Rökstopp lika viktigt som kirurgens handtvätt!

En dansk studie [1] visade klart bättre läkning bland rökande patienter som erbjudits rökavvänjningsstöd plus nikotinläkemedel åtta veckor före höft- eller knäoperationen. Individer i kontrollgruppen (som inte erbjöds rökavvänjning) hade t ex sex gånger större sannolikhet att drabbas av sårproblem, inte minst reducerade infektionsproblem. Något att begrunda i tider med multiresistenta bakterier. Svenska studier visar på gynnsamma effekter även när rökstoppet kom igång något senare, dvs fyra veckor före operationen [2].

Rimligen bör målsättningen vara att alla rökare som är aktuella för planerad ortopedkirurgi får adekvat hjälp att bli rökfria. Det är stora, dyrbara och i viss mån riskabla ingrepp att ta sig in i och byta ut mänskliga leder. Allt som är rimligt bör göras för att minska komplikationsrisken.

För att detta ska lyckas krävs nytänkande och samarbete.

Kirurg och anestesiolog ska självfallet alltid informera om riskerna med fortsatt rökning och erbjuda individanpassat rökavvänjningsstöd. Rökare kan ha ett starkt beroende, och några kommer inte att klara av ett rökstopp oavsett stora potentiella vinster. Ska det kunna påverka prioriteringen? Nej, Socialstyrelsen anser att det är oetiskt att förvägra rökare (liksom andra utsatta grupper) sjukvård och behandling. (Socialstyrelsen anser dock att stöd till rökare som vill sluta tillhör sjukvårdens högst prioriterade insatser. Orsaken är förstås att rökavvänjning är en riskfri och mycket kostnadseffektiv metod att behandla och förebygga sjukdom.)

Men vad göra när operationsdatum kommer allt närmare och patienten fortsätter röka? Vi har inget enkelt svar. Cigaretten kanske dämpar

Foto: Sara Holfve

Vad kan man göra när operationsdatum kommer allt närmare och patienten fortsätter röka?

smärta, tröstar och lugnar. Å andra sidan ger »tröstaren« ökad risk för sår- och benläkningsproblem, antibiotikabehov, längre vårdtid och sämre operationsresultat. Självklart är det vår skyldighet att upprepa informationsinsatserna. Vet den rökande patienten verkligen hur mycket oddsen påverkas av rökstopp? Kan patienten acceptera att göra ett tillfälligt rökuppehåll? Den som bestämmer sig sent bör erbjudas beteendestöd och rökavvänjningsläkemedel i »gräddfil«.

Självklart är det bättre att påbörja hjälp- och informationsinsatserna tidigare så att man kan undvika denna kapplöpning mot tiden. När remissen skrivs till ortopedkliniken är ett gyllene tillfälle. Rökare som har artros i höft, knä, fot osv (egentligen alla åkommor som på sikt kräver kirurgisk åtgärd) bör erbjudas rökavvänjningsstöd även långt innan remiss är aktuell.

Artros är en folksjukdom som kan vara både smärtsam och handikappande. Ortopedkirurgisk behandling vid artros har utvecklats enormt, och en del som förr ordinerades käpp eller rullstol åker i dag Vasaloppet. Samtidigt har sjukvården generellt sett en ökande förekomst av multiresistenta bakterier. En infektion i en nyopererad led kan i värsta fall fördärva hela resultatet. Rökstopp i god tid inför ortopedkirurgiska (och många andra) ingrepp är ett mycket effektivt sätt att nedbringa riskerna. Kunskapsläget i dag gör att effektiva rutiner för detta bör ha lika stor dignitet som kirurgens handtvätt!

Matz Larsson
överläkare, med dr, tobaksförebyggande enheten, Örebro läns landsting
matz.larsson@orebroll.se

Gunnar Bergentz
klinikchef, ortopedkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro

CHECKLISTA

Checklista för kirurger och anestesiologer

- Finns aktuell tobaksanamnes i journalen?
- Vet din rökande patient om överrisken?
- Hur är stödet organiserat på din klinik: personalutbildning, lokaler, logistik?
- Hur är dina egna kunskaper om beteendestöd och läkemedel vid rökavvänjning?

REFERENSER

1. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. Lancet. 2002;359:114-7.
2. Lindström D. The impact of tobacco use on postoperative complications. Stockholm: Karolinska institutet; 2008.

Halkvarning!

För närvarande är det politiskt opportunt att kräva dubbfria vinterdäck. Alla med erfarenhet av vinterväglagskörning vet att de inte fungerar på isgata. Frånvaron av dubbar förlänger avsevärt bromssträckan vid s k blixthalka. Därmed ökar risken för trafikolyckor.

Dubbarna sägs medföra luftföroreningar i form av små asfaltpartiklar. Asfalt i barnlungor anförs också som argument mot dubbfria däck. Finns det någon vetenskaplig grund för det? Har man t ex mätt asfalthalten i luften en meter över markytans nivå sedan en dubbdäcksförsedd bil passerat på isfri gata? (På snö- eller istäckta gator, där dubbarna behövs, rivs ju ingen asfalt upp.)

Vad säger för övrigt landets patologer? Har man i något fall konstaterat asfaltpartiklar i lungor hos avlidna som inte haft livslång yrkesmässig kontakt med asfalt, t ex barn?

Kanske dags för en klargörande översiktsartikel i Läkartidningen? Till ledning för oss som inte är specialister på detta område men i egenskap av läkare får många frågor om detta.

Ulf Lindsjö
docent i ortopedisk kirurgi, Uppsala
ulflindsjo@hotmail.com

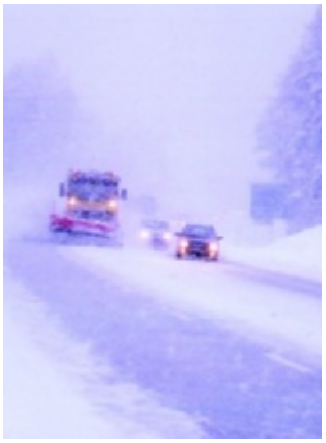

Foto: Kerstin Ericsson

Nu stundar vinterväglag, men hur farliga är partiklarna som rivs upp av dubbdäck? Artikelförfattaren efterlyser ett vetenskapligt klargörande.