

Tungpust på legevakt

Per Bakke

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Agenda

- 1. Tungpust
- 2. Symptomer og kliniske funn
- 3. Utredning
- 4. Noen spesielle situasjoner
- 5. Konklusjon

2 Kasuistikker – telefonen (I)

- Henrik, 35 år akutt tung i pusten mens han så på Dagsrevyen
- Inger, 60 år økende tungpustet siste 4 dagene

Tungpust (I)

- Graden av tungpust
 - Ved gange i motbakken
 - Ved gange på flate veien
 - Ved av og på kledning
 - I ro/ klarer nesten ikke å puste

Tungpust- ledsagende symptomer

- Bevissthetsnivå
- Smerter
 - Lokalisering
 - Natur
 - Respirasjonsavhengige
- Piping
- Hoste, oppspytt, feber
- Andre symptomer
- Kjente diagnoser

2 Kasuistikker – telefonen (II)

- Henrik, 35 år akutt tung i pusten mens han så på Dagsrevyen, lett besværet, ingen smerter, hoster litt
- Inger, 60 år økende tungpustet siste 4 dagene. Smerter retrosternalt siste 30 min, kvalm, AMI for 4 år siden

Legeundersøkelsen (I)

- Symptomer som over
- Andre diagnoser
- Allergier
- Nylig operert
- Mk, røykevaner

Legeundersøkelsen (II)

- Bevissthetsnivå
- Respirasjonsbesvær
- Bruk av den aksessoriske respirasjonsmuskulatur
- Respirasjonsfrekvens
- Trachea i midtlinjen
- Huden: klam eller tørr/varm, cyanose

Legeundersøkelsen (III)

- Auskultasjon:
 - Sammenlign de to sidene
 - Lytt rundt hele thorax
 - Er det sidelike respirasjonslyd?
 - Er det fremmedlyder?
 - Hvilke?
 - Hvilken del av respirasjonssyklus?
 - Lokalisering?

Auskultasjon

- Alt som piper er ikke astma
 - Expiratorisk piping og forlenget ekspirium: astma, KOLS, hjertesvikt
 - Inspiratorisk og ikke forlenget ekspirium: sentral obstruksjon (fremmedlegeme, tumor, infeksjon)
- Knatring: pneumoni, svikt, fibrose
- Bronkial blåst: tett vev (pneumoni)
- Gnidning: pleuritt, lungeemboli

Perkusjon

- Dempning?

Kombinasjon av auskultasjon og perkusjon

- Sidedforskjell i respirasjonslyd og dempning:
 - Pneumoni
 - Pleuravæske
 - Tumor
 - Høystand av hemidiafragma
- Sidedforskjell i respirasjonslyd og ikke dempning
 - Emfysem
 - Pneumothorax

