

CASE 1

Overflyttet fra lokalsykehus til invasivt sykehus

Innlagt ved lokalsykehus 1/1-2019 klokken 12:00. Overflyttes invasivt sykehus umiddelbart etter ekko for PCI-behandling av antatt NSTEMI.

Innkomsnotat 1/1

Innleggelsesårsak: NSTEMI

Hereditet: Far infarkt i en alder av 73. Mor atrieflimmer.

Tidligere sykdommer:

PCI-behandlet 2012 LAD

Diabetes type 1- insulinbehandling fra 13-års alderen.

Hyperkolesterolemi

Hypertensjon

Vurdert på klinikk november i fjor med A-EKG uten sikre iskemi funn pga. redusert fysisk kapasitet, andpusten og sliten i motbakke.

Aktuelt:

Subakutt innsettende brystmerter med oppstart 31.12.18. Akutt forverring natten til 1/1. Klemmende, ingen utstråling. Ikke stillings betinget. Stått på kontinuerlig de siste to dagene. Innlagt Levanger sykehus med vedvarende smerter og dyspnoe i hvile. EKG med dårlig r-takk progresjon over fremreveggen, antydte t-invertering i I og aVL. Ekko-cor med grensedilatert venstre ventrikkel med eldre infarkt seq. i septum og fremreveggen. EF 30-35 %. Restriktiv fylningsmønster. Moderat mitralinsuffisiens og alvorlig pulmonal hypertensjon. Trop I ca. 2400. Behandlet som NSTEMI

Rtg. thorax med bilaterale fortetninger basalt, markerte lungekar og pleuravæske.

Overflyttes nå pga. vedvarende brystmerter og truende sviktutvikling.

Ved ankomst avdeling klokken 21:00 anfører pas smerter VAS 2. Ikke fått nitro, morfin eller diuretika på lokalsykehus.

Føler seg noe tungpusten, pusten er verre enn brystsmertene.

Stimulantia: Røyker 15 sigaretter om dagen, røkt i 30 år.

Alkohol: Moderat

Annet rusbruk: Tidligere misbrukt rus.

Medikamenter:

Albyl-E 75 mg

Bisoprolol 10 mg x 1 nullet

Candesartan 8 mg x 1

Atorvastatin 40 mg x 1

CASE 1

Imdur 60 mg x 1 nullet
Humalog 8 + 8 + 10 internasjonale enheter
Tresiba 48 enheter.

Allergier: Ingen kjente medikamentelle allergier.

Status presens den 2/1 kl 14.20:

Redusert AT, ortopnoe, dyspnoeisk. Våken og klar. Tørr og varm. Litt kaldere perifert. VAS 2.
BT: 103/56, kjent lavt blodtrykk, Puls: Temperatur: Respirasjon: Sat: 96-98% romluft.

Øyne ua.

Collum ingen adenitt eller struma, antydnet halsvenestuvning.

St p vesikulær resp. bibasalt redusert resp. lyd med krep.

St c regelmessig hjerteaksjon = perifer puls, ingen sikre bilyder.

Abdomen: Lett adipøs, mjuk og indolent. Ingen sikre palp. pato. oppfylninger. Uømme nyrelosjer. Nat. tarmlyder.

Ekst. lette pittingødemer.

Vscan: Grensedilatert ikke hypertrof venstre ventrikkel med betydelig redusert venstre ventrikkel EF ca. 30%. Akinesi i septum, apikalt og hele fremreveggen. Moderat MI. Lett-mod TI. Norm stor VCI med god resp. variasjon.

Bilat pleuravæske, især

Blodpr: K 4,5 krea 61 hab. nivå, Hb 12,1 ned fra 13,5 kl. 10 i dag. LKC og TRC ua. CRP 6.

Vurdering:

Kjent iskemisk hjertesykdom med tidl. hjerteinfarkt PCI LAD, type 1 DM og hypertensjon. Innlegges nå grunnet koronar suspekterte brystsmarter, trop I ca. 2400 samt tegn på hjertesvikt. Satt i beh. for NSTEMI. Ekko-cor med redusert ve-vent 30-35% og forhøyet fylningstrykk samt pulmonal hypertensjon.

Ved ankomst HMI resp. og sirk. stabil, tendens til hypotensjon, men kjent. Nuller Imdur og Bisoprolol, reduserer Candesartan til 4 mg x 1. Er sviktpreget. Gir iv. Furix 10 mg x 1 med etterflg. diurese på ca. 500 ml, nitro sublingualt med litt bedring.

Settes på fast Furix 10 mg x 3-4 for å avvanne pas.

Diskuteres med invasiv kardiolog planlegges til KAG i morgen.

Pga. fall i Hb, kontroll Hb kl. 20.

