

Workshop skallskador – demens, RDK-Örebro 2009

SNABBFRÅGOR – svar kortfrågor

- Hur länge kodar man skalltraumat med S06.5 etc. Ibland ser man att vissa kodar subduralhematom som kroniskt redan efter 1-2 veckor, men det kan väl inte vara rätt?
 - Dr ställer den medicinska diagnosen. Kan ej koda kroniskt traumatiskt subduralhematom.
 - HD Akut traumatiskt subduralhematom S06.5 + yttre orsakskod
- Ibland säger dr bara demens och då får man väl ta F03.9, bättre än inget. Så är det vaskulär demens, när man inte får fler uppgifter, kan man då ta ngn annat än F01.9. Likadant med demens vid Alzheimers, ska man förutsätta att det är sen debut om dr inte särskilt nämner att den debuterat i låg ålder? Annars blir det ju ospecificerat i detta fall också. Eller?
 - 2a HD Demens F03.9
 - 2b HD Vaskulär demens F01.9
 - 2c HD Alzheimer demens F00.9* + G30.9†
- Tar man med demensdiagnosen även om doktorn bara nämner den i anamnesen lite flyktigt. Behöver den vara utredd eller räcker det att doktorn nämner demens i epikrisen.
 - JA
- En patient med tidigare kroniskt subduralhematom (traumatiskt) inkommer efter fall. På CT-hjärna ser man ett inslag av färsk blödning samt det kvarstående kroniska subduralhematomet. Hur koda?
 - HD Akut traumatiskt subduralhematom, fall UNS S06.5 + W19.99
- CT-hjärna visar intracerebral blödning, subaraknoidalblödning och subdural blödning. Koda alla tre?
 - Ja
- Kan man ha Alzheimers sjukdom utan att ha demens? Anledningen till frågan är kodningen F00.9*G30.9+ .
 - JA

- Om en patient som vårdats för ett traumatiskt subduralhematom kommer tillbaka till sjukhuset en månad senare för exempelvis yrsel. CT-hjärna visar kronisk subduralhematom. Ska man då fortsättningsvis koda subduralhematomet med S-kod? Det kan ju finnas kvar länge!
 - Traumatiskt akut subduralhematom S06.5
- Finns det speciella kriterier för att sätta diagnosen demens? (Ibland sätts diagnosen, men i texten står ”patienten är dement”).
 - Demens F03.9
- Kognitiv svikt, hur kodar man det bäst. R41.8A eller i någon F-diagnos?
 - Kognitiv svikt R41.8A

FALL 1

(Man, 27 år, vårdtid 7 dagar)

Inläggningsorsak Multitrauma.

Tidigare sjukdom(ar) Väsentligen frisk.

Aktuell sjukdom Arbetsplatsolycka där han fått en 300 kg tung betongdörr över sig. Initialt medvetslös, därefter vaknat upp och klagar över smärtor i bröstorg och bäckenregion.

Primärt undersökt på hemorten, därefter transport till regionsjukhuset.

Ur inläggningsstatus Vaken, GCS 14. Cirkulatoriskt stabil. Ömmar över thorax framförallt vänster samt vid rotation av höger ben.

Vårdförlopp Patienten går omedelbart på en trauma-CT som kan påvisa en skallfraktur med ett 8 mm stort subduralhematom på höger sida, multipla revbensfrakturer på vänster sida med en liten pneumothorax. Förligger en högersidig scapulafraktur, en högersidig sacrumfraktur samt små ramusfrakturer så väl på höger som vänster sida. Initialt opererad med utrymning av subduralhematomet därefter fortsatt IVA-vård. Tillräcklig smärtstillning, dock försämrad ventilation och patienten reintuberas efter ett dygn. Inläggning av Codmanmätare.

Skallskadevården är invändningsfri. Ventilation och efter 4 dagar kan patienten extuberas.

Flyttas därefter till IVA på hemortssjukhuset. Framgångsrikt behandlat subduralhematom som inte kräver ytterligare åtgärder, en liten vänstersidig pneumothorax som behandlas konservativt samt stabila bäckenfrakturer där ortopediska åtgärder. Pneumoni, fortsatt antibiotikabehandling med Tazocin.

