

NSAID kan försena diagnos vid behandling av GAS-sepsis

I Läkartidningen 42/96 beskrivs ett fall av grupp A streptokock(GAS)-sepsis med kommentarer. Tillståndet förtjänar ett par övriga synpunkter.

– Ingångsport är ofta huden, men också odramatiska halsinfektioner. Svår smärta i mjukdelar är ett påtagligt symptom och skall leda till misstanke om GAS-infektion.

– Samtidig medicinering med NSAID (nonsteroidal antiinflammatory drugs) ses ofta vid fulminant GAS-sepsis, så också i det aktuella fallet.

NSAIDs effektiva antiinflammatoriska effekt kan leda till att såväl infektionsdiagnos som antibiotikabehandling försenas.

NSAID förstärker vidare produktionen av tumörnekrosfaktor, TNF, en av mediatorerna vid chock och multiorgansvikt. Detta sker genom att NSAID minskar produktionen av prostaglandin E2 som då inte längre kan utöva sin hämmande effekt på TNF-produktionen.

Den TNF-förhöjande effekten får inte blandas samman med NSAIDs förmåga att minska effekten av en rad cytokiner inkluderande TNF i chockmodeller.

NSAID-medicinering bör undvikas vid oklara smärttillstånd i mjukdelar tills infektionsgenes uteslutits och likaså leda till misstanke om GAS-infektion vid oklara mjukdelsinfektioner [1].

– Det klassiska antibiotika-valet är bensylpenicillin, men komplettering bör ske med clindamycin som omedelbart avbryter bakteriernas toxinproduktion [2].

– Behandling som inriktar sig på modulering av immunförsvaret är högaktuell vid sepsisbehandling. Vid GAS-sepsis finns ofta en brist på antikroppar mot såväl bakteriens M-protein som exotoxinerna. Streptokockens erytrogena toxiner är s k superantigen som kan stimulera immunsystemet till en accelererande cytokinproduktion inkluderande TNF. Därför rekommenderas stora dagliga doser gammaglobulin som innehåller neutraliserande antikroppar mot de fem hittills kända toxinerna [3].

KORRESPONDENS

– Höga steroiddoser rekommenderas inte längre vid sepsis. Fysiologiska substitutionsdoser som i det refererade fallet används däremot i stor utsträckning på grund av en relativt hög frekvens av binjursvikt vid svår sepsis [4].

– En viktig del i behandlingen av GAS-sepsis är modern intensivbehandling med sedvanligt understöd av sviktande organfunktioner. Behandling av koagulationsrubbingar med FFP, heparin och plasmaferes är här inte självklar [5].

Livshotande tillstånd

GAS-sepsis är ett livshotande tillstånd med ytterst dramatiskt förlopp där tidig diagnos har stor betydelse för framgångsrik behandling. I det refererade fallet ställdes diagnos på ett mycket tidigt stadium tack vare jourhavande ortopeders uppmärksamhet. Ett av de mer anmärkningsvärda inslagen var den närmast ohämmade progressen under flera dygn trots adekvat antibiotikamedicinering insatt så tidigt i förloppet att svår smärta var i stort sett det enda lokala symtomet. Spridning av kunskap om handläggning av dessa tillstånd är således mycket angelägen för att minska risken och förbättra prognosen. Det stora intresset för intensivmedicin gör att urvalet av behandlingsmetoder är i det närmaste oändligt, vilket i sin tur bör framtvunga ett strikt och genomtänkt urval av strategier.

Ulf Bäcklund
överläkare

Stig Holm
professor, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Referenser

1. Stevens DL. Could Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs (NSAIDs) enhance the progression of bacterial infections to toxic shock syndrome. *Clin Infect Dis* 1995; 21: 977-80.
2. Holm S. Invasive group A streptococcal infections. *N Engl J Med* 1996; 335: 590-1.
3. Norrby-Teglund KR; Low DE, McGeer A, Newton DW, Andersson J, Undersson U et al. Plasma from patients with severe invasive group A streptococcal infections treated with normal polyspecific IgG inhibits streptococcal superantigen induced T cell proliferation and cytokine production. *J Immunol* 1996; 156: 3057-64.

