

CASE 8

Skjema skal registreres for oppholdet på lokalsykehus med innleggelse 21/3-2019

Innkomstjournal lokalsykehus 21/3-2019:

Innleggesårsak/problemstilling: Overflytting fra St. Olavs Hospital etter primær PCI 20/03/19

Sosialt/Bakgrunn: Gift, to barn. Bilelektriker. Kjent hypertensjon, for øvrig vesentlig frisk fra før.

Hereditet: Mormor døde av hjerteinfarkt ca. 75 år gammel.

Aktuelt: Akutt debut av sentrale brystmerter med utstråling til venstre arm 19/03 kl 21.30 i forbindelse med trening. Corpuls-EKG viste ST-heving i fremreveg. Etter konferering med angiovakt St Olavs ble pasienten tatt inn direkte der for vurdering av primær PCI-behandling. Ved innkomst St Olavs var pasienten smertefri, EKG der forenelig med STEMI i fremreveg. V-skan med lett hypokinesi, ellers god systolisk funksjon. Coronar angiografi påviste enkarsykdom med okkludert LAD i midtre segment.

20/03 Utført primær PCI med medikamentavgivende stent. I etterkant fullt revaskularisert, sirkulatorisk stabil, moderat med reperfusjonsarytmi. Det ble gitt Integrelin. Post-operativt noen korte VT-løp, ellers sinus. Ekko cor 20/03 viste ikke-dil. VV, akinesi i fremre septum, apex og dist 1/2 del (til 2/3-del) av fri fremreveg og dist. 1/3-del av nedreveg. EF visuelt rundt 30-35%, simpsonmål rundt 35%. Mitralflow uten økt fyln.trykk, ingen MI, aortaklaff sannsynlig tricuspid, normal funksjon. HV ikke dil., god forkortn., ingen TI, VCI ikke dil.

Naturlige funksjoner:

Vannlatning: Hyppig postop, ingen svie eller ubehag

Avføring: Ingen avføring postop

Matlyst/vekt: God matlyst postop

Stimulantia:

Tobakk: Tidligere røyker, sluttet for 8 år siden

Alkohol: Et par enheter i helgene

Andre rusmidler: Benekter forbruk

Medikament: (Kilde: Epikrise SOHO 21/03/19):

Albyl-e tbl 75mg x 1

Brilique 90mg x 2

Lipitor 80mg x 1

Triatec 1,25mg x 2

Selo-Zok 12,5mg x 1

Allergier: Ingen kjente medikamentallergier. Reagerer på melon ??

Status presens den 22/03/19 kl 06.30

67 år gammel mann, normalt hold, god allmenntilstand. Utseende svarende til alder. Ligger i seng ved undersøkelsen. Orientert for tid, sted og situasjon. GCS 15. Våken, samarbeider godt, ingen plager i øyeblikket. Tørr og varm i huden. Ingen eksantemer, cyanose, ikterus eller generell glandelsvulst.

BT:130/87 P: 74 T:37,2 RF: 18 SpO2:97

Caput: Pupiller: Runde og egale med symmetrisk reaksjon på lys og nærinntilting.

Cavum oris: Velsanerte egne tenner. Bleke, fuktige og rene slimhinner.

Collum: Ingen venestuvning. Ingen stenose over carotidene. .

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

CASE 8

Pulmones: Vesikulær sidelik respirasjonslyd, ingen fremmedlyder.

Abdomen: Normalkonfigurert, bløt og uømt. Ingen palpable tumores eller oppfyllinger.

Ingen palpabel hepatosplenomegali. Normale tarmlyder, ingen stenose-lyder.

Undereks: God puls i arteria dorsalis pedis og arteria tibialis posterior. Ingen perifere ødemer.

God temperatur perifert, hud uten anmerkning.

