

Analiza częstości i przyczyn upadków u osób w wieku podeszłym z chorobą niedokrwienną serca. Upadki a choroba niedokrwienna serca

The analysis of the frequency and causes of falls among the elderly suffering from coronary heart disease (CHD). Falls and coronary heart disease (CHD)

Magdalena Kwiatkowska¹, Katarzyna Porzych², Marcin Porzych³, Anna Polak-Szabela², Kornelia Kędziora-Kornatowska², Tomasz Zieliński², Dominika Kozak², Jadwiga Motyl²

¹Studenckie Koło Geriatryczne

²Katedra i Klinika Geriatrii,
Collegium Medicum UMK im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

³Prywatny Gabinet Lekarski dr n. med. Marcin Porzych

AUTOR DO KORESPONDENCJI: KATARZYNA PORZYCH

Katedra i Klinika Geriatrii
Collegium Medicum UMK im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85 - 094 Bydgoszcz
tel. (052) 585 - 40 - 21
fax (052) 585 - 49 - 21
e-mail: kikgeriat@cm.umk.pl

STRESZCZENIE

ANALIZA CZĘSTOŚCI I PRZYZYN UPADKÓW U OSÓB W WIEKU PODESZŁYM Z CHOROBA NIEDOKRWIENNĄ SERCA. UPADKI A CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA

Wstęp. Częstość występowania choroby niedokrwiennej serca rośnie wraz z wiekiem. Zmiany inwolucyjne, oraz współistnienie innych chorób wpływają na nietypową symptomatologię, utrudniając diagnostykę i leczenie. Upadki jakich doznają osoby w podeszłym wieku są znaczącym problemem społecznym. Pociągają za sobą poważne skutki medyczne i ekonomiczne. Na wystąpienie upadków mają wpływ zarówno czynniki wewnętrzne, jak i zewnętrzne.

Cel pracy. Celem pracy była analiza częstości i przyczyn upadków u osób w wieku podeszłym, z chorobą niedokrwienną serca.

Materiał i metodyka. Jako metodę badawczą zastosowano ankietę zawierającą 27 pytań, skierowaną do osób powyżej 60 roku życia, z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca. Badaniem objęto 50 osób, w tym 25 kobiet i 25 mężczyzn, pacjentów oddziałów kardiologicznych.

Wyniki. W badanej grupie upadku doznało 54% badanych, w tym 32% kobiet i 22% mężczyzn. Jeden upadek zgłaszały najczęściej osoby w wieku 61-70 lat, natomiast upadki wielokrotne częściej dotyczyły osób powyżej 70 roku życia. Przeprowadzona analiza wykazała, że 55,5% osób częściej upadało poza domem, natomiast 44,4% w domu. W badanej grupie, najczęściej dochodziło do upadków podczas chodu. Kolejnym czynnikiem ryzyka, który częściej występował u osób doświadczających upadków była mniejsza sprawność fizyczna: 51,9% osób prowadziło bierny tryb życia, 37% badanych podczas poruszania się korzystało z pomocy technicznych takich jak: laski, kule itp. Rodzaj wykonywanej pracy wpływał na częstość upadków: 74,1% osób, które doświadczyły upadku pracowało zawodowo fizycznie, a 14,8% umysłowo.

Wnioski. Choroba niedokrwienna obniża wydolność organizmu, a ból o charakterze wieńcowym przyczynia się do wystąpienia upadku. Częstość występowania upadków rośnie wraz z wiekiem. Częściej doświadczają ich kobiety. Bardzo ważne jest podejmowanie działań prewencyjnych, które mogą zminimalizować ryzyko upadku.

Słowa kluczowe:

choroba niedokrwienna serca, upadki, wiek podeszły.

