

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

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

I litteraturen rekommenderas en friskostig 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 sedera 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. Reiser 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 diagnostiserade 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-årige 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*