

Akutt lungesykdom for allmenmedisinere

Espen Carlsen

Lungeavdelingen, Bodø

Akutt lungesykdom på legevakt

- Det er svært mange tilstander som kan gi symptomer fra lungene eller symptomer som synes å komme fra lungene.
- Mange av disse har symptomer som er umulig å skille fra hverandre uten billeddiagnostikk, lab, lungefunksjonsundersøkelser osv som man ikke har tilgjengelig på legevakt.
- Det er derfor nødvendig å danne seg et bilde av tilstandens alvorlighetsgrad og hvordan den bør håndteres uten at det, i mange tilfeller, er mulig å stille en presis og sikker diagnose.
- For pasienter som har en akutt tilstand som må behandles enten fort eller spesifikt er det viktigere å identifisere dette enn å stille en eksakt diagnose.

Akutt lungesykdrom på legevakt

- Jeg vil forsøke å gå gjennom de vanligste problemstillingene jeg tror man møter på legevakt innenfor lungemedisin.
- Ved tvil om innleggelse uansett mistenkt diagnose, konferer med vakthavende, enten LIS 2 eller overlege.
- Avbryt, still spørsmål og diskuter underveis hvis ønskelig.

Astma og KOLS

- Astma er periodisk reversibel luftveisobstruksjon
- KOLS er permanent ikke reversibel luftveisobstruksjon
- ACOS- Astma/COPD overlap syndrome- er KOLS med delvis reversibilitet.

Astma og KOLS

- Både astma og KOLS er «sekkediagnoser»
- Det er mange ulike pasientgrupper i begge kategorier som har samme diagnose med forskjellig årsak, utløsende faktorer, symptomer, prognose og behandling.
- Det er derfor viktig å individualisere behandlingen og tilnærmingen både akutt og kronisk.

Astma

- Det finnes allergisk astma, irritasjonsutløst astma, anstrengelsesutløst astma, kuldeutløst astma, infeksjonsutløst astma, eosinofil astma, intermitterende astma, mild, moderat og alvorlig (Brittle) astma....
- Man skiller gjerne mellom allergisk og eosinofil astma og de andre.
- Mekanismen ved allergisk astma er mediert av mastceller og IgE mediert inflammasjon.
- Ved andre typer astma dominerer som regel nøytrofil inflammasjon.

Astma anfall på legevakt

- Når man får meldt et astma anfall er det lurt å prøve å finne så mye informasjon om pasienten før han kommer.
- Er det kjent astma? På legevakt/innlagt for det før? Behandling? Type astma? Triggere? Komorbiditet? Varighet av anfall? Lungefunksjon (PEF) fra tidligere?
- Vurder alvorlighetsgrad av anfallet så snart pas ankommer.
- Klart obstruktiv? Bruk av hjelpemuskulatur? Stilling? Metning? RF? Puls? Allmentilstand? Taledyspne? Er pas sliten? Respons på evt behandling ute? PEF < 200 el 50% av tidl?

Astma anfall på legevakt

- Vurder også om astma diagnosen er korrekt
- Har pasienten en obstruktiv spirometri fra før?
- Er diagnosen kun basert på anamnese og symptomer?
- Har pasienten fått behandling med effekt? Brukt behandling over tid uten effekt?
- Astma er sannsynlig den oftest stilte feil diagnosen i lungemedisin både av spesialister og allmenleger.
- Mange tilstander gir symptomer som minner om astma.

Astma anfall på legevakt

- Prøv å danne et raskt bilde av om anfallet er lett, moderat eller alvorlig.
- Gi behandling så raskt som mulig mens pasienten evalueres.
- Oksygen hvis preget pasient, påvirket metning eller tvil om oksygen skal gis.
- Forstøver med atrovent og ventoline
- Steroider, solu-cortef 200mg hvis moderat/alvorlig anfall og ikke gitt.
- Få pas til å føle seg trygg, overvåk hvis indisert, ikke etterlat pas alene.