Resymé/vurdering:

61 år gammel mann, fikk akutte sentrale brystmerter med utstråling til venstre arm, dette den 19.03.19. Sett ST-heving på EKG, direkte til St. Olavs for primær PCI-behandling. Pga enkarsykdom med okkludert LAD i midtre segment behandlet med primær PCI med medikamentavgivende stent. Fullt revaskularisert, sirkulatorisk stabil. Postop korte VT-løp, ellers sinus. Overflyttet 21.03.19 kl 08:00. Ved ankomst i god allmenntilstand, ingen plager etter overflytting. Benekter brystmerter, tungpust og hjertebank. Mobilisert på post. Har hatt vannlating, foreløpig ingen avføring. Innlegges for videre postoperativ observasjon.

Epikrise lokalsykehus 22/3-2019:

Innleggelsesårsak: Overflytting fra St. Olavs Hospital etter primær PCI 20/03/19

Sosialt/Bakgrunn: Gift, to barn. Kjent hypertensjon, for øvrig vesentlig frisk fra før.

Hereditet: Mormor døde av hjerteinfarkt ca. 75 år gammel.

Aktuelt: Akutt debut av sentrale brystmerter med utstråling til venstre arm 19/03 kl 21.30 i forbindelse med trening. Corpuls-EKG viste ST-heving i fremre vegg. Etter konferering med angiovakt St Olavs ble pasienten tatt inn direkte der for vurdering av primær PCI-behandling. Ved innkomst St Olavs var pasienten smertefri, EKG der forenelig med STEMI i fremre vegg. V-skan med lett hypokinesi, ellers god systolisk funksjon. Coronar angiografi påviste enkarsykdom med okkludert LAD i midtre segment. 20/03 Utført primær PCI med medikamentavgivende stent. I etterkant fullt revaskularisert, sirkulatorisk stabil, moderat med reperfusjonsarytmi. Det ble gitt Integrelin. Postoperativt noen korte VT-løp, ellers sinus. Ekko cor 20/03 viste ikke-dil. VV, akinesi i fremre septum, apex og dist 1/2 del (til 2/3-del) av fri fremre vegg og dist. 1/3-del av nedre vegg. EF visuelt rundt 30-35%, simpsonmål rundt 35%. Mitralflow uten økt fyln. trykk, ingen MI, aortaklaff sannsynlig tricuspid, normal funksjon. HV ikke dil., god forkortn., ingen TI, VCI ikke dil.

Medikament: (Kilde: Epikrise SOHO 21/03/19):

Albyl-e tbl 75mg x 1

Brilique 90mg x 2

Lipitor 80mg x 1

Triatec 1,25mg x 2

Selo-Zok 12,5mg x 1

Status ved innkomst:

Status presens den 22/03/19 kl 06.30

Tørr og varm i huden. Ingen cyanose

BT:130/87 P: 74 T:37,2 RF: 18 SpO2:97

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

Supplerende undersøkelser:

Ekkokardiografi: Normalt stor venstre ventrikkel endediastolisk 48 mm med normal veggtykkelse. Det er uttalt hypokinesi antero apikalt, forøvrig rimelig bra forkortning. EF cirka 30 %. Forsinket relaksasjon. Normalt venstre atrium. Tricuspid aortaklaff med bra funksjon. Liten mitralinsuffisiens. God høyre ventrikkelfunksjon. Slank vena cava inferior. Aorta ascendens med normal dimensjon. Ingen perikardvæske eller pleuravæske.

Blodprøver: Troponin T fra > 10000 – 8882. Blodprøver ikke målt på dette sykehus.

EKG: Sinusrytme, frekvens 69. Normale P-bølger og PQ-tid. Smale QRS-kompleks, patologisk Q-takk. ST-elevasjon i II, III, avF og V2-6. T-inversjon i V1-6. QTc 347 ms.

Forløp, behandling og vider plan:

Smertefri under oppholdet. Markert infarktsekvele anteroapikalt, EF cirka 30 %. Det er

en viss risiko for aneurysmeutvikling og trombedannelse. Pasienten settes opp til kontroll ekkokardiografi om 2-3 måneder. Ellers oppfølging som tidligere avtalt, med rutinemessig post-PCI kontroll med AEKG om ca 2 uker.

Muntlig informasjon om 4 ukers førekortforbud, deretter evaluering hos fastlegen.

Pasienten skal ha dobbel platehemming i 12 mnd. Albyl-E og Brillique (denne seponeres etter 12 mnd.). Albyl- E kontinueres i monoterapi, sammen med livslangt statin.

