

## Tidligere i Tidsskriftet

# Å forstå pasientens smerte

I forbindelse med Tidsskriftets temaserie om palliativ medisin har vi hentet frem en artikkel skrevet for 50 år siden – fra nr. 6/1956 (s. 185–7). Forfatteren advarer mot forhastede diagnoser og uhensiktsmessig behandling av pasienter med uklare kroniske smertetilstander.

## SMERTER SOM DIAGNOSTISK PROBLEM

Av OLE JACOB BROCH

(Fra Haukeland sykehus, Medisinsk avdeling A.)

Smarter er det subjektive symptom som driver de fleste til lege, men det kan også være vesentlig for diagnosen. Ved hjerteinfarkt, ischias og akutt appendisitt samt ved flere andre tilstander er smertesensasjonen praktisk talt patognomonisk. Vi har erfaring for at det til grunn for en karakteristisk smerte ligger en diagnostiserbar patologisk tilstand. Ibland kan en anatomisk årsak til smerte ikke påvises, men en forutsetter at den er til stede, som f.eks. ved angina pectoris og migræne, hvor smertene ueløses av vaskulære forandringer.

At smertene kan oppetre ved funksjonelle tilstander uten anatomisk årsak, er alminnelig anerkjent, men overses ofte. Funksjonelle smerter er ikke ualminnelig hos helt friske, og hos nervøse pasienter forekommer det svært hyppig. De aller fleste neurotikere vil på et eller annet tidspunkt klage over smertefornemmelser, uten at selv den nøyaktigste undersøkelse kan påvise noen patologisk årsak. Ved de fleste angstneuroser vil et eller annet organ gjerne være i pasientens focus. Enhver fornemmelse vil aksentuere i bevisstheten og ofte utløse følelse av smerter som kan bli det vesentligste i sykdomsbildet. Mekanismen kan som regel sikkert ikke utredes helt.

Funksjonelle smerter vil ofte føre til diagnostiske problemer. Som regel innledes en skånsløs jakt etter et eller annet organisk symptom som skal forklare plagene, og pasienten vil seile under de forskjellige diagnoser, alt etter hva undersøkelsen avslører av større eller mindre avvikelser fra det normale. Det er få av disse pasienter som på et eller annet tidspunkt unngår feildiagnose, og dermed en i beste fall nyttesløs behandling.

Vi er dessverre vant til at diagnosen neurose skal stilles per exclusionem. Ettersom det diagnostiske apparat blir mer og mer komplisert blir det også mer og mer som skal ekskluderes. Følgen blir at disse pasienter ofte blir undersøkt inntil det absurde. Da praktisk talt ingen sykdom-

mer med sikkerhet kan utelukkes hos noen, vil disse pasienter være de fleste lægers konstante dårlige samvittighet. Men også nevrosene og de funksjonelle smerter bør og kan diagnostiseres ved sine positive symptomer. Liksom hjerteinfarkt er så karakteristisk at en sikker diagnose som regel kan stilles bare på anamnesen, vil de funksjonelle smerter som regel også være så særpreget at en positiv diagnose kan stilles. Det er i alminnelighet ikke nødvendig å røntgenfotografere en rekke organer for å utelukke andre diagnoser. Det er heller ikke nødvendig å sende pasienten som en kateball mellom spesialister, sykehus og institutter. Det er kostbart, og pasienten ender som regel som en intraktabel neurotiker. Tre tilfeldig valte sykehistorier vil illustrere problemet.

*Tilfelle 1.* 58 år gammel husmor. H. 167 cm, v. opp til 116 kg. I alt 26 sykehusopphold på flere klinikker og med forskjellige diagnoser. Frisk inntil partus for 27 år siden. Fikk dobbeltsidig tromboflebit og emboli. Siden plager fra underkstremitetene med hevelse og ulcus cruris. Stillesittende liv, tiltagende adipositas og arbeidsdyspnoe. Nervøs. Flere år smerter i prekorsett, delvis utstrålende til venstre arm med visshetsfølelse. Labil hypertoni. Flere ganger innlagt og behandlet for hjerteinfarkt. Smertene hadde imidlertid aldri vært karakteristiske eller infarkt. Ofte nattlige smerter med angstfølelse og betydelig respiratorisk neurose. De siste årene smerter under høyre costalbue. Smertene er kontinuerlige og kan vare i dager og uker. Vært på sykehus og ambulant undersøkt tallrike ganger med røntgen cor, V+D, colon, nyrer galleveier, columna — bare på et enkelt sykehus 20 serier med røntgenundersøkelse. 1954 ved kontrastundersøkelse påvist 4 konkrementoppklaringer i galleblæren. Utført cholecystektomi. En antok at der også var en cholecystitt, da hun var smertefull under høyre costalbue. «Slimhinnen i galleblæren var lett betennelsesaktig forandret.» Har ikke vært bra en eneste dag siden operasjonen. Anfall og smerter som før, dessuten en rekke diffuse plager. Siste opphold Med. avd. A, Haukeland