Annen klinisk undersøkelse

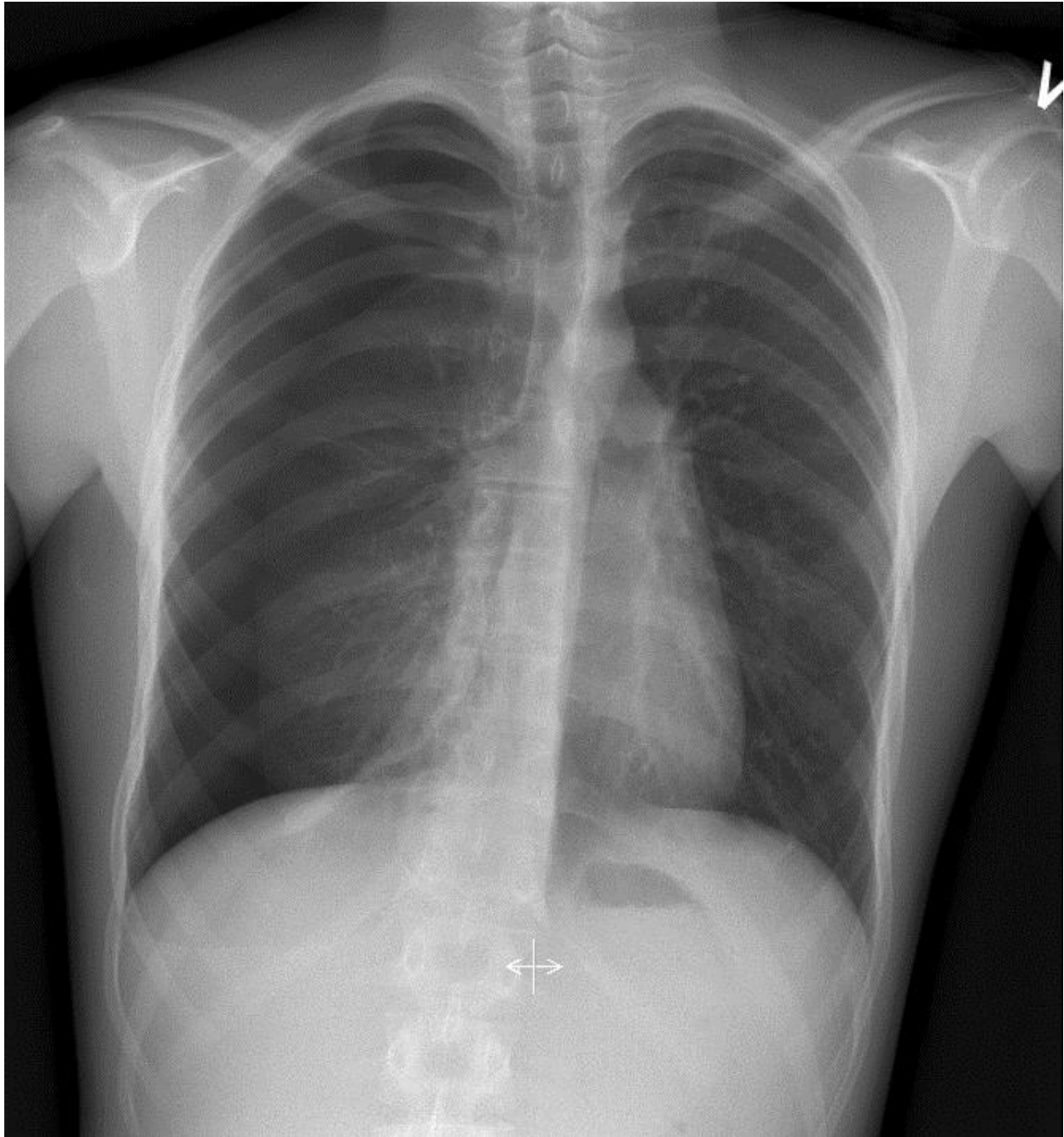
- BT, puls
- Hjerte
- Abdomen, u-ex
- Nevrologisk status

Tilleggsundersøkelser

- EKG
- Blodprøver: Hb, CRP, O₂-metning, D-dimer, B-glc
- PEF
- Rtg thorax

Kasuistikk

- Henrik, 35 år akutt tung i pusten mens han så på Dagsrevyen, lett besværet, ingen smerter, hoster litt, intet oppspytt, ingen feber
- Tidligere frisk, røyker
- Auskultasjon: svekket respirasjonslyde hø side, ingen dempning
- Metning 94% uten O₂



Noen spesielle situasjoner

Vurdering av astmaanfall

- Lett anfall
 - Lett hviledyspnø
 - Pasienten ligger flatt i sengen
 - Moderat/rikelig pipelyder over lungene

Vurdering av astmaanfall

- Lett anfall
 - Lett hviledyspnø
 - Pasienten ligger flatt i sengen
 - Moderat/rikelig pipelyder over lungene
- Moderat anfall
 - Tydelig begrenset aktivitet
 - Pasienten sitter opp i sengen
 - Aksessoriske respirasjonsmuklatur
 - Rikelig pipelyder over lungene

Vurdering av astmaanfall

- Lett anfall

- Lett hviledyspnø
- Pasienten ligger flatt i sengen
- Moderat/rikelig pipelyder over lungene

- Moderat anfall

- Tydelig begrenset aktivitet
- Pasienten sitter opp i sengen
- Aksessoriske respirasjonsmuklatur
- Rikelig pipelyder over lungene

- Alvorlig anfall

- Delvis eller helt imbolisert
- Pasienten sitter i sengen
- Taledyspnø
- Aksessoriske respirasjonsmuklatur
- Etterhvert stille lunger
- Utmattelse og bevistløshet
- HR > 125/min
- RR > 25/min

Antibiotika ved KOLS eksaserbasjon

- Anthonison kriteriene:
2 av 3 kriterier:
 - Økt hoste med oppspytt
 - Purulens
 - Økt tungpust

