

Noninvasiv ventilation

– ett alternativ till intubation för vissa intensivvårdspatienter?

Non-invasiv ventilation på intensivvårdsavdelning har alltmer börjat bli ett alternativ till konventionell respiratorbehandling för utvalda patientgrupper.

Med non-invasiv ventilation menas andningsunderstöd med respirator eller specifikt avpassad apparatur och där patienten inte är intuberad. Andningshjälpen (inandning med positivt övertryck med eller utan positivt ändexpiratoriskt tryck (PEEP) sker istället via en tättslutande andningsmask. Tekniken har tidigare framgångsrikt använts för patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom med hyperkapnisk andningssvikt. Under 1990-talet har metoden prövats även för patienter med icke obstruktiv lungsjukdom med hypoxi (pneumoni, kardiellt lungödem, trauma).

Bara under 1999 har ett 10-tal studier publicerats där non-invasiv ventilation prövats som ett alternativ till intubation och konventionell respiratorbehandling för patienter med andnings-

svikt som inte är betingad av kronisk obstruktiv lungsjukdom, senast Confalonieri et al, *Am J Respir Crit Care Med* och Antonelli et al, *JAMA*.

Dessa prospektiva randomiserade studier har undersökt non-invasiv ventilation med standardbehandling för patienter i akut respiratorisk svikt (nosokomiala pneumonier respektive efter organtransplantation). I bägge dessa studier har med non-invasiv ventilation andningsfunktionen förbättrats, behovet av intubation halverats samt vårdtiden på intensivvårdsavdelning minskats signifikativt.

Andra studier har visat att med non-invasiv ventilation kan frekvensen av nosokomiala pneumonier minskas (Nouridine et al, *Intensive Care*), samt att extubation torde kunna ske på ett tidigare stadium (Kilger, *Intensive Care Med* och Girault et al, *Am J Respir Crit Care Med*).

Sammanfattningsvis finns här ett al-

ternativ till intubation och respiratorbehandling i utvalda fall. Svenska intensivvårdsläkare har också i ökad omfattning nu tagit till sig denna metod.

Man bör dock ha i åtanke att intubation och konventionell respiratorbehandling fortfarande dock måste tillgripas i många fall. Vidare är metoden inte lämplig då patienten är komatös eller har annan riskfaktor för aspiration. Metoden kräver även en betydande arbetsinsats, åtminstone inledningsvis från såväl läkare som sköterskor för att fungera tillfredsställande till den enskilde patienten. Övervakningsbehovet skiljer sig inte heller i övrigt från det vid konventionell respiratorbehandling.

Hans Blomqvist

E-post: hans.blomqvist@stgoran.se

Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 1585-91
JAMA 2000; 283(2): 235-41
Intensive Care Med 1999; 25:1374-80
Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 86-92

Nygamla medicin–etikundervisningen

Det är inte som på Sokrates tid – en dialog mellan en lärare och en elev – utan en »poly-log»

I det senaste numret av *Medicine Health Care and Philosophy, A European Journal* (1999; 2: 219-24) bidrar Dieter Birnbacher, filosof i Düsseldorf, med artikeln »The Socratic method in teaching medical ethics: Potentials and limitations».

Han redogör för erfarenheter av en undervisningsmetod, som tar till vara människors egen förmåga att under klok ledning komma vidare i tankegångar. I den form som metoden nu praktiseras med framgång är det inte som på Sokrates tid en dialog mellan en lärare och en elev utan en »poly-log».

I en diskussionsgrupp hjälper var och en andra gruppdeltagare och hela gruppen strävar efter att försöka nå en gemensam klarhet. En icke auktoritär gruppleddare (facilitator) ser till att deltagarna håller sig till det avtalade ämnet och arbetar för att skapa en atmosfär av acceptans. Deltagarna, som skall ta sina egna erfarenheter som startpunkt i dis-

kussionen åläggs att försöka förstå varandra. Man skall i gruppen ha möjlighet att tillkännage missnöje.

Birnbacher menar att denna form av undervisning är mycket lämpad för undervisning i medicinsk etik genom att den ser etisk reflektion som en process med osäkerheter och mångtydigheter och inte som en tillämpning av färdiga teorier. När metoden används i små grupper och diskussionerna utgår från konkreta problem anser Birnbacher undervisningsformen lämpad för att diskutera svåra ämnen och han finner också att den ger möjlighet att gå från konkreta fall till mer generella slutledningar.

I början av artikeln benämns någon som »neo-kantian» men man behöver varken känna till Kant själv eller neo-kantianer för att kunna ta del av innehållet i artikeln; den är för övrigt fri från filosofiska fackbegrepp.

Kliniker, som känt sig främmande

inför ämnet medicinetik i form av konstruerade problem kan nu glädjas åt att många filosofer utöver Birnbacher under senare år uppmärksammat den konkreta fallbeskrivningens betydelse. (Den amerikanske filosofen Albert Jonsson, som belyst kasuistiken historiskt och idag menar att man efter falldiskussion kan komma till en »probable certitude» vilket väl också är omdömesgilla klinikers säkraste nivå).

Det aktuella tidskriftsnumret har också en Editorial »Teaching ethics in the new millennium» (sid 217) och ytterligare artiklar om undervisning av medicinsk etik (sid 225-254).

Reet Arnman

E-post: reet.arnman@swipnet.se

Medicine Health Care and Philosophy, A European Journal 1999; 2: 219-24