

SVAR PÅ KLINISKE SPØRGSMÅL OG SYMPTOMER

ELIF OG PERNILLE

Indholdsfortegnelse

TRÆTHED	1
VÆGTTAB	2
Feber	4
SVIMMELHED:	8
SYNKOPE	10
VEJRTRÆKNINGSBESVÆR	11
FALD OG FALDTENDENS	19
BRYSTSMERTER:	22
AKUTTE MAVESMERTER:	24
Akutte lændesmerter, s.170	26
Søvn og Søvnforstyrrelser	30
Akut forvirring hos ældre:	39
Uafklarede symptomer og funktionelle lidelser:	44

TRÆTHED

Hovedårsager:

- **Psykiske lidelser og mulige psykosociale problemer:**
 - Depression: Varighed mindst 2 uger
 - Hovedkriterier (mindst 2): Nedtrykthed (forsænket stemningsleje), Nedsat energi eller øget træthedsfølelse, nedsat lyst eller interesse
 - Ledsagekriterier: Nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbebrejdelse eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tænke- eller koncentrationsbesvær, agitation eller hæmning, søvnforstyrrelser, appetit eller vægtændring.
 - Livskriser og sorg og familiære belastninger
 - Belastninger og stress i hverdagen
 - Økonomiske problemer
 - Skifteholdsarbejde
 - Søvnforstyrrelser (er der snorken?)

- **Somatiske lidelser:**
 - Hyppige: Infektionssygdomme, Anæmi, GI-lidelser.
 - Ved uforklarlig og langvarig træthed – tænk på sjældnere: endokrine lidelser, D-vitamin mangel, cøliaki.
 - Andre årsager: organsvigt (hjerterinsuff, nyresvig, KOL), percinøs anæmi, alvorlig jernmangel anæmi, kræft, kulilte forgiftning.
 - Børn og unge: blodsygdomme, kræft (akut leukæmi → henvis straks til børne afd.), mononukleose, reumatoid arthritis.
 - Gravide: udeluk hypothyreose ifm post partum thyroiditis.
 - Ældre – vigtigt at udelukke: Polymyalgia rheumatica, Ateritis temporalis, bakteriel endokarditis.
- **Medikamentelle bivirkninger:**
 - Hyppigste: psykofarmaka, systemiske steroider, p-piller, diuretika, antihypertensiva, misbrug af rusmidler.
- **Kronisk træthedssyndrom (CFS):**
 - Hovedkriteriet: nyopstået kronisk træthed i > 6 måneder
 - Ledsages bl.a.: ledsmerter, myalgier, halssmerter, ømme lymfeknuder, søvnproblemer, hukommelses- og koncentrationsbesvær, hovedpine.

VÆGTTAB

Ved udredning af vægttab – spørg om vægttabet skyldes:

- Nedsat energiindtagelse
- Øget metabolisme
- Øget væsketab

Mulige diagnoser ved signifikant vægttab:

Cancer:	Gastrointestinal cancer Lunsecancer Hæmatologisk cancer Urogenital cancer
Psykiatrisk eller neurologisk lidelse:	Depression Stress Spiseforstyrrelse Demens Apopleksi Parkinsons sygdom
Gastrointestinale tilstande:	Sygdom i mundhule/svælg Spiserørssygdom og ulcussygdom Inflammatorisk tarmsygdom

	Cøliaki Andre malabsorptionstilstande
Ernæringsbetinget årsag:	Rusmidler Nedsat kalorieindtag
Hjerte- eller lungesygdom:	Hjerteinsufficiens KOL
Andre årsager:	DM Lægemiddelbivirkninger Kollagenoser Hypertyreose Nyresvigt Infektionssygdomme
Ukendt årsag.	

Anamnesen – vigtige forhold at spørge ind til:

- Ændring af spisevaner, appetit og smagsoplevelse
- Dårlig tandstatus og orale gener.
- Spiseværing hos børn kan være relationelt betinget.
- Medikamenter med bivirkningerne; kvalme, nedsat appetit, irritation af mave-tarmslimhinden, diarré, mavesmerter eller isoleret vægttab, er:
 - Antiinflammatoriske lægemidler
 - Analgetika
 - Antidiabetika
 - Antiepileptika
 - Levodopa
 - Antidepressiva
 - Antihypertensiva
 - Diuretika
 - Digoxin
 - Statiner
 - Lægemidler mod demens.
- Tidligere abdominal operation (kan → partiel obstruktion eller malabsorption)
- Alkoholmisbrug → fejlnæring
- Rygning → øget risiko for somatisk sygdom der → vægttab
- HIV, Malaria, TB, diarrésygdomme
- Oplysninger fra pårørende kan være nyttig
- Familieanamnese: kræftsygdom, stofskifteforstyrrelse eller diabetes blandt 1. gradsslætninge.

Feber

Definition:

- Tp. > 38,0 °C målt rektalt, oralt 37,5 aksillen 37,2
- Er naturlig del af infektionsforsvaret (ikke en sygdom)
- Tegn på sygdom
- Døgnvariation, kan ses ved feber, men ikke så tydelig
- Hypertermi tp. >41,1 : kritisk høj legmestp
 - Årsag: overophedning, reaktion på nogle lægemidler eller hjerneskade.

Normal legemstemperatur:

- Ca. 37 grader
- Lavest om morgenen og højest om eftermiddagen – kan varierer op til 1 grad.

Forekomst:

- Meget hyppigt symptom
- Hyppig kontakt årsag i almen praksis – især hos børn
- Livstruende temperatur op mod 42 °C er meget sjældent

Hyppigste årsager:

- Kortvarig feber skyldes i over halvdelen af tilfælde Øvre luftvejsinfektioner
- Urinvejsinfektioner – vigtig årsag til feber hos børn
- Langvarig feber ofte infektioner
- Langvarig feber kan også skyldes maligne sygdomme og kollagenoser
- Sjælden tegn på alvorlig infektionssygdom – Meningokosygdom, pyelonefritis

Differentialdiagnoser:

Kortvarig feber, alm. < 3 dage:

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| • Øvre luftvejsinfektion: | • Appendicitis |
| • Akut otitis media: | • Skarlagensfeber |
| • Streptokokhalsinfektion | • Erysipela |
| • Akut bronkiolitis | • Akut epiglottitis |
| • Lungebetændelse | • Meningitis |
| • Urinvejsinfektion | • urosepsis |

Mellemlang varighed, 4-14 dage:

- influenza (høj feber op til 1 uge, kulderystelser, hovedpine, muskelsm, evt. luftvejssympt og GI gener)
- Enterovirale infektioner (feber, kvalme, opkast, diarré)
- Akut bihulebetændelse
- Mononukleose (halsmerter, høj feber, hævede lymfeknuder på halsen)
- Cholecystitis (sm i h. Hypokondrium, kvalme, opkastning, høj feber, kulderystelser)
- Drug feber (allopurinol, antihistaminer, cefalosporiner, penicilliner, salicylater, sulfonamider..)
- Endocarditis infektioner (feber, uspecifikke sympt, tegn til systemiske embolier, ny eller ændret mislyd v st.c, petekkier i ganen, conjunctiva under fingerneglene, Osler knuder)
- Tandinfektioner (tandpine, periodontal inflammation)
- Abscesser
- Borreliose (erythema migrans → hovedpine, NRS, artralgi, myalgier og arthritis)
- Importerede infektioner (tyfus, fengue feber, hepatitis, malaria, amøbiasis)

Langvarig feber:

- Malign sygdom (lymfomer, leukæmier, hjernesvulster, lungekræft, nyre-, lever-, og pankreaskræft, ventrikelkræft samt ved metastaser)
- Drug feber.
- SLE
- HIV

Sygehistorie – vigtigt at spørge om:

- Er temperaturen målt:
 - Hvor er den målt
 - Hvor længe har feberen varet.
- Almentilstanden
 - Aktivitetsniveau – ældre der ikke kan klare dgl. aktiviteter kan have alvorlig infektion selvom de ikke har feber.
 - Leger barnet eller ligger det slapt på sofaen
 - Tager barnet væske og føde til sig
 - Er barnet interesseret i omgivelserne eller ser barnet "tomt" ud i luften
- Bevidsthedniveau:
 - Kan man få kontakt med barnet – eller er det fjernt
- Fokal årsag til feberen:

- Forkølelse, hoste, øre- og halssmerter, hovedpine, mavesmerter, vandladningssvær
- Foreligger tilgrundliggende sygdom
 - F.eks. diabetes, leversygdom (alkoholmisbrug) eller kræft
- Er der hudafskrabninger, hudlidelser, fremmedlegmer (proteser) eller nyligt overstået luftvejtinfektion?
- Febernedsættende behandling:
 - Spørg om brug af antipyretika
 - Hvilken effekt har præp.
- Nakkestivhed:
 - Ved tlf. kontakt, instruer evt. forældre om hvordan de kan undersøge for NRS
- Evt. aktuelt at spg:
 - Vaccinationsstatus, rejser og seksuel kontakt.

Klinisk undersøgelse:

- Generelt:
 - Dårlig sammenhæng mellem temperaturniveau og hvor alvorlig sygdommen er
 - Pt. almentilstand er vigtigere end temperaturen! Se trafiklyssystem for det syge barn s.136 (hudfarve, aktivitet, resp, væskebalance, andet)
 - Vurder bevidsthedsniveau, puls, BT og almentilstand
- Specielt:
 - Klæd pt. helt af:
 - Undersøg lunger, abdomen, udslæt (petekkier) nakkestivhed, ører og hals
 - Hos børn: us ører og hals til sidst – for at undgå afværgereaktioner
 - Rektale febermål mere præcise

Supplerende undersøgelser:

Akut sygdom:

- CRP, leukocytter og streptokokantigentest – bør ikke tages på løse indikationer pga. risiko for falsk positive prøver
- Børn, uden fokal årsag til feber: tag urinprøve
- Bakteriologisk diagnose og resistensmønster – især ved langvarige infektioner
- Ved sepsismistanke: bloddyrkning hvis muligt (hvis der er langt til sygehus).

Langvarig feber uden kendt årsag:

- Hæmatologisk status: hgb, leu, trombocytter og CRP

- Levertal: ALAT, bilirubin, basisk fosfatase, koagulationsfaktorer og albumin
- Nyrefkt.prøver: kreatinin, karbamid og elektrolytter
- Immunglobuliner
- Immunologiske prøver: ANA, ANCA, rhemafaktor, HIV
- Evt. rtg efter ovenstående.

Henvisning:

- Langvarig feber, som man ikke kan finde en forklaring på.

Indlæggelser:

Akut indlæggelse ved:

- mistanke om alvorlig infektionssygdom (f.eks. sepsis)
- Alvorlig medtaget almentilstand
- Børn med høj feber + påvirket almentilstand – usanset de kliniske fund i øvrigt.