Vanligste mikroorganismer ved KOLS eksaserbasjoner

- *S. pneumoniae*
- *H. influenzae*
- *M. catarrhalis*

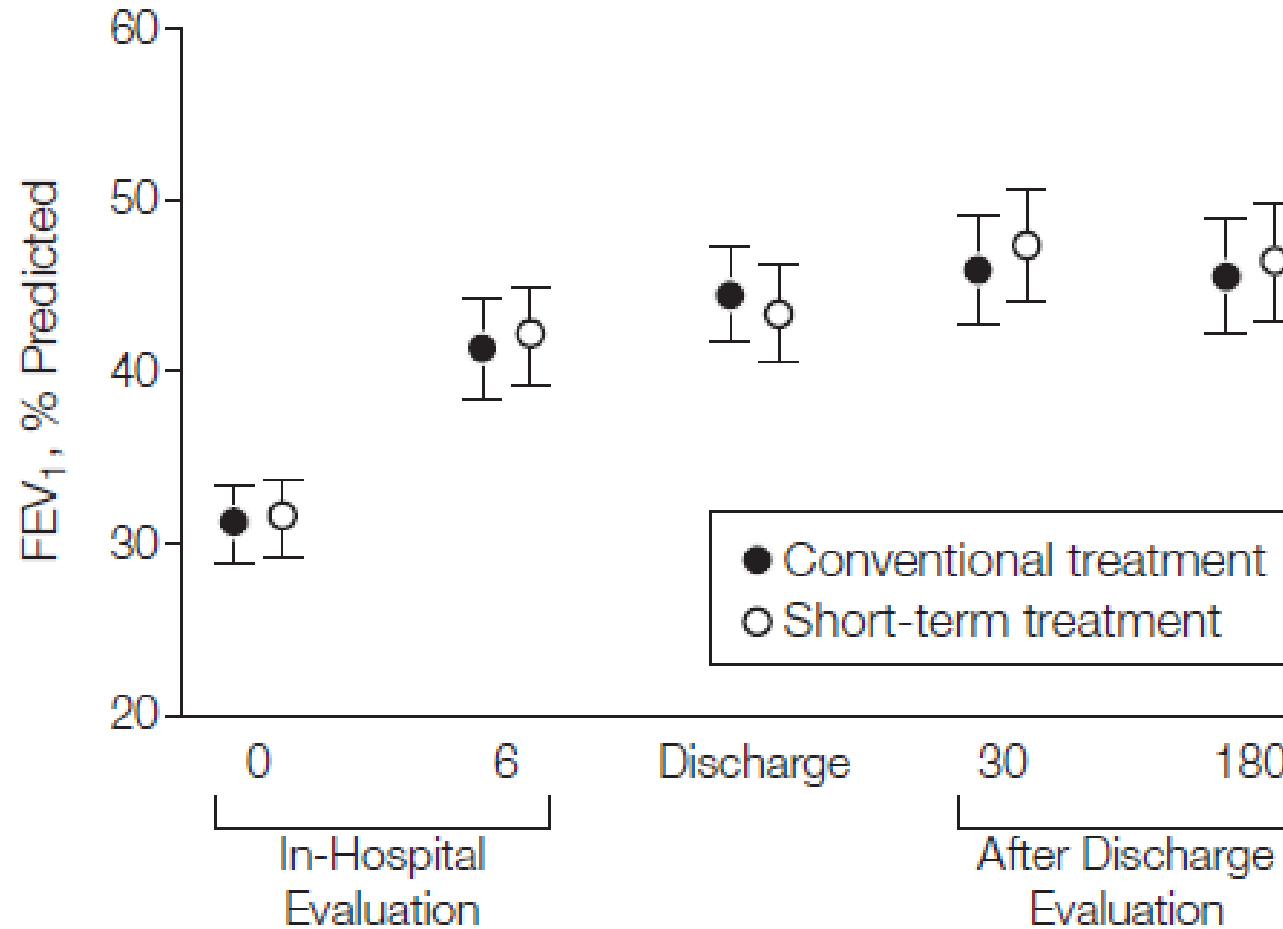
KOLS eksaserbasjon - antibiotika

