

detta är ett förstahandsmedel även om det inte rekommenderas vid okomplicerad nedre UVI. Behandlingsrekommendationerna rör sig snabbt, så att vara alltför specifik inom ramen för en lärobok av detta slag är inte lämpligt. Det är behandlingsprinciperna som är viktiga.

Slutligen ansåg vi det viktigt att dra uppmärksamheten till förhållandet att svåra urinvägsinfektioner fortfarande är allvarliga tillstånd, däremot inte nedre urinvägsinfektioner som är »den vanligaste infektionen näst efter snuva». Medan det förra tillståndet är allvarligt är det sistnämnda skäligen banalt och hanteras också naturligtvis inom öppenvården. Kanske skall vi i nästa upplaga av boken mera beakta utrednings- och behandlings-synpunkter sedda ur allmänläkarens perspektiv.

Mattias Aurell
professor, njurmedicin
Gunnar Westberg
med dr, njurmedicin,
Sahlgrenska
Universitetssjukhuset,
Göteborg

Klorokin-resistens och profylax

Klorokinresistent malaria är ett bekymmer. Lars Rombo och undertecknad är överens om att meflokin (Lariam) är effektivare än klorokin och proguanil (Paludrin) som jag, i motsats till honom, inte anser vara ett fullgott alternativ för charterturister.

Åren 1994–1995 insjuknade 44 svenskar med falciparum malaria efter besök i Kenya [1, 2]. Av dessa hade fyra ej tagit någon profylax, en hade tagit meflokin, två hade tagit klorokin enbart medan 24 hade tagit klorokin i kombination med proguanil. För 13 saknades uppgifter. År 1995 såldes 12 000 förpackningar Lariam (40 procent) och 19 000 förpackningar Paludrin (60 procent). Skillnaden i effektivitet är för stor för att vara en tillfällighet, men risken för neurologiska biverkningar med meflokin är betydande.

I januari 1995 diagnostiserades 45 fall av falciparum malaria i Förenade Arabemiraten. Av dessa svarade 27 (60 procent) ej på klorokin, men tillfrisknade efter behandling med

**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.

Fansidar eller kinin. Av de resistenta fallen var 17 förvärvade i Pakistan och ett fall i Sri Lanka.

Beträffande doseringen skall läkemedel tillföras i proportion till eliminationshastigheten. Denna är vanligen snabbare hos större personer, men deras levermetabolism och njurutsöndring ökar inte för att de går upp i vikt.

Meflokin har allvarliga biverkningar och plasmodierna kan utveckla resistens. Det är därför som barriärmetoder här som på andra områden visar sig bäst. Använd i första hand impregnerade myggnät! Om risken för malaria kräver kemoprofylax är meflokin effektivast!

Stig Cronberg
universitetslektor, infektionskliniken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Referenser

1. Hellgren U, Janzon R, Rombo L. Kommentarer till årsstatistik för malaria 1995. Smittskydd 1996; 2: 35-6.
2. Hellgren U, Janzon R, Lagergren Å, Rombo L. Malariaprofylax för år 1994 – antal fall med P falciparum ökar bland svenskar som vistats i Östafrika. Epidaktuellt 1995; 18(6): 5-7.

Kommentar

Lars Rombo har tagit del av Stig Cronbergs nya inlägg och hänvisar till sin medicinska kommentar i Läkartidningen 18/97 för en utförlig belysning av problemen kring malaria. Den kommentaren var under tryckning då Cronbergs inlägg skrevs.

Red

KORRESPONDENS

halsläkare på en stor klinik på förfrågan säger att han aldrig hört talas om metoden. Finns det skäl till att den inte lärs ut? Eller har vardagsknepp och huskurer ingen plats i dagens sjukvård?

Red

Undvik läkarnas personsökare!

Läkare vid medicindivisionen på Akademiska sjukhuset i Uppsala har noterat att allt fler läkemedelskonsulenter, marknadsundersökare samt handläggare vid försäkringskassorna i ökande omfattning tar kontakt direkt via telefon eller via telefonväxel och personsökare. Det gäller ärenden som inte har akut medicinsk angelägenhet.

Dessa kontakter irriterar oss, eftersom de oftast inträffar under pågående verksamhet med patienter eller i planeringsrunder tillsammans med medarbetare på avdelningarna. Förutom avbrottet i pågående arbete innebär det en oplanerad tidsåtgång.

Skall användas i akuta fall

Våra personsökare skall i första hand användas för akuta och angelägna medicinska frågeställningar. När sökning via personsökare sker från växeln vet vi inte vem som söker, och vi avbryter då pågående klinisk verksamhet. Vi önskar att denna typ av kontakttänkande via telefon eller via personsökning upphör.

Vi vill ge följande förslag till kommunikation så att samarbetet skall ske planerat och friktionsfritt.

1. Om samarbete pågår med en enskild läkare kan ni avtala hur kontakterna skall ske.

2. Om en allmänt informerande kontakt önskas sänd först ett brev eller ett fax och boka in en tid till möte eller telefonsamtal.

3. Speciella patientutredningar från försäkringskassans handläggare bör ske via sedvanlig brevförfrågan. Försäkringsläkarna är den naturliga samsamtalspartnern.

Vi vill passa på tillfället att påpeka att de flesta kontakterna sker på ett mycket bra sätt, vi önskar dock med detta inlägg »stämna i bäcken»!

Läkare vid medicindivisionen UAS gm
Hans Levander

Pärla i näsan – kan det »botas» med vitpeppar?

Under de snart 15 år jag arbetat som läkarsekreterare i barnsjukvården (primärvården i VSSO, Stockholm) har det hänt att barn kommit akut till oss, t ex från »dagis» och/eller »fritids», eftersom de stoppat en pärla eller annat smått upp i näsan.

Då små barn har svårt att »fräsa ut» på uppmaning har det blivit mycket skrik och fasthållande av barnen för att få ut föremålet samt risk att förvärpa det hela om något instrument används. Mycket trauma för en liten sak.

Jag påminde mig då att jag, som dagbarnvårdare, lärde mig att använda malen vitpeppar. Man strör således lite vitpeppar på sin hands ovansida, håller för barnets ögon och blåser försiktigt så vitpepparn kommer in i barnets näsa. I så gott som samtliga fall nyser barnet ut föremålet. Enkelt och effektivt och värt att pröva.

Yvonne Eidenson
läkarsekreterare,
Barnläkarmottagningen
i Bromma

Kommentar

Finns det någon risk med detta knepp? Kan föremålet hamna i mer svåråtkomliga luftvägar när patienten »tar sats» före nysningen.

Redaktionen ställer frågan eftersom en öron-, näs- och