
Knivstikksskader

REDAKSJONELT

PILLGRAM-LARSEN J

SOLHEIMK

Volden synes å spre seg over det ganske land, og massemediene dekker dette pliktskyldigst på sin måte, enten det dreier seg om knivstikking eller skyting. Når vi imidlertid ser nærmere på statistikken, f.eks. på antall dødsfalletter knivstikking (det som i offisiell dødsårsakstatistikk betegnes som "villet skade med skjærende eller stikkenderedskap"), er tallene ikke så faretruende høye som massemedienes dramatiske oppslag kan gi inntrykk av. I 1983 registrerte den offisielle dødsårsakstatistikk sju dødsfall i denne kategori, og i 1994 var det også sju. I 1987 ble 21 slike pasienter behandlet i Ullevål sykehus, ti år senere var det 28. Sykehusene må imidlertid hyppig gjennomgå sinalarmprosedyre når en pasient med en slik skade er på vei, man må justere akuttmottaket i takt med situasjonen og sisteerfaringsmaterialer. Kjeden som redder liv må ikke slutte ved sykehusdøren.

Knivstikksskadede pasienter har ikke mer enn 2-3% letalitetsrisiko ved traumesentre (1). De aller fleste som når sykehuset i live, og som ikke er i dypt sjokk, bør overleve (2). Ytre blødninger tamponeres. Ved ukontrollert blødning lønner det seg med hypotensiv væskeresuscitering frem til operasjon (3). Normalisering av blodtrykket gir økt blødning og dårligere prognose.

Det dreier seg ofte om unge pasienter som kompenserer blødning "forbausende" bra, for så plutselig, "uventet" å dekompenere. Unge pasienter med kritiske skader etter knivstikking kan være aktive lenge etter skadetidspunktet (4).

Sykehuset må ha gjennomtenkte rutiner for å utelukke blødning (klinisk undersøkelse, røntgen thorax, ultralydundersøkelse, peritoneal lavage, CT og igjen klinisk undersøkelse). En utblødd pasient som ikke reagerer på rask væsketilførsel, skal underkastes hemostatisk nødoperasjon, ev. i form av nødtorakotomi med aortaavklemming. Pasienter som reagerer på intravenøs tilførsel, men som ikke lar seg stabilisere med 2-3 liter væske, må opereres akutt for å stanse blødning, og skal ikke underkastes forsinkende undersøkelser.

Innstikksåpningen kan ikke fortelle hvilken retning kniven har tatt eller hvor dypt stikket er. I USA legger man vekt på å undersøke området rundt den formodede stikkanal (proximity injury) (5). Ved bestemte lokalisasjoner av stikket må skade i bestemte organer derfor utelukkes systematisk.

Pasienter med knivstikksskader som er i sjokk, må til sykehus snarest mulig for øyeblikkelig hjelp-operasjon (6). Aktuell stikk-gjenstand må stå intakt til man har alt under kontroll. Også en pasient som er stabil etter knivstikk, ev. med kniven stående i såret, bør innlegges i sykehus snarest mulig. Vedkommende må undersøkes nøye med tanke på ev. andre skader, og angiografi, ev. CT, benyttes.

Knivstikksskader på halsen er penetrerende når platysma er gjennombrutt. Diagnostikk og behandling er avhengig av hvor skaden sitter, og en inndeling i tre soner er vanlig. Stikk nederst på halsen, nedenfor skjoldbrusken (sone I) kangå inn i thorax og forårsake stor blødning. Stikk i sone I og blod i pleura bekrefter denne farlige situasjon. Er pasienten stabil, lokaliseres skaden ved angiografi og øsofagografi. Er pasienten ustabil, gjøres akutt mediansternotomi som kan forlenges opp på halsen eller utover clavícula. Dette muliggjør sentral kontroll over karene. Blødninger i sone II (midt på halsen) er lette å beherske ved halseksplorasjon, hvor snittet legges i forkant av m. sternocleidomastoideus. Er pasienten stabil, gjøres angiografi og øsofagografi. Er stikket i sone III (øverst, oppunderkjevevinkelen), er det vanskelig å komme til. Hvis pasienten er stabil, gjøres angiografi. Deling av collum mandibulae eller luksasjon av kjeven kan være nødvendig for å komme til. Digital kontroll av blødning oppunder kjeven tilekspertise kommer til, kan lykkes.

Ved stikk i thorax prekordialt må hjertetamponade utelukkes (7) ved ultralydundersøkelse, men er pasienten ustabil, gjøres median sternotomi direkte. Stikk nedenfor scapulaspissen eller brystvorten går ofte inn i buken. Bukskade utelukkes ved diagnostisk peritoneal lavage. Ustabil pasient bør laparotomeres etter at innlagt thoraxdren avkrefter stor blødning i thorax.

Thoraxdren anvendes på liberal indikasjon ved stikksskader. De fleste blødninger i thorax stanser etter innlagt thoraxdrenasje. En pågående blødning på et par hundre milliliter per time uten tendens til å avta er indikasjon for torakotomi. En ustabil pasient som er knivstukket mot buken, skal laparotomeres uten videre. Negativ laparotomi er også beheftet med komplikasjoner og bør unngås ved nærmere diagnostikk hvis pasienten er stabil. Hos en stabil pasient kan bukskader foran og fortil i flankene undersøkes med eksplorasjon av stikksåret i lokalanestesi. Penetrerer stikket fascien, kan det ikke utelukkes at det har penetrert inn i abdomen, og det bør laparotomeres. Bukskader bakerst iflanken og mot ryggen undersøkes best med CT.

Vanlige feil ved behandlingen av knivstikk med uheldig utgang er:

- Operasjonen kom for sent i gang (minutter teller!)
- Kirurgisk tilgang var feil
- Snittet var for kort

LITTERATUR

1. Walton CB, Blaisdell FW, Jordan RG, Bodai BI. The injury potential and lethality of stab wounds: a Folsom Prison study. *J Trauma* 1989; 29: 99-101.
 2. Velmahos GC, Degiannis E, Souter I, Saadia R. Penetrating trauma to the heart: a relatively innocent injury. *Surgery* 1994; 115: 694-7.
 3. Bickell WH, Wall MJ jr., Pepe PE, Martin RR, Ginger VF, Allen MK et al. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries. *N Engl J Med* 1994; 33: 1105-9.
 4. Thoresen SØ, Rognum TO. Survival time and acting capability after fatal injury sharp weapons. *Forensic Sci Int* 1986; 31: 181-7.
 5. Feliciano DV, Moore EE, Mattox KL. *Trauma*. 3. utg. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1996: 214.
 6. Hoyt DB, Shackford SR, McGill T, Mackersie R, Davis J, Hansbrough J. The impact of in-house surgeons and operating room resuscitation on outcome of traumatic injuries. *Arch Surg* 1989; 124: 906-9.
 7. Campbell NL, Thomson SR, Muckast JJ, Neumann CM, Middelkoop von I, Botha JBC. Review of 1198 cases of penetrating cardiac trauma. *Brit J Surg* 1997; 84: 1737-40.
-

Publisert: 10. juni 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.