Patient med aortadissektion avled sedan han remitterats till psykiatrisk mottagning

»Ångesten uppstod som en följd av de akuta bröstsmärtorna«

Det är inte ovanligt att akut hjärtinfarkt, omfattande lungemboli och aortadissektion utöver bröstsmärtor också kan orsaka plötslig och svår ångest. Vid akutundersökning av en patient som hastigt insjuknat med bröstsmärtor, andfåddhet och svår ångest är det därför betydelsefullt att inhämta en tydlig anamnes. (HSAN 3473/05)

En 55-årig man utförde svetsarbeten på en mycket hög ställning den 1 november 2005 när han plötsligt drabbades av svåra och huggande bröstsmärtor.

Han var mycket orolig och fick morfin av ambulanspersonalen som klättrat upp på ställningen. Den nedkylde mannen fördes till ett universitetssjukhus där han undersöktes av en intensivvårdsläkare, som antecknade i journalen »ropar högt och anger smärta i bröstkorgen«.

Misstänkte panikångest

Då varken EKG eller blodprov visade något avvikande misstänkte intensivvårdsläkaren att patienten drabbats av panikångest och förde över honom till den psykiatriska akutmottagningen.

Där undersöktes han av en AT-läkare. Sedan denne konsulterat sin bakjour lades patienten in på den psykiatriska kliniken på hemorten där de i stället bedömde att besvären saknade samband med panikångest och planerade för skiktröntgen av huvudet och akut EEG.

Hade aortadissektion

Patienten avled påföljande natt, enligt obduktionen på grund av aortadissektion med blod i hjärtsäcken. Hans syster anmälde flera läkare. Ansvarsnämnden tog in patientens journal och yttrande från de anmälda, som samtliga bestred att de gjort fel. Vi lämnar alla utom intensivvårdsläkaren eftersom de frias.

Denne berättade att enligt ambulanspersonalen hade patienten blivit som förstenad på en 20 meter hög byggnadsställning. Han hade legat som paralyserad och klagat på bröstsmärta.

Patientens puls, blodtryck, syresättning och andningsfrekvens mättes. På grund av att man såg att han inte mådde bra, framförallt svår ångest, fick han näst högsta prioritet – det togs allmänna blodprov samt hjärtprov och EKG.

När intensivvårdsläkaren träffade patienten låg denne i fosterställning och var helt inbunden av mycket svår ångest. Han var torr och varm och hade en lugn puls på 60 slag per minut samt ett normalt blodtryck på 130/80 mm Hg.

Intensivvårdsläkaren såg att patienten hade en mycket svår ångest och inte kunde prata då han var i ett närmast katatont tillstånd. På en direkt fråga om han hade ont i bröstet skakade patienten på huvudet men kunde i övrigt inte kommunicera på grund av ångesten.

Han fick ångestlindrande medicin direkt i blodet för att han skulle kunna förmedla vad han upplevde och kände samt vad som inträffat.

Hade haft det psykiskt jobbigt

Efter 10–15 minuter gick det att börja prata. Patienten berättade att han senaste tiden haft det psykiskt mycket jobbigt sedan hans far nyligen begått självmord samt att han hjälpt sin mor att flytta, vilket också varit psykiskt påfrestande. Han hade även några veckor tidigare sökt läkare för att han psykiskt inte mådde bra.

»Som sjukhistorien beskrivits vid den psykiatriska akutundersökningen hade patientens ångest uppstått som en följd av de akuta bröstsmärtorna.«

Han berättade vidare att han på morgonen fått en punktformig och delvis andningsrelaterad bröstsmärta. Intensivvårdsläkaren frågade om bröstsmärtan strålade ut någonstans eller bara fanns där patienten pekade att han hade ont. Patienten nekade till att smärtan skulle stråla ut i arm, rygg eller hals.

Han hade inte några tidigare sjukdomar och tog inga mediciner. Han frågade om det kunde vara psykiskt och ville ha en tablett mot huvudvärk.

Intensivvårdsläkaren lyssnade efter blåsljud på hjärtat, biljud från lungorna och kände på buken. Allt var normalt.

Han lämnade patienten under övervakning efter att ha sett att EKG var helt normalt och att de första proven var helt normala.

Intensivvårdsläkaren funderade över varför patienten hade så svår ångest och ringde därför hans ena syster, som intygade att brodern haft det mycket jobbigt efter pappans självmord.

Det tog ytterligare ca 30 minuter innan proven blev klara. Intensivvårdsläkaren konstaterade att patienten kände sig mycket bättre men var fortsatt kraftigt ångestladdad. Han frågade om eventuell bröstsmärta och fick ett nekande svar.

När han hade sett alla provsvar, inklusive negativ hjärtmarkör, ansåg han sig med god säkerhet ha uteslutit kroppslig orsak till patientens besvär. Han uppfattade bröstsmärtan som atypisk och att patienten inte hade några riskfaktorer för hjärt–kärlsjukdom samt inte visade några tecken till allmänpåverkan annat än den mycket svåra ångesten. Han skrev akutremiss för psykiatriskt omhändertagande då patienten behövde inneliggande behandling.

En följd av bröstsmärtorna

Det är väl känt att akut hjärtinfarkt, omfattande lungemboli och aortadissektion, medför svåra bröstsmärtor. Det är inte ovanligt att dessa allvarliga och livshotande tillstånd också kan orsaka plötslig och svår ångest, understryker Ansvarsnämnden.

Vid akutundersökning av en patient som hastigt insjuknat med bröstsmärtor, andfåddhet och svår ångest är det därför betydelsefullt att inhämta en tydlig anamnes. Det är annars inte möjligt att göra en adekvat bedömning av smärtorna, deras orsak och ursprung.

Som sjukhistorien beskrivits vid den psykiatriska akutundersökningen hade patientens ångest uppstått som en följd av de akuta bröstsmärtorna.

Vid sin undersökning hade intensivvårdsläkaren emellertid dokumenterat en mycket summarisk anamnes och hade därför ett bristfälligt underlag för bedömningen av det akuta insjuknandet.

Han förmodade därför att tillståndet hade psykiatriska orsaker i stället för att komplettera den akuta utredningen med undersökning och observation på grund av misstänkt hjärtinfarkt, lungemboli eller aortadissektion, vilket hade varit motiverat.

Han får en varning.