sykehus i september 1955. Plager som før. Hun var sterkt ømfintlig av huden i prekoediet og under costalbuen samt i huden til høyre under costalbuen. Ingen sikre patologiske funn for øvrig.

Denne pasient, som var betydelig plaget av abdominal- og brystmerter hadde fått et utall av diagnoser og behandlinger. Hun var røntgenundersøkt en rekke ganger, det må vel være bortimot 50. Der var enighet om angina pectoris. Hun hadde fått strenge restriksjoner. Brukte ca. 10 nitroglyceroltabletter daglig og var etter hvert blitt helt inaktiv, da hun hadde hørt at hun «risikerte livet hvis hun gikk i en bakke». Hun har vært en lydhør pasient. Av en lege ble hun en gang tilrådd å spise mer på grunn av sine smerter (ulcus?). Det året la hun på seg 20 kg i vekt. Hjemme har hun vært overproteksjonert, «er så lei av alt maset om å ta det med ro at jeg helst vil dø».

På grunn av smertene har der vært en ubønnhørlig jakt på somatiske symptomer. En del patologiske funn er blitt avslørt. En moderat hypertoni, betydningsløse Ekg.-forandringer, spondylose og til slutt 4 uskyldige gallesten. Ømheten under costalbuen bestyrket diagnosen cholecystitt. Ømheten var imidlertid lokalisert til huden, og den exstirperte galleblære var sannsynligvis helt normal når en tar hensyn til den vanlige kirurgiske terminologi: «lette betennelsesaktige forandringer», som alminnelig språkbruk betyr normal slimhinne. På grunn av sin eksessive adipositas har pasienten sloppet med 1 operasjon. Hun har uten grunn vært behandlet for angina pectoris og flere infarkter og tilbrakt over 10 år praktisk talt i lenestolen.

*Tilfelle 2.* 29 år gammel kvinne. H. 161 cm, v. 50 kg. Foreldre og 8 barn har bodd i 1 værelse med alkove og kjøkken. Hun var forlovet 1 år. Mannen var en arbeidssky psykopat som påførte henne gonorré. Hun fikk avsky for seksuell omgang. Senere forlovet med en sjømann, men har dyspareuni og er frigid. Flere år plaget av fluor. Under oppveksten svimmel, iblant ukarakteristisk dyspepsi med kvalme, brekninger. Nærtagende, deprimeret siden hun var liten. Astenisk, «sliter meg gjennom det». En del smerter i høyre fossa ilica. Sykehusopphold 1951. På grunn av smerter og uregelmessig menses ble hun operert. Det ble funnet små cyster på ovariene. 1953 på ny smerter i abdomen, kontinuerlige smerter, særlig høyre side. November 1954 operert, «skrapet bort cyster på ovariet» («ovarianer med corpus luteum og begynnende papillært cystademoni?»). Etter operasjonen bedring til hun juli 1955 igjen fikk smerter i begge fossae ilicae, særlig høyre side. Smertene er graverende, konstant verkende, varer i timer, men med litt variasjon i smerteintensiteten. Som regel til stede dag og natt, uavhengig av arbeid. September 1955 innlagt for ny operasjon, men overflyttet Medisinsk avdeling A.

Ved undersøkelsen ble ikke funnet noe patologisk bortsett fra en meget sterk cutan ømfintlighet i høyre fossa ilica, begrenset til et knapt håndflatesørt parti. Det ble foretatt novocain-infiltrasjon av det ømfintlige parti på høyre side. Hun var smertefri på denne side ved kontrollundersøkelsen 1 måned senere. Det ble da etter anmodning foretatt injeksjon også på den annen side.

Hos en kvinne med betydelige vansker under oppveksten og med atskillige psykiske traumer er der kommet nervøse symptomer, dyspareuni og frigiditet. I flere år hadde hun vært plaget av jevnt kontinuerlige smerter i nedre del av abdomen, vesentlig høyre fossa ilica og hadde en meget sterk kutan ømfintlighet. Hun var 2 ganger operert. Det ble funnet mindre forandringer i ovariene, men disse har vært betydningsløse og ikke årsak til hennes plager.