Sykemelding gitt fra 21.03-29.03.

Opptopping av ACE hemmer i forbindelse med post-PCI og ekko kontroll.

Videre plan:

Belastnings-EKG om ca 2 uker

Ny ekkokardiografi om 2-3 mnd.

Pasienten skal ha dobbel platehemming i 12 mnd. Albyl-E og Brillique (denne seponeres etter 12 mnd.)

Albyl- E kontinueres i monoterapi, sammen med livslang behandling med statin.

Medikamenter ved utskrivelse:

Skrives ut med uendret medikasjon

CASE 8

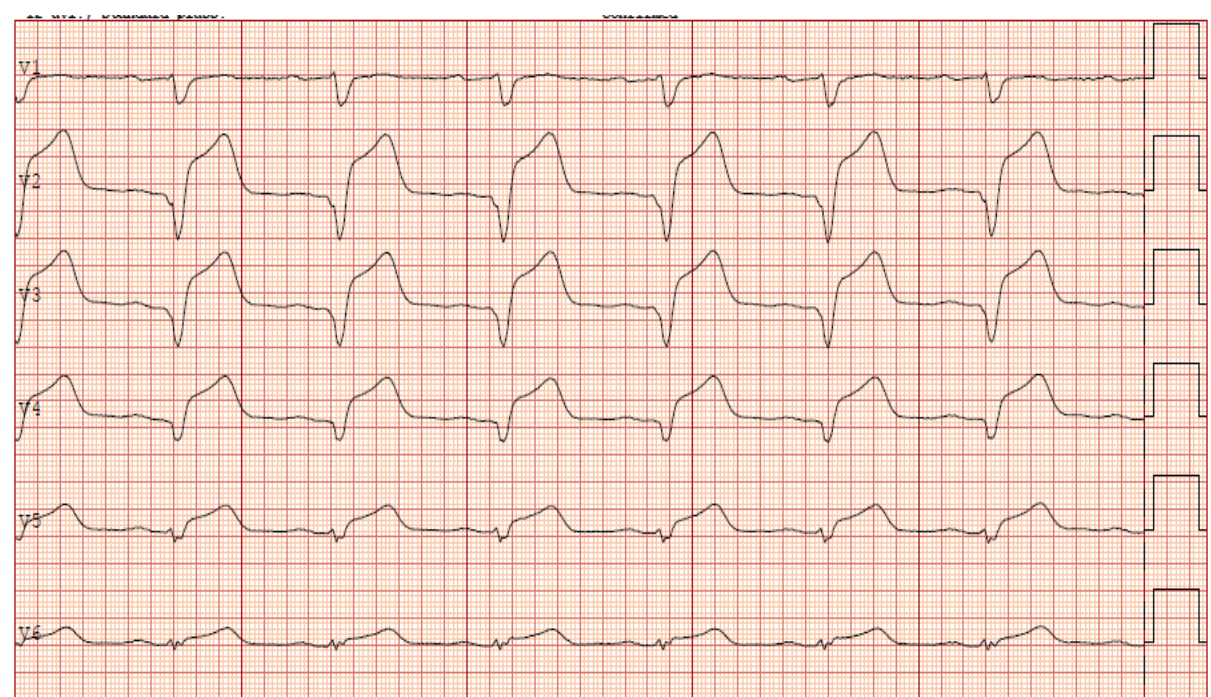
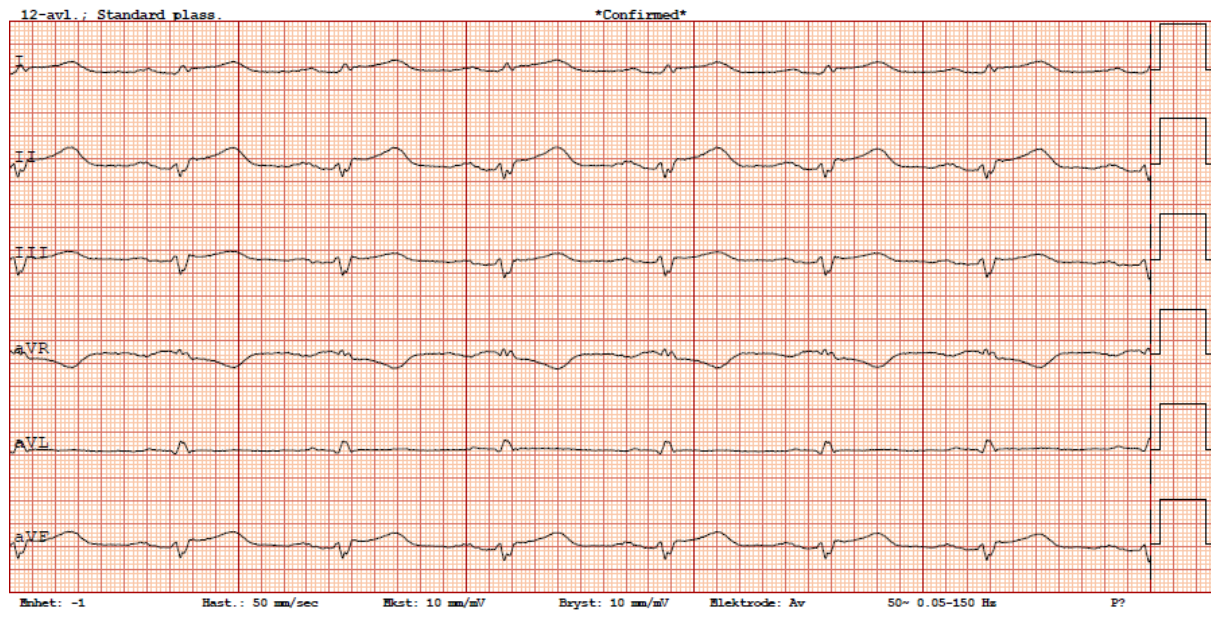
Prehospitalt EKG 19/3:

19-Mar-2019 11:28:11 PM
















Side 1 of 3

RR 1446 . hr 41 /min. bradycardia frontal vectors : P 68°
PR 186 . *P 140 ms PR 186 ms *QRS -69°
QRS 120 . *QRS 120 ms QT 398 ms QTc 329 ms *QTc 85 % left axis deviation T 55°

QTc 329 . RHYTHM
simus arrhythmia
-- AKSE -- . asystolie, please check ECG data
P 68 . RR-RRR-----+V
QRS -69 . SPECIFIC FINDINGS
T 55 .
- ABNORMAL ECG -



CASE 8

Velg alle <input type="checkbox"/>   		21.03.2019 05:30	20.03.2019 08:46	20.03.2019 04:30	20.03.2019 00:40
		  	  	  	  
Blodgass/elektrolytter					
P-Natrium	mmol/L				138
P-Kalium	mmol/L				3,9
P-Kreatinin	mikromol/L		65		71
P-GFR est /1,73m2	ML/MIN		>90		>90
Hematologi					
B-HB	g/dL	13,4	12,9 L	12,4 L	13,1 L
B-Leukocytter	10**9/L				10,9 H
B-Trombocytter	10**9/L		198	194	205
B-EVF (HCT)	FRAKSJON		0,39 L	0,37 L	
Kardiovask					
P-Troponin T	ng/L	8882 H	>10000 H	5433 H	165 H
P-Kolesterol	mmol/L				6,1
P-Triglyserid	mmol/L		0,79		
Endokrinologi/hormoner					
P-Glukose	mmol/L				7,8 H
B-HbA1c	mmol/mol		NB38		
Andre proteiner					
P-CRP	mg/L				<5
Gastroenterologi					
P-ALAT	U/L				21
P-GT	U/L				<10 L
Blodbank					
FB-AB0-typing					A
FB-Antist.screening					NEG
Ukjent gruppe					
FB-RhD					POS

Journalnotat oversendt fra invasivt sykehus

Telefonnotat lokalsykehus 19/3:

Debut av sentrale brystmerter med utstråling til venstre arm kl 21:30. Kontaktes av AMK kl 23:30, pasienten er da på legevakt. Corpuls-EKG viser høye elevasjoner i fremre vegg. Ingen gamle EKG til sammenlikning. Fått 7.5mg morfin uten å bli smertefri. Stabil sirkulatorisk. Pasienten diskuteres med invasiv vakt. Siden pasienten befinner seg på Stjørdal enes man om at han tas med direkte til St Olavs for vurdering for primær PCI. Meldes til HMI.

