



Ett fall ur Ansvarsnämndens arkiv

Redaktör: Lennart Hartler i samarbete
med Läkarförbundets juridiska sektion
och förbundets ansvarsråd

**Denna vecka:
Kirurgi**

HSAN 492/97:A3

Läkaren underlät att röntga – patienten dog i tarmvred

Läkaren: »Besvären kunde förklaras av maginfluensa»

En kvinna, född den 12 november 1939, kom till kirurgakuten på ett mellansvenskt sjukhus den 15 november 1996 på grund av svåra buksmärter och kräkningar. Hon hade tidigare genomgått en gynekologisk operation. Vid undersökningen angavs buken vara ömmande. Hon hade haft normal avföring dygnet innan. Den medicinske jourhavande läkaren tillkallades. Efter ytterligare undersökning ställdes diagnosen »gastroenterit».

Kvinnan fick åka hem med rådet att återkomma vid försämring. Tre dagar senare hittade en anhörig henne död i bostaden. Obduktion visade entydigt att dödsorsaken var tarmförlamning till följd av tarmvred.

Anmälan

Fadern till den avlidna har anmält behandlingen på akutmottagningen. Han anser att dottern borde ha lagts in för en noggrann undersökning med röntgen m m.

Utredning

Ansvarsnämnden har granskat kvinnans patientjournal och hämtat in yttrandena av två läkare, dr A och dr B. De har bestritt att de handlat felaktigt och uppgett bl a följande.

Doktor A: Jag träffade patienten på

akutmottagningen fredagen den 15/11 ca kl 16.00 i egenskap av AT-läkarjour på kirurgkliniken. Hon berättade att hon hade mått illa och kräkt vid flera tillfällen sedan torsdag 14/11 kl 21.00. Hon hade haft avföring med normal färg och konsistens samma kväll. Natten till fredag 15/11 hade hon ej kunnat sova bra på grund av magsmärter och på fredag hade svidande värk diffust i hela magen tillkommit. Då sökte hon akut och ville ha smärtstillande och dropp.

Vid undersökning av patienten var hennes allmäntillstånd gott. Hon hade feber, 38 grader, men var i övrigt opåverkad. Det fanns inga tecken till intorkning förutom lätt muntorrhet, vilket kan ses efter upprepade kräkningar. Patientens puls och blodtryck var tillfredsställande. Magen var helt mjuk men ömmade lätt strax under naveln och till höger och vänster om denna. Vid undersökning via ändtarmen var patienten helt oöm och jag noterade brunfärgad avföring på handsken.

Undersökning som utfördes var enligt min bedömning grundlig och omfattande. Innan jag lämnade rummet bad jag patienten att dricka en mugg vatten för att se om hon kunde behålla detta. Den första diagnos jag tänkte på efter att ha undersökt henne var maginfluensa, speciellt med tanke på hennes illamående och kräkningar, diffusa magsmärter och feber samt att hennes bror hade varit förkyld.

För en säkrare bedömning diskuterade jag patientens symtom med kirurgjouren dr B som också tyckte att patientens besvär kunde förklaras av maginfluensa och att i så fall skulle hon få åka hem och komma tillbaka vid försämring eller kvarstående besvär efter tre dygn. Vi gick därefter in till patienten tillsammans.

Doktor B pratade med kvinnan och undersökte henne och efter undersökningen sa hon till mig: Jag tycker precis som du, så du kan fortsätta att handlägga patienten. Jag berättade för patienten att vi tyckte att den troligaste orsaken till hennes besvär var maginfluensa och att det var viktigt att hon fick i sig vätska. Jag informerade även om symtomen och dess ungefärliga varaktighet och uppmanade henne flera gånger att återkomma vid försämring eller kvarståen-

»Hon hade behållit vattnet utan att kräkas. Efter samråd med dr B fick patienten ett stolpiller mot illamående innan hon åkte hem.»

de besvär då diagnosen maginfluensa ej alltid är en säker diagnos.

Hon hade behållit vattnet utan att kräkas. Efter samråd med dr B fick pa-

tienten ett stolpiller mot illamående innan hon åkte hem.

Enligt min bedömning undersökte jag patienten noggrant, men något alarmerande fynd vid undersökning av hennes mage fanns inte. Det är inte troligt att någon röntgenundersökning kunnat ge en riktig diagnos i det stadiet. För en säkrare bedömning bad jag min överordnade att också undersöka patienten. Dessutom gav jag instruktioner att patienten skulle komma tillbaka vid försämring eller kvarstående besvär.

Doktor B: När dr A och jag kommer in för att undersöka patienten sitter hon upp på britsen och säger att illamåendet samt värken i hela kroppen är det värsta. Patienten önskar att bli inlagd på sjukhuset så att hon kan få dropp då hon mår illa. Hon är rödrosig om kinderna samt har en temperatur på 38,0 grader C.

Hon berättar att hon insjuknade på kvällen dagen innan, först med illamående sedan med kräkningar under natten. Patienten hade ej kräkt mer efter natten till 15/11. Även under kvällen 14/11 tillkomst av svickänsla diffust i hela buken. Patienten förnekar intervallsmärtor utan beskriver en molande obehagskänsla i buken. Hon skötte magen även på kvällen och enligt henne själv var avföringen helt normal. Patienten kräks ej under sin vistelse på kirurgakuten.

