

Etnologer borde beskriva gårdagens mentalsjukhus

Sten Levander skriver i Läkartidningen 35/96 om resurserna för mentalsjukhusen för 60 år sedan och fortsätter: »Gårdagens mentalsjukhuspatienter hade det inte materiellt sämre än den samtida befolkningen.»

Vilken historieförfälskning! Jag arbetade i början av 1940-talet som vårdare och kan intyga att fattigdomen på mentalsjukhusen bara kunde jämföras med den på andra anstalter i vårt land: Inte ens egna kläder eller de enklaste ägodelar att förvara. Och så var det långt in på 1960- och 1970-talen.

Anstaltsvärlden i vårt land borde beskrivas av etnologer innan alla som var med försvinner.

Karl Grunewald
professor, f d medicinalråd,
Saltsjö-Duvnäs

Compartment-syndrom av benstöd – en kommentar

Lars Räf har i artikeln Nervskador vid rektala operationer i Läkartidningen 17/96 refererat ett fall av compartment-syndrom efter operation i benstöd under 8 timmar. Det anges att patienten fått ersättning med motivering att »... om benen hade tagits ned ur benstöden en eller flera gånger under den långa operationen så borde skadan inte ha uppstått.»

Vi vill givetvis ej opponera mot att patienten erhållit ersättning men vill ändå påpeka att vi i den relativt sparsamma litteraturen på detta område inte har funnit något stöd för en sådan åsikt, varken kliniskt eller experimentellt. Det kanske är rätt, men kanske i stället till och med kan skada t ex genom att operationstiden totalt förlängs?

Svårt ge någon regel

Kontroll av uppläggningsen är alltid viktig och ett förbiseende kan ge skador. Ett flertal faktorer bidrar till utveckling-

en av compartment-syndrom. Hur högt högläget i benstöd är, är en. Tiden för högläget är en annan. Tryck mot vaden en tredje. Man kan inte med nuvarande kunskaper ge någon regel för hur en åtgärd enligt ovan skulle schematiseras, t ex att efter tre timmar skall benen läggas ned under en halvtimme etc.

Att tiden för högläget bör nedbringas till ett minimum är dock klart. Vi instämmer helt med Björn Öjerskog (Så undviks nervskador vid rektala operationer, Läkartidningen 30–31/96) i att benen bör ligga uppe så kort tid som möjligt och har också arbetat enligt denna regel i flera år.

Öjerskogs kommentar att 100 patienter opererats på detta sätt utan skada måste emellertid ses i belysningen av att compartment efter operation i benstöd är mycket sällsynt och, som sagt, bl a beroende på operationstiden. De flesta operationer tar dock inte ens 4 timmar.

Vi håller sedan en tid på med en genomgång av bl a dessa typer av skador under operation och hoppas få möjlighet att återkomma i denna fråga vid en senare tidpunkt.

Bo Holmström
docent,

Ulla Lindqvist
leg sjuksköterska, operationssköterska, kirurgiska kliniken, kolorektala sektionen, Karolinska institutet vid Danderyds sjukhus

Replik:

Många regler saknar vetenskaplig underbyggnad

Många av våra regler har ingen vetenskaplig underbyggnad, utan grundar sig på mer eller mindre väl underbyggda teorier. Eftersom man vet att compartment-syndrom kan uppträda hos patienter med benen i långvarigt högläge under narkos, är det en rimlig åtgärd att försöka förkorta högläget så mycket som möjligt. Att vid en traditionell uppläggning i benstöd ta ner benen under opera-

tion en eller flera gånger är emellertid stökigt och förlänger operationen. Öjerskogs förslag till uppläggning, där större delen av operationen sker i planläge, bör medföra mindre risker och dessutom förenkla arbetet. Men den »vetenskapliga» dokumentationen som visar värdet av denna eller andra föreslagna metoder lär vi få vänta på.

Lars Räf
professor, konsult vid Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag

Peroperativ kolangiografi – hjälpmedel men ingen garanti

Den peroperativa kolangiografin är på tapeten ännu en gång. I Läkartidningen 22/96 beskriver Magnus Larsson och Lars Räf tre fall från Patientförsäkringen. Artikelns slutsats är att den peroperativa kolangiografin är ett bra vapen mot koledokus-skador.

Enligt vår bedömning skulle slutsatsen lika väl kunna formuleras så här: Mot dåligt omdöme och negligerad kunskap hjälper inga röntgenundersökningar i världen!

I Larsson och Räfs fall 1 noterade operatören att gallblåse-regionen hade en märklig anatomi men gjorde ändå ingen röntgenologisk kartläggning.

I fall 2 visade peroperativ kolangiografi inte någon fyllnad av de intrahepatiska gallgångarna – ändå klippte operatören av koledokus utan vidare diagnostik.

Fall 3 hade en klar anamnes på ikterus och stasvärden; ändå utförde ansvarig operatör varken pre- eller peroperativ kolangiografi.

Leder inte till fler skador

Det finns flera stora materi- algenomgångar som visat att preoperativ röntgenologisk kartläggning av gallgångarna jämte selektiv peroperativ kolangiografi inte leder till högre frekvens av koledokus-skador än vad som rapporterats från centra där peroperativ kolangiografi är obligatorisk [1].

Vid Ersta sjukhus har idag utförts mer än 1 300 laparoskopiska kolecystektomier där standardmetoden varit preoperativ kolegrafi jämte peroperativ bedömning av anatomin av två oberoende specialister före delning av ductus cysticus; kolangiografi har utförts enbart på specifika indikationer. Under dessa förutsättningar har endast tre koledokus-skador uppkommit (0,2 procent); ett litet inklipp i koledokus som upptäcktes och reparerades under operation samt två diatermiskador av ductus hepaticus, bägge observerades först postoperativt. Peroperativ kolangiografi hade näppeligen kunnat förhindra förloppet för någon av de sistnämnda patienterna, eftersom läckage uppkom först efter det brännskadan eroderat koledokus-väggen efter något dygn.

I Sverige finns en mycket stark opinion för obligatorisk peroperativ kolangiografi både vid öppen och laparoskopisk kolecystektomi [2, 3]. Denna politik kan dock ifrågasättas idag. En engelsk studie visar att den radiologiska utredningen i samband med laparoskopisk kolecystektomi med stor tillförlitlighet kan utgöras av preoperativt ultraljud följt av selektiv peroperativ kolangiografi [4] och i en aktuell ledare i The British Journal of Surgery är detta förhållningssätt helt accepterat [5].

Peroperativ kolangiografi är således en mycket viktig metod för kartläggning av de djupa gallvägarna vid kolecystektomi, och dess fördelar i olika situationer under operationen är uppenbara. Men detta innebär inte att metoden kan användas som en allmän besvärjelse mot operatörens felsteg!

Välutbildade med gott omdöme

Förutsättningen för en acceptabelt låg risk för gallgångsskador vid såväl öppen som laparoskopisk kolecystektomi är att operationen utförs av välutbildade kirurger med gott omdöme och dokumenterade kunskaper i de anatomiska variationerna i gallblåse-regionen. Den ansvarige operatören måste också ha mognaden att fråga kolleger till råds före del-

Läkartidningens författar- anvisningar publicerades senast i nr 1–2/94. De kan även beställas från sekretariatet.