

Emilia Blomberg*, Roope Näreaho*, Jaakko Keinänen ja Sina Hulkkonen

Itseään ranteeseen viiltänyt potilas – käsikirurgian ja psykiatrian rajapinnassa

Itsetuhoiset potilaat ovat päivystyspoliklinikoiden suuri potilasryhmä. Ranteiden viiltely on yleinen tapa vahingoittaa itseään. Itsemurha on tarkoituksena vain osalla potilaista. Vammojen vaikeusaste ei korreloi itsemurhatarkoituksen kanssa. Ranteiden viiltely johtaa harvoin kuolemaan, mutta ranteen hermojen, jänteiden ja verisuonten vaurioituminen voi johtaa käden vaikeaan toimintakyvyn häiriöön. Toisaalta itseään vahingoittaneiden potilaiden itsemurhariski on merkittävästi muuta väestöä suurempi. Taustalla on usein psykiatrisia häiriöitä, kuten mieliala-, ahdistuneisuus-, päihde- ja persoonallisuushäiriöitä. Kirurgisen hoidon lisäksi on tärkeää huomioida psykiatrisen hoidon tarve. Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykososiaalisen arvon toteutumisessa on merkittäviä puutteita, eikä vakiintunutta hoitopolkua ole. Vertailevaa tutkimusnäyttöä itseaiheutettujen ja tapaturmaisten rannevammojen ennusteesta sekä hoidon ja kuntoutumisen onnistumisesta on vähän.

Itseään vahingoittaneet potilaat muodostavat yhden tyypillisen potilasryhmän pientapaturma- ja kirurgian päivystyksessä (1). Eriytyisen haasteen aiheuttaa se, että lääkärin tulee huomioida paitsi varsinaiset vammat, myös psykiatriset taustatekijät ja pyrkiä saavuttamaan hoitotulos, joka vähentäisi teon toistumisen riskiä ja mahdollistaisi vamman asianmukaisen kuntouttamisen.

Vuonna 2020 itsemurhien ilmaantuvuus Suomessa oli 13/100 000 asukasta (2). Vuositasolla itsemurha-ajatusten, -suunnitelmien ja -yritysten ilmaantuvuus on vauraan tulotason maissa 2,0 %, 0,6 % ja 0,3 % tässä järjestyksessä (3). Osalla itseään vahingoittaneista ei ole itsemurhatarkoitusta. Suomalaisessa väestössä ilman itsemurhatarkoitusta itseään vahingoittamisen esiintyvyyttä ei tarkkaan tunneta, mutta yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan näiden vammojen elinikäinen ilmaantuvuus on 5900/100 000 ja vuosittainen ilmaantuvuus 900/100 000 (4).

Itseaiheutetun rannevamman epidemiologia

Ranteiden viiltely on yksi tyypillisimmistä tavoista vahingoittaa itseään. Käsikirurgisista syvän rannevamman saaneista potilaista itsetuhoisessa tarkoituksessa tehtyjä oli erään tutkimuksen mukaan 20 %. Tutkimuksessa syviksi rannevammoiksi laskettiin kaikki sellaiset vammat, joissa oli vaurioitunut vähintään yksi muun kuin pitkän kämmenlihaksen eli musculus palmaris longuksen jänne, hermo tai verisuoni (5). Viiltelyn yleisyys ei jakaudu tasaisesti ikäryhmien kesken. Pohjois-Kymen sairaalassa toteutetun tutkimuksen mukaan itseään viiltäneistä potilaista 41 % oli 10–19-vuotiaita ja 24 % 20–29 vuotiaita, muut ikäryhmät olivat selkeästi vähemmän edustettuina, ja 50–69-vuotiailla viiltelyä ei esiintynyt ollenkaan (6). Kuopiolaisen tutkimuksen mukaan suomalaisista 13–18-vuotiaista nuorista itseään oli siihenastisen elämänsä aikana viillellyt 12 % (7). Koko väestön tasolla ranteiden viiltelyn yleisyydestä Suomessa on vähän tietoa. Ranteiden viiltely johtaa har-

TAULUKKO 1. Syvien ja pinnallisten vammojen osuus itseaiheutetuista rannevammoista (8,14,15,17,38,41,42).