ABSTRACT

THE ANALYSIS OF THE FREQUENCY AND CAUSES OF FALLS AMONG THE ELDERLY SUFFERING FROM CORONARY HEART DISEASE (CHD). FALLS AND CORONARY HEART DISEASE (CHD)

Introduction. The frequency of CHD incidents increases with age. Involutional changes and coexistence of other diseases cause atypical symptoms and make diagnosis and treatment difficult. Falls experienced by old age people are a significant social problem causing serious medical and economic effects. Both external and internal factors influence the falls.

Material and methods. The aim of this study was to analyze the frequency and causes of falls among the elderly suffering from CHD. A questionnaire consisting of 27 questions, aiming at people over 60 years old with diagnosed CHD, was used as the research method. The examined group of 50 patients from cardiological wards consisted of 25 women and 25 men.

Results. Falls were reported by 54% of the examined group (32% women and 22% men). A single fall was most often reported by individuals aged 61 to 70, while multiple falls were more often reported by people over 70. The analysis revealed that 55.5% of falls were experienced outdoors while 44.4% falls happened at home. The falls usually occurred while walking. Another risk factor that most frequently showed up with people who experienced falls was poorer fitness: 51.9% followed a passive lifestyle, 37% were moving around with the help of walking sticks, crutches, etc. The type of work influenced the falls frequency as well: 74.1% of individuals were blue-collar workers, 14.8% of them were white-collar ones.

Conclusions. Coronary heart disease decreases body efficiency and the coronary pain contributes to the falls occurrence. Frequency of falls increases with the age. It is also more often experienced by women. It is very important to take any preventive actions that may minimize the risk of falls.

Keywords: coronary heart disease, fall, old age

WPROWADZENIE

Spośród chorób układu krążenia największa zapadalność występuje na chorobę niedokrwienną serca. Do czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca zaliczamy: zaburzenia lipidowe, palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzycę, płęć, brak aktywności fizycznej.

Częstość występowania choroby niedokrwiennej serca rośnie wraz z wiekiem. U osób w podeszłym wieku rokowanie jest gorsze, większa jest także śmiertelność w przebiegu zawału mięśnia sercowego. Współistnienie wielu chorób oraz zmiany starcze sprzyjają nietypowej symptomatologii, utrudniając diagnostykę i leczenie.

Upadki występujące u osób starszych są zaliczane do wielkich problemów geriatrycznych. Medyczna definicja określa upadek jako nagłą, niezamierzoną zmianę pozycji, polegającą na utracie równowagi podczas chodzenia lub innych czynności, wskutek której poszkodowany znajduje się na ziemi, podłodze, lub innej nisko położonej powierzchni [1]. Za upadające uważane są osoby, którym zdarzyły się jeden lub dwa upadki w ciągu danego czasu, natomiast o powtarzających się upadkach mówi się, gdy w okresie obserwacji u jednej osoby zdarzają się przynajmniej trzy incydenty przewrócenia się [2]. Badania epidemiologiczne wskazują, że spośród osób mieszkających we własnych domach przynajmniej raz w roku upadku doświadcza około 35% osób po 65 r.ż., 40% po 80 r.ż., a powyżej 90 r.ż. odsetek ten wzrasta do 50%. Częstość występowania upadków zwiększa się do 60% u osób przebywających w szpitalach i instytucjach opiekuńczych.

Ryzyko upadku zwiększa się wraz z wiekiem. We wczesnym okresie starości (do 75 r.ż.) częściej przewracają się kobiety, natomiast w późnej starości częstość upadków jest jednakowa dla obu płci [2]. Upadki zdarzają się osobom nieaktywnym i niesprawnym ale również osobom zdrowym, poruszającym się zbyt szybko i pewnie.

Upadki pociągają za sobą poważne skutki medyczne i społeczno-ekonomiczne, i zawsze istotnie wpływają na stan osoby w podeszłym wieku. Powodują poważne konsekwencje w postaci urazów czaszki, złamań, a także depresję, stany lękowe, ograniczenie aktywności. Często wymagają długotrwałego i kosztownego leczenia.

