

”Advanced trauma life support” igång i Sverige

RIVSTART FÖR TRAUMAUTBILDNING

I Svensk kirurgisk förenings regi har under 1996 startats utbildning av studenter och lärare i »Advanced trauma life support» (ATLS).

ATLS-kursen är relativt basal och arbetar mer för en förbättrad struktur i akut patienthandläggning än detaljkunskaper i aktuell traumaforskning. Studentkurserna vänder sig till läkare som handlägger akuta traumafall och pågår i ett par dagar, instruktörskurserna något kortare tid.

Flera av årets planerade studentkurser är redan fulltäckta och man siktar på att under 1997 kunna erbjuda runt 20 kurser.

Svensk kirurgisk förening har i samarbete med Svensk förening för anesthesi och intensivvård och Svensk ortopedisk förening kontrakterats av American College of Surgeons (ACS) för att ge kurser i »Advanced trauma life support» (ATLS) i Sverige [1]. I detta syfte har en nationell styrgrupp med representanter för dessa föreningar etablerats och ett nationellt sekretariat har upprättats vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Sekretariatets uppgift är att planera och genomföra spridandet av ATLS inom landet, samt att övergripande ansvara för budget, registrering och kvalitetskontroll av verksamheten.

Vidare skall lokala kursledning upprättas enligt ACS instruktioner på de orter där ATLS-undervisning hålls. Innehåll och genomförande av student-

och instruktörskurser regleras relativt detaljrikt av ACS, varför kurserna väsentligen är identiska i samtliga nu 22 engagerade länder och därmed också internationellt gångbara. Vidare tillhandahåller ACS de obligatoriska kursböckerna och annat studiematerial (på engelska) inklusive diabilder.

Studentkurser

ATLS studentkurs i Sverige vänder sig främst till alla verksamma läkare som handlägger akuta traumafall, oavsett om detta sker på sjukhus, vårdcentral eller annorstädes. Studentkursen utgör 2–2,5 intensiva dagar med en blandning av praktiska och teoretiska moment. Ungefär två förmiddagar ägnas åt föreläsningar över initial utvärdering och handläggning med särskilt avseende på luftvägar, ventilation och chock, thorax-, buk-, skall- och ryggsador, extremitetstrauma, värme- och köldskador, barn- och graviditetstrauma, samt stabilisering och transport.

Motsvarande eftermiddagar omfattar praktisk träning både på dockor och på skademarkörer avseende strukturerad patientutvärdering, intubation, kniotomi, ven- och artäraccess, pleura- och perikarddränage, peritonealt lavage, radiologisk skadeidentifiering, skullskadeundersökning och immobilisering. Gruppdiskussioner tillägnas patientprioritering och transport på i förhand definierade masskadesituationer.

Varje kurs omfattar som regel 16 studenter, minst fem lärare med vardera fyra skademarkörer samt sköterskor. Kursen påbörjas med i förväg distribuerat skriftligt prov (flersvarsalternativ) baserat på kursboken. Praktiskt samt skriftligt prov genomförs vid kursslutet och chans till skriftligt omprov erbjuds.

Läkarlegitimation och intresse för traumavård utgör krav för att få delta. För bibehållen ATLS-färdighet krävs deltagande i studentkursens praktiska moment och prov vart fjärde år. Under den initiala uppbyggnadsfasen prioriteras lokalt utvalda kursdeltagare i avsikt att snabbt erhålla en basal lärarstab på så många kursorter som möjligt. Eventuellt behov av prioritering därefter baseras på sökandens grad av personligt engagemang i traumavården.

SERIE Trauma



Enkel princip

ATLS bygger på en förhållandevis enkel princip för akut handläggning av traumapatienter, vilken rönt påtaglig entusiasm över världen och associerats till vinster i trauma-relaterad mortalitet [2-7]. Kursinnehållet är relativt basalt och deltagarna skall främst förvänta sig att få förbättrad struktur i den akuta patienthandläggningen, snarare än detaljkunskaper över patofysiologiska rubbningar och aktuell traumaforskning.

Under innevarande år har omkring åtta studentkurser i ATLS planerats:

Huddinge sjukhus, 30 mars–1 april; Huddinge sjukhus, 21–23 maj; Universitetssjukhuset, Lund, 5–6 juni; Huddinge sjukhus, 16–18 september; Universitetssjukhuset, Linköping 16–18 oktober; Universitetssjukhuset, Lund, 25–26 november; Östra sjukhuset, 13–15 november; Universitetssjukhuset, Linköping, 11–13 december.

