



SKRÓCONE TESTY OCENY POZNAWCZEJ, JAK NP. MINI-COG., KTÓRE TRWAJĄ KILKA MINUT, POKAZUJĄ, NA ILE WYSIŁEK ZEBRANIA WYWIADU DA ODPOWIEDŹ NA PYTANIA, A NA ILE BĘDZIE TO OPISYWANIE CZĘŚCI FAKTÓW, Z KTÓRYCH WNIOSKI BĘDĄ FAŁSZYWE Z POWODU DEFICYTÓW POZNAWCZYCH U BADANEJ OSOBY. TYM RÓŻNI SIĘ WYWIAD W GERIATRII OD WYWIADU W INTERNIE.

Trudna sztuka rozmowy z seniorem

Im lepiej przeprowadzisz wywiad, tym większą masz szansę na udaną terapię

Dr n. med. Jarosław Derejczyk,
ordynator w NZOZ Szpitalu Geriatrycznym
im. Jana Pawła II w Katowicach

Gdy zbieramy wywiad u osoby 50-60-letniej, nie mamy żadnych problemów. Natomiast coraz częściej zdarzają się pacjenci 75+ i u nich wywiad jest już trudniejszy. Trzeba wtedy mieć naturę Sherlocka Holmesa. Pacjent w wieku podeszłym to często osoba niewiele mówiąca, w sposób mało charakterystyczny opisująca objawy, często skarżąc się na „słabość”. Wywiad u takiej osoby to lekarskie wyzwanie. Dlatego warto obserwować już samo wejście pacjenta do gabinetu. Sposób i tempo, w jaki się porusza, koordynacja ruchowa, unoszenie nóg, zakres wymachów, świadczą o sprawności układu mięśniowo-stawowego. Ważna jest też siła uścisku i sposób podawania dłoni. Nie mniej istotny jest wygląd skóry, paznokci, czystość ubioru, prawidłowość noszenia ubrania i bielizny. Skóra gromadzi wiele oznak szybszego procesu starzenia. Siwienie włosów nie wiąże się z przyspieszonym starzeniem. Takie obserwacje będą jednak uzupełnieniem wywiadu, który poprawi jakość diagnostyki osoby w wieku podeszłym, gdy ocenimy obiektywność jego przebiegu. Skrócone testy oceny poznawczej, jak np. Mini-Cog, które trwają kilka minut, pokazują, na ile wysiłek zebrania wywiadu da odpowiedź na pytania, a na ile będzie to opisywanie części faktów, z których wnioski będą fałszywe z powodu deficytów poznawczych u badanej osoby. Tym różni się wywiad w geriatricii od wywiadu w internie. Bez tej umiejętności dalsze działania będą mniej skuteczne i bardziej kosztowne. W wywiadzie u osób w zaawansowanej starości pewne zespoły pojawiają się częściej. Najczęstsze zgłaszane problemy to:

Słabość i zespoły bólowe. Funkcjonuje określenie tzw. zespołu słabości, czyli obecność złożonej patologii z niewydolnością immunologiczną i hormonalną, rozwijającą się reakcją zapalną, czemu towarzyszy sarkopenia – zanik mięśni – oraz spadek aktywności fizycznej i sprawności ruchowej. Powszechnie zgłaszane przez osoby starsze dolegliwości bólowe wynikają ze zmian zwyrodnieniowych i zapalnych chrząstek stawowych, ich zużycia oraz z odwapnienia kości i złamań. Duża liczba zgłaszanych skarg dotyczących wielu narządów ma często związek z somatyzacją, która jest elementem depresji w starszym wieku i wymaga włączenia leczenia antydepresyjnego.