Uppföljning Ingen planerad uppföljning härstades. Överflyttas till hemsjukhuset.

Operation/Åtgärd AAD05 Utrymning av akut subduralt hematom AAA27 Inläggande av Codman tryckmätare DG021 Respiratorbehandling, konventionell

Slutsvar: Ej diskuterat

FALL 2

(Man, 45 år, vårdtid 5 dygn)

Inkommer planerat för acrylatplastik

Anamnes Hypertoni, innan olyckan väsentligen frisk i övrigt. Sambo som nu är god man.

Cykelolycka för 3 år sedan, epiduralhematom. Utvecklat posttraumatisk hydrocephalus, ventrikulo-peritoneal shunt ad modum Codman medos samma år som olyckan. Erhållit acrylatplastik, men detta exstirperades förra året pga pneumocephalus. Är sedan olyckan

boende på särskilt boende, stort hjälpbehov. Inger blickkontakt men lyder inte uppmaning och reagerar ej på tilltal. Spasticitet, mer uttalat på hö sida.

Röntgenfynd Shuntrycket verifierat till 200 mm H2O

Datortomografi DT hjärna granskad av neuroradiolog: Postop undersökning, viss ökning av ventrikelvidden. Minimalt med luft intrakraniellt i anslutning till plastiken.

Förlopp Shunten är på hemorten omställd från 150 till 180 mm H2O, sedan en vecka tillbaka preop. Dygnet innan op ställs shunten upp till 200. Under hela vårdtiden haft svettningar. Tempstegring noteras under operationen. Har antibiotika fram till dräning av galeadrän. Afebril sedan dess. Således ingen tempstegring, tolkas som läkemedelsreaktion. Glatt förlopp postop. Fortsatt vård på hemorten. Utskrivningsstatus Oförändrat jämfört med inläggning

Bedömning Man med hemikraniektomi efter skalltrauma. Ventrikulo-peritoneal shunt. Genomgått op med skallbensplastik.

Planering Fortsatt vård på hemortssjukhuset. Efter helgen bör pat:s shunt sänkas till 150. Ställningstagande till höjning av Baklofendosen bör göras och vid bristande effekt kan man kontakta oss för diskussion kring insättande av intrathekal Baklofenpump
Postop CT bilder skickas över till sjukhuset på hemorten med teleradiologi

Operation Anläggande av acrylatplastik AAK00

Slutsvar:

HD Plastikirurgisk rekonstruktion av skallben Z42.0

BD Förvärvad avsaknad del av huvudet Z90.0

Hydrocefalus posttraumatiskt G91.3

Feber, läkemedelutlöst R50.2

Hypertoni I10.9

Sena effekter efter cykelolycka med vegetativt tillstånd och spasticitet

F07.8 + R40.1 + R25.2 + T90.5 + Y85.9

Förekomst av shunt Z98.2

FALL 3

(Man, 31 år gammal, vårdtid 13 dygn)

Inläggningsorsak Multitrauma, övertages från kirurgkliniken.

Anamnes Tidigare frisk man. Skoterolycka, sannolikt alkoholpåverkad. Vid inkomsten till akut mott RLS 6 med anisokori. CT visade en vä sidig EDH samt kontusioner temporalt hö.

Även fraktur i occipitalkondylen C:0 Opererad på hemorten, därefter överflyttad till NeuroIVA, härvarande klinik, där kontroll CT visade litet kvarstående hematoma som utrymdes. Vårdad först som kirurg pat. Nu överremitterad till oss.

Inkomststatus Intuberad, sederad. Pupiller lika stora. Ingen särskild smärtreaktion.

Röntgenfynd Kontroll MR hjärna/hals rygg visar inga tecken till ligament skada.

Konsult Ögonkonsult med fråganställning till strabismus. Rekommendation att använda Oculentumsalva. Inget signerat svar föreligger för närvarande.

