

חולשה גריאטרית

הערכת גורמים לתלונות נפוצות בקרב קשישים

צוות BLS משוגר לבית נופש עבור גבר בן 77 מחוסר הכרה.

פרמדיק מצטרף לצוות ה-BLS המגיב לזירה. הם מגיעים לבית נופש כפרי ומטופח כ- 5 דקות לאחר הזנקתם ומתקבלים בכניסה לבית ע"י מספר בני משפחה. המטופל נמצא יושב על כיסא גלגלים בסלון ביתו שהוסב עבורו לחדר שינה. עיניו סגורות, אך הוא עונה לשאלות באופן מתאים.

הוא שומר על נתיב האוויר ולא נראה כי נמצא במצוקה כל שהיא. בני המשפחה מדווחים כי הוא הפך להיות חלש מאוד במהלך הימים האחרונים. בדרך כלל הוא מסוגל לנוע בכוחות עצמו בכיסא הגלגלים ולהגיע למקלחת הנמצאת בהמשך המסדרון בעזרת הליכון, אך כעת הוא זקוק לסיוע של 3 אנשים על מנת להגיע למקלחת. הם מאוד מודאגים ממצבו.

נמדדים סימנים חיוניים המדגימים דופק 70 בדקה, לא סדיר במישוש, קצב נשימות עומד על 14 בדקה, סאטורציה 94% באוויר חדר ולחץ דם 150/80. הטמפרטורה עומדת על 37.5 מעלות. אישוניים שווים ומגיבים לאור. פיו יבש. בהאזנה- ריאות נקיות וכניסת האוויר טובה ושווה, קולות לב נשמעים לא סדירים, ללא אוושות, ללא קולות שפשוף או קולות נוספים. הבטן רכה ולא רגישה. הצוות שם לב לנוכחות בצקת בשתי הגפיים התחתונות ושינויים במרקם העור בעקבות הצטברות הנוזלים. דופק פריפרי נמוש בכל 4 הגפיים. העור חם ויבש ללא פריחה. העצבים הקרניאליים נבדקים, ללא ממצא חריג. כוח גס חלש, אך שווה בשתי הידיים. ללא א-סימטריה בפנים. הם שמים לב כי הדיבור איננו ברור.

המטופל נעזר בשני אנשי צוות על מנת לקום והוא מסוגל להסתובב במקומו על מנת לשבת על מיטת האמבולנס. הוא נחגר בחגורת בטיחות ומועמס לאמבולנס לצורך פינוי.

מחברים למטופל מוניטור לבבי באמבולנס. הקצב המודגם הינו פרפור עליות. מבוצע א.ק.ג. 12 לידים המדגים פרפור עליות במהירות 66 בדקה ומלווה בפעילות מוקדמות ממקור חדרי { PREMATURE VENTRICULAR CONTRACTION- PVC }. מושגת גישה ורידית ביד שמאל. רמת הגלוקוז בדם עומדת על 172. לאחר מכן המטופל מציין כי הוא חש צורך לתת שתן והוא נותן כמות קטנה של שתן מרוכז בצבע צהוב כהה.

בעקבות השילוב בין שתן מרוכז וכהה, פה יבש וחולשה, מותחל מתן עירוי סליין 500 מילי ליטר המלווה בתגובה טובה של המטופל- הוא מתחיל להיות ערני יותר ולדבר עם הצוות.

במהלך הפינוי, נלקחת היסטוריה רפואית נוספת. המטופל מדווח כי הוא חש חלש במשך השבועות האחרונים, אך תחושה זו הפכה להיות בולטת יותר בחמשת הימים האחרונים. כמו כן, הוא מדווח כי לאחרונה קיבל טיפול להרפס זוסטר בעקבות שלבקת חוגרת { HERPES ZOSTER- SHINGLES } שאובחנה לאחר שפיתח פריחה כואבת בפנים. הוא מדווח כי היה במעקב את רופאו ונאמר לו כי כאב הראש שחש הוא כאב ראש עצבי לאחר זיהום מהרפס { POST-HERPATIC NEURALGIA }. הרופא רשם לו נוירונטין { NEURONTIN } שהוא חש כי איננו עוזר לו. הוא טוען כי הבוקר שם לב שראייתו נחלשה. הוא חווה "אורות מהבהבים" בשדה הראייה הימני שלו.

