

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Kast dere frampå, folkens!



Legevakt ca 8 år siden. En av mine egne pasienter (kvinne 37 år, gift, somatisk og psykisk frisk) ringer klokka 22 og sier hun har fått så veldig vondt i halsen, mest utvendig på den ene sida. Jeg vet ut fra tidligere erfaring at dette er en pasient som ikke overdriver. Jeg er ute på besøksrunde og velger å reise hjem dit.

Ved undersøkelsen er hun eksessivt utvendig øm ved palpasjon av en glandel under venstre kjevevinkel. I svelget er det normale forhold ved inspeksjon. Hun er moderat febril, virker sirkulatorisk stabil (uten at BT ble målt ved dette besøket). Hun virker påfallende stresset og anspent, men er mentalt adekvat. Jeg oppfatter situasjonen som en lymfadenitt, gir penicillin tabl. 660 mg 1+1+2, og reiser.

Kl. 04 ringer mannen og sier kona er blitt mye verre, jeg får snakke med henne, hun sier det er enda vondere, og hun har noe pusteproblem når hun ligger ned. Vi blir enige om at de skal komme ned til legevaktkontoret (som ligger på Gjøvik sykehus), 3 mil fra pasientens hjemsted. Jeg ser henne ca. kl 05. Hun klarer da så vidt å gå ved egen hjelp, har hevelse fra venstre mandibula til clavicula, er eksessivt øm i hele dette området (rykker til da jeg så vidt berører) og er enda mer anspent. BT ca. 110/80, puls ikke målt. Jeg legger henne direkte inn på ØNH-avd i sykehuset med spørsmål om alvorlig streptokokkinfeksjon.

Ved innleggelsen er CRP < 10. Pas. legges på intensiv, ca kl 08 får hun BT-fall/sjokk, og opereres kort tid etter for

bakteriell fasciitt på halsen, og må gjennom 3–4 operasjoner i løpet av en ukes tid. Hun kommer seg og får ikke men etter sykdommen. Det var ikke oppvekst i bakterielle prøver, sannsynligvis pga. de to mill IE penicillin jeg hadde gitt henne om kvelden. Klinisk forelå det en sannsynlig streptokokk-fasciitt («kjøtteter»).

Hva lærte jeg?

- 1) Hvor viktig det er å være lydhør når pasient/pårørende kontakter om forverring av situasjonen.
- 2) Hvor raskt en situasjon som virket relativt ufarlig kl 22, endrer seg til livstruende systemisk infeksjon i løpet av 8–10 timer. Dessuten at jeg er blitt «sensibilisert» på tidlig identifisering av alvorlige infeksjoner, som påfallende stresset pasient, tegn til sirkulatorisk stress (høy puls før BT fall).
- 3) At CRP kan lure oss ved rask forverring av alvorlig infeksjon, den hadde ikke rukket å stige.

Hvorfor lærte jeg spesielt mye:

Situasjonen var dramatisk, pasienten ble livstruende syk, det gikk heldigvis bra. Hadde jeg ikke reagert på/avvist den andre henvendelsen om natta, kunne pasienten ha dødd. Det kan være kort vei mellom å være «helt» som redder en alvorlig syk pasient, og en «skurk» som ikke gadd å se på pasienten da mannen ringte på nytt.

Ivar Skeie, fastlege, Gjøvik

Abonnér på
UTPOSTEN

se kupong
s. 41