

Birinci basamakta nefes darlığına yaklaşım Approach to shortness of breath in primary care

Yavuz Alp Yalçın

Uzm.Dr., Özel Metropolit Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Dispne, kişinin solunumunu zorlukla, sıkıntı ile yürüttüğü ve solunumunu yürütmede güçlük çektiğinin bilincinde olması olarak tanımlanır. Böylece dispne, bir semptom ve subjektif bir duygudur. Birinci basamakta ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır. Acil durumlarda hastanın ilk müdahalesi yapıp sevk edilmelidir. Gerekli ve yerinde müdahalenin ve ayırıcı tanının yapılabilmesi için hekimlerin ve sağlık çalışanlarının dispne hakkında yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Ayırıcı tanı, birinci basamak, dispne

Summary

Dyspnea, is defined as difficulty in carrying out respiration and awareness of the patient with carried out distress. Thus, dyspnea, is a symptom and a subjective feeling. The differential diagnosis should be done in primary care. In emergency situations, patient should be referred after first intervention. Physicians and health professionals should have sufficient knowledge and experience about dyspnea to perform required differential diagnosis and appropriate intervention.

Key words: Differential diagnosis, primary care, dyspnea.

Kabul tarihi: 11 Haziran 2012

Genel bilgiler

Dispne, kişinin solunumunu zorlukla, sıkıntı ile yürütmesi ve solunumunu yürütmede güçlük çektiğinin bilincinde olması olarak tanımlanır. Böylece dispne, bir semptom ve subjektif bir duygudur. Kişinin soluk alma çabası içinde olmasına karşın bekleneni sağlamakta yetersiz kalması bilincine varmasıdır (1). Nefes darlığı hasta tarafından hava açlığı, nefes sıkışması, ‘göğsüm patlayacak gibi hissediyorum, nefesim rahat değil, nefes alıp doyamıyorum, nefesim yetmiyor, nefes nefese kalıyorum’ şeklindeki ifadeler ile tariflenebilir. Bunun nedeni, nefes darlığında farklı durumlar için farklı mekanizmaların devreye girmesidir. Normal solunumdan; kan ve beyindeki kemoreseptörler ile havayollarında, göğüs duvarında ve akciğerlerde bulunan mekanoreseptörlerin otonomik regülasyonu sorumludur (2). Solunumun nöral kontrolünün duysal kolu, akciğer ve solunum kaslarından kaynaklanır, vagus ve spinal sinirlerle beyin sapı ve duysal kortekse taşınır. Motor kol da yine hem beyin sapı hem de kortikal kontrol altındadır (3).

Nefes Darlığı Çeşitleri

Ortopne: Hastanın yatar durumda nefes darlığının ortaya çıkması veya şiddetlenmesidir.

Paroksizmal Noktürnal Dispne (PND): Hastanın uyurken hava açlığı ile uyanarak oturup veya ayağa kalkarak rahatlamaya çalışmasıdır.

Platipne: Hastanın oturduğunda veya ayağa kalktığında artan ve yatar durumda azalan nefes darlığıdır.

Trepopne: Hastanın sağına veya soluna yatışlarında ortaya çıkan nefes darlığıdır.

İnspiratuvar Dispne: Hastanın üst hava yollarındaki bir patolojiye bağlı nefes alırken nefes darlığı hissetmesidir. Nefes alma güç ve gürültülüdür (stridor). Supraklavikular ve interkostal çukurlarda içe doğru çekilmeler (tiraj) olabilir.

Ekspiratuvar Dispne: Hastanın alt hava yollarındaki bir patolojiye bağlı nefes verirken nefes darlığı hissetmesidir. Astım ve kronik obstruktif akciğer hastalığı'nda (KOA)H) görülen dispne bu niteliktedir. Ekspiryum uzamıştır, solunum güç ve hışıltılı olabilir. Bazı vakalarda inspiratuvar ve ekspiratuvar dispne beraberdir.

Efor Dispnesi: Hastanın hareket halindeyken nefes darlığı hissetmesi ve istirahatte düzelmesidir.

