# Skalltrauma

**Traumatiska hjärnskador (Traumatic Brain Injury, TBI):**

Skalltrauma som inträffat inom 72 timmar handläggs på kirurgakuten. Vid syncope innan fallet handläggs patienten på hjärtakuten. Om skallskadan är äldre än 72 timmar handläggs patienten på medicinakuten. Om de 2 sistnämnda fallen har sårskada skall detta bedömas och vid behov sutureras av kirurgjouren (akutläkare eller kirurgmellanjour) snarast möjligt för att inte fördröja eventuell arytmiövervakning eller handläggning av stroke.

Traumatiska hjärnskador (TBI) indelas i:

Minimal TBI (GCS 15)

Lätt TBI (GCS 14)

Medelsvår TBI (GCS 9-13)

Svår TBI (GCS 3-8)

**Minimal TBI:** dessa patienter behöver inte utredas med CT-skalle om de inte har amnesi/medvetande påverkan från olyckstillfället eller fokal neurologi. Om patienten har någon av nedanstående riskfaktorer bör patienten utredas med CT-skalle:

– antikoagulantia (ASA, Waran, Clopidogrel, NSAID, Pradaxa, Xarelto, Brilique, Efient) eller koagulopati (inklusive levercirros, njurinsufficiens)

- inopererad Shunt

- multitrauma

- misstänkt skallbasfraktur, skallfraktur eller impressionsfraktur

Följande symptom/kliniska fynd bör föranleda misstanke om skallbasfraktur och utredning med CT-skalle:

periorbitala echymoser, retroauriculära echymoser, rhinnorea, otorrhea, hematotympanon, dövhet, yrsel, facialispares, anosmi och intrakraniell luft (pneumocephalus enligt CT-skalle).

Patient med **lätt TBI** bör utredas med CT- skalle eller övervakning. Patient med **medelsvår-** och **svår TBI** bör utredas med CT-skalle. Samtliga skallskador handläggs enligt ATLS-konceptet.

Patient med TBI och Waran, Pradaxa, Xarelto, Birlique, Efient, Clopidogrel eller koagulopati bör observeras inneliggande även om CT-skalle är blank.

Hemgångsfärdig patient som har frikänts kliniskt eller kliniskt och radiologiskt får inte vara ensam närmaste 24-timmarna. Om patienten är ensamboende bör inläggning för observation på vårdavdelning ske. I annat fall kan patienten observeras av anhöriga och väckas varje timme initialt upp till 6 timmar efter traumat sedan kan man glesa ut det till varannan timme. Patienten skall uppmanas att söka akut igen om något av följande inträffar:

Medvetandesänkning, tillkomst av illamående, kräkning, personlighetsstörning, epileptiskt anfall, synrubbning, hjärtarytmi, tilltagande huvudvärk, blod eller vätska från öra eller näsa samt svaghet eller känselbortfall i armar eller ben.

**Halsrygg (undersöks tillsammans med ortopedjouren vid traumalarm):**

Halsryggen skall alltid undersökas kliniskt vid skalltrauma. Vid minimal TBI och i vissa fall även vid lätt TBI bör klinisk undersökning avgöra om patienten skall undersökas med CT-halsrygg eller inte.

Särskild hänsyn ska tas till patienter med Mb Bechterew, RA, osteoporos, svårt skadad patient, förekomst av neurologiska symptom, patient som äldre än 75 år, intoxikerad/påverkad patient samt patient med signifikant skalltrauma som t ex fallhöjd över 1m eller 5 trappsteg, axialttrauma mot huvudet, hög hastighets trafikolycka (>100km/tim) samt vid cykel/moped/MC-olycka.

Vid svårare skalltrauma än ovan och i synnerhet om patienten är medvetande sänkt rekommenderas utredning med CT-halsrygg.

Vid beslut om CT-halsrygg skall halsryggen immobiliseras med halskrage och patienten skall ordineras ryggläge. Huvudändan får höjas till max 30 grader. Halskragen bör inte sitta mer än 4 timmar.