Viite	Hoitopaikka	Potilaiden lukumäärä	Pinnalliset vammat	Syvät vammat	Pinnallisen vamman määritelmä tutkimuksessa
(41)	Plastiikkakirurgian päivystys	71	7 (9,9 %)	64 (90 %)	Rajoittuu ihoon
(42)	Sairaalapäivystys*	141	42 (30 %)	99 (70 %)	Rajoittuu ihonalaiskudokseen
(14)	Sairaalapäivystys	31	16 (52 %)	15 (48 %)	Rajoittuu ihonalaiskudokseen
(38)	Sairaalapäivystys*	85	15 (19 %)	70 (81 %)	Rajoittuu ihonalaiskudokseen
(15)	Sairaalapäivystys	115	82 (71 %)	33 (29 %)	Rajoittuu ihoon
(8)	Sairaalapäivystys*	41	21 (51 %)	20 (49 %)	Rajoittuu ihoon
(17)	Sairaalapäivystys	300	221 (74 %)	79 (26 %)	Rajoittuu ihoon tai palmaris longus-jänteeseen

* Itsemurhatarkoitus

voin kuolemaan, mutta itsensä vahingoittaminen suurentaa itsemurhan riskin lähes viisikymmenkertaiseksi muuhun väestöön verrattuna, ja toisaalta ranteen rakenteiden vaurioituminen voi johtaa merkittävään invaliditeettiin (8).

Kliiniset piirteet

Itseaiheutetuissa vammoissa yläraaja on yleisin vamma-alue. Katsausartikkelin mukaan 36 %:lla itseään vahingoittaneista potilaista oli yläraajavamma; kaikista itseaiheutetuista vammoista 23 % oli viiltovammoja ja 9 % amputaatioita (9). **TAULUKOSSA 1** esitetään pinnallisten ja syvien vammojen osuus kaikista itseaiheutetuista rannevammoista seitsemässä eri tutkimuksessa. Syvien rannevammojen osuus on eri tutkimuksien mukaan 26–90 %.

Pinnallisessa rannevammassa haavan hoidoksi riittää ihon sulkeminen ompeleilla. Syvä rannevamma vaatii kirurgista hoitoa vaurioituneiden jänteiden, hermojen tai verisuonten korjaamiseksi. Pitkän kämmenlihaksen jännettä ei korjata kirurgisesti. Monissa **TAULUKON 1** tutkimuksista pinnallinen vamma rajoittuu määritelmällisesti ihoon tai ihonalaiskudokseen. Osassa tutkimuksista käsitellään erikoissairaanhoidon potilaita, joten syvien vammojen osuus saattaa korostua näissä tutkimuksissa.

Itseaiheutettu rannevamma kohdistuu useimmiten potilaan ei-vallitsevaan raajaan. Tapaturmaksiin rannevammoihin verrattuna korostuvat ei-vallitsevan raajan volaariset rakenteet: keskihermon (nervus medianus), varttinävaltimon (arteria radialis) sekä ranteen kynnärluun puoleisen koukistajalihaksen (mus-

culus flexor carpi ulnaris) ja pitkän kämmenlihaksen jänteiden vammat (5). Yleisin vaurioitunut rakenne on pitkän kämmenlihaksen jänne, johon voi liittyä keskihermon vaurio (10,11).

Ranteessa hermot, jänteet ja verisuonet sijaitsevat pienissä tiloissa tiiviisti toistensa läheisyydessä. Tästä syystä ranteeseen kohdistuva vamma aiheuttaa herkästi vaurioita useissa eri rakenteissa. Katsausartikkelin mukaan itseaiheutetuissa yläraajan amputaatiovammoissa noin kahdella kolmasosalla potilaista diagnosoitiin psykoosi (12). Itseaiheutettua yläraajan amputaatiota pidetään tavallisesti raajan takaisintutuksen suhteellisena vasta-aiheena (13).

