

FICK INGEN AKUTTID – DRABBADES AV DIABETESKOMA

Distriktsläkare gav 10-åring besökstid om två veckor

Det hade varit en enkel åtgärd att kontrollera blod- och urinsocker och ketoner i urinen vid ett akutbesök på vårdcentralen. I stället gav distriktsläkaren den 10-åriga pojken en besökstid om två veckor. Pojken drabbades av diabeteskoma.

DAN ANDERSSON, specialist i allmänmedicin, med dr, tillsynsläkare, Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Örebro dan.andersson@socialstyrelsen.se

Fallet inleds med att pojkens föräldrar kontaktar primärvårdens rådgivnings-sjuksköterska därför att pojken var trött och hängig och hade gått ner i vikt sedan två månader. Han hade nu blivit allmänt sämre i samband med lite feber och luftvägsbesvär. Han hade också kissat mer än vanligt. En bekant med tablettbehandlad diabetes hade tagit ett blodsockervärde som han tyckte var normalt.

Sjuksköterskan rådfrågade en distriktsläkare, som inte ansåg att det var indicerat med en akuttid. Pojken fick en besökstid om två veckor. På kvällen ett dygn senare försämrades pojken hastigt med egendomlig andning och fördes i ambulans till sjukhus där ett diabeteskoma diagnostiserades.

Kommentar: Sjuksköterskans »måkänsla« att det kunde vara ett diabetesinsjuknande var riktig, men hon nöjde sig med distriktsläkarens besked om att det nog inte var så akut.

Denne tog sannolikt fasta på beskedet om att blodsockertestet hemma hade varit normalt, men förbisåg att detta var en andrahandsuppgift som kunde vara fel. Det hade varit en enkel åtgärd att kontrollera blod- och urinsocker och ketoner i urinen vid ett akutbesök på vårdcentralen.

Fick akut svullnad i svalget – avled

Hustrun till en 60-årig man med högt blodtryck och diabetes kontaktar vård-

centralens rådgivningssköterska med anledning av att maken senaste veckorna varit trött, »inte sig lik« och fått kliande utslag över hela kroppen.

Paret har vid två tillfällen sökt akut för mannens besvär, dels på distriktsläkarjouren, dels på medicinakuten. Vid det första besöket har utslagen bedömts som svampinfektion och vid andra tillfället, endast någon dag innan rådgivnings-sjuksköterskan kontaktas, har tillståndet uppfattats som en viros med utslag i anslutning till denna. Hustrun är orolig över en progredierande försämring trots att olika läkemedel förskrivits mot svamp och klåda.

Sjuksköterskan har svårt att bedöma situationen, men uppfattar den inte alarmerande utan anvisar patienten att kontakta sin distriktsläkare när denne är tillbaka från ledighet en vecka senare.

Två dagar senare får patienten akut svullnad i svalget och hjärtstillestånd. Han återfår hjärtverksamhet i ambulansen till sjukhuset men är hjärndöd.

Hade tidigare sulfaallergi

Vid en fördjupad anamnesupptagning med hustrun framkommer en tidigare sulfaallergi samt att patienten någon månad tidigare fått sin hypertoni-behandling ändrad med ett tillägg av tiazid till tidigare ACE-hämmare.

Patientens kliande generella hudutslag är förenliga med diagnosen erythema multiforme, troligen orsakad av en

överkänslighetsreaktion mot tiazid (som är kontraindicerat vid sulfaallergi).

Den akuta svalgsfullnaden som ledde till döden har bedömts vara ett Quincke-ödem orsakat av ACE-hämmarbehandlingen. Sannolikt har överkänsligheten mot tiazidläkemedlet vuxit i styrka under loppet av flera veckor och slutligen också bidragit till att den fruktade överkänslighetsreaktionen mot ACE-hämmarläkemedlet utlösts.

Kommentar: Inte vid någon av kontaktarna med vården togs en överkänslighetsanamnes, trots att hudutslagen tidigt borde ha gett misstanke om läkemedelsallergi. Hustruns oro över makens försämrade tillstånd togs inte på allvar, delvis beroende på att patienten själv, på grund av sjukhusrådslå, tenderade att undervärdera sina besvär.

