

lighet att få minsta lilla dokumentation på behandlingens eventuella effekt.

3. »Domningar botas ofta av töjningar även vid misstänkt nerventrapment t ex pronator- och supinator-syndrom». Nu är det bara det att »domningar» inte hör till bilden vid nämnda tillstånd. Det kan undantagsvis förekomma vid pronator-syndrom men aldrig vid supinator-syndrom [4].

#### Värden visas inte

4. »Hypomobilitet mellan handlovsbenen är enligt min erfarenhet förklaring till många icke traumatiska men även en del posttraumatiska handsmärtor. Ett exempel är efter radiusfraktur, då man kort efter att gipskenan tagits bort kan mobilisera handlovsbenen, vilket direkt ökar rörligheten i handleden . . . » Som exempel på posttraumatisk *handsmärta* väljer Ersson den *handledsstelhet*, som naturligen alltid föreligger vid tidpunkten för den distala radiusfrakturans avgipsning, och patienten har då också ofta ont. Vad av detta skall tillskrivas »hypomobilitet mellan handlovsben», och i så fall mellan vilka? Hur vet vi att mobilisering av handlovsben »direkt ökar rörligheten i handleden», och vilka handlovsben avses? Man får förmoda att Ersson har värden på handledsrörligheten före och efter mobilisation, men tyvärr visar han dem inte.

Ersson vänder sig med sin bok till primärvårdsläkare, vilket är bra. Det är dock inte korrekt att förutsätta att just specialister i allmänmedicin skall acceptera odokumenterad information. Ersson har en stor och ansvarsfull uppgift framför sig, nämligen att komma med en reviderad upplaga. Det som idag är acceptabelt i boken försvinner

nämligen mängden av grundade egendomligheter.

*Carl-Göran Hagert*  
docent, överläkare  
handkirurgiska sektionen,  
ortopedkliniken,  
Universitetssjukhuset,  
Lund

#### Litteratur

1. af Ekenstam F, Hagert CG. Anatomical studies on the geometry and stability of the distal radioulnar joint. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1985; 19: 17-25.
2. Hagert CG. The distal radioulnar joint in relation to the whole forearm. *Clin Orthop* 1992; 275: 56-64.
3. Hagert CG. Current concepts of the functional anatomy of the distal radioulnar joint, including the ulnocarpal junction. In: Büchler U, ed. *Wrist instability*. Martin Dunitz Ltd, London 1996: 15-21.
4. Lundborg G. Nerve injury and repair. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1988: 125; 136.

## Vakenintubera mera!

Jag vill kommentera ansvarsärendet: Valde fel anestesi-form vid operation av tumör i halsen, infört i *Läkartidningen* 51-52/95.

Intubering av patient med stor larynx-tumör slutade olyckligt. Förloppet kan beskrivas med Murphys lag: »If things might go wrong, they will». Tjugo år som öron-, näs- och halsläkare har gett mig den erfarenheten att inte sällan vid larynx-tumörer finns en krafti-

gare deformation av larynx än vad som uppfattas vid indirekt laryngoskopi och än vad patientens andningspåverkan antytt. De normala anatomiska landmärkena vid intubation kan vara utsuddade till följd av tumör eller ödem. Försöken att säkerställa fria luftvägar kan bli livshotande, vilket det aktuella ärendet visar liksom tidigare ansvarsärenden [1].

Det vetenskapliga rådet Magna Andreen ger i *Läkartidningen* 5/96 utförliga råd om val av intubationsmetod.

Går det att förenkla intubationen ytterligare vid förträning i luftvägen och göra proceduren säkrare?

#### Metod för vakenintubering

Vid öronkliniken i Karlstad har vi utarbetat en metod för vakenintubering. Patienterna har via en tryckluftsdreven inhalator (Aiolos) andats in 3-4 ml 4-procentig lidokainlösning (Xylocain). Ett drivtryck på 200 kPa ger ett stort flöde av läkemedel och lösningen nebuliseras på ca 15 minuter.

Efter avsvällning i ena näsborren med oxymetazolin (Nexeril) och anestesi med lidokainspray 10 mg/dos har ett fiberbronkoskop med påsatt endotrachealtub förts via näsan mellan stämbanden ned i trachea. Genom bronskopet ger skopisten de anatomiska landmärkena och då framför allt rima glottidis i ett rörligt skede. När fiberbronkoskopets spets väl ligger i trachea kan patienten erhålla anestesimedel intravenöst. Därefter skjuts tuben ner i trachea.

Inhalatorn kan också drivas med syrgas från centralgassystem.

En andningspåverkad patient kan således både syrsättas och lokalbedövas samtidigt.

Vi har först utprovat metoden på normala luftvägar, t ex reumatiker med instabil halsrygg, och därefter vidgat indikationerna. Metoden har använts vid olika typer av rumsinskränkande processer i larynx: tumörer, lymfom, infektioner med ödem inklusive epiglottit.

Vid riklig salivansamling i svalget blir anestesieffekten något sämre, men med ett fiberbronkoskop med sugkanal kan saliven sugas bort. Kompletterande lokalanestesi kan ges som lösning genom sugka-

nalen – något som vi dock inte behövt göra.

Med några års erfarenhet av metoden anser vi att den är enkel, säker och värd att provas.

*Mats Gunnarsson*  
överläkare,  
öron-, näs- och hals-  
kliniken, Centralsjukhuset,  
Karlstad

#### Litteratur

1. Bengtsson M, Löfström JB. Övre luftvägshinder och anestesi – om varningssignaler speglade i ansvarsärendefall. *Läkartidningen* 1989; 86: 1484-7.

## Felaktigt råd om P-piller

I *Läkartidningen* 3/96 bemöter Läke-medelsverket min kritik av råden vid p-piller-förskrivning.

Vi får nu veta att råden var utformade i första hand till barnmorskor och allmänläkare. Även dessa behöver råd som inte är felaktiga eller missvisande. Så är till exempel rådet att »ökänd koagulationsdefekt hos kvinnan, föräldrar eller syskon på grund av trombosrisk bör undvika alla typer av kombinerade p-piller», uppenbart felaktigt.

Vi får nu i bemötandet med hänvisning till Socialstyrelsens allmänna råd om antikonception från 1987 veta att man egentligen menat att dessa fall bör hänvisas till specialist. Denna påminnelse borde ha ersatt den felaktiga rådgivningen.

*Birger Åstedt*  
professor,  
Lund

## Kommentar

Vi uppfattar inte rådet att kvinnor med ökad risk för trombos bör undvika alla typer av kombinerade p-piller är felaktigt. Vi inser att vi kanske hade varit tydligare om vi kompletterat det med samma anvisningar som finns i alla Fass-texter och i Socialstyrelsens allmänna råd om antikonception. Det är ju uppenbart att inte alla förskrivare har kännedom om dessa anvisningar.

*Arne Victor*  
docent,  
Läke-medelsverket,  
Uppsala

### Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.