Taustalla olevat psykiatriset häiriöt

Itseään ranteisiin viiltäneistä potilaista 21–53 %:lla on tutkimuksen mukaan jokin psykiatrinen diagnoosi, joista tyypillisimmät esitetään **TAULUKOSSA 2** (5,7,8,14–17). Lisäksi DSM-5-luokitus esittää uusiksi alustaviksi diagnooseiksi itsetuhokäyttäytymishäiriötä ja itsensä vahingoittamista ilman itsetuhotarkoitusta (19). Potilaan aiempi psykiatrinen diagnoosi lisää vaikeamman vamman todennäköisyyttä (8,14). Kliinisen kokemuksemme perusteella vaikeimpiin vammoihin liittyy usein psykoottista oireilua, vaikkakaan tutkimusnäyttöä aiheesta ei juuri ole.

Erityisesti epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyy taipumus itsensä vahingoittamiseen (19). Näille potilaille se toimii usein tunnesäätelyn keinona, mutta huomattava osuus, jopa 10 %, tekee itsemurhan (20,21). Viiltely voi toimia myös keinona lievittää tunne-elämän

epävakauteen usein liittyviä dissosiaatio-oireita.

Tyypillisiä dissosiaatio-oireita ovat itsen tai ympäristön epätodelliseksi kokeminen, amnesia, havaintojen vääristyminen sekä vaikeudet integroida havaintoja yhtenäiseksi kokonaisuudeksi ja erottaa todellisuus mielikuvista (22). Suomalaisessa 13–18-vuotiaita nuoria käsitelleessä tutkimuksessa todettiin dissosiaatiosta kärsivien nuorten olevan muuta väestöä suuremmissa riskissä ajautua itsensä vahingoittamiseen (23). Samassa tutkimuksessa havaittiin, että eri keinoin itseään vahingoittaneista henkilöistä viiltelijöillä dissosiaatio-oireet olivat vaikeimpia.

Samantyyppiseen tulokseen päästiin myös irlantilaisessa haastattelututkimuksessa, jossa verrattiin keskenään 21:tä tahallisen yliannoksen ottanutta ja kahdeksaa itseään viillelyttä potilasta (24). Tutkimuksessa itseään viiltäneet kokivat itsensä toivottomammiksi, olivat persoonallisuusprofiililtaan haavoittuvampia ja tunnistivat huonommin negatiivisia tunnetilojaan, mikä voi viitata taipumukseen käyttää itsensä vahingoittamista tunnesäätelyn keinona.

Päihteiden käytön osalta tutkimuksissa 29–58 % viiltelypotilaista oli huumeiden tai alkoholin vaikutuksen alaisena hoitoon tullessaan. Ei ole kuitenkaan vankkaa näyttöä siitä, että päihtyneiden potilaiden vammat olisivat muita vaikeampia (5,8,15). Mikäli kyseessä on kuitenkin itsemurhayritys, potilaan päihtyneisyys lisää itsemurhan toteutumisen riskiä (25).

Onko vamma syntynyt itsemurhatarkoituksessa?

Ranteiden viiltelyn tarkoituksena välillä esiintyy suuria eroja potilaiden kesken. Kaikista itseään ranteisiin viiltäneistä potilaista itsemurhatarkoitus on ollut 19–21 %:lla (11,26). On arvioitu, että jokaista itsemurhaa kohden tehdään yli 20 itsemurhayritystä (2). Itsensä viiltäminen on yliannoksen jälkeen toiseksi yleisin tapa vahingoittaa itseään (1). Korealais-tutkimuksessa todettiin itseään ranteisiin viiltäneistä potilaista 23 % yrittäneen itsemurhaa aikaisemmin samalla tavalla (15). Ranteisiin viiltelyyn näyttäisi liittyvän yhtä suuri itsemurhariski kuin yliannoksen ottamiseen, mutta

TAULUKKO 2. Psykiatriset häiriöt itseaiheutettujen rannevammojen taustalla (5,7,8,14–16).