- Amoksicillin 500 mg x 3 x7-10d
- Erytromycin 500 mg x 4 x7-10d

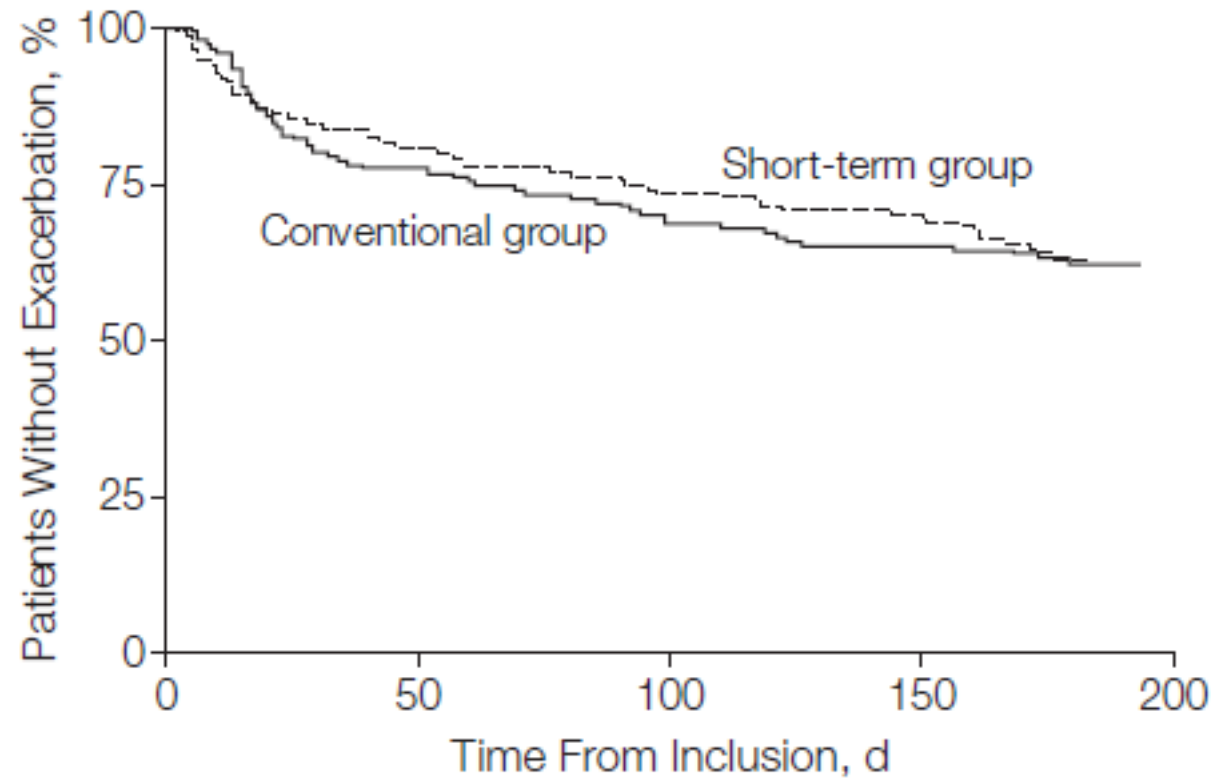
Hvor lenge skal vi behandle med perorale steroider ved en KOLS-eksaserbasjon?