1997 introduceras kursen i Umeå, Karlstad, Västerås samt Uppsala, varvid 20-talet kurser kommer att erbjudas över landet. Vid full utbyggnad torde detta antal nästan behöva dubblas för att under en 10-årsperiod kunna tillgodose ett tänkt utbildningsbehov hos samtliga specialister och blivande sådana inom främst kirurgi, ortopedi, anesthesi och allmänläkarvård med tjänstgöring inom akut traumavård. Ytterligare kursorter behöver därför rekryteras.

Instruktörskurser

En instruktörskurs omfattar 1–1,5 dagar, där en dryg förmiddag ägnas pedagogiska aspekter över föreläsningsteknik inklusive spegelvisning med video, gruppdiskussioner och träning på skademarkörer. Resterande tid ägnas åt lärarträning på studentkursens samtliga praktiska moment. Kursen avslutas med övervakad demonstration av instruktörskandidaternas förmåga att undervisa olika elevtyper i studentkursens

Författare

JONAS RASTAD

docent, överläkare, nationell direktor för ATLS Sverige, kirurgiska kliniken

TINA LINDEBERT

sjuksköterska, nationell koordinatör för ATLS Sverige; båda Akademiska sjukhuset, Uppsala.

praktiska moment, där instruktörskursens lärare agerar studenter. En instruktörskurs omfattar vanligen nio elever, minst tre lärare och en pedagog samt vardera tre skademärkor och sköterskor.

Initialt selekteras eleverna till instruktörskurserna i samarbete med de centrum där studentkurserna kommer att meddelas. Därefter baseras selektionen huvudsakligen på den individuella prestationen under studentkursen. Instruktörskursen måste genomföras inom två år från avslutad studentkurs.

Utöver genomgången instruktörskurs krävs tillfredsställande fullgjort bilärarypdrag på en studentkurs för läkarbehörighet. ATLS Sverige kan endast ge lärarypdrag till doktorer med svensk legitimation, verksamma i Sverige. För bibehållen lärarkompetens skall minst fyra lärarypdrag ha fullgjorts under en 4-årsperiod (i praktiken kommer det att bli tvunget, särskilt initialt, att utnyttja de svenska instruktörerna i betydligt större utsträckning).

Cancer- och trafikskadades riksförbund och Socialstyrelsen har bidragit till finansieringen av den initiala kursplaneringen. Socialstyrelsen har accepterat ett övergripande kostnadsansvar för ATLS-utbildningen i Sverige. Instruktörer samt lokala arrangörer arvoderas enligt schablon och erhåller full täckning för faktiska kostnader i samband med lärar- och bilärarypdrag.

Förfrågan angående ATLS-utbildningen och anmälan om deltagande välkomnas till koordinatör Tina Lindebert, tel 018-66 29 77, fax 018-52 56 80.

Referenser

1. Gerdin B, Haglund U. Ny traumautbildning i Sverige inleddes 1996. *Läkartidningen* 1995; 92: 2213-4.
2. Collicott PE. Advanced trauma life support course, an improvement in rural trauma care. *Nebr Med J* 1979; 64: 279-80.
3. Ornato JP, Craren EJ, Nelson NM, Kimball KF. Impact of improved emergency medical services and emergency trauma care on the reduction in mortality from trauma. *J Trauma* 1985; 25: 575-9.
4. Vestrup JA, Stormorken A, Wood V. Impact of advanced trauma life support training on early trauma management. *Am J Surg* 1988; 155: 704-7.
5. Deane SA, Ramenofsky ML. Advanced trauma life support in the 1980's: A decade of improvement in trauma care. *Aust N Z J Surg* 1991; 61: 809-13.
6. Ali J, Adam R, Butler AK, Chang H, Howard M, Gonsalves D et al. Trauma outcome improves following the advanced trauma life support program in a developing country. *J Trauma* 1993; 34: 890-8.
7. Adam R, Stedman M, Winn J. Improving trauma care in Trinidad and Tobago. *West Indian Med J* 1994; 43: 35-8.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

KORTKLIPPT



Tumör i »Törnrosasömn» efter angiostatinterapi

Specifika och icke-toxiska hämmare av angiogenes kanske i framtiden kan få vidsträckt klinisk användning mot cancer, spekulerar forskare som i djurförsök fått primärtumörer att sluta växa och sedan bli kvar i ett vilostadium med hjälp av angiostatin. Denna »dormancy therapy» beskrivs som en ny strategi mot cancer.

