
TITEL..

Projektrapport 6. semester

Skrevet af
Gruppe 17gr6403





6. Semester
School of Medicine and Health
Sundhedsteknologi
Fredrik Bajers Vej 7A
9220 Aalborg

Titel: XXXXXXXX

Tema:

Design af sundhedsteknologiske systemer

Projektperiode:

P6, Foråret 2017

Projektgruppe:

17gr6403

Medvirkende:

Birgithe Kleemann Rasmussen

Linette Helena Poulsen

Maria Kaalund Kroustrup

Mads Kristensen

Synopsis:



Vejleder:

Hovedvejleder: Lars Pilegaard Thomsen

Sider:

Bilag:

Afsluttet: XX/05/2017

Offentliggørelse af rapportens indhold, med kildeangivelse, må kun ske efter aftale med forfatterne.

Forord og læsevejledning

Forord

Dette bachelorprojekt er udarbejdet af gruppe 17gr6403 på 6. semester Sundhedsteknologi ved Aalborg Universitet i perioden 1. februar 2017 til 30. juni år 2017. Projektet tager udgangspunkt i det overordnede tema "Design af sundhedsteknologiske systemer" og projektforslaget "Udvikling af KOL patientens nye bedste ven - den smarte KOL trænings-app!", som er stillet af Lars Pilegaard Thomsen.

*** MÅSKE SKRIVE LIDT MERE ***

Vi vil gerne takke hovedvejleder Lars Pilegaard Thomsen for vejledning og feedback gennem hele projektperioden.

Læsevejledning

Projektet er delt op i to dele, herunder problemanalyse og en problemløsning. I problemanalysen analyseres der på baggrund af den opstillede problemstilling, hvor problemløsningen omhandler analyse, design, implementering og test af et system. Der er udarbejdet et metodeafsnit til hver del, som beskriver den anvendte metode i afsnittet. De to dele afsluttes med en syntese i kapitel X, der indeholder diskussion, konklusion samt perspektivering. Dette efterfølges af litteraturliste og bilag.

I dette projekt anvendes Vancouver-metoden til håndtering af kilder. De anvendte kilder nummereres fortløbende i kantede parenteser. I litteraturlisten ses kilderne, der eksempelvis er angivet med forfatter, titel og årstal. Forkortelser i rapporten er første gang skrevet ud, efterfulgt af forkortelsen angivet i parentes. Herefter anvendes forkortelsen fremadrettet i rapporten.

Rapporten er udarbejdet i L^AT_EX, og appen er udviklet i Netbeans.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 Indledning	1
1.1 Initierende problemstilling	1
Kapitel 2 Metode	2
2.1 Vidensindsamling	2
2.2 Opbygning af rapporten	2
Kapitel 3 Problemanalyse	4
3.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom	4
3.1.1 Symptomer	5
3.1.2 Diagnose	5
3.2 Rehabilitering	6
3.2.1 Behandling	9
3.2.2 Prognose	9
Litteratur	10
Bilag A Bilag	11
A.1 Lungernes anatomi og fysiologi	11
A.1.1 Ventilation	11
A.1.2 Respiration	11

Kapitel 1

Indledning

**** SLET IKKE BEGYNDT ****

KOL er på nuværende tidspunkt den tredje hyppigste dødsårsag på verdensplan[WHO]. Dertil er der i Danmark ca. 430.000 patienter med KOL med en årlig mortalitet på 3.500 patienter, hvilket gør KOL til den fjerde hyppigste dødsårsag i Danmark[basisbogen].

**** SLET IKKE BEGYNDT ****

KOL udvikles over mange år, dog vil patienten ikke bemærke sygdommen førend lungefunktionen er markant nedsat. Dette betyder, at KOL og dens symptomer som regel først kommer til udtryk efter 50 års-alderen[4]. Dette kan betyde, at patienter først opsøger en læge, når deres lungefunktion er halveret [3].

1.1 Initierende problemstilling

Hvordan er diagnosticeringen og behandlingen af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom og hvilke rehabiliteringsmuligheder kan tilbydes?