- Konvensjonell behandling: 14 dager 40 mg
- Kortidsbehandling: 5 dager 40 mg

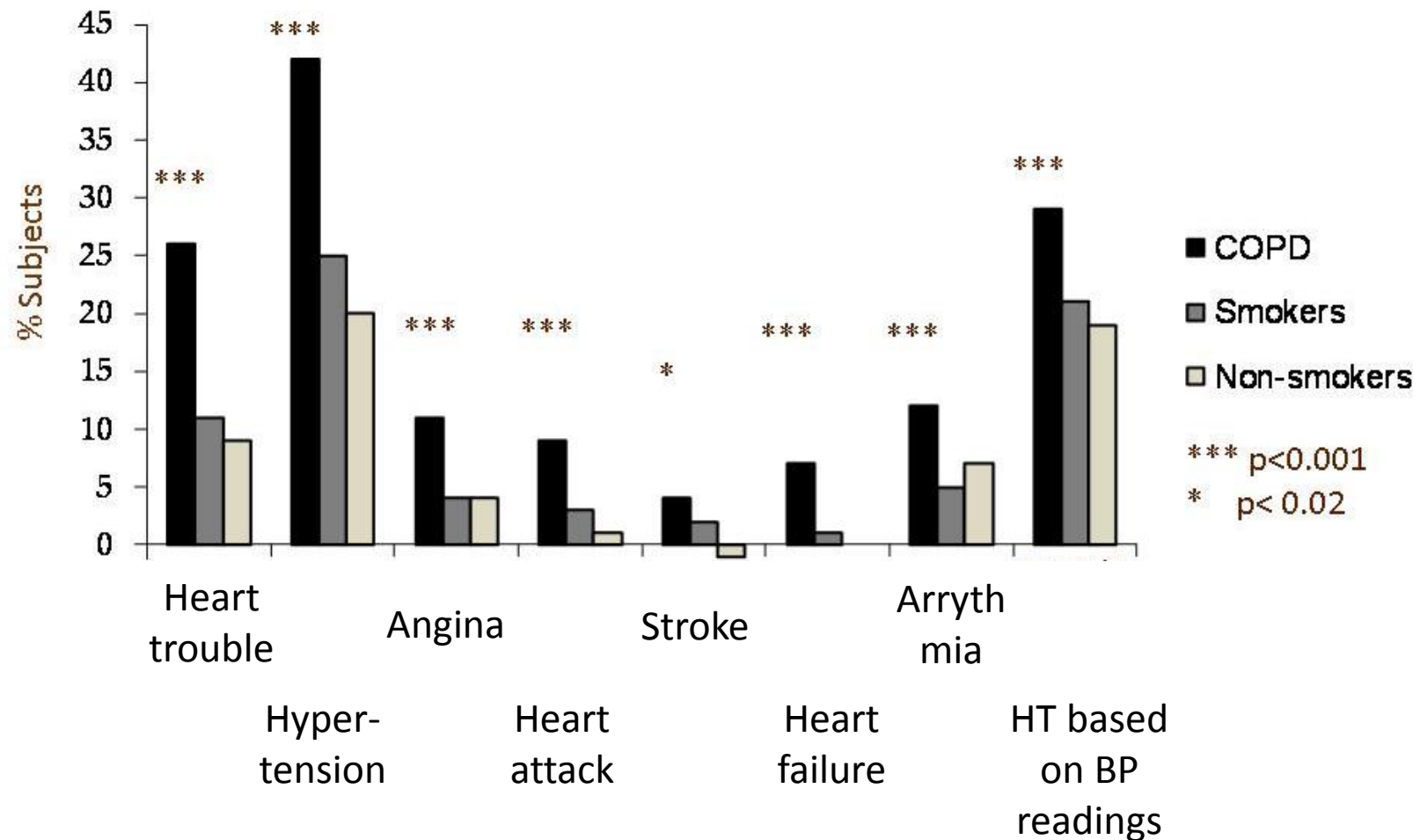
FEV1 etter eksaserbasjon hos de med konvensjonell behandling og de med korttidsbehandling



Andelen pasienter uten ny eksaserbasjon hos de med konvensjonell og korttidsbehandling



Prevalence of cardiovascular co-morbidities in ECLIPSE



KOLS og hjerte

- Hvorfor er det hjertekar sykdom og KOLS relatert?
 - Felles risikofaktorer
 - KOLS er en betennelsesykdom som spiller over på hjerte
 - Direkte mekanisk belastning på hjerte fra lungene
 - Akutte forverrelser av KOLS gir lav surstoff i blodet, uheldig for hjerte
 - Bivirkning av behandling
 - Tenk KOLS hos hjertepasientene
 - Tenk hjertekarsykdom hos KOLS pasientene

Lungeembolisme

- Uspesifikke symptomer
- Diff diagnose til alt: AP, AMI, KOLS, pneumoni, pneumothorax, plueritt, hyperventilasjon
- Wells skår + D-dimer

