

Bölüm 30

DİSPNE VE AYIRICI TANISI

Tuğba ÇİÇEK¹

GİRİŞ

Nefes alıp verme fizyolojik olarak fark edilmeyen bilinçsiz bir olaydır. Dispne'nin bir çok tanımı olmakla birlikte, nefes alıp verme eyleminin, kişi tarafından fark edilir hale gelmesi, zorlanarak solunum yapmak veya hava açlığı tanımı en açıklayıcı olanlardandır (“Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society,” 1999). Fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerden kaynaklanabilen dispne, sekonder fizyolojik ve davranışsal yanıtlara yol açabilen bir semptomdur. Kişilerin günlük aktivitesinin sınırlandırılmasına ve hayat kalitesinde bozulmaya neden olabilir (Coccia, Pal-kowski, Schweitzer, Motsohi, & Ntusi, 2016).

Dispne birçok kardiyak, pulmoner ve nörolojik hastalığa eşlik eden bir semptomdur. Akut ya da kronik olabilir. Bunun yanı sıra ağır egzersiz, yüksek irtifa, anksiyete ya da panik atakta, obez veya kondisyonsuz kişilerde dispne algısı çok sık bulunan bir semptomdur. Yaşlanmayla birlikte göğüs duvarının sertliğinde artma, akciğer elastikiyetinde azalma nedeniyle, 65 yaş üzerindeki kişilerde dispne prevalansının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Buchanan & Richerson, 2009). Dispnenin değerlendirilmesinde en önemli basamak ayrıntılı bir anamnez alınmasıdır. Ne zaman başladığı, süresinin ne kadar olduğu, tetikleyen bir etmenin olup olmadığı, kullandığı ilaçlar, yakın zamanda cerrahi işlem geçirilmesi ya da immobilizasyon durumları mutlaka sorgulanmalıdır. Dispneyi objektif bir şekilde değerlendirmede çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Dispne ölçekleri; tek yönlü (vizüel analog skalası, oksijen tüketim diagramı, modifiye borg skalası, sözel derecelendirme ölçeği) ve çok yönlü (bazal dispne indeksi, geçiş dispne indeksi, medikal araştırma kurulu ölçeği) ölçekler olmak üzere 2 gruptur.

Dispnenin yakınlarda hastalarda incelenmesi gereken iki en önemli husus; dispnenin başlangıç şekli ve dispnenin niteliğidir. Başlangıç şekli olarak dispne; akut ve kronik olmak üzere iki grupta incelenirse de özellikle kronik kalp ve akciğer hastalıklarında hem kronik hem akut dispne bir arada bulunabilir. Ayırıcı tanıya girmeden önce nefes darlığı çeşitleri tarif edilecek olursa (Akkaynak, 1980);

¹ Uzm. Dr., Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, dr.tugbacicek@hotmail.com

talarda durum, açıklanamayan “psikojenik ya da anksiyete dispnesi” olarak tanımlanır (Weiner, Weiner, & Beckerman, 2014). Dispne ile başvuran hastaların yaklaşık %14’ünde tıbbi olarak açıklanamayan dispne olduğu bildirilmiştir (Han, Zhu, & Li, 2004). Psikojenik dispne içinde; hiperventilasyon sendromları, anksiyete bozukluklarında görülen dispne ve panik atakta görülen dispne sayılabilir. Ayrıca psikojenik dispnenin KOAH, astım gibi hastalıklarda da görülebildiği bildirilmiştir. Psikojenik dispnede tanı koymak zordur. Tanısal testlerde organik bir bozukluk görülmediyse psikojenik dispneden şüphelenilmelidir. Hastanın son zamanlarda endişe veya sıkıntı oluşturacak bir durum yaşaması da tanıyı destekler bir durumdur.

Sonuç olarak dispne yaşam kalitesini oldukça etkileyen bir semptomdur. Hastadan alınan ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve ileri tanısal testler ile dispne sebebi aydınlatılmalı ve sebebe yönelik spesifik tedaviler uygulanmalıdır. Öte yandan sebebe yönelik spesifik tedaviler dışında özellikle kronik dispnesi olan hastalarda dispnenin neden olduğu kaygıyı ortadan kaldırmak da oldukça önemlidir. Özellikle solunum teknikleri, egzersiz eğitimleri hastanın dispne algısını azaltacak yöntemlerdir.