Kapitel 2

Metode

Der er indsamlet litteratur for at opnå tilstrækkelig viden i forhold til at udvikle et hjælpemiddel til KOL patienter i rehabiliteringsfasen. Der er primært anvendt sekundær litteratur, herunder fagbøger eller analyse af problemstillinger, der er relevante i forhold til den initierende problemstilling. Derudover er AAU-modellen anvendt med henblik på at opnå en struktureret opbygning.

2.1 Vidensindsamling

Der er anvendt struktureret og ustruktureret søgning for at opnå tilstrækkelig viden. Den ustrukturerede søgning er anvendt for at skabe en grundlæggende viden før projektskrivningen påbegyndes. Denne søgning foregik på Google og AUB, hvor mindre artikler samt medicinske begreber har skabt en grundlæggende viden og forståelse om KOL. Den strukturerede søgning er anvendt til at besvare problemstillingen for projektet. Til denne søgning er der anvendt AUB, PubMed med flere. For at få fast struktur over søgning, således denne kan gentages for hver søgning er der udarbejdet en model for søgningen. Et eksempel på dette fremgår af ??.¹

Ord	Ordliste
KOL	KOL, Kronisk obstruktiv lungesygdom osv.

2.2 Opbygning af rapporten

Rapporten er opbygget efter AAU-modellen, som fremgår af 2.1, som tager udgangspunkt i et initierende problemstilling, som er udarbejdet på baggrund af de spørgsmål der opstod gennem indledningen. Herefter belyses problemstillingen i problemanalysen, som indledes af metodeafsnit, herunder vidensindsamling og rapportopbygning. Efter problemanalysen opsummeres de vigtigste pointer som leder frem til problemformuleringen. Projektet afgrænses i problemformulering til den primære patientgruppe. Der kan ske ændringer i denne på grund af ny vidensindsamling. .

¹FiXme Note: denne tabel er blot en idé i forhold til at dokumentere vores litteratursøgning



Figur 2.1: Opbygning af rapport ud fra AAU-modellen. ²

Efter problemafgrænsningen belyses metoder til at besvarelse af problemformuleringen, hvor problemløsningen efterfølgende vil analyseres, design, implementeres og testes. Til sidst diskuteres, konkluderes og perspektiveres problemløsningen og problemformuleringen i syntesen.

Kapitel 3

Problemanalyse

3.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en kronisk inflammatorisk proces, der resulterer i gradvist nedsat lungefunktion. Den kroniske inflammation opstår i luftvejene og lungevævet, hvilket forårsager, at bronkiernes vægge ødelægges og/eller luftvejene forsnævres.[1]. KOL er beslægtet med to patologier, herunder kronisk bronkitis og emfysem. KOL-patienter oplever ofte begge patologier, men omfanget af disse kan variere fra patient til patient.[1, 5]

Kronisk bronkitis er luftvejsinflammation med øget slimproduktion og bakteriel infektion. Bronkierne i slimhinden er beskadiget, hvilket medfører en øget slimproduktion. Derudover er antallet af cilia mindsket, hvormed transport af slim og støvpartikler fra bronkierne til svelget begrænses, hvorfor der opstår bakterielle infektioner. Yderligere er slimhinden fortrykket, hvilket medvirker til forsnævring af små og store bronkier. [6, 7].

Symptomerne er langvarig irritation af luftvejene med vedvarende hoste og slimproduktion. Patienter med overvejende kronisk bronkitis betegnes blue bloater. Disse patienterne har ofte lungeinfektioner, cor pulmonale og har type 2 respirationssvigt. Cor pulmonale betegner en trykbelastet og med tiden udvidet hypertrofisk og dårlig fungerende højre ventrikel. Respirationssvigt af Type 2 betyder et lavt iltniveau og højt indhold af kuldioxid. Den dårlige ilttilførsel til ekskrementer og huden samt læber vil medvirke til at disse bliver blålig, hvorfor disse patienter omtales blue bloater. [5]