Zwykle występuje kilka współistniejących przyczyn, które predysponują do upadku. Często trudno jednoznacznie określić, który czynnik przyczynił się do upadku. Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne (wy-

nikające z zaburzeń w obrębie organizmu) i zewnętrzne (pochodzące z otaczającego środowiska).

Czynniki wewnętrzne wynikają z:

- inwolucyjnych zmian starczych,
- obecności chorób przewlekłych,
- stosowanej farmakoterapii,
- aktualnych ostrych schorzeń.

Kolejną grupą czynników sprzyjającą upadkom są czynniki zewnętrzne (środowiskowe). Zmiany - zachodzące w organizmie w okresie starości - predysponujące do utraty równowagi, często ujawniają się pod wpływem niekorzystnych warunków środowiskowych.

Czynniki środowiskowe obejmują te wszystkie elementy otoczenia człowieka w podeszłym wieku, które mogą go wytrącić z coraz trudniej zachowywanej równowagi. Najwięcej problemów sprawiają śliskie i nierówne nawierzchnie, strome schody, zawinięte, grube i puszyste dywany, przesuwalne chodniki, progi, niewygodne obuwie, nieodpowiednie oświetlenie łazienki, łóżka, krzesła oraz półki, kable, zniszczone nawierzchnie ulic, wysokie krawężniki.

W wyniku 10-15% upadków dochodzi do poważnych urazów stanowiących zagrożenie życia: oparzenia, krwaki wewnętrzne, wstrząśnienie mózgu, rany. Unieruchomienie na skutek upadku zwiększa zagrożenie wystąpienia powikłań w postaci: zatorowości płucnej, zakrzepicy żył głębokich, infekcji, odwodnienia, odleżyn, przykurczy w stawach. Wydłuża się czas hospitalizacji, śmiertelność, zwiększają koszty leczenia. Obniża się jakość życia. Chory staje się bardziej zależny od osób trzecich.

Według Żaka najczęstszym powikłaniem upadku są złamania [3]. Najgroźniejszym z nich jest złamanie w obrębie nasady bliższej kości udowej. Złamaniu mogą ulec również kości przedramienia, żebra, kręgi.

Upadek może spowodować nie tylko fizyczny uraz ale również poważne skutki psychiczne tzw. zespół poupadkowy. Przykre doświadczenia spowodowane upadkiem i leczeniem następstw upadku, wywołać mogą utrwalony lęk, strach przed kolejnym upadkiem, utratę wiary we własne siły. Z obawy przed kolejnym upadkiem dochodzi do ograniczenia aktywności fizycznej, unikania niektórych czynności (np. zakupów, sprzątania), a wtórnie - do upośledzenia sprawności. Bezruch przyczynia się do zaniku kości i mięśni co powoduje wzrost ryzyka upadku. Według badań Żaka, po roku od przewrócenia się ryzyko wystąpienia upadku wzrosło pięciokrotnie u 35% badanych, aktywność ograniczyło 16% badanych osób. Zda-

niem Żaka przyczyną ograniczenia aktywności mogło być u tych osób wystąpienie zespołu poupadkowego [4].

CEL PRACY

Celem badania było określenie przyczyn i częstości upadków, oraz ich ewentualnego związku z chorobą niedokrwienną serca badanych pacjentów.

MATERIAŁ I METODYKA

Badania przeprowadzono wśród 50 pacjentów Oddziału Kardiologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala im. J. Bizuela w Bydgoszczy oraz Oddziału Kardiologii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego im. L. Błazka w Inowrocławiu w okresie od 1 lipca do 31 sierpnia 2006 roku. Jako kryterium kwalifikujące do badania przyjęto wiek powyżej 60 roku życia oraz występującą chorobę niedokrwienną serca. Jako kryterium różnicujące badanych, przyjęto fakt wystąpienia upadku i na tej podstawie wyodrębniono 2 grupy:

- osoby z upadkami,
- osoby bez upadków.