Förlopp Behandlat på IVA enligt Lundamodellen. Fraktur i nacken beh. med halskragge. Tidigare under tiden som kirurgpatient stegrade ICP trots optimering. Behandling med V-drän med successiv förbättring. Codman tryckmätare samt V-drän avlägsnades, pat dekanylerad och överflyttas till NeuroIVA/härvarande klinik. Cirkulatoriskt/respiratoriskt stabil. Bedöms av neurorehab -svaret skall skickas till neurorehab . OBS! Oklar stegring av leverprover.

Komplikationer 10 = Ingen

Utskrivningsstatus Vaken med blickkontakt, rör symmetriskt med alla extremiteter. Försöker att prata.

Bedömning Ung man som har ådragit sig EDH samt intrakraniella kontusioner samt C:0 fraktur. Behandlas först på IVA som kirurgpat, därefter överflyttas till NeuroIVA/härvarande klinik. Flyttas nu till hemorten för fortsatt mobilisering och rehabilitering.

Planering Inget återbesök planeras. Ny kontakt vb. Ytterligare handläggning av ryggfraktur i enlighet med rekommendation från ryggenheten. Pat skall planeras för rehabilitering på neurorehab.

Op/Åtgärd: Temporal utvidgning av befintlig kraniotomi, utrymning av epiduralhematom AAD00

Anläggande av tryckmätare AAA27

Anläggande av ventrikulostomi hö sida /AAF00

Anläggande av hö sidigt frontalt ventrikeldrän AAF00

Respiratorbehandling, konventionell DG021

Inläggande av CVK via vena jugularis (externa eller interna) TPH15

Datortomografi, hjärna x flera AA011

Magnetresonanstomografi, hjärna + halsrygg AA045

Slutsvar: Ej diskuterat

FALL 4

(Man, 84 år vårdtid 5 dygn)

Inläggningsorsak: Bilat hygrom.

Anamnes 84-årig vital man, trots multisjukdom i form av insulinbehandlad diabetes mellitus, tabl behandlad hypertoni, kronisk lymfatisk leukemi i regress, tabl behandlad hyperkolesterolemi, bilat claudicatio intermittens, hormonbehandlad prostatacancer samt CABG operation 5 år sedan med gott resultat.

Strax före jul var pat obältad inblandad i en trafikolycka och är vid inkomsten till sjukhuset bedömd såsom GCS 8. Radiologisk undersökning visar multipla intracerebrala kontusionsblödningar, traumatisk subarachnoidalblödning, Hangman's fracture samt fraktur genom spinalutskott C:3-6.

Trachestomeras men behandlas konservativt avseende på hjärnblödningar samt cervikala frakturerna. Rehabiliteras på avdelningen till spontan andning på trach, förmåga att på uppmaning röra extremiteter samt krama händer. Sondmatning. Förnyad CT hjärna visar bilat hygrom av expansivt utseende för vilket pat inkommer till härvarande klinik för planerad operation av.

Inkomststatus Neurologiskt bedömd såsom RLS 1, dock svårvärderad sensibilitet. Pat följer med blicken på uppmaning, grimaserar, rynkar pannan, blundar samt biter ihop käkarna. Kan krama både händer och vifta med tårna. Tracheostomerad med generella slembiljud och saturation på 93%. Trycksår hälar bilat.

Röntgenfynd Datortomografi hjärna: Status efter kraniotomi med evakuering av hygrom bilat och med inläggning av två drän frontalt, varav spetsen på det högra dränaget ligger i anslutning till fissura Sylvii där det inte går att avgöra om detta ligger i fåran eller ytligt i hjärnparenchymet frontalt. Adekvat läge av vä dränage. Parenchymödem beläget i gyrus singuli bilat samt i corpus callosum. CT pulm: Embolisering till mutlipla lungartärgrenar bilat, atelektasinslag apikalt dorsalt hö ovanlob samt även dorsalt deklivt. Dorsalt lateralt hö underlob pleuranära infiltrat. 1,5 cm stor homogent lågattenuerande expansivitet i vä binjure som misstänks vara incidentalom. Röntgen pulm: Inga grövre infiltrat.