Råd til forældre og børn:

- Ved høj feber, påvirket AT og uklar diagnose: forældre bør se til barnet mindst én gang om natten
 - Bør se under dynen efter opkast eller udslæt
- Indikationerne for at behandle feber: lindre stress, at barnet får sovet, spist og drukket,
- Ikke-farmakologiske råd: Barnet let påklædt, at reducerer stuetemp, få barnet til at drikke
- AT = bedre mål for hvor sygt barnet er end feber

Behandling:

- God væsketilførsel (sikre cirkulation + mulighed for at afgive varme ved sved)
- Antipyretika: Paracetamol og NSAID,
 - Indikation: pt.'s gener og AT, ingen bestemt tp.grænse.
 - Paracetamol: voksne 50 mg/kg legmestvægt/døgn fordelt på 3-4 doser

Opfølgning:

- Alle der ikke bliver indlagt skal have klar besked om hvordan de skal forholde sig "sikkerhedsnet"
 - Forklar ved forværring, manglende bedring, eller påvirket AT, bevidsthedsniveau skal henvende sig/ringe igen.
- Dokumenter i journalen – råd der er givet til pt/forældre og hvilke aftaler i har lavet!!

SVIMMELHED:

- Flere forhold
 - Vertigo:
 - Sygdomme:
 - BPPV
 - Mb. Meniere
 - Multipel sklerose (sjælden)
 - Hydrocefalus (sjælden)
 - Kronisk SAH (sjælden)
 - Epilepsi (sjælden)
 - Acusticusneurinom (sjælden)
 - Tumorer (sjælden)
 - Vestibulær neuritis
 - Gyratorisk
 - Nautisk
 - Balanceforstyrrelser
 - Dårlig proprioception
 - Lillehjernetumor/infarkt
 - Nærsynkope (følelsen af at besvime)
 - Diabetes
 - Angst (beskrives som svimmelhed)
- Unge og middelaldrende:

- BPPV, migræne, sekundært til infektion (i labyrinten) eller nakkemyalgi og spændingshovedpine
- Ældre:
 - Arteriosklerose
 - BPPV
 - Typisk sek. Til Antihypertensiv beh.
- Klassificere i flg. Grupper:
 - Organisk perifer svimmelhed (lok. Øret eller nerven til øret)
 - Organisk central svimmelhed (lok CNS)
 - Cervikogen svimmelhed
 - Psykiskbetinget (angst, spændings eller funktionelt)
 - Aldersbetinget
- Klinisk us:
 - Tegn på anæmi
 - Alkoholforbrug
 - Hjertekarsygdomme
 - BT + puls (i begge arme ved mistanke om subclavian steal)
 - Dix-hallpike
 - Rombergs
 - Blikretningsnystagmus
 - Angst og depression.
 - Biokemisk:
 - Hb
 - SR

- Leu+diff
- CRP
- HbA1c
- ALAT + GGT mistanke om alkohol
- B12 ved polyneuropati
- TSH
- Bp + EKG ringe værdi hos ældre patienter.
- Mistanke om apopleksi → CT eller MR akut

SYNKOPE

- 1 % af kontakter i AP.
- Ses hos 20-30 % af befolkningen, overtal hos kvinder.
- To puklet incidens, størt i barndommen indtil 30 for at stige igen efter 50.
- Ungdommen:
 - Stort set kun refleksmedieret
- Typer:
 - Refleksmedieret: Mest almindelige
 - Vasovagal
 - Situationsbestemt
 - Hoste
 - GI stim
 - Varmepåvirkning
 - Andet
 - Sinus carotis synkope : mekanisk stimulation (snæver skjorte, eller slips), kraftig bevægelse i halsen)
 - Kardiel synkope
 - Arytmier
 - Bradykardi
 - Ledningsforstyrrelser
 - Svag sinussyndrom
 - Pacemakersvigt
 - Takykardi
 - Supraventrikulær
 - Ventrikulær
 - Læggemiddelinduceret
 - Strukturel (klap, iskæmi, insufficiens)
 - Sjælden:
 - Lungeemboli
 - Aortadissektion

- Pulmonal Hypertension
- ortostatisk hypotension (godartet)
 - Primært autonomt svigt uden anden sygdom, multipel systematrofi, parkinsons med autonomt svigt, lewy-body-demens
 - Sekundært: diabetes, amyloidose, uræmi, rygmarvslæsion
 - Lægemiddelinduceret
 - Diuretika, antihypertensiv, antidepressiv
 - Dehydrering, (blødning, diarre, opkast, mangel væske)
- Kan ligne synkope:
 - Epilepsi
 - TCI
 - Nærsynkope
- Grundig anamnese: Tabel 2,5,2
- Klinisk us.:
 - Aus. Hjerte + hals
 - BT
- Bede patient om at føre dagbog ved gentagne episoder.
- Typisk harmløst hos unge
- Røde flag: tabel 2.5.3

VEJRTRÆKNINGSBESVÆR

Definition:

Følelse af at få for lidt luft. Pt. Kan forklare det som at være stakåndet eller have åndenød.

- Takypnø: hurtigt åndedræt
- Ortopnø: vejrtrækningsproblemer i liggende stilling
- (paroxysmal) Nocturnal dyspnø: natlig vejrtrækningsbesvær

Patofysiologisk er dyspnø:

- Multifaktoriel og kompleks, opstår ved ændringer i:
 - Metabolismen: gasudvekslings- eller syre-base-forstyrrelser
 - Lungevævet: nedsat elasticitet eller øget lungekapillært tryk
 - Respirationsmusklerne eller perifer muskulatur
- Nedsat hjertefunktion --> nedsat perfusion af nyrerne og perifer muskulatur --> stimulerer baroreceptorer --> neuroendokrin aktivering bl.a. renin-aldosteron-systemet.
- Andre årsager:
 - Ændringer i brystvæggens biomekanik
 - Fedme
 - Inhalation af toksiske gasser
 - Endokrine fakorer

- Psykiske belastninger

Forekomst:

- Hyppig kontakt årsag i almenpraksis; 2-4 % af konsultationerne.
- Prævalensen i befolkningen varierer afhængigt af alder, arbejde, bopæl.
- Andelen af dyspnø stiger med alderen
- I alle aldersgrupper angiver flere kvinder end mænd at have dyspnø

Vigtige årsager til vejrtrækningsbesvær - hyppigste er nævnt først:

- Lunge- og luftvejssygdomme:
 - Akut bronkitis
 - Astma
 - KOL
 - Lungebetændelse
 - Laryngitis
 - Bronkiolitis
 - Lungekræft
 - Lungeemboli
 - Pneumothorax
 - Fremmedlegeme
 - Epiglottitis
 - Interstitiel lungesygdom f.eks. sarkoidose
 - Pulmonal hypertension
- Hjertesygdomme:
 - Hjerter insufficiens
 - Hjerterytmi
 - Klapfejl
- Andre sygdomme:
 - Angst
 - Depression
 - Anæmi
 - Overvægt
 - Hypothyreose og hyperthyreose
 - Søvnproblemer
 - Nasalstenose

Vejrtrækningsbesvær, akut-subakut-kronisk:

- Akut:
 - Luftvejsinfektion
 - Astma
 - Hjerter insufficiens
 - Pneumothorax

- Lungeemboli
- Fremmedlegeme
- Lungeødem
- Hjerteinfarkt
- Hyperventilation
- Atrieflimren og paroksysmal takykardi
- Subakut, nogle dage:
 - Astma
 - Infektion
- Kronisk:
 - KOL
 - Hjereteinsufficiens
- Kronisk recidiverende
 - Anæmi
 - Interstitiel lungesygdom
 - Lungekræft
 - Astma
 - hjereteinsufficiens

Diagnostisk tankegang:

- Dyspnø + feber hos spædbørn, under eller lige efter influenzaepidemi:
 - RS-virus
- Ældre mand, mangeårig ryger + dyspnø
 - KOL, hjereteinsufficiens, lungekræft
- Dyspnø pga. Akut hjereteinsufficiens ses typisk i form af:
 - Lungestase eller lungeødem
- Kardiogent shock, identificeres på:
 - Lavt BT, og kolde ekstremiteter
 - Myokardeinfarkt mistænkes ved samtidig bradykardi
- Hyperventilation:
 - Mere emotionelt præget klinisk billede
 - Pt ofte 20-40 år
 - Symptomer er mange forskellige legemlige gener og usammenhængende anamnese
 - Fravær af anstrengelses udløst dyspnø og disponerende hjerte- eller lungesygdom samt en ellers normal fysisk kapacitet i dagligdagen og normale kliniske fund --> tænk psykiske problemer
- Hyppigste årsager lft. Alder:
 - Børn:
 - Infektioner eller astma
 - Unge og midaldrende:

- Astma, psykiske problemer
 - Ældre:
 - Hjertheinsufficiens, KOL
- To tilstande der IKKE må overses ved akut dyspnø:
 - Epiglottitis:
 - Sjældent efter *Haemophilus*-vaccination. Pt har høj feber, svært påvirket AT, inspiratorisk stridor, ondt i halsen - spyt svært at synke
 - Ved mistanke: pt skal straks indlægges med lægefølge! Skal transporteres siddende
 - Lungeemboli:
 - Sympt varierer fra let hoste med forbigående dyspnø og ensidige smerter i brystet - til udtalt dyspnø, smerter, blodigt ekspektorat, hypotension og udvikling af shock.
 - Sympt. Kan også vise sig som træthed, afkræftelse, hoste og anfald af vejrtrækningsbesvæg.
 - Obs. Pt. Der tidligere har haft trombose, har de følgende 5 år en risiko på 30-40 % for nye embolier.

Anamnese:

- Kom vejrtrækningsbesværet akut eller gradvist
- Kommer vejrtrækningsbesværet i anfald
- Er der vejrtrækningsbesvær om natten eller ved sengeleje:
 - Børn: subglottisk laryngitis, debuterer tidligt på natten
 - Vokse/ældre: vågner tidlig på natten - hjertheinsufficiens,
 - Værest tidligt om morgenen - astma (pga. Lungefkt er dårligere om morgenen hos alle msk)
 - Obs forskel mellem hjertheinsuff og astma: imodsætningen til hjertheinsufficiens pt får astmapt ikke øget vejrtrækningsbesvær når de ligge sig midt på dagen
- Er der vejrtrækningsbesvær ved anstrengelse:
 - Børn og unge = tænk astma
 - Ældre = hjertheinsufficiens
- Har pt hoste, smerter eller feber:
 - Smerter:
 - Respirationsafhængige - pneumoni, LE eller læsion af brystvæggen
 - RespirationsUafhængige - smerter i brystet + dyspnø --> hjertheinfarkt
- Hvad udløser generne, ift allergi --> astma
- Har pt tidligere været syg:
 - Disponerer til hjertheinsufficiens:
 - Hjertheinfarkt, angina pectoris og hypertension
 - Tænk astma ved:
 - Tidligere recidiverende bronkitis, allergi, atopisk dermatitisk eller astma, eller hvis der er allergi eller astma i familien

- Har der været vægtændringer
- Tager pt nye lægemidler eller er der ændringer i det medikamentelle regime:
 - Forværrer hjerteinsufficiens:
 - NSAID, kortisons, meget saltholdig kost
 - Forværre lungefunktionen:
 - Betablokkere
 - Giver bivirkning i form af dyspnø:
 - Betablokkere, anden BT-medicin, nitrofurantoin, epilepsimedicin
- Ryger pt:
 - Astma, Kol, overvej også hjerteinsufficiens og lungekræft
- Har pt, eller har han haft et arbejde hvor han er/var udsat for støv eller asbest.