W badaniach posłużono się kwestionariuszem stworzonym na potrzeby badania, który zawierał pytania półotwarte. Analizie poddano różne dane dotyczące chorych. Oceniano:

- wiek badanych,
- warunki mieszkaniowe,
- sposób poruszania się,
- okoliczności, w których doszło do upadku,
- aktywność fizyczną, rodzaj pracy wykonywanej zawodowo,
- opinię badanych na temat wpływu choroby niedokrwiennej serca na ogólny stan zdrowia.

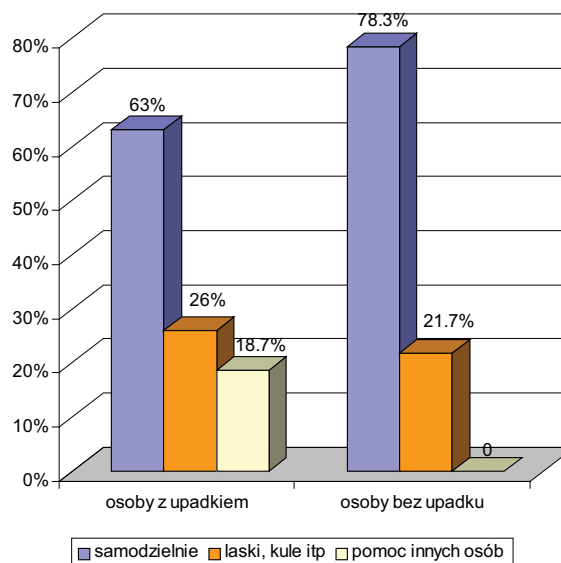
Wszystkie osoby przed rozpoczęciem badań były poinformowane o celu badań i sposobie wykorzystania wyników. Proszono o szczerą odpowiedź, a także zapewniono o całkowitej dyskrecji i anonimowości odnośnie uzyskanych informacji. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej.

WYNIKI BADAŃ

W badanej grupie (50 osób) upadku doświadczyło 27 osób, co stanowiło 54% badanych. Wśród nich 59,3% stanowiły kobiety, 40,7% mężczyźni.

Analiza czynników zagrażających upadkiem, występujących w środowisku domowym przedstawia się następująco: schody w domu występowały u 100% osób doznających upadków, a w grupie bez upadków u 91,3%; śliskie podłogi w mieszkaniu posiadało 37% osób z upadkami, w grupie bez upadków 34,8%; deklarację odpowiedniego rozmieszczenia przedmiotów codziennego użytku złożyło 96,3% respondentów doświadczających upadków, a 100% tych, którzy nie upadli; progi w mieszkaniu posiadało 37% osób z upadkami, 47,8% osób bez upadków; niezabezpieczone przed przesunięciem dywany i chodniki posiadało 81,5% osób z upadkami i 91,3% osób bez upadków.

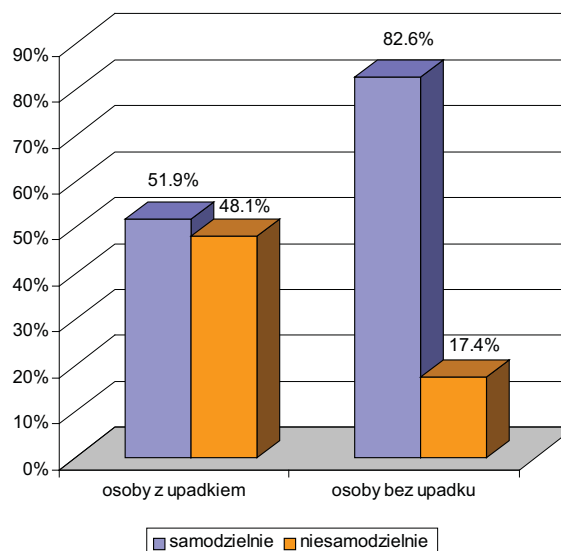
Ciekawie przedstawiają się wyniki dotyczące sposobu poruszania się ankietowanych.