İstirahat Dispnesi: Hastanın dinlenme durumundayken bile nefes darlığı hissetmesidir.

Psikojenik Dispne: Herhangi bir organik nedene bağlı olmaksızın genellikle anksiyete durumunda ortaya çıkan nefes darlığıdır.

Kronik Nefes Darlığı Şiddetinin Efor Kapasitesine Göre Sınıflandırılması

1. Evre: Düz yolda hızlı hareket ettiğinde veya hafif yokuş tırmandığında dispne olur.
2. Evre: Düz yolda yürürken yaşlarına göre nefes darlığı olur ve yavaş yürüyüşte bile durmak zorunda kalabilir.
3. Evre: Yıkınma, traş olma, soyunup giyinme gibi hafif eforlarda bile dispne olur.
4. Evre: Dinlenme ve sakin durumda bile nefes darlığından yakınır.

Nefes Darlığından Tanıya Gidiş

Nefes darlığı sorgulanırken ilk öğrenilmesi gereken süresi olmalıdır. Nefes darlığının nedenlerinin anlaşılması açısından nefes darlığının akut, kronik veya kronik zeminde ataklar halinde olması önemlidir. Tablo 1’de süresine göre nefes darlığı nedenleri sıralanmıştır (4). Pratikte dikkat edilmesi gereken bir konu da; kronik nefes darlığı olan hastanın her akut nefes darlığı atağında, bu atağın zemindeki hastalıkta alevlenme olup olmadığıdır. Örneğin bir KOAH hastası akut nefes darlığı ile geldiğinde alevlenme ilk planda düşünülebilir ancak bu hastanın nefes darlığının nedeni kalp krizi, pulmoner emboli ya da pnömotoraks gibi komplikasyonlar da olabilir.

Süresi öğrenildikten sonra nefes darlığına hangi ek yakınmaların eşlik ettiğini öğrenmek gerekir. Kalp yetmezliği olan bir hastanın özellikle yattıktan sonra ortopne ve paroksizmal nokturnal dispne (PND) ile uyanması, ardından öksürmesi, bazen pembe köpüklü balgam çıkarması tipiktir. Hatta hasta yataktan kalkarak nefes darlığını düzeltmek için pencere açıp temiz hava alma ihtiyacı hisseder. Gece yakınmaları baskın olan astımın bu tablodan farkı, hastanın genellikle sabaha karşı uyanması ve gezip dolaşması ile nefes darlığının rahatlamamasıdır. Kısa etkili beta-2 mimetik aldığı anda hasta rahatladığını ifade eder. Astımda nefes darlığı nöbetler şeklinde olup şiddeti değişken olabilir. Toz, allerjenler, sigara, deterjan gibi tetikleyiciler ile akut olarak ortaya çıkabilir. Mevsim geçişlerinde nefes darlığı artabilir. KOAH’daki nefes darlığı çoğunlukla kış aylarında olup hava kirliliğinde nefes darlığı hem eforla hem de istirahatte gelişebilir. Solunum yolları infeksiyonları nefes darlığının artmasına, öksürük ve balgam çıkarma gibi şikayetlerin eklenmesine sebep olur. Yine akut nefes darlığı yapan pnömotoraks, travma, pulmoner emboli olgularında ani başlayan nefes darlığı yanısıra yan ağrısı ve hemoptizi eşlik edebilir.

Üst solunum yollarının ani obstrüktif hastalıklarından biri olan yabancı cisim aspirasyonlarında, özellikle inspiyumda ani başlayan dispne tipiktir. Nefes darlığı öncesi yemek yerken boğazına bir şey kaçması, oyuncağa oynarken nefes darlığı gelişmesi, ani bilinç kaybı olup hırlamaya başlaması, operasyon sonrası nefes alırken rahat nefes alamaması gibi örnekler verilebilir. Bu gibi aspirasyon riskini arttıracak durumlar anamnezde sorgulanmalıdır.

Massif plevral sıvılardaki nefes darlığı trepopne şeklindedir. Sıvının ters tarafına yatıldığında hastanın nefes darlığında artış saptanır.