Mniejsza wydolność, niska tolerancja wysiłku i mniejsza sprawność. Oceniając stan pacjenta, pamiętajmy, że dla osoby osiemdziesięcioletniej wysiłkiem jest zapalenie, gorączka, odwodnienie, hiponatremia, hipoglikemia, zmiana miejsca zamieszkania,

Definicja starości i granic wieku przypisywanych do niej ulega zmianom. W średniowieczu mianem osoby starej określano czterdziestolatka. Później wiek podeszły przypadła na piątą dekadę życia. Dziś ta granica przesunęła się co najmniej o kolejne 10 lat. I choć William Wharton mawiał, że „starzy jesteśmy tylko wtedy, kiedy większość ludzi wolałaby, żebyśmy już nie żyli”, gerontolodzy uważają, że tak naprawdę zaawansowany wiek zaczyna się od 75. r.ż. Niewykluczone, że przesuwanie granic starości sprawi, iż za 20 lat za początek zaawansowanej starości uznamy nie 75., a 85. r.ż. Już w 2020 roku w wielu krajach 25 proc. populacji przekroczy granicę 65. r.ż. i dlatego lekarze muszą wiedzieć, jak postępować z tą grupą pacjentów.

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA (COG)**Układ ruchu/samodzielność**

- Szybkość chodu i wstawania, odrywanie stóp od podłogi, zakresy wymachów rąk, utrzymanie równowagi, upadki i omdlenia.
- Zaawansowanie osteoporozy i deformacji kostnych; korzystanie ze sprzętu ortopedycznego, obuwie.
- Stosunek masy tłuszczowej do masy mięśni, siła uścisku dłoni, spadek wagi >3 kg w ciągu 3 miesięcy, występowanie zespołu słabości.

Stan psychiczny i socjalny

- Sposób rozmowy, wspomnienia, utrzymywania hobby, kontaktu wzrokowego, objaw odwracania głowy do opiekuna.
- Ocena terażniejszości, przeszłości – perspektywa przyszłości; próby samobójcze w wywiadzie – pytanie o chęć nieobudzenia się u osób po próbie samobójczej.
- Zdolność do: realizacji propozycji leczniczych, wychodzenia z domu, posługiwanie się pieniędzmi, zakupów, odżywiania.
- Umiejętność integracji społecznej, wymuszanie zależności, ubóstwo – środki na leczenie, osamotnienie – samotność.
- Zdolność do autoironii: płynność słowna, słownik pojęciowy, postawa depresyjna, pomniejszanie – wyolbrzymianie problemów, obawy o przemoc – przyszłość.

Inne czynniki rokownicze

- Kontakt z lekarzem rodzinnym, wizyty bliskich – środowiskowe braki w dostępie do niezbędnej pomocy.
- Leczenie przez niespecjalistów lub wielu specjalistów – jatrogenia.
- Wydarzenia traumatyczne – utraty, przeprowadzki, leczenie szpitalne.
- Stosowanie benzodiazepin, cholinolityków, dopaminolityków, sterydów, leków kardiologicznych w dużych dawkach, błędy w stosowaniu leków, polipragmazja >8 leków.
- Uzależnienie od alkoholu.
- Przewlekłe zakażenie, hipotensja ortostatyczna, nietrzymanie zwieraczy.
- Wygląd skóry, paznokci, zaniedbania higieniczne i w ubiorze.
- Objawy pozapiramidowe, majaczenie.
- Stopień upośledzenia wzroku i słuchu.
- Wykonywanie badań, ciągłość dokumentacji.
- Prowadzenie samochodu mimo oczywistych przeciwwskazań.

nadmiar stosowanych leków, ból. Te przyczyny zachwianej homeostazy powinny być rozważane na pierwszym miejscu.

Wielochorobowość, skąpoobjawowość, inne przebiegi chorób. Konieczna jest znajomość innych przebiegów chorób i symptomatologii u pacjentów młodych i w podeszłym wieku. Przykładem mogą być: bezbólowe zawały serca, bezgorączkowe zapalenia płuc, napady zaburzeń psychotycznych u osób z hipoglikemią czy apatyczna postać tyreotoksykozy. U osób młodych występują w nadczynności tarczycy objawy w postaci skoków ciśnienia, tachykardii, czerwonej i spoconej skóry. Natomiast u ludzi starszych spotykamy występującą tylko u nich postać apatyczną nadczynności z brakiem tachykardii, suchą skórą, niską aktywnością ruchową, nikłymi objawami ze strony układu sercowo-naczyniowego, ale z objawami ze strony mięśni (zanik) i mózgu (spowolnienie aktywności). W takim przypadku zamiast nadczynności tarczycy błędnie rozpoznawane jest otępienie związane ze starością. Dlatego u osób w wieku podeszłym rutynowo powinno być wykonane badanie TSH.