Förlopp Vid inkomsten till härvarande klinik saknar pat trombosprofilax både i form av kompressionsstrumpor samt förebyggande behandling med lågmolekylär heparin. Utvecklar bilat lungembolier och behandlas med CPAP mot 7,5 cm H₂O, och på 50 % syrgas. Med anledning av slembiljud på lungorna insättes även Zinacef i förebyggande syfte och vi ersätter då tidigare given Ciproxinbehandling. Pat opereras avseende sina bilat frontala hygrom och är postop oförändrat status jämförelse med preop.

Utskrivningsstatus Väsentligen oförändrat i jämförelse med inskrivningsstatus. Pat är fortfarande tracheostomerad med slembiljud över lungflten bilat, men förutom en del trötthet upptäcks inga grövre neurologiska deficit - följer med blicken på uppmaning, kramar händer samt rör med tår bilat på uppmaning samt kan blunda och grimasera och bita ihop käkarna.

Bedömning 84-årig sedan tidigare vital men multisjuk man som i samband med trafikolycka strax före julhelgen ådrar sig multipla intracerebrala kontusionsblödningar, traumatisk subarachnoidalblödning, hangman's fracture, samt fraktur genom spinalutskotten C:3-C:6 - behandlas initialt konservativt men då pat radiologiskt visar sig ha bilat frontala hygrom med expansivt utseende inkommer han för operation och opereras utan större komplikationer och befinner sig postop i sitt tidigare tillstånd. Dock på avdelningen utvecklar pat bilat lungembolier och behandlas för detta medelst kompressionsstrumpor samt lågmolekylärt heparin.

Planering Pat utskrives till IVA vid hemortssjukhuset såsom kirurgpat för fortsatt vård avseende lungembolier, frakturer och trycksår.

Op/åtg: Utrymning av bilat hygrom AAD10, AAD10 Utrymning av kroniskt subduralt hematom, DG001 Behandling med CPAP

Slutsvar: Ej diskuterat

FALL 5

(Man, 55 år, vårdtid 55 dygn)

Inläggningsorsak Multitrauma.

Anamnes Pat inkom i början av november efter singelolycka, krockat med älg. Troligtvis ej bältad. Bedömts som RLS 7. Vä pupill dilaterad, ljusstel. Hö pupill normal. Nedsatta andningsljud, syresättningsproblem vid inkomsten till akuten, varför han erhöll ett pleura drän hö. Uppföljande trauma- CT visar dock att det ligger i lungparenchymet. CT skalle i övrigt visar kontusioner, intrakraniell luft, ansiktsfraktursystem. Blod prepontint. Skallbasfraktur och blod subarachnoidalt. Tidigare känd hypertoni

Inkomststatus Intuberad, sederad, ingen reaktion på smärtstimulering. Hostar vid sugning i tuben

Förlopp Långvarigt vårdförlopp, under vilket bla misstänkt likvorläckage från komplicerat ansiktsfraktursystem. 1 mån efter inkomst konstaterades DVT, även misstanke om lungemboli, dock har man avstått från spiral-CT pga för högt krea. Insatt på högdos Fragmin. Stora andningsproblem, dock successivt lyckats att träna pat ur respirator, kräver dock CPAP. Misstanke om tidigare likvorläckage, pneumokockvaccinerad i början av januari. MR hjärna visar djupt liggande skador motsvarande DAI. Respiratoriskt stabil med 6 liter syrgas på trachnäsa korta stunder och därutöver CPAP. Nu afebril, varvid antibiotika (Tazocin) sätts ut. Pat överflyttas till neurorehab för fortsatt vård.

Komplikationer 9 = Likvorläckage, dock inga tecken till detta vid utskrivning. 6 = DVT med misstänkt lungemboli

Utskrivningsstatus Pat tittar upp, ger liten blickkontakt med hö öga. Oculomotoriuspares vä öga. Lyder inte uppmaning, rör inte i extremiteterna. Reagerar med ögonöppning på smärta. Afebril.

Bedömning Således man, multitrauma, krockat med älg. Lång vårdtid både på IVA och neuroIVA, bla med likvorläckage, DVT, misstanke om lungemboli samt pneumoni. MR med misstanke om DAI. Efter överenskommelse med neurorehab överflyttas pat dit för fortsatt vård och rehabilitering.

