



Lars-Erik Hansson, docent, överläkare, kirurgkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
(lars-erik.hansson@vgregion.se)

Smärtstillning vid akut buksmärt

Analgetika inget hinder för säker diagnos visar randomiserade studier

|| Sedan årtionden har uppfattningarna om hur lämpligt det är att ge smärtstillande till patienter med akut buksmärt gått isär. En nyligen publicerad översiktsartikel i *British Journal of Surgery* [1] har ånyo aktualiserat frågeställningen.

I Läkartidningen refererades för drygt tio år sedan den första prospektiva randomiserade studien av analgetikas betydelse för bedömning av patienter med akut buksmärt. Konklusionen då blev att man ansåg sig kunna häva det tidigare förbudet mot analgetika vid svår buksmärt som införts av Zachary Cope i hans klassiska bok »Early diagnosis of the acute abdomen« 1921, där han skriver: »... if morphine is given, it is possible for a patient to die happy in the belief that he is on the road to recovery, and in some cases the medical attendant may for a time be induced to share the elusive hope« [2].

I de senaste 25 årens upplagor av samma bok har uppfattningen reviderats till att: Efter det att jourhavande kirurg undersökt en patient med akut buksmärt, vilket bör ske snarast, kan adekvat smärtstillning ges utan tvekan [3].

György Fenyö föreslog i sin artikel 1993 följande förhållningssätt vid analgetikakrävande buksmärt utan klar diagnos: »... att ge effektiv smärtlindring men bestäm tidpunkten för nästa undersökning och, vid förnyade eller tilltagande smärtor, undersök patienten innan eventuell smärtlindring ges« [4].

Moderna kirurgiböcker torgför förlegad inställning

Hur har då denna ändrade uppfattning slagit igenom i de senaste utgivna läroböckerna i kirurgi? Till min förvåning torgför Jan Axelson i »Kirurgi« [5] Copes gamla inställning från 1920-talet och hävdar att: »En generell regel är att man inte ger analgetika till patienter med oklara buksymtom, då man förlorar möjligheten att följa utvecklingen av bukstatus. Om

Efter det att patienten undersökts av läkare kan analgetika ges. — — — Det är då en fördel att bestämma tidpunkten för nästa undersökning och, vid förnyade eller tilltagande smärtor, undersöka patienten innan eventuell smärtlindring ges på nytt.

Sammanfattat

Inte i någon av de randomiserade undersökningar av att ge analgetika till patienter med akut buksmärt har man funnit några negativa effekter på den diagnostiska säkerheten.

Patienter med buksmärt av oklar genes kan ges effektiv smärtlindring utan att detta menligt inverkar på möjligheterna att noggrant följa sjukdomsförloppet och ställa en säker diagnos.

man bestämt sig för diagnos och terapi finns däremot indikation att ge smärtstillning.«

Att patienter med en säkerställd diagnos och/eller som man beslutat att operera ska erhålla fullgod smärtstillning har väl aldrig rätt någon oenighet om. Ulf Haglund har en nästan lika restriktiv inställning i sin »Kirurgi« [6]: »Vid oklara bukfall kan det vara omöjligt att ge smärtstillande medel då doktors enda instrument i diagnostiken är att följa smärtan. Om man som ansvarig doktor emellertid kan göra den bedömningen att en förnyad undersökning kan anstå 4–6 timmar finns det skäl att erbjuda patienten den temporära smärtfrihet som en smärtstillande injektion kan ge.«

Axelson och Haglund är dock inte ensamma om denna mer restriktiva attityd. En nyligen genomförd studie av engelska och amerikanska kirurgers attityder och kliniska praxis visar att 38 respektive 67 procent ansåg att analgesi riskerade att dölja diagnostiska fynd [7, 8].

Randomiserade studier fann inga negativa effekter

I *British Journal of Surgery* publicerades i början av 2003 en översiktsartikel [1] om effekten av effektiv smärtstillning på diagnostiken av odifferentierad buksmärt. Sammanlagt fann man då åtta randomiserade undersökningar, vilka man granskade mer ingående. På grund av varierande studiedesign valde man att inte göra någon metaanalys.

Sammanfattningsvis fann man inte i någon av studierna några negativa effekter på diagnostiken av att ge analgetika till patienter med oklar buksmärt. Var och en av studierna hade olika brister när det gäller design, men på grund av den genomgående frånvaron av negativa effekter av givna analgetika bedömdes detta ändå som en säker konklusion av genomförda studier.

Man skulle naturligtvis önska sig att någon av studierna haft morbiditet och mortalitet som utfall. Eftersom skillnader i morbiditet mellan patienter som får och inte får analgetika kan förväntas vara relativt små skulle åtminstone 1 500 pati-

enter behöva ingå i en sådan studie, vilket talar för att den aldrig lär bli gjord.

Under 2003 publicerades ytterligare en studie [9] av den diagnostiska träffsäkerheten efter given morfinanalgesi vid akut buksmärta. Det rörde sig om en prospektiv, dubbelblind, randomiserad studie som omfattade 74 patienter. Slutsatsen blev även i denna studie att man utan tvekan kan ge smärtstillning tidigt till patienter med oklar buksmärta.

Patienten bör ha undersökts av läkare först

Sammanfattningsvis pekar således den vetenskapliga litteraturen entydigt på att det är säkert att ge analgetika till patienter med oklar buksmärta. Jag vill dock hävda att man bör följa följande principer:

1. Innan patienten ges analgetika bör han/hon om möjligt ha undersökts av läkare. I undantagsfall kan arbetsbelastningen för jourhavande läkare (oftast kirurg) vara sådan att det inte är möjligt att göra en snar bedömning av patienten. Efter kontakt med jourhavande läkare kan analgetika då ges i väntan på att undersökningen kan ske.
2. Efter det att patienten undersökts av läkare kan analgetika ges. Detta gäller vare sig diagnosen bedöms som säker eller som mer osäker. I båda fallen blir det ändå möjligt att med upprepade undersökningar följa det kliniska förloppet. Det är då en fördel att bestämma tidpunkten för nästa undersökning och, vid förnyade eller tilltagande smärtor, undersöka patienten innan eventuell smärtlindring ges på nytt. Det är naturligtvis en stor fördel om det är samma läkare som utför dessa upprepade undersökningar. Om detta inte är möjligt fordras en noggrann överrapportering av dessa patienter.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Thomas SH, Silen W. Effect on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. *Br J Surg* 2003;90:5-9.
2. Cope Z. The early diagnosis of the acute abdomen. New York: Oxford University Press; 1921.
3. Silen W. Cope's early diagnosis of the acute abdomen. 20th ed. New York: Oxford University Press; 2000.
4. Fenyö G. Smärtlindring vid akuta bukfall. Dags att tänka om? *Läkartidningen* 1993;90:2742-6.
5. Jeppsson B, Pettersson HI, Risberg B, redaktörer. *Kirurgi*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
6. Hamberger B, Haglund U, redaktörer. *Kirurgi*. Stockholm: Liber; 2002.
7. Tait IS, Ionescu MV, Cushieri A. Do patients with acute abdominal pain wait unduly long for analgesia? *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44:181-4.
8. Graber MA, Ely JW, Clarke S, Kurtz S, Weir R. Informed consent and general surgeons' attitudes toward the use of pain medication in the acute abdomen. *Am J Emerg Med* 1999;17:113-6.
9. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein JN, et al. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: A prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196:18-31.