

CASE 3

Overflyttet fra lokalsykehus til invasivt sykehus

Livslang angst, medikamentelt behandlet.

Innlagt ved lokalsykehus 01.02 pga brystmerter.

02.02 Innkomstjournal

Ankomsttid: 02.02 kl.16.39

Henvist fra: lokalsykehus

Henvisningsårsak: Akutt hjerteinfarkt (NSTEMI). Henvist for angiografi.

Familie/sosialt: Bor alene i leilighet. Tre barn. AFP, tidligere betongingeniør. Heditet: mor med flere hjerteinfarkt i 50-årene.

Tidligere sykdommer:

Hofteprotese bilateralt

Operert prolaps i lumbalcolumna

Meniskoperert

Dyspepsi, brukt Somac (ca 10 år siden)

Aktuelt:

Pasienten ble overført fra lokalsykehus i dag tidlig pga NSTEMI og skal til koronar angiografi. Ankom lokalsykehus i går (henvist via legevakten) grunnet brystmerter. Fikk akutt innsettende retrosternale brystmerter i hvile da han var på møte i går. Smertene beskrives som klemmende med utstråling til begge armer og halsen. Ledsagende kvalme og svette. Smertene varte i ca 30 minutter, og gikk gradvis over i ambulansen på vei til legevakten. Første troponin på 27. Normalt EKG. Fikk 300 ASA i ambulansen og ble overflyttet til lokalsykehus. Der viser lab troponin T på 186 og pasienten får standard behandling med Lipitor, Brilique-metningsdose og Fragmin (ASA på legevakt). Konfereres her med vakthavende på angiolab og enes om overflytting til invasivt sykehus 02.02. Legges i dag inn på hjertemedisinsk avdeling for koronar angiografi, planlagt utført i formiddag. Pasienten har ellers vært plaget med sure oppstøt, samt observert svart avføring de siste ukene.

Naturlige funksjoner:

Vannlating: uendret, ingen makroskopisk hematuri eller dysuri.

Avføring: observert svart avføring denne uken. Ikke observert synlig blod eller slim.

Matlyst: God

Søvn: God

Legemidler ved innkommst:

Anafranil 50 mg x 2

Nye (oppstart lokalsykehus)

CASE 3

Albyl-E 75 mg x 1

Fragmin 10000 x 2 (nulles overflyttingsdag)

Lipitor 80 mg

Brilique 90 mg x 2

Allergier: Ingen kjente mat- eller medikamentallergier.

Stimulantia:

Røyk: ca 15 sigaretter per dag

Alkohol: Tidvis noe høyt

Status presens 02.02 kl. 10.00

X år gammel mann, utseende svarende til alder. Normalt hold: Våken, klar og orientert. Samarbeider godt. Ligger/sitter i sengen ved undersøkelsen. Tørr og varm i huden. Ingen generelle ødemer, cyanose, ikterus eller glandelsvulst. Pasienten angir ingen smerter eller tungpust i øyeblikket.

BT: 139/80

P:80

Temp: 36,6

Respirasjon: <20

O2-metning: 99%

Vekt: 79

Pupiller: Runde og sidelike med symmetrisk reaksjon på lys

Cavum oris: Et par proteser i underkjeven, ellers egne tenner. Bleke, fuktig, rene slimhinner.

Collum: Ingen venestuvning. Ingen ømme eller forstyrrede lymfeknuter. Glandula thyroidea ikke palpatorisk forstørret. Ingen stenose lyd over carotidene.

Thorax: Normal form og normale respirasjonsbevegelser.

Cor: Rene toner, regelmessig aksjon, ingen hørbare bilyder.

Pulm: Sonor perkusjonslyd, normale lungegrenser, ingen fremmedlyder.

Abdomen: Normale respirasjonsbevegelser. Normalkonfigurert, ingen arr eller brokk.

Normale tarmlyder, ingen stenose lyder. Bløt og uø. Ikke palpabel lever eller milt. Ingen palpable tumores eller oppfyllinger. Palpabel puls i begge lysker.

Rectal eksplorasjon: Normal sfinktertonus, ingen oppfyllinger, brun avføring på hansken.

Negativ hemofec.

Underex: Slanke uten ødemer, normal farge og temperatur. Palpabel puls i ADP og ATP bilateralt.

Lokal status:

Supplerende undersøkelser:

EKG: Sinusrytme, frekvens 77. Normale komplekser. Ingen ST/T patologi-

Lab: troponiner: 27 (legevakt), 186 (lokalsykehus), 57 (invasivt sykehus), P-kreatinin:86.

Normale elektrolytter.

