

# SVÅRT AVGÖRA OM FULL OCH ARG HAR SKALLSKADA

**En alkoholpåverkad, aggressiv man med misstänkt skalltrauma skickades från akuten till häktet för att nyktra till, men kom snart tillbaka och visade sig ha en frontal kontusionsblödning. Fallet är ett tydligt exempel på att den här kategorin av patienter kräver särskilda diagnostiska överväganden.**

Commotio cerebri, lindrigt skalltrauma, bör förorsaka observation på sjukhus för att tidigt fånga upp patienter som kan utveckla komplikationer i form av intrakraniella blödningar. Vilka patienter med lindrigt skalltrauma som skall genomgå datortomografi har diskuterats mycket. Det faktum att patienten befinner sig i medvetandegrad 15 enligt GCS (Glasgow coma scale) är inte skäl för att man skall kunna utesluta intrakraniell patologi [1].

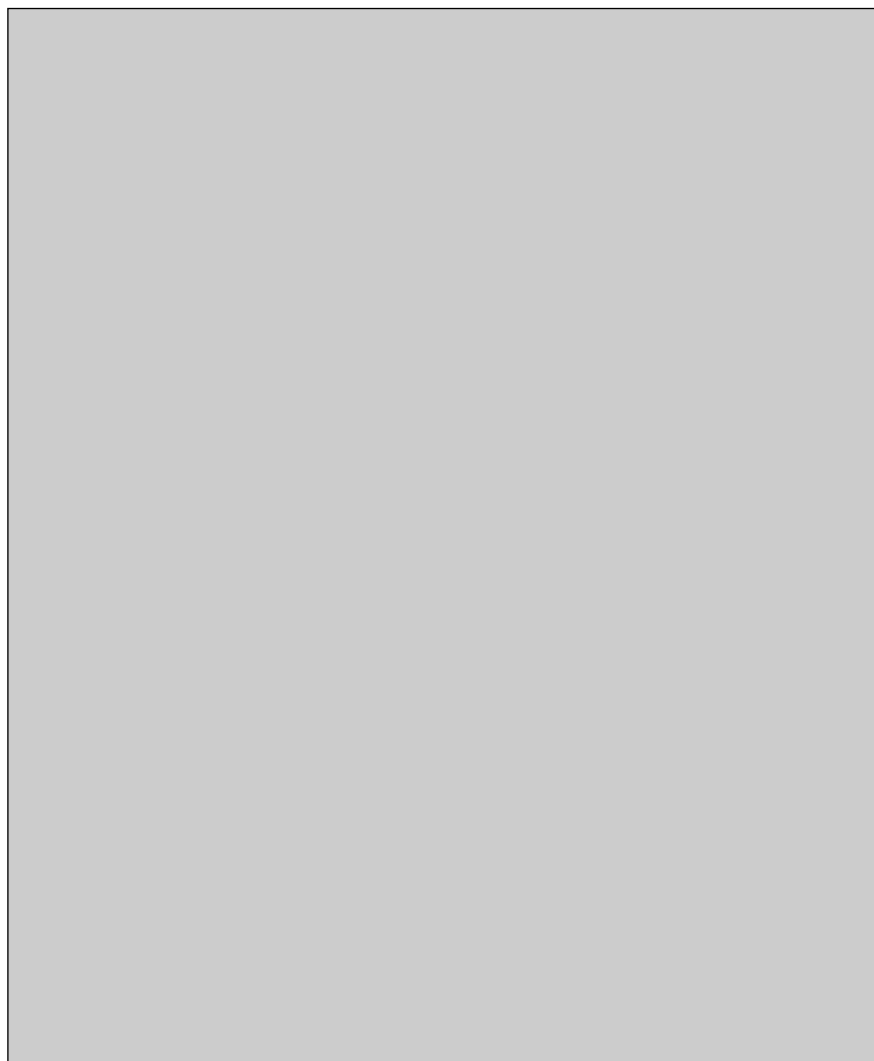
Alkoholpåverkade patienter med lindrigt skalltrauma har en större risk att utveckla intrakraniella komplikationer varför man bör vara extra liberal när det gäller att lägga in patienter av denna kategori för observation och att vid indikation utföra datortomografi av skallen [2]. Dessutom utgör de intoxikerade patienterna ett diagnostiskt problem för klinikern då det kan vara svårt att skilja symtom orsakade av alkoholpåverkan från symtom till följd av skallskada. Exempelvis kan medvetandepåverkan och amnesi orsakas av såväl intoxication som intrakraniell blödning [3].

Är patienten dessutom aggressiv och våldsam ökar den terapeutiska utmaningen och ställer vårdgivaren inför svåra överväganden.