Planering Inga återbesök till neurokirurgen planeras. Överflyttas till neurorehab.

Op/åtgärd:

AAF00 Ventrikulostomi

AAA27 Inläggande av tryckmätare ad modum Codman

QAB05 Sårrevision

AAA27 Inläggande av intracerebral tryckmätare

QAB05 Sårrevision i huvud-halsregion

DG021 Respiratorbehandling, konventionell

DG001 Behandling med CPAP

TPH15 Inläggande av CVK via vena jugularis (externa eller interna)

JDB10 Perkutan gastrostomi

GBB00 Trakeostomi

Slutsvar: Ej diskuterat

FALL 6

Vårdtid 2 dygn

Anamnes: Kvinna som fallit hemma. Sårskada i pannan. Inkommer pga detta.

Förlopp: Genomgår CT-skalle samt rtg hö knä, båda väsentligen ua. Pat obs på avd.

Välmående. Försörj sig per os och utskrivs i gott skick till hemmet utan planerat återbesök.

Slutsvar: Ej diskuterat

FALL 7

Vårdtid 1 dygn

Anamnes: Man som är sjukpensionerad pga whiplashskada. Nu fallit ur sängen, sårskada i pannan. Sårskadan sutureras.

Förlopp: Inlägges som commotioobs. Välmående på morgonen. Utskrivs i gott skick till hemmet utan planerat åb.

Slutsvar:

HD Sårskada i pannan, fall ur sängen S01.8 + W0604

KVÅ Suture i pannan QAB00

FALL 8

Vårdtid 1 dygn

Anamnes: Man som inkom efter mindre trauma mot huvudet. Vid inkomsten RLS 3-4. Akut CT skalle visar stort högersidigt subduralhematom med ordentlig överskjutning av medellinjestruturer och begynnande inklämmning.

Förlopp: Då undertecknad ser patienten på IVA är han moribund och vi avstår från ytterligare åtgärder. Anhöriga informerade. Pat går ad mortem i anhörigas närvaro.

Slutsvar:

HD Akut traumatiskt subduralhematom med oklart olycksfall S06.5 + X59.99

FALL 9

Vårdtid 3 dygn

Inläggningsorsak: Cykelolycka

Anamnes: Väsentligen frisk man. Inkom efter cykelvurpa på ishalka. Amnesi retrograd men ingen påvisad medvetandeförlust. Sårskador i ansiktet. Inlägges fastande.

Förlopp: CT hjärna ua men på ansiktsskelettet ser man frakturer vänster axillarsinus framvägg samt käkhålans laterala begränsning till vänster, laterala orbitaväggen och argus zygomaticus. Övervakning på avd ua. Öronkonsult förordar reponering som utföres under vårdtillfället. Tertiär undersökning visar misstanke om fraktur vänster dig 5 men rtg kan utesluta detta.

Bedömning: Pat mobiliseras och återgår till hemmet.

Uppföljning: Återbesök till ÖNH

Slutsvar:

HD Multipla frakturer på huvud och hals S02.7 eller Fraktur på orbitavägg S02.8

BD Commotio S06.0

Multipla sårskador S01.7

Beroende på vad som utförts på operation är det detta som blir huvuddiagnos, detta framgår inte av journaltexten, fråga dr! Förmodligen reponering av orbita och då blir detta huvuddiagnos med tillägg av bidiagnoser zygomaticusfraktur S02.4 och maxillarfraktur S02?

FALL 10

Vårdtid 5 dygn

Inläggningsorsak: Skalltrauma

Anamnes: Pat har trillat i köket och slagit i huvudet. Varit avsvimmad. Amnesi runt händelsen. Tilltagande illamående. Kommer med tydlig bula i pannan samt uttalade brillenhematom. Pat har sedan tidigare haft en stroke för 8 år sedan med sequele i form av väsid svaghet.