Angiostatin är en angiogeneshämmare, som hindrar endotel att svara på angiogena stimuli. I detta försök stoppades tillväxten av tre humana primärtumörer (snabbväxande bröst-, colon- och prostatacancer) överförda till möss, och man fann inga tecken på att angiostatin skulle vara toxiskt eller utlösa resistens. Angiostatin har tidigare visats stoppa metastastillväxt; proliferationen har balanserats av apoptos, programmerad celledöd.

Framtidsperspektivet är som forskarna ser det att först sätta in kemoterapi och angiostatin, och sedan fortsätta enbart med angiostatin eller andra hämmare av angiogenes.

Nature Medicine 1996; 2: 689-92.

Vegetativt tillstånd feldiagnostiseras lätt

Noggrann genomgång av 40 patienter som på grund av »vegetativt tillstånd» remitterades till en brittisk specialitet för svårt hjärnskadade visade att 17 av dem fått fel diagnos. Sju av dessa hade felaktigt antagits vara i vegetativt tillstånd under mer än ett år, i tre fall mer än fyra år.

Beviset på att fel diagnos ställts var att patienten kunde kommunicera med omgivningen genom att riktiga blicken konsekvent eller genom att trycka på ett känslig strömbrytare till en ringklocka. Förklaringen till diagnosfelet var i många fall att patienten var blind eller hade kraftigt försämrad syn.

Även om alla 17 patienterna fortsatte att ha kraftigt nedsatt funktionsförmåga kunde nästan alla meddela vad de önskade när det gällde aspekter av livskvalitet.

Forskarnas slutsats är att det krävs såväl stort kunnande som lång observationstid för att ställa korrekt diagnos. En sådan är viktig både för att ge patienten en optimal livskvalitet och för att undvika att t ex sondmatning avbryts i fel fall.

I en ledarkommentar till studien ifrågasätts validiteten i studiens metoder –

varför användes inte sådana neurodiagnostiska test som datortomografi, positron- eller magnetkamera?

Resultat av en annan brittisk studie (publicerad i *Brain Injury*) tyder på att man kanske tidigt kan avgöra vilka patienter som kommer att återfå medvetandet genom att studera hur ofta de öppnar ögonen som svar på sensoriska stimuli.

I en enkät, som dock besvarades av bara 55 procent av de kontaktade brittiska specialisterna, ansåg mer än 90 procent av de svarande att det var tillåtet att avstå från behandling mot infektioner och andra livshotande tillstånd hos vegetativa patienter.

Två tredjedelar var redo att begränsa behandlingen för sådana patienter redan under det första året, dvs tidigare än vad brittiska läkarförbundets riktlinjer anger.

BMJ 1996; 313: 5-6, 13-6;

New Scientist 1996; 151

(No 2037): 6; *Lancet* 1996; 348:

35-40.

Testosteron ökar muskelmassa och styrka

Höga doser av testosteron ökar den fettfria kroppsmassan, muskelstorleken och styrkan hos normala män, mest hos dem som styrketränar. Det visar en studie där 43 normala män fördelades på fyra grupper, av vilka två under tio veckor fick en injektion per vecka av 600 mg testosteronenantat, medan de andra fick placeboinjektioner. (Testosterondosen motsvarade ungefär tio gånger den som normala män producerar.)

Två grupper tränade styrkelyftning tre gånger per vecka.

Den största ökningen i muskelstorlek och styrka uppmättes i den tränande testosterongruppen, men även utan träning ledde testosteron till signifikant ökning av muskelstorlek och styrka. Trots att den dos som gavs är mycket högre än i tidigare försök fann man inte förändringar i testosterongruppens sinnesstämning eller beteende, men forskarna varnar för att testosteron vid längre tids användning kan skada hjärt-kärlsystemet, prostata, lipidmetabolismen och insulinkänsligheten.

Androgena steroider i idrotten avråder forskarna från, men de antyder att androgener kanske kan vara till nytta för immobiliserade patienter, vid cancerrelaterad kakexi eller aids.

N Engl J Med 1996; 335: 1-7, 52-3.