

Omdlenie - postępowanie

Prof. dr hab. med. Zbigniew Gaciong





Omdlenie, przemijająca utrata przytomności (syncope, TLOC)

Nagła, krótkotrwała utrata przytomności wynikająca z przejściowego zmniejszenia perfuzji mózgu, zwykle samoograniczająca się i prowadząca do szybkiego powrotu świadomości.



Stan przedomdleniowy, załabnięcie (presyncope)

- Nagłe uczucie zbliżającej się utraty przytomności (przede wszystkim zawroty głowy, mroczki przed oczami, osłabienie, poty, nudności, kołatanie serca), bez rzeczywistej utraty przytomności,
- Jeśli pacjent w tym stanie zastosuje środki zapobiegawcze (np. usiądzie lub położy się), może uniknąć pełnego omdlenia
- Zwykle ustępuje samoistnie w ciągu kilku-kilkunastu sekund i jest związany z przejściowym zaburzeniem perfuzji mózgu

Objawy i przebieg

Stan przedomdleniowy – osłabienie, zawroty głowy, mroczki przed oczami, nudności, pocenie się

Omdlenie – upadek, brak reakcji na bodźce, bladość, zwolnione tętno, zwykle szybki powrót świadomości

Objawy alarmowe – niepewne pochodzenie upadku, uraz, ból w klatce piersiowej, duszność, zaburzenia neurologiczne, dłuższa utrata przytomności

Czym nie jest omdlenie?

Przypadki upośledzenia świadomości inne niż omdlenie -
napad padaczkowy, wstrząs, zaburzenia metaboliczne,
zatrucia, urazy głowy



Omdlenia - podstawowe informacje

Epidemiologia – 10-20% doświadcza omdlenia w życiu

Młodzież i młodzi dorośli - dominują omdlenia odruchowe (wazowagalne)

Osoby starsze - wyższy odsetek omdleń kardiogennych oraz związanych z hipotensją ortostatyczną

Instytucje opiekuńcze - nawet u 6% mieszkańców rocznie, częste nawroty i urazy

Oddziały ratunkowe - 1-3,5% zgłoszeń, **hospitalizacje** 1-6%

Nawroty - u ok. 35% pacjentów, zwłaszcza u osób starszych

Urazy fizyczne - u 29% chorych, z czego 4,7% doznaje poważnych obrażeń

Omdlenia kardiogenne - wiążą się z wyższym ryzykiem zgonu (18-33% rocznie)

Patofizjologia omdleń

Mechanizm patofizjologiczny	Przykładowe przyczyny	Komentarz
Nadmierna odpowiedź odruchowa (wazowagalna, neurogenna)	Omdlenia wazowagalne, sytuacyjne (np. mikcja, kaszel, ból), zespół zatoki szyjnej, uciążliwe odruchy nerwów czaszkowych	Dominuje spadek ciśnienia (wazodylatacja) i/lub zwolnienie rytmu serca (bradykardia) na skutek pobudzenia autonomicznego układu nerwowego; typowe objawy prodromalne (osłabienie, nudności, mroczki)
Niedociśnienie ortostatyczne	Hipowolemia (odwodnienie, krwotok), leki hipotensyjne, pierwotna wtórna niewydolność autonomiczna np. w cukrzycy, chorobie Parkinsona	Spadek ciśnienia po pionizacji związany z niedostateczną reakcją układu autonomicznego i/lub zmniejszeniem objętości krwi krążącej .
Zaburzenia rytmu serca	Bradykardia zatokowa, bloki przedsionkowo-komorowe, tachyarytmie (częstoskurcz, migotanie przedsionków), zespół chorej zatoki	Bezpośredni spadek wyrzutu serca i rzutu minutowego, prowadzący do niedokrwienia mózgu; nagły początek, często brak objawów zwiastunowych .
Przeszkoda w krążeniu (mechaniczna)	Zwężenie zastawki aortalnej, kardiomiopatia przerostowa, zatorowość płucna, tamponada, rozwarstwienie aorty	Ostra niedrożność przepływu krwi z lewej komory lub w dużym krążeniu, prowadząca do spadku przepływu krwi przez mózg .
Zaburzenia metaboliczne	Hipoglikemia, niewydolność wątroby, nerek, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia termoregulacji	Zaburzenia homeostazy prowadzące do pośredniego lub bezpośredniego spadku perfuzji mózgowej; często z towarzyszącymi objawami ogólnymi .
Przyczyny psychogenne	Lęk, panika, reakcje konwersyjne, hiperwentylacja	Bez rzeczywistej hipoperfuzji mózgu; rozpoznanie z wykluczenia, czasem z objawami „pozorowanymi” .