4. Cronin L, Cook DJ, Carlet J, Heyland DK, King D, Lansang MA et al. Corticosteroid treatment for sepsis: a critical appraisal and meta-analysis of the literature. *Crit Care Med* 1995; 23: 1430-9.

5. Blick, Rodger L. Disseminated intravascular coagulation. *Med Clin North Am* 1994; 78: 511-43.

Evig vaksamhet, inte en värld utan kärnvapen kan ge trygghet

Läkare mot kärnvapen med sina visioner presenteras utförligt i Läkartidningen 5/97. Man säger att det nu finns en chans att vi skall kunna få en kärnvapenfri värld och att det är bra. Inför detta perspektiv varken ställer eller svarar man på följande frågor, nog så relevanta:

Är det över huvud taget möjligt att få fram en kärnvapenfri värld – för all framtid?

Kommer en kärnvapenfri värld att bli tryggare?

Svaren på båda frågorna kan, enligt min uppfattning, tråkigt nog bara bli – nej. Då återstår endast för oss att sträva efter en så kärnvapenfattig och -säker värld som möjligt.

Medlen för att nå säkerhet och trygghet är att identifiera allt klyvbart material, kontrollera det så noggrant som det bara är möjligt och oskadliggöra så mycket som möjligt så snabbt som möjligt.

För att ytterligare öka säkerheten kan man också plocka isär kvarvarande vapen och lagra delarna separat. Vid verkligt behov finns de till hands.

Man måste förbättra möjligheterna att avslöja fuskare – de som vill göra vapen i lönnod (t ex en framtida tyrann som Saddam) samt att ha både mod och förmåga att förstöra det som de är i färd med att göra, innan någon skada är skedd.

Kyla av konflikter

Man måste kunna avkyla konflikter. Konflikthärddar idag är t ex Kina–Taiwan, om fem år kanske Kina–länderna kring Syd kinesiska sjön eller kanske Indien–Pakistan och om tio år kanske Ryssland–Baltikum el-

ler Kina–Indien. Vem vet vilka konflikter som finns om 100 år eller ännu längre fram? Allt vi vet är att konflikter kommer att finnas och att det är önskvärt att de kan kontrolleras eller begränsas.

I en värld där kunskap om kärnklyvning är välkänd kan man endast få trygghet genom evig vaksamhet samt innehav av medel att möta hot parat med beslutsamhet att möta dessa hot, inget annat.

Johan Fischer

överläkare, Värnamo

Replik:

Kärnvapen eller överlevnad

Om vi inte kan skapa en värld utan kärnvapen ser det mörkt ut för mänskligheten. Den dag en ny Hitler, en ny Stalin eller en ny Idi Amin kommer till makten i ett kärnvapenland – och hur vet vi att inte detta kommer att ske? – hur skall då omvärlden och andra kärnvapenmakter reagera? Skall man i en förebyggande kärnvapenattack förstöra alla motståndarens kärnvapen? Då räcker det inte med enstaka Hiroshimabomber, onskans imperium måste förintas. Radioaktiviteten och klimatförsämringen slår tillbaka på oss alla. En stor kärnvapenattack är självmord. Den kan bara tillämpas av en däre, en Hitler, en Stalin eller en Idi Amin, inte av ett demokratiskt land.

Inte trovärdigt

Johan Fischer tycks mena att konflikter kan »kylas av» med kärnvapenhot. Det har inte fungerat hittills. Sedan kärnvapen uppfanns har mer än hundra krig utkämpats. Skulle konflikten Indien–Pakistan bli mindre riskabel när båda parter skaffat kärnvapen? Den som använder kärnvapenavskräckning måste också vara beredd att göra verklighet av sitt hot, annars är han inte trovärdig.