Klinisk undersøgelse:

Inspektion:

- Respirationsfrekvens
- Indtrækning
 - Spædbørn: ved nedre del af thorax, tegn på pneumoni
 - I interkostalrum og fossae supraclaviculare: tegn på KOL
- Brug af de accesoriske respirations muskler - KOL
- Ekspiration med tillukning af læberne
 - Pt skaber et positivt sluteksspiratorisk tryk
- V. jugularis externa:
 - Venestase i siddende stilling: hjerteinsufficiens
- Ødem:
 - Ved anklerne: hjerteinsufficiens, obs ikke særligt specifik tegn
- Thorax form - anterior-posteriort:
 - Øget diameter, tøndeform: ved emfysem, kyfoskoliose
- Inspektion - næsekavitet, mundhulen og svælget:
 - Hypertrofiske mandler, polypper og nasalstenose: søvnapnø

Perkussionaf lunger:

- Normal resonans
- Dæmpning:
 - Ensidig: lungebetændelse, pleuraekssudat, større embolier
 - Bilateral, især basalt: hjerteinsufficiens.
- Hyperresonans:
 - Pneumothorax, emfysem (dobbeltsidig)
- Lungegrænserne:
 - Er forskel mellem maksimal inspiration og ekspiration: emfysem

St.p:

- Normal respirationslyd
- Pibelyde: unormal, mest i expiration, pga. Obstrueret bronkiegren når luften passerer:
 - Astma, KOL, bronkitis
- Stridor: hæs hvæsende lyd ved inpiration:
 - Tegn på obstruktion i de øvre luftveje; falsk strubehoste, epiglottis, fremmedlegme.
- Knitrelyd/krepitation: forekommer når bronkioler eller alveoler åbner sig:
 - Bilateralt: hjerteinsufficiens (basalt), lungefibrose,
 - Ensidig: lungebestændelse
- Gnidningslyde:
 - Pleuralaffektion; ved betændelse eller emboli
- Ensidig svækket respirationslyd:
 - Pleuraekssudat, pneumoni, emboli, pneumothorax eller tumor

St.c (arytmi, mislyde):

- Puls deficit? AF
- Mislyd: klapsygdom

Palpation:

- Abdomen (lever, galde- og urinblære)
 - Ved hjerteinsufficience mistanke - palper også leveren
 - Hyperplasi af prostata med urinretention kan --> forværre hjerteinsuff
- Lymfeknuder
- Bryst

Eksploration:

- Forandringer ved prostata og udfyldninger i rectum

Gangtest:

- Forværres pt vejtrækning, er der opstået brystsmerter, hvor meget kan pt klare, begrænsninger i muskuloskeletale system. Palper pulsen for at afsløre en evt. Anstrengelsesudløst arytmie

Vægt måling:

- Altid hos pt med hjerteinsufficiens - for at tjekke behandlings effekt.

Supplerende undersøgelser:

- Sjældent afgørende ved diagnostik af vejtrækningsproblemer
- Hæmoglobin:
 - tages ved tanke på anæmi og kronisk lungesygdom (høj Hb)
- CRP

- Tages ved mistanke om infektion, evt. for at skelne mellem viral og bakteriel infektion
- Er hverken specielt sensitiv (10-98 %) eller specifik (44-99 %) i forhold til lungeinfiltrat og bakteriel nedre luftvejsinfektion

Hjertesvigt?

- Kreatinin, leverfunktionsprøver, elektrolytter
- Natriuretisk hjertepeptid (pro- BNP)
 - Jo højere BNP-værdi, desto større sandsynlighed for hjertesvigt
 - Et studie har vist at kendskab til BNP-niveauet medførte hurtigere opstart af relevant behandling, mindre behov for sygehusindlæggelser, kortere sygehusophold og reducerede omkostninger
 - BNP kan formentlig være en initial test, som kan bestyrke indikation for ekkokardiografi

Lungefunktionsprøver

- Peakflow må vurderes i forhold til køn, højde og alder
- Ved KOL ses lave værdier, men peakflowmålingen kan ikke erstatte spirometri
- Astma kan diagnosticeres ved at måle peakflow før og efter inhalation af en bronkodilatator, men spirometri er langt mere sikker og skal foretrækkes
- Peakflow bruges primært i hjemmemonitoreringen af astma

Spirometri med måling af FVC, FEV1 og FEV1/FVC

- Bruges ved diagnosticering af lungesygdomme og behandlingskontrol af astma og KOL
- Særligt FEV1/FVC og FEV1 er reduceret ved obstruktiv lungesygdom
- FVC kan være nedsat ved både restriktive og obstruktive lungesygdomme
- FVC og FEV1 kan være nedsat ved hjertesvigt, men som regel i mindre grad end ved lungesygdom

EKG

- Aktuelt ved mistanke om hjertesygdom for at diagnosticere arytmier, venstreventrikelhypertrofi og iskæmi (ST-depression eller elevation)
- Er største udslag af S i V₂- og R i V₅-afledningen på EKG til sammen over 35 mm, er der tegn på hypertrofi (ikke optimal sensitivitet og specificitet)
- Atrieflimmer er en vigtig indikator for hjertesvigt (LR 3,8)

Et normalt EKG taler mod hjertesvigt

Andre undersøgelser

- *Rtg. Thorax*
 - *For at afklare evt. lungesygdomme som infektion, emfysem, pneumothorax, pleuravæske, tumor, hjertesvigt etc.*

Tegn på hjertesvigt

Pulmonal lungevenestase, dvs. udvidede lungevener og redistribution af flow til apices (LR 12)

Kardiomegali (LR 3,3)

Interstitielt ødem (LR 12)

På sygehuset

Ved henvisning eller indlæggelse på sygehus er blodgasanalyse, udvidet lungefunktionsundersøgelse med måling af diffusion og statiske lungevolumina, D-dimer [16](#), [17](#), spiral-CT [18](#), Doppler ultralyd af underekstremiteterne, bronkial provokationstest, bronkoskopi, arbejds-EKG, ekkokardiografi og lungescintigrafi, evt. andre aktuelle undersøgelser

Tiltag og råd

Henvisninger

Ved uafklaret årsag/diagnose

Indlæggelse

- Ved akut alvorlig dyspnø af ukendt årsag eller med manglende respons på akut behandling, især hvis der også er bryst smerter
- Ved mistanke om lungeemboli
- Ved mistanke om epiglottitis
 - Lægen bør følge patienten til sygehus
 - Patienten skal transporteres siddende

Diagnostisk tankegang:

- 90 % af tilfælde ved vejtrækningsbesvær skyldes sygdom i:
 - Luftvejene (70 %)
 - Spædbørn m feber + dyspnø under influenzaepidemi ofte RS-virus
 - Ældre mand med mangeårigt tobaksforbrug: ofte KOL
 - Akut bronchitis, astma, KOL, pneumoni, laryngitis, LE, lungekræft, pneumothorax, fremmedlegeme, epiglottis, interstitiel lungesygdom (sarkoidose), pulmonal hypertension.
 - Kredsløbssystemet:
 - Dyspnø, ødemer og andre tegn på stase → øget sandsynlighed for hjerteinsufficiens.
 - Hjerteinsufficiens, arytmier, klapfejl.
 - Andre sygdomme:
 - Angste, depression, anæmi, overvægt, hypo/hypertyreose, søvnapnø, nasalstenose

Vejrtrækningsbesvær akut – subakut – kronisk

Akut	Luftvejsinfektion Astma Hjerteinsufficiens Pneumothorax Lungeemboli Fremmedlegme Lungeødem Hjerteinfarkt Hyperventilation Atrieflimren og paroksysmal takykardi
Subakut	Astma Infektion
Kronisk	KOL Hjerteinsufficiens
Kronisk recidiverende	Anæmi Interstitiel lungesygdom Lungekræft Astma Hjerteinsufficiens

FALD OG FALDTENDENS

Fald grupper:

- Ydre årsag: f.eks. løste tæpper, dårlig belysning
- Indre årsag: sygdom, dehydrering, svækket muskler, ..

Forekomst:

- > 1/3 65 + årige og over ½ delen af 80 + årige oplever mindst én faldepisode per år. Halvdelen af dem der falder, er udsat for gentagne fald.
- Kvinder falder oftere end mænd
- Fald – både med og uden fysiske skader – er associeret med øget sygelighed og funktionssvigt.

Fald kan medfører:

- Bløddelsskader
- Knoglebrud

- Ældre der bor alene kan ligge hjælpeløst på gulvet →hypotermi, pneumoni og tryksår
- Ca. 20 % dør inden for et år efter fald.

Oplevelsen af fald:

- Er voldsom
- ½ af dem der falder bliver bange for at falde igen
 - 1 ud af 4 skærer pga. Dette, ned for aktiviteter →social isolation

Årsag:

- ofte ikke en enkelt faktor alene – men resultatet af en kombination af fysisk aktivitet, helbredsmæssige årsager (sygdom, lægemidler og alderspåvirkning), og ydre faktorer (f.eks. glatte gulve, løse tæpper, dørtrin..)

Vigtige årsager til fald hos ældre:

- hypotension
 - lægemiddelinduceret: diuretika, betablokkere inkl. Øjendråber, ACE-hæmmere, TCA...
 - Postprandial hypotension, pga. Ændret bloddistribution
 - Hypovolæmi: dehydrering, lavt minutvolumen
 - Svækket venøst blodomløb: varicer, inaktivitet, sengeleje
- Infektioner:
 - Nedre luftvejsinfektioner, øvre luftvejsinfektioner, sepsis og andre alvorlige inf.
- Stoffe der påvirker opmærksomheden og reaktionsevnen:
 - Anxiolytika, hypnotika, TCA, SSRI, antipsykotika, narkotika, antihistaminer med sederende effekt, alkohol
- Kardiovaskulære årsager:
 - Arytmier, hjerteinfarkt, sinus carotis-synkope, hoste- og miktionsynkope, vasovagal synkope, aortastenose
- Neurologiske årsager;
 - Tilstande med patologisk gangfunktioner (parkinson, ekstrapyramidale lægemiddelpåvirkninger), epilepsi, TCI, akut apopleksi, sequelae efter apopleksi, subduralt hæmatom, "drop attacks".
- Årsager der stammer fra Bevægeapparatet:
 - Atrose, muskelsygdom, sequelae efter knoglebrud, muskelsvækkelse pga. Inaktivitet.
- Andre årsager:
 - Svækket syn eller hørelse, mentalt svigt
 - Anæmi, akut GI-blødning
 - Metabolske forhold: underernæring, hyperglykæmi, hypoglykæmi
 - Alkoholisme og akut beruselse

- Urininkontinens (lader vandet på gulvet, som herved bliver glat)

Risikofaktorer for fald:

- tidligere fald
- høj alder (80 +)
- nedsat mobilitet
- svækket syn
- kognitivt svigt – demens, konfusion
- brug af psykofarmaka og antihypertensiva
- polyfarmaci (4 eller flere præp.)
- svimmelhed og svækket balance

>3-4 af disse → middel sensitivitet (mindst 50 %) og god specificitet (mindst 70 %) for nye fald.