Główne przyczyny omdleń zagrażające życiu

Choroby serca i naczyń

Zaburzenia rytmu i przewodzenia

Częstoskurcz komorowy

Zespół długiego QT

Zespół Brugadów

Bradykardia blok Mobitz II° lub blok p-k III°

Przerwa zatokowa >3 sekundy,

Niedokrwienie

Ostry zespół wieńcowy, zawał mięśnia sercowego

Nieprawidłowości strukturalne

Choroba zastawkowa serca zwężenie zastawki aortalnej, mitralnej

Kardiomiopatia (niedokrwienna, rozstrzeniowa, przerostowa)

Śluzak przedsionka

Tamponada serca

Rozwarstwienie aorty

Znaczne krwawienie

Uraz z dużą utratą krwi

Krwawienie z przewodu pokarmowego

Pęknięcie tkanek tętniak aorty, ...

Zatorowość płucna

Krwiak podpajęczynówkowy

Rozwarstwienie aorty - diagnostyka

Triada objawów

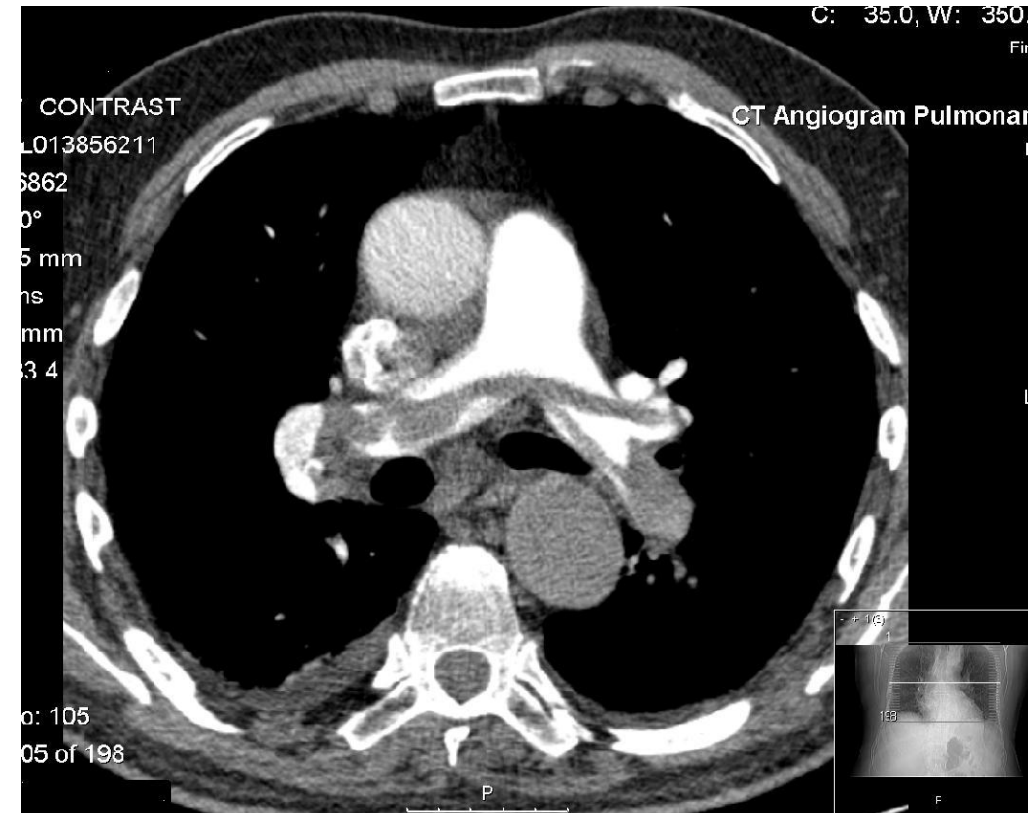
- Nagły, ostry ból w klatce piersiowej/brzucha
- Różnice tętna i ciśnienia tętniczego pomiędzy kończynami
- Poszerzenie cienia śródpiersia/aorty
- (↑Dimer-D)



