

## Ingen anledning byta ut svensk skala för skallskador

Bengt Gerdin föreslår i Läkartidningen 8/96 sidorna 675–6 att den svenska RLS85 skall bytas ut mot Glasgow Coma Scale (GCS). Argumenten är tre: Hög korrelation mellan skalorna, svårighet att jämföra en summaskala med en hierarkisk villkorsskala samt ett svenskt behov av att bryta intellektuell isolering.

När det gäller korrelationen har Gerdin inte nästan rätt utan helt fel; i mitten av skalorna har korrelationen omvänt tecken, vilket innebär ett allvarligt problem.

Summaproblemen har inte vi hittat på i Sverige. Redan Levy och medarbetare [1] ansåg att det var meningslöst att skapa en »sum score».

Det allvarligaste problemet som ger upphov till Gerdins bekymmer är att GCS är svår att jämföra inom sig själv, vilket följande exempel illustrerar. TNM-systemet [2] är konstruerat på samma sätt som GCS och används för att svårighetsgraderna intestinal cancer. Låt oss anta, att man i detta system kan värdera tumörstorleken (T), men att man endera inte kan värdera lymfkörtelspridning (N) eller förekomsten av metastaser (M). Skall vi använda någon av de fyra varianter som rekommenderats för GCS:

- utesluta patienterna från undersökningsmaterialet,
- svara att patienterna är ovanliga hemma hos oss,
- applicera en median som baseras på de patienter som kan utvärderas fullt eller
- anta att det värsta har hänt och ge sämsta möjliga värde på delskalan? [3]

Gale och medarbetare [4] visade för snart 15 år, sedan att morbiditet och mortalitet varierar stort beroende på valet av metod enligt a) till d). Gerdins huvudproblem är att han med okänd tillförlitlighet för GCS skall jämföra en grupp patienter som kan utvärderas helt med grupper av varierande storlek som inte kan utvärderas helt. Märkvärdigare än så är det inte. Det gäller att lösa ett praktiskt och vardagligt förekommande problem i sjukvården, där många olika vårdgivare är inblandade i en vårdkedja [5]. RLS85 är befriad från denna

## KORRESPONDENS

### Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

typ av svagheter och utgör således ett bra val, och detta är med andra ord ett uttryck för ett vetenskapligt förhållningssätt.

*Jan-Erik Starmark*  
överläkare,  
neurokirurgiska divisionen,  
Sahlgrenska sjukhuset

### Litteratur

- Levy DE, Bates D, Caronna JJ, Carlidge NEF, Knill-Jones RP, Lapinski RH et al. Prognosis in nontraumatic coma. *Ann Int Med* 1981; 94: 293-301.
- Beart RW, van Herden JA, Beahrs OH. Evolution in the pathologic staging of carcinoma of the colon. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 146: 257-9
- Marion DW, Carlier PM. Problems with initial Glasgow Coma Scale Assessment caused by prehospital treatment of patients with head injuries: results of a national survey. *J Trauma* 1994; 36: 89-95.
- Gale JL, Dikmen S, Wyler A, Temkin N, McLean A. Head injury in the Pacific Northwest. *Neurosurgery* 1983; 12: 487-91.
- Ponten U, Persson L. Effektivare vårdkedja krävs för hjärnskadevården. *Läkartidningen* 1990; 87: 1441-7.

## Replik: För bättre internationell kommunikation

Jan-Erik Starmark ifrågasätter det kloka i mitt förslag. Jag väntade mig detta, eftersom Starmark är en av fäderna till det RLS85 jag anser bör

bytas ut mot Glasgow Coma Scale (GCS) vid bedömning av skadade patienter.

Jag vill inte gå in på detaljer i den lättillgängliga RLS-GCS-litteraturen eller repetera de argument jag tidigare anfört. Däremot vill jag nämna att jag fått ett otal positiva kommentarer på min tidigare debattartikel, även från neuroskolade individer, vilket stödjer min uppfattning.

Starmarks inlägg föranleder ändå några förtydliganden och kommentarer.

RLS85 är en utmärkt skala för att mäta påverkan på medvetandet. Som Starmark tidigare visat är den lätt att lära och ger reproducerbara resultat. Jag har inte vänt mig emot detta.

Det jag vänt mig emot har Starmark missat. Om man vill (= behöver) veta att man gör rätt, t ex använder bästa möjliga operationsmetod, måste man kunna jämföra sina resultat med andras i den internationellt tillgängliga pressen. Det är omöjligt om språket inte är gemensamt. Inga andra än vi talar RLS85.

Starmarks analogi mellan GCS för värdering av medvetandegrad och TNM för tumörklassifikation vid gastrointestinal cancer haltar. För TNM finns internationellt förstådda och idag mycket vanligare alternativ. För GCS finns inget sådant.

*Bengt Gerdin*  
professor, Uppsala

Register för andra halvåret 1995 medföljde Läkartidningen 3/96.

## Avslutande replik

Bengt Gerdin, ansvarig för traumasjukvården i en region – tycks anse att det går lätt att jämföra resultat med GCS. Tyvärr är det inte så.

Litteraturen med GCS är mycket svårtillgänglig. Man talar inte alls samma »språk» i GCS-världen. Det finns ett otal olika »dialekter» på grund av bristen på standardisering.

Liknelsen med TNM-systemet är perfekt därför att skalans konstruktion är samma som GCS-skalans, och exemplet fokuserar på orimligheten i GCS-systemet. Det är enligt min uppfattning emot vetenskap och beprövad erfarenhet att gå tillbaka till en sämre metod – inget nytt har tillkommit sedan debatterna 1990 vad gäller GCS-problemen.

Kan inte Gerdin i stället hjälpa oss andra att övertala världen att gå över till RLS85?

*Jan-Erik Starmark*

## Dyspepsi och H pylori – Vilka ska gastroskoperas?

Rekommendationerna angående behandling av H pylori i »Information från Läkemedelsverket» [1] väcker en del frågor. I sammanfattningen står:

1. Eradikering bör endast ske hos patienter med fastställd ulcussjukdom.

2. Hos patienter som söker inom primärvården är funktionell dyspepsi 5 gånger vanligare än ulcus.

3. Diagnosen ulcus bör alltid ställas med hjälp av gastroskopi, då anamnesen endast har ett positivt prediktivt värde i 20–40 procent i ett primärvårdsmaterial.

Då jag för några år sedan gick kurserna i kirurgi och internmedicin var de uttalade rekommendationerna att man inte i oträngt mål skulle gastroskopera personer under 40 år med klassisk dyspepsianamnes utan »alarmsymtom» som indikerar organisk sjukdom, utan behandla enligt sedvanlig behandlingstrappa (antacida, H2-blockad, prokinetiskt läkemedel, protonpumpshämmare), då den primära anledningen till