Psykiatrisen häiriö	Osuus rannevamma-potilaista
Mielialahäiriöt, kuten masennus	17–67 %
Päihdehäiriöt	5–21 %
Ahdistuneisuushäiriöt	6–15 %
Persoonallisuushäiriöt	13 %
Dissosiaatiohäiriöt	13 %
Skitsofrenia	2–13 %
Impulssikontrollin häiriöt	4–6 %
Traumaperäinen stressihäiriö	2 %

viiltely muualle kuin ranteisiin voi liittyä vielä suurempaan riskiin (27).

Itsemurhatarkoituksessa ja ilman itsemurhatarkoitusta ranteitaan viillelleiden potilaiden vammojen vaikeudessa ei esiintynyt merkittävää eroa 300 potilasta kattaneessa tutkimuksessa (17). Tutkimuksen havainto on hoidon kannalta merkittävä, sillä hoitavat henkilöt eivät voi vammojen vakavuuden perusteella tehdä päätelmiä potilaan psyykkisestä tilasta. Psykiatrin konsultaatio tulisi siis toteutua jokaisen itseään ranteisiin viillelleen potilaan kohdalla riippumatta vamman laajuudesta. Itseään vahingoittaneen potilaan saapuessa päivystykseen tulisi hänestä tehdä ensin välitön riskinarvio ja sen jälkeen ohjata psykososiaaliseen arvioon, jossa tulisi huomioida tämänhetkinen psyykinen oireilu, muut lääketieteelliset ja sosiaaliset ongelmat sekä itsetuhoisuuden riski tulevaisuudessa (28).

Kirurginen hoito ja kuntoutus

Itseaiheutettu rannevamma on yleensä terävä, ja vaikeammat, ihoa syvemmälle ulottuvat vammat vaativat ensiavun jälkeen useimmiten päivystyksellistä leikkaushoitoa, usein myös kirurgian osastohoitoa leikkauksen jälkeen. Potilaan kirurginen hoito toteutuu ennen psykiatrista hoitoa näissä tilanteissa. Käsikirurginen jatkohoito sisältää tavallisesti haavanhoitoa, lastoitusta sekä vaativaa fysio- ja toimintaterapiaa jopa useita kertoja päivässä viikkojen ajan. Kuntouttaminen tulisi aloittaa hyvin pian leikkauksen jälkeen mahdollisimman hyvän toiminnallisen lopputuloksen saavuttamiseksi.

si. Vaikean rannevamman jälkeinen jatkohoito vaatii potilaalta huomattavaa sitoutuneisuutta hoitoon, jonka onnistumiseksi mahdollinen psykiensairaus tulisi saada hallintaan mahdollisimman varhain.

Varsinkin revaskularisaatiota eli verenkierron palauttamista vaativat hätäleikkaukset ovat usein monikudosvammoja ja käsittävät verisuonia, hermoja ja jänteitä, joskus myös luita tai nivelsiteitä. Terävän vamman seurauksena vaurioituva hermo leikkautuu tyypillisesti poikki joko kokonaan (neurotmeesi) tai osittain. Terävissä vammoissa hermovaurion on aina epäiltävä olevan ensisijaisesti neurotmeesiasteinen, jolloin tarvitaan käytännössä aina kirurgiaa aksoneiregeneraation ja hermon toipumisen mahdollistamiseksi. Ensisijainen leikkaustekniikka on mikrokirurginen hermon ompelu pää päätä vasten (29). Hermovammasta toipuminen voi kestää korjauksen jälkeen 1–2 vuotta. Kuntoutuksessa tulee huomioida nivelten liikelaajuuksien ylläpito. Lihaskivon palautuessa aloitetaan nousujohteinen harjoittelu (30). Suurin osa raajojen verisuonivammoista hoidetaan kirurgisesti. Hoidon peruseriaatteina ovat verenvuotojen pikainen tyrehtyttäminen ja kudoksen verenkierron palauttaminen (31).