Hastanın oturması veya ayağa kalkması ile arteriyel kan gazı analizi ya da pulse oksimetre ile saptanabilen hipoksemi artışına ortodeoksi; buna platipne eklenirse ortodeksi sendromu adı verilmiştir (5). Hepatopulmoner sendromda, pnömonektomi sonrasında, kalp hastalıkları seyrinde (atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, foramen ovale), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)’da, amiodaron toksisitesinde ve tekrarlayan pulmoner emboli vakalarında ortodeksi sendromu gelişebilir (6,7).

Nefes darlığının şekli de tanıya yardımcı olabilir. Özellikle istirahat sırasında ortaya çıkan Kussmaul tipi nefes darlığında; metil alkol zehirlenmesi, üremi, metabolik asidoz, pulmoner emboli ve kardiyopulmoner hastalıkların son evresi akla gelmelidir. Kafa içi basınç artışı, üremi, koma, pons tegmentum lezyonlarında Cheyne-Stokes tipi solunum sıkıntısı (apne-hipopne-hiperpne-hipopne-apne) tipiktir.

Anamnezde ayrıntılı ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Diffüz interstisyel akciğer hastalığı yapabilen ilaçlar yanısıra, astım semptomlarını arttırabilen ilaçlar (beta bloker, aspirin, non-stereoid antiinflamatuar ilaçlar) da öğrenilmelidir.

Hastanın organik bir nedeni dışlanmadan psikojenik dispne tanısını düşünmek altta yatan önemli hastalıkların atlanmasına sebep olabilir. Anksiyetesi olan hastalar nefes darlığını daha çok ‘derin nefes almada zorluk çekiyorum’ veya ‘yeterince akciğerlerime hava alamıyorum’ şeklinde ifade ederken organik bozukluğu olanlar bu kadar net tarif yapamayabilirler (8).

Gebelere artan progesterona ve diyafragmanın aşağıya inmesindeki kısıtlılık nedeniyle özellikle 2. trimesterde nefes darlığı görülebilir (9). Ancak istirahatte ve hafif bir eforda nefes darlığı artıyorsa başta kardiyak problemler olmak üzere diğer sebepler araştırılmalıdır.

Fizik Muayene Bulguları

Hastalarda ilk olarak bakılacak tansiyon arteriyel, ateş, solunum sayısı ve nabız gibi vital bulgulardaki sapmalar ileri incelemeler için yönlendirici olabilir. Üst solunum yolu obstrüksiyonu olan hastalarda kaba, sonor ronküsler ve inspirasyonda bozulma olur. Suprasternal bölgede retraksiyon yanında inspirasyonda stridor duyulabilir. Ekspiryumda uzama, ekspiratuvar ronküsler veya solunum seslerinde bilateral yaygın azalma astım ya da KOAH'ı düşündürülebilir. Kalp yetmezliğinde en sık rastlanan fizik muayene bulguları baziller raller, juguler vende genişleme, taşikardi, gallop ritmi, periferik ödem ve murmurdur. Uygun risk faktörleri varlığında başka nedenlerle açıklanamayan taşikardi,

takipne ve efor intolaransı pulmoner emboliyi akla getirmelidir. Kısa süreli başlayan unilateral yan ağrısı ve dispne yakınmaları olan hastalarda aynı tarafta solunum seslerinin azalması halinde perküsyonda matite alınır veya plörezi, hipersonarite alınıyorsa spontan pnömotoraks düşünülebilir.

Laboratuvar İncelemeleri

Hastalara elektrokardiogram, akciğer grafisi, hemoglobin, tiroid fonksiyon testleri, kreatinin ve bronkodilatörlü spirometri yapılmalıdır. Gerekirse bunlara ek olarak ekokardiyografi, arteriyel kan gazı analizi, karbonmonoksit diffüzyon kapasitesi ve spiral toraks bilgisayarlı tomografi gibi ileri incelemeler tanıya yardımcı olabilir.