Norsk Pneumotoraksstudie



- Randomisering for primær intervensjon

1. Aspirasjon (NA) (Eksuflering)
or
2. Drenbehandling (CTD)



- Mislykket NA medførte sekundær drenbehandling

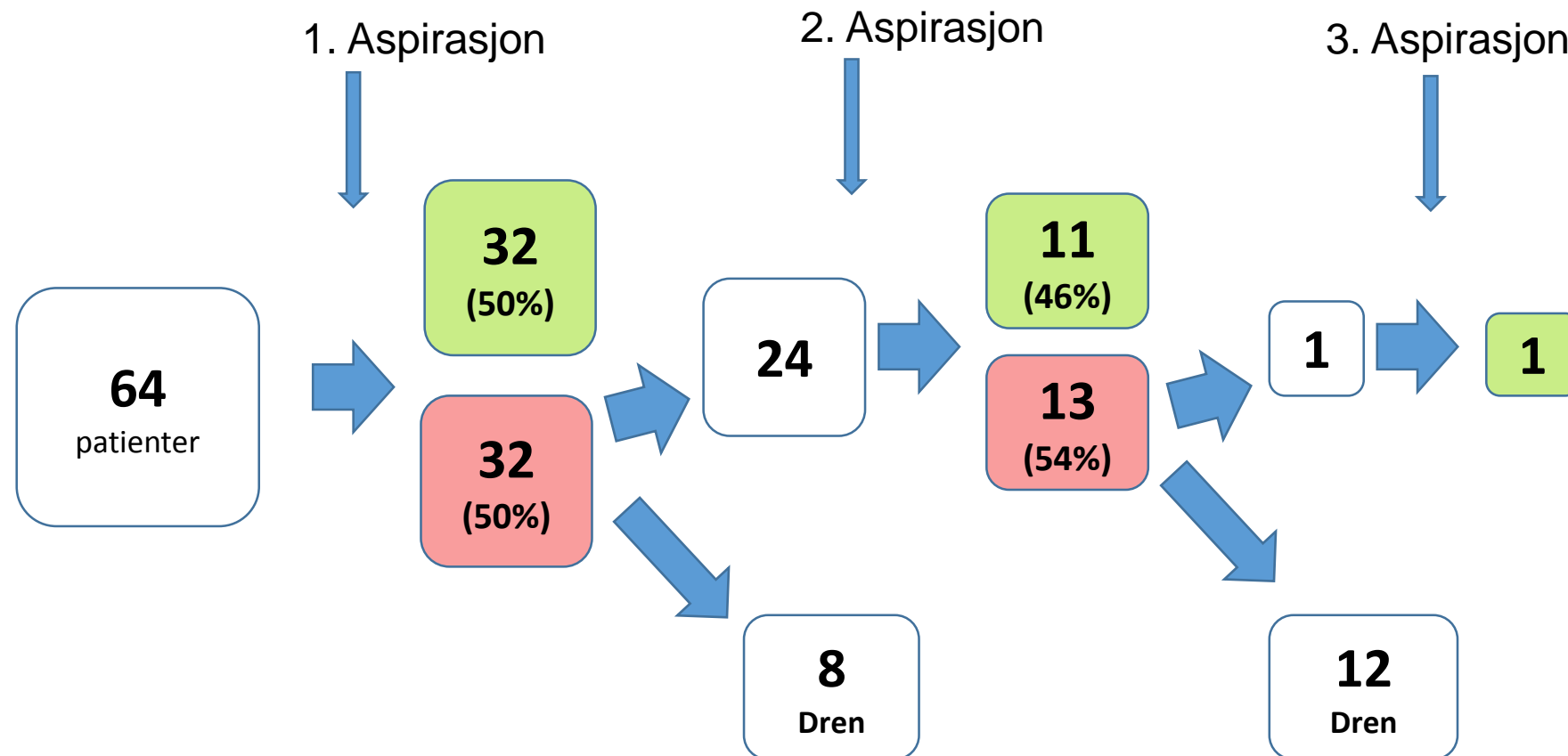
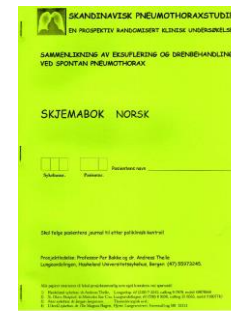
- Primary effektvariabel: Lengde på sykehusopphold





