

Dyb venetrombose og fatal lungeemboli hos en fikseret patient

1. reservelæge Asker Stig Nielsen

Psykiatrisk Hospital i Århus, Afsnit N

Der omtales et tilfælde, hvor en patient med skizofreni fik dyb venetrombose og fatal lungeemboli i forbindelse med tvangsfiksering. Sygehistorien giver anledning til overvejelse om forebyggelse af dyb venetrombose i forbindelse med tvangsfiksering.

Sygehistorie

En 46-årig mand med skizofreni, indlagt gennem fem måneder på en psykiatrisk afdeling på grund af psykotisk tilstand, blev på grund af voldelig og farlig adfærd fikseret med bælte samt to håndremme og to fodremme (dag 1). Begge håndremme og den ene fodrem blev løsnet efter otte timer, mens den sidste fodrem blev løsnet på dag 6. Patienten blev daglig tilset og vurderet af en læge, og det fandtes nødvendigt at opretholde fikseringen pga. fortsat farlighed. Han afviste mad og drikke, blodprøvetagning, medicin og ethvert forsøg på kontakt. Dag 1 blev der givet injektion med diazepam 10 mg intramuskulært. Dag 2 blev der givet injektion med risperidon depot 37,5 mg intramuskulært, zuclopenthixol 10 mg intramuskulært, biperiden 5 mg intramuskulært og zuclopenthixol 150 mg intramuskulært. Dag 3 blev der givet injektion zuclopenthixol 150 mg intramuskulært og biperiden 5 mg intramuskulært. Patienten havde fået samtlige præparater tidligere. Indtaget væskemængde blev dag 1-3 anslået til 400-500 ml pr. døgn og dag 4-5 målt til 1.200 ml pr. døgn. Dag 6 forsøgte man at løse bæltet, så patienten kunne komme i bad. Han faldt imidlertid pludselig om på badeværelset og kunne ikke genoplives. En obduktion viste »udtalte blodpropper i lungepulsårerne i begge lunger, blodpropper i højre lårbloodårer og i begge underbens blodårer«. Patienten var overvægtig. Der var ingen kendt disposition for tromboembolisk sygdom.

Diskussion

Kendte risikofaktorer for venøs tromboembolisme (dyb venetrombose og lungeemboli) er alder, kirurgiske indgreb, terminal sygdom, traumer, immobilisation, kardiopulmonal sygdom, fedme, intravenøse katetre og hæmatologiske lidelser [1]. Der er dokumentation for, at behandling med antipsykotika også er en risikofaktor [2].

Dyb venetrombose med fatal lungeemboli i forbindelse med fiksering er beskrevet kasuistisk [3], men forfatteren bekendt ikke tidligere i Danmark.

Flere faktorer kan have medvirket til det fatale forløb. Patienten var immobiliseret gennem fem døgn, han havde fået flere forskellige antipsykotika, og han var overvægtig og dehydreret. Vi er ikke bekendt med familær disposition eller andre risikofaktorer.

Der forekom 6.821 bæltefikseringer på psykiatriske afdelinger i Danmark i 2002. Halvdelen af fikseringerne varede i over et døgn, og 10% varede over en uge [4].

Sygehistorien giver anledning til at overveje om forebyggelse af dyb venetrombose i forbindelse med tvangsfiksering. Hvad kan der gøres for at nedbringe hyppigheden og varigheden af fikseringer i psykiatrien? Hvilken art og grad af mobilisering skal der tilbydes? Hvordan undgås dehydrering? Hvornår er der indikation for antitrombotisk behandling? Skal tvangsfiksering hjemle mulighed for at iværksætte antitrombotisk behandling med tvang?

På Psykiatrisk Hospital i Århus findes nogle af disse svar formuleret i en ny instruks vedr. tromboseprofylakse i forbindelse med fiksering. I instruksen sættes der fokus på mobilisering, træningsprogram ved afsnittets fysioterapeuter, væskeskema og for patienter over 40 år eller med et *body mass index* større end 25 behandling med enoxaparin eller acetylsalicylsyre.

Korrespondance: Asker Stig Nielsen, Afsnit N, Psykiatrisk Hospital i Århus, Skovagervej 2, DK-8240 Risskov. E-mail: AskerStigNielsen@hotmail.com

Antaget: 3. september 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Anderson FA, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation* 2003;107:1-9.
2. Zornberg GL, Jick H. Antipsychotic drug use and risk of first-time idiopathic venous thromboembolism: a case-control study. *Lancet*. 2000;356:1219-23.
3. Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraints. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:73-5.
4. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2003; nr. 20.