

Hypotensiv resuscitering hos traumepasienter – et reelt alternativ?

Undertegnede leste med stor interesse artikkelen til Louis Riddez, Lennart Boström og Robert Hahn i *Läkartidningen* 37/99. Forfatterne fremlegger gode argumenter for at bruk av prehospital intravenøs væsketerapi (volumterapi) bør nyanseres og kommer selv med forslag til kliniske retningslinjer. I den ellers utmerkede kommentarartikkelen til Per Örtengwall har det sneket seg inn en feil idet »hypotensiv resuscitering» beskrives som et behandlingsmodus hvor målet for væsketerapien er et middelarteriestrykk rundt 70. Det er imidlertid et systolisk blodtrykk på 70-80 mm Hg som er behandlingsmålet [1]. Så fort gjort er det å gå surr i blodtrykkene!

Kan retningslinjene appliseres i praksis?

Spørsmålet nå er hvor enkelt det blir å applisere slike retningslinjer i klinisk praksis. Er det praktisk mulig å bruke blodtrykksmålinger i en uoversiktlig prehospital situasjon preget av høyt tempo? Undertegnede sin erfaring fra norsk anestesilegebemannet utrykningstjeneste er at skadestedbehandlingen som regel igangsettes basert på en klinisk vurdering av pasienten (bevissthetsgrad, hudfarge og hudtemperatur, palpasjon av perifere pulser) før monitorering (pulsoksymetri og blodtrykksmåling) er koblet til. Dette stemmer med erfaringer fra andre systemer [1, 2]. »Fluid administration by protocol without ongoing clinical judgment should be avoided» skriver Tisherman og Peitzman [1].

De samme forfatterne anbefaler »hypotensiv resuscitering» kun hos pasienter med penetrerende skader (stikk- og skuddskader).

I Norden dominerer imidlertid stumpe (trubbiga) skader, og da ofte i form av hjerneskade kombinert med skader i bryst, bukregionen eller multiple frakturer. Hos slike pasienter har »hypotensiv resuscitering» ingen plass i behandlingen [1, 2].

Tilleggsmomenter

Jeg tillater meg derfor å bringe inn følgende tilleggsmomenter i diskusjonen rundt prehospital etablering av venøs tilgang og volumterapi:

1. Indikasjonen for intravenøs til-

gang er like ofte behovet for analgetika og anestesimedikamenter som volumterapi. Forsinkede forsøk på venøs tilgang hos allerede utblødde pasienter er vanskeligere! Alle traumepasienter bør derfor få etablert minst en venøs tilgang. Dette kan gjøres på skadestedet uten at transport til sykehus forsinkes.

2. Vurder bevissthetsgrad og perifer sirkulasjon. Start rask infusjon (volumterapi) dersom hypovolemi er den mest sannsynlige årsaken til nedsatt bevissthetsgrad og dårlig perifer sirkulasjon. Unngå å bruke kalde infusjonsvæsker.

3. Dersom praktisk gjennomførbart, mål systolisk blodtrykk før og under transport. Særlig viktig er dette ved mistanke om hodeskade hvor målet er å sikre et systolisk blodtrykk rundt 120 mm Hg (= kraftig radialispuls).

4. Lavt systolisk blodtrykk (90 mm Hg eller lavere) på tross av pågående infusjon skyldes en stor pågående blødning til det motsatte er bevist. Vurder alternative forklaringer som feilmåling, relativ overdosering av analgetika og

anestesimedikamenter, trykkpneumotorax, og ryggmarglesjon.

5. Tidlig varsling av mottakende traumeteam om skademekanisme, pasientens tilstand og effekt av påbegynt behandling er viktig for å redusere tiden til operasjon hos det mindretallet av pasienter som trenger umiddelbar kirurgisk intervensjon.

Eldar Søreide

Chairman Prehospital Committee, International Trauma Anesthesia and Critical Care Society (ITACCS), Stavanger, Norge

Referanser

1. Tisherman SA, Peitzman AB. Restriction of fluid resuscitation in posttraumatic hypotension. *Curr Opin Crit Care* 1997; 3: 448-54.
2. Søreide E, Deakin C, Baker D. Prehospital trauma management for the anesthesiologist. In: Grande C, Smith C, eds: *Trauma management*. *Anest Clin North Am* 1999; 17: 33-44.

Pasienten en kverulant?

I en debattartikel av Peter Lindvall, införd i *Läkartidningen* 42/99, gällande läkarens ansvar för den ökade sjukfrånvaron finner jag förvånande nog en avsaknad av funderingar och reflektioner kring den det faktiskt gäller, nämligen patienten. Det finns all anledning att fundera på varför allt fler behöver sjukskrivna sig i en högkonjunktur trots att det för många fortfarande med nuvarande ersättningsregler innebär en ekonomiskt svår situation. Kan det bero på att arbetsmiljön har försämrats och att de signaler som var och varannan ger om en alltför hög arbetsbelastning även vi-

sar sig i statistiken vad gäller sjukskrivningarna.

Som medmänniska och medborgare kan jag inte låta bli att vilja se orsakerna i ett sammanhang och inte bara begränsa mig till ett kortsiktigt ekonomiskt tänkande med en utgångspunkt att flertalet av dem som söker sjukvård skulle vara kverulanter. Det vore kanske samhället mer till gagn att läkaren utifrån sin profession börjar delta i debatten med en mer humanistisk inställning.

Thomas Persson

sjuksköterska,
Kristianstad

Replik:

Vi måste få diskutera ekonomin bakom

Det måste vara tillåtet även för en läkare att i *Läkartidningen* få diskutera ekonomin bakom sjukförsäkringen

utan att bli beskyldt för att ägna sig åt kortsiktigt ekonomiskt tänkande.

Orsaken till att artikeln skrevs var att