Astma anfall på legevakt

- Evaluer behandlingen etter 15-20 min, hvis ikke bedring eller forverring vurder ytterligere tiltak og ha lav terskel for innleggelse.
- Hvis ikke effekt av initiell behandling vurder innleggelse og evt diffdiagnoser.
- Ta rtg thorax hvis mulig: Pneumothorax? Pneumoni? Annet?
- Ta EKG: Arytmi? Ischemi?
- Ta lab hvis mulig: Infeksjon? LE? Blodgass!
- Hvis normalt, ikke effekt av initiell behandling og man fortsatt tror det er astma anfall skal pasienten innlegges uten opphold.

Astma anfall på legevakt

- Hvis ikke initiell effekt gjenta forstøver.
- Vurder SC/IV bricanyl eller adrenalin ved preget pasient.
- Adrenalin 1mg sc er raskt å gi, sjelden alvorlige komplikasjoner, kan være effektivt. Anbefales ikke i guidelines grunnet manglende dokumentasjon.
- Igjen; Ha lav terskel for innleggelse ved manglende bedring etter forstøver.
- Akuttbehandling utover forstøver, steroider og evt adrenalin sc hos svært dårlig pasient bør skje på sykehus.

KOLS på legevakt

- KOLS betyr bare at man har FEV1% under 70 permanent.
- Diagnosen sier ikke noe om årsak, alvorlighetsgrad eller symptomer.
- Ca 2/3 av KOLS tilfeller er røykerelatert.
- Ubehandlet astma er vanligste årsak hos aldri røykere i Norge.
- Man regner med to hovedfenotyper av KOLS:

Pink puffer og blue bloater



KOLS på legevakt

- Pink puffer har dominerende emfysem, er undervektig og kakektisk, er hypoksisk og rosa, har ofte lite ekspektorat, lite luftveissykdom og ingen effekt av inhalasjonsmedisin. Er oftest følsom for CO₂ retensjon. Ofte lite å høre over lungene.
- Blue bloater har dominerende luftveissykdom, mye slim, ofte bronkiektasier, er hyperkapnisk og blir lett cyanotisk. Er ofte overvektig men har lite muskelmasse, ofte ødematøs. Har ofte CO₂ retensjon men er tilvent dette. Kan ha effekt av inhalasjonsmedisin. Ofte mye knatring og piping å høre.
- Mange pasienter har selvsagt trekk fra begge fenotyper og ligger et sted i mellom.

KOLS på legevakt

- Når man får meldt en KOLS pasient bør man også prøve å finne så mye informasjon som mulig før pas kommer.
- Grad av KOLS? Innlagt før? Ofte på legevakt? Hyppighet av forverring? Komorbiditet? Hjerte? Kolonisert med spesielle mikrober? Røyker? Aldri røyker? Tidligere NIV behov ved forverring?
- Når pasienten kommer vurder alvorlighet: Obstruktiv? Stuvning? Stille lunger? Metning? RF? Puls? Almentilstand? Feber? Blodgass?
- Gi hvis indisert initiell behandling med forstøver, prednisolon 30mg hvis ikke gitt, evt solu-cortef, og oksygen.

KOLS på legevakt

- Vær ikke redd for å gi oksygen
- Gi 1-2l, ta blodgass hvis tilgjengelig evt metning etter 10-20min hvis det er mistanke om retensjon.
- Det er farligere å ikke gi oksygen akutt
- Hvis pasienten hypoventilerer, har lav metning, bruker hjelpemuskulatur, ikke responderer raskt på forstøver, er i dårlig AT ha lav terskel for innleggelse.
- Husk at forstøver drives av oksygen og at KOLS pasienter ofte blir bedre pga dette i 10-20min før de igjen blir dårlige.

KOLS på legevakt

- For å behandle en forverring må man i så stor grad som mulig finne årsaken.
- Er det infeksjon?
- Bakteriell eller viral?
- Lab: CRP, evt proBNP, blodgass, bls.
- Sikre ekspektorat dyrkning før antibiotika hvis mulig, vurder blodkultur, alltid nasopharynx PCR. Liberalt med urin S(M)D.
- Rtg thorax: Alltid på sykehus! Infiltrat? Stuvning? PNX? Endret?
- Hvis ikke infeksjon: Angst? LE? Arytmi? Hjertesvikt?