הפינוי לביה"ח עובר ללא אירועים מיוחדים. הצוות סוקר במהלך הפינוי את ההיסטוריה הרפואית ואת התרופות הקבועות. לפרמדיק ישנה מערכת יחסים טובה עם צוות בית החולים והוא מדווח הן לאחות והן לרופא את כל הידוע לו. דגימת השתן ניתנת לצוות בית החולים לצורך בדיקה ותרביית שתן, באם תהיה התוויה.

מהלך המטופל בבית החולים

זיהום בדרכי השתן נשלל, כמו גם זיהומים אחרים כאשר רמת תאי הדם הלבנים תקינה. ספירה של תאי הדם האדומים תקינה גם היא, ממצא השולל אנמיה כסיבה לחולשה. CT ראש שולל שבץ מוחי. הרופא בודק את שקיעת תאי הדם אדומים {ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE- ESR}- מדד לא ספציפי המעיד על תהליך דלקתי- מדד זה נמצא בעליה משמעותית של 96. המטופל מתקבל לאשפוז לצורך המשך בירור. בעקבות כאב הראש והשקיעה המואצת, צוות בית החולים מזמין אולטרה- סאונד גולגולתי המדגים סימני הילה המצביעים על דלקת עורקים {טמפורליים} המערבת תאי ענק {GIANT CELL ARTERITIS- GCA}. חולשת המטופל באה לידי ביטוי בעיקר בירכיים ובחגורת הכתפיים, כך שהמטופל מאובחן עם פולימיאלגיה ראומטיקה {POLYMYALGIA RHEUMATICA- PMR}. המטופל מתחיל טיפול פומי בפרדינזון {PREDNISONE} עם שיפור מהיר בסימפטומים של החולשה, כאבי הראש והפרעות הראייה.

לבסוף, מבוצעת ביופסיה מהעורק הטמפורלי. הביופסיה חוזרת לא חד משמעית, אך בהתחשב בשיפור שחש המטופל לאחר נטילת הפרדינזון, הצוות חש בבטחה כי האבחנה והטיפול היו נכונים ומתאימים. המטופל מוערך ע"י צוות מרפאים בעיסוק ודיבור והוא משוחרר לביתו.

דיון

פולימיאלגיה ראומטיקה היא המחלה הדלקתית השיגרונת האוטו-אימונית השנייה בשכיחותה. סיבתה איננה ידועה. הסימפטומים יכולים לכלול נוקשות, כאב, דלקת של קרומי המפרקים, בצקות במפרקים, התרככות שרירים, חולשה, טווח תנועה מוקטן, אי נוחות, בחילות, איבוד משקל, דיכאון ועליית חום. לרוב, המטופלים יותר סימפטומטיים בשעות הבוקר. השכיחות הגבוהה ביותר נעה בין גילאי 70-80. מחלה זו נפוצה יותר בנשים, כאשר נשים מהוות 65-75% מכלל החולים במחלה.

דלקת עורקים טמפורליים הינה דלקת של העורקים בעלי קוטר בינוני- גדול והיא עלולה להוביל לחסימת עורקים עם סיבוכים איסכמיים, כגון מחלה איסכמית של עצבי הראייה. תהליך זה עלול להוביל לפגיעה בראייה ב 10-15% מהמטופלים. ההערכות שונות, אך עד 50% מהמטופלים עם דלקת עורקים טמפורליים מאובחנים גם עם פולימיאלגיה ראומטיקה. השכיחות נמצאת בשיאה בלבנים מאזור צפון אירופה.

אבחנה של דלקת עורקים טמפורליים ושל פולימיאלגיה ראומטיקה היא מאתגרת וזאת משום שממצאים אובייקטיביים לרוב נעדרים. האבחנה נשענת בעיקר על הקליניקה בסיוע בדיקות מעבדה, הדמיות ושלילת אבחנות אחרות.