Upadki. U co czwartej starszej osoby, która ulega takiemu wypadkowi, dochodzi do złamań. Dlatego ważna jest profilaktyka, czyli zwrócenie uwagi na sytuacje, które prowadzą do upadków, oraz przeprowadzenie testów Tinetti i Berga, definiujących ryzyko zagrożenia upadkiem i rodzaj sprzętu ortopedycznego, jakiego powinien używać pacjent z zaburzeniami chodu i równowagi.

Otępienie, depresja i parkinsonizm. Występują w geriatrici dziesięciokrotnie częściej niż w internie w populacji chorych w średnim wieku. Jeśli występują razem u jednej osoby, mówimy o wielofunkcyjnej niewydolności mózgu. Zastosowanie diagnostyki neuropsychologicznej w postaci skal i testów pozwala na wykrycie tych chorób przed ich ujawnieniem w zaawansowanych postaciach. U pacjentów, którzy mają łagodne objawy parkinsonizmu, warto wykonać testy poprawy po leku dopaminomimetycznym, żeby stwierdzić, czy pacjent zareagował na leczenie. Musimy też zadać sobie pytanie, czy objawy są odwracalne, czego przykładem mogą być wątpliwości wokół majaczenia. Jest to stan przejściowy, wynikający z naruszenia homeostazy

mózgu, która zachodzi w sytuacjach szczególnych, takich jak: gorączka, odwodnienie, zakażenie, podwyższona liczba cytokin. Natomiast przy wielofunkcyjnej niewydolności mózgu dochodzi do trwałego uszkodzenia mózgu w różnych obszarach, co manifestuje się zaburzeniem funkcji poznawczych, depresją i spowolnieniem ruchowym.

JAK SIĘ PRZYGOTOWAĆ DO WYWIADU

Pacjenta i często jego opiekuna, przychodzących do nas po raz pierwszy, warto uprzedzić, że spotkanie będzie trwało od 40 do 60 minut. Pacjent powinien mieć ze sobą okulary i w razie potrzeby aparat słuchowy, pomocniczy sprzęt ortopedyczny, opakowania przyjmowanych leków oraz wypisy szpitalne. Lekarzowi przyda się możliwość kserowania dokumentacji w pobliżu biurka. W przypadku pacjenta z otępieniem część wywiadu, w której wykonujemy testy, odbywa się bez opiekuna. Dla pacjentów ze zdiagnozowanym otępieniem w łagodnym i umiarkowanym okresie choroby szczególnie przydatna będzie metoda zeszytowa. Jeśli choroba jest we wczesnej fazie, należy unikać zbierania wywiadu od opiekuna przy chorym, bo to upokarza pacjenta. Warto poprosić opiekuna, żeby na następną wizytę przyjechał z zapiskami dotyczącymi tego, co się dzieje z chorym.

JAK ZBIERAĆ WYWIAD

Z dużą cierpliwością i empatią. Trzeba się ich nauczyć. Wywiad lekarski, który opisuje otoczenie pacjenta, jego stan społeczno-socjalny i stan funkcjonalny, uzupełniamy kolejnymi testami, które przeprowadzają: psycholog, rehabilitant i pielęgniarka. Ten zakres poszerzony jeszcze o badania obrazowe i biochemiczne stanowi całościową ocenę geriatryczną. Wywiad powinien być ukierunkowany na rozpoznanie najwcześniejszych objawów choroby. Pamiętajmy, że otępienie w początkowej fazie manifestuje się objawami tak niecharakterystycznymi jak utrata radości, depresja, konfliktowość, utrata dotychczas pełnionych ról, zdolności dotarcia do miejsca, powtarzanie tych samych zwrotów i pytań. Według naszych badań otępienie dotyka w Polsce 30 z 1500 osób przypisanych do jednego lekarza rodzinnego. Część z nich zbyt długo nie zostaje zdiagnozowana. Bywa, że u pacjentów geriatrycznych występuje wiele schorzeń, dlatego wymagają oni podejścia holistycznego. Pamiętajmy też o tych, z którymi trzeba głośno rozmawiać. Wywiad, jeśli jest to możliwe, winien się odbywać w gabinecie z wyciszonymi drzwiami. Staramy się mówić do tego ucha, na które chory lepiej słyszy. Oczy powinny być na poziomie oczu chorego, dlatego dobrze jest usiąść obok pacjenta. Jeśli chory siedzi na wózku, a np. jesteśmy w szpitalu, gdzie stoi nieużywany wózek, nie bójmy się na nim usiąść. Warto też pomyśleć o kolorach. Dla osób w podeszłym wieku odpowiednie będą te najlepiej widziane nawet w zaawansowanym wieku: pomarańczowy, zielony i czer-

