Minifall Luftvägsinfektion 2 a-c

2018-03-20, reviderat senast 2026-03-24

Om ni har valt Minifall Luftvägsinfektion 2 som del av ert självdeklarationsarbete, ska ni diskutera alla de tre korta journalanteckningarna (2a-c). Är diagnosen adekvat? I förekommande fall: Var provtagning och behandling adekvat? Har riktlinjerna följts? Är det uppgifter som saknas?

Minifall Luftvägsinfektion 2 a:

Karin 52 år

Kontakttyp	Mottagningsbesök oplanerat
Kontaktorsak	Luftvägsinfektion
ANAMNES	
Hälso- och sjukdomshistoria	Haft en utmattningsdepression 2018. Fortfarande stresskänslig, arbetar numera 50% som förskollärare. En del muskelvärk i nacke-skuldror.
Aktuellt	Insjuknade för 5 dagar sen med hosta och feber 39°. Lätt snuva, ej ont i halsen. Feber första tre dagarna sen temp under 38°. Sista dygnet dock allmänt sämre igen, trött och tagen, tungandad när hon försöker anstränga sig och fr.o.m. igår åter temp 39°. Röker inte.
STATUS	
Allmäntillstånd	Trött, hostig, temp 38,6° utan febernedsättande.
Munhåla och svalg	U.a.
Lymfkörtlar	U.a.
Öron	U.a.
Lungor	Vesikulärt andningsljud, men tydligt nedsatt andningsljud höger bas. Andningsfrekvens 22. POX 96%.
Lab	CRP 122
BEDÖMNING/ ÅTGÄRD	Pneumoni. Får Kåvepenin 1 g 1x3 i 10 dagar. Kontroll-rtg om 6 veckor. Hör av sig vid utebliven förbättring.
DIAGNOS ENL ICD-10-SE	J189 Pneumoni, ospecificerad

Minifall Luftvägsinfektion 2 b:

Leif 62 år

ANTECKNING

Kontakttyp	Mottagningsbesök oplanerat
Kontaktorsak	Tät i bröstet

ANAMNES

Hälso- och sjukdomshistoria	Hypertoni sedan 2010. Känd KOL sedan 2015. Slutade röka vid diagnos. Hade då rökt 10 cigaretter per dag i 35 år. Haft en akut exacerbation för två år sen. Ej behövt sjukhusvård. FEV 1 76 (% av förväntat) och CAT 9 för 2 mån sen.
Aktuellt	Sedan 6 dagar snuvig och hostig. Klart ökad andfåddhet vid ansträngning. Har inte mer slem än vanligt men det har blivit gulgrönt. Brukar även i vanliga fall hosta upp en hel del ljust slem. Ingen andningskorrelerad bröstsmärta.

STATUS

Allmäntillstånd	Opåverkad. Ingen cyanos. POX 95%
Munhåla och svalg	U.a.
Hjärta	Regelbunden rytm, frekv 86. Inga biljud.
Lungor	Förlängt exspirium, sonora ronki. Andningsfrekvens 18. PEF 280.
Lab	CRP 23

BEDÖMNING/ÅTGÄRD	Akut exacerbation av KOL. Får inhalera 2 ml Ventoline 5 mg/ml och 2 ml Atrovent 0,25 mg/ml och blir klart bättre. Får tabl Doxycyklin 100mg 2x1 första dagen och sen 1x1, 10 st. Prednisolonkur 5 mg tabl 5x1 i 5 d.
DIAGNOS ENL ICD-10-SE	J441 Kroniskt obstruktiv lungsjukdom med akut exacerbation, ospecifierad

Minifall Luftvägsinfektion 2 c:

Emma 26 år

ANTECKNING

Kontakttyp	Mottagningsbesök oplanerat
Kontaktorsak	Bihålor

ANAMNES

Hälso- och sjukdomshistoria	Ev pc-allergi.
Aktuellt	Förkyld sedan en vecka med gulgrön snuva och tryck över båda käkbihålorna, ökar när hon lutar sig framåt. Ingen smärta i tänderna och har inte dålig lukt i näsan. Täppt i näsan, viss hosta. Temp 37,8°, brukar normalt ligga på 36,2°. Uppger att hon alltid brukar få antibiotika när det blir så här. Har inte tagit någon analgetika.