Rys. 1. Sposób poruszania się ankietowanych.

Spośród 27 osób z upadkami 63% poruszało się samodzielnie, 26% korzystało z laski, kul, balkoniku, lub innego sprzętu ortopedycznego, 18,7% korzystało z pomocy innych osób. W grupie osób bez upadków samodzielnie poruszało się 78,3%, ze sprzętu ortopedycznego korzystało 21,7%.

Stopień samodzielności ankietowanych przedstawia poniższy wykres.



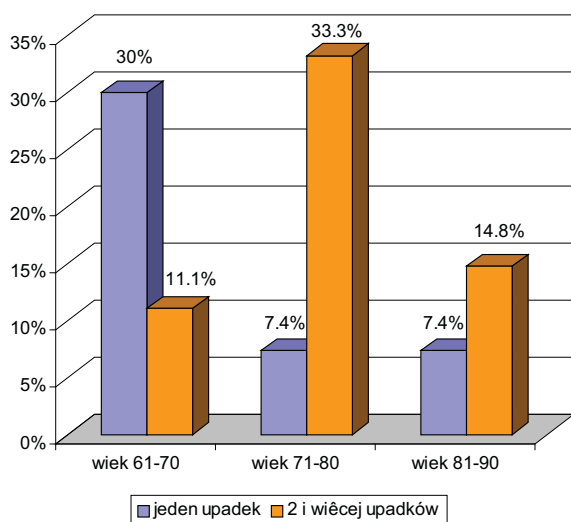
Rys. 2. Wykonywanie czynności samoobsługowych.

Samodzielnie czynności samoobsługowe wykonywało 51,9% osób z upadkiem, częściowej, lub całkowitej pomocy wymagało 48,1%. Wśród osób bez upadków samodzielnie czynności samoobsługowe wykonywało 82,6%, częściowej, lub całkowitej pomocy wymagało 17,4%.

Oceniając sposób spędzania wolnego czasu uzyskano informację, że ankietowani bez upadków byli bardziej aktywni (czynnie spędzało czas 65,2%, biernie 34,8%), niż chorzy obciążeni tym problemem (czynnie spędzało czas 48,1%, biernie 51,9%).

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że na częstość występowania upadków miał wpływ rodzaj wykonywanej pracy w wieku produkcyjnym. W grupie osób z upadkami 14,8% badanych pracowało umysłowo, a fizycznie 74,1%. Inaczej ułożyły się wyniki wśród pacjentów, którzy nie upadali - pracownicy umysłowi stanowili aż 52,2%, fizycy tylko 34,8%.

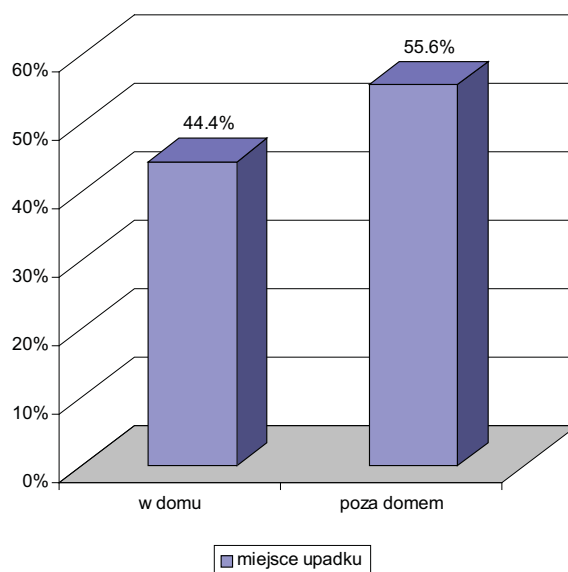
Analizie poddano także częstość występowania upadków w zależności od wieku ankietowanych.



