

## **AKUTNA DISPNEJA**

## **ACUTE DYSPNEA**

*Matjaž Fležar*

## Uvod

Dispneja je definirana kot subjektivni občutek pomanjkanja sape, ki je nesorazmeren zunanjim okoliščinam. Dispneja pri hitri hoji navkreber je tako lahko fiziološka, nastop dispneje v mirovanju pa je praviloma

vedno patološki. Akutna in kronična dispneja se ločita po vzrokih in vzorcu pojavljanja. Prva se razvije v toku nekaj minut ali ur, druga v daljšem časovnem obdobju. Vzrokov za akutni nastop dispneje ni veliko.

## Vzroki za akutno dispnejo

**Tabela 1.** Vzroki za akutno dispnejo.

Kardiocirkulatorni	Respiratorni	Psihogeni	Metabolni
-Akutna ishemija srčne mišice; -Akutno poslabšanje kongestivne srčne odpovedi; -Tamponada srca;	-Akutno poslabšanje astme; -Pljučna embolija; -Pnevmotoraks; -Akutna okužba – pljučnica; -Zapora v zgornjih dihalih: aspiracija, anafilaksija;	-Akutni panični napad (hiperventilacijski sindrom);	-Akutna metabolna acidoza (npr. zastrupitev s salicilati);

Vsi ti vzroki imajo v celotni klinični sliki vrsto spremljajočih znakov in simptomov, ki jih ne smemo spregledati, ker je običajno potrebno postaviti eno izmed teh diagnoz brez kakršnihkoli razširjenih diagnostičnih prijemov. Pri akutni ishemiji srčne mišice potrebujemo podatek o prsni bolečini, dejavniki tveganja, v statusu lahko slišimo tretji ton nad srcem, najdemo znake hipoperfuzijske srčne odpovedi, znake aktivacije adrenergičnega sistema. Akutna pljučna kongestija je združena s povečanjem osrednjega venskega tlaka (CVP), znaki pljučnega edema. Pri tamponadi srca so izraziti znaki zastoja krvi v venskem sistemu z močno povišanim CVP, paradoksnim pulzom in "praznimi" pljuči. Srčna tamponada ima znake motenega vtoka krvi v srce z močno povišanim CVP, paradoksnim pulzom in značilnim nihanjem krvnega tlaka. Če z manometrom napihnemo manšeto tik nad sistolno vrednostjo tlaka, bomo med nekoliko počasnejšim vdihom slišali pulz, med izdihom pa ne. Znaki tamponade se lahko pojavijo zelo hitro, ko količina tekočine v osrčniku preseže nek prag, čeprav se je pred tem lahko že dalj časa nabirala (npr. pri malignih perikardnih izlivih).

Akutno poslabšanje astme navadno ima to bolezen v pretekli anamnezi. Na prisotnost piskanja nad pljuči se ne moremo popolnoma zanesti, saj t.i. tih prsni koš pomeni najhujšo obliko bronhospazma, ki zahteva čimprejšnjo intubacijo in volumsko ventilacijo bolnika. Izjemno hud in zelo hitro nastal bronhospazem nastane tudi pri (lahko zelo blagem) astmatiku, ki ima akutno sistemsko preobčutljivostno reakcijo (npr. po zaužitju acetilsalicilne kisline ali piku ose ali čebele). V tem primeru bodimo pozorni na morebitno koprivnico na koži ali otekanje vek, ustnic, jezika. Pljučna embolija ima pogosto pridruženo zbadajočo bolečino v prsnem košu, hemoptizo ali dražec kašelj, samo dihanje pa ni videti oteženo, je pa veliko hitrejše. Vedno poiščimo dejavnike tveganja za to bolezen.

Akutna lobarna pljučnica ima lahko zelo akuten začetek (nekaj ur), praviloma vedno s septičnim porastom temperature, lahko pa tudi bolečino ob dihanju in kašlju in značilen izvid nad pljuči.

Aspiracija pri zdravem lahko povzroči hudo dihalno stisko in je ni težko spoznati, medtem, ko že manjša aspiracija pri kroničnem pljučnem bolniku lahko močno poslabša sapo, brez da bi se bolnik tega razloga zavedal.