Jänteet ommellaan samassa leikkauksessa muiden rakenteiden korjaamisen yhteydessä. Yleisimmin varioituvat jänteet sijaitsevat ranteen hermojen ja valtimoiden läheisyydessä volaarisesti, joten niiden eheys saattaa suojata neurovaskulaarisia rakenteita vaurioilta, erityisesti mikäli ranteen viiltely toistuu (5,10,15). Käden koukistajajännevammojen leikkauksen jälkeisistä kuntoutusmenetelmistä on tuoreen Cochrane-katsauksen mukaan saatavilla vain vähän vertailevaa tutkimustietoa, eikä eri menetelmien vaikuttavuudella ole selvästi todettua eroa (13). Suomessa on käytössä aktiivinen kuntoutusmalli.

Psykiatrinen akuuttitilanteen arvio

Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy kirurgiselle vuodeosastolle, ja vamman kuntoutuksen alkaessa päästään kartoittamaan tarkemmin potilaan psykososiaalista tilannetta. Psykososiaalisen arvion toteutumisessa on paljon puutteita

sekä Suomessa että muualla (6,32,33). Eri-tyisesti itseään viillelleet potilaat ovat riskissä jäädä ilman psykiatrista konsultaatiota (6,33). Pohjois-Kymen sairaalassa toteutetussa tutkimuksessa kaikista itseään vahingoittaneista potilaista 45 % sai psykiatrisen konsultaation, mutta viiltelypotilaista vain 30 % (6). Ilmiö ei ole vain suomalainen, sillä hyvin samantyyppinen tulos saatiin myös Britanniassa toteutetussa tutkimuksessa, jossa vastaavat osuudet olivat 60 % ja 43 % (33).

Psykiatrisen konsultaation toteutumatta jäämisen riskiä lisäävät potilaan asiointi päivystyksessä virka-ajan ulkopuolella, miessukupuoli, päihtyneisyys, potilaan hankala käytös päivystyksessä ja 20–34 vuoden ikä (32,33). Psykiatrisen konsultaation merkitys nähdään itsetuhoisuuden uusimisessa 12 kuukauden aikana: konsultaation saaneista 18 % uusi tekonsa, kun ilman konsultaatiota jääneistä näin teki 38 % (32).

Välittömästi annetun psykiatrisen akuuttihoiton jälkeen tulisi varmistaa, että potilas tulee ohjatuksi soveltuvaan psykiatriseen jatkohoitoon. Itsemurhayrityksen jälkeen hoito tapahtuu useimmiten avohoidossa. Potilaan seuranta, turvasuunnitelman luominen ja psykososiaalinen tuki pienentävät uuden itsemurhayrityksen riskiä. Yksi vaihtoehto sopivaksi terapiamuodoksi voi olla dialektinen käyttäytymisterapia, jonka on osoitettu vähentävän itseä vahingoittavaa toimintaa (34). Myös taustalla olevien somaattisten ja psykiatristen sairauksien asianmukainen hoito ja seuranta on tärkeää (35).

Hoidon tulokset

Suurin osa itseään ranteen alueelle vahingoittaneista potilaista toipuu toiminnallisesti hyvin (26). Otannaltaan hyvin pienessä, 62 potilaan tutkimuksessa ei havaittu eroa itseaiheutettujen ja tapaturmaisten amputaatioiden toimenpiteen ja kuntoutumisen onnistumisessa (13). Toisessa samankaltaisessa tutkimuksessa ranteen viiltotapaturmien jälkeisessä motorisessa ja sensorisessa toipumisessa ei todettu tilastollisesti merkitseviä eroja itseaiheutettujen ja muiden vammojen välillä (36).

Sensomotorisessa kuntoutumisessa ei havait-

tu eroa itsemurhaa yrittäneiden ja tapaturmaisen rannevamman saaneiden potilaiden välillä, mutta itsemurhaa yrittäneet potilaat kokivat vammasta aiheutuvien oireiden ja subjektiivisen haitan olevan vaikeampia (37). Yläraajan itseaiheutetun amputaation pitkäaikaisennusteesta ei ole juurikaan tutkimustietoa (12).