Emfysem karakteriseres ved lunge destruktion, dannelse af lungeblærer, tab af elastisk tilbagetrækning og hyperinflation. Emfysem skyldes, at lungernes volumen er øget grundet beskadiget lungevæv, herunder destruktion af elastiske fibre og nedbrydning af væggene i de små lungeblærer. Dette medfører til at overfladen, som lungen har til rådighed ved luftudvekslingen med blodet mindskes, hvorved små bronkier kan klappe sammen og derved lukke under ventilation.[8, 9]

Symptomerne er forpustethed ved let aktivitet, lidt hoste og slim, som kan udvikle sig til anstrengt vejrtrækning og lufthunger ved let aktivitet. Patienter med overvejende emfysem betegnes ofte pink puffer. Disse patienter har ofte kakeksi, tøndeformet brystkasse og har type 1 respirationssvigt. Kakeksi er betegnelsen for alvorlig afmagring eller vægttab med tydelige tegn på nedbrydning af muskelmasse og fedtvæv. Type 1 respirationssvigt er ved lavt iltniveau og normal indhold af kuldioxid. Ved vejrtrækning vil patienternes kroppe blive pustet op og huden vil blive rødlig, hvorfor disse patienter omtales pink puffer.[5]

Definitionen af KOL beskrives ved ratioen mellem forceret eksspiratorisk volumen i et sekund (FEV1) og forceret vitalkapacitet (FVC). FEV1 måles ud fra, hvad der udåndes i det første sekund efter en maksimal indånding. FVC er udtryk for, hvad der udåndes efter en maksimal indånding målt i liter. Ved tilfælde af KOL er FEV1/FVC under 70 % af den forventede lungekapacitet. [1]

Der er flere disponerende faktorer til KOL heriblandt skadelige partikler samt gasser, miljøpåvirkninger og genetiske faktorer. Den hyppigste årsag til KOL er rygning, som fremskynder tab af lungefunktion.[1, 2, 3] Foruden rygning kan miljøpåvirkninger have betydning for udviklingen af KOL. Opvækst i et dårligt miljø vil kunne påvirke barnets lunger til ikke at udvikle sig som de skal, hvilket kan resultere i en lavere FEV1. Dertil vil et dårligt arbejdsmiljø kunne medvirke til en accelererende reduktion i FEV1, der ligeledes kan øge risikoen for KOL. [2] Dette vil betyde, at en lav eller en accelererende reduktion af FEV1 vil mindske FEV1/FVC-ratioen.

3.1.1 Symptomer

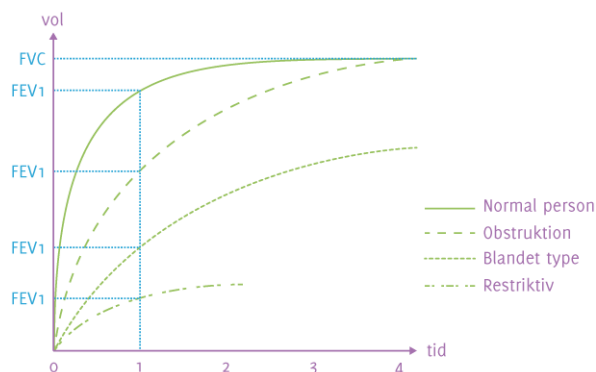
KOL udvikles over mange år, dog vil patienten ikke bemærke sygdommen førend lungefunktionen er markant nedsat. Dette betyder, at KOL og dens symptomer som regel først kommer til udtryk efter 50 års-alderen[4]. Dette kan betyde, at patienter først opsøger en læge, når deres lungefunktion er halveret [3].