הטבלה הבאה מדגימה סידרה אפשרית אחת של קריטריונים אבחנתיים לפולימיאלגיה ראומטיקה :

קריטריונים אבחנתיים לפולימיאלגיה ראומטיקה

גיל 50 או יותר בהופעת הסימפטומים
קשיחות שרירים פרוקסמיאלית ודו צדדית הנמשכת מעל שבועיים
קצב שקיעת כדוריות דם אדומות מעל 40
העדר מחלות אחרות המסוגלות לגרום לאותם סימפטומים
העלמות מהירה של הסימפטומים עם נטילת גלוקו-קורטקואידים

הטבלה הבאה מדגימה קריטריונים אבחנתיים לדלקת עורקים טמפורליים :

קריטריונים אבחנתיים לדלקת עורקים טמפורליים :

רגישות בעורקים הטמפורליים	כאב ראש חדש
חום או אנמיה בלתי מוסברים	התחלה פתאומית של הפרעות בראייה
קצב שקיעת כדוריות דם אדומות גבוה	סימני פולימיאלגיה ראומטיקה
סימני הילה באולטרה-סאונד לעורקים טמפורליים	הפרעה בתנועת הלסת
	ביופסיה חיובית מעורק טמפורלי

באופן מעניין, אולטרה-סאונד של העורק הטמפורלי מבוצע בקלות והוא כלול ברשימת הבדיקות האבחנתיות לדלקת עורקים טמפורליים. ניתן יהיה לחקור מצב רפואי זה טוב יותר כאשר מכשירי אולטרה-סאונד יהיו זמינים יותר בקדם בית החולים.

הטיפול, הן לפולימיאלגיה ראומטיקה והן לדלקת עורקים טמפורליים מורכב מהתחלה נכונה של גלוקו-קורטקואידים, כאשר נדרשים מינונים גבוהים יותר עבור דלקת עורקים טמפורליים. התלקחויות של המחלה הן נפוצות וההפחתה בנטילת הגלוקו-קורטקואידים היא בד"כ איטית ביותר וקשה.

מסקנות

נטילת היסטוריה מדויקת, ביצוע בדיקת פיזיקאלית מלאה ושקילת האבחנה המבדלת הם הכרחיים עבור טיפול טוב ונכון במטופלים. כמו כן, חולשה הינה תלונה נפוצה בקשישים.

הטבלה הבאה מרכזת אבחנות מבדלות לחולשה בקרב האוכלוסייה הגריאטרית.

אבחנה מבדלת לחולשה כללית באוכלוסייה הגריאטרית

<u>מחלות זיהומיות</u>	<u>הפרעות המטבוליות</u>
ספטיס	אנמיה
<u>זיהום בדרכי השתן</u>	<u>הפרעות מטאבוליות</u>
דלקת ריאות	התייבשות
החמרה ב- COPD	היפונתרמיה
שפעת	היפוגליקמיה
דלקת קרומי המוח {מנינגיטיס}	היפרגליקמיה
<u>הפרעות לבביות</u>	היפוקלמיה
תסמונת תעוקת חזה חריפה	היפרקלמיה
כשל לבבי בלתי מפוצה	<u>הפרעות כלייתיות</u>
תסמונת הסינוס החולה { SICK SINUS SYNDROME }	פגיעה כלייתית חריפה
<u>הפרעות נירולוגיות</u>	מחלה כלייתית כרונית
שבץ מוחי	<u>שונות</u>
לחץ עצבי { היצרות חוט השדרה }	פולימיאלגיה ראומטיקה
מחלת פרקינסון	דיכאון
מיאסטניה גרביס	דום נשימה בשינה
<u>הפרעות אנדוקריניות</u>	גידולים
היפותירואידיזם	הרעלות
טיירוטוקסיקוזיס	מינון יתר
אי ספיקת אדרנל	תופעות לוואי/ תגובות תרופתיות

טבלה זו כוללת אבחנות נפוצות רבות שאנו רואים על בסיס יום-יומי, אך היא גם כוללת חלק מהאבחנות הפחות נפוצות. פתגם רפואי ישן אומר: "כאשר אתה שומע את צלילי הפרסות, תחשוב על סוסים, לא על זברות". הזברות צריכות עדיין להיות באבחנה המבדלת, אבל הרחק בתחתית הרשימה.

אולם, לעיתים, צלילי פרסות אלו הם באמת זברות. ע"י יצירת אבחנה מבדלת ותקשורת טובה עם צוות בית החולים, מטפלי רפואת החירום יכולים להשפיע מאוד על תוצאות הערכת המטופל במלר"ד ולאורך כל תקופת השחות של המטופל בבית החולים.

[המאמר פורסם בגיליון JEMS-4/16, תורגם ונערך ע"י איתי טילינגר-](#)

[פרמדיק מרחב ירקון](#)