaczalną temperaturę (termometr bezdotykowy). W zapisach elektrokardiograficznych (EKG) zwracały uwagę: AF z wolną czynnością komór, QTc 570 ms, fala Osborna, zaburzenia przewodzenia śródkomorowego (zapisy kolejnych odprowadzeń EKG przy przyjęciu przedstawiono na rycinach 1A–D). W rentgenogramie klatki piersiowej zaobserwowano cechy prawostronnego zapalenia płuc. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono stężenie alkoholu we krwi 0,1‰ oraz przejściowe podwyższenie stężenia troponiny i D-dimerów, nie zanotowano innych istotnych nieprawidłowości (morfologia krwi obwodowej, elektrolity, parametry nerkowe, enzymy wątrobowe, TSH, CRP, glikemia, mocznik). W tomografii komputerowej głowy nie zaobserwowano istotnych patologii, cech świeżego krwawienia czy ogniska niedokrwienne. Całość obrazu pozwoliła na postawienie diagnozy ciężkiej/umiarkowanej hipotermii z wysokim ryzykiem groźnych, komorowych zaburzeń rytmu serca. Niezwłocznie kontynuowano rozpoczęte w karetce pogotowia ogrzewanie pacjentki, m.in. przetoczono ciepłą sól fizjologiczną. Chorą przeniesiono na salę Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Oddziału Kardiologii w celu dalszego leczenia. Włączono profilaktykę przeciwzakrzepową, antybiotykoterapię empiryczną, kontynuowano płynoterapię dożylną. Obserwowano stopniową poprawę stanu pacjentki, notowano wzrastającą punktację w skali GCS, normalizację ciśnienia tętniczego i czynności serca, zwiększenie ilości oddawanego moczu. Po kilku godzinach doszło do znacznego przyspieszenia AF z czynnością komór do 140–160/min. Włączono naparstnicę, bursztynian metoprololu, uzyskując normalizację czynności serca. Kontrolowano parametry laboratoryjne, obserwując przejściową niewielką hiperkaliemię. W kolejnej dobie hospitalizacji zaobserwowano samoistny powrót rytmu zatokowego miarowego. W echokardiografii serca wykonanej następnego dnia nie stwierdzono istotnych patologii i zaburzeń kurczliwości. W badaniu holterowskim zaobserwowano pojedyncze dodatkowe pobudzenia nadkomorowe. W EKG spoczynkowym wykonanym w kolejnej dobie stwierdzono rytm miarowy zatokowy 70/min, QTc w granicach normy, wycofanie się fali Osborna oraz brak innych, istotnych nieprawidłowości. W 10. dobie hospitalizacji pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem abstynencji alkoholowej, kontynuacji antybiotykoterapii preparatem doustnym i kontroli parametrów laboratoryjnych w poradni rodzinnej po upływie tygodnia. Pół roku po hospitalizacji zaproponowano pacjentce wykonanie badań kontrolnych, jednak nie wyraziła na nie zgody.



Rycina 1. Zapis EKG przy przyjęciu; **A.** Odprowadzenia I, II, III; **B.** Odprowadzenia aVR, aVL, aVF; **C.** Odprowadzenia V₁–V₃; **D.** Odprowadzenia V₄–V₆

Adres do korespondencji:

lek. Aleksandra Ewa Jarecka, ul. Dębowa 21/3, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki, e-mail: a.e.jarecka@gmail.com

Konflikt interesów: nie zgłoszono