Rys. 3. Analiza częstości występowania upadków a wiek ankietowanych.

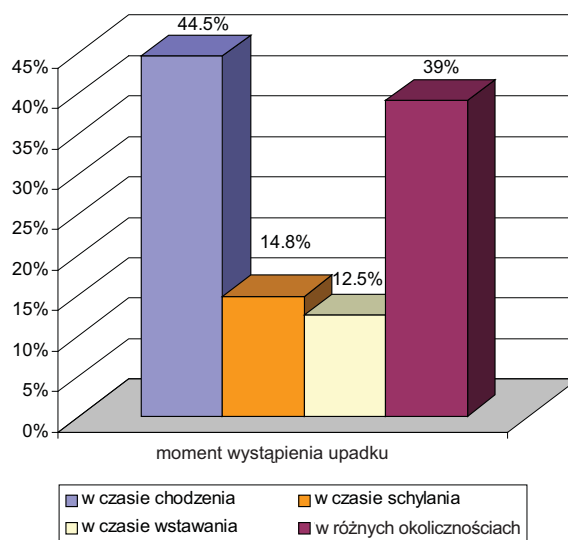
W grupie wiekowej 61-70 lat jeden upadek deklarowało 30%, dwa i więcej upadków 11,1% badanych, w przedziale wieku 71-80 lat jeden upadek zgłosiło 7,4%, dwa i więcej 33,3% pacjentów, natomiast w grupie osób w wieku 81-90 lat dwa i więcej upadków deklarowało 14,8%, a jeden upadek, podobnie jak w poprzednim przedziale wiekowym, zgłosiło 7,4% chorych.

W przeprowadzonym badaniu rozpatrywano okoliczności wystąpienia upadków (miejsce i wykonywaną w momencie upadku czynność).



Rys. 4. Analiza upadków w zależności od miejsca ich wystąpienia.

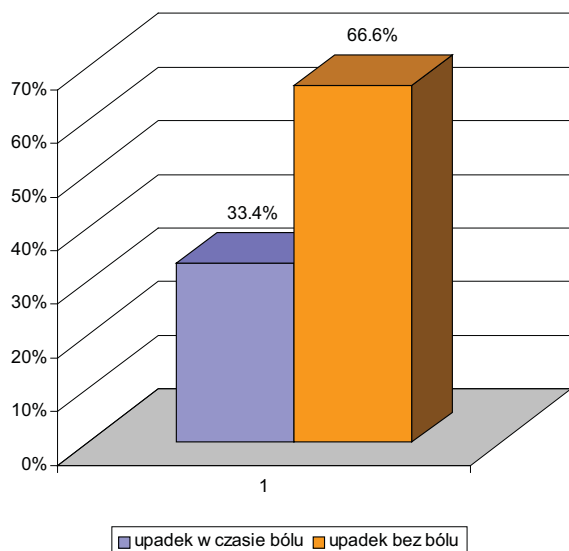
W badanej grupie 44,4% osób upadło w domu, 55,6% poza domem.



Rys. 5. Analiza osób ankietowanych w zależności od momentu wystąpienia upadku.

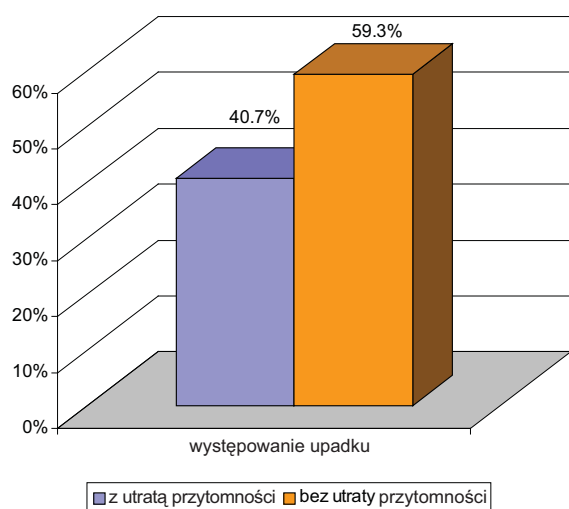
Wśród 27 osób, które doznały upadku 44,5% zdarzeń wystąpiło podczas chodzenia, 14,8% w czasie schylania, 12,5% w momencie wstawania, 39% osób doświadczyło upadku w różnych okolicznościach, zarówno w czasie chodzenia, wstawania, jak i schylania.