Innkomsjournal invasivt sykehus 20/3:

Bakgrunn: Gift, to barn. Frisk frå tidlegare, utanom hypertensjon. Tidlegare røykar

Hereditet: Mormor død av hjerteinfarkt ca 75 år gamal.

Aktuelt: Akutt debut av brystmerter 19/3 kl 21.30 på trening. Gjekk heim og kona køyrde han på legevakt. EKG med ST elevasjoner i fremre vegg. Gitt ASA, gitt 10 mg Morfin og Nitro i ambulansen. Kom direkte til HMI. VAS på 2 ved ankomst.

EKG her viser tydeleg ST-elevasjon i framvegg og litt i nedre vegg. Sinusrytme.

Rask orienterende V-skan med lett hypokinesi, ellers god systolisk funksjon.

Allergiar: Ingen kjente medikamentallergiar. Reagerer med erter på

Medikament (ifølge pasienten sjølv): Lisinopril 10 mg x1.

Status presens den 20.03.19 kl 00.10: 61 år gamal mann. Ligg i seng ved undersøking. Kognitivt adekvat. Tørr og varm i huden, nedsett allmenntilstand. Ikkje nakkestiv, ingen utslett.

BT 150/102. Puls 110-130. Afebril. RR 12. GCS 15.

Pupillar: Runde og egale. Symmetrisk reaksjon på lys.

Cavum oris: Eigne tenner. Bleike, fuktige slimhinner.

Cor: Regelmessig aksjon. Svak systolsik bilyd?

Pulm: Normal respirasjonslyd, ingen framandlydar.

Abdomen: Gode tarmlydar. Blaut, uø̄m.

U.eks: Slanke, varme bein. God puls i ATD/ATP.

Vurdering: 61 år gamal mann med hypertensjon og tidlegare røykar. Brystmertedebut kl 21.30 i dag. EKG med STEMI framre vegg. V-skan med hypokinesi apikalt. Fått MONA

behandling prehospitalt, 10 mg Morfin. Omtrent smertefri ved ankomst. Settast på Brilique og Lipitor. Tas direkte til primær PCI ved invasiv vakt.

Hjertekateteriseringsrapport 20/3:

Sykehistorie: Hypertensjon. Tidligere tobakk. Han fikk akutte brystmerter under trening klokken 21:30 den 19.03. Dro på legevakt, prehospitalt EKG viser akutt ST-elevasjon over fremre vegg. Tas til St. Olavs hospital og går til lab for primær PCI. Sirkulatorisk stabil, VAS 2. VSCAN viser hypokinesi apikalt.

Diagnose: I21.01, I10, SFN0CB, FNQ05B

Selektiv koronarangiografi. Primær PCI av LAD med implantasjon av medikamentavgivende stent:

Tilgang: Innstikk høyre arteria radialis.

Høyre koronararterie: Dominant, stort. slyngnet system uten lesjoner.

Venstre koronararterie: Separat avgang av LAD og CX. LAD er okkludert i midtre segment etter avgang av 1. diagonal. CX består av en marginalgren som er uten stenoser.

Primær PCI av LAD: Benytter JL 3,5 føringskateter. Dette gir suboptimal føring og for stentimplantasjon må det suppleres med guideliner. Ved hjelp av Sion Blue wire er det lett å rekanalisere arterien. Predilaterer med 2,0 og 2,75 mm ballonger før det implanteres en Science Pro 3,5 x 18 mm stent som ekspanderes til 18 atm. med angiografisk bra resultat. Det er TIMI III flow i arterien. EKG-forandringer og smerter går gradvis tilbake.

Konklusjon: Utført primær PCI av LAD hos pasient med enkarsykdom. Han er fullt revaskularisert. Det er gitt Integrilin.