Aspirasjon

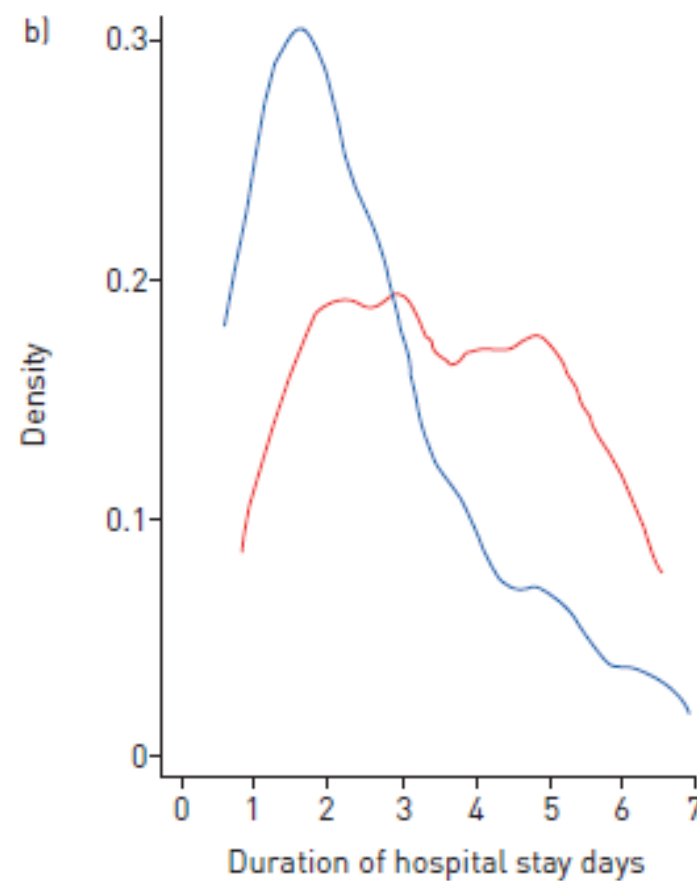
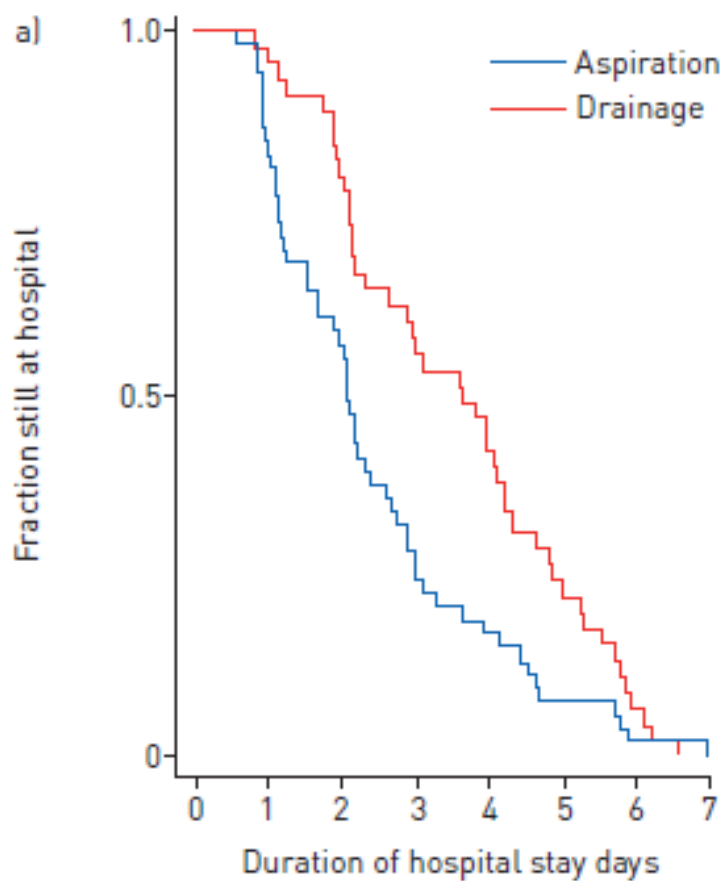
Flyt av pasienter



