

8. Czy nasilenie duszności w POChP to zawsze tylko zaostrzenie choroby?

OPIS PRZYPADKU

62-letnia pacjentka z rozpoznaną około 2 lata temu POChP została przyjęta na oddział z powodu narastającej od kilku dni duszności, do spoczynkowej włącznie, bólów w klatce piersiowej o charakterze klucia za mostkiem (bez promieniowania do szyi, żuchwy czy lewej kończyny górnej), produktywnego kaszlu z odkrztuszaniem ropnej płwociny. Do tej pory nie obserwowano zaostrzeń choroby.

W wywiadzie przewlekła choroba niedokrwienna serca w III klasie według CCS, stan po zawale mięśnia sercowego NSTEMI w 2015 r., nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność serca w klasie III według NYHA, zapalenie żołądka i dwunastnicy, cukrzyca typu 2, refluks żołądkowo-przełykowy, zwężenie odźwiernika, stan po krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego 3 tygodnie przed bieżącą hospitalizacją, stan po przebytej zatorowości płucnej w 2014 r. Aktywny nikotynizm, min. 60 paczkolet.

Pacjentka ma wykształcenie średnie, pracuje jako kasjerka w hipermarkecie. Warunki mieszkaniowe dobre. Wywiad rodzinny niespecyficzny.

Pozostałe aktualnie przyjmowane leki: indakaterol 300 µg 1 raz na dobę, salbutamol 200 µg w razie duszności, pantoprazol 40 mg 1 raz na dobę, furosemid 40 mg 1 raz na dobę, spironolakton 50 mg 1 raz

na dobę, ramipryl 5 mg 1 raz na dobę, atorwastatyna 10 mg 1 raz na dobę, metformina 500 mg 3 razy na dobę. Pacjentka nie stosuje hormonalnej terapii zastępczej.

W badaniu przedmiotowym układu oddechowego odgłos opukowy nadmiernie jawny, symetryczny, osłuchowo obustronnie nad polami płucnymi ściszenie szmeru pęcherzykowego oraz liczne świsty i fucznięcia, drżenie piersiowe prawidłowe, częstość oddechów 22 na minutę, saturacja mierzona przenośnym pulsoksymetrem 91%. Akcja serca miarowa o częstości 120 uderzeń na minutę, zwiększenie głośności składowej płucnej II tonu, holosystoliczny szmer skurczowy w miejscu przyczepu 5. prawego żebra do mostka. Dodatni objaw Rivero Carvallo. Poszerzenie żył szyjnych. Ciśnienie tętnicze 140/80 mm Hg. Obrzęki kończyn dolnych symetryczne, do połowy goleni. Badanie przedmiotowe pozostałych układów bez istotnych odchyień od stanu prawidłowego.

Morfologia krwi obwodowej: leukocyty $15,8 \times 10^3/\mu\text{l}$, w tym neutrofile $10,9 \times 10^3/\mu\text{l}$, limfocyty $2,2 \times 10^3/\mu\text{l}$, monocyty $0,79 \times 10^3/\mu\text{l}$, eozynofile $0,02 \times 10^3/\mu\text{l}$, bazofile $0,02 \times 10^3/\mu\text{l}$, krwinki czerwone 5,27 T/l, hemoglobina 13,6 g/dl, hematokryt 41,3%, MCV 78,4 fl, MCH 25,8 pg, MCHC 32,9 g/dl, RDW-SD 49,2 fl, RDW-CV 17,6% CV, płytki krwi $240 \times 10^3/\mu\text{l}$, MPV 8,9 fl, P-LCR 17%, płytkokryt 0,21%, PDW 9,9 fl.

Biochemia: sód 141 mmol/l, potas 4,1 mmol/l, chlorki 98 mmol/l, kreatynina 0,9 mg/dl.

Gazometria krwi tętniczej: pH 7,49, $p\text{O}_2$ 61 mm Hg, PaCO_2 31,2 mm Hg, HCO_3 23,6 mEq/l, BE 0,5 mEq/l, SaO_2 93,2%.

CRP 30,62 mg/l, D-dimer 1075,99 $\mu\text{g/l}$, troponina T 0,02 $\mu\text{g/l}$, CK-MB masa 4,59 ng/ml.

W EKG rytm wiodący zatokowy, miarowy o częstości 120 uderzeń na minutę. Cechy niepełnego bloku prawej odnogi pęczka Hisa. Zapis bez cech świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego.

OMÓWIENIE

Prezentowany wywiad w połączeniu z obecną wieloletnią POChP w pierwszej kolejności sugeruje infekcyjne zaostrzenie choroby. Badanie