## Författare

JONAS HALFVARSON  
AT-läkare

PETER LOOGNA  
avdelningsläkare; båda vid kirurgiska kliniken, Regionsjukhuset, Örebro.



Vi vill med följande fallbeskrivning belysa den svåra roll som den behandlande läkaren kan ställas inför vid omhändertagande av alkoholpåverkad, aggressiv patient med oklar anamnes på skallskada.

## Hittades liggande på marken

En 32-årig man inkom till akutmottagningen efter att ha hittats liggande på marken vid ett torg. Det fanns inga ögonvittnen men enligt ambulansmännens rapport tros mannen ha ramlat omkull och slagit i huvudet. Några uppgifter om eventuell avsvimning går ej att få

»Patienten uppträdde både verbalt och motoriskt aggressivt varför polis inkallades för handräddning.»  
Personerna på bilden har inget samband med artikeln.

då patienten varken samarbetade vid anamnestagandet eller vid undersökningstillfället. Patienten uppträdde både verbalt och motoriskt aggressivt varför polis inkallades för handräddning. Patienten vägrade svara på frågor och ville själv inte stanna kvar på sjukhuset. Vid den kliniska undersökningen var patienten aggressiv och uppvisade en avsevärd styrka i både armar och ben, varför tillkallad polis tvingades till visst våld för att hålla honom stilla. Han

var fullt vaken men hade ett påverkat sensorium utan fokalsymtom. Alkoholtest på utandningsluft visade 2,5 promille. Patienten var cirkulatoriskt stabil och uppvisade så gott det gick att undersöka inga tecken till fokalneurologiskt bortfall. Eftersom patienten var så aggressiv utfördes även en B-glukosbestämning, som visade normalvärde. Vid inspektion av skalpen fann man en fyra centimeter stor ytlig sårskada i bakhuvudet som suturerades.

På grund av kombinationen av patientens oklara anamnes och hans etylpåverkan diskuterade vi möjligheten att göra en akut datortomografi av skallen. Denna undersökning skulle dock innebära att patienten sövdes mot sin egen vilja. Att lägga in honom på en vanlig vårdavdelning ansågs uteslutet på grund av hans våldsamma beteende. Med tanke på de objektiva fyndens milda art samt att patienten, med undantag för det aggressiva beteendet, var relativt opåverkad sändes han istället till häktet för fortsatt observation och tillnyktring.

Mannen återkom från häktet efter sju timmar då han ej tillnyktrat som förväntat. Patienten observerades då initialt på akutmottagningen och var vid detta skede lugn, väckbar och orienterad till rum och person, det vill säga befann sig i medvetandegrad 14 enligt GCS. Patienten utvecklade dock en tilltagande svaghet i vänster arm och ben, och drygt 12 timmar efter den första sjukhuskontakten utfördes en datortomografi av skallen som visade en 2,5 x 4 x 5 centimeter stor kontusionsblödning i höger frontallob (Figur 1). Patienten skickades härvid till neurokirurgisk klinik för fortsatt observation i ytterligare några dagar utan att någon intrakraniell tryckmätning behövde ske.

Han kunde därefter återgå till hem-sjukhuset för fortsatt vård och observation.

### Öenighet om när datortomografi skall utföras

Hur skall den aggressive alkoholpåverkade patienten i samband med misstänkt skallskada bemötas och handläggas i akutskedet? I vårt patientfall försenades diagnosen hjärnkontusion i drygt 12 timmar. Situationen var så hotfull att vi tvingades till »antiterapeutisk» åtgärd i form av polisingripande. Vad gjorde vi för fel?

Ett flertal författare uppger att den kliniska undersökningen i samband med skalltrauma ofta är ett alltför trubbigt instrument för att avgöra vilka som har intrakraniell skada eller ej [4]. Vissa har föreslagit att en akut datortomografi av skallen skall utföras på alla skallskadade patienter som varit medvetlösa eller som har amnesi för traumat [5]. Andra hävdar att patienter med



**Figur 1.** En frontal kontusionsblödning. Diagnosen som i det aktuella fallet försenades med drygt 12 timmar.

normal medvetandegrad enligt GCS och normalt neurologiskt status utan tecken till fokala skador kan skickas hem från akuten [6]. Masters och medarbetare delade in patienterna med skallskador i tre grupper: de med låg, medelhög respektive hög risk att utveckla intrakraniella skador [7]. Utifrån denna indelning gav de riktlinjer för när ytterligare observation och utredning med röntgen var motiverad. Exempelvis rekommenderade de inläggning, observation och ställningstagande till datortomografi av skallen i gruppen med medelhög risk. I denna grupp ingick bland annat patienter med alkoholintoxikation eller oklar skadeanamnes. Två riskfaktorer som båda fanns i vårt patientfall. Likväl visade Cook och medarbetare [8] att den kliniska undersökningen såväl vid ankomsten som efter en timme var ett alltför trubbigt instrument för att skilja alkoholintoxike-

rade patienter med intracerebral skada från dem utan. De efterlyste dock fler prospektiva studier för att utröna ifall mera selektiva kriterier för datortomografi av skallen skulle gå att tillämpa för denna patientkategori [8].