STATUS

Allmäntillstånd	Gott och opåverkat. Nästäppt. Temp nu 37,4°.
Munhåla och svalg	U.a.
Lymfkörtlar	U.a.
Öron	U.a.
Näsa	Färgat sekret. Ingen vargata.
Bihålor	Perkussionsömhet över maxillarsinus.
Lungor	U.a.

BEDÖMNING/ÅTGÄRD	Sinuit men inte så lång anamnes. Receptfritt Nasonex, får recept i reserv på Doxycyklin om hon inte är bättre om 3–4 dagar.
DIAGNOS ENL ICD-10-SE	J019 Akut sinuit, ospecificerad

”Facit” till Minifall Luftvägsinfektion 2 a-c

Minifall Luftvägsinfektion 2 a – Karin 52 år

- Diagnosen pneumoni är den mest sannolika med hänsyn till symtombild och fokala auskultationsfynd.

- Pc-kuren är för lång. Det räcker med 5 - 7 dagar. Vid övervägande av 5 dagars behandling telefonuppföljning dag 5: En patient som varit feberfri i minst två dagar och upplever tydlig förbättring avseende allmäntillstånd och andning, kan avsluta kuren efter 5 dagar. Företrädesvis kan detta vara aktuellt för i övrigt väsentligen friska, yngre patienter.

- Patienten har ett ”gult ljus” (Se avsnittet Tecken på allvarlig infektion hos vuxna i Behandlingsrekommendationer för vanliga infektioner i öppenvård) eftersom hon har andningsfrekvens 22. Därför borde även hjärtfrekvens och blodtryck ha kontrollerats. Man borde även ha frågat efter social situation med tanke på säkerhetsnät. Det visade sig att hon hade hjärtfrekvens 84 och blodtryck 138/86 samt sambo och son i övre tonåren i hemmet.

- Kontrollröntgen behövs inte. Lungröntgen efter 6–8 veckor görs om patienten är rökare >40 år eller f.d. rökare >50 år för att diagnostisera ev. bakomliggande lungmalignitet. Lungröntgen görs även efter komplicerad pneumoni för att påvisa fullgod utläkning.

- Vid okomplicerad pneumoni, rekommenderas uppföljning med telefonkontakt efter 1–4 veckor för de patienter som får längre behandling än 5 dagar. Om man sätter diagnos vid uppföljningen, kan (förutsatt att patienten tillfrisknat) förslagsvis diagnosen Z098 *Kontrollundersökning efter annan behandling för andra tillstånd* användas tillsammans med *J189 Pneumoni, ospecificerad* eftersom grunddiagnosen måste anges vid diagnosen Z098. Vid närvaro av Z098-diagnosen exkluderar dock MedRave diagnosen J189 från statistiken, eftersom den inte föranleder antibiotikabehandling.

Minifall Luftvägsinfektion 2 b AE-KOL – Leif 62 år

- Diagnosen Akut exacerbation av KOL är den mest sannolika med hänsyn till symtombilden. En akut exacerbation av KOL kännetecknas av ett eller flera av följande symtom; nytillkomna missfärgade upphostningar, ökad mängd upphostningar och ökad dyspné.

- Akut försämring vid KOL kan ha olika orsaker såsom långvarig hypoxi, pneumothorax, lungemboli, hjärtsvikt, pneumoni, suboptimal medicinering eller luftföroreningar. Det är därför viktigt att göra en diagnostisk värdering vid den akuta försämringen. Cirka en tredjedel av exacerbationerna orsakas av virus och lika många av bakterier, främst *Haemophilus influenzae och Streptococcus pneumoniae.*

- Patienter som kan ha nytta av antibiotikabehandling är de med **missfärgade upphostningar** tillsammans med ökad mängd upphostningar och/eller ökad dyspné.

- Leif kan ha nytta av antibiotika eftersom han har missfärgade upphostningar. Kliniskt föreligger inte någon misstanke om pneumoni och CRP behöver inte kontrolleras. Amoxicillin 750 mg 1x3 i 5–7 dagar är förstahandspreparat enligt REK-listan i VGR vid akut exacerbation av KOL. Ta om möjligt sputumodling före antibiotika.