Anamnese:

4 hovedområder:

- Forhold omkring faldet:
 - Ydre forhold: pt. gled/snublede
 - Kombi af helbred og ydre forhold:
 - havde pt lige rejst sig (ortostatisk) svigtede benene pludselig under pt. drejet hoved (deg. Forhold), meget fysisk aktivitet (aortastenose), kraftig hoste?
- Ledsagende symptomer:
 - Svimmelhed (ortostatisk, vestibulær), palpationer, smerter i brystet eller vejrtrækningsbesvær (arytmi, hjerteinfarkt, pneumoni), har pårørende oplevet neurologiske sympt: svigtende kræfter, dysartsi, afasi, ataksi. Eller afgang af urin eller aff. (epilepsi)
- Generelle forhold ved pt. helbred:
 - Nedsat syn, hørelse, DM, træthed, dårlig balance, B12 vit.mangel, neurologisk sygdom.
- Evt. Bevidsthedstab

Spørgsmål til initial vurdering af fald eller risiko for fald

- Var patienten bevidstløs i forbindelse med faldet?
- Oplever patienten til daglig gang- eller balanceproblemer?
- Har der været flere fald inden for det seneste år?
- Lider patienten af svimmelhed?
- Er patienten bange for at falde igen?
- Får patienten medicin, som kan indebære øget faldrisiko? (Ortostatisk hypotension, sedation, svimmelhed m.m.).

Forslag til objektiv undersøgelse

– afhængigt af, hvad anamnesen har afdækket:

- Almentilstand, evt. BMI
- Puls/BT/ortostatisk BT, hjertestetoskopi
- Bevægeapparat, herunder smerter, muskelstyrke i underekstremiteter og ledbevægelighed
- Simpel funktionstest: rejse-sætte-tid-testen, se side 151. Bemærk koordinationsproblemer under testens udførelse.

Afhængigt af klinisk mistanke kan der suppleres med vurdering af syn, kognitiv vurdering, evt. MMSE og målrettet neurologisk undersøgelse.

Laboratorieundersøgelser

– overvej følgende:

- Hæmoglobin
- Trombocytter
- Leukocytter
- Kalium
- Natrium
- Kreatinin
- Blodsukker
- Albumin

BRYSTSMERTER:

- Stor udfordring, de fleste fejler ikke noget alvorligt, men kan være udtryk for alvorlig sygdom.
- 5-10% af dem med brystmerter i befolkningen søger læge.
 - Større sygelighed hos mænd (2/3 af hjerteinfarkter = mænd, de er 10 år tidl. End når kvinder rammes)
- Halvdelen af patienter i AP har brystmerter som led i muskuloskeletale system, som udtryk for funktionelle eller nervøse gener. Med stigende alder mere sandsynligt fra hjertet.
- Diagnoser der IKKE må OVERSES = akut risiko for død!
 - AKS
 - Kranspulsåre stenose
 - Lungeemboli
 - Pneumothorax
 - Aortadissektion
- Undersøgelse:
 - Familie
 - Tidl. Sygdomme
 - Diabetes

- Hypertension
 - Anden hjerte-kar-sygdom
 - Tromboembolisk sygdom
 - Menopause ledsaget af diabetes eller hypertension → meget øget risiko
 - Sundhedsadfærd
 - Ryge
 - Motionsvaner
 - Medicinforbrug (p-piller)
 - Risikofaktorer (objektivt)
 - BT
 - Lipidstatus
 - Immobilisering (efter operation f.eks.)
- Ved ingen symptomer:
 - Kan det være psykogent?
 - En af de store imitatorer?
 - Prøver patienten at sige noget andet?
- Anamnese:
 - Smerteanamnese (inkl. Udstråling)
 - Er det værre når det er koldt (prov. Faktor for stabil iskæmisk hjertesygdom)
 - Måltidsrelaterede
 - Sure opstød?
 - Værre når du bøjer dig fremover eller lægger dig ned? (pericarditis) (lindring hvis der er væske omkring hjertet)
 - Er der udslæt ved smerterne?
 - Har du slået dig i relation til smerterne.
 - Har du beskadiget nakke eller ryg.
 - Andre symptomer?
 - Kvalme
 - Hoste, obs LE
 - Opspyt
 - Stååndethed
 - Bliver det værre hvis du trækker vejret dybt eller hoster?
 - Pneumothorax
 - Pleuritis
 - Slag mod ribben
 - Hvordan ser opspytet ud (skummende ved hjerteinsuff., purulent ved infektion, blodigt ved LE)?
- Objektivt:
 - Almen tilstand
 - Puls (også i femoralis og radialis, perifert)
 - BT
 - TP
 - Palpation af brystvæg, nedre cervikale og thorakale columna
 - Bev. Smerter ved columna
 - Palpation af lægmuskler
 - Auskultation og perkussion af lungerne, hjertet og aa. Carotides
 - Palpation af øvre abdomen
- Paraklinik:

- Biokemi
 - Hb?
- EKG
- D-dimer
- CRP
- Indlæggelse
 - CK-MB,
 - Troponin
 - Ekko
 - Myokardieskintigrafi
 - Angiografi
 - Lungeperfusionsscanning
 - Spiral-ct-angiografi
- Diagnoser ved bryst smerter
 - Hjerte-kar-sygdomme:
 - Iskæmiske smerter fra myokardiet
 - Kronisk stabil AP
 - Ustabil AP
 - Anæmi
 - Aortastenose
 - Arytmier
 - Kranspulsårespasmer
 - myokardiehypertrofi
 - Akut hjerteinfarkt
 - Perikarditis
 - Dissekerende aortaaneurisme
 - Mitralklapprolaps
 - Respirationsorganet:
 - Trakeobronkitis
 - Pneumoni,pleurapneomoni
 - Pleuritis
 - KOL
 - Astma
 - Spontan pneumothorax
 - Lungeemboli
 - Tabel 2.8.1

AKUTTE MAVESMERTER:

- Varet mindre end en uge
- Ca. 15 % af alle henvendelser
- Opgave i en akutfase:
 - Er der en livstruende eller kirurgisk tilstand?
 - Er tilstanden uklar og kræver indlæggelse til observation?
 - Kan patienten observeres og behandles hjemme?
 - Kan det vente til udredning senere?

- Harmløs, selvlimiterende lidelse?
- Vigtigste akutte diff. Diagnoser:
 - Perforeret mavesår
 - Tarmperforation
 - Ileus
 - Akut appendicitis
 - Cholecystitis
 - Akut pancreatitis
 - Fulminant colitis med dilatation af tarmen
 - Inkarcereret hernie
 - Rumperet aortaaneurisme
 - Akut tarmiskæmi
 - Børn:
 - Invagination
 - Fertile kvinder:
 - Ekstrauterin graviditet
 - Torkveret ovariecyste
 - Salpingitis
 - Spontan abort
 - Andre:
 - Divertikulitis
 - Urinretention
 - Nyresten
 - Galdesten
 - UVI
 - Akut Gastroenterit
 - Mavesår
 - Obstipation
- Anamnese:
 - SMERTEANAMNESE
 - Andre sygdomme (i andre organsystemer)
 - Tidligere
 - Almen symptomer
 - Feber
 - Træthed
 - Infektionstegn
 - Svimmelhed
 - Kvalme, opkast, afføring, urinveje, underlivssymptomer og seksualproblemer, psykosocialt.
- Objektivt:
 - Alarmerende fund:
 - Kraftige smerter
 - Tegn på shock
 - Tegn på peritonitis
 - Udspilet abdomen
 - Feber eller nedsat urinudskillelse.
 - Mekanisk ileus.
 - AT

- Inspektion
- Auskultation
- Palpation
- Perkussion
- Rektal us.
- GU
- Hjertet, lungerne og ryggen
- Suppl. Us.:
 - Urin stix
 - Graviditetstest CRP
 - SR
 - HB
 - ALAT
 - ASAT
 - GGT
 - Amylase
 - EKG
 - Evt. akut indlæggelse

Akutte lændesmerter, s.170

Definition:

Lændesmerter = afgrænses fra nedre ribbenskant til glutealfolden.

Opdeles i:

- Akutte lændesmerter < 6 uger
- Subakutte lændesmerter 6-12 uger
- Kroniske smerter > 12 uger

Disponerende faktorer – til ryggene:

- Ensidigt statisk arbejde i siddende, stående og især foroverbøjet stilling.
- Arbejde med hyppige bøjninger og drejninger
 - Ovst. Især Chauffør- og monteringsarbejde
- Pludselige fysiske anstrengelser er mere skadeligt end kontinuerligt tungt arbejde.
- Tunge løft
- Løft i uheldig stilling eller med uheldig teknik
- Arbejde med vibrerende maskiner
- Personer der ryger eller trives dårligt
- Arv – vis betydning

Årsager til akutte rygsmerter:

- Uspecifikke lændesmerter (akut lumbago)(80-90 %)
- Nerverodssmerter og rodpåvirkning (5-10 %)
- Længesmerter med andre og muligt alvorlige årsager, ”røde flag” (1-5 %)

Anden opdeling af årsager:

- Bevægeapparatet > 95 % (muskellæsion, senelæsion, myalgi, tendinitis, knoglebrud, diskusprolaps, spinalstenose, kyfose, osteoporose...)
- Ikke-mekaniske lokale, systemiske eller viscerale (myelom, metastase, spinaltumor, osteomyelitis, inflammatorisk sygdom, metabolisk knoglesygdom, pankreatitis..)

Uspecifikke lændesmerter:

- Smerter/ubehag:
 - Lokaliseret lumbosakralregionen
 - Med eller uden udstråling til sæderegionen eller diffust til låret
 - Sm. Varierer i intensitet
 - Bedre ofte i hvile
 - Pt har god almen tilstand.

Nerverodssmerter og rodpåvirkning:

- Ofte iskias med:
 - Udstrålende smerter – følger dermatomet
 - Og/eller paræstesier i benet
 - Med/uden smerter i ryggen
 - +/- andre motoriske eller sensoriske tegn på nerverodsaffektion
 - Ofte hvilesmerter

Røde flag – advarselsfaktorer → øget sandsynlighed for alvorlig tilgrundliggende årsag:

- Pt < 20 år eller > 55 år, der for rygsmerter for første gang, eller oplever at smerterne er væsentligt anderledes end før.
- Konstante smerter i gennem længere tid, og som ikke aftager i hvile
- Nedsat AT, feber eller vægttab
- Oplysninger om tidligere traumer eller svulster
- Behandling med steroider eller immunosuppressiva
- Oplysninger om tidligere stofmisbrug
- Udbredte neurologiske udfald

- Deformitet i rygsøjlen
- Udtalt morgenstivhed, der varer over en time, og/eller høj SR

Gule flag – mest psykosociale risikofaktorer for udvikling af langvarige ryggene:

- Pessimistisk holdning til smerterne med overdreven frygt for at bevæge sig og for at være aktiv, ringe tro på bedring
- Arbejdsrelaterede problemer (sygemelding, dårlig trivsel, konflikter)
- Emotionelle problemer (depression, angst, bekymringer)
- Tillægssymptomer som generaliserede smerter, hovedpine, træthed, svimmelhed, mavegener
- Ønske om passive behandlingstiltag, ringe mestringssevne
- Tidligere nerverodsaffektion eller langvarige rygepisoder

Obs. Undersøgelse har vist at tidlig intervention mht de psykosociale faktorer IKKE have effekt på funktions- eller arbejdslivsprognosen.