Suurin osa tutkimuksista osoittaa, että pinnallisiin itseaiheutettuihin rannevammoihin liittyy suurempi uusimisriski verrattuna syvempiin rannevammoihin (7,15). Ranteiden viiltelyn uusimisen riski on suurempi naispotilailla; naisten vammat olivat tyyppillisesti miehiä pinnallisempia (7,8). Eräässä tutkimuksessa vain pinnalliset haavat ranteisiin itselleen aiheuttaneista toisti tekonsa 81 %:ssa tapauksista (14).

Itsemurhayrityksen toistumisen riskitekijöitä selvittäneessä tutkimuksessa teon uusimisen riskiä lisäsi samanaikainen itsemurhayrityksen useammalla eri menetelmällä. Uusista itsemurhayrityksistä 60 % tapahtui vuoden sisällä ensimmäisestä (38). Erään 51 potilaan aineistoon pohjautuvan tutkimuksen mukaan itseaiheutetun rannevamman seurauksena potilaalle kehittyy todennäköisemmin traumaperäinen stressioireyhtymä verrattuna vaikeudeltaan vastaavaan tapaturmaiseen rannevammaan (39).

Vastaavanlaisia tuloksia saatiin yhdysvaltalais tutkimuksessa, jossa selvitettiin traumaperäisen stressioireyhtymän kehittymisen riskitekijöitä traumapotilaiden osalta. Itseään vahingoittaneista potilaista 65 %:lla traumaperäisen stressioireyhtymän oireita kartoittava seula oli positiivinen, kun taas koko potilasaineistossa osuus oli 32 %. Vain 21 % seulonnassa kiinni jääneistä potilaista sai seulontahetkellä hoitoa kyseisiin oireisiin (40). Psykiatrisen seurannan asianmukaisen toteutumisen tärkeys korostuu, sillä potilas saattaa kärsiä ranteiden viiltelyn taustalla olleiden psykiatristen häiriöiden lisäksi myös itsensä vahingoittamisen psyykkisistä seurauksista.

Lopuksi

Ranteeseen itseään vahingoittaneista suuri osa on nuoria, ja osalla viiltely on toistuvaa. Varsinkin vakavampien monikudosvammojen ja psyykkisesti hyvin sairaiden potilaiden hoito

Ydinasiat

- ▶ Itseaiheutettu rannevamma on tyyppillisesti ei-vallitsevassa raajassa volaaripuolella, ja siihen voi liittyä päivystyksellistä leikkaushoitoa vaativa monikudosvamma.
- ▶ Itsemurhatarkoituksessa aiheutetut ja muusta syystä syntyneet rannevammat eivät eroa toisistaan vaikeudeltaan.
- ▶ Yleisimmät itseaiheutettuihin rannevammoihin liittyvät psykiatriset diagnoosit ovat ahdistuneisuushäiriöt, päihdehäiriöt ja mielialahäiriöt, kuten masennus.
- ▶ Itseään viiltäneiden potilaiden psykiatrisen konsultaatio toteutuu huomattavasti enemmän kuin muilla tavoin itseään vahingoittaneiden.
- ▶ Potilaat toipuvat yleensä toiminnallisesti hyvin, eikä sensomotorisissa paranemistuloksissa ole eroa tapaturmisiin saman tyyppisiin vammoihin.

vaatii moniammatillista yhteistyötä, jossa kirurgian ja psykiatrian akuuttihoito ja kuntoutus toteutuvat osittain tai kokonaan samaan aikaan. Tästä huolimatta vakiintunutta hoitopolkua ja käytäntöjä ei ole. Lisäksi tietoa siitä, miten vamman ensihoito ja leikkaus vaikuttavat potilaan kokonaisennusteeseen, ei ole. Lisätutkimusta tarvitaan itseään vahingoittaneiden potilaiden kirurgisen ja psykiatrisen hoidon toteutumisesta ja hoidon tuloksista. Näiden potilaiden mahdollisimman hyvän hoidon, ennusteen ja toimintakyvyn takaamiseksi tulisi kiinnittää huomiota kirurgian ja psykiatrian yhteistyöhön heti akuuttivaiheesta alkaen koko potilaan hoidon ajan. ■

