

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!

Lærerike  
kasuistikker

## Forkjølet og tungpustet

Det var min andre arbeidsdag i et fastlegevikariat i en ny by. En kvinne i førtiårsalderen ble satt opp på en øyeblikkelig hjelp-time på grunn av tung pust. Rask gjennomlesing av journalen før jeg tok henne inn, viste diagnosene medikamentelt behandlet hypertensjon og colitt. For høyt blodtrykk brukte hun betablokker, kalsiumblokker, AT-2-antagonist og moksonidin, mens hun for colitt med jevne mellomrom hadde fått skrevet ut hydrocortison stikkpiller og loperamid. Det var ingen registrerte epikriser jeg oppfattet som relevante for problemstillingen fra de siste årene og heller ingen notater der dette var nevnt.

### Konsultasjon øyeblikkelig hjelp

Hjerte-lunge-frisk bortsett fra hypertensjon. For fem dager siden begynnende forkjølelse, siste fire dager tiltagende tung i pusten. Feberfølelse, målt noe feber, husker ikke eksakt temperatur. Ikke brystmerter hun oppfatter som unormale. Aldri lignende plager tidligere. Siste lange reise var fire timers buss-tur, to måneder siden. Ingen operasjoner siste måneder, ingen p-piller, ingen tidligere DVT, ingen aktuelle beinsmerter.

**US:** Kommer gående, dyspneisk. Respirasjonsfrekvens 20, uten bruk av accesoriske respirasjonsmuskler. SaO<sub>2</sub> 97–98 prosent. BT 120/80, puls 122. Cor: regelmessig aksjon, normalt. Pulm: spredte inspiratoriske pipelyder alle flater. U.ex: slanke, ingen ømhet i leggmuskulaturen. CRP negativ.

**VURDERING:** Klinisk skikkelig dyspneisk, men ikke pneumoni.

**TILTAK:** ønsker utelukke annen alvorlig årsak, som lungeemboli og stuvning. Henvises lokalsykehus for vurdering etter avtale med vakthavende lege.

Hun var svært tung i pusten, men på en «annen» måte enn ved KOLS, hyperventilasjon, bronkitt, uten at jeg kunne

### ANEMI

Om lag 2 % av pasienter i norsk allmennpraksis har anemi (Hb under nedre referanseområde for aktuelle pasient-gruppe). I en norsk undersøkelse hadde 19 % av anemi-pasientene Hb under 9,5 g/dl. 78 % av pasientene med anemi var kvinner. Kontaktårsaker hos dem som hadde anemi var tretthet (38 %), svimmelhet (14 %) og dyspne (3 %). 37 % hadde ingen symptomer av sin anemi.

KILDE: STEINAR HUNSKÅR (RED): ALLMENNEMEDISIN, GYLDENDAL NORSK FORLAG 2003.

### TUNG PUST

Et godt utgangspunkt i allmennpraksis er å anta at pustevansker i over 90 % av tilfellene skyldes sykdom i luftveiene eller sirkulasjonssystemet. Av disse igjen utgjør sykdommer i lungene og luftveiene oppimot 70 %.

Overvekt og nedsatt kondisjon er vanlige tilstander som lett oversees ved dyspne, men er ikke nødvendigvis uttrykk for sykdom. Pustevansker kan også være presentasjonssymptomet ved anemi, nevrologiske sykdommer, nyresvikt, ukontrollert diabetes mellitus, cystisk fibrose, Bekhterevs sykdom, thyreoidesykdommer og pneumothorax.

To tilstander må ikke oversees ved akutte pustevansker: epiglottitt og lungeembolisme.

KILDE: STEINAR HUNSKÅR (RED): ALLMENNEMEDISIN, GYLDENDAL NORSK FORLAG 2003.

beskrive på hvilken måte dette var annerledes. Det var få risikofaktorer for lungeemboli, men det ble likevel min hypotese – mest i mangel av noe bedre forslag. Jeg mente uansett at hun trengte en øyeblikkelig hjelp-vurdering ved medisinsk avdeling for å finne årsaken til hennes tunge pust.

Etter noen uker uten mottatt epikrise, sjekket jeg journalen for å se om epikrisen hadde kommet til fastlegen, noe den ikke hadde. Derimot hadde fastlegen hatt pasienten på time, og i notatet kom det frem at pasienten nylig hadde vært innlagt i flere dager med en oppblussing i sin Morbus Crohn, med ulcerasjoner i flere områder av gastrointestinaltractus og en anemi med Hb på 7,3. Pasienten hadde før det akutte vært uten større symptomer på sin Morbus Crohn i 7 år.

Tung pust på legekantoret er en vanlig problemstilling både akutt og kronisk, der det vanligste er vanligst, og de sjeldnere årsakene kan være lette å glemme. Denne pasienten ble derfor en nyttig påminnelse om anemi som en årsak til tung pust – også ved relativt rask utvikling av tung pust. Luftveissymptomene var sannsynligvis bare en forverrende faktor eller tilfeldig sammenfallende i tid. Og som et apropos: som innleggende lege hadde det vært nyttig og interessant å få epikrisen for denne pasienten – jeg håper derfor at arbeidet praksiskonsulenter legger ned i forhold til epikriser ved sykehusene vil gi raskere epikriser, med kopi også til innleggende lege!

Ann-Kristin Stokke