Symptomer på KOL er åndenød og hoste ved fysisk aktivitet, der kan være med ekspektoration, som hos de fleste KOL patienter er klart eller hvidt.[1] Derudover er der en tendens til hyppig eksacerbationer, hvilket er tilfælde, hvor KOL-patienters tilstand forværres akut og kræver behandling. Symptomerne herunder opleves som øget åndenød, hoste samt grønt eller gulligt ekspektoration og øget purulens. Denne tilstand skyldes ofte infektioner med bakterier, hvilket udgør ca. 50 % af tilfældene. Derudover kan virale infektioner samt luftforurening resultere i, at KOL-patienter oplever eksacerbationer.[1, 3]

Der er en række komorbiditeter, som hyppigt ses hos KOL-patienter, som desuden kan have en negativ påvirkning på patienternes livskvalitet og prognose. Ved årskontroller bør patienten tjekkes for de hyppigste komorbiditeter; kardiovaskulære sygdomme, type-2 diabetes, osteoporose, lungecancer, muskelsvækkelse samt angst og depression. Nogle af komorbiditeterne kan skyldes, at åndenød har medført et nedsat fysisk aktivitetsniveau og dermed svage perifere muskler samt vægttab. Desuden har rygning og generelt dårlig livsstil ligeledes betydning for udviklingen af disse komorbiditeter. [3?] Psykiske komorbiditeter, ofte i form af depression og angst, har en øget forekomst hos patienter med en FEV1 værdi på under 50 % af den forventede værdi. Desuden kan angst og depression udløses ved diagnosen af KOL. Den øgede risiko for psykiske lidelser skyldes, at KOL kan medføre social isolation og tab af sociale relationer, skyldfølelse, usikkerhed med hensyn til fremtiden. [3]

3.1.2 Diagnose

Ved mistanke om KOL undersøges lungefunktionen ved spirometriundersøgelser, hvor FEV1 og FVC måles. Patienten foretager en maksimal inspiration, hvorefter FEV1 er den volumen, som udåndes i det første sekund af en forceret eksspiration. Denne værdi giver information om hastigheden, hvormed lungerne tømmes. FVC er en indikator for lungevolumen. Som tidligere nævnt vil obstruktivt nedsat lungefunktion ses ved en FEV1/FVC-ratio på under 70 % af den forventede værdi. Der udføres desuden en reversibilitetstest for at sikre, at patienten ikke lider af astma. Her gives patienten broncodilatorer, som hos astmapatienter vil forbedre spirometrimålingen, mens lungefunktionen for KOL-patienter forbliver uændret.[1?]]



Figur 3.1: Spirometrimåling ** MANGLER TEKST - MIDLERTIDIGT BILLEDE - DET SKAL TAGE UDGANGSPUNKT I BILLEDET FRA BASISBOGEN**

** HER SKAL DER STÅ NOGET TEKST TIL BILLEDE ***

For at undersøge KOL og komobiditeter, som er forbundet med KOL undersøges foruden lungefunktionsundersøgelser BMI, røntgen af thorax, EKG-målinger og blodprøver [?].

3.2 Rehabilitering

Pulmonary rehabilitation er en måde at forsøge at reducere symptomer forbundet med KOL. KOL-patienter kan henvises til et rehabiliteringsforløb gennem egen læge eller fra et hospital [abotekrehabilitering]. Varigheden af rehabiliteringen er anbefalet til at forløbe over en 8 ugers periode, for således at rehabiliteringen har nogen gavnlig effekt [?]. Rehabiliteringen kan give patienten bedre mulighed for deltagelse i hverdagen. Såfremt at patientens tilstand tillader det, anbefales rehabilitering til de fleste KOL-patienter, og omhandler typisk tobaksafvænning, fysisk træning, patientuddannelse, træning af dagligdagsaktiviteter og ernæringsvejledning. [? ?] [sundkol2015,]

Individuel rehabilitering anses som værende fundamental for KOL-patienter, hvor forløbet tilpasses ift. patientens behov med henblik at opnå det bedste udbytte af rehabiliteringen [? ?] [sundkol2015]. Ligeledes vurderes rehabiliteringen på baggrund af graden af KOL, da KOL er en heterogen sygdom. Dette betegnes ud fra, at KOL fremkommer i flere grader/variationer samt med varierende progression [?].