Journalnotat 2/1

Pasienten er i ok form i dag. Han føler seg bedre i pusten og har ikke noen sterk brystsmerte. Han får av og til lett ubehag i brystet men har ikke hatt behov for nitroglyserin. EKG uten ytterligere iskemiforandringer. TnT har snudd. Dagens verdi er 342. Angiografi er planlagt i dag.

Han får foreløpig furix men trenger ytterligere sviktmedisinering. Venter til etter angiogra for oppstart av dette ettersom han er lett hypotensiv med trykk på ca 100 stystolisk.

Man kan vurdere att overflytte pasient til lokalsykehus i morgen viss ev PCI er ukomplisert.

Henvisningsnotat 2/1 – koronar angiografi

Bakgrunn: Koronar arereditet. Røykeanamnese. Hypertensjon. Hyperkolesterolemi. ADHD. Insulinkrevende diabetes type I. Hjerteinfarkt i -12 med PCI av LAD. Innlagt lokalsykehus 01.01 med et NSTEMI. Ekkokardiografi med eldre infarktsequele septum/fremre vegg, EF 30-35 %. Moderat mitralinsuffisiens, alvorlig pulmonal hypertensjon. Moderat troponin-utslipp til maks troponin T 368. Residiverende lavgradige brystmerter og sviktsymptomer.

Diagnoser: I21.41, I25.2, I50.1, I34.0, E10.7, SFN0CB

Selektiv koronar angiografi:

Tilgang: Arteria femoralis dexter. Innstikksted lukket med AngioSeal.

Tidspunkt for årepunksjon 14:07.

Høyre koronararterie: Dominant åre. Veggforandringer i hovedstammen, men ingen signifikant patologi. En stor RDP har langstrakt stenose helt fra avgangen og ut til midtre del. En moderat stor posterolateralgren er subtotalt okkludert proksimalt og har langstrakt stenose videre ut. Den største posterolateralgrenen er uten stenoser. Man ser retrograd fylning av noen mindre CX-grener.

Venstre koronararterie: Subtotalt okkludert distal hovedstamme hvor lesjonen strekker seg over mot LAD-avgangen. CX er okkludert proksimalt. Instent hyperplasi/restenose distalt i LAD-stenten. Langsom fylning av perifere LAD. Avgår en større diagonalgren fra stentet område som har signifikant avgangs/proksimal stenose.

Resymé: 54 år gammel mann, type I-diabetiker, røykeanamnese, koronar arereditet. ADHD. Hjerteinfarkt i 2012 med PCI av LAD. Innkommer nå med nytt hjerteinfarkt og har ledsagende sviktsymptomer. Ekkokardiografi med betydelig infarktsequele, i hovedsak av eldre dato i apikale fremre vegg og apikoseptalt. EF 30-35 %. Koronarutredning avdekker subtotal okklusjon distalt i hovedstammen, proksimalt okkludert CX og subtotalt okkludert perifer LAD. Stenoser på største diagonal og perifere høyregrener. Diskuteres med thoraxkirurg med tanke på snarlig ACB-kirurgi. Brilique seponeres. Fortsetter med Albyl-E og Klexane-injeksjoner. Observeres inntil videre ved intensiv.

Journalnotat 3/1

Brystsmerte natt til i dag og fikk to runder med morfin 4 og 2,5 mg før det slapp. EKG nokså uendra. Flate Troponiner, i dag 323. På visitten i dag tørr og varm i huden, angir lett ubehag i brystet. O2-sat 93 % u. O2. BT 100/77 og puls 94. EKG i dag også uendra fra før. Litt knatrelyder over pulm. Kont. Furix i dag og tilstrebe trekk rundt 500 ml. Gjenoppstart Atacand 4 mg og Seloken 12,5 mg x 2 i stedet for Bisoprolol 10mg. Planlagt ACB og vurdere mitralring. Disk. med dr. X og foreløpig ekspektans. Brilique sep. 02.01. Rekontakt hvis økende ustabil. Kontroll troponiner og EKG.

Journalnotat 4/1

Overflyttes til Hjertekirurgisk avdeling for ACB.

Journalnotat 5/1

Forbigående brystmerter i morges. Flate Troponiner mellom 300 og 400 under oppholdet. Føler seg litt tungpust, men bra oksygenering u. O2. Spredte knatrelyder over pulm. og markerte kartegninger som ved litt stuvning. Tørr og varm i huden og BT 90/70. Lav dose Atacand og Seloken. Burinex po. Diskuteres på tverrfaglig møte i dag med tanke på ACB og mitralring. Pasienten overflyttes til koronar kirurgi.

