

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin, Lungmottagning Sahlgrenska

Giltig från: 2025-06-10

Innehållsansvar: Mats Hemlin, (mathe8), Överläkare

Giltig till: 2027-05-30

Granskad av: Karin Rahm, (karra1), Sektionschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

# LMOT – Standardiserad utredning av dyspné

## Förändringar sedan föregående version

Ny rutin.

## Bakgrund och syfte

**Bakgrund:** Studier visar att 0,9–3,9 % av primärvårdsbesöken orsakas av dyspné (1, 2, 3). I majoriteten av fallen och i ökande utsträckning med åldern förklaras dyspnén av hjärt-lungsjukdomar. Men även efter utredning av hjärt-och lungläkare saknas förklaring på dyspnén hos en stor andel av patienterna; i några studier i runt 20 % av fallen. Inte sällan bedöms dyspnén bero på allmänna orsaker som ålder, obesitas och oträning. Ofta finns flera samverkande orsaker.

Primärvårdens diagnostiska träffsäkerhet var i en studie så låg som 39 % och både hjärtsvikt och lungsjukdom tenderade att både missas och överdiagnostiseras. Därför är det viktigt att vi har en förutsättningslös diagnostisk approach på lungmottagningen även om vi ska begära att primärvården nöjaktigt skall ha uteslutit icke pulmonella orsaker till dyspnén (hjärtsjukdom, anemi, hypothyreos).

**Syfte:** Att standardisera utredningen av patienter som kommer till lungmottagningen på nybesök med frågeställningen: Dyspné?

## Förutsättningar

Läkare inom lungmottagning, verksamhet Lungmedicin, allergologi och palliativ medicin. Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att utföra arbetet enligt gällande rutin.

Sektionschef och vårdenhetschef öppen vård ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Verksamhetschef ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författning/lagar.

# Utförande

## Remissbedömning

Remissen skall innehålla aktuella uppgifter om spirometridata, lungröntgen, syremättnad (helst vid belastning, till exempel 6 minuter gångtest) och eventuell hjärtsjukdom.

Lungmottagningens primära uppgift är att diagnosticera eventuell lungsjukdom, men om sådan inte kan konstateras ska andra orsaker utredas eller råd ges till inremitterande om fortsatt utredning.

## Undersökningar inför nybesök

Spirometri (reversibilitetstest om det inte är gjort) Diffusionskapacitet, POX.

## Vidare utredning och differentialdiagnoser

Nedan följer de tillstånd som kan övervägas. När remissfrågan är 'Dyspné' har dock de vanliga lungsjukdomarna oftast redan uteslutits:

### 1) **Obstruktiv lungsjukdom** (KOL, emfysem, astma, bronkiolit)

Jämför med den tidigare spirometrin. Variabilitet? Reversibilitet? Gå vidare med PEF-kurva? Metacholintest? Blodeosinofili? FeNO?

Vid misstanke om bronkiolit utför undersökning av de små luftvägarna med inertgasutsköljning, impulsocillometri och CT-thorax med expirationsbilder.

**OBS!** Patienter med emfysem har ibland välbevarade spirometrivärden (men sänkt diffusionskapacitet).

### 2) **Interstitiell lungsjukdom**

Syns inte alltid på slätröntgen. Sänkt diffusionskapacitet.

Ett känsligt test är att mäta POX vid ansträngning, till exempel gång i trappor eller 25 benböj. POX skall normalt inte sjunka mera än någon enstaka %. Beställ HRCT thorax.

### 3) **Restriktiv ventilationsinskränkning** (bröstkorgsstelhet, till exempel ankyloserande spondylit (Mb Bechterew), diafragmapares, muskelsjukdom till exempel tidig ALS).

Blodgas (Kronisk respiratorisk acidosis?). Komplettera med statisk spirometri och eventuellt mätning av andningsmuskelstyrka. Efterfråga symptom på underventilering. Nattmätning.

### 4) **Lungembolier.** Takykardi, hemopty, pleuritmärta ev. med liten pleurautgjutning på röntgen. Svår diagnos! Se punkt 5.

5) **Pulmonell hypertension**

Sänkt diffusionskapacitet, eventuell hypoxi. UCG. Uteslut kronisk lungembolism med CT thorax eller ventilations/perfusionsscintigrafi

6) **Shunt**

Ge 10–15 L syrgas. Om syresättningen ändå inte stiger så mycket tyder det på shunt. Beställ UCG med TEE för att diagnostisera shuntar i hjärtat. CT-thorax med kontrast för att se arteriovenösa missbildningar. Stora shuntar kan även uppstå i atelektaser, men de försvinner när atelektasen blir komplett.

**OBS!** Platypnéa ortodeoxia då shunten beror av kroppsläge, vanligen hypoxi som försvinner i liggande.

7) **Hyperventilationssyndrom**

Suckandning? Bröstkorgsandning? POX >98 %.

Kontrollera hur patienten betar sig vid trappgång. Oproportionerlig dyspné? Yrsel? Pirningar runt läppar och i fingrar? Avledbarhet? Ljud över stämbanden (Vocal Cord Dysfunction Syndrome)?

Kontrollera blodgas, respiratorisk alkalos? Ergospirometri med blodgaskontroller kan ge diagnosen. Om diagnosen bekräftas skall patienten avslutas och remiss skickas till sjukgymnast.

### **Utredningens gång**

Om det behövs kompletterande undersökningar efter nybesöket meddelas resultaten på dessa och eventuella nya undersökningar via brev eller telefon. När diagnosen fastställts eller utredningen förts till vägs ände kan patienten antingen avslutas eller följas upp på någon av lungklinikens mottagningar beroende på diagnos.

Om utredningen inte leder fram till någon diagnos kan man gå vidare med en ergospirometri som objektiviserar prestationsförmågan och som avslöjar eventuell kardiell eller pulmonell begränsning, otränning och hyperventilation. I fall där symptomen är besvärliga bör detta göras. I andra fall räcker det med lugnande information.

### **Avsteg från rutin**

Medvetet avsteg från rutin dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO, där aktuell linjechef ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

### **Uppföljning**

Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har sektionschef eller av denne utsedd person.

# Arbetsgrupp

Rutin framtagen av Mats Hemlin, överläkare lungmedicin.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Specialistmedicin, Lungmottagning  
Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Mats Hemlin, (mathe8), Överläkare

**Granskad av:** Karin Rahm, (karra1), Sektionschef

**Godkänd av:** Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9788-135611145-184

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-06-10

**Giltig till:** 2027-05-30