

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 til en av redaktørene, vær vennlig å se kontaktinfo, 2. omslagsside.

✦ Kast dere frampå, folkens!

# Kompis til besvær

Det var stille på vakt, forsommer og St Hans aften. Solen stekte og det var kokvarmt på kontoret. Vinduene sto på vid gap. Alle andre skulle bade og grille pølser og brenne bål. Jeg skulle passe på de syke, kanskje sy et kutt for en uheldig åtteåring med ny speiderkniv og hjelpe tanten med gallesteinsanfall etter et herremåltid med koteletter og potetsalat. Foreløpig var det stille. Varmt og stille.

Klokken halv seks kom den første pasienten, eller det vil si de var to. De unge mennene i slutten av 20-årene hadde startet feiringen tidlig og var småbrisne. Humøret var upåklagelig, men de var ikke fulle, ingen sjangling eller snøvling. Det var bare den ene som hadde skadet seg, kompisen var følge, og det var han som førte ordet. Det virket som han likte situasjonen og rollen som hjelper. Pasienten selv var litt flau over det hele.

Det hadde seg sånn at de hadde drukket noen øl i det fine været. Riktig nytt dagen ved sjøen. Så nærmet det seg grilling og de skulle bevege seg bortover til de andre vennene som holdt til ute på en odde. Men det var store og glatte steiner der og pasienten hadde snublet og fått et kutt i hodet. Ikke så kraftig smell, ikke fall fra en høyde eller noe, bare snublet fremover. Det hadde tatt litt tid å komme seg opp, men han hadde sikkert ikke besvimt. Han hadde ikke kastet opp (de hadde ikke drukket så mye) og ikke var han kvalm heller. Ingen av dem var dårlige. Pasienten bekreftet kompisen historie.

Dette hørtes ikke så dramatisk ut. Jeg undersøkte kuttet, 4 cm i pannen. Ingen grus eller skit og ikke tegn til brudd i skallen. Jeg satte lokalanestesi, renset og sydde såret, grei skuring.

Så, når konsultasjonen gikk mot slutten kom pasienten mer på banen. Siden han nå var her lurte han på om jeg kunne se på noe, han hadde noe han ville vise meg. «Egentlig skulle du vel ta dette opp med fastlegen, men OK.» Det var jo tross alt trykkende stille på denne vekten.

Pasienten dro ned buksen og ville ha sjekket om det ikke var noe galt med testiklene hans. Om ballene var som de skulle. Akkurat hva som var symptomene eller hans bekymring var det litt vanskelig å få tak i, men han ville ha en sjekk. En kjapp undersøkelse og alt så greit ut.

Så skulle de gå, det var bare en ting. Pasienten lurte på, siden han nå var her, om ikke jeg kunne se på noe. Han hadde en stund vært urolig for om det var noe galt med understellet, med kjønnsorganene hans så å si. Først ble jeg skikkelig irritert. Jeg hadde jo nettopp sett på det, og vi hadde blitt enige om at han skulle se det litt an, og bestille time til fastlegen hvis han hadde noen symptomer når han var blitt edru. Det fikk da være grenser for tullskap. Så, plutselig, så jeg det helt klart. Han var jo verken masete eller frekk. Han var helt på jordet. Dette var amnesi. Den unge mannen hadde jo ikke peiling på at jeg hadde sjekket stasen hans for to minutter siden.

Pasienten ble lagt inn på nevrokirurgisk avdeling, men noen alvorlig hodeskade var det heldigvis ikke. Han har garantert glemt hele greien, men det har ikke jeg. Jeg lærte at det ikke holder å snakke med den hyggelige kompisen med det gode humøret, selv om pasienten bare virker litt beskjeden og beskjemmet. Og noen ganger kan en liten skrotalnevrose være redningen.

## GLASGOW COMA SCALE (GCS)

Brukes til overvåking av pasienter med redusert bevissthet. Summer poengene fra hver av de tre gruppene (beste motoriske respons, beste verbale respons og åpning av øynene). Poengsum under 8 indikerer koma. Gjenta undersøkelsen med jevne mellomrom, og se etter endring i totalskår.

Beste motoriske respons	
Utfører kommando	6
Lokaliserer smerte	5
Avvergereaksjon ved smerte	4
Fleksorrespons på smerte	3
Ekstensorrespons på smerte	2
Ingen motorisk respons på smerte	1
Beste verbale respons	
Oriertert	5
Samtale preget av konfusjon	4
Ingen adekvat samtale	3
Uforståelige lyder	2
Ingen verbal respons	1
Åpning av øynene	
Spontan	4
Ved tiltale	3
Ved smertestimulus	2
Ingen åpning av øynene	1
<b>TOTALSUM:</b>	

### REFERANSE

Legevaktåndboken. Hodeskader. Inndeling av hodeskader og tiltak [http://www.lvh.no/skader/hode\\_nakke\\_og\\_ryggskader/hodeskader/inndeling\\_av\\_hodeskader\\_og\\_tiltak#minimal\\_hodeskade](http://www.lvh.no/skader/hode_nakke_og_ryggskader/hodeskader/inndeling_av_hodeskader_og_tiltak#minimal_hodeskade)

JESPER BLINKENBERG

fastlege ved Strand legesenter og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin/Uni Helse  
jesper.blinkenberg@uni.no

## FRA LEGEVAKTHÅNDBOKEN:

Head Injury Severity Scale (HISS)				
ALVORLIGHETSGRAD	GCS*	BEVISSTHETSTAP	ANNET	TILTAK
Minimal	15	Ikke bevissthetstap		Observasjon hjemme
Lett	14-15	<5 minutter	Amnesi/reduisert hukommelse eller nedsatt reaksjonsevne	Akutt CT, eventuelt innleggelse til observasjon
Moderat	9-13	5 minutter	Fokalnevrolgiske utfall	Innleggelse
Alvorlig	≤8			Raskest mulig innleggelse i nevrokirurgisk avdeling

GCS\* Glasgow Coma Scale