DO ZAPAMIĘTANIA

- Najważniejsze zmiany związane z patofizjologią procesu starzenia dotyczą: zmniejszenia perfuzji tkankowej, zmniejszenia rezerw sercowych, oddechowych, filtracji kłębuszkowej, wydolności mózgu i układu mięśniowo-stawowego oraz aktywności enzymatycznej wątroby i przewodu pokarmowego.
- U osób w wieku podeszłym częściej występują działania niepożądane leków i interakcje z innymi lekami (rozpuszczalne w wodzie osiągają u pacjentów w wieku podeszłym wyższe stężenia, a rozpuszczalne w tłuszczach pozostają w organizmie dłużej). Niektóre leki mogą być mniej skuteczne ze względu na niższą wrażliwość receptorów. Mniejsza ich liczba może prowadzić do łatwego przedawkowania.
- Częstym problemem jest polipragmazja.
- Leki toksyczne dla seniorów:
 - hamujące neurotransmisję, które działają na ośrodkowy układ acetylocholinowy, dopaminowy i serotoninowy,
 - niektóre leki hipotensyjne (duże dawki β -adrenolityków i diuretyków),
 - doustne leki przeciwcukrzycowe wywołujące neuroglikopenię.

wony. Przygotujmy się też na trudne pytania opiekunów, którzy często sami cierpią na depresję i zespół wypalenia. Zapytajmy o ich oczekiwania.

ZBIERANIE WYWIADU W SZPITALU

Warto poprosić, jeśli to możliwe, innych pacjentów o opuszczenie sali. Pomocne w wywiadzie mogą być też raporty pielęgniarskie, w których odnotowano informacje o trudnych pacjentach. Oczywiście, najlepiej bada się chorego w jego własnym środowisku. Wtedy widać zagrożenia, które stwarza tak prozaiczny problem jak np. nieoświetlony korytarz. Dzięki temu wyjaśnimy wiele dolegliwości występujących u niego. Trudnością jest też czasem podejście personelu medycznego, który uważa, że „nie ma wskazań do terapii ze względu na wiek”, a próby i tak są skazane na porażkę. Dobrze jeśli badanie szpitalne odbywa się w pokoju badań, w którym zachowana jest intymność.

KONTAKT Z TRUDNYM PACJENTEM

Najtrudniejszy jest pacjent zamknięty w sobie, niepodający współpracy, negujący celowość badania, przytomny, lecz nienawiązujący kontaktu słownego. W tej grupie są chorzy nieufni, skrywający swoje problemy, negujący objawy i potrzebę leczenia, czasem bez kontaktu. Powodów może być wiele: głęboki niedosłuch, problemy neurotyczne, nieleczone łagodne zespoły maniackalne z nakładającymi się objawami łagodnego otępienia, udar niedokrwienny lub guz