EPIKRISE 4/1

- H I21.41 Akutt subendokardialt hjerteinfarkt type 1
 - O SFY0GK [01.01.2019 15:00] Enkel ekkokardiografi
 - O SFN0CB [02.01.2019 12:00] Endovaskulær selektiv koronar angiografi
 - O SFY0HK [02.01.2019 12:00] Fullstendig ekkokardiografi
- B I25.2 Gammelt hjerteinfarkt
- B I25.1 Aterosklerotisk hjertesykdom
- B I50.1 Venstresidig ventrikkelsvikt
- B I34.0 Ikke-reumatisk mitralinsuffisiens
- B E10.7 Diabetes mellitus type 1 med flere komplikasjoner
- B I10 Essensiell (primær) hypertensjon
- B E78.0 Ren hyperkolesterolemi
- B Z95.5 Status med angioplastisk koronarimplantat og -transplantat

Sykehistorie:

Hypertensjon. Hyperkolesterolemi. ADHD. Insulinkrevende diabetes mellitus type 1. Hjerteinfarkt i 2012 med PCI av LAD.

Innlagt lokalsykehus med NSTEMI. Overflyttet hit for invasiv utredning.

Koronar angiografi:

Påvist subtotal okklusjon distalt i hovedstammen og proksimalt okkludert CX og subtotal okkludert perifer LAD. Stenoser på største diagonal og perifere høyre grener.

Ekkokardiografi:

Dil. VV med best bevart kontraksjon i basale avsnitt. Akinesi i fremre septum, apexområdet, fri fremre vegg og distale 2/3 lateralt. Også tilnærmet akinesi i distale halvdel, 2/3 av nedre vegg. EF omkring 20 %. Dilatert venstre atrium og mitralannulus. Moderat til stor mitralinsuffisiens, som oppfattes som funksjonell. Restriktiv mitralflow. Høyre ventrikkel ikke dilatert, rimelig bra tverrakseforkortning i basale avsnitt, men noe redusert mer distalt og TAPSE 15 mm. SPAP 65 mm Hg. VCI ikke dilatert.

Videre forløp:

Under oppholdet har han vært litt stuvningspreget og blitt behandlet med diuretika og lav dose Atacand og betablokker. Han har ellers hatt forbigående episoder med brystmerter, med behov for morfin.

Det har vært lett Troponin T dynamikk fra 300 til 600, men ingen sikre dynamiske EKG-forandringer.

Han overflyttes til Klinik for Thoraxkirurgi for planlagt ACB-operasjon og mitralring.

Medikamenter ved overflytting:

Brilique sep. ved innkomst. Se ellers kurve (Seloken 15, 5 mg x 1, Atacand 4 mg x 1, Imdur 30 mg x 1, Burinex po, ASA, Lipitor, Klexane og insulin).

LABSVAR

Blodgass/elektrolytter	04.01 06:00	03.01 19:50	03.01 14:30	03.01 06:00	02.01 14:00	02.01 06:00	01.01 20:00	01.01 14:30
P-Natrium	137	139						137
P-Kalium	3,7	*3,8						4,5 H
P-Kreatinin	83	72			70			61
P-GFR est /1,73m2	>90	>90			>90			>90
Hematologi								
B-HB		13,3 L			13,0 L		13,1 L	12,1 L
B-Leukocytter								7,1
B-Trombocytter								284
Kardiovask								
P-Troponin T	368 H	399 H	323 H	352 H	326 H	342 H	368 H	327 H
Endokrinologi/hormoner								
P-Glukose								11,1 H
Andre proteiner								
P-CRP	27 H	22 H						6 H
Blodbank								
FB-AB0-typing								0
FB-Antist.screening								NEG
Ukjent gruppe								
FB-RhD								POS

Ekkokardiogram 2/1

TTE: Dil. VV (ca 69mm), best bevart kontraksjon i basalt i septum, basalt lateralt og basalt inferiørt.

Akinesi i fremre septum, apexområdet, fri fremre vegg og dist 2/3-deler lateralt. Også tilnærmet akinesi i distale 1/2-del- 2/3-del av nedre vegg. Anslår EF visuelt bedømt ca 20 % (am simpsonmål i 4k litt høyere, men visuelt dårligere i tokammer og langakse). Dilatert venstre atrium og mitralannulus. Moderat til stor MI som oppfattes som funksjonell.

Restriktiv mitralflow. HV ikke dil., rimelig bra tverrakseforkortning i basale avsnitt av fri vegg og noe redusert mer distalt. TAPSE ca 15mm. Liten TI med maks.grad. 60 mmhg. VCI ikke dil. Anslår SPAP ca 65 mmhg.

CASE 1

EKG 01.01.2019 ved innkost

HF 78 . Sinusrytme+++normal P-akse, V-frek. 50- 99
RR 772 . Sannsynlig venstre atrieforstørrelse+++P > 50 ms, < -0.10 mV V1
PR 151 . Lav spenning, ekstremitetsavledninger+++alle ekstremitetsavledninger < 0.5 mV
QRS 110 . Sannsynlig anterolateralt infarkt, gammelt+++Q > 35 ms, unorm ST-T, V2-V6, I, aVL
QT 414
QTc 472

-- AKSE --
P 50
QRS 16
T 95