Så länge kärnvapen finns kvar, så länge finns det vapenuran eller vapenplutonium som kan stjälas eller köpas av terroristgrupper. Risken för att detta sker just nu i f d Sovjetunionen är stor.

I en värld utan kärnvapen däremot, där allt kärnvapenmaterial ligger i slutförvar i förslutna djupa berggruv, krävs ett rikt lands resurser, inte en

terroristgrupps för att bygga kärnvapen. Enstaka, enkla, kärnvapen kan byggas i lönn- dom, att bygga en kärnvapen- styrka kräver stora anläggning- ar. Skall man börja med att rena klyvbara isotoper, blir anlägg- ningarna enorma. Dagens spionsatelliter kan upptäcka varenda lastbil. Kärnvapenfab- riker kan inte döljas. Om nu vapenmakt skulle vara den enda vägen för att förstöra an- lägningarna behövs inte kärn- vapen, konventionella vapen räcker.

»Kärnvapnen måste avskaffas»

Sensommaren 1995 samlades i Canberra en grupp män – och en kvinna – med större erfarenhet av kärnvapens militära och politiska betydelse än någonsin förr. Där ingick t ex Robert McNamara och de tidigare överbefälhavarna över Natos och USAs största kärnvapenstyrkor. Redan vid sitt första möte enades man om sina huvudsakliga slutsatser: Kärnvapnen måste avskaffas, de utgör ett oacceptabelt hot mot mänskligheten. Kärnvapnen kan avskaffas utan fara för kärnvapenmakterna. Kommissionen har beskrivit steg för steg hur processen skall gå till.

Gunnar Westberg
ordförande, Svenska läkare mot kärnvapen

**Stenåldriga rutiner införs
Låt datorn leta fram koder**

Med de nya recepten och Socialstyrelsens nyutgivna bok »Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997», en behändig liten bok som med sina tre kilo och 762 sidor med lite god vilja går att få ner i en mindre resväska, införs nu nya stenåldriga administrativa rutiner på sjukhusen runt om i landet. I stället för att ha kvar de gamla recepten och låta apotekets dator leta fram de diagnostiska koder som under våren ska finnas med på alla recept förser man läkarna med en stor otymplig bok. Där skall läkarna själva leta fram de rätta koderna för den sjukdom mot vilken de förskrivit receptet, ett arbete som brukar ta någon till några minuter per recept. Rör det sig om tio recept, som

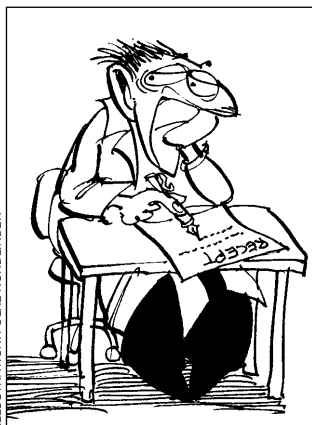


ILLUSTRATION: FOLKE NORLINDER

Det är inte rimligt att läkare ska behöva sitta och slå i en stor otymplig bok för att leta fram olika koder när arbetet skulle kunna ske automatiskt.

många gånger är fallet, kan arbetet ta tio till tjugominuter i anspråk!

Trettio års erfarenhet

I Läkartidningen 51-52/96 kan vi läsa att Björn Smedby, som lett arbetet med att ta fram »Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997», har trettio års erfarenhet av klassifikationsfrågor i Socialstyrelsen. Med sitt nya verk har han på ett tydligt sätt visat att det inte kan vara många minuter av dessa trettio års erfarenhet som samlats ihop på klinikerna. Hade det varit det hade vi aldrig fått den här boken. Då hade vi fått ett miniräknarstort tangentbord med display som ledigt gick ner i rockfickan. Där knappade vi in »pneumoni» varpå koden hoppade upp. Eller så hade man försett våra sekreterare med ordbehandlingsprogram som samtidigt som journalen skrivs ut letar upp den rätta diagnoskoden.

Använd datorer i stället!