Grønne flag – faktorer der giver grundlag for at forvente hurtig bedring og sympt.frihed:

- God AT
- Kort varighed af generne
- Ingen ryggene før eller at sidste episode er længe siden
- Fravær af gule og røde flag
- Ingen tegn på nerverodsaffektion

Sygehistorie:

Bør kortlægge:

- Smertevarighed,
- -lokalisering
- -intensitet
- Forbrug af analgetika
- Funktionsniveau ift alm. Dagligsaktivitet inkl. Jobfunktion og evt. sygemelding.

Hvad er problemstillingen

Tidligere rygproblemer:

Forløb, behandling og resultat

Aktuelle tilfælde:

- Symptomer akut/snigende, traume eller anden hændelse, varighed og smerteintensitet,
- Provokerende/lindrende faktorer, døgnvariation, smerte karakter (murrende, brændende, stikkende, jagende), lokaliseret/udstråling

Neurologiske udfald:

- Følelse eller kraft i benet forandret
- Fungerer vandladning og afføring som normalt

Følgerne:

- Har rygssmerterne → brug af analgetika
- Smerterne indvirkning på fysisk belastning og trivsel
- Søvnproblemer
- Behov for sygemelding?

Almensymptomer:

- Pt. almensymptomer og tegn på sygdom andre steder skal kortlægges hvis der ikke er oplagt årsag til rygssmerterne.

Typisk sygehistorie ved:

- Akut lumbago:
 - Akut start
 - Tidligere episoder
 - Ensidige symptomer
 - Bedring i hvile
- Nerverodsaffektion:
 - Akut start
 - Udstråling af smerter til under knæet
 - Ben-smerter – værre end rygssmerter
 - Forværring af symptomer ved hoste eller nysen
- Mulig alvorlig årsag:
 - Gradvis start
 - Senere progression af smerter
 - Symmetrisk eller vekslende distribution
 - Forværring i hvile
 - Ødelagt søvn
 - Morgenstivhed
 - Forværret almentilstand.

Anbefalinger for anvendelse af billeddiagnostik hos rygpatienter:

- Ved akutte uspecifikke lændesmerter:
 - Ikke henvises til billeddiagnostik
 - Efter 4-6 uger uden bedring – forsat ikke stærk indikation , men henvisning kan overvejes ud fra symptombilledet
 - Klinisk opfølgning er vigtig – kan styre eller svække indikationen.
- Ved nerverodsaffektion uden røde flag
 - Ikke henvisning til billeddiagnostik
 - Efter 4-6 uger uden bedring bør laves MR (alternativt CT), især hvis det ser ud til at ende med en operation – hos tidligere prolapsopreerede er MR 1. valg.
- Ved mistanke om tilgrundliggende alvorlig sygdom eller knoglebrud:
 - Altid indikation for billeddiagnostik – MR foretrækkes (hvis ikke muligt: CT med røntgen af columna)

Kontrol og opfølgning:

- Anbefales til:
 - Pt. med førstegangssmerter i lænden
 - Pt. med uafklaret årsag
 - Pt. der ikke er i stand til at passe deres arbejde pga. smerter.
- Hyppigheden
 - I startfasen: hyppige evt hver uge, minimum i 2, 4 og 8 uger efter initiale konsultation.
- Hvis pt. ikke får det bedre efter 8 uger:
 - Henvi til tværfaglig udredning ved relevant sygehusafdeling eller rygcenter.
 - Regionale forløbsbeskrivelser kan evt anbefale at pt. med rodirritationssymptomer henvises allerede efter 4 uger.

Søvn og Søvnforstyrrelser

- Mindst hver 4. Person over 70 år tager sovepiller mere eller mindre fast, oftere kvinder end mænd
- Risiko for medicinafhængighed (størst ved Z-medicin)

Søvnregulering og klassifikation af søvnsygdomme

- Døgnrytme styres af Hypothalamus, den er normalt 24-25 timer.
- Den justeres via ydre stimuli – vigtigst lys.
- Temp. er et mål for døgnrytme – lavest om morgenen 4-6, højst sent om eftermiddagen.

- Melatonin prod øges om natten falder I dagslys.
- Tre stadier (faser afløser hinanden 4-5 gange I løbet af 90 min):
 - 1: Let søvn
 - 2: Dyb søvn
 - 3: REM søvn (drømme finder sted)
- Opbygget søvnbehov (homøostatisk faktor) bestemmer søvndybden.
- Døgnrytmen (cirkadian faktor) bestemmer søvnlængden.
- Vaner og adfærd påvirker også ens søvn – f.eks. kan man arbejde om natten ved bev og kaffe, mens man kan falde i søvn til forelæsning grundet manglende sensorisk input.
- Klassifikation:
 - Diagnosegrupper:
 - Insomni: svært ved at sove, natlige opvågninger og/eller for tidlig opvågning. Mest kvinder.
 - Døgnrytmeforstyrrelser, problemer med det biologiske ur, fx forsinket søvnfasesyndrom, hyppigst i 13-25 års alderen.
 - Hypersomni: Øget søvnbehov om dagen og patologisk kort indslumringstid. Fx narkolepsi.
 - Søvnrelaterede respirationsforstyrrelser: snorken og søvnapnø.
 - Søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser: fx restless legs.
 - Parasomnier: uønsket eller ubehagelig adfærd der indtræder under søvn, fx mareridt, søvngænger, søvnspisning, natteskræk.

Udredning

- Anamnese
 - Søvnanamnese
 - Hvornår går du i seng
 - Hvor lang tid går der før du falder i søvn
 - Antal og varighed af opvågninger
 - Hvornår du står op om morgenen.
 - Tid og varighed af eventuelle småblund om dagen.
 - Karakteristiske symptomer:
 - Lang tid om at falde i søvn: Insomni, forsinket søvn-fase-syndrom, restless legs
 - Natlige opvågninger: Insomni, restless legs, søvnapnøsyndrom
 - Behov for at sove om dagen: hypersomnier, søvnapnøsyndrom og forsinket søvnfase-syndrom; SES IKKE HOS INSOMNIER, kun sjældent.

- Træthed og følelse af udmattelse: Almindeligt ved alle søvnlidelser – især insomni.
- Mest almindelige årsag er depression, derfor skal psykisk lidelse også udredes, eller tab af elsket person / livskrise.
- Andre sygdomme (somatiske) kan også give søvnproblemer, de skal adspørges, mest kendt er:
 - KOL
 - Stma
 - Hjerteinsufficiens
 - Kroniske smertetilstande
 - Prostata sygdom
 - Demens
 - Kløende hudsygdomme
 - Klimakterielle gener.
- Klinisk us. Og suppl. Undersøgelse
 - Søvn dagbog over en to uger periode
 - Henvielse til nærmere udredning med objektiv søvnregistrering.
 - Evt. Søvnlaboratorium ved uforklarlige langvarige symptomer.

Omtale af de vigtigste søvnsygdomme

INSOMNI

- DEF: dårlig eller for lidt søvn enten pga. Vanskeligheder ved at sove, dårlig søvnkvalitet, urolig nattesøvn eller tidlig vågning.
- Diagnosen stilles udelukkende på patientens fortælling
- For diagnose skal det medføre nedsat funktion om dagen i form af
 - Øget søvnighed eller træthed
 - Svækket kognitiv funktion
 - Svækket social funktion
 - Fysisk ubehag
 - Øget bekymring vedrørende søvnen
- Insomni er selvstændig diagnose, og hvis den ses med depression nævnes komorbid insomni, så man skal fokusere på behandling af både depression og insomni – i modsætning til gamle dage, hvor man kun behandlede depressionen.
- Tidsgrænser i forskningssammenhæng
 - Lang indslumringstid: over 30 min
 - Opvågninger om natten: mere end 30 min tilsammen
 - Tidlig opvågning: mere end 30 min før ønsket tidsrum.

- Behandling:
 - Ikke Medikamentel
 - Kognitiv adfærdsterapi for insomni
 - **Søvnhygiejniske 10 råd**
 1. Sidste time inden sengetid bruges til at skabe rå.
 - Fysisk træning giver træthed, men må ikke være sent på aftenen.
 - Psykisk belastende disk. Og andet må heller ikke ske om aftenen.
 2. Ikke for lidt – ikke for meget – ikke for ofte. Sov til du er udhvilet – ikke længere. Sov ikke mere end to gange i døgnet. Drop middagsluren, eller lad den maks vare 20 min.
 3. Regelmæssig døgnrytme fremmer god søvn. Stå op samme tid hver dag, få masser af dagslys – helst tidligt. Undgå stærk belysning hvis man er oppe om natten.
 4. Gå ikke sulten eller stopmæt i seng
 5. Undgå tobak eller koffeinholdige drikke (kaffe, te, cola) om aftenen.
 6. Sex kan virke afslappende og fremme søvnen. Seksuelle frustrationer forstyrrer nattesøvnen.
 7. Vær forsigtig med alkohol. Små doser kan virke aktiverende, moderate doser letter indslumringstiden, større doser medfører altid dårlig søvnkvalitet og for tidlig opvågning. Stort alkoholforbrug er en velkendt årsag til kroniske søvnproblemer.
 8. Lær dig en afspændingsteknik. Varmt bad og varme drikke (mælk) kan være en hjælp til at falde til ro. Undlad at se på uret om natten det virker aktiverende.
 9. Det sted hvor du sover bør associeres med hvile og afslapning (deaktivering). Sørg for frisk luft, tilpas sengetøjet til temperaturen. Hav dæmpet belysning, brug evt. Mørklægningsgardiner, eller natmaske eller natbind for øjnene ved generende lys. Evt. Ørepropper ved støj.
 10. Undgå regelmæssig brug af sovemedicin.
 - Stimulus kontrol
 - Går ud på at korrigere uheldig søvnadfærd og at styrke associationen mellem søvn og seng.
 - Gå førs i seng når du er søvnig.

- Hvis du ikke falder i søvn i løbet af 30 min bør du stå op og foretage dig noget andet til du igen bliver søvngig. Gælder også ved opvågninger om natten og skal gentages om nødvendigt.
 - Stå op samme tid hver dag – uafhængigt af antallet af timer man har sovet.
 - Sengen/soveværelset skal bruges til søvn og sex.
 - Sov ikke om dagen.
 - Er den behandlingsform med bedst evidens.
- Søvnrestriktion
 - Går ud på at begrænse tiden i sengen til den tid man rent faktisk sover.
 - Man bestemmer tider hvor patient må gå i seng alt efter søvneffektiviteten (den skal være over 85 % for at få lov til at gå 15 min tidl. I seng og modsat). Så hvis en patient kun reelt sover 5,5 time, må de kun opholde sig i sengen i 5,5 time.
 - Resultater i lighed med stimuluskontrol.
- Kognitiv terapi
 - Supplement ved behandling af insomni.
 - Få patienten til at kortlægge sit eget tankemønster og vende de negative tanker til en mere realistisk opfattelse af søvn.
- Medikamentel behandling
 - Kun indiceret ved kortvarige eller forbigående søvnproblemer, til trods for at det bruges meget i flæng.
 - Langvarig brug bør undgås, da effekten hurtigt aftager og der skabes afhængighed.
 - Præparater:
 - Benzodiazepinlign. Præparater (Z-hypnotika) som zolpidem og zolpidem virker på de samme GABA-receptorer som benzoer. Få ”Hangover” bivirkninger. Restriktivt brug ligesom med benzoer.
 - Benzodiazepiner-hypnotika: som nitrazepam og flunitrazepam (sidstnævnte virker hurtigt og giver et kick og er derfor meget populært blandt stofmisbrugere). Kontra ind. Ved obstruktiv søvnapnø patienter og misbrugere.