*Tilfelle 3.* 46 år gammel husmor. H. 167 cm, v. 103,5 kg. Mannen sykelig. 6 barn, 1 abort. Mange år nervøs, søvnløs. Tiltagende adipositas gjennom mange år. Etter hvert betydelig dyspnøe ved små anstrengelser (adipositas). 1947 operert for «gallesten» (i flere år konstante smerter under høyre costalbue). Fra våren 1954 smerter i prekoediet. Kommer ved opphisselse og etter anstrengelse (men en stund etter anstrengelse). Behandlet med nitroglycerol. Siste året igjen «gallesmerter». Har konstante smerter under høyre costalbue. Smertene sitter som en jevn verkning hele dagen. Til stede både dag og natt. Aldri icterus. Betydelig kutan ømfintlighet i høyre side under costalbuen og mer lateralt. Hun opplyser at smertene er likedan som de var før hun ble operert.

Denne pasient har hatt prekordialmerter som ble oppfattet som angina pectoris, og smerter under høyre costalbue som ble oppfattet som cholecystitt og cholelithiasis og førte til cholecystektomi. Hun hadde imidlertid aldri hatt karakteristiske anfall, aldri icterus, og hennes smerter residiverte nøyaktig på samme måte som før. Hun hadde da en meget sterk klypømhets under høyre costalbue.

Disse sykehistorier er valt ut av avdelingens belegg på et tilfeldig tidspunkt. Enhver medisinsk avdeling vil hvert år kunne fremlegge tallrike lignende sykehistorier. Smerteformennelse hos nervøse pasienter er så alminnelig at en alltid først og fremst bør tenke på en funksjonell årsak ved et litt ukarakteristisk sykdomsbilde. Smertene kan være lokalisert så å si overalt. Den hyppigste lokalisasjon er kanskje prekoediet. Den kardiaale neurose er velkjent og hyppig beskrevet. Det gjøres imidlertid stadig feildiagnoser, selv av kompetente læger. Smertene sitter omkring eller utenfor papillen – de stråler meget ofte ut i venstre arm som føles vissen. De kommer særlig om natten eller når pasienten er i ro og ledsages ofte av angstfølelse og «sukkedyspnøe». Pasienten angir ofte at smertene kommer etter anstrengelse, men det er gjerne lenge etter anstrengelse, når hun er falt til ro. Angina pectoris har aldri denne lokalisasjon og karakter. Det angis ofte at nitroglycerol hjelper, men først etter flere minutter eller en halv time. Pasientene er overveiende kvinner. Et meget viktig funn er den kutane ømfintlighet. Ved klyp i huden finnes en velavgrenset ganske sterk ømhet nedenfor og lateralt for mamma. Finnes konstant en slik ømhet betyr det at det enten ikke foreligger angina pectoris eller at der er betydelige funksjonelle overlag. Den kardiaale neurose finnes kanskje fortrinnsvis

hos pasienter med organiske hjertesykdommer og fører til at pasientene blir pålagt unødige og skadelige restriksjoner.

Ikke sjelden sitter smertene under høyre costalbue og forveksles med galleveislidelser. Smertene er som regel jevnt verkende. De kan variere noe i intensitet, men er gjerne kontinuerlige ofte i uker og måneder av gangen og mangler det akutte anfall som ved gallesten. Den kutane ømfintlighet kan mistydes som dyp trykkømhets ved palpasjon og føre til diagnosen cholecystitt. Smertene kan for øvrig sitte alle steder i abdomen. Hvis de sitter i nedre del, vil genitalia interna bli syndebukken. For ble disse pasienter ikke sjelden operert for kronisk appendicitt. Det ble funnet ømhet over MacBurney, men det ble oversett at ømfintligheten sitter i huden. Nå ender pasientene gjerne hos gynekologer.

Dette smertesyndrom kan uten tvil også sitte i ekstremitetene. Sterk ømfintlighet på underekstremitetene er ikke sjelden hos eldre kvinner. Hos eldre er det heller ikke sjelden at det kommer smerter i ledd og ekstremiteter uten objektive funn etter apoplexia cerebri. Følgende symptomer er viktige ved dette funksjonelle smertesyndromet:

1. Overveiende kvinner over 30–40 år, oftest med adipositas.
2. Tegn til neurose, som regel angstneurose. (Pasienten forteller sjelden spontant om cancrofobi!)
3. Lang sykehistorie.
4. God almentilstand.
5. Kontinuerlige smerter. Selv ved dramatiske skildringer angis de sjelden som intense. Kan variere noe i intensitet, men varer ofte i dager og uker. Har gjerne samme lokalisasjon, men kan være utstrålende.
6. Sterk ømhet av huden i et begrenset område, svarende til smertens lokalisasjon.
7. Arr på abdomen.
8. Oftest ingen eller sparsomme objektive funn for øvrig.