### Aggressiviteten kan ha många orsaker

Hur kom det sig att vår patient var så aggressiv? Var aggressiviteten ett uttryck för skallskada, alkoholpåverkan, underliggande somatisk eller psykiatrisk grundsjukdom. Det är välkänt att patienter med frontallobsskador, som kontusionsblödningen hos vår patient, löper ökad risk för aggressivt beteende [9]. Likväl kan alkoholberusning i sig orsaka en emotionellt utlöst aggressivitet, på basis av bland annat sänkt impuls kontroll hos predisponerade individer [10]. Vidare kan aggressiviteten ha varit relaterad till en underliggande somatisk grundsjukdom som diabetes, hypoxi, hypovolemi, porfyri och Alzheimers sjukdom eller ett psykiatriskt

**ANNONS**

tillstånd som schizofreni, mani, borderline- och antisocial personlighetsstörning.

Det är således differentialdiagnostiskt svårt att klargöra etiologin till vår patients aggressivitet.

I litteraturen rekommenderas en frukostig hållning till att lägga in och observera alkoholpåverkade patienter då dessa löper en större risk för att drabbas av intrakraniell komplikation, samt då symtomatologin kan vara ett uttryck för såväl alkoholpåverkan som en eventuell underliggande skallskada [11].

I praktiken kan det dock ofta vara svårt att följa dessa riktlinjer då den berusade individen med sitt bristande omdöme ofta tenderar att störa vårdpersonal och övriga patienter vid en inläggning. Om patienten dessutom uppträder aggressivt och hotar personalen är det få somatiska avdelningar som har tillräckliga resurser för att hantera denna patientkategori.

### Kontrollera tidigare journaluppgifter

Hur skall då den aggressive alkoholpåverkade patienten i samband med misstänkt skallskada bemötas och handläggas i akutskedet? Givetvis är det grundläggande att få fram en så fullständig anamnes och status som möjligt. Det är dock lätt att man i denna situation, som i fallbeskrivningen, drar på sig patientens ilska och att konsultationen därigenom omöjliggörs. Man bör försöka övertyga patienten om att man står på hans/hennes sida. För att skapa andrum för såväl sig själv som patienten kan man vid en hotfull situation lämna undersökningsrummet för en kortare tid och, om behandlingsstrategin så tillåter, bjuda på en kopp kaffe eller dylikt när man återvänder [12].

Andra somatiska eller psykiatriska diagnoser som kan utgöra etiologin till det aggressiva beteendet bör man försöka utesluta, varför det är av stor vikt att få fram tidigare journaluppgifter. Vid behov bör man kontrollera labparametrar som B-glukos och artärgas. Graden av alkoholpåverkan bör objektiviseras genom en analys av S-etanol eller med alkoholmeter för att om möjligt bedöma om den korrelerar till patientens aggressiva beteende. Om misstanke om skallskada kvarstår bör patienten stanna kvar för fortsatt observation och utredning.

Ibland kan det, trots handläggning enligt ovan, vara omöjligt att kliniskt undersöka och/eller kvarhålla en våldsam patient. Här måste man noggrant väga patientens rätt till autonomi mot hans/ hennes bristande omdöme och överväga risken för att insättande av livräddande behandling försenas. Dessutom ökar risken för sjukvårdspersonal att ådra sig skador i denna situation, var-

för man i dessa fall kan tvingas till att seditera patienten med exempelvis haloperidol för att kunna kvarhålla honom/henne [13].

Om stark misstanke om svårare skallskada föreligger är snabb intubation och hyperventilation att föredra, för att säkra luftvägar, möjliggöra datortomografisk undersökning av skalle och hindra utvecklande av sekundär hjärnskada.

Vårt fall belyser ytterligare vikten av att alkoholpåverkade personer med lindrigt våld mot huvudet läggs in på vid indikation och att man bör vara liberal med att utföra datortomografi av skallen på patienter av denna kategori. I de fall då patienten sänds hem bör man om möjligt förvissa sig om att det finns någon som kan observera patienten.

