

# PRAKSISNYTT - FIH

## Praksis - konsulent - ordningen

Samarbeid Informasjon Kommunikasjon  
Allmennpraksis - Sykehus – Spesialistpraksis

Nr 4/2001 3. årgang 20.03.01

[Hjerneslag](#)  
[Praksiskonsulentene](#)

[Litt om Diabetes hos barn](#)  
[Redaksjon](#)

## HJERNESLAG

Hjerneslag er et klinisk syndrom og er definert av WHO som "Rapid developed clinical signs of focal (or global) disturbance of cerebral function, lasting more than 24 hours or leading to death, with no apparent cause other than of vascular origin".

Som en hovedregel skal alle pas. med hjerneslag innlegges i sykehus.

Slagsyndromet kan deles i tre patologiske typer:

1. Iscemisk slag. (hjerneinfarkt). Utgjør 80-85% av alle slag.
2. Intracerebral blødning (10-15%)
3. Subarachnoidal blødning (3-5%)

Subarachnoidal blødning er forskjellig fra de andre i patofysiologi, symptomer og behandling, og tas hånd om av nevrologene ved FIH.

Ved hjerneinfarkt eller mistanke om intracerebrale blødninger, legges disse pas. Inn i med. avd., og vil i mottagelsen bli vurdert for innleggelse i slagenheten.

Medisinsk avd. ved FIH var tidl. ute med slagenhet pga. et prosjekt i 1989, og det er fortsatt med. avd. som har ansvaret for akutt beh. og oppfølging av denne pas. gruppen.

Slagenheten/med.-3, har i utgangspunktet 8 senger til disposisjon, så det er ikke kapasitet til å ta imot alle slagpas.

### Følgende blir ikke prioritert:

- Pas. som er komatøse ved innleggelsen
- Pas. med store sekveler etter tidl. slag.
- Pas. som kommer fra sykehjem
- Pas. som pga. annen sykdom har dårlig prognose for overlevelse eller funksjon: f.eks: metastaserende cancer, inkompensert hjertesvikt tross optimal behandling, betydelig demens.
- Mer en 1 ukes sykehistorie fra aktuelle slag. (kan evt. tas poliklinisk)

Hos noen av de dårligste pasientene som f.eks. allerede har en sykehjems plass, er det derfor aktuelt å evt. la pas. bli der han/hun er om et slag skulle tilkomme.

Slagenhet:

Det er ikke mulig å gi optimal slagbehandling andre steder enn ved en slagenhet. Dødeligheten halveres i akuttfasen hos pas. som legges inn ved slagenhet i forhold til dem som legges inn ved vanlige sengeposter. Nøkkelen er et faglig drillt personale som jobber med slagpasienter hele tiden. Pas. mobiliseres raskt, innen 24 timer, og en er oppmerksom på evt. komplikasjoner.

Blålys ??

Sykehuset ønsker dem inn så raskt som mulig inn i avdelingen for å starte kartleggingen av pasienten. (en del har forresten samtidig hjerneinfarkt). Pr. i dag kan enn ikke begrunne bruk av blålys eller helikopter.

Men: Det er søknad inne i EU om å få godkjent indikasjonen iscemisk hjerneslag med symptom debut innen 3 timer for trombolys behandling (Actilyse). Mye tyder på at denne indikasjonen blir gjeldene også i Norge. Da blir tidsvinduet betydelig trangere, så allerede nå bør vi "piffe" opp aksen med primærlege-ambulansesykehus-røntgen-slagenhet, for å være i stand til å kunne gi dette tilbudet.

### Allmenne behandlingsprinsipper

Før eller i forbindelse med innleggelse:

- Sekundær arteriell hypertensjon skal ikke behandles. Høyt BT er "fysiologisk" ved hjerneslag, og ved systolisk BT mindre enn 160, bør en tenke på andre diagnoser.

**Pas. med BT over 200/120 bør oftalmoskoperes akutt; malign hypertensjon skal ledsages av øyebunnsforandringer grad III/IV: Papilleødem, exudat, blødninger.**

- Iv. Væskefordeling: dehydrering bidrar til lavere og mer ustabil blodtrykk i akutfasen. Der gis derfor Ringer 1000ml første 12 timer. Ikke glukose, som kan øke hjerneødem tendens.
- Oksygen: Dersom O2 metning er lavere enn 94% anbefales O2 tilførsel. Ikke nødvendig ved normal oksygenering. (enkelte us. tyder på at O2 kan være skadelig ved normal metning i forbindelse med lette og moderate slagutfall.
- ASA? Klinisk kan det være vanskelig å skille blødning fra infarkt. Det er ikke overbevisende tall på at det er mye å vinne på å gi ASA tidlig. Øker jo blødningsrisikoen.

