



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. 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 om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) [annkristin\\_stokke@hotmail.com](mailto:annkristin_stokke@hotmail.com).

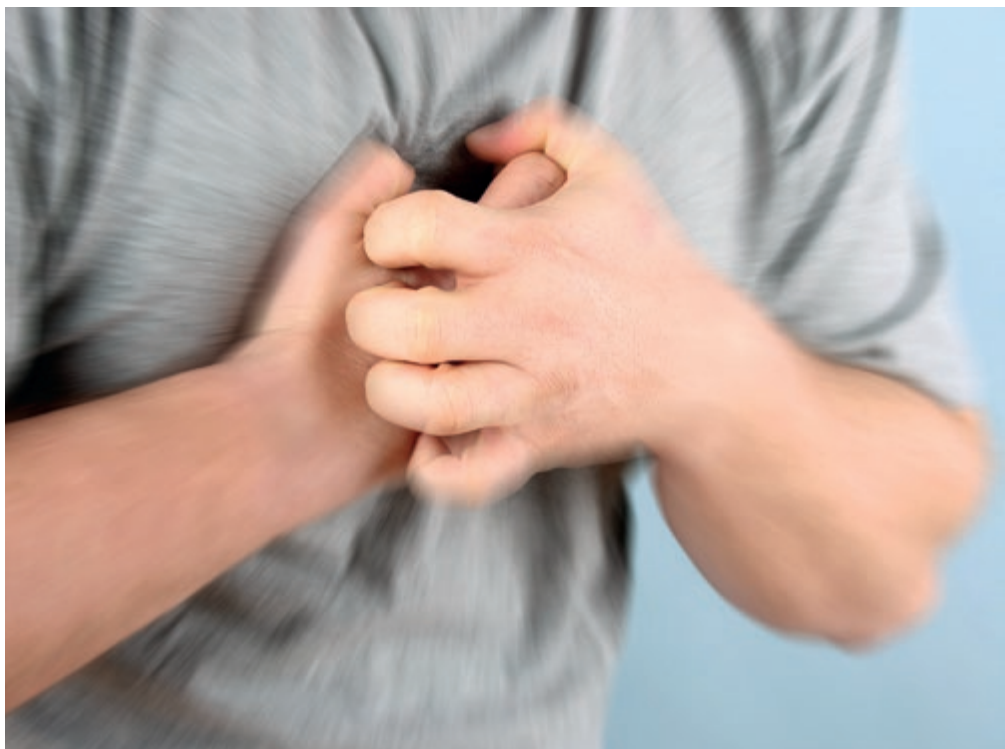
*Kast dere frampå, folkens!*

## Å slå seg til ro med magefølelsen

Jeg er femteårs medisinstudent, for tiden utplassert i allmennpraksis ved et legekantor i Nord-Norge. I løpet av praksisperioden min har jeg møtt enkelte pasienter som har fått meg til å tenke over, og skjønne mer av, en del essensielle legerelaterte og mellommenneskelige problemstillinger. Her forteller jeg om en slik pasient.

Dette var en ung mann som oppsøkte lege grunnet plutselige smerter midt i brystet, og han kom til meg. Smertene kom i etterkant av en ukes sykehistorie med forkjølelse, slapphet og feber. Smerten var stikkende, trykkende, lokalisert rundt sternum og strålte bakover mot ryggen. Plagene ble verre ved dype innpust, ved å løfte armene og ved å bære ting. Selv beskrev han det som «vondt i lungene» og han følte seg tungpustet. Ved undersøkelse var han preget av hoste, snørr og luftveissymptomer. Jeg fant ingen demping eller fremmedlyder på lungene. Auskultasjon av hjerte og EKG gav ingen funn. Han utelukket også selv hjertet. En lav CRP gav ikke mistanke om pneumoni i klassisk forstand. Jeg tenkt det muligens kunne være en atypisk lungebetennelse, eventuelt intercostalmyalgi. Sistnevnte sjekket jeg dessverre ikke grundig nok for mens han fortsatt var avkledd. Jeg ringte veilederen min, hun foreslo D-dimer, og jeg skjønnte plutselig hun tenkte på lungeemboli. Likevel syntes jeg ikke det passet helt, og D-dimer ville vel uansett være positiv siden han allerede var infeksjonssyk. Jeg valgte å ikke ta flere blodprøver. I mangel på diagnose endte konsultasjonen med henvisning til røntgen thorax. Han fortalte dessuten at han hadde fått påvist flekker på lungene for ett og et halvt år siden og hadde ikke vært fulgt opp siden. Jeg tenkte at man i samme slengen kunne se etter lungebetennelse. Ellers fikk han råd om Paracet og Ibox. Vi ble enige om at jeg skulle ringe han to dager senere for å høre hvordan det gikk. Han skulle selv kontakte legevakt om han ble dårligere i mellomtiden.

Samme kveld begynte jeg å tenke på om han likevel kunne ha en lungeemboli. Det plaget meg at jeg ikke hadde tatt D-dimer for å utelukke dette. Så sovnet jeg, men våknet



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

midt på natten og var overbevist om at jeg hadde sendt hjem en virkelig syk pasient. Jeg måtte slå opp i *Turnuslegeboka* og lese om lungeemboli – de fleste symptomene passet selvfølgelig. Det tok et par timer før jeg fikk sove igjen. Jeg ringte ham neste morgen for å høre om han var i live. Det var han! Han fortalte samtidig at han hadde oppsøkt legevakta samme kveld, smertene ble verre etter han var hos meg. Der fikk han Tramadol, med god effekt. Han følte seg mye bedre, jeg pustet lettet ut. Senere pratet jeg med legevaktslegen. Hun sa han hadde hatt en merkelig, uttalt smertepåvirket fremtoning, med direkte og indirekte ømhet over flere costochondrale og costocolumnale festepunkter. Hun gav ham Stesolid og Tramadol, samt en ukes kur med Ibox for en eventuell inflammasjonstilstand. Senere var han tilbake på kontroll hos henne. Fremdeles med noe palpasjons- og bevegelsesrelatert ømhet, men mye

bedre og uten tungpust. Han fikk med seg informasjon om costochondritt.

Dette er den første pasienten jeg har tatt med meg hjem fra jobb og som har gjort meg søvnløs. I etterkant av konsultasjonen begynte jeg å føle at jeg hadde stolt for mye på min egen magefølelse. Jeg var så sikker på at dette ikke var noe farlig at jeg avfeide å utelukke en av de verste tilstandene. Spesielt ille ble det siden min erfarne veileder hadde foreslått denne D-dimeren. Heldigvis viste det seg å være en banal tilstand. For fremtiden tenker jeg det lønner seg å være konsekvent i rekkefølge, tenke på og utelukke det verste, så det farlige og til sist det minst ille. Om ikke annet for å føle at jeg er sikker på eget arbeid og vise for meg selv at jeg ikke overser noe som kan ende fatalt. Jeg tror dette er en god strategi når man ikke innehar den erfaring og kunnskap som må til for å stå for egne behandlingsvalg.

*Synnøve Mortensen*