Ingen utlandsresa på senaste tiden. Patienten är ej förkyld och säger sig ej

ha ätit något ovanligt. Ingen i hennes omgivning hade fått något liknande.

Hon har normalt blodtryck (140/90), en puls kring 70/minut vid undersökningen. Buken är mjuk, ej släppöm, har normala till livliga tarmljud och ömmar lätt vid palpation kring naveln samt i båda fossa iliaca. Ingen peritonitretning förelåg. Undersökning per rektum helt utan anmärkning.

Vi överenskommer att patienten återgår till hemmet. Får kostråd samt diskuterar med patienten att diarré ofta tillstöter vid maginfluensa. Patienten uppmanas både av mig och av dr A att återkomma vid försämring eller utebliven förbättring. Innan hon åker talar patienten återigen med dr A och får ett stolpiller mot illamående (Stemetil 25 mg). Ingen annan medicin skrevs ut av oss till patienten.

Dr A dikterar sedan journal på patienten och signerar sin journal själv så som rutin är.

Jag beklagar att patienten ej återkom till kirurgakuten trots att hon återigen (enl anhöriga) började kräkas och tydligen även försämrades i sitt allmäntillstånd. Patienten skall ha fått något slags medicin (enl anhöriga) av sin husläkare tre dagar efter besöket på kirurgakuten. Vilken medicin det var vet jag ej och vi har ej ordinerat någon medicin till denna patient utan bett henne återkomma vid försämring. Vi undersökte patienten knappt ett dygn efter insjuknandet och då diagnosen gastroenterit var trolig,

hennes puls och blodtryck normala samt även hennes bukstatus bra fann jag ingen anledning att beställa någon röntgenundersökning så som ev buköversikt.

Bedömning

Vid buksmärtor och kräkningar hos en patient som tidigare genomgått en bukoperation måste ovillkorligen ett tarmhinder uteslutas, exempelvis genom en akut röntgenundersökning och/eller observation. Ingenting i journalen talar för att läkarna funderat i dessa banor trots att smärtorna varit så svåra att patienten inte kunnat sova natten före besöket på akutmottagningen. Vid en ileus är buken »mjuk» innan peritonit tillstött och frånvaron av muskelförsvar utesluter inte ett tarmhinder.

Dr A har enligt sin instruktion rådfrågat en mera erfaren kollega och kan därmed inte åläggas disciplinansvar för den felaktiga diagnosen.

Dr B är den som borde ha varit mera vaksam. Hon har gjort sig skyldig till en allvarlig felbedömning för vilken hon skall åläggas disciplinåtgärd i form av en varning.

Beslut

Ansvarsnämnden ålägger – med stöd av 4 § lagen (1994:954) om disciplinåtgärd m m på hälso- och sjukvårdens område – dr B en varning och lämnar anmälan mot dr A utan åtgärd. •



Kommentar från Läkartidningens medicinskt sakkunnige

Läkartidningen har bett professor Lars Räf att kommentera fallet mot bakgrund av hans omfattande erfarenhet av incidenter i vården, från bl a HSN och Patientförsäkringen.

Fingertoppskänslan viktig

Patienter med tarmvred är en av de »tunga posterna» på en kirurgisk akutmottagning. Tillståndet ställer höga krav på både kvalificerad diagnostik och adekvat behandling, och detta gäller speciellt de fall, där hindret är lokaliserat till tunntarmen. Fördröjning av åtgärder kan få allvarliga konsekvenser och någon har sagt, att kvaliteten på kirurgisk rutinverksamhet kan mätas med mortaliteten i denna patientgrupp.

Det vanligaste hindret vid tunntarmsileus är postoperativa adherenser. Av patienter, som opererats nedtill i buken, kommer ca en procent senare i livet att drabbas av tarmvred. Vid buksmärtor hos patienter som tidigare laparotomerats är därför risken för att det kan vara fråga om tarmvred en realitet, och diagnosen måste bekräftas eller uteslutas.

Vid typiska fall med tunntarmsileus är diagnosen lätt och man vägleds då främst av symtomen *intervallsmärtor och upphävd gasavgång*. (Man får då inte lura sig av att patienten i det initiala skedet av tillståndet ofta haft en re-

flektorisk tömning av tarmen nedanför hindret.) Problemet är emellertid, att i vissa situationer är symtomen atypiska och förloppet är ofta i just dessa fall speciellt elakartat. Detta gäller främst vid strangulation av ett tarmavsnitt.

I det här presenterade fallet kan det mycket väl ha varit fråga om en begynnande strangulation; för detta talar att nattens buksmärtor övergått i diffus värk samt det faktum, att buken ömmade nedom naveln.

Läkare A ansåg det inte troligt, att röntgen i detta skede skulle ge diagnosen. När det är fråga om strangulationsileus kan visserligen en buköversikt vara mer svårtolkad än vid enkel obstruktion, men i de flesta fall ger denna undersökning efter det initiala skedet värdefull information genom ändrad gasfördelning i tarmen och i varje fall kan en passageröntgen verifiera, om det finns ett hinder i tarmen. Röntgenundersökning hade därför varit den riktiga åtgärden i detta fall.

Diagnostik av akut buk kräver erfarenhet och fingertoppskänsla. •