Tomografia komputerowa

Objawy zatoru płucnego

- Nagła duszność (↓saturacja)
- Ból w klatce piersiowej – najczęściej kłujący, ostry, nasilający się przy głębokim wdechu lub kaszlu
- Kaszel – zwykle suchy, rzadziej z krwiopluciem
- **Omdlenie lub zasłabnięcie**
- Przyspieszony oddech i przyspieszone tętno
- Obrzęk i ból kończyny dolnej (jeśli towarzyszy zakrzepica żył głębokich)



Częste przyczyny omdleń

Omdlenie neurokardiogenne

Oddawanie moczu

Oddawanie stolca

Wywołane kaszlem

Połykanie

Drażnienie ściany gardła

Sytuacyjne

Nadwrażliwość zatoki szyjnej

Odwracanie głowy

Uciskanie szyi (np. krawat)

Golenie

Omdlenie ortostatyczne

Utrata objętości (odwodnienie, krwotok)

Dysfunkcja autonomiczna

Przedłużony odpoczynek w łóżku

Polekowe

Leki naczyniowe (blokery alfa i beta, antagoniści wapnia, azotany, inhibitory PDE)

Leki wpływające na przewodnictwo w sercu (antyarytmiczne, beta-blokery, digoksyna)

Leki wpływające na odstęp QT (antyarytmiczne, antydepresanty/antypsychotyczne, ...)

Diuretyki

Charakterystyka hipotensji ortostatycznej

Nagły spadek ciśnienia tętniczego ≥ 20 mmHg (skurczowe) lub ≥ 10 mmHg (rozkurczowe) w ciągu 3 minut po pionizacji

Objawy: zawroty głowy, osłabienie, zimne poty, nudności, zaburzenia widzenia, omdlenia

Objawy neurologiczne: dezorientacja, problemy z koncentracją

Czynniki ryzyka: wiek podeszły, choroba Parkinsona, niedokrwistość, odwodnienie, leki

Częstość: wzrost z wiekiem, do 20% osób >65 lat, nawet 80% w domach opieki

Diagnostyka: pomiar ciśnienia w różnych pozycjach, test pionizacyjny, wykluczenie innych przyczyn

Leczenie: edukacja, farmakoterapia w razie potrzeby (?)

Rokowanie: zależne od przyczyny, ryzyko upadków i powikłań u osób starszych

Próba ortostatyczna – wynik dodatni

↓ Ciśnienia skurczowego o ≥ 20 mmHg

↑ Tętno ≥ 20 /min

.....

↓ Ciśnienia skurczowego < 90 mmHg

+
objawy

.....

Odwodnienie lub dysfunkcja autonomiczna

Próba ortostatyczna



5 min

3 min



Omdlenie wazo-wagalne (odruchowe)

Najczęstsza przyczyna krótkotrwałych utrat przytomności, stanowiąca nawet do 70% wszystkich przypadków

Mechanizm: nadmierna aktywności **autonomicznego odruchu** wazodylatacja i/lub bradykardia

Typowe **czynniki wyzwalające**: długotrwałe stanie, stres, emocje, widok krwi, ból, defekacja, mikcji, ...