Vurdering/tiltak:

X år gammel mann. Økt risiko i form av mangeårig røyk, LDL på 3,1 og positiv hereditet med mor som har flere hjerteinfarkt før fylte 60. Overført fra lokalsykehus morgenen 02.02, hvor han ble innlagt grunnet brystmerter som debuterte på formiddagen 01.02. Kommer inn som NSTEMI, med normalt EKG og forhøyede troponiner. Helt smertefri i dag. Legges inn for koronar angiografi i dag 02.02. Er noe engstelig før prosedyren og det ordineres Stesolid ved behov. Hvis oppstart med dobbel platehemming bør det vurderes å starte med Somac.

02.02 Journalnotat

NSTEMI- overflytting fra lokalsykehus. Debut av brystmerter formiddagen 01.02, varte i ca 30 min, har aldri hatt lignende brystmerter tidligere. Gitt standard NSTEMI-behandling. To korte episoder med brystmerter i går kveld. Ingen smerter i dag. Har hatt dyspepsisymptomer de siste ukene, angir svart avføring for noen uker siden, negativ hemofec. Er informert om koronar angiografi, inkl risiko. Er noe engstelig før prosedyren og vil mest sannsynlig trenge noe beroligende.

Epikrise fra invasivt sykehus

Henvisende instans: Lokalsykehus

Starttid: 02.02

Sluttid: 03.02

Utskrivende enhet: XX

Utskrevet til: Lokalsykehus

Diagnose: I21.4 Akutt subendokardialt infarkt. I25.1 Aterosklerotisk hjertesykdom

Bakgrunn: Bor alene i leilighet. Hofteprotese bilateralt. Operert prolaps i lumbalcolumna. Meniskoperert. Livslang angst- medikamentelt behandlet. Dyspepsi- brukt Somac (ca 10 år siden). Røyker.

Aktuelt: NSTEMI, TnT maks 186. Overflyttet for angiografi.

Funn og undersøkelsesresultater: Koronar angiografi: Venstre hovedstamme: Ingen stenose. LAD: Ingen stenose. CX: Veggforandringer (30-49%) proximalt, veggforandringer (30-49%) i intermediærgren. RCA: Veggforandringer (30-49%) i midtre del.

Diagnostisk vurdering/behandling/forløp: Angiografisk diffus atherosklerose, men ingen sentrale stenoser eller okklusjoner. Mulig avgått trombe. Anbefales videre medisinsk behandling. Kont. sekundær profylaktisk behandling. Ekkokardiografi ikke utført her og bør vel gjøres i forløpet. Utskrives til lokalsykehus for videre behandling.

Legemidler ved utskrivning: Albyl-E 75 mg. Lipitor 80 mg (LDL mål < 1,8 mmol/L). Brilique 90 mg x 2. Anafranil 50 mg x 2.

Utskrevet fra invasivt sykehus: 03.02 kl.15.30

Epikrise fra lokalsykehus

Innlagt: 01.02

Utskrevet: 02.02

Diagnose I21.9 Uspesifisert akutt hjerteinfarkt

Familie/sosialt:

Bor alene i leilighet. Tre barn. AFP, tidligere betongingeniør.

Tidligere sykdommer:

Hofteprotese bilateralt

Operert prolaps i lumbalcolumna

Meniskoperert

Livslang angst, medikamentelt behandlet

Hereditet:

Mor med flere hjerteinfarkt i 50-årene

Aktuelt:

Pasienten kommer fra legevakten grunnet brystmerter. Fikk akutt innsettende retrosternale brystmerter i hvile da han var på møte i dag. Smertene beskrives som klemmende med utstråling til begge armer. Ledsagende kaldsvette og kvalme. Smertene varte i ca 30 minutter, og klinget gradvis mens han var i ambulansen på vei til legevakten. Han er lagt i observasjonspost. Første troponiner på 27. Normalt EKG.

Naturlige funksjoner:

Vannlating: uendret, ingen makroskopisk hematuri eller dysuri.

Avføring: Uendret, ikke observert blod eller slim i avføring

Matlyst: God

Søvn: God

Allergier:

Ingen kjent mat- eller medikamentreaksjon

Stimulantia:

Røyk: ca 15 sigaretter per dag

Alkohol: Tidvis noe høyt

Legemiddelopplysninger:

Aktuell legemiddelliste fra relevante kilder: Ja

Kilde: Pasient

Har pasienten multidose: Nei

Fullstendig legemiddelliste:

Anafranil 50 mg x 2

Status presens fra 01.02. kl 18

Pasienten er en X år gammel mann, utseende svarende til alder i normalt hold. Ligger i seng ved undersøkelsen, angir ingen smerter eller plager for øyeblikket. Orientert for tid, sted og