Tobaksafvænning er, som beskrevet i afsnit XX (Linettes), et relevant element ift. at begrænse udviklingen af sygdommen, og bevare mest mulig lungefunktion. Gennem motionen, der udføres under rehabiliteringen, bliver patienten bedre til at benytte den resterende lungefunktion, samt opnå et bedre fysisk funktionsniveau [sundkol2015]. Træningen ville ligeledes modvirke eventuelle følger ved KOL, da motion øger muskelfunktionen samt udsætter træthed, hvilket medfører forøget aktivitetstolerance [?]. Dog kan motion resultere i åndenød hos nogen KOL-patienten, der kan forstærkes, hvis patienten påvirkes af angst som følge af åndenøden. For KOL-patienten kan frygten for angsten, betyde vedkommende afholder sig fra fysisk aktivitet, der endvidere kan give en progredierende svækkelse i tolerancen af fysisk aktivitet [?] [sundKOL2015]. Den fysiske svækkelse kan endvidere resultere i, at patienten bliver socialt isoleret. [sundkol2015]

Et led i rehabiliteringen er ligeledes, at patienten opnår viden indenfor sygdomshåndtering, der omhandler kendskab og forebyggelse til sygdommen, livsstilsændringer og håndtering af eksacerbationer[?] [sundKOL2015]. Her fokuseres bl.a. på de gavnlige effekter ved rygestop

og regelmæssig motion, samt hvornår og hvordan evt. medicin skal indtages. Patienten vil yderligere blive introduceret til energibesparende strategier og vejtrækningsøvelser [?] [sundkol2015].

I Danmark kan patienter henvises fra sygehuslæge eller egen læge til et rehabiliteringsforløb i et sundhedscenter eller på et hospital. Rehabiliteringsforløbene varer typisk 7-8 uger, hvor KOL-patienter møder til træning 1-2 gange om ugen. De resterende dage vil patienten træne hjemmefra. [lunge.dk/rehabilitering] Såfremt at frekvensen og intensiteten er den samme, vil effekten være tilsvarende uanset om træningen foretages ude eller hjemme [GOLD]. Opfølgninger kan foretages efter afslutning af rehabiliteringsforløbet, for at undersøge om patienten efterfølgende opretholder de gavnlige effekter [lunge.dk/rehabilitering].

Klassifikation af KOLs sværhedsgrad

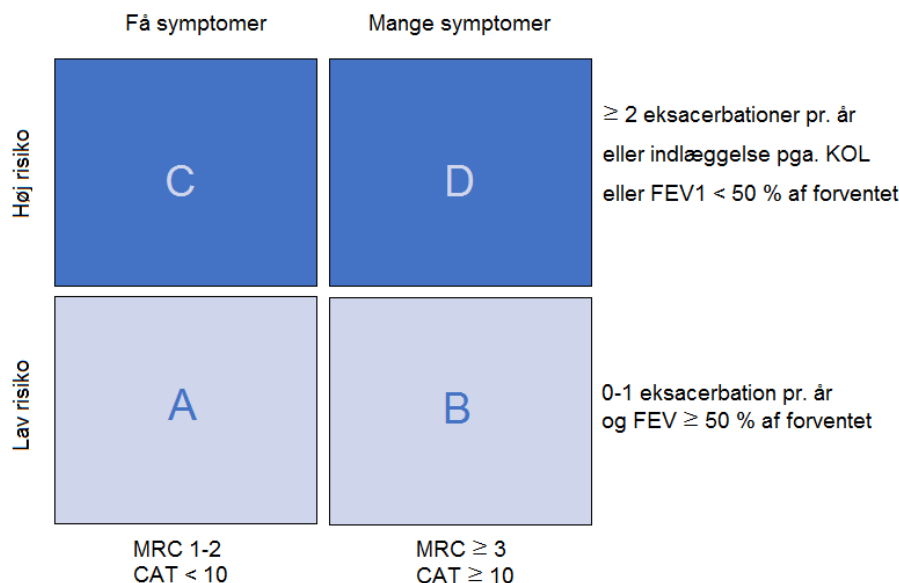
Ved diagnose af KOL inddeles patienterne i klassifikationer. Dette vurderes på baggrund af patienternes symptomer, egne erfaringer og vurderinger i forhold til livskvalitet. Hertil anvendes Medical Research Council åndenødsskala (MRC) og COPD assessment test (CAT) til klassificering.[1]