Diagnostiska åtgärder

En 57-årig man sökte akut på vårdcentral för värk »överallt«. Vid fördjupad penetration av symtomen framkom att patienten hade haft ont i bröstkorgen på höger sida och upp mot axeln. Han hade också haft smärtor vid djupandning, men ingen feber.

Vid undersökning fann läkaren ömhet vid palpation av musklerna över höger skuldra. Läkaren bedömde att det rörde sig om en muskelinflammation eller eventuellt en lungsäcksretning. Patienten fick ett antiinflammatoriskt läkemedel och uppmanades återkomma om han

inte blev bättre. Då medicinen inte hjälpte sökte patienten efter några timmar på sjukhusets akutmottagning. Av den nytagna sjukhistorien framkom att han dagen före akutbesöket hade haft värk i hela kroppen och känt sig febrig. Han hade också haft tilltagande värk i båda axlarna, upp mot halsen bakom bröstbenet samt i tänder och käke, och besvären hade förvärrats vid djupandning. Patienten var rökare.

Vid undersökning fann jourläkaren fuktiga rassel på höger lungbas med misstänkt dämpning. EKG visade tecken på en inte helt färsk hjärtinfarkt. De besvär patienten sökte för, »värk överallt« bedömdes bero på en hjärtsäcksinflammation.

Kommentar: Noggrannhet vid anamnesupptagningen och frikostighet med enkla undersökningar ledde fram till rätt diagnos. Läkaren på vårdcentralen har inte penetrerat anamnesen tillräckligt nyanserat, har inte auskulterat hjärtat,

»Inte vid någon av kontakterna med vården togs en överkänslighetsanamnes, trots att hudutslagen tidigt borde ha gett misstanke om läkemedelsallergi.«

inte mätt blodtryck och inte tagit EKG. Samtliga dessa åtgärder borde ha vidtagits eftersom han inte kunde ställa en säker diagnos utifrån den summariska anamnes och undersökning som gjordes.

Gick tre månader med fraktur

En kvinna i 70-årsåldern med svår reumatoid artrit sökte på vårdcentral på grund av några dagars anamnes på akut skärande smärta från vänster lårs insida. Inget känt trauma fanns. Efter en omsorgsfull undersökning där ingen större rörelseinskränkning kunde påvisas, tolkades besvären som inflammation i ett senfäste och prednisolon ordinerades.

Under de närmaste tre månaderna återkom patienten vid tre tillfällen för sina höftsmärtor. Vid det sista av dessa besök var smärtorna värre och rörelseförmågan så försämrade att patienten hade svårt att gå med två kryckkäppar.

Samma bedömning gjordes som vid det första besöket, och behandling gavs med antiinflammatoriska läkemedel, lokala kortisoninjektioner och prednisolon. Något senare gjordes en röntgenundersökning då patienten sökte på sjukhus. Det förelåg en medial fraktur i lärbenshalsen.

Kommentar: Patienten hade undersökts omsorgsfullt vid samtliga besök. Förmodligen var det avsaknad av trauma i anamnesen och frånvaro av svår initial rörelsenedsättning som tillsammans med annan ledsjukdom gjorde att frakturdiagnosen inte ställdes vid första besöket.

När patientens tillstånd försämrades trots behandlingen borde den initiala diagnosen ha ifrågasatts och röntgenundersökning gjorts. Spontanfrakturer eller frakturer efter obetydligt trauma är inte ovanliga hos äldre personer som också har nedsatt rörelseförmåga.

Opereras efter fem månader

En 9-årig pojke inkom en vårdag akut till vårdcentralen sedan han »fått en pinne i höger öga« som »är irriterat och svider«.

Status At: Opåverkat. Ögon: Har ett ganska centralt kornealsår. Färgar med fluorescein. Bedömning: Kornealsår höger öga. Spolar även bort lite skröp med koksalt. Insätter ögonsalva Chloromycecin enligt ordination. Allmänna råd.

Vid början av höstterminen kontaktas länsjukhusets ögonklinik sedan pojken klagat över synnedsättning och uppgivit att han fem månader tidigare fått en pil skjuten i ögat med pilbåge.

Undersökningen av höger öga visar nu ett ärr efter kornealperforation och perforation av iris med synekier mellan främre linskapseln och iris. Tät katarakt särskilt baktill subkapsulärt. Ingen insyn. Full visus vänster öga. Pojken remitteras till specialsjukhus för operation.

Kommentar: Se under nästa fall.

