

## ALKOHOLIN KÄYTÖN VAIKUTUS ENSIVAIHEEN HOITOPAIKAN VALINTAAN AIVOVAMMAPOTILAILLA

Rahul Raji<sup>1,2</sup>, J Siironen<sup>2</sup>, R Kivisaari<sup>2</sup>, M Kuisma<sup>1</sup>, MB Skrifvars<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>HYKS, ATEK, <sup>2</sup>HYKS, Neurokirurgian klinikka, Helsinki

### Tutkimuksen tarkoitus

Hoito neurokirurgiaan erikoistuneessa sairaalassa parantaa selviämistä traumaattisen aivovamman jälkeen (1). Tämä edellyttää aivovamman vakavuuden luokittelua, joka ensihoidossa perustuu mm. potilaan tajunnantason luotettavaan arviointiin (2). Potilaan samanaikainen humalatila laskee tajunnan tasoa ja vaikeuttaa arviointia (3). Tämän tutkimuksen tarkoitus on selvittää potilaan humalatilan osuutta viivästyneeseen hoidonohjaukseen tehohoitoa vaativan vammautumisen jälkeen Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirissä (HUS).

### Aineisto ja menetelmät

Töölön sairaala on ainoa neurokirurgista hoitoa tarjoava yksikkö HUS:n alueella. Tutkimukseen otettiin Töölön sairaalan eri teho-osastoilla hoidettuja potilaita, joilla todettiin traumalöydös pään tietokone-tomografia (TT) -kuvauksessa v. 2009-2010 välisenä aikana, ja joiden vammautuminen tapahtui Helsingin ja Uudenmaan alueella. Yli viikkoa vanhemmat vammat ja krooniset subduraalihakematomat suljettiin pois tutkimuksesta.

### Menetelmät

HYKS Operatiivinen tulosyksikkö myönsi tutkimukselle tutkimusluvan. Potilaiden ensihoitokaavakkeet, sairauskertomukset ja pään TT-kuvat tarkasteltiin. Alkoholinpitoisuus  $\geq 2,3$  promillea (puhallustesti ensihoidossa) määriteltiin korkean alkoholinpitoisuuden rajaksi (4). Potilaan määriteltiin olevan alkoholin ongelmakäyttäjäksi, mikäli siitä oli erikseen maininta sairauskertomustekstissä. Päätepiteenä käytettiin

kuljetusta suoraan Töölön sairaalaan verrattuna kuljetukseen muuhun hoitopaikkaan. Analyysit tehtiin SPSS 20.0<sup>®</sup> ohjelmalla.

### Tulokset

Kaikista potilaista 60% ( $N = 281$ ) vietiin tapahtumapaikalta suoraan Töölön sairaalaan ja 40% ( $N = 191$ ) toiseen sairaalaan. Potilaiden keski-ikä oli 49,9 vuotta (SD 20,7 vuotta) ja miesten osuus oli 70,3% ( $N = 332$ ). Aineistossa 34%:lla ( $N = 161$ ) oli merkintä alkoholin ongelmakäytöstä, ja 6,5% ( $N = 29$ ) puhalsi ambulanssissa yli 2,3 promillea. Todennäköisyys siihen että potilas kuljetettiin muuhun hoitopaikkaan kuin Töölöön olivat monimuuttujamallin avulla: vamma päiväsaikaan (OR = 2,1; CI = 1,1 – 3,8), matalaenerginen vamma (OR = 8,2; CI = 2,0 – 34,0), GCS 3-8 (OR = 1,0), GCS 9-12 (OR = 2,6; CI = 1,0 – 6,7), GCS 13-15 (OR = 3,7; CI = 1,5 – 9,1), ei merkittävää kallonulkopuolista vammaa (OR = 4,9; CI = 1,8 – 13,6), alkoholinpitoisuus  $\geq 2,3$  promillea (OR = 5,9; CI = 1,7 – 21,3), merkintä alkoholin ongelmakäytöstä (OR = 2,94; CI = 1,54 – 5,56).

### Johtopäätökset

Alkoholin väärinkäyttäjät ja humalassa olevat potilaat, joilla on traumaattinen aivovamma, kuljetetaan usein ensisijaisesti muuhun sairaalaan kuin neurokirurgiseen yksikköön. Lisätutkimuksia tarvitaan siitä, miten tämä vaikuttaa potilaiden ennusteeseen ja hoitokustannuksiin sekä siitä, miten potilasohjausta voitaisiin kehittää ilman, että neurokirurginen yksikkö ylikuormittuisi päihtyneistä potilaista. ■

### Viitteet

1. Prehospital Emergency Care 2008; 12: S1-2.
2. Lancet 1974; 2: 81-4.
3. J Trauma 2010; 69: 1176-81.
4. Arch Surg 2006; 141: 1185-91.