MRC-skalaen er en skala fra 1-5, hvor patienten vurderer mængden af aktivitet, der kan udføres i forhold til åndenød, der opleves. Skalaen fremgår af figur 3.2, hvor 1 svarer til, at patienten først oplever åndenød ved meget anstrengelse, og 5 svarer til, at patienten oplever åndenød ved meget lav aktivitet. [1]

MRC	
1	Jeg får kun åndenød, når jeg anstrænger mig meget.
2	Jeg får kun åndenød, når jeg skynder mig meget eller går op ad en lille bakke.
3	Jeg går langsommere end andre på min egen alder, og jeg er nødt til at stoppe op for at få vejret, når jeg går frem og tilbage.
4	Jeg stopper op for at få vejret efter ca. 100 m eller efter få minutters gang på stedet.
5	Jeg har for megen åndenød til at forlade mit hjem, eller jeg får åndenød, når jeg tager mit tøj på eller af.

Figur 3.2: MRC-skala som viser skalaen fra 1-5. Patienter der oplever åndenød ved meget anstrengelse kategoriseres som 1, mens patienter der oplever åndenød ved lav aktivitet kategoriseres som 5.

Ud fra MRC-skalaen, lungefunktionstest og antallet af eksacerbationer det seneste år opnås CAT-scoren. Derudover vurderes det på baggrund af patientens egne vurderinger af symptomer, såsom slim i lungerne, hoste og åndenød. Patienten vurderer symptomerne fra 0 til 5, hvormed 0 vurderes til at patienten ingen symptomer har. Jo højere den samlede score er, desto værre vurderes patienten symptomer. [1, 3] Patienterne inddeles i CAT-scoren ud fra fire forskellige kategorier; A, B, C og D, hvilket fremgår af figur 3.3.



Figur 3.3: CAT-scoren er inddelt i fire kategorier, herunder A, B, C og D. D kategoriseres som en patient med mange symptomer og er i høj risiko, mens patienter der kategoriseres i A oplever få symptomer og er i lav risiko.

**** HER SKAL GOLD KOBLES SAMMEN MED INDDDELING AF GOLD *** ** DETTE ER EN HJEMME OPGAVE - SE UDKOMMENTERET LINK ***

Sværhedsgraden af KOL klassificeres af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) ud fra retningslinjer opstillet af the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Disse klassificeres ud fra spirometrimålinger.

Sværhedsgraden af KOL kan også klassificeres udelukkende ud fra spirometrimålinger. Sværhedsgraderne inddeles i fire GOLD-stadier, som kan ses af figur 3.4.

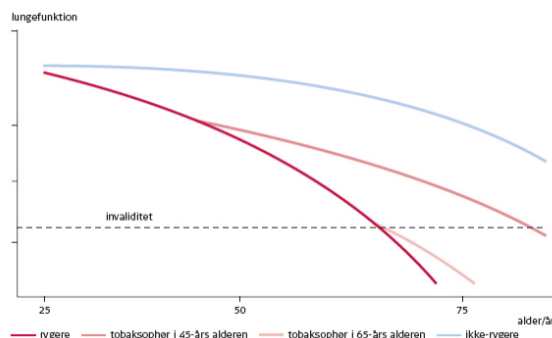
GOLD	
SVÆRHEDSGRAD	FEV1 VÆRDI I % AF FORVENTET
1 GOLD Mild	≥ 80 %
2 GOLD Moderat	50 % ≤ FEV1 < 80 %
3 GOLD Svær	30 % ≤ FEV1 < 50 %
4 GOLD Meget svær	FEV1 < 30 % eller FEV1 < 50 % og respirationssvigt

Figur 3.4: GOLD-stadier er inddelt efter sværhedsgraderne 1-4 herunder mild, moderat, svær og meget svær. Patienter i 1 GOLD mild har over 80 % af forventet lungekapacitet, mens patienter i 4 Meget svær har under 30 % eller under 50 % af forventet lungekapacitet samt respirationssvigt.