### Referenser

1. Taheri PA, Karamanoukian H, Gibbons KG, Waldman N, Doerr RJ, Hoover EL. Can patients with minor head injuries be safely discharged home? Arch Surg 1993; 128: 289-92.
2. Reinius WR, Wippold FJ, Erickson KK. Practical selection criteria for noncontrast cranial computed tomography in patients with head trauma. Ann Emerg Med 1993; 22: 1148-55.
3. Reisner H. Das chronische subdurale Hämatom – Pachymeningeosis haemorrhagica interna. Nervenarzt 1979; 50: 74.
4. Harad FT, Kerstein MD. Inadequacy of bedside clinical indicators in identifying significant intracranial injury in trauma patients. J Trauma 1992; 32: 359-63.
5. Stein SC, Ross SE. The value of computed tomographic scans in patients with low-risk head injuries. Neurosurgery 1990; 26: 638-40.
6. Mohanty SK, Thompson W, Rakower S. Are CT scans for head injury patients always necessary? J Trauma 1991; 31: 801-5.
7. Masters SJ, McClean PM, Arcarese JS, Brown RF, Campbell JA, Freed HA et al. Skull X-ray examinations after head trauma. N Engl J Med 1987; 316: 84-91.
8. Cook LS, Levitt MA, Simon B, Williams VL. Identification of ethanol-intoxicated patients with minor head trauma requiring computed tomography scans. Acad Emerg Med 1994; 1: 227-34.
9. Grafman J, Schwab K, Warden D, Pridgen A, Brown HR, Salazar AM. Frontal lobe injuries, violence, and aggression. Neurology 1996; 46: 1231-8.
10. Heilig M. När utlöser alkohol våld? Läkartidningen 1997; 94: 841-5.
11. Brismar B, Engström A, Rydberg U. Head injury and intoxication: A diagnostic and therapeutic dilemma. Acta Chir Scand 1983; 149:11-4.
12. Palmstierna T, Wistedt B. Negligera/Acceptera ej våld i vården! Läkartidningen 1995; 92: 734-74.
13. Rosenthal M. Management of combative trauma patients. Western Journal of Medicine 1993; 159: 599.

## Utbrott av Y pseudo-tuberculosis i Finland

Ett trettiotal elever i åldern 6–16 år samt skolpersonal på en skola i mellersta Finland insjuknade i mitten av augusti med buksmärtor, feber och ledbesvär. Sex av barnen sjukhusvårdades för misstänkt appendicit; i fyra fall avlägsnades en frisk appendix. Sedermera isolerades *Yersinia pseudotuberculosis* i feces hos ett antal av eleverna och sannolikt har det rört sig om ett utbrott av denna relativt ovanliga infektionssjukdom.

*Y pseudotuberculosis* förekommer enzootiskt hos många däggdjur men humaninfektion är sällsynt. Symptombilden omfattar bl a buksmärtor, feber och pseudoappendicit. Utbrott kan förekomma efter kontakt med smittade djur eller sedan man druckit förorenat vatten. I det aktuella fallet pågår en fall-kontrollstudie för att försöka klargöra smittkällan. Från Finland rapporteras ett trettiotal sporadiska fall under 1996. Infektionen är inte anmälningspliktig i Sverige, men antalet diagnosticerade fall är sannolikt mycket lågt.

## Lassafeber i Tyskland – falskt alarm

Omfattande utredning har inte kunnat bekräfta misstanken om Lassafeber eller annan viral hemorragisk feber (VHF) hos den 37-åriga man, ursprungligen från Ghana, som avled i Mainz den 20 september. Fallet väckte stor uppmärksamhet i massmedierna över hela världen. Mannen inkom akut den 11 september med bl a feber, leversvikt och blödningar. Han försämrades raskt och avled efter nio dagar i multipel organsvikt. Vid obduktionen konstaterades ARDS, akut gul leveratrofi, njursvikt och rhabdomyolys. Den kliniska bilden, tillsammans med tidiga uppgifter om ett nyligen avlagt besök i hemlandet, gav misstanke om VHF och vissa serologiska test gav också stöd för att han skulle ha insjuknat i Lassafeber. Omfattande åtgärder på intensivvårdsavdelningen och övervakning av de personer som kommit i kontakt med mannen gjordes.

Virusodlingar och uppföljande serologiska test var negativa för VHF och då det dessutom inte kunde bekräftas att mannen nyligen rest utanför Europa avskrevs misstanken. Dödsorsaken är fortfarande okänd.

*Epidemiologiska enheten,  
Smittskyddsinstitutet*