Objawy prodromalne (**przedomdleniowe**): zawroty głowy, nudności, bladość, nadmierna potliwość, uczucie gorąca/zimna, szybkie bicie serca, zaburzenia widzenia i słuchu, osłabienie.

Omdlenie jest zwykle **krótkotrwałe**, z szybkim i samoistnym powrotem do pełnej przytomności, rzadko towarzyszy mu zmęczenie lub niepamięć wsteczna.

Czynniki ryzyka: wiek młodzieńczy, płeć żeńska, brak chorób organicznych (najczęściej występuje u osób zdrowych).

Diagnostyka: szczegółowy wywiad, badanie przedmiotowe, test pionizacyjny (Tilt Test), wykluczenie innych przyczyn utraty przytomności.

Postępowanie: edukacja pacjenta, rozpoznanie i unikanie czynników wyzwalających, w rzadkich przypadkach leczenie farmakologiczne.

Rokowanie: zwykle dobre, choć nawracające omdlenia mogą pogarszać jakość życia i ryzyko urazów

Omdlenie wazo-wagalne (odruchowe)

Postępowanie w ostrym epizodzie

- Położyć pacjenta – najlepiej na plecach z uniesionymi kończynami dolnymi.
- Zapewnić dostęp do świeżego powietrza, zdjąć uciskające ubranie.
- Ocenić przytomność i parametry życiowe. W razie długotrwałej utraty przytomności – wdrożyć standardowe działania resuscytacyjne.

Omdlenie wazo-wagalne (odruchowe)

Profilaktyka

- Unikanie długotrwałego przebywania w jednej pozycji (szczególnie stojącej)
- Ćwiczenia przeciwomdleniowe – napinanie mięśni nóg, skrzyżowanie nóg, zaciskanie pięści podczas zwiastunów omdlenia
- Unikanie odwodnienia
- Regularna aktywność fizyczna (spacery, pływanie, jazda na rowerze)
- Unikanie nadmiernego spożycia moczopędnych napojów (kawa, herbata, alkohol)
- W przypadku zwiastunów omdlenia – natychmiastowe położenie się z uniesieniem nóg
- Edukacja pacjenta, informowanie o naturze choroby i czynnikach prowokujących omdlenie

Podstawowe kwestie w ocenie pacjenta z omdleniem

- Czy to rzeczywiste omdlenie, czy też jakiegokolwiek inne poważne stan chorobowy odpowiada za utratę przytomności pacjenta (np. udar, napad padaczkowy, uraz głowy)?
- Jeśli to rzeczywiste omdlenie, czy istnieje wyraźna przyczyna zagrażająca życiu?
- Jeśli to rzeczywiste omdlenie, a przyczyna nie jest jasna, czy pacjent znajduje się w grupie wysokiego ryzyka?

Kluczowe elementy wywiadu lekarskiego istotne dla ustalenia przyczyny omdleń

Element wywiadu	Cel / Przykładowe pytania	Znaczenie diagnostyczne
Opis okoliczności zdarzenia	Kiedy, gdzie, w jakiej sytuacji doszło do omdlenia? (w pozycji stojącej, podczas wysiłku, po szybkiej pionizacji, po posiłku, podczas stresu, bólu, krztuszenia się, mikcji itp.)	Pomaga różnicować omdlenia wazowagalne, sytuacyjne, ortostatyczne i kardiogenne .
Czas trwania utraty świadomości	Jak długo trwało omdlenie?	Omdlenie trwa zazwyczaj krótko (<20 sekund); dłuższe epizody sugerują inne przyczyny .
Objawy prodromalne (zwiastunowe)	Czy przed utratą przytomności wystąpiły objawy zwiastunowe? (kołatanie, zawroty, mroczki przed oczami, nudności, potliwość, osłabienie, uczucie gorąca)	Objawy prodromalne są typowe dla omdlenia wazowagalnego/odruchowego. Ich brak może wskazywać na przyczyny kardiogenne .
Czas trwania powrotu do pełni sił po zdarzeniu	Jak szybko pacjent wrócił do pełni świadomości i sił?	Szybki powrót do pełnej sprawności typowy dla omdleń, zwolniony w innych stanach zaburzeń świadomości .
Wcześniejsze omdlenia	Czy były wcześniejsze podobne zdarzenia? Jak często i w jakich okolicznościach?	Nawracające omdlenia mogą wskazywać na przewlekłe schorzenia lub sugerować łagodną patofizjologię .
Omdlenia w rodzinie	Czy w najbliższej rodzinie występowały omdlenia lub nagłe zgony sercowe?	Rodzinna obecność nagłych zgonów sercowych sugeruje ryzyko kardiogenezy (np. kanałopatie, kardiomiopatie) .
Choroby współistniejące	Jakie choroby przewlekłe, przebyte wcześniej (choroby serca, układu nerwowego, metaboliczne, endokrynologiczne)?	Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, np. hipoglikemii, niedokrwistości, padaczki, ...