Istotna jest również analiza częstości upadków w zależności od wystąpienia bólu wieńcowego, a także określenie odsetka towarzyszącej upadkom utraty przytomności.



■ Rys. 6. Analiza częstości występowania upadków w zależności od bólu wieńcowego.

Upadku w czasie bólu wieńcowego doświadczyło 33,4% badanych, natomiast w 66,6% przypadków upadkom nie towarzyszył ból wieńcowy.



■ Rys. 7. Analiza występowania upadków ze względu na towarzyszącą utratę przytomności.

Utratę przytomności stwierdzono u 40,7% badanych z upadkami, 59,3% upadków nie towarzyszyła utrata przytomności.

DYSKUSJA

Analiza danych z przeprowadzonej ankiety wśród pacjentów Oddziału Kardiologii Samodzielного Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala im. J. Bizuela w Bydgoszczy, oraz Oddziału Kardiologii Samodzielного Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego im. L. Błazka w Inowrocławiu, przyczyniła się do uzyskania informacji na temat m.in.: wieku

chorych, przyczyn upadków, miejsca i okoliczności występowania upadków.

W badaniach Skalskiej i wsp. [5] przeprowadzonych na grupie 105 osób wykazano, że w okresie starości właściwej (75-89 r.ż.) częściej upadały kobiety, które stanowiły 65,4% osób z upadkami. Podobne dane podaje Żakowska-Wachelko [6] w odniesieniu do okresu wczesnej starości (do 74 r.ż.), w której również upadki częściej zdarzają się u kobiet [6]. Wśród ankietowanych pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, upadki wystąpiły u 54% badanych, z czego kobiety stanowiły 59,2%.

Według Żaka [7] 25% osób w wieku podeszłym korzysta z pomocy sprzętu ortopedycznego podczas chodu. Zbliżone wyniki uzyskano w przeprowadzonym badaniu - z zaopatrzenia ortopedycznego korzystało 26% osób doświadczających upadków, oraz 21,7% ankietowanych bez upadków.

Osoby w starszym wieku często doznają upadku w trakcie wykonywania pozornie prostej czynności. W badaniach przeprowadzonych przez Żaka, do upadku najczęściej dochodziło podczas zmiany pozycji z siedzącej na stojącą [8]. Natomiast w badaniach Skalskiej i wsp. [5] najwięcej upadków miało miejsce podczas chodu. W przedstawianym badaniu czynnością, w czasie której najczęściej dochodziło do upadków, było chodzenie. Na drugim miejscu plasowały się upadki podczas schylania, wstawania.

Przeprowadzona analiza własna wykazała, że 55,5% osób częściej upadało poza domem. Zbieżne wyniki uzyskała Skalska i wsp. [5] w badaniach przeprowadzonych w Klinice Chorób Wewnętrznych i Geriatrii w Krakowie - 54% osób upadało poza domem.

Potwierdzonym czynnikiem ryzyka jest zaawansowanie wieku podeszłego [9]. Według Żakowskiej-Wachelko ryzyko upadku wzrasta wraz z wiekiem. Szczególną skłonność do upadków mają osoby nieaktywne i niesprawne oraz - paradoksalnie - osoby zdrowe, ruchliwe, poruszające się z dużą prędkością [6]. Żak [7] uważa, że w populacji osób powyżej 65 r.ż. upada co trzecia osoba, ale już co druga powyżej 85 r.ż. Wyniki uzyskane w badanej grupie potwierdzały wzrost częstości upadków wraz z wiekiem: w przedziale wiekowym 61-70 lat upadku doznało 47,4% osób, 71-80 lat - 50%, 81-90 lat - 85,7%.