- Benzodiazepin- anxiolytika: som diazepam og oxazepam, virker længere end hypnotika gruppen.
- Antidepressiva: Hos patienter med samtidig depression.
- Antihistaminer: virker i et døgn, men er indiceret hvis andre søvnmidler er kontraind.
- Neuroleptika: levomepromazin, frarådes hvis pt. ikke er psykotisk, da der er mange bivirkninger.
- Melatonin: skal tages 1-2 timer inden søvn tid.
- Opfølning hos egen læge ved behandling.

Døgnrytmeforstyrrelser:

- Principper for lysbehandling:
 - Lyseksponering før nadir (1-2 timer før nat. Opvågning) rykker døgnrytmen til et senere tidspunkt, mens lyseksponering efter nadir rykker døgnrytmen til et tidl. Tidspunkt. Dvs. Lysbehandling givet efter opvågning betyder man står tidligere op dagen efter, mens omvendt hvis det gives om aftenen står man senere op. Så behandlingen afhænger af patientens forstyrrelse.
- Forsinket Søvnfase-syndrom
 - Er kendetegnet ved at søvnen rykkes til et senere tidspunkt, sandsynligvis fordi det indre biologiske ur går for langsomt (B-menneske syndrom).
 - Behandling:
 - Lysbehandling er førstevalg, 10.000 lux i mindst 30 min.
 - Melatonin, starter med indtagelse 12 timer før ønsket opvågning
- Fremskyndet søvnfase-syndrom
 - Behov for at sove tidligere på dagen men med normal sovelængde og kvalitet (ultra A-menneske), årsag: det biologiske ur går for hurtigt. Lysbehandling inden sovetid.
- Uregelmæssig søvn-vågenhedsrytme:
 - Hel eller delvis mangel på døgnrytme, behandling: Lysbehandling, samt øget social og fysisk aktivitet om dagen for at undgå småslumring i løbet af dagen og dermed manglende opbygning af søvnbehov (homøostatisk faktor).
- Jetlag:
 - Symp: Indslumringsproblemer, urolig søvn, træthed om dagen, nedsat præstationsniveau, maveproblemer.
 - Beh: Lys og melatonin, korrekt lysbehandling kan korrigere i løbet af 3 dage.
- Lidelser pga. Natarbejde.
 - Lysbehandling virker
 - Det tager 12-14 dage at vende døgnrytmen til natarbejde.

Hypersomni.

Søvnighed om dagen uden at der er unormal nattesøvn eller forstyrrelse i døgnrytmen.

- Adfærdsinduceret utilstrækkelig søvn-syndrom
 - Får ikke nok søvn, og deraf en søvndepriveret tilstand med øget irriterabilitet, koncentrationsbesvær, nedsat motivation og uro.
- Narkolepsi:
 - Uimodståelig søvntrang og kortvarige søvnanfald
 - Varierende sværhedsgrad, kan opstå i alle aldre, men typisk i ungdommen eller voksenalderen.
 - Inddeles i to undergrupper, med eller uden kataplexi (tab af total muskeltonus).
 - Det er en ANFALDSSYGDOM, vigtigt at afklare i anamnesen.
 - Klinisk us.:
 - Epworths søvnighedsskala
 - Multipel søvnlatenstest
 - Behandling:
 - Tilstrækkelig søvn
 - Minus natarbejde
 - Ekstra lur om dagen
 - Undgå alkohol og søde sager.
 - Ekstra koffeinindtagelse.
 - Medikamentel: centralstimulerende eller hæmmende for REMsøvnen.
- Idiopatisk hypersomni:
 - Ekstremt søvngig uden kendt årsag. Symp debut ofte i teenagealderen.
 - Sover ofte upassende steder og upassende tider.
 - Udredes på samme måde som narkolepsi, brug epworth i praksis.

Søvnrelaterede respirationsforstyrrelser

- Snorken og Søvnapnø
 - Søvnapnø: en person stopper med at trække vejret i mere end 10 sekunder under søvnen.
 - Obstruktiv søvnapnø: Med udtalte gener. Træthed og søvnighed om dagen, kraftig snorken om natten. Urolig søvn og natlige toiletbesøg (sengevæden hos børn). Risikofaktor for kardiovaskulær og lungelidelse → øget mortalitet.
 - Klinisk us (brug også epworth igen)
 - Næse, svælg og lunger

- Henv. Til søvncenter, ØNH-afdeling eller lungeafdeling.
 - Søvnregistrering afklarer diagnose. AHI (Apnø-hypopnø-indeks) =sværhed
- Behandling:
 - Livsstil: rygestop, tabe sig,
 - CPAP
 - Kirurgisk korrektion (hvis indiceret)
 - Bide eller snorkeskinne
- Centrale søvnapnøsyndromer
 - Respirationen standses i et periodisk eller cyklisk mønster pga. Dysfunktion i centralnervesystemet.
 - Primær central søvnapnø: mere end fem apnøepisoder pr. Times søvn. Beh: diamox, CPAP og ilt.
 - Cheyne stokes resp: mere end 10 apnø/hypopnøepisoder pr. Times søvn. Skiftende stigning og sænkning.

Søvnrelaterede bevægelsesforstyrrelser

- Restless legs
 - Ubehagelig kriblen i benene evt. arme.
 - Diff. Polyneuropati, lægkramper, angsttilstande, tics
 - Typisk klinik
 - Bev. Trang pga. De kriblende fornemmelser
 - Bev. Trang ved hvile
 - Symp lindres helt eller delvist ved bev.
 - Fast dag-nat-rytme, mest udtalt sent om aftenen.
 - Tiltag og råd:
 - Stabile og regelmæssige sovetider
 - Motion i moderate mængder
 - Nedsat kaffe-, alkohol-, og cigaretforbrug.
 - Forsøg med massage, varme eller ispose.
 - Sep. Eller ændring af tidspunkt for medicin.
 - Medicin:
 - Dopaminagonister
 - L-dopapræparater
 - Kodein,
 - Gabapentin
 - Klonazepam
- Periodiske benbevægelser under søvnen (PLMS)

- Diagnose stilles i forb. Med søvnregistrering, da der ikke er symp. I vågen tilstand, som ved restless leg. Behandling som ved restless leg.
- Søvnrelaterede lægkramper
 - De fleste oplever det engang imellem, men nogen får det i søvnen og bliver dermed forstyrret med træthed om dagen til følge.
 - Gravide er særligt udsatte, mens åreknuder, diabetes, venøs insufficiens, elektrolytforstyrrelser, uvant fysisk belastning og iskias kan udløse kramperne.
 - Lægemidler ligeledes forbundet med lægkramper: diuretika, salbutamol, terbutalin, p-piller.
 - Tiltag og råd:
 - Udløsende årsag korrigeres (hvis det findes)
 - Akutte anfald: Stræk lægmusklen eller massere den.
 - Varmeomslag kan hjælpe.
 - Medicin:
 - Kinin
 - Magnesium
 - Vitamin E

Parasomnier

Betegnelsen for uønskede motoriske fænomener eller oplevelser, der forekommer under indslumringen, i løbet eller søvnperioden eller i forbindelse med opvågningen. Hændelsen indfinder sig udenfor normal bevidsthed.

Non-REM parasomnier

ses hyppigst hos børn, men kan fortsætte i voksenalderen, ses tidligt på natten i overgangen fra første dybe søvn til overfladisk søvn, det er usædvanligt at huske noget bagefter. Medicinsk beh. sjælden, men meget udtalt kan der gives klonazepam eller antidepressiva.

- Søvnngænger (somnambulisme)
 - Det er vanskeligt at vække en der går i søvne, da det sker i dyb søvn. Risiko for skader → døre og vinduer sikres ved sovetid.
 - Aktiv vækning kan provokere voldelig adfærd og bør undgås.
 - Søvnunderskud og omfanget af øget dyb søvn provokerer det.
 - Søvn hver nat og undgå overtræthed er vigtig forebyggelse.
- Natteskræk
 - Hos voksne øget fremkomst af psykisk lidelse
 - De kan springe fra sengen, det kan være svært at trøste børnene, barnet husker intet dagen efter. Det er IKKE MARERIDT.

- Ufuldstændig opvågen
 - Giver forvirring, børn kan råbe på forældre men kan ikke genkende dem, meget rolig variant af natteskræk. Lader sig svært vække.

REM-parasomnier

Forekommer i relation til REM-søvnen og dermed sent i søvnperioden.

- Mareridt
 - En drøm med ubehageligt og skræmmende indhold, der går at personen vågner.
 - Gentagende drømme med følelser som frygt, angst, vrede, tristhed, afsky.
 - I modsætning til natteskræk husker man indholdet.
 - Hyppige mareridt kan være udtryk for psykiske traumer, en vanskelig livssituation eller bivirkning af lægemidler som beta-blokkere, antidepressiva eller kolinesterasehæmmere.
 - Mareridt kan også opstå ved seponering af lægemidler eller stoffer, der undertrykker REM-søvnen, eksempelvis alkohol eller hash.
- REM-søvn-adfærdsforstyrrelser
 - Sjælden tilstand hos ældre mænd, der er øget risiko for neurodegenerative lidelser som parkinsons sygdom eller demens.
 - Kan udløses af lægemidler, manifestere sig som livlige, dramatiske og truende drømme, hvor muskeltonien ophører og patienten har voldsom fysisk aktivitet og kan skade sin partner og sig selv under søvnen. De husker drømmen.
 - Diagnose ved søvnlab, Behandling: klonazepam.
- Søvnrelateret spiseforstyrrelser
 - Er ikke knyttet noget særligt søvnstadium, ses hyppigst hos kvinder.
 - Uønsket spise og drikketrang i søvne, patienter fortærer ukritisk kalorierig mad, men også ikke tilberedt mad såsom frossen pizza og i værste fald skadelige stoffer. Søvnen bliver forstyrret af spisningen og træthed er almindeligt. → ikke sulten om morgenen + overvægt → helbresproblemer.
 - Beh: Sertralin (antidepressiva) har vist sig at have virkning.