Tanken att upprätta ett register för Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem är bra och ska uppmuntras, men sättet det görs på idag måste stoppas. Det finns inget behov av en bok som »Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997». Låt datorn sköta registreringen automatiskt. Använd datorerna till vad de är bra på och oss läkare till det vi är bra på. Det är inte rimligt att vi som läkare ska behöva sitta och slå i en stor otymplig bok för att leta fram olika koder till

recept och journaler när arbetet skulle kunna ske automatiskt.

Är det inte paradoxalt att Socialstyrelsen först ger oss en gedigen medicinsk utbildning för att sedan tvinga oss att arbeta som administratörer större delen av vår tid?

Visserligen lär olika CD-ROM-varianter av »Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997» vara på väg, men vad hjälper det mig när jag som läkare inte har tillgång till någon dator i mitt kliniska arbete? De administrativa rutinerna inom sjukvården är på väg att bli ett hälsoproblem då de slukar för mycket vårdresurser.

Varför händer då ingenting? Är det för att den »nya» tekniken anses för dyr att introducera? Lever man i tron att det blir billigare att låta läkare, sjuksköterskor och annan vårdpersonal sköta arbetet för hand?

I väntan på svaren fortsätter vi med vårt gamla journalsystem på papper och ingen vet hur många tusen arbetstimmar som varje år åtgår till att hämta och ställa tillbaka journaler i arkivet.

Sekreterarna fortsätter att knacka på sina skrivmaskiner femtio år efter konstruktionen av den första moderna datorn Mark 1. Vi läkare fortsätter att med papper och penna överföra information från en medicinlista till en annan.

Per Videhult
AT-läkare, Köping

Bisarrerier i Klassifikation av sjukdomar

Årtiondets utgåva av Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem har nått oss.

Samlaren av märkligheter finner att privat tennisbana alls icke får uppfattas som idrotts- och sportanläggning, att den som byter hjul på sin bil uppfattas som fotgängare samt att spårvagn som framförs i gatutrafik räknas som icke motor- drivet fordon (kraften kommer från ovan?).

Som en höjdpunkt framstår möjligheten att genom en sk femtepositionsuppdelning

fastslå att en skada har ådragits under den språkliga nykonstruktionen vitalaktivitet, som innefattar personlig hygien (!?). Intressanta förlopp anas i koder likt W 58024.

Den som trott sig utbildad att bedriva sjukvård finner sig nu tvungen att en alltför stor del av arbetsdagen brottas med bisarrerier likt ovan.

Fyller denna omåttliga siffrerexercis något vettigt ändamål? Kan någon ansvarig från Socialstyrelsen ge en förklaring?

Lars Norberg
ortopedkliniken
Lundby sjukhus, Göteborg

**Replik:
Stigande behov av precisering av diagnoser**

Per Videhult tar upp tre frågor – den nya klassifikationen, receptregistret och datoriseringen inom hälso- och sjukvården.

Den nya sjukdomsklassifikation som Socialstyrelsen publicerat är inte en egen konstruktion utan endast en svensk översättning av Världshälsoorganisationens (WHO) internationella sjukdomsklassifikation (ICD-10) för statistiskt bruk.

Den nu hundraåriga klassifikationen har med ett stigande behov av precisering av diagnoser successivt utökats.

I arbetet med den svenska versionen har ett stort antal av Svenska Läkaresällskapets sektioner aktivt medverkat. Därvid har dessa medicinska specialister ställt krav på ytterligare detaljrikedom genom förslag på ett par tusen fördjupningar.

Kräver strukturerade journaler

Vår förhoppning – liksom insändarens – är att registrerad journalinformation skall kunna klassificeras och kodas automatiskt, men detta kräver strukturerade journaler, utförligt dokumenterad datoriserad information, enhetliga kriterier och terminologi samt avancerad programvara, något som inte tycks vara nära förstående. Enbart elektroniskt lagrade klassifikationer – som ju redan finns – är ingen lösning.

Exemplet med pneumoni ger vid textsökning träff på