

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

KORTKLIPP



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 angiostatiner. 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 angiostatiner 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 angiostatiner, och sedan fortsätta enbart med angiostatiner 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 rikta 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 telexsondmatning 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.