EMILIA BLOMBERG, LK

ROOPE NÄREAHO, LK

Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta

JAAKKO KEINÄNEN, LT, psykiatri, kliininen opettaja

Helsingin yliopisto ja HUS, riippuvuuspsykiatria

SINA HULKKONEN, LT, käsikirurgi, kliininen opettaja

Helsingin yliopisto ja HUS, käsikirurgia

* samanarvoinen osuus

VASTUUTOIMITTAJA

Jaana Suvisaari

KIRJALLISUUTTA

1. Canner JK, Giuliano K, Selvarajah S, ym. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;27:94–102.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO 2014.
3. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, ym. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO world mental health surveys. *J Clin Psychiatry* 2011;71:1617–28.
4. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, socio-demographics, topography and functions. *Psychol Med* 2011;41:1981–6.
5. Kisch T, Matzkeit N, Waldmann A, ym. The reason matters: deep wrist injury patterns differ with intentionality (accident versus suicide attempt). *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019;7:e2139.
6. Nurmi-Lüthje I, Hinkkurinen J, Salmio K, ym. Itseään vahingoittaneiden potilaiden psykiatrisen konsultaatio toteutuu päivystyksessä vain osittain. *Suom Lääkäril* 2011;66:1905–10.
7. Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, ym. The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:23–8.
8. Ersen B, Kahveci R, Saki MC, ym. Analysis of 41 suicide attempts by wrist cutting: a retrospective analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2017;43:129–35.
9. David JA, Rifkin WJ, Chiu ES. Current management of self-inflicted wounds in surgery: a critical review. *Ann Plast Surg* 2018;81:579–88.
10. Lee CH, Cha SM, Shin HD. Injury patterns and the role of tendons in protecting neurovascular structures in wrist injuries. *Injury* 2016;47:1264–9.
11. Jeong SH, Gu JH, Kim WK. Analysis of self-inflicted lacerations to the wrist: a multidisciplinary approach to treating. *J Hand Surg Asian-Pacific* 2020;25:47–53.
12. Marques E, Maiorino EJ, Tallackson Z, ym. Self-amputation of the upper extremity: a case report and review of the literature. *Cureus* 2019;11:e5858.
13. Larson JV, Kung TA, Cederna PS, ym. Clinical factors associated with replantation after traumatic major upper extremity amputation. *Plast Reconstr Surg* 2013;132:911–9.
14. Fujioka M, Murakami C, Masuda K, ym. Evaluation of superficial and deep self-inflicted wrist and forearm lacerations. *J Hand Surg Am* 2012;37:1054–8.
15. Cho J, Choi Y. Patterns of wrist cutting: a retrospective analysis of 115 suicide attempts. *Arch Plast Surg* 2020;47:250–5.
16. Kim JH, Yoo H, Eun S. A pilot study of 17 wrist-cutting suicide injuries in single institution: perspectives from a hand surgeon. *BMC Emerg Med* 2021;21:40.
17. Park HY, Kim YC, Park SC, ym. Comparison of the demographic and wound characteristics of non-suicidal and suicidal self-wrist cutting injuries. *Medicine* 2020;99:e19298.
18. Riala K, Haravuori H, Marttunen M. Itsetuhoisuuden ja itsensä vahingoittamisen eri muodot. *Duodecim* 2022;138:1943–9.
19. Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina* 2019;55:223.
20. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42:482–7.
21. Brown MZ, Comtois KA, Linehan MM. Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2002;111:198–202.
22. Lyssenko L, Schmahl C, Bockhacker L, ym. Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *Am J Psychiatry* 2018;175:37–46.