Kluczowe elementy wywiadu lekarskiego istotne dla ustalenia przyczyny omdleń

Element wywiadu	Cel / Przykładowe pytania	Znaczenie diagnostyczne
Przyjmowane leki	Jakie leki przyjmuje pacjent (szczególnie leki kardiologiczne, hipotensyjne, psychotropowe, moczopędne, przeciwcukrzycowe)?	Leki mogą powodować lub nasilać omdlenia (hipotensja, zaburzenia rytmu, hipoglikemia itp.) .
Objawy towarzyszące	Objawy towarzyszące utracie przytomności (drgawki, nietrzymanie moczu/kału, urazy, sinica, niepamięć wsteczna)?	Ułatwiają różnicowanie m.in. z objawami padaczki, udaru, urazu czaszkowo-mózgowego
Czynniki prowokujące	Czy można wskazać wywołujące czynnik (stres, ból, gwałtowny ruch, zmiana pozycji, kaszel, mikcja, defekacja)?	Pomaga w diagnostyce omdleń sytuacyjnych i wazowagalnych .
Wyniki badań obrazowych/ laboratoryjnych	Czy były w przeszłości nieprawidłowości w EKG, echokardiografii, MRI/CT głowy, badaniach laboratoryjnych?	Pozwala na wykluczenie organicznych przyczyn omdleń (arytmie, strukturalne choroby serca, guzy, krwawienia) .
Stosowanie używek	Czy pacjent używa substancji psychoaktywnych, alkoholu?	Substancje psychoaktywne mogą być przyczyną omdleń
Szczegóły dotyczące urazów	Czy doszło do upadku, urazu głowy, złamań?	Pomaga ocenić konsekwencje omdlenia oraz różnicować z urazami czaszkowo-mózgowymi .
Wiek i płeć	Wiek, płeć, chronologia	Omdlenia odruchowe częstsze u młodych, omdlenia kardiogenne częstsze u starszych) .

Omdlenie czy padaczka?

Napad padaczkowy

- Aura (prodrom) odmienna od charakterystycznej dla omdlenia wazowagalnego
- Ustalenie wzroku, zwykle ku górze i/lub na boki
- Nagły początek epizodu z towarzyszącym urazem
- Obecność fazy tonicznej przed wystąpieniem rytmicznych ruchów klonicznych
- Odchylenie głowy lub nietypowe ułożenie ciała podczas epizodu
- Przygryzienie języka (szczególnie jego bocznej części)
- Nietrzymanie moczu lub stolca
- Przedłużający się okres po napadzie (pomrocność]

Istotne elementy badania fizykalnego u pacjenta po omdleniu

Pomiary podstawowych parametrów życiowych

- ciśnienia tętniczego (w pozycji leżącej i po pionizacji, obie kończyny)
- tętna
- częstości oddechów
- saturacja;
- ocena pod kątem ewentualnej hipotonii ortostatycznej

Badanie serca

- osłuchiwanie w poszukiwaniu szmerów, arytmii, nieprawidłowych tonów serca

Badanie płuc: osłuchiwanie w kierunku obrzęku płuc, odmy, płynu w jamach opłucnowych

Naczynia: obecność szmerów naczyniowych (szyja!)

