

Tabell II. Ögonfynd och binokulär synfunktion hos patienterna i studien.

Patient nr	Ögonbottenbild	Synskärpa		Synfält	Ögonmotilitet
		Randmönster	Lineär optotyp		
1	normal		1,0 HVOT	normalt	normal
2	opticusatrofi	0	medv ej	medv ej	exotropi
3	normal		0,3 HVOT	+	konvergens svag ackommodation svag
4	opticusatrofi		0,5 BR	++	exotropi
5	normal		1,0 BR	normalt	normal
6	opticusatrofi	0,01	0,01 BE	+++	exotropi blickpares
7	normal		1,0 BR	+	konvergens svag
8	opticusatrofi	0,66	0,1 HVOT	++	exotropi blickpares
9	normal	medv ej	medv ej	+	blickpares
10	opticusatrofi		0,1 LH	++	exotropi
11	opticusatrofi		0,3 HVOT	++	blickpares
12	opticusatrofi		0,2 HVOT	++	exotropi nystagmus blickpares
13	normal		0,8 HVOT	normalt	konvergens svag
14	normal		1,0 BR	+++	exotropi nystagmus
15	normal		0,63 LH	+++	exotropi blickpares
16	normal		1,0 HVOT	++	normal
17	opticusatrofi koriaidruptur		0,15 BR	+++	exotropi
18	normal	0,033	medv ej	+++	ej undersökt
19	normal		1,0 BR	normalt	normal
20	normal		1,0 BR	normalt	normal

Randmönster = randmönsternyrskärpa, Snellenekvivalent, Lineär optotyp = synskärpa med symboler på rad, HVOT = HVOT bokstavstavla på 3 m. BR = bokstavstavla på 3 eller 5 m, BE = enstaka bokstäver på individuellt avstånd, LH = LH symboler på radtavla på 3 m, + = inskränkning av synfältets yttergränser motsvarande en kvadrant, ++ = inskränkning av synfältets yttergränser motsvarande två kvadranter, +++ = inskränkning av synfältets yttergränser motsvarande tre kvadranter eller mer.

hade nedsatt funktion vad gäller synskärpa och/eller synfält och/eller ögonmotilitet. Två patienter har synsvaga och sju är gravt synskadade enligt WHOs synskadekategorier (ICD-9), där hänsyn tas även till betydande synfältsinskränkning.

Önskvärt testa färgsinne

I gruppen vuxna med grava traumatiska hjärnskador är det vanligt med synskada [5]. I denna studie har synskärpa, synfält och ögonmotilitet studerats. Det vore önskvärt att utvidga utredningen med testning av färgsinnet, en ofta relativt väl bevarad delsynfunktion, som kan utnyttjas vid val av kommunikationshjälpmedel. Det har också blivit alltmer tydligt för oss att störning av den visuella perceptionen komplicerar synskadan hos många. Vårt kliniska intryck är att bokstavssymboler trots perceptionssvårigheter ofta kan uppfattas korrekt. Förklaringen till detta kan vara den massiva överinlärning som den vuxna patienten hunnit tillskansa sig före skadan. Skattning av den kognitiva förmågan kompletterar synutredningen och ger ytterligare underlag för förståelse av patientens totala synhandikapp.

Vi har velat visa att det är fullt möjligt att göra synutredning på patienter som i vuxen ålder drabbats av mycket stor hjärnskada. Det är nödvändigt att så sker då rehabilitering påbörjas för att möjliggöra val av bästa hjälpmedel. För sjukvården tror vi att väsentliga besparingar kan göras då rehabiliteringen underlättas, vårdtiden förkortas och vissa på grund av synhandikapp inadekvata åtgärder förhindras.

Litteratur

1. Padula W V, Argyris S, Ray J. Visual evoked potentials (VEP) evaluating treatment for post-trauma vision syndrome (PTVS) in patients with traumatic brain injuries (TBI). *Brain Inj* 1994; 8: 125-33.
2. Warren M. A hierarchical model for evaluation and treatment of visual perceptual dysfunction in adult acquired brain injury, part 1 & part 2. *Am J Occup Ther* 1993; 47: 42-66.
3. Häger M. Handikappergonomi runt datorarbetsplatsen. Rapport Dokumentation N 30. Stockholm: Handikappinstitutet, 1991.
4. Magnusson M. Persondatorer och handikapp. En rapport. Version 2.1. Järna: Järna Tryckeri, 1990.
5. Schlageter K, Gray B, Hall K, Shaw R, Sammet R. Incidence and treatment of visual dysfunction in traumatic brain injury. *Brain Inj* 1993; 7: 439-48.

Mer om meningokocker

Som vi redovisade förra veckan har antalet meningokockinfektioner senaste tiden varit högt, och med ett för svenska förhållanden ovanligt epidemiologiskt mönster. Under de två veckorna efter julhelgen har nu rapporterats 16 fall av meningokocksjukdom i landet. Detta ska jämföras med 89 fall under hela 1995. Av de 16 fallen har 9 inträffat i Malmöhus län. Två av dessa patienter har dött i fulminant sepsisbild.

Vanligen är »epidemisk hjärnhinneinflammation» inte alls epidemisk i Sverige. Majoriteten av fall är solitära och endast undantagsvis ses sjukdom hos enstaka kontakter. I M-län hör fyra unga patienter till samma bekantskapskrets, därutöver har två 18-åriga vänner insjuknat med några dagars mellanrum. Bland fallen i övriga landet är ett par också kopplade fall: på två geografiskt helt skilda orter har det inträffat två sjukdomsfall inom några dagar.

Under hela 1990-talet har meningokockisolaten i Sverige dominerats av grupp B, serotyp 15.P1.16. Flera av fallen i M-län är av denna typ, ett fall tillhör grupp W 135. Två fall i Gävleborgs län, liksom ett fall i Värmland, har orsakats av grupp C-meningokocker.

Det finns inget etablerat vaccin mot den i Sverige dominerande serogruppen B. Antibiotikaprofylax brukar ges till nära kontakter, främst hushållsmedlemmar – se Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:10) om förebyggande åtgärder kring fall av meningokocksjukdom. Ciprofloxacin i engångsdos är där rekommenderat preparat. Antibiotikas plats som omgivningsprofylax är omdiskuterad; strategi och preparatval skiljer sig åt om man strävar efter att förhindra invasiv sjukdom eller försöker minska risken för spridning av aktuell sjukdomsstam. Nyligen har man t ex i England tagit tillbaka en rekommendation om profylax runt sjukdomsfall på daghem, då man till och med kan diskutera om risken för infektion ökar (Communicable Disease Report Review 1995; 5: R189-99).

Förutom vikten av att snabbt få misstänkta fall till undersökning och behandling är det av epidemiologiska skäl önskvärt att snarast rapportera sjukdomsfall och att sända bakterieisolat för gruppering och typning till mikrobiologiska laboratoriet, Regionssjukhuset i Örebro, som är referenslaboratorium.

Epidemiologiska enheten, Smittskyddsinstitutet