Journalnotat invasivt sykehus, post PCI 20/3-19:

Smertefri og ubesværet på visitten i dag. Tørr og varm i huden. Noen korte VT-løp, ellers sinus. BT 111/78. Ingen bilyd cor og ingen fremmedlyder pulm. Troponin T i dag > 10000. Videre rytmeobservasjon. Hvis fortsatt stabil klinikk, kan man vurdere lokalsykehus i morgen.

Epikrise invasivt sykehus:

H I21.01 Akutt transmuralt hjerteinfarkt type 1 i fremre vegg

O SFY0HK [20.03.19 12:00] Fullstendig ekkokardiografi

O SFN0CB [20.03.2019 12:00] Endovaskulær selektiv koronar angiografi

O FNQ05B [20.03.2019 12:00] Endovaskulær angioplastikk med

stentimplantasjon i

koronararterie

B I10 Essensiell (primær) hypertensjon

Bakgrunn

Gift, to barn. Hypertensjon, ellers tidligere stort sett frisk. Tidligere røyker.

Hereditet: Mormor død av hjerteinfarkt ca 70 år gammel.

Aktuelt

Akutt debut av brystmerter kl 21:30 i kveld på trening. Gikk hjem og kona kjørte han på legevakt. EKG med ST elevasjon i fremre vegg. Gitt ASA, gitt 10 mg Morfin og Nitro i ambulansen. Innbragt direkte til hjerteintensivavdeling.

Status presens ved innkommst

Nedsatt allmenntilstand, tørr og varm i huden. Lette brystmerter med VAS 2. Svak systolisk bilyd, ellers ingen anmerkninger ved somatisk undersøkelse.

BT: 150/102. Puls: 110-130. RF: 12. Temp.: Afebril.

Supplerende undersøkelser

Angiografi: Dominant høyre, stort og slyngnet system uten lesjoner. Venstre koronararterie med separat avgang av LAD og CX. LAD er okkludert i midtre segment etter avgang av 1. diagonal. CX består av marginalgren som er uten stenoser. PCI-behandling med en stent i LAD.

Ekkokardiografi: TTE: Ikke-dil. VV, akinesi fremre septum, apex og dist ½-del (til 2/3-del) av fri fremre vegg og dist 1/3-del av nedre vegg. Visuelt EF rundt (30) - 35 %, høyere simpsonmål; så alt i alt anslås EF rundt 35 %.
Mitralflow tyder ikke på økt fyln.trykk. Ingen MI. Aortaklaff, sanns. tricuspid, normal funksjon. Sinus Valsalva 46 mm og etter sinotub. overgang 40 - 41mm. HV ikke dil., god forkortn. Ingen TI. VCI ikke dil.

Røntgen thorax: Klare veggstående lunger, ingen pleuravæske.

Lab.: Troponin-T 165->10.000-8881. Ellers upåfallende blodprøver (natrium 138, kalium 3,9, kreatinin 71, GFR >90, Hb 13,1, leukocytter 10,9, trombocytter 205, CRP negativ, ALAT 21).

Telemetri fra 20.03: Normofrekvent sinusrytem uten arrytmitendens.

Forløp

Pasienten innkommer 2 ½ time etter smertedebut. Han har fått MONA-behandling prehospitalt og er tilnærmet smertefri ved innkommst. EKG med STEMI i fremre vegg. Tas direkte på angiologab hvor man finner 1-karsykdom med okklusjon av idre segment av LAD. Gjort primær PCI med 1 DES, fullt revaskularisert. Initialt moderat reperfusjonsarytmi, sinusrytme uten arrytmitendens på sengepost. Ekkokardiografi med akinesi i fremre septum, apex, distal fremre vegg og nedre vegg, EF 35 %. Påbegynt hjertesviktbehandling. Pasienten har vært sirkulatorisk stabil og i god allmenntilstand etter PCI. Fallende troponiner. Overflyttes lokalsykehus for videre overvåkning.

CASE 8

Medikamenter

Albyl-E 75 mg x 1.

Brilique 90 mg x 2.

Lipitor 80 mg x 1.

Triatec 1,25 mg x2

Selo-zok 12,5 mg x1