Badanie neurologiczne: ocena czucia i ruchów kończyn, objawów oponowych, obecności asymetrii, zaburzeń mowy, oczopląsu, drgawek, objawów porażenia połowiczego; ocena stanu świadomości, orientacji allopsychicznej i autopsychicznej

Istotne elementy badania fizykalnego u pacjenta po omdleniu

Stan nawodnienia: ocena turgoru skóry, wypełnienia żył szyjnych, suchości błon śluzowych, dermografizmu

Ocena powikłań omdlenia: urazy głowy, kończyn, rozpoznanie możliwych obrażeń pourazowych, krwaków, ran, złamań

Badanie jamy brzusznej: palpacja, osłuchiwanie, ocena napięcia powłok brzusznych, ewentualnej obecności patologicznych mas.

Objawy świadczące o niedokrwistości bladość powłok, bladość spojówek, ocena wypełnienia kapilar.

Ocena narządów zmysłów: zapach z ust (hipoglikemia, encefalopatia wątrobowa), ocena wzroku, słuchu

Badania dodatkowe u pacjenta po omdleniu

- EKG + monitorowanie w SOR
- Glukoza
- Elektrolity
- Hematokryt
- Peptydy natriuretyczne
- Troponina

Skala FAINT – ryzyko poważnych zdarzeń sercowych u pacjentów ≥ 60 lat z omdleniem

Kryterium	Punktacja
F – Niewydolność serca (Heart failure)	+1
A – Arytmia (Arrhythmia)	+1
I – Nieprawidłowe EKG (Initial ECG abnormal)	+1
N – $\uparrow$ NT-proBNP (NT-proBNP)	+2
T – $\uparrow$ hs-troponina T (hs-troponin T)	+1

Wynik	Ryzyko poważnego zdarzenia sercowego w ciągu 30 dni
0	<1% (ujemna wartość predykcyjna >99%)
≥ 1	Istotnie wyższe prawdopodobieństwo zgonu lub poważnego zdarzenia sercowego

Czynniki wysokiego ryzyka powikłań u pacjenta z omdleniem

Okoliczności omdlenia

- W czasie wysiłku
- W pozycji leżącej
- Ból w klatce piersiowej
- Poprzedzające kołatanie serca
- Dusznosc

Dane z wywiadu

- Nagłe zgony sercowe w rodzinie
- Choroby serca
- Zmiany w EKG

W chwili oceny

- Niedokrwistość Hg < 9 g/dl
- Ciśnienie skurczowe < 90 mmHg
- Bradykardia < 40 uderzeń/min

EKG

- Blok lewej odnogi (nowy)
- Blok dwuwiazkowy + blok p-k I °
- Zespół Brugada
- Ostre niedokrwienie mięśnia sercowego
- Nowy rytm niezatokowy
- Blok dwuwiazkowy
- Wydłużony QTc (>450 ms)]

Czynniki niskiego ryzyka powikłań u pacjenta z omdleniem

Okoliczności omdlenia

- Tylko podczas stania
- Wstawanie z pozycji leżącej/siedzącej
- Nudności/wymioty przed omdleniem
- Uczucie gorąca przed omdleniem
- Wyzwolony przez bolesny lub silnie stresujący bodziec emocjonalny
- Wyzwolony przez kaszel/wypróżnianie/mikcję

Dane z wywiadu

- Długoletnia (wieloletnia) historia omdleń o tych samych cechach jak obecny epizod



Po przeanalizowaniu wywiadu, wyników badania fizykalnego oraz elektrokardiogramu (EKG), lekarze na oddziale ratunkowym są w stanie ustalić jednoznaczną przyczynę około **50 procent** przypadków.

Długoterminowa rejestracja EKG



Dziękuję