Akut forvirring hos ældre:

Delir – definition:

- Akut forvirring = folkeligt udtryk for akut konfusion og delirium (sidste foretrækkes)

- Delir = har definitionsmæssigt altid én eller flere udløsende årsager, med en begyndelse og en afslutning, to typer = hypo og hyperaktivt delirium
- Delirium tremens = alvorlig abstinenspsykose, omtales ikke videre.
- Delir =
 - Akut svigt af kognitive funktioner +
 - Forstyrret psykomotorisk adfærd +
 - Forstyrret søvnrytme

Delir – ICD-10 Diagnose F05:

Kriterierne skal være opfyldt inden for alle seks områder

- Reduceret bevidsthedsniveau** i form af nedsat opfattelse af omgivelserne og svækket opmærksomhed eller koncentrationsevne
- Kognitive forstyrrelser**
 - Sanseforstyrrelser, illusioner eller hallucinationer
 - Nedsat evne til abstrakt tænkning og forståelse
 - Svækket umiddelbar huskeevne og korttidshukommelse med relativt velbevaret langtidshukommelse
 - Desorientering i tid, sted og egne data
- Psykomotoriske forstyrrelser** med mindst én af følgende:
 - Hurtigt skift fra hypo- til hyperaktiv
 - Øget reaktionstid
 - Øget eller nedsat talestrøm
 - Tendens til at fare sammen
- Forstyrret nattesøvn** med mindst én af følgende:
 - Søvnløshed eller inverteret søvnrytme
 - Natlig forværring af symptomerne
 - Urolige drømme og marerid, evt. med hallucinationer eller illusioner
- Følelsesmæssige forstyrrelser** som depression, angst eller frygt, irritabilitet, eufori, apati eller undrende perpleksitet
- Påvist tilgrundliggende sygdom**

Forekomst:

- Høj prævalens hos ældre > 75 år:
 - indlagt på sygehus (20-30 %)
 - plejehjem (40-50%)
 - beskyttede ældreboliger og almindelige ældreboliger (20-30 %)
 - får hjemmesygeplejerske
- Hovedparten af de forvirrede msk på plejehjem skyldtes:
 - Kombi af demens og delir

Årsager til Delir:

Vigtigste risikofaktorer:

- Høj alder
- Demenssygdom
- Tidligere forvirringsepisoder
- Tidligere apopleksi

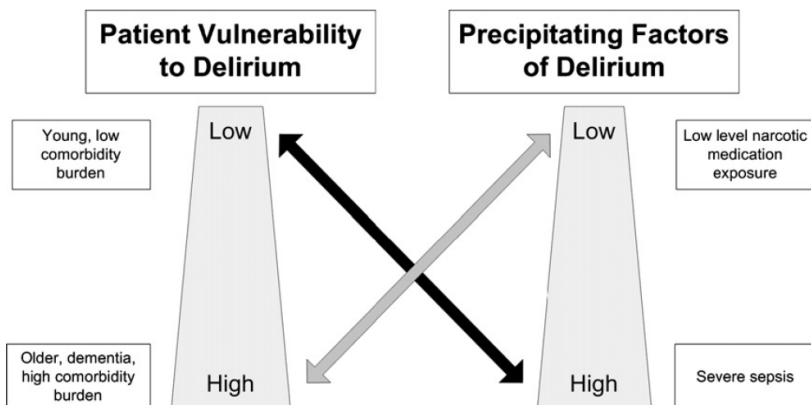


Fig. 1. The interrelationship between patient vulnerability and precipitating factors in the development of delirium. Patients who have little vulnerability require significant noxious stimuli to develop delirium (*black arrow*). Conversely, patients who are highly vulnerable require only minor noxious stimuli to develop delirium (*gray arrow*). (Data from Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. JAMA 1996;275(11):852–7.)

Table 3 Predisposing and precipitating factors for delirium	
Predisposing Factors	Precipitating Factors
Demographics <ul style="list-style-type: none"> • Advanced age • Male gender 	Systemic <ul style="list-style-type: none"> • Infection • Inadequate pain control • Trauma • Dehydration • Hypo- or hyperthermia
Comorbidity <ul style="list-style-type: none"> • Dementia • Number of comorbid conditions • Severity of comorbid conditions • Chronic kidney disease • End-stage liver disease • Terminal illness 	Metabolic <ul style="list-style-type: none"> • Thiamine deficiency (Wernicke encephalopathy) • Hepatic or renal failure • Electrolyte disturbances • Hypoglycemia/hyperglycemia • Thyroid dysfunction
Medications and drugs <ul style="list-style-type: none"> • Polypharmacy • Baseline psychoactive medication use • History of alcohol or other substance abuse 	Medications and drugs <ul style="list-style-type: none"> • Medications and medication changes • Recreational drug use or withdrawal
Functional status <ul style="list-style-type: none"> • Functional impairment • Immobility 	Central nervous system <ul style="list-style-type: none"> • Cerebrovascular accident • Intraparenchymal hemorrhage • Subdural/epidural hematoma • Seizures and postictal state • Meningitis/encephalitis
Sensory impairment <ul style="list-style-type: none"> • Hearing impairment • Visual impairment 	Cardiopulmonary <ul style="list-style-type: none"> • Acute myocardial infarction • Congestive heart failure • Respiratory failure • Shock
Decreased oral intake <ul style="list-style-type: none"> • Dehydration • Malnutrition 	Iatrogenic <ul style="list-style-type: none"> • Procedures or surgeries • Indwelling urinary catheters • Physical restraints
Psychiatric <ul style="list-style-type: none"> • Depression 	

Lægemedler (antipsykotika, TCA, benzo, epilepsimed., antiparkinsonmed, opioider, antihistaminer, NSAID, antihypertensiva, digoxin, steroider) – de værste = antikolinerg effekt!

Livstruende årsager til delir – skal undersøges for FØRST!:

- Wernicke encefalopati
- Hypoxi
- Hypoglylæmi
- Hypertensiv encefalopati
- Hypertermi eller hypotermi
- Intracerebral hæmoragi
- Meningitis/encefalitis
- Toksisk (eksogent eller iatrogen)
- Status epilepticus

Dvs. at vi som læger ved mistanke om delir skal kortlægge:

- Risikofaktorer (predisponerende faktorer)
- Udløsende faktorer

Udredning – spørgeskemaer:

Øger sensitivitet og specificitet af diagnostikken, samt tjekliste til at vurdere sværhedsgrad og forløb.

- CAM (Confusion Assessment method):
- MDAS (Memorial Delirium Assessment scale)

Anamnese:

Først og fremmest skelne mellem delir og demens:

	Delirium	Demens
Begyndelse	Akut, subakut	Oftest langsom
Forløb	Skiftende, evt. med symptomfrie intervaller	Uændret i løbet af dagen
Varighed	Timer, dage, uger	Oftest måneder, år
Stabilitet	Skiftende symptommønster	Langvarig og uændrede eller langsomt progredierende symptomer
Bevidsthed	Uklar, forvirret	Klar
Opmærksomhed	Svækket	Normal
Orientering	Skifter hurtigt	Ændres langsomt
Hukommelse	Korttidshukommelsen nedsat	Generelt nedsat
Tankegang	Kaotisk, forvirret	Fattig
Hallucinationer	Hyppiger (især syns)	Sjældne
Adfærd	Uforudsigelig	Forudsigelig
Døgnrytme	Ofte stærkt forstyrret	Ofte normal eller gradvist ændret

- Sygdomme hos ældre ofte atypiske symptomer
 - Forvirring er hyppig pga. infektion
- Behov for anamnese fra pårørende/hjemmeplejen

Klinisk undersøgelse:

- Somatisk us – fuld organstatus inkl. Tp. Måling, BT, EKG, SAT, URIN STIX, BS,
 - Us for urinretention (palpabel urinblære evt. kateterisering) og/eller obstipation
- Mental status vurderes:

○ Bevidsthed	○ Adfærd
○ Hukommelse	○ Tankeindhold
○ Sprog	○ Hallucinationer
○ Orientering	○ Indsigt
○ Koncentration	○ Stemningsleje

Supplerende undersøgelser:

Afhænger af anamnese og klinisk undersøgelse.

Minimum anbefales:

- | | |
|--------------|-------------------------------------|
| • Hb, | • Urinstix |
| • SR | • Evt CRP ved mistanke om infektion |
| • Blodsukker | |

Ved uklare tilstande – bør være liberal indikation for supplerende us i den videre udredning

Evt MMSE, for at få overblik over kognitive funktion

Tiltag og råd:

- Lægen skal aktivt lede efter udløsende årsag og behandle hvis muligt.
- Seponer lægemidler, der kan være mulig årsag, hvis muligt
- Undgå miljøskift hvis muligt

Miljømæssige støttetiltag:

- Pt skal ikke flyttes rundt i huset
- Tæt personkontakt, helst med de nærmeste pårørende eller plejepersoner som kender pt.
- Fortæl pt hvad der sker, hvad der skal ske, hvad klokken er.
- Lad lyset komme ind om morgenen, lys om aftenen for at øge orienteringen
- Tal roligt og tydeligt med pt
- Korrigere fejltolkning men ikke heftigmodargumentation
- Ved uro og agitation – helst følge med på afstand

Medicinsk støttebehandling:

- Symptomdæmpende tiltag: antipyretika, analgetika, rigelig væske, regelmæssige toilet besøg, hindre obstipation, brug af briller og Høreapp, støjdemning.
- Antipsykotika:
 - Hyperaktivt delir, for at dæmpe aktivitetsniveauet
- Risperidon (0,5 mg x 2, max 1 mg x 2):
 - 1. valg ved angstfyldte hallucinationer, vrangforestillinger og motorisk uro
- Benzodiazepiner:
 - Mod angst, uro og søvnproblemer
 - Oxazepam = bedst pga fordelagtig farmakokinetik hos ældre med nedsat nyre- og leverfunktion. (IKKE diazepam pga. meget lang halveringstid →kumulering)

Prognose:

- God :
 - Hvis der er en enkel udløsende årsag som kan behandles
- Andre tilfælde er det starten på alvorlig udvikling i pt.s livsprognose
- Obs. Delir = stærk og uafhængig risikofaktor for senere funktionstab og behov for institutionsplads

Uafklarede symptomer og funktionelle lidelser:

Definition – funktionelle lidelser:

- Lidelser, hvor individet oplever legemlige symptomer, som påvirker den daglige funktionsevne eller livskvalitet, og hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved en anden veldefineret somatisk eller psykisk sygdom ELLER
- Lidelser hvor individet i sygelig grad er bekymret for sit helbred.

Diagnoser guider os ift:

- Årsagsforhold
- Forløb
- Behandlingsmuligheder

Forekomst:

- 25 % af konsultationer i praksis afsluttes med symptom diagnose f.eks. træthed, hovedpine..
- 80 % har mærket signaler fra kroppen (kropslige sensationer), inden for de seneste 2 uger og 40 % har været generet af disse sensationer.
 - Når sensationerne fortolkes som potentiel sygdom = taler vi om symptomer

Inddeling af funktionelle lidelser:

- Bodily Distress Syndrome "kropslig stresstilstand"
 - Symptomerne i sig selv er primært problemet
 - Indgår IKKE i diagnosesystemer, men anvendes som forskningsdiagnose
 - Mener at symptomer skyldes forstyrrelser:
 - i symptomperception og/eller symptomproduktion f.eks. pga. arousal med hyperaktivitet i det autonome nervesystem = kroppen er i alarmberedskab eller langvarig belastningstilstand – fysisk som psykisk.
- "Helbredsangst"
 - Tilstande præget af angst for sygdom, hvor de legemlige symptomer ikke i sig selv er væsentligt generende for pt.