**Konklusjon: Ikke ASA før cerebral CT er tatt.**

- Paracetamol: evt. ved tp. over 38.
- Trombolyse: Pr. i dag er det kun ovl. Thomassen ved nevrologi ved Haukeland som i Norge bruker trombolyse ved beh. av slagpasienter. Fordelene er usikre, risikoen er betydelig, så det avventes mer forskning på dette området.

**Før slaget sette inn:**

God blodtrykkskontroll, god diabetes kontroll, røykekutt, marevan beh. til pas. over 60 år med atrieflimmer, mosjon minimum 30 min. 3 ganger pr. uke. 2-3 fiskemåltider pr. uke reduserer slagrisikoen hos kvinner. Kolesterol: det er ikke vist at det hos hjerteferiske forebygger slag ved å sette ned kolesterolet. Studier pågår. Men statiner har innvirkning på plaque i stabiliserende retning, også carotidplaque.

**TIA – pasienter:**

- Alle TIA pasienter vurderes for ø.hj. innleggelse.
- Repeterende TIA eller TIA på ASA eller Marevan, bør innlegges som ø.hj. i slagenhet for antikoagulasjonsbehandling.
- Dersom TIA symptomene er komplett forsvunnet og tilstanden virker helt fredelig, kan rask pol.klinisk utredning vurderes. Dette gjøres av praktiske årsaker på Ger.pol. av med.lege som også har slagenheten
- Cerebral CT og Albyl E 160mgx1 administreres i evt. ventetid.

Randi Ofstad og Eric Mills

## **Litt om Diabetes hos barn.**

**Diagnosen:**

Er lett, *bare man tenker på det!* Urinsticks avgjør saken.

Ved utslag på sukker på urinsticks hos barn, er det ingen vits å kontrollere og komme igjen neste dag osv.

Spør du Dag Roness, så sier han; "De skal innlegges samme dag !"

Nyoppdaget diabetes hos barn er ikke til å spøke med. De kan utvikle ketoacidose, som fort kan bli vanskelig og farlig

**Senere:**

I Norge er der tradisjon for at 2.linje tjenesten beholder diabetes barna. FIH har diabetes team med lege D.Roness, 3 sykepleiere, et personell fra BUP, samt ernæringsfysiolog.

Ved første gangs innleggelse blir barna og foreldre ofte på sykehuset ca. 14 dager.

Etter utskrivelse kommer diabetes sykepleier ut i barnehage eller skole for å orientere medelever og lærere.

Barna har åpen dør status på sykehuset for sin diabetes. Og sykehuset lover å bli flinkere å sende oss epikriser etter kontroller.

**Behandling:**

1. Konvensjonell insulin beh. med 2-3 inj. daglig. Dette gjelder de fleste.
2. Multi inj. beh. 5-6 x daglig. ;for de litt eldre og motiverte.
3. Pumpebehandling: for de få utvalgte

**Akutt hypoglycemi:**

Vi må ikke gi for konsentrert glucose iv., pga risiko for hjerneødem.

**Følgende råd kan noteres:**

- 20% glucose: 1 ml/ kg. barn (har du det i legetasken ?)
- honning eller sirup på gommen
- Glucagon gir hodepine, så det er det ikke så mange som bruker

Dag Roness & Eric Mills

**Dette er praksiskoordinator / praksiskonsulentene ved FIH: Ansvar for:**

**Dr Marianne Svindland** telefon direkte 52 73 20 60 (FIH onsdag) Radiologisk avdeling og sentrallab.

**Dr Tor M Aune** telefon direkte 52 85 75 36 (Kopparen) Medisinsk og nevrologisk avdeling

**Dr Tore Haaland** telefon 53 76 80 10 (Ølen) Gynekologisk avdeling

**Dr Eric W Mills** mobiltel 90 89 39 80 (Etne) Barne avdeling

**Dr Ingvald Vika** ØNH og Øyeavdeling

**Dr Lars Johan Lysen** Kirurgisk avdeling

Praksiskonsulentordningen Fylkessjukehuset i Haugesund 5513 HAUGESUND	Redaktør Eric W. Mills praksiskoordinator-vikar Spesialist i allmenmedisin	Telefon sentralbord: 53 75 81 00 Telefon direkte: 908 93 980 Telefax: 53 75 81 06
---	--	---