KAYNAKLAR

- Akkaynak, S. (1980). In *Solunum Hastalıkları* (pp. 113-121). Ankara: Taş Kitabevi.
- Becattini, C., Vedovati, M. C., & Agnelli, G. (2007). Prognostic value of troponins in acute pulmonary embolism: a meta-analysis. *Circulation*, 116(4), 427-433. doi:10.1161/circulationaha.106.680421
- Brown, M. D., Rowe, B. H., Reeves, M. J., Bermingham, J. M., & Goldhaber, S. Z. (2002). The accuracy of the enzyme-linked immunosorbent assay D-dimer test in the diagnosis of pulmonary embolism: a meta-analysis. *Ann Emerg Med*, 40(2), 133-144.
- Buchanan, G. F., & Richerson, G. B. (2009). Role of chemoreceptors in mediating dyspnea. *Respir Physiol Neurobiol*, 167(1), 9-19. doi:10.1016/j.resp.2008.12.002
- Coccia, C. B., Palkowski, G. H., Schweitzer, B., Motsohi, T., & Ntusi, N. A. (2016). Dyspnoea: Pathophysiology and a clinical approach. *S Afr Med J*, 106(1), 32-36.
- Davie, A. P., Francis, C. M., Love, M. P., Caruana, L., Starkey, I. R., Shaw, T. R., . . . McMurray, J. J. (1996). Value of the electrocardiogram in identifying heart failure due to left ventricular systolic dysfunction. *Bmj*, 312(7025), 222.
- Douma, R. A., le Gal, G., Sohne, M., Righini, M., Kamphuisen, P. W., Perrier, A., . . . Roy, P. M. (2010). Potential of an age adjusted D-dimer cut-off value to improve the exclusion of pulmonary embolism in older patients: a retrospective analysis of three large cohorts. *Bmj*, 340, c1475. doi:10.1136/bmj.c1475
- Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. American Thoracic Society. (1999). *Am J Respir Crit Care Med*, 159(1), 321-340. doi:10.1164/ajrccm.159.1.ats898
- Han, J. N., Zhu, Y. J., & Li, S. W. (2004). [Diagnosis and treatment of medically unexplained dyspnea]. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*, 26(1), 76-78.
- Hudson, M. P., O’Connor, C. M., Gattis, W. A., Tasissa, G., Hasselblad, V., Holleman, C.

- M., . . . Ohman, E. M. (2004). Implications of elevated cardiac troponin T in ambulatory patients with heart failure: a prospective analysis. *Am Heart J*, 147(3), 546-552. doi:10.1016/j.ahj.2003.10.014
- Kelly, J., Rudd, A., Lewis, R. R., & Hunt, B. J. (2002). Plasma D-dimers in the diagnosis of venous thromboembolism. *Arch Intern Med*, 162(7), 747-756.
- Maisel, A. S., Krishnaswamy, P., Nowak, R. M., McCord, J., Hollander, J. E., Duc, P., . . . McCullough, P. A. (2002). Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med*, 347(3), 161-167. doi:10.1056/NEJMoa020233
- Michelson, E., & Hollrah, S. (1999). Evaluation of the patient with shortness of breath: an evidence based approach. *Emerg Med Clin North Am*, 17(1), 221-237, x.
- Mosterd, A., & Hoes, A. W. (2007). Clinical epidemiology of heart failure. *Heart*, 93(9), 1137-1146. doi:10.1136/hrt.2003.025270
- Naughton, M. T. (2012). Cheyne-Stokes respiration: friend or foe? *Thorax*, 67(4), 357-360. doi:10.1136/thoraxjnl-2011-200927
- Penaloza, A., Roy, P. M., Kline, J., Verschuren, F., G, L. E. G., Quentin-Georget, S., . . . Thys, F. (2012). Performance of age-adjusted D-dimer cut-off to rule out pulmonary embolism. *J Thromb Haemost*, 10(7), 1291-1296. doi:10.1111/j.1538-7836.2012.04769.x
- Ponikowski, P., Voors, A. A., Anker, S. D., Bueno, H., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., . . . van der Meer, P. (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*, 37(27), 2129-2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128
- Stein, P. D., Terrin, M. L., Hales, C. A., Palevsky, H. I., Saltzman, H. A., Thompson, B. T., & Weg, J. G. (1991). Clinical, laboratory, roentgenographic, and electrocardiographic findings in patients with acute pulmonary embolism and no pre-existing cardiac or pulmonary disease. *Chest*, 100(3), 598-603.
- Torbicki, A., Perrier, A., Konstantinides, S., Agnelli, G., Galie, N., Pruszczyk, P., . . . Bassand, J. P. (2008). Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism: the Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 29(18), 2276-2315. doi:10.1093/eurheartj/ehn310
- Uresandi, F., Blanquer, J., Conget, F., de Gregorio, M. A., Lobo, J. L., Otero, R., . . . Morales, P. (2004). [Guidelines for the diagnosis, treatment, and follow-up of pulmonary embolism]. *Arch Bronconeumol*, 40(12), 580-594.
- Wang, C. S., FitzGerald, J. M., Schulzer, M., Mak, E., & Ayas, N. T. (2005). Does this dyspneic patient in the emergency department have congestive heart failure? *Jama*, 294(15), 1944-1956. doi:10.1001/jama.294.15.1944
- Weiner, D., Weiner, P., & Beckerman, M. (2014). [Anxiety dyspnea]. *Harefuah*, 153(3-4), 147-150, 240.