



# BÖLÜM 1

## Nefes Darlığı ile Gelen Hastaya Yaklaşım

Muhammed Enes DURAK<sup>1</sup>

### Dispne

Solunum yetmezliği; solunan hava ile dolaşımdaki kan arasındaki oksijen ve karbondioksit alışverişinin bazı faktörlerin araya girmesi sonucu bozulması durumudur. Nefes darlığı da solunum yetmezliğinin en önemli bulgusudur. Nefes darlığı kişinin ventilasyon ihtiyacı ile akciğerlerin kapasitesi arasındaki denge-sizlikten oluşur. Ventilasyon ihtiyacındaki artış kişinin solunum iş yükü arttı-ğında veya mevcut sistem normal çalışmadığında ortaya çıkar. Kimyasal veya mekanik reseptörlerden gelen uyarılardan etkilenmekle birlikte bazen psikoje-nik birtakım faktörler de bu duruma neden olabilmektedir. (1)

Dispne kelimesi; “zorlu-ağrılı” anlamına gelen ‘*dys*’ ve ‘nefes’ anlamına ge-len “*pneumo*” kelimelerinden köken almaktadır. Beyin sapı tarafından otonom olarak kontrol edilen ve normal süreçte sağlıklı bireyler tarafından farkında ol-madan gerçekleşen solunum fonksiyonunun, kişi tarafından farkında olunması durumunda nefes darlığından bahsedilebilir. Çoğunlukla da bu solunum eylemi kişiye rahatsızlık vermektedir. Amerikan Toraks Derneği (ATS); dispneyi “sub-jektif bir tanım olarak soluk alma deneyiminin hoş olmayan veya rahatsız edici düzeyde olması durumu olarak betimlemiştir. Kısaca; bireyin soluk alışverişini zorlukla, sıkıntı ile yürütmesi ve bu durumun bilincinde olması durumu nefes darlığını açıklamaya yeterlidir. (2,3)

Hastalar tarafından ise nefes darlığı sıklıkla; “soluk alırken veya verirken zorlanma”, “yeteri kadar hava alamama” olarak nitelendirilir. Ve kişiler ne-fes alıp verme durumunun farkında olma, soluk alıp verirken efor sarf etme,

<sup>1</sup> Uzm. Dr, Balıkesir Atatürk. Şehir Hastanesi, medxr13@hotmail.com

## Tedavi

Dispnenin tek bir nedeni olmadığından, tek bir tedavisi yoktur. Ciddi dispne durumunda acil servis yaklaşımının temelini hastanın hava yolunun korunması oluşturur. Hedeflenen değerler;  $PaO_2 \geq 60$  mm Hg veya arteriyel oksijen saturasyonun ( $SAO_2$ )  $\geq \%90$  olmasıdır. Bunun için invaziv veya non invaziv mekanik ventilasyon, maske ile veya nazal oksijenizasyon uygulanabilir. Örneğin; akut respiratuar distres sendromu (ARDS) gibi ciddi mortal seyredebilen durumlarda erken mekanik ventilasyon uygulanmalıdır. (10) Yabancı cisim aspirasyonu düşünülen durumlarda ilk etapta heimlich gibi spesifik erken hayat kurtarıcı manevralar uygulanmalıdır. Larenks ve farenksteki yabancı cisimler için uygulanan heimlich manevrası başarısız olunması durumunda, derhal acil müdahale odasına alınıp sedasyon altında magill forsepsi kullanılarak ve larenoskop yardımı ile çıkartılabilir. Anflaksi durumunda erken adrenalın uygulanması hayat kurtarıcıdır. Pnömotoraks, hemotoraks, ampiyem gibi durumlarda tüp torakostomi uygulanabilir. Hipotansif durumlarda hidrasyon ve volüm genişleticiler, hipertermi durumlarında antipiretik uygulanabilir.

Bu sağlandıktan sonra ya da daha hafif dispne durumunda nedene yönelik spesifik tedaviler uygulanabilir. Örneğin; sepsis ya da ağır enfeksiyöz süreçlerde erken antibiyotik ve hidrasyon uygulanması, astım ve KOAH ataklarda bronkodilatör, steroid, antibiyotik uygulanması, pulmoner ödem, dekompanze kalp yetmezliği durumlarında intravenöz (iv) nitrat, diüretik uygulaması, pulmoner embolide antikoagülan tedavisi gibi hastalığa yönelik spesifik tedaviler uygulanabilir. Terminal dönem malignite hastalarındaki dinlenme ile geçmeyen dispnenin, opioid ve benzodiazepinlerden fayda görebileceği akıldan çıkarmamalıdır.

Özetle hastanın hemodinamisinin stabilize edilmesi ve hava yolu güvenliğinin sağlanması öncelikli yaklaşım olmalıdır. Bunun için vital bulguların yakın monitörizasyonu ve takibi gereklidir. Takibinde nedene yönelik tetkik ve tedavi yöntemleri uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;185(4):435-452. doi:10.1164/rccm.201111-2042ST
2. Gündüz C, Erdinç M Approach to pulmonary cause of dyspnea *Ege Journal of Medicine* 2014;53, 7-13
3. Şimşek E, Soydaş Çınar C, Approach to cardiovascular cause of dyspnea *Ege Journal of Medicine* 2014;53, 14-22

4. Kılışaslan İ, Bozan H, Oktay C, et al. Demographic properties of patients presenting to the emergency department in Turkey *Turkish Journal of Emergency Medicine* 2005; 5(1): 5-13
5. Koçak S, Ertekin B, Polat M, et al. Reasons For Oncology Patients In The Emergency Department Application *Sakarya Medical Journal* 2012;2(1):16-20 doi:10.5505/sajaryamj.2012.96268
6. Berliner D, Schneider N, Welte T, et al. The differential diagnosis of dyspnoea *Dtsch Arztebl Int* 2016;113:834-45. Doi:10.3238/arztebl.2016.0834
7. Qaddoura A, Digby GC, Kabali C, et al. The value of electrocardiography in prognosticating clinical deterioration and mortality in acute pulmonary embolism: A systematic review and metaanalysis. *Clin Cardiol.* 2017;40:814–824. Doi: 10.1002/clc.22742
8. Chirag J.P, Hardik B.B, Samira N.P et al. Bedside Lung Ultrasound in Emergency Protocol as a Diagnostic Tool in Patients of Acute Respiratory Distress Presenting to Emergency Department *J Emerg Trauma Shock.* 2018 Apr-Jun; 11(2): 125–129 doi: 10.4103/JETS. JETS\_21\_17: 10.4103/JETS.JETS\_21\_17
9. Prosen G, Klemen P, Strnad M, et al. Combination of lung ultrasound (a comet-tail sign) and N-terminal pro-brain natriuretic peptide in differentiating acute heart failure from chronic obstructive pulmonary disease and asthma as cause of acute dyspnea in prehospital emergency setting *Critical Care* 2011;15(2):R114 doi:10.1186/cc10140
10. Fan E, Brodie D, Slutsky AS. Acute Respiratory Distress Syndrome: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA.* 2018;319(7):698–710. doi:10.1001/jama.2017.21907