3.2.1 Behandling

Det er ikke muligt at behandle patienter med KOL, men det er muligt at bremse udviklingen af KOL samt lindre symptomerne. Dette kan opnås ved tobakafvænning, fysisk aktivitet, kostvejledning og medicin.

Da den tabte lungefunktionen ikke kan genvindes, rådes patienterne til rygestop hurtigst muligt for således at bibeholde den nuværende lungefunktion. Det fremgår af figur 3.5, hvordan rygning kan påvirke lungefunktionen over tid.



Figur 3.5: Fletcher-kurve som viser faldet af FEV1 over tid for henholdsvis rygere, ikke-rygere og rygere stoppet i 45- og 65-årsalderen.[3]

Det ses af figur 3.5, at rygning medvirker til et accelererende tab af FEV1. KOL-patienter, som har tobaksophør i 45-års alderen, har udsigt til kortere levetid end patienter der aldrig har røget. Dog vil det accelererende tab af FEV1 mindskes til normal aftag ved tobaksophør.[3]

Det anbefales, at patienter som kategoriseres til stadie 3 eller derover i MRC-skalaen, udfører fysisk aktivitet og patienter med en BMI under 20 bør desuden deltage i ernæringsrådgivning.

Patienter med sekretproblemer tilbydes desuden continuous positive airway pressure (CPAP) eller positive expiratory pressure (PEP-fløjte) og bronkodilaterende inhalationsbehandling efter behov og graden af KOL. Yderligere kan antiinflammatorisk behandling gives til patienter med hyppige eksacerbationer. [1]

3.2.2 Prognose

KOL-patienter med eksacerbationer har efter indlæggelse en dødelighed på næsten 10 % i løbet af den første måned. Dødeligheden ligger på omkring 64 per 100.000 per år for mænd og 54 per 100.000 per år for kvinder. Udviklingen, hvormed sygdommen progredierer for KOL-patienter er specielt afhængig af, om patienten ophører med rygning og/eller eksponering til den udløsende faktor, og det er derfor vigtigt at få en tidlig diagnosticering, således at patienten hurtigt kan få hjælp og dermed få så god en prognose som muligt. [3] Derudover har et studie vist, at KOL-patienter, der er i stadie 4 i GOLD-klassificeringen, har lav funktionalitet og livskvalitet, som bliver værre med tiden og ved fremkomst af flere symptomer til sygdommen. [?]

Litteratur

- [1] Pernille Hauschildt and Jesper Ravn. *Basisbogen i Medicin og Kirurgi*. 2016.
- [2] Fernando D. Martinez. Early-Life Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Asthma and Airway Disease Research Center, University of Arizona, Tucson.*, 2016.
- [3] Dansk Selskab for Almen Medicin. KOL. 2016. URL <http://vejledninger.dsam.dk/kol/?mode=visKapitel{&}cid=942{&}gotoChapter=942>.
- [4] Peter Lange. Kronisk obstruktiv lungesygdom. *Sygdomsleksikon*, 2015. URL <http://www.apoteket.dk/Sygdomsleksikon/SygdommeEgenproduktion/Kroniskbronkitis-KOLRygerlunger.aspx>.
- [5] Healthguidances. Are You A Pink Puffer or A Blue Bloater. 2016. URL <http://www.healthguidances.com/pink-puffer-vs-blue-bloater/>.
- [6] Ejvind Frausing. Kronisk bronkitis. *Lungeforeningen*, 2011. URL <https://www.lunge.dk/kronisk-bronkitis>.
- [7] The Editors of Encyclopædia Britannica. Bronchitis. *Encyclopædia Britannica*, 2016. URL <https://global.britannica.com/science/bronchitis>.
- [8] Ejvind Frausing. Emfysem. *Lungeforeningen*, 2011. URL <https://www.lunge.dk/emfysem>.
- [9] John Flaschen-Hansen. Emphysema. *Encyclopædia Britannica*, 2008.
- [10] Frederic H. Martini and Others. *Fundamentals of Anatomy & Physiology*. 2012. ISBN 978-0-321-70933-2.
- [11] Olav and others Sand. *Menneskets anatomi og fysiologi*. 2008. ISBN 9788712042983.