CASE 3

egne modaliteter, samarbeider godt. Ingen generelle ødemer cyanose ikterus eller glandelsvulst. Ikke palmart erytem eller spider naevi. God allmenntilstand. Høyde 180 cm Vekt 79 kg. BT: 141/67 Puls:77, regelmessig. Respirasjon: RF 22 SpO2 98 uten O2. Oculi: Runde egale side reaksjon på lys og nærstilling. Cavum oris: Bleke fuktige slimhinner. Collum: Ikke nakkestiv. Ingen palpable forstørrede lymfeknuter eller glandula thyroidea. Ingen halsvenestuvning. Cor: regelmessig aksjon. Ingen hørbare bilyder. Thorax: Normal form og bevegelighet. Pulmones: Vesikulær sidelik respirasjonslyd, ingen hørbare fremmedlyder. Sidelike lungegrenser. Abdomen: Bløt og uøym, ikke palpasjons slippøym. Normale peristalselyder. Ingen palpable oppfyllinger eller tumores. Ikke bankeøym over nyrelosjer. Underkstremiteter: Slanke sidelike velsirkulerte med fyldige ADP og ATP. Nevrologi: GCS 15. **Ekg:** Sinusrytme frekvens 74. Normale komplekser. Ingen ST/T patologi.

Prøvesvar:

Blodprøver: Hb 14,3 CRP 1 Hvite 9,2 Natrium 138 Kalium 4,2 Kreatinin 84 Troponin T 186 Kolesterol 5,2 Triglycerider 1,4 HDL 1,5 LDL 3,1

Initial vurdering og behandling:

Pasient mann født i X, fra tidligere hatt flere ortopediske inngrep, blant annet bilateralt hofteoperert, samt operert prolaps i lumbal columna. Kjent angstproblematikk.

Risikofaktorer i form av mangeårig røyk, positiv arvet med mor som hadde flere hjerteinfarkt før fylte 60.

Innkommer grunnet brystmerter som debuterte på dagen 01.02. Smertene kom i hvile og beskrives som retorsternale brystmerter med utstråling til begge armer. Ledsagende kvalme og tung pust samt kaldsvette. Smerte varte ca 30 minutter klinget gradvis av med i transport til legevakt. Upåfallende EKG, TnT 27 i første sett. Fikk 300 ASA og overflyttet til lokalsykehus. Ved undersøkelse er pasienten i god allmenntilstand. Ingen pågående brystmerter. Ingen aktuelle funn ved orienterende organundersøkelse. Lab avdekker troponin T på 186 og pasienten får standard behandling med Lipitor, Brilique og Fragmin (ASA på legevakt). Konfereres med vakthavende på angiolab og enes om overflytting 02.02.

Medisinliste:

Anafranil 50 mg x 2

NY:

Albyl-E 75 mg x 1

Fragmin 10000 x 2 (Nulles overflyttingsdag)

Lipitor 80 mg x 1

Brilique 90 mg x 2

Med vennlig hilsen

Svarrapport Radiologi og Nukleærmedisin

Beskrivelse 02.02 Rtg. Arteriografi Hjerte Venstre Kat.

Rapport koronarangiografi 02.02

Indikasjon: NSTEMI

Punksjonssted: A radialis høyre- Arterielukning: TR-band Tid for punksjon: 17.42

Funn ved angiografi

Kar	Funn
Venstre hovedstamme	Ingen stenose
LAD	Ingen stenose
CX	Ingen stenose
RCA	Veggforandringer (30-49%) i midtre del

Angio kommentar:

Diffus atherosklerose, men ingen sentrale stenoser eller okklusjoner, dvs videre medisinsk behandling.