Knappast en diagnos för primärvården

En 65-årig kvinna söker akutmottagningen vid ett länsdelssjukhus där distriktsläkare svarar för primärjouren. Hon undersöks av en AT-läkare. Enligt patientjournalen söker hon på grund av nedsatt syn på vänster öga.

Hon uppger sig ha kronisk bindhinnekatarakt (konjunktivit), som hon dock inte sökt ögonläkare för de senaste åtta åren. Hon har också emfysem med besvärande hosta de senaste veckorna och har legat vaken en stor del av natten före besöket. Då hon steg upp på morgonen hade hon dimsyn för vänster öga men tycker snarast att denna förbättrats något under morgontimmarna. Status: Vänster pupill större än höger. Inget dubbelseende. Synfält enl Donders u a. Vid oftalmoskopi klara medier utan uppenbara patologiska fynd. Antytt ökad kärlinjektion i vänster öga, men ingen konjunktival rodnad.

I sin bedömning i journalen framhåller läkaren att det inte finns några hållpunkter för näthinneavlossning, som kvinnan tydligen oroat sig för, men påpekar åter skillnaden i pupillstorlek.

Kvinnan rekommenderas att avvakta något dygn och att om hon då inte förbättrats kontakta ordinarie läkare vid sin vårdcentral för eventuell remiss till ögonklinik.

Nästa morgon söker hon vid länsjukhusets ögonklinik med svår värk i vänster öga. Hon kan nu bara uppfatta handrörelser intill ögat, och trycket uppmäts till 56 mm Hg i vänster öga och 25 mm Hg i höger. Diagnos: Akut glaukom.

Kommentar till de två senaste fallen: Det kan konstateras att ingen av de två läkarna i sin journalanteckning presenterat något försök till objektiv bestämning av funktionen hos det organ som akutbesöket avsåg – alltså patientens visus.

Den ensidiga synnedsättning som sannolikt skulle ha påvisats i båda fallen hade kanske inte föranlett andra preliminärddiagnoser, men även en ganska grov synprövning skulle väsentligt ha

»Det är uppenbart att punktioner i övre torax endast bör utföras av den som har tillräckliga kunskaper om regionens anatomi ...«

underlättat påvisandet av försämrat eller förbättrat status vid ett återbesök.

Den ofullständiga anamnesen i det första fallet skulle möjligen kunna förklaras av att pojken inte inför föräldrarna utan vidare ville erkänna att man lekt med båge och pilar. Om någon uppger sig ha fått en pinne i ögat borde dock undersökande läkare aktivt efterforska hur skadan uppstått.

Det faktum att kvinnan i det andra fallet uttryckte oro för näthinneavlossning kommenteras inte i journalen – det är knappast den första förklaring till dimsyn som man väntar sig från en patient.

Den undersökning som läkaren genomförde kan i och för sig anses ha utslutit en mer uttalad avlossning, men det är knappast en diagnos som skall ställas eller uteslutas inom primärvården.

Terapeutiska åtgärder

Avståndet från hudytan till lungan är inom vissa områden av skulderregionen mindre än vad många föreställer sig. Det framgår av flera rapporterade fall av pneumotorax som uppstått vid kortisoninjektion, smärtblockad respektive akupunktur. En av patienterna hade skickats hem från mottagningen redan tio minuter efter punktionen och utan någon som helst information om vad som kunde inträffa.

Kommentar: Det är uppenbart att punktioner i övre torax bör utföras endast av den som har tillräckliga kunskaper om regionens anatomi och att den som är ovan med ingreppet bör utföra det under sakkunnig handledning. Risk för pneumotoraxutveckling finns dock även vid till synes lege artis-utförd punktion, och detta måste vägas in då man värderar indikationen för ingreppet i det enskilda fallet.

En punktion bör inte utföras till exempel om patienten står direkt inför en flygresa eller längre bilfärd. Punktion inom kända riskområden bör inte utföras på höger och vänster sida vid samma tillfälle.

Patienten bör observeras minst en timme efter punktionen. Information måste ges om risken för pneumotorax, om symtomen vid detta tillstånd samt hur patienten skall bete sig om dessa symtom skulle uppträda. ■

»Spontanfrakturer eller frakturer efter obetydligt trauma är inte ovanliga hos äldre personer som också har nedsatt rörelseförmåga.«