- Värdera svårighetsgraden vid akut exacerbation av KOL. Följande tabell finns i RMR KOL i VG:

Värdering av svårighetsgraden vid akut exacerbation

	Lindrig till medelsvår försämring	Svår försämring	Livshotande försämring
Allmänpåverkan	Obetydlig till lindrig	Påverkad, cyanos, ödem	Konfusion, koma
Andningspåverkan	Obetydlig till besvärande andnöd	Andnöd i vila	Kraftig andnöd i vila
Andningsfrekvens	<25/min	>25/min	Varierande
Hjärtfrekvens	<110/min	>110/min	Varierande
Saturation på luft	≥90 %	<90 %	<90 %
Blodgas	Behöver vanligtvis inte mätas	PaO_2 <8,0 kPa PaO_2 >6,5 kPa	PaO_2 <6,6 kPa PaO_2 ≥9,0 kPa pH <7,3

Leif har följaktligen en lindrig exacerbation. Det föreligger därför inte indikation för Prednisolon. För övriga grader av AE-KOL rekommenderas i Prednisolon 25-30 mg peroralt dagligen i fem dagar i RMR KOL VG.

Har patienten nytta av inhalation? Om patienten är uttalat obstruktiv vid en AE-KOL, hörs inte alltid ronki vid auskultation. Kanske klarar patienten inte heller av att medverka till PEF. Det kan därför vara svårt att få en uppfattning av graden av obstruktivitet. Vem som har nytta av inhalation blir ofta en klinisk bedömning.

Vid en lindrig exacerbation kan SABA (Short Acting Beta-2-receptor Agonist, t.ex. salbutamol, terbutalin) och/eller SAMA (Short Acting Muscarinic receptor Antagonist, t.ex. ipratropium) vara tillräcklig behandling. På vårdcentralen kan SABA och/eller SAMA ges antingen som spray med spacer eller nebuliserat. Administrationssätten anses vara likvärdiga. Inhalation av spray via spacer ges med 4–10 puffar beta-2-receptoragonist och/eller ipratropium var 20:e minut under sammanlagt en timme. Alternativ är salbutamol 2,5–5 mg och/eller ipratropium 0,5 mg administrerat med

nebulisator. Upprepa behandlingen efter 30–45 minuter om otillfredsställande effekt. Om patienten har effekt av inhalationerna på mottagningen, kan fortsatt inhalation av spray i spacer vara ett behandlingsalternativ hemma.

- Tänk på att upprätthålla full vaccinationsstatus avseende influensa, covid -19 och pneumokocker.

Minifall Luftvägsinfektion 2 c bihålor – Emma 26 år

- Anamnesen är kort (mindre än 10 dagar) och besvären får rubriceras som förhållandevis lindriga då Emma endast har tryck över käkbihålorna, inte någon påtaglig värk. Perkussionsömhet är ospecifikt liksom att besvären ökar när hon lutar sig framåt. Det saknas uppgift om den främre rinoskopin gjordes efter avsvällning. I diagnostiken ingår att man gör en främre rinoskopi efter avsvällning med lokala vasokonstriktorer för att bättre kunna bedöma förekomst av vargata. Sammantaget en klinisk bild som vid akut viral rinosinuit (=förkylning).

- Det föreligger **inte** någon indikation för recept i reserv. Hon kan inte förvänta sig att hon ska vara bättre om 3–4 dagar. Även om hennes symtombild är oförändrad om ett par veckor föreligger inte indikation för antibiotika, men om hon blir påtagligt sämre, får man göra en ny bedömning.

- I dagsläget hade det inte heller behövt något läkarbesök utan hon kunde ha fått egenvårdsråd av sjuksköterska. Med tanke på att Emma är van att få antibiotika vid liknande symtom, kanske det ändå behövs en pedagogisk insats med förklaring om den kunskap vi fått på senare år om hur få sinuitpatienter som har nytta av antibiotika. Ge henne gärna Patientinformation om bihåleinflammation — Folkhälsomyndigheten.

- Det är angeläget att ifrågasätta när man träffar på märkning ”pc-allergi” i journalen eftersom ca 90% av uppgivna ”penicillinallergi”-reaktioner inte kan verifieras med testning. Andrahandsantibiotika ger ofta mer biverkningar och i vissa fall sämre klinisk effekt. De har ofta bredare spektra med större påverkan på patientens normalflora och mer negativa ekologiska effekter på resistensutveckling. Mer information finns i Terapiråd Handläggning och provokation vid misstänkt penicillinallergi hos vuxna i primärvården.