23. Tolmunen T, Rissanen ML, Hintikka J, ym. Dissociation, self-cutting, and other self-harm behavior in a general population of Finnish adolescents. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:768–71.
24. Larkin C, Di Blasi Z, Arensman E. Self-cutting versus intentional overdose: psychological risk factors. *Med Hypotheses* 2013;81:347–54.
25. Levola J, Niemelä S. Päihtyneen ja riippuvuusongelmaisen henkilön itsemurhariskin arviointi. *Duodecim* 2022;138:1959–65.
26. Gu J, Jeong S. Self-wrist cutting injury: a traumatologic and psychological analysis. *Plast Reconstr Surg* 2012;129:763e–4e.
27. Carroll R, Thomas KH, Bramley K, ym. Self-cutting and risk of subsequent suicide. *J Affect Disord* 2016;192:8–10.
28. Mitchell AJ, Dennis M. Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emerg Med J* 2006;23:251–5.
29. Waris E, Ryhänen J. Hermovammat. Kirjassa: Kröger H, Aro H, Böstman O, ym. toim. Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus 2019.
30. Aspinen S, Nordback P, Suojärvi N, ym. Yläraajan tapaturmaiset hermovammat. *Duodecim* 2021;137:391–400.
31. Vikatmaa P. Verisuonivammat. Kirjassa: Kröger H, Aro H, Böstman O, ym. toim. Traumatologia. Helsinki: Kandidaattikustannus 2019.
32. Hickey L, Hawton K, Fagg J, ym. Deliberate self-harm patients who leave the accident and emergency department without a psychiatric assessment: a neglected population at risk of suicide. *J Psychosom Res* 2001;50:87–93.
33. Kapur N, Murphy E, Cooper J, ym. Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project. *J Affect Disord* 2008;106:285–93.
34. Kekkonen V, Koivisto M, Lindeman S, ym. Dialektinen käyttäytymisterapia on tehokas ja käytännönläheinen hoitomenetelmä tunne-elämän epävakauteen liittyvän itsetuhoisuuden vähentämisessä. *Duodecim* 2022;138:1951–8.
35. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020 [päivitetty 18.2.2022]. www.kaypahoito.fi.
36. De M, Singhal M, Naalla R, ym. Identification of prognostic factors in spaghetti wrist injuries. *J Hand Surg Asian Pac* 2021;26:588–98.
37. Matzkeit N, Kisch T, Waldmann A, ym. Deep wrist injuries from suicide attempts vs. accidents do not differ regarding sensorimotor outcome, but regarding patient-reported outcome measures. *J Plast Surg Hand Surg* 2023;57:95–102.
38. Shin JY, Roh S-GG, Lee N-HH, ym. Risk factors related to recurrent suicide attempts in patients with self-inflicted wrist injuries. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2016;69:722–3.
39. Westermair AL, Matzkeit N, Waldmann A, ym. Traumatizing oneself—deep wrist injuries self-inflicted with suicidal intention are associated with more severe PTSD symptomatology than similar injuries from accidents. *Suicide Life-Threatening Behav* 2020;50:856–66.
40. Herrera-Escobar JP, Al Rafai SS, Seshadri AJ, ym. A multicenter study of post-traumatic stress disorder after injury: mechanism matters more than injury severity. *Surgery* 2018;164:1246–50.
41. Cho HE, Roh SG, Lee NH, ym. Clinical characteristic and psychiatric features of self-inflicted wrist laceration: a single institute retrospective study. *J Korean Soc Surg Hand* 2015;20:1.
42. Kim J, Kim HJ, Kim SH, ym. Analysis of deliberate self-wrist-cutting episodes presenting to the emergency department: comparison with deliberate self-poisoning. *Crisis* 2016;37:155–60.

SIDONNAISUDET

Emilia Blomberg: Ei sidonnaisuuksia
Roopé Näreaho: Ei sidonnaisuuksia

Jaakko Keinänen: Ei sidonnaisuuksia
Sina Hulkkonen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Orion)