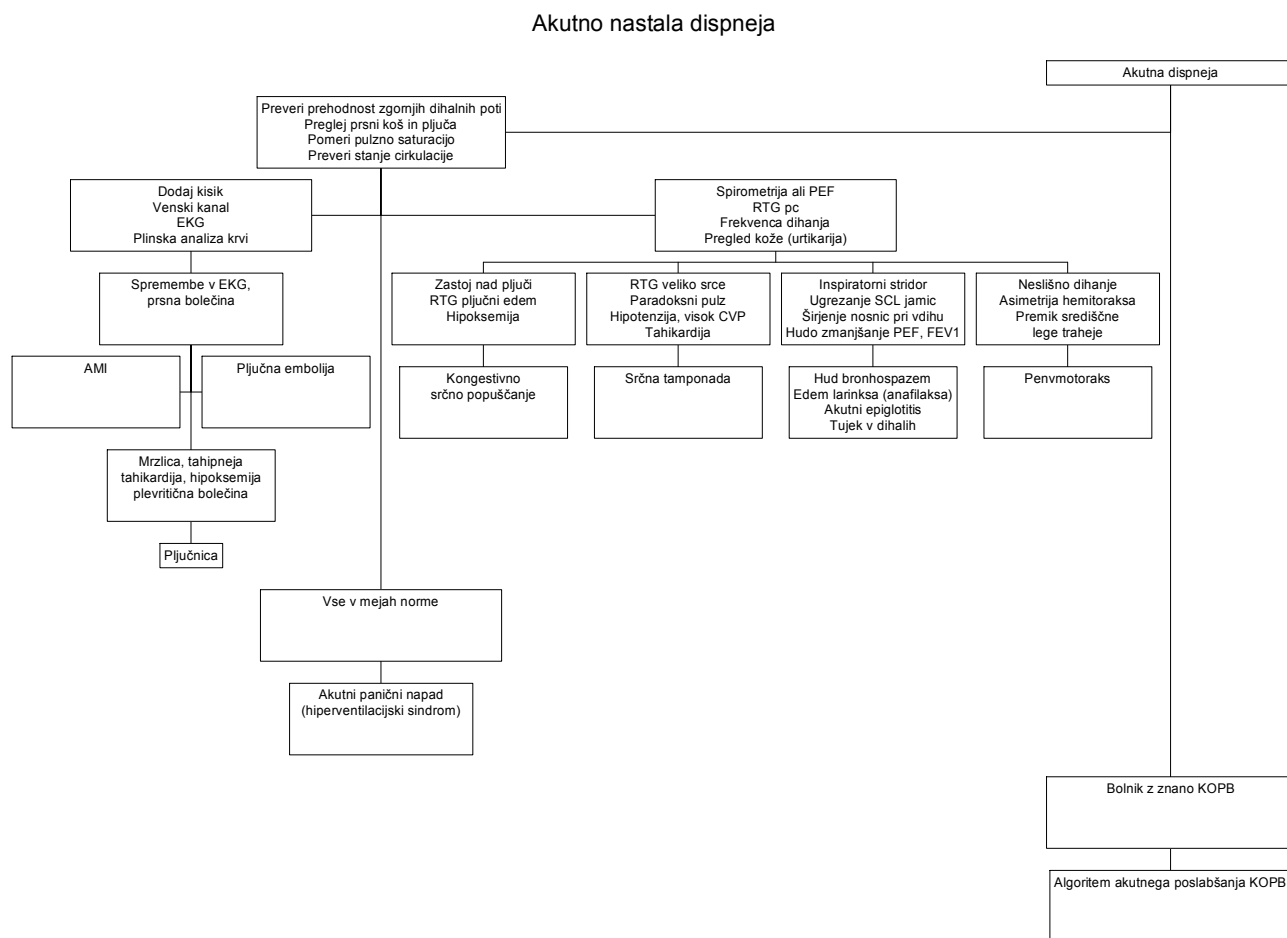
Akutni panični napad je vedno popolnoma neodvisen od telesnega napora. Hiperventilacija, ki je lahko tudi podzavestna, sproži simptome vrtoглаvice, mravljinčenja, zožene zavesti, težav z ravnotežjem, bolnik ima ob morebitnem kolapsu lahko cianozo ustnic in krče. Pulz je navadno pospešen in periferno zelo slabo tipen.

## Pristop k bolniku z akutno dispnejo

Akutna stanja dispneje zahtevajo od zdravnika natančen pregled in anamnezo, pulzno oksimetrijo in / ali plinsko analizo krvi in takojšnjo oceno prizadetosti srčno-žilnega sistema. Opravimo še EKG, RTG pc (zadošča AP projekcija), laboratorijske preiskave krvi (Na, K, sečnino in kreatinin v serumu, po potrebi še laktat). Na mestu je tudi spirometrija oziroma PEF meritev.

Za ločitev akutnega srčnega popuščanja od drugih razlogov, je zelo primerna določitev aktivnosti možganskega natriuretičnega peptida (BNP- brain natriuretic peptide) v serumu, saj imajo vrednosti nad 100 pg / ml veliko občutljivost in specifičnost za to diagnozo in zelo pomagajo pri odločitvi o vzroku dispneje tudi na nivoju triažne ambulate družinskega zdravnika.

Tabela 2. Algoritem pristopa k bolniku z akutno dispnejo.



## Literatura

1. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med 1999 Jan; 159(1): 321-40.
2. Moy ML; Lantin ML; Harver A; Schwartzstein RM. Language of dyspnea in assessment of patients with acute asthma treated with nebulized albuterol. Am J Respir Crit Care Med 1998 Sep; 158(3): 749-53.
3. Rosser R; Guz A. Psychological approaches to breathlessness and its treatment.
4. J Psychosom Res 1981; 25(5): 439-47.
5. Pratter MR; Curley FJ; Dubois J; Irwin RS. Cause and evaluation of chronic dyspnea in a pulmonary disease clinic. Arch Intern Med 1989 Oct; 149(10): 2277-82.
6. Simon PM; Schwartzstein RM; Weiss JW; Lahive K; Fencel V; Teghtsoonian M; Weinberger SE. Distinguishable sensations of breathlessness induced in normal volunteers. Am Rev Respir Dis 1989 Oct; 140(4): 1021-7.
7. Simon PM; Schwartzstein RM; Weiss JW; Fencel V; Teghtsoonian M; Weinberger SE Distinguishable types of dyspnea in patients with shortness of breath. Am Rev Respir Dis 1990 Nov; 142(5): 1009-14.
8. Elliott MW; Adams L; Cockcroft A; MacRae KD; Murphy K; Guz A. The language of breathlessness.
9. Am Rev Respir Dis 1991 Oct; 144(4): 826-32.
10. Mahler DA; Harver A; Lentine T; Scott JA; Beck K; Schwartzstein RM. Descriptors of breathlessness in cardiorespiratory diseases. Am J Respir Crit Care Med 1996 Nov; 154(5): 1357-63.
11. O'Donnell DE; Bertley JC; Chau LK; Webb KA. Qualitative aspects of exertional breathlessness in chronic airflow limitation: pathophysiologic mechanisms. Am J Respir Crit Care Med 1997 Jan; 155(1): 109-15.