Bilag

A.1 Lungernes anatomi og fysiologi

Kroppens to lunger er omgivet af thorax og ligger i thoraxhulen. Thorax består af sternum og de ydre og indre interkostal muskler, herunder thorakal hvirvlerne, ribbenene samt musklerne mellem ribbenene. Halsmusklerne udgør loftet og diafragma udgør gulvet af sternum. De forskellige muskler og diafragma benyttes under ventilation. [10, 11]

A.1.1 Ventilation

Ventilation beskriver transport af luft frem og tilbage mellem atmosfæren og lungealveolerne. Luften bevæger sig fra områder med højt tryk til områder med lavt tryk. Det atmosfæriske tryk ændres ikke under normale omstændigheder, hvorfor det er variationer i trykket i alveolerne, der sørger for transporten af luft. Trykket skabes ved at lungerne udvides og presses sammen, herved bliver alveoletrykket lavere eller højere end det atmosfæriske tryk, hvilket medfører inspiration eller eksspiration. [10, 11]

Inspiration

Inden inspiration er alle interkostal musklerne afslappede og alveoletrykket er det samme som det atmosfæriske tryk, hvilket betyder at der ikke strømmer luft gennem luftvejene. Ved inspiration udvides thoraxhulen, som medvirker til at trykket inde i lungen falder, hvormed lungerne udvider sig. Kontraktion af interkostal musklerne øger volumen i både bredden og dybden. Diafragma trækker sig sammen medfører at thoraxhulens volumen øges. Halsmusklerne hæver ribbenene, hvilket yderligere medvirker til øget volumen af thoraxhulen. Når inspirationen er afsluttet afslappes interkostal musklerne igen.[10, 11]

Eksspiration

Eksspiration sker når alveoletrykket inde i lungerne er større end det atmosfæriske tryk uden for. For at udligne trykket presses diafragma op mod sternum, interkostal musklerne trækker sig sammen, hvormed ribbene trækkes nedad. Dette medfører at lungernes volumen mindskes. Eksspirationen fortsættes indtil trykforskellen mellem det atmosfæriske tryk og alveoletrykket er udlignet. [10, 11]

A.1.2 Respiration

Respirationssystemet består af et øvre og et nedre. Det øvre respirationssystem består af næsen, næsehulen, paranasal sinuser fx notter en gruppe af fire parrede luftfyldte rum, der omgiver næsehulen, herunder kæbehulerne, frontale bihuler, ethmoidale bihuler, sphenoidal

bihuler. og svælget. Det nedre respirationssystem indeholder larynx, trachea, bronkier, bronkioler og lungealveoler. [10, 11]

Transport af ilt

Ilten indtages i det øvre respirationssystem gennem næsen eller munden, herefter transporteres luften gennem trachea, hvor den deler sig i to hovedbronkier. Hovedbronkierne deler sig igen i mindre og mindre bronkier, hvor de til sidst ender i alveoler. Disse har udposninger yderst, kaldet bronkioler, og er omgivet af lungekapillærer. Alveolevæggen er tynd, hvilket medvirker til at ilten kan diffundere over i blodet gennem lungekapillærer, hvorved blodet iltes og kan transporteres ud i musklerne. Modsat kan affaldsstoffet, kuldioxid, trænge fra blodet over i alveolerne, hvorved det kan udskilles ved eksspiration.[10, 11]