

Minifall Luftvägsinfektion 2 a-c

2018-03-20

Om ni har valt Minifall Luftvägsinfektion 2 som del av ert självdeklarationsarbete, ska ni diskutera alla de tre korta journalanteckningarna (2a-c). Är diagnosen adekvat? I förekommande fall: Var provtagning och behandling adekvat? Har riktlinjerna följts? Är det uppgifter som saknas?

Minifall Luftvägsinfektion 2 a:

Karin 52 år

ANTECKNING

Kontakttyp Mottagningsbesök oplanerat
Kontaktorsak Luftvägsinfektion, behov av sjukskrivning

ANAMNES

Hälsa- och sjukdomshistoria Haft en utmattningsdepression -02. Fortfarande stresskänslig, arbetar numera 50% som förskollärare. En del muskelvärk i nacke-skuldror.

Aktuellt Insjuknade för en vecka sen med hosta, värk i kroppen och feber 39°. Lätt snuva, ej ont i halsen. Feber under fyra dagar sen temp under 38°. Sista två dagarna dock allmänt sämre igen, trött och tagen, tungandad när hon försöker anstränga sig och fr.o.m. igår åter temp 39°. Kan inte återgå till arbetet. Röker inte.

STATUS

Allmäntillstånd Trött, hostig, temp 38,6° utan febernedsättande.
Munhåla och svalg U.a.
Lymfkörtlar U.a.
Öron U.a.
Lungor Vesikulärt andningsljud, men något nedsatt andningsljud höger bas. Andningsfrekvens 22. POX 98%.
Lab CRP 122

**BEDÖMNING/
ÅTGÄRD** Pneumoni. Får Kåvepenin 1 g 1x3 i 10 dagar. Kontroll-rtg om 6 veckor. Sjukskrives en vecka. Hör av sig vid utebliven förbättring.

**DIAGNOS ENL ICD-10-
SE** J189 Pneumoni, ospecificerad

Minifall Luftvägsinfektion 2 b:

Leif 62 år

ANTECKNING

Kontakttyp Mottagningsbesök oplanerat

Kontaktorsak Tät i bröstet

ANAMNES

Hälso- och sjukdomshistoria Hypertoni sedan 2005. Känd KOL sedan 2010. Slutade röka vid diagnos. Hade då rökt 10 cigaretter per dag i 35 år. Haft en akut exacerbation för två år sen. Ej behövt sjukhusvård. FEV 1 76% och CAT 10 för 2 mån sen.

Aktuellt Sedan 6 dagar snuvig och hostig. Klart ökad andfåddhet vid ansträngning. Har inte mer slem än vanligt men det har blivit gulgrönt. Brukar även i vanliga fall hosta upp en hel del ljus slem. Ingen andningskorrelerad bröstsmärta.

STATUS

Allmäntillstånd Opåverkad. Ingen cyanos. POX 96%

Munhåla och svalg U.a.

Hjärta Regelbunden rytm, frekv 86. Inga biljud.

Lungor Förlängt expirium, sonora ronki. Andningsfrekvens 18. PEF 280.

Lab CRP 23

BEDÖMNING/ Akut exacerbation av KOL. Får inhalera 2 ml Ventoline 5 mg/ml och 2 ml Atrovent 0,25 mg/ml och blir klart bättre.

ÅTGÄRD Får tabl Doxycyklin 100mg 2x1 första dagen och sen 1x1, 10 st. Prednisolonkur 5 mg tabl 5x1 i 5 d.

DIAGNOS ENL ICD-10-SE J441 Kroniskt obstruktiv lungsjukdom med akut exacerbation, ospecificerad

Minifall Luftvägsinfektion 2 c:

Emma 26 år

ANTECKNING

Kontakttyp Mottagningsbesök oplanerat

Kontaktorsak Bihålor

ANAMNES

Hälso- och sjukdomshistoria Ev pc-allergi.

Aktuellt Förkyld sedan en vecka med gulgrön snuva och tryck över käkbihålorna, ökar när hon lutar sig framåt. Täppt i näsan, viss hosta. Temp 37,8°, brukar normalt ligga på 36,2°. Uppger att hon alltid brukar få antibiotika när det blir så här. Har inte tagit någon analgetika.

STATUS

Allmäntillstånd Gott och opåverkat. Nästäppt.

Munhåla och svalg U.a.

Lymfkörtlar U.a.

Öron U.a.

Näsa Färgat sekret. Ingen vargata.

Bihålor Perkussionsömhet över maxillarsinus.

Lungor U.a.

BEDÖMNING/ Sinuit men inte så lång anamnes. Receptfritt Nasonex, får recept i reserv på Doxycyklin om hon inte är bättre om 3-4 dagar.

ÅTGÄRD

DIAGNOS ENL ICD-10-SE J019 Akut sinuit, ospecificerad

”Facit” till minifall Luftvägsinfektion 2 a-c

Minifall Luftvägsinfektion 2 a – Karin 52 år

- Diagnosen är korrekt men pc-kuren är för lång. Det räcker med 7 dagar.
- Kontrollröntgen behövs inte. Lungröntgen efter 6-8 veckor görs om patienten är rökare >40 år eller f.d. rökare >50 år för att diagnostisera bakomliggande lungmalignitet. Lungröntgen görs även efter komplicerad pneumoni för att påvisa utläkning.
- Vid okomplicerad pneumoni rekommenderas uppföljning med telefonkontakt efter 2-4 veckor.

Minifall Luftvägsinfektion 2 b AE-KOL – Leif 62 år

- Enhetlig definition av diagnosen Akut exacerbation av KOL saknas. Ofta ökad slemupphostning, ökad andfåddhet, pip och väs i bröstet, tecken till vätskeretention. 2/3 orsakas av en luftvägsinfektion. Purulent slem talar för bakteriell komponent.
- Indikation för antibiotika föreligger när missfärgade upphostningar föreligger i kombination med antingen ökad dyspné eller ökad mängd slem.
- Leif har nytta av antibiotika eftersom han har missfärgade upphostningar. CRP behövs inte. Kliniskt föreligger inte någon misstanke om pneumoni. Amoxicillin 500 mg 1x3 i 5-7 dagar är förstahandspreparat enligt REK-listan i VGR.

Minifall Luftvägsinfektion 2 c bihålor – Emma 26 år

- Anamnesen är kort (mindre än 10 dagar) och besvären får rubriceras som förhållandevis lindriga då Emma endast har tryck över käkbihålorna, inte någon påtaglig värk. Perkussionsömhet är ospecifikt liksom att besvären ökar när hon lutar sig framåt.
- Det föreligger inte någon indikation för recept i reserv. Hon kan inte förvänta sig att hon ska vara bättre om 3-4 dagar. Det är bättre att hon kommer för en ny bedömning om hon inte är bättre om ett par veckor eller tidigare om hon blir påtagligt sämre.
- I dagsläget hade det egentligen inte heller behövt något läkarbesök utan hon kunde ha fått egenvårdsråd av sjuksköterska. Med tanke på att Emma är van att få antibiotika vid liknande symtom, kanske ändå behövs en pedagogisk insats med förklaring om den kunskap vi fått på senare år om hur få sinuitpatienter som har nytta av antibiotika.