KOLS på legevakt

- Vurder alltid om pasienten har hjertesvikt, akutt eller kronisk?
Høyresvikt? Pulmonal HT?
- Svært mange KOLS pasienter får ved små, ofte virale forverringer akutt hjertesvikt som øker angst og respirasjonssvikt og fører til innleggelse.
- Det er lite man kan gjøre med infeksjonen og pas KOLS men det er viktig å identifisere og behandle hjertesvikt med diuretika og ofte NIV.
- Disse pasientene vil være dårlige i 10-14 dager før virusinfeksjonen går over, trenger i sykehus ofte NIV i flere dager, unødvendig med ekstensiv utredning, pasienten trenger tid, ofte lange innleggelser.

KOLS på legevakt

- Man må vurdere ut fra allmentilstand, er pas sliten? Bedre av initiell behandling? Årsak til forverring? Komorbiditet? Hjertesvikt? pCO₂? PO₂? Metning?
- Man bør i utgangspunktet ha lav terskel for å legge inn pasienter som er tydelig dårligere enn sitt habitualnivå.
- Ved lang transport og dårlig pasient gi oksygen, ved mistanke om infeksjon ta ekspektorat dyrkning/blodkultur og send med hvis mulig. Start deretter antibiotika enten IV eller IM.
- Vurder CPAP i ambulansen.

Pneumothorax på legevakt

- Spontanpneumothorax er nokså vanlig.
- Unge, tynne høye menn er disponert grunnet medfødte, apikal bulla som sprekker.
- Pasienter med emfysem, store bulla og lungefibrose er disponert.
- Symptomer er oftest stikkende brystmerter, evt dyspne.
- Man hører opphevet respirasjonslyd og hypersonor perkusjonslyd ved større PNX.
- Ved mindre PNX er det ofte en hul, metallisk respirasjonslyd.
- Ved mistanke om PNX ta alltid rtg thorax.

Pneumoni på legevakt

- Stort spekter av symptomer og alvorlighetsgrad.
- Viktig å prøve å skille virale luftveisinfeksjoner fra bakterielle.
- Vurder varighet av symptomer, feber, nivå av CRP, hoste, farget ekspektorat, almentilstand, dyspne.
- Lav terskel for rtg thorax.
- Lander man på at det er en bakteriell infeksjon skal det i de aller fleste tilfeller gis antibiotika. Ved preget pasient ha lav terskel for innleggelse for IV antibiotika.

Pneumoni på legevakt

- Gi alltid baktericid antibiotika med penetrans til lungevev.
- 1. gen cephalosporiner som keflex har ingen penetrans til lungevev og ingen effekt ved pneumoni.
- Baketriostatiske medikamenter som tetracykliner induserer resistens, gir ofte behandlingssvikt og residiv.
- Gi penicilliner, aminopenicilliner eller makrolider.
- Forsøk å sikre ekspektorat til dyrkning før oppstart antibiotika. Det er meget nyttig ved behandlingssvikt og etter oppstart antibiotika får man ingen oppvekst.

Pneumoni på legevakt

- Ved viral pneumoni er det kun symptomatisk behandling.
- Innleggelse vurderes dersom pasienten har alvorlig komorbiditet, er svært preget eller man ikke kan utelukke alvorlige diffdiagnoser.

Lungeemboli på legevakt

- Diagnosen er ikke mulig å stille sikkert på legevakt.
- Vurder risikofaktorer som immobilisering, skade/kirurgi, kreft, P-piller osv. Wells score kan gjerne brukes.
- Akutt oppstått dyspne er vanligste symptom. Brystsmerter er et nokså sjeldent og sent symptom og skyldes lungeinfarkt.
- Ca 50% har hatt symptomer eller hevelse i UX.
- D-dimer kan hos friske, yngre pasienter som ikke har vært immobilisert brukes til å utelukke, ikke bekrefte.
- Innleggelse ved dyspne/unormal metning samt dersom man mener diagnosen må utelukkes.