Biorąc pod uwagę skalę problemu jakim są upadki i ich następstwa w populacji geriatrycznej, należy podejmować działania minimalizujące ryzyko ich wystąpienia. Żak w badaniach własnych wykazał, że stosowanie programów rehabilitacyjnych poprawia wydolność fizyczną osób starszych a przez to zmniejsza ryzyko upadku [10]. Światowe doniesienia, także podnoszą korzystny wpływ zindywidualizowanych programów usprawniania, na obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia upadków i redukcję leku przed nimi [11].

Na ryzyko upadku składa się wiele czynników, z których tylko niektóre można wyeliminować. Mimo to warto podejmować działania zmniejszające zagrożenie upadkiem. Bardzo istotnym elementem jest współpraca zespołu geriatrycznego składającego się z: lekarza geriatry, psychologa, rehabilitanta oraz pielęgniarki środowiskowej. Warunkiem skutecznej prewencji jest świadoma współpraca pacjenta i jego rodziny z zespołem terapeutycznym.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań, dotyczących częstości i przyczyn występowania upadków u osób z chorobą niedokrwienną serca, można wysunąć następujące wnioski: częstość występowania upadków rośnie wraz z wiekiem, upadków częściej doświadczają kobiety oraz osoby o ograniczonej sprawności fizycznej, do występowania upadków mogą przyczyniać się czynniki środowiskowe, natomiast czynnością, w czasie której najczęściej dochodziło do upadków był chód.

PIŚMIENNICTWO:

1. Mandecki T. (red.): Kardiologia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000, 280-301.
2. Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K.: Upadki - istotny problem medyczny osób w wieku podeszłym. Kwartalnik Ortopedyczny. 2005; 1: 8-11.
3. Żak M.: Upadki osób starszych - analiza zagrożeń na podstawie obserwacji prowadzonych w latach 1994-2001. Przegląd Lekarski. 2002; 59: 304-307.
4. Żak M., Skalska A., Ocetkiewicz T.: Upadki osób w starszym wieku - ocena zmiany ryzyka dokonywana po roku od upadku. Rehabilitacja Medyczna. 2004; 8: 19-22.
5. Skalska A., Walczewska J., Ocetkiewicz T.: Wiek, płeć i aktywność fizyczna osób zgłaszających upadki oraz okoliczności ich występowania. Rehabilitacja Medyczna. 2003; 7: 49-53.
6. Żakowska-Wachelko B.: Zarys medycyny geriatrycznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
7. Żak M.: Upadki osób starszych. Medi 4, 2003, DPS Forum, Internet: www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=394
8. Żak M., Grodzicki T.: Ocena ryzyka upadków osób starszych - analiza zagrożeń na podstawie obserwacji własnych. Fizjoterapia Polska. 2004; 4: 391-395.
9. Żak M.: Ocena ryzyka upadków u osób starszych i możliwości prewencji. Gerontologia Polska. 2000; 8: 18-21.
10. Żak M.: Ocena wyników rehabilitacji u pacjentów geriatrycznych zagrożonych upadkiem. Gerontologia Polska. 2004; 12: 183-185.
11. Wolf S.L., Barnhart H.X., Kutner N.G., McNeely E., Coogler C., Xu T.: Reducing frailty and falls in older persons: an investigation of Tai Chi and computerized balance training. Atlanta FICSIT Group. Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques. J. Am. Geriatr. Soc. 1996; 44: 489-497.

Praca przyjęta do druku: 20.12.2010 r.

Praca zaakceptowana do druku: 10.08.2010 r.