

MARKUS LYYRA
erikoislääkäri,
ensihoitolääketieteen
erityispätevyys
HUS Porvoon sairaala,
akuuttilääketiede ja HUS
lääkärihelikopteri FinnHEMS10

Äkillinen hengenahdistus iski kotisohvalla

Vaimo toi tupakoivan keski-ikäisen miehen sairaalan päivystykseen äkillisesti alkaneen kovan hengenahdistuksen takia. Hengitystaajuus oli tulovaiheessa 40/min ja veren happisaturaatio 80 %. Mies oli ollut aiemmin terve.

Miestä alettiin välittömästi tutkia ja hoitaa hätätilapotilaana. Hänen verenpaineensa oli 192/115 mmHg ja syke 128/min. Kuumetta oli 38,5 °C. Mies oli kalpea ja voimaton ja hänen hengityksensä roihisi korvin kuultavasti.

Hengenahdistus oli alkanut kotisohvalla muutamaa tuntia aiemmin. Siihen ei ollut liittynyt fyysistä rasitusta, eikä mitään flunssan oireita ollut ilmennyt. Suvussa ei ollut esiintynyt sepelvaltimotautia nuorella iällä eikä poikkeavia tukostaipumuksia.

Päivystävän lääkärin oli vaikea kuulla sydänääniä, koska miehen hengitys oli tiheää ja keuhkot rahisivat. Mies pystyi puhumaan vain yksittäisiä sanoja. Kuume oli noussut ja oli jo 39,3 °C.

Laboratoriotutkimuksissa valkosolupitoisuus oli koholla ($14,6 \times 10^9/l$) mutta CRP oli normaali (10 mg/l). Ensimmäinen verikaasunäyte saattoi olla laskimonäyte. Myöhemmässä, varmasti valtimosta otetusta kokeesta veren happiosapaine oli 11,5 kPa ja hiilidioksidin 5,3 kPa. Muutoin laboratorioarvoissa ei ollut mainittavia poikkeamia.

Keuhkojen natiiviröntgenkuva otettiin potilaan ollessa makuulla. Sydänvarjo oli normaalia kokoluokkaa, mutta oikea puoli keuhkoista oli täysin varjostunut (kuva 1). EKG:ssa ei ollut takykardian lisäksi selviä diagnostisia löydöksiä (kuva 2).

Potilaalle aloitettiin noninvasiivinen ventilaatituki pienellä happilisällä. Näin happikylläisyys saatiin suurenemaan normaalille tasolle. Mies siirrettiin tehostettuun valvontaan jatkohoitoon ja seurantaan.

Potilaalta otettiin näytteet veriviljelyä varten, ja hänelle aloitettiin kefuroksiimilääkitys suoneen. Työdiagnoosina oli raju keuhkokuume.

Ei enää kuumetta

Aamulla potilaan valkosolujen lukumäärä oli normaali ja CRP oli 45 mg/l. Sydänentsyymien arvot olivat vain hivenen koholla ja seurannassa jo laskussa. Kuumetta ei enää ollut. Happisaturaatio pieneni yhä välittömästi potilaan liikkumisen ja ilman hengitystukea ja happilisiä.

Sydämen kuuntelututkimuksessa oli nyt selvästi kuultavissa systolinen gradus 3 sivuääniä, joka oli voimakkain sydämen kärjessä. Syke oli normaali, ja alaraajoissa oli staasiekseemaa mutta vain vähäistä turvotusta. Pohkeet eivät aristaaneet eikä niissä ollut turvotusta. Keuhkokuva oli huomattavasti korjaantunut aikaisemmasta.

Sydämessä epäiltiin äkillistä läppävikaa, ja konsultoitiin kardiologia. Sydämen kaikututkimuksessa havaittiin hiippalapän takapurjeen prolapsi ilmeisesti kordan repeämän takia. Poti-

KUVA 1.

Keuhkojen röntgenkuva tulovaiheessa.



*Sydänäänä oli
vaikea kuulla,
koska potilaan
hengitys oli
tiheää ja keuhkot
rahisivat.*

las siirrettiin yliopistolliseen sairaalaan, ja hänelle asennettiin sydämen kontrapulsaattori. Seuraavana päivänä hänelle tehtiin ongelmitta läppäleikkaus. Potilas kotiutui aluesairaalan kautta kymmenen vuorokautta sairaalaan hakeutumisen jälkeen hyväkuntoisena toipilaana.