Pneumotorakstudien

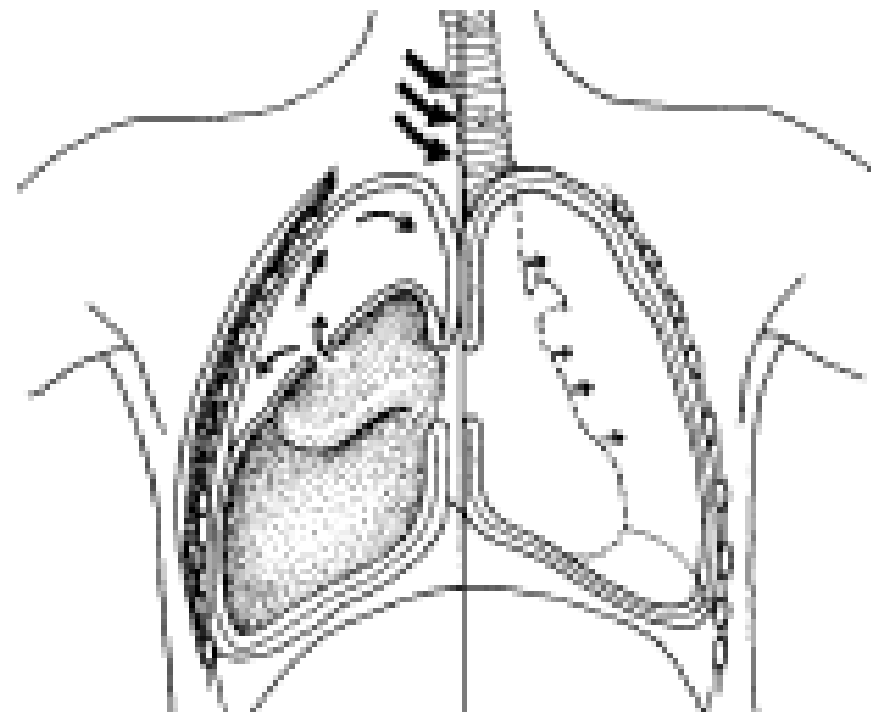
Aspirasjon vs Dren

Intention-to-treat



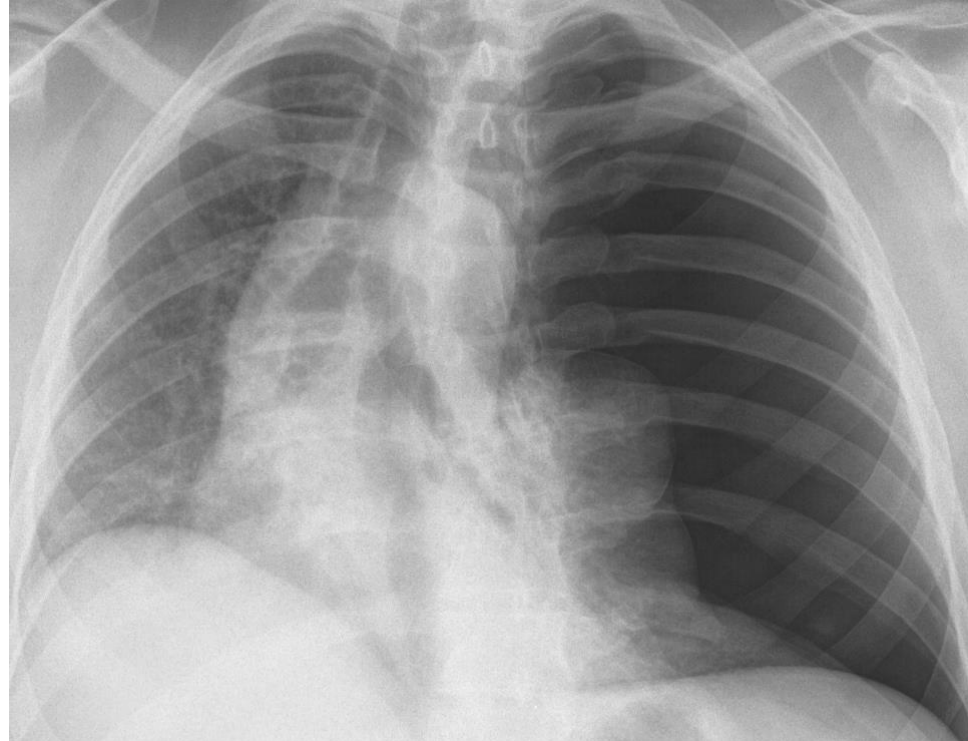
Trykknemotoraks

- ventil-effekt
- økende trykk
- raskt livstruende



Absolutt konsensus

Trykkpneumotoraks



- behandles med tykt nok dren !
- evt umiddelbar trykkavlastning først

Konklusjon

- Tungpust er et alvorlig symptom
- Anamnese og klinisk undersøkelse viktig
- Alt som piper er ikke astma
- Tenk KOLS hos hjertepas og omvendt
- Pneumothorax: aspirasjon