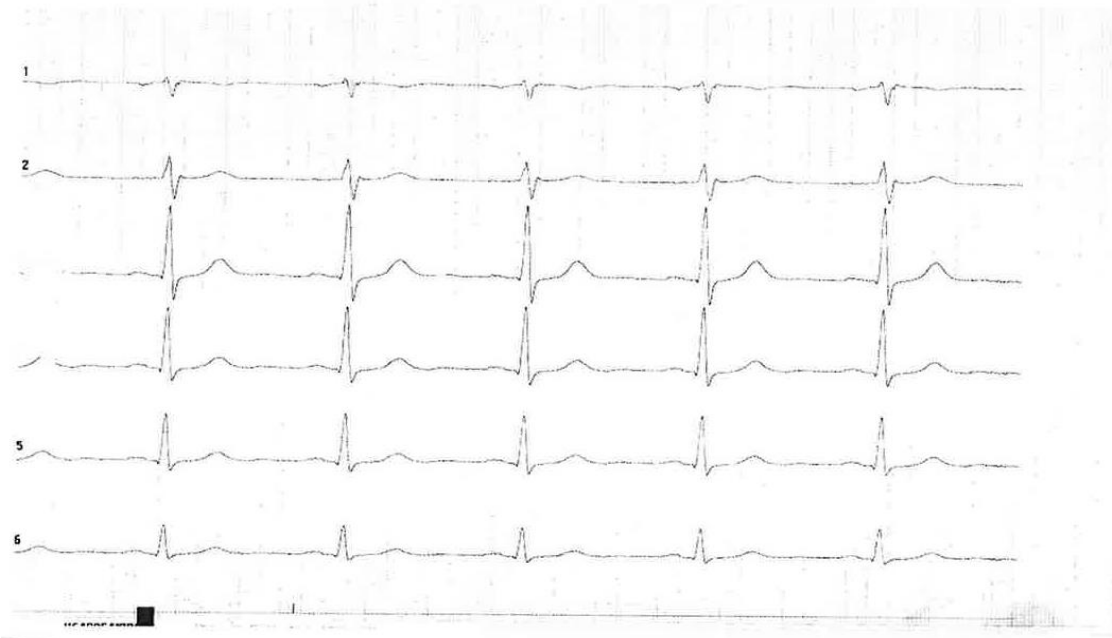
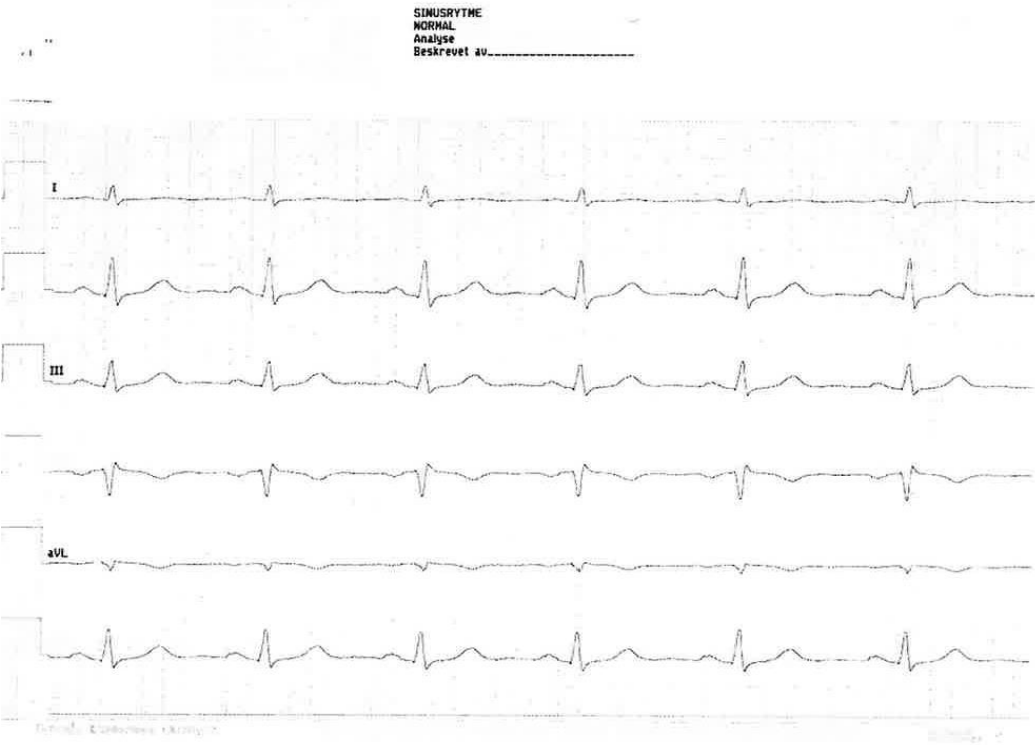
LABSVAR

Analyse/tidspunkt	03.02 08:30	02.02 09:27
B-Hemoglobin (g/dL)		14.6

CASE 3

B-Trombocytter (x 10E9/L)		265
B-Leukocytter (x 10E9/L)		5.5
S-Natrium (mmol/L)		139
S-Kalium (mmol/L)		4.2
P-Magnesium (mmol/L)		0.85
P-Troponin T (ng/L)	27↑	57↑
P-NT-proBNP (ng/L)		
P-Karbamid (mmol/L)		
P-Kreatinin (µmol/L)		86
Nyre-eGFR CKD-EPI Kreatinin		83
S-Glucose (mmol/L)		6.0
B-HbA1c (mmol/mol)		31
P-Kolesterol (mmol/L)		5
P-HDL-Kolesterol (mmol/L)		1.20
P-LDL-Kolesterol (mmol/L)		3.35
P-Triclycerid (mmol/L)		2.38
P-CRP (mg/L)		2.8
Ekstrarør, Citrat		Tatt

CASE 3



EKG 02.02

CASE 3