Jokin ei täsmää

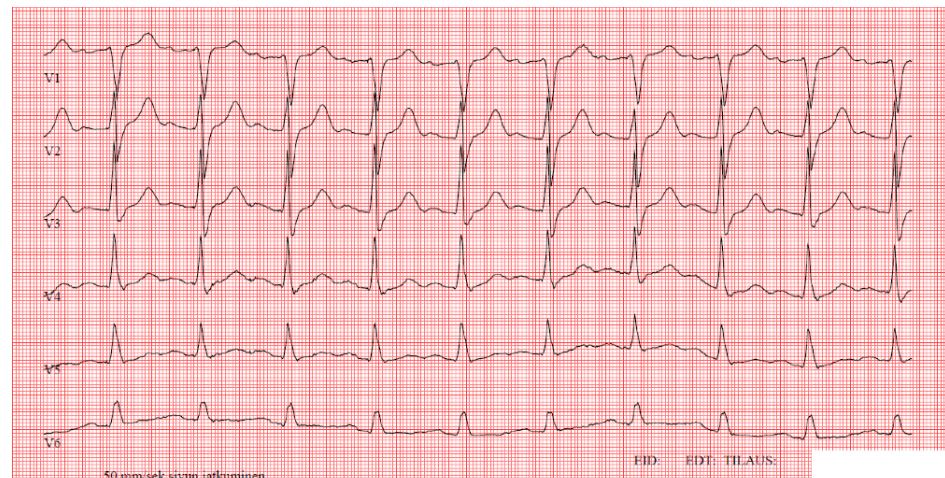
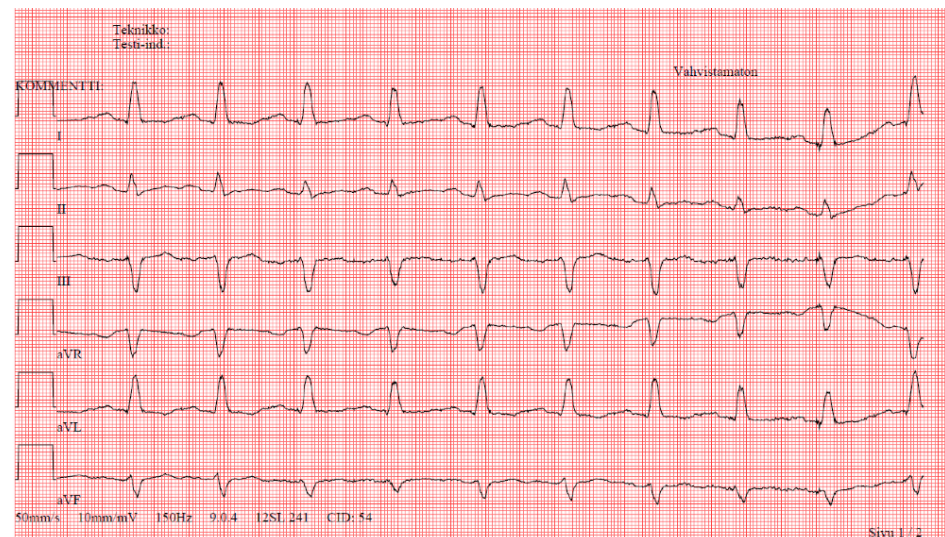
Keuhkokuumediagnoosin uudelleenarviointiin heti aamulla johti kokeneen tehosairaanhoidajan huoli, että potilaan tilassa jokin ei täsmää.

Lopulliseen diagnoosiin päästiin vasta sydämen kaikututkimuksen jälkeen.

Erikoistuvien lääkärien koulutuksen ja laitteiden paremman saatavuuden takia sydämen kaikututkimukset yleistynevät tulevaisuudessa myös päivystyksissä. Perinteiset tutkimusmenetelmät, kuten sydämen kuuntelututkimus, eivät tässä tapauksessa soveltuneet käytettäväksi keuhkoista kuuluvan äänekkään rahinan ja tihtentyneen hengityksen vuoksi. ●

KUVA 2.

EKG tulovaiheessa.



Potilaan tunnistamisen mahdollistavia tietoja on muutettu.