Förlopp: CT-hjärna visar väsid intracerebral blödning av kontusionsutseende 10 x 3 x 10 mm. Inlägges på avd för obs. Lite oklart huruvida fallet har uppstått. Man länkar över bilder till Storsjukhuset där det beslutas om 0 intervension. Dock ska Trombyl och Persantin pausas. I 3 v. Kontroll med Ct visar oförändr status. Beställer en medicinkonsult för att ev utreda synkope. Det framkommer dock under medicinskonsulten att pat snubblat på matta i köket och därefter slagit i huvudet och att det faktiskt är detta fall som utlöst avsvimningen. Pat har haft lätt huvudvärk och kortvarigt yr under vårdtillfället. Beslut om Inohep 4500 E. Förbättras och återgår till hemmet.

Bedömning: Kvinna som varit inlagd för obs av commotio. CT har visat lättare konstusionsblödning vänster sida frontalt. Åter v b.

Slutsvar: Ej diskuterat

FALL 11

Vårdtid 1 dag

Inläggningsorsak: Skalltrauma

Anamnes: Förare av lastbil som backat bilen med huvudet utanför neddragen sidoruta och klämt huvudet mellan vägg och vindrutestolpe. Inkommer intuberad och sederad från Kuststad för rtg och vidare handläggning. Ljuströg, dilaterad vänster pupill. Babinski neg vänster, svårbedömd höger. Reagerar någorlunda på smärta och bedömes vara RLS 4.

Förlopp: CT visar impressionsfraktur tempoparietalt höger om c:a 2-3 cm med flera fragment. På vänster sida ser man ett skalformat större fragment, intryckt ungefär en benbredd. Intrakraniellt finns luft med liten tredje ventrikel och utslätade sulci. I övrigt inga tecken till traumatisk skada, varken på halsrygg, bröstorg eller buk. Fraktur i ansiktsskelett av Le Fort typ 3. Blödningar i samtliga sinus. Status i övrigt talar inte för någon ytterligare skada. Labmässigt ser man ett Hb på 118, mikrocytär anemi, S-etanol neg..

Bedömning: Bilderna länkas till Neurokirurgen i Storstad som accepterar överremittering av pat och han transporteras dit för op.

Slutsvar:

HD Skallbasfraktur efter trafikolycka, förare av lastbil S02.1 + V68.52
(övriga förslag S02.7, S06.3, S06.8,
V67.32, V67.99, V57.02)

BD Zygomaticusfraktur S02.4

Anemi D64.8

(övriga förslag D59, R40.2, S02,1)

FALL 12

Man 54 år. Vårdtid 1 dag.

Tidigare frisk man. Varit på begravning, känt sig illamående och gått ut ur kyrkan och ramlat. Oklart hur falltraumat gick till. Vid inkomsten RLS 2, cirkulatoriskt och respiratoriskt stabil. Pratbar. Blödde ur vänster öra. Ingen avvikande neurologi.

Inlades på IVA. CT skulle visa skallbasfraktur samt kontusionsblödningar frontotemporalt bilateralt. Kontakt med neurokir i Storstad. Han överförs dit i intuberat tillstånd enligt deras önskemål.

Slutsvar:

HD Fokal kontusionsblödning efter fallolycka utanför kyrka S06.3 + W19.28
(Övriga förslag S06.8)

BD Skallbasfraktur S02.1

FALL 13

Man 38 år. Vårdtid 1 dag

Pat med okänd bakgrund som inkommer i etylpåverkat tillstånd, S-Etanol 60, efter att han ramlat utför trappa 13-14 trappsteg och blivit funnen medvetslös nedanför. Vid inkomsten RLS 3. Cirkulatoriskt och respiratoriskt stabil. CT hjärna visar stor epiduralblödning frontalt vänster samt en intrakraniell blödning ovanför denna. Dessutom skallbasfraktur innefattande orbita Pat läggs in på IVA, intuberas och läggs i respirator. Det tas kontakt med neurokirurg i

Storstad som förordar akut utrymning här på platsen eftersom bilderna som länkats till dem verkar påvisa en begynnande inklämning. Neurokirurgen föreslår att vi skall göra en Hesselblad. Han menar att vi skall ta upp en 4-hålig lambå och röja rent från blod och koagler. Därefter lägga tillbaka alternativt med ståltråd fixera lambån och sedan lägga drän utanpå och sy galean och huden med fortlöpande sutur. Operationen utföres utan komplikationer. Då det visar sig att Storstads sjukhus inte kan ta emot pat tas kontakt med Mellanstads sjukhus sjukhus. Helikopter därifrån kommer och transporterar pat dit för postoperativ vård och eventuell reoperation.