Diagnostisk tankegang:

- Overvej altid relevante differentialdiagnoser, dvs. veldefineret somatisk og psykisk sygdom
- Afhængig af symptomer + anamnese vil udredningen være mere eller mindre omfattende
- Under udredning – gå i gang med behandling af helbredsproblemet pga, ventetid kan være med til at passiviserer og bekymre pt og medvirker hermed til sygeliggørelse
- Mth. Somatisk sygdom, svært at skelne mellem funktionel lidelse fra sygdomme med multiple og/eller uspecifikke symptomer, overvej derfor altid at udrede for:
 - Stofskiftelidelser, MS, hyperparathyroidisme, binyrebarkinsufficiens, akut intermitterende porfyri, Parkinsons sygdom, myastenia gravis, AIDS, borreliose, SLE og andre bindevævssygdomme.
- Symptomer = hyppig ved psykiske lidelser især:
 - Misbrug, psykose, depression og angsttilstande

Karakteristika ved veldefineret somatisk sygdom:

- Få og specifikke symptomer
- Karakteristiske symptomer eller symptom mønstre
- Konstant symptomlokalisering
- Tydelig variation i intensitet med få lindrende eller forværrende faktorer
- Mulighed for at identificerer hovedklage
- Klar beskrivelse
- Veldefineret effekt af specifik behandling.

Diagnose og forløb:

- Diagnose tager udgangspunkt i Anamnese
 - Pt ofte et diffust symptombillede
 - Ukarakteristiske og uspecifikke fysiske symptomer, dvs. symptomer som er hyppig i befolkningen og ved flere forskellige lidelser f.eks. træthed og hovedpine
 - Pt. har typisk mange symptomer, kan variere fra pt til pt og over tid hos den enkelte.

Diagnostiske kriterier:

Bodily Distress Syndrom:

- Legemlige symptomer i et karakteristisk symptom mønster.

Helbredsangst:

- Præget af øget opmærksomhed på kroppen og en høj grad af bekymring for eget helbred.
- Plaget af tilbagevendende grublerier med forstyrrende tanker og frygt for at have en sygdom (rumination)
- Pt. kan ikke eller kun med stor besvær stoppe sine grublerier.

Funktionelle syndromer:

Definition:

- Syndromdiagnoser, dækker ifølge flere us det samme fænomen som funktionelle lidelser
- Bygger alene på subjektive klare og ikke verificerbare objektive fund, og symptomernes årsag er ukendte
- Klinisk er det svært at skelne dem fra hinanden eller fra de somatoforme lidelser

Eksempler på syndromdiagnoser – ICPC-diagnoser:

- A01: kronisk smertetilstand, Almen/udbredt smerte
- Kronisk træthedssyndrom
- Colon irritabile
- Kardialt syndroma X
- Fibromyalgi
- Kronisk whiplash
- Neurasteni

Ætologi:

Inddeles i:

- Prædisponerende faktorer (sårbarhed):
 - Biologiske, psykologiske og sociale.
 - Arv, social indlæring, tidligere sygdomme, seksuelle overgreb
- Udløsende faktorer: → sygdom
 - Infektion eller anden fysisk sygdom
 - Fysisk eller psykisk traume, stress eller belastning
 - Lægen: "tilfældigt" fund ved undersøgelse, begynder med en masse undersøgelser og behandlingsforsøg
- Vedholdende faktorer: → kronisk sygdom (eneste vi kan gøre noget ved!)
 - Uhensigtsmæssige antagelser om symptomer/sygdom (kognitiv)
 - Uhensigtsmæssig sygdomsadfærd
 - Øget følsomhed af hjernen (f.eks. øget sensibilitet af nociceptive neuroner)
 - Sundhedssystemets overdrevne fokus på det biomedicinske aspekt af sygdom
 - Social og økonomisk afhængighed

Sygdomsforståelsens 5 hovedelementer:

Som led i udredningen bør man afdække pt.s sygdomsopfattelse, ved at spørge til:

- Identitet:
 - Den betegnelse pt. bruger og de symptomer pt tilskriver en given sygdom "hvilke tanker har du selv gjort dig om, hvad du fejler"
- Årsag:
 - Mener pt. f.eks. at tilstanden udelukkende skyldes legemlig lidelse, har psykosociale faktorer betydning, eller spiller andre årsager ind? "hvilke tanker har du selv gjort dig om, hvad årsagen kan være"
- Tidshorisont:
 - Mener pt, at det er en kortvarig sygdom, eller er der frygt for kronisk lidelse? "hvor længe tror du det vil vare"
- Konsekvens:
 - Mener pt. f.eks. at han vil arbejde igen, får han mange gener, sygemelding mv. "hvad tror du, det vil betyde for din dagligdag"
- Helbredelse og kontrol:
 - Tror pt at han vil blive rask, at en behandling vil kunne hjælpe og at han har indflydelse på sine symptomer. Eller føler pt sig helt hjælpeløs og uden indfyldelse på sine symptomer og sygdom? "har du tænkt over eller gjort dig nogen erfaringer med, hvad der kan forbedre eller forværre dine symptomer"

Klinisk undersøgelse:

- Symptomer > 2 ugers varighed → grundigere udredning for somatisk og psykisk sygdom
- Anamnese + objektiv us udelukker differential diagnoser.

Supplerende undersøgelser:

- Anbefaler nedenstående, der også bruges i udredning ved angst og depression:
 - Hb, trombocytter, leukocytter
 - Væsketal (na, kalium, kreatinin)
 - Levertal (ALAT, GGT, BASP)
 - Cobalamin
 - HbA1c
 - THS
 - Calcium
 - CRP/SR
 - Urinstix, evt. screening for misbrugsstoffer
 - Evt. ekg, BT, højde, vægt, lungefunktion
- Anbefales screening for psykisk lidelse –
 - CMDQ (Common Mental Disorders Questionnaire)
 - For angst, depression og alkoholmisbrug samt for sygdomsbekymring

Tiltag og råd (behandling):

- Behandlingen starter ved 1. konsultation! Og parallelt med et evt udredningsforløb
- Man skal håndterer flere forhold samtidigt:
 - Forholde sig til symptomerne ud fra et biomedicinsk perspektiv dvs. sikre relevant udredning og evt specifik behandling +
 - Udrede de psyko-soziale forhold, og inddrage disse i behandlingen.
- Vigtig at få en god samarbejdsalliance med pt og evt. pårørende
- Sæt behandlingsfokus på :
 - Forstærkende og vedligeholdende faktorer →forbygges forværring af almindelige symptomer + brydes uhensigtsmæssige mønstre ved funktionelle lidelser

Lette tilfælde:

- Behandling af pt med forbigående symptomer – varetages i Almen praksis
- Udgangspunkt i en bred bio-psyko-social tilgang.
- MÅL + metoder:

- Nuancerer sygdomsforståelsen, så der skabes en bredere forståelsesramme for symptomer
- Forklaringer der er meningsfulde for pt og understøtter egen mestring
- F.eks. indrage biologiske forklaringsmodeller som at autonome reaktioner ved stressreaktioner eller muskelspændinger ved nervøsitet kan medfører en kropslig stresstilstand med en række forskellige symptomer
- Normalisering: at have kropslige sensationer, og disse sjældent tegn på sygdom (kun til de lette tilfælde!)

Moderate tilfælde:

- Her virker den biomedicinske model ikke
- Udgangspunkt i psykoterapeutiske principper, dvs. pt er subjekt og ikke objekt i behandlingen.
- Lægen undersøger med pt:
 - Hvilke faktorer der bidrager til vedligeholdelse og forværring af symptomerne og hvordan disse kan ændres, så symptomerne lindres, og pt.s egen mestring øges
- Anbefaler modeller, med afsæt i kognitiv terapi, men tilpasset primær sektor
 - **TERM-modellen** = model for konsultationsprocessen og for behandling.
 - A. Forståelse:
 - Uddyb symptomanamnese, signaler om emotionelle problemer..
 - B. Lægens bord og anerkendelse:
 - lægen fremlægger alle resultater, og samtidig anerkender symptomernes realitet
 - C. Forhandling af en modificeret forståelsesmodel:
 - Fokus nu på pt.s ekspertise, pt er ekspert i eget liv, hvordan man handler og reagerer på symptomer, inddrage problemlæsende teknikker og principper fra kognitiv adfærdsterapi
 - D. Opsummering og planlægning af efterforløb
 - E. Håndtering af kroniske tilstande

Svære tilfælde:

- Indled behandlingen med en startkonsultation:
 - Hele sygdomsforløbet gennemgås med pt
 - Monitorere pt.s fysiske og psykiske symptombelastning
- God effekt af psykologisk behandling – Kognitiv adfærdsterapi (Ikke i Almen praksis), gælder for
 - Bodily distress syndrom, helbredsangst, funktionelle syndromer

- Anbefales at almen praksis indgår i:
 - Shared Care-programmer, med specialiseret personale fra psykiatrien
- Kognitiv terapi – generelle principper:
 - Stille og formidle diagnosen
 - Psykoedukation
 - Undersøgelse af pt.s tanker og overbevisning
 - Alternativ forståelse og adfærd
 - Målsætning
 - Problemløsning
 - Tilbagefaldsforebyggelse

Prognose:

- Hvor godt pt klarer sig fysisk og socialt afhænger i højere grad af, hvor mange fysiske symptomer de har, end om deres symptomer er medicinsk forklarede
- Generelt kan man sige:
 - Jo flere symptomer pt har ved første henvendelse, og jo længere de har stået på, desto dårligere prognose
- Stor risiko for at miste deres tilknytning til arbejdsmarkedet.

Forskningskriterier for <i>Bodily Distress Syndrom</i>	
Kriterium A, B og C skal være opfyldt	
A. Pt opfylder et eller flere af nedennævnte symptommønstre	
Min 3 symptomer på	Kardiopulmonal arousal f.eks. hjertebanken, trykken/smerter i brystet, forpustethed uden anstrengelse, anfald med vejrtrækningsbesvær, varme- eller koldsved, mundtørhed
Min 3 symptomer på	Gastrointestinal arousal f.eks. macesmerter, hyppige løse aff, diarré, oppustethed, spændingsforsnemmelse, kvalme, halsbrand..
Min 3 symptomer på	Muskeloskeletal påvirkning f.eks. smerter i arme eller ben, muskelømhed, ledsmerter, rygsmerter, smerter som flytter sig fra sted til sted, ubehagelig dødhedsfornemmelse eller føleforstyrrelser
Min 3 symptomer på	Generel påvirkning f.eks koncentrationsbesvær, hukommelsesbesvær, træthed, hovedpine, svimmelhed
B. symptommønstret kan ikke forklares bedre med en anden somatisk eller psykisk sygdom	
C. symptomerne påvirker pt.s funktionsevne og velbefindende	

Forskningskriterier for Helbredsangst	
A. Rumination med tanker om at lide af en sygdom	
B. et eller flere af følgende sympt	<ul style="list-style-type: none"> • Bekymring/optagethed af frygten for at have en alvorlig fysisk sygdom eller tanken om at blive ramt af sygdomme i fremtiden. Eller optagethed af andre helbredsbekymringer og intens opmærksomhed på kroppsfunktioner og legemlige sensationer • Suggestibilitet og autosuggestibilitet. Hvis pt hører eller læser om sygdom, er pt tilbøjelig til at frygte for at have samme sygdom. Ved autosuggestibilitet overbevises man af sine egne tanker, ved suggestibilitet overbevises man af en anden person.

	<ul style="list-style-type: none"> • Overdreven optagethed af medicinsk information • En urealistisk frygt for at være inficeret eller kontamineret af en genstand, noget man har spist eller af en person man har mødt • Frygt for at tage medicin
<p>C. Symptommønsteret forklares ikke bedre med anden somatisk eller psykisk sygdom</p>	
<p>D. Symptomerne påvirker pt.s funktionsevne og velbefindende.</p>	