Tross all tale om psykosomatisk medisin vil mange læger gjerne tvinge et sykdomsbilde inn i en kjent somatisk ramme. Ved en forenet innsats av en rekke spesialister, og særlig ved hjelp av røntgen, vil det som regel lykkes å finne et eller annet organisk funn. Det kan være litt protein i en medbrakt urin, «gastritt» eller en mistenkelig nisje. (Enkelte røntgenologer finner nisjer litt for ofte.) Eller, hva verre er, kontrasten kan avsløre noen stener som ligger i uskyldig ro i bunnen av en galleblære. Røntgenundersøkelse av columna vil nesten alltid gi et patologisk funn. Det vil nesten være en merkelighet om det ikke blir påvist en spondylose hos litt tilårskomne.

Et slikt patologisk funn vil ofte utløse bestemte og energiske terapeutiske reaksjoner. Enhver terapi kan

rimeligvis hjelpe ved funksjonelle plager, men effekten er som regel rent psykogen.

Det betyr imidlertid ikke at all terapi er like god. Dess mer indifferent den er dess bedre. Det aller beste er ofte ingen behandling utenom en fornuftig forklaring.

Operativ behandling er i ethvert fall den dårligste form for psykoterapi, selv om smertene nok kan bli borte for en tid. Merkelig nok gir kirurgiske inngrep en viss tilvenning. Enkelte pasienter forlanger nesten å bli operert og kan stadig være villige til nye inngrep. Enkelte av dem burde allerede første gang utstyres med en glide-lås som ville lette den fremtidige exstirpasjon av viscera.

Pasientene bør fortrinnsvis behandles av en enkelt og helst alminnelig praktiserende læge. Han bør også så vidt mulig forsøke å holde på sin pasient og ikke henvise henne for meget til spesialister. Hos sterkt engstelige pasienter kan det være nødvendig med en del undersøkelser og henvisninger som medisinsk sett ikke er særlig indiserte. Får jeg selv tilsendt en ung pasient med kardial neurose — og det er ikke liten del av min praksis — tar jeg et Ekg., ikke fordi det sier meg noe som helst, men fordi pasienten føler seg beroliget ved det. Diagnosen stilles med absolutt sikkerhet bare ved anamnesen. En slik pasient bør aldri henvises til Ekg. alene. Det kan være årsak til skjebnesvangre feilvurderinger som hadde vært unngått hvis kardiologen også hadde sett pasienten.

Den viktigste behandling er å befri pasienten for bekymringer og angst. De skal læres til å forstå at deres plager blir minst når de arbeider, elsker og lever som andre. De skal undersøkes, men fremfor alt ikke ustanselig gå gjennom et svært diagnostisk apparat. Unødvendige undersøkelser kan bidra til å fikseres deres neurose. Unødvendige behandlinger vil oftest gjøre det. De skal ikke overproteksjoneres og sendes unødig på sykehus. Enhver lang sykmelding og ethvert langvarig sykehusopphold vil ofte være direkte skadelig. En skal også være forsiktig med medikamentell terapi. Har en pasient med kardial neurose blitt behandlet med digitalis etter nitroglycerol er prognosen betydelig dårligere. Har de fått Dicumarol er tilstanden iblant intraktabel. Prognostisk uheldig er det også hvis pasienten har altfor stor anledning til å «slappe av». Man bør finne en eller annen interesse hos pasienten som kan stimuleres. Samfunnet byr på så mange sosiale oppgaver at det skulle være mulig å finne noe som fylte pasienten og rettet hennes følelsesliv utad til glede for henne selv og andre. Gymnastikkpartier for husmødre kan også være bra. Den overarbeidede småbrukerkone kan derimot trenge ferie og rekonvalesentopphold. Men hun har som regel ikke anledning. Overfor disse pasienter er det av større betydning å mobilisere fornuft og enkel menneskelighet enn hele vårt kompliserte medisinske apparat og farmakologi.

Spesialister i psykiatri behøver vi heller ikke å være.