Slutsvar:

HD Epiduralblödning, fall i trappa, S-Etanol 60

S06.4 + W10.99 + Y90.8

BD Intrakraniell blödning, fall i trappa S06.8 + W10.99

Orbitafraktur UNS S02.8 + W10.99

Skallbasfraktur S02.1 + W10.99

Alkoholintoxication F10.0

Gruppen oense vad gäller F10.0 om den skall vara med eller inte.

+ KVÅ

FALL 14

Man född 1955. Vårdtid 22 dagar.

Intagningsorsak Övertages från kirurgkliniken, IVA för kirurgisk eftervård.

Anamnes Patient med insulinbehandlad diabetes mellitus, hepatit C. Upprepade kramper och delirium. Traumatiska subduralblödningar.

Inkommer nu till kirurgakuten efter falltrauma, påvisade akut subduralhematom, går till stort sjukhus och opereras där. Postoperativ CT visar epiduralhematom höger som utrymd. Även frontallobsblödningar som ej utryms påvisas där.

Vårdförlopp Överflyttad till kirurg-IVA för fortsatt vård och överremitteras sedan till medicinkliniken och övertas där.

Förbättrad avseende sin funktion. Patienten tempas dessutom och det rinner från såret. Man kontrollerar då att det inte rör sig om liquor, men det rör sig nog om sårvätska. Odling tages och patienten erhåller antibiotikabehandling. Får Ciproxin i tablettform här på avd. Har dessutom tidigare Tegretol och vi lägger nu till Keppra varpå detta ger med sig. Uppföljande CT-undersökning här visar klar regress av blödningarna. Patientens infektion i op-såret avtar med tiden också. Förbättras. Hans blodsocker är dåligt balanserat och vi gör en del justeringar där, höjer hans insulin till kvällen då han har Insulatard till 28 E. Lägger dessutom till NovoMix 16 E på morgonen. Därefter ser det något bättre ut, men patienten missköter detta å det grovsta.

Bedömning Således eftervård efter utrymning av subduralhematom och epiduralhematom på stort sjukhus. Även haft en infektion och dessutom svårstört blodsocker samt lite EP-ryckningar i vänster arm.

Uppföljning Remiss utfärdad till dagsjukvården för uppföljning av hans kognitiva funktion. Blodsocker och EP-medicin får uppföljas via patientens husläkare. Epikriskopia skickas dit. Åter till medicinkliniken vid behov.

Slutsvar: Ej diskuterat

FALL 15

Kvinna född 1931. Vårdtid 13 dagar

Intagningsorsak Inkommer pga traumatisk subarachnoidalblödning med skallbasfraktur.
Anamnes AVM-blödning 1997, postapoplektisk epilepsi. Krampfri sedan 2002. Kronisk yrsel- och ostadighetsbesvär. Opererad för cancer mammae vänster bröst. Slagit huvudet i trottoarkant vid promenad. Ådragit sig skallbasfraktur med subarachnoidalblödning. Inlagd kirurgen. Överförd IVA. Kontakt med NK-jour som rekommenderar konservativ behandling. Sedan inkomsten förvirrad och orolig. Kontroll-CT utan tecken till blödning.
Vårdförlopp Inlagd avdelningen. Fortsatt förvirrad under vårdtiden. Kontroll-CT utan tecken till hydrocephalusutveckling eller ökad blödning. Kvarstående förvirring. Patienten vårdplaneras. Make med stark önskan om att vårda patienten i hemmet. Kvarstannar över helgen. Återgår därefter till hemmet.
Uppföljning Erhåller recept på Movicol, Heminevring samt Panodil. Remiss till dagsjukvården för uppföljning av patienten. Tidvis har patienten varit orolig och därför erhåller patienten 2 kapslar Heminevrin till natten samt 1 kapsel vid behov. Maken instrueras om detta förfarande. Vid problem under helgen i första hand kontakt med avdelning.

Slutsvar: Ej diskuterat