Tablo 1. Nefes darlığının sürelerine göre nedenleri

AKUT	KRONİK
1.Havayolu Hastalıkları Yabancı cisim aspirasyonları Epiglottitis Larinks ödemi Bilateral vokal kord paralizisi Krup KOAH alevlenmesi Astım atağı Pulmoner emboli Pnömoni Pnömotoraks Ani gelişen massif plevral sıvı Travma Toksik gaz inhalasyonu Akciğer ödemi (ARDS*, Kalp yetmezliğine sekonder) Tümörler DİAH** (Vaskülitler, hipersensitivite pnömonisi, alveolar hemoraji, radyasyon fibrozisi v.b) Bilateral diyafragma paralizisi Kosta kırığı	1.Havayolu Hastalıkları KOAH Astım DİAH Plevral sıvı Bronşektazi Bilateral kord paralizisi Larinks tümörü Trakeal stenoz Primer Pulmoner Hipertansiyon Akciğer Tümörleri GÖRH*** Göğüs deformiteleri Amiloid
2.Kardiyak hastalıklar Kalp yetmezliği Kalp krizi Aritmi Perikardit Perikardial tamponad Aort anevrizma rüptürü	2.Kardiyak Hastalıklar Koroner kalp hastalığı Kalp kapak hastalıkları Aritmiler Atrial veya ventriküler septal defekt Foramen ovale
3.Endokrin Hastalıklar Diabetik ketoasidoz Hipertroidi krizi İlaçlar (Aspirinin yüksek dozda alınımı)	3.Endokrin Nedenler Aşırı obesite Asidoz
4.Renal Nedenler Akut böbrek yetmezliği Hipervolemi Anemi	4.Diğerleri Kondüsyonsuzluk Nöromusküler hastalıklar Ağır anemi Üremi Panik atak Anksiyete Siroz Asit yapan hastalıklar Batında yer kaplayan büyük kitleler Ankilozan Spondilit Özefajit Gebelik
5.Diğerleri Ağrı Psikojenik (panik atak) Metil alkol zehirlenmesi Akut dağ hastalığı Nöromusküler hastalıklar	

*ARDS: Akut Solunum Zorluğu Sendromu, **DİAH: Diffüz İnterstiyel Akciğer Hastalığı, ***GÖRH: Gastroözofajiyal Reflü Hastalığı

Kaynaklar

1. Akkaynak S. Solunum Hastalıkları. 3. Baskı. Ankara: Taş Kitabevi, 1980: 113-121.
2. American Thoracic Society. Dyspnea: Mechanisms, Assessment and management: A consensus Statement Am J Respir Crit Care Med 1999; 159:321-340.
2. Özdemir Ö: Öykü alma. İç: Numanoğlu N. Solunum sistemi ve Hastalıkları. Ankara: ANTIP; 2001:48-59.
3. Öztuna F: Solunumsal Semptomlar. İç: Özlü T, Metintaş M, Karadağ M, Kaya A. Solunum Sistemi ve Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2010: 173-190.
4. Burchell HB, Helmholtz HF Jr, Wood EH. Reflex orthostatic dyspnea associated with pulmonary hypertension. Am J Physiol 1949; 159:563-564.
5. Bakris NC, Siddiqi AJ, Fraser CD Jr, Mehta AC. Right-to-left interatrial shunt after pneumonectomy. Ann Thorac Surg 1997; 63:198-201.
6. Byrd RP Jr, Lopez PR, Joyce BW, Roy TM. Platypnea, orthodeoxia, and cirrhosis. J Ky Med Assoc 1992; 90:189-192.
7. DePaso WJ, Winterbauer RH, Lusk JA, Dreis DF, Springmeyer SC.. Chronic dyspnea unexplained by history, physical examination, chest roentgenogram and spirometry. Analysis of a seven-year experience. Chest 1991; 100(5):1293-1299.
8. Loudon R, Murphy RLH. Lung sounds. Am Rev Respir Dis 1984; 130:663-673.

İletişim:

Uzm. Dr. Yavuz Alp Yalçın
Özel Metropol Tıp Merkezi, İzmir, Türkiye
tel: +90.532.6009033
e-mail: yavuzalpyalcin@hotmail.com