| PYTANIA W WYWIADZIE Z OSOBĄ STARSZĄ, PODEJRZANĄ O OTĘPIENIE | |
|---|--|
| DO OPIEKUNA | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Czy mama/ojciec może zostać na tydzień sama/sam w domu? • Jak wygląda stosowanie leków, zjadanie posiłków, wypijanie płynów, dbałość o dom, ruchomość, autonomia w finansach? • Czy waga spadła, jak funkcjonują zwieracze? • Czego pani/pan oczekuje od wizyty/pobytu? • Czy opiekun ma wiedzę o: obsłudze cewnika, peny, monitorowaniu ciśnienia tętniczego, kontroli ilości wypijanych płynów i wydalanego moczu, ilości spożywanych posiłków, unikaniu unieruchomienia, kontroli stanu skóry, kontroli glikemii, sposobie podawania leków i kontroli ich zażywania? | |
| DO PACJENTA | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Czy mogą usiąść obok? • Kto kierował panią/pana na badanie? Jak nazywa się lekarz kierujący? • Chciałbym zmierzyć ciśnienie tętnicze i posłuchać pracy serca – efekt stetoskopu. • Jak pani/pan sypia? • Czy ma pani/pan problemy z określeniem dzisiejszej daty? • Czy zauważyła pani/pan osłabienie pamięci? • Czy samodzielnie rozkłada pani/pan leki? • Jak często wstaje pani/pan w nocy? • Czy przytrafił się pani/panu w ostatnim roku upadek? • Chciałbym zaproponować sprawdzenie zdolności uczenia. | |
| PYTANIA RYZYKOWNE U CHORYCH Z GŁĘBOKIM OTĘPIENIEM: JAK PANI/PAN SIĘ CZUJE?, CZY COŚ PANIĄ/PANA BOLI | |

mózgu, krwiał podtwardówkowy, podpajęczynówkowy, wylew domózgowy, afatyczne otępienie, głęboka depresja, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, wstrząs septyczny z anergią, śpiączka metaboliczna (ketoza, hipoglikemia, hiponatremia, hiperkalcemia), zatrucie lekami, z ukrywanymi lekozależnościami, reakcja z odstawienia, wyolbrzymianie objawów choroby. Kolejną grupą bardzo trudnych pacjentów są osoby z zaburzeniami zachowania towarzyszącymi otępieniu.

Czasem, w przypadku chorego w bardzo głębokiej depresji, prosimy rodzinę, by podała mu lek bez jego zgody (np. lek antydepresyjny w szklanym pudełku z innym napisem). Inny problem to pacjent nieufny. Wtedy istotne będzie zaprzyjaźnienie się, podanie ręki, uścisk dłoni i rozmowa o chęci poddania się badaniu. Zadajemy pytania otwarte, żeby lepiej zrozumieć emocje pacjenta, czyli zupełnie inaczej niż w przypadku chorego z otępieniem, gdzie pytania otwarte dotyczące samopoczucia i odczuwanego

| BŁĘDY W ROZPOZNIANIU A CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA (COG) | | |
|---|----------------|--------------|
| | BEZ COG | Z COG |
| Nietrzymanie (moczu i stolca razem) | 4 proc. | 60 proc. |
| Upadki | 35 proc. | 46 proc. |
| Zaburzenia funkcji poznawczych | 34 proc. | 68 proc. |
| Depresja | 3 proc. | 49 proc. |
| Problemy socjalne | 7 proc. | 45 proc. |
| Niedożywienie | 17 proc. | 65 proc. |
| Ból | 8 proc. | 43 proc. |

źródło: Stuck AE i wsp. NEJM 1995;333.

Rozpoznawalność zespołów geriatrycznych.

bez COG – pacjenci, u których diagnozowano typowe problemy geriatryczne, bez podejścia geriatrycznego, bez wiedzy lekarza z geriatry, bez psychologa, rehabilitanta.
z COG – wyniki tej samej diagnozy, ale z udziałem specjalistów, którzy do diagnostyki włączyli całościową opiekę geriatryczną.

bólu mogą się skończyć dużą liczbą zmiennych odpowiedzi. Siłą geriatricii jest między innymi poprawa zaburzonego funkcjonowania chorych z hipokinezją, z deficytami poznawczymi i zaburzeniami zachowania. Jest to możliwe dzięki stosowaniu całościowej oceny geriatrycznej, dzięki rehabilitacji geriatrycznej i umiejętnemu stosowaniu leków prokognitywnych, antydepresyjnych,

dopamino-mimetycznych, normotymików, niebenzodiazepinowych leków nasennych. Rozmawiając z chorym i opiekunem, nie zapominajmy o pytaniach dotyczących przyjmowania leków, również tych zażywanych latami. Niektóre z nich mogą szkodzić, zamiast pomagać.

Opracowała Olga Tymanowska

Tekst opublikowany w Medical Tribune 7/2011.