

Hur förbättra behandlingen av patienter med slaganfall?

Nils Gunnar Wahlgren och medarbetare har nyligen diskuterat möjligheterna av trombolytisk behandling av slaganfall [1]. Trombolytisk behandling har väsentligt förbättrat omhändertagandet av patienter med hjärtinfarkt. Emellertid är det bara ca en tredjedel av patienterna som är lämpliga för denna behandling och således måste majoriteten av patienterna få andra infarktbegränsande behandlingar. Trombolytisk behandling av slaganfall kan vara mer komplicerad än den vid hjärtinfarkt.

Wahlgren skriver också att streptokinas medfört en ökning av cerebrala blödningar och att dessa resultat inte kan användas för att motivera trombolysbehandling. Vidare refererar Wahlgren till att »det inte finns objektiva bevis för att tPA är säkrare än streptokinas».

Det är olyckligt att dokumentationen av denna behandling är bristfällig fortfarande 10 år efter genombrottet av trombolytisk behandling vid hjärtinfarkt. Hans-Göran Hårdemark i samma serie refererar till erfarenheter från Uppsala på 22 patienter som vägledande för trombolysbehandlingen och han menar att »det är av stor betydelse att det på akutsjukhus finns hjärnattacksavdelningar».

Som chef för en stor medicinklinik är jag medveten om betydelsen av vård vid slaganfall. På 80-talet genomfördes vid kliniken en kontrollerad studie av stroke-enheter [Lars Wilhelmsen, pers medd]. Då några signifikanta vinster inte kunde påvisas övergavs denna behandlingsform. Ytterligare erfarenheter under senare tid talar för ett omhändertagande inom ramen för en stroke-enhet och vi inför därför denna vårdform. Det är viktigt att kunna göra korrekta prioriteringar mellan olika starka krav inom akutsjukvården, t ex behovet av bröstsmärtsenheter, akutvårdsenheter, hematologbehandlingar, ambulans behandling av venös tromboembolism m m. Det är angeläget att en så omfattande och resurskrävande vård som den av slaganfallspatienter blir korrekt prioriterad.

Den dokumentation som redovisas i nämnda översikt är som bäst lovande, men kan inte föranleda omprioriteringar av stora vårdresurser. Inrättande av »hjärnattacksavdelningar» behöver

vara bättre dokumenterat. De svenska kunskaperna från stora kardiovaskulära studier bör förenas med den neurologiska erfarenheten vid slaganfall till en kraftsamling kring behandlingen av slaganfall.

Vid omorganisationen av akutsjukvården i Göteborg (Sahlgrenska Universitetssjukhuset) har vi uppfattat att olika uppfattningar föreligger om var slaganfallspatienter skall omhändertas: internmedicin eller neurologi.

Den nuvarande situationen understryker enligt min mening att motsättningar får läggas åt sidan. Svensk sjukvård vore här mycket lämplig för en omfattande studie. Denna studie behöver omfatta tusentals patienter och med tillräckligt antal dödsfall och komplikationer för att möjliggöra slutsatser. Själv

skulle jag välkomna ett samlat program med stöd av Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Innan dess kan tyvärr knappast stora organisatoriska förändringar ske i avsaknad av tydlig kunskap om den optimala behandlingen av slaganfallspatienter och särskilt betydelsen av trombolys vid slaganfall.

Karl Swedberg
docent, verksamhetschef,
medicinkliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/
Östra, Göteborg

Referenser

1. Wahlgren NG, Terent A, Norrving B, Lindqvist M, Svendsen P, Rådberg J et al. Trombolys förändrar vården vid slaganfall. Läkartidningen 1998; 95: 3202-14.

Kommentar 1:

Samarbete önskvärt

Avdelningar med speciell kunskap om diagnostik, särskild övervakning och behandling av cerebrovaskulära och andra akuta hjärnskador finns redan på många sjukhus i Sverige och andra europeiska länder. De kan vara organiserade på olika sätt, t ex som intermediär vårdenhet inom en avdelning för slaganfallspatienter eller som en neurologisk intensivvårdsavdelning. Dessa »hjärnattacksavdelningar» eller vad man vill kalla dem, ger möjlighet till mycket snabb neurologisk diagnostik och behandling, vilket är en förutsättning för att trombolysbehandling vid slaganfall ska kunna tillämpas.

Om trombolysbehandlingen i den nu pågående utvärderingsprocessen får stöd av den medicinska professionen och av regulatoriska myndigheter kommer sannolikt en ytterligare utbyggnad

av sådana avdelningar att vara motiverad. Självklart är det önskvärt med ett samarbete kring dessa avdelningar mellan neurologer, (neuro-)radiologer och internmedicinare.

Teamsamarbete kring dessa behandlingar diskuteras redan i det nationella nätverk som formats för trombolysbehandling vid slaganfall.

Utvärderingen av trombolysbehandlingens roll kommer närmast att påverkas av den trombolysstudie som offentliggörs i dagarna och av de systematiska översiktsanalyser som följer. En ingående diskussion kan också förväntas vid Stroke Update-mötet i Stockholm i november.

Nils Gunnar Wahlgren
docent, överläkare,
neurologiska kliniken,
Karolinska sjukhuset, Stockholm

Kommentar 2:

Inrätta stroke-enheter vid alla sjukhus!

Karl Swedberg frågar hur man kan förbättra behandlingen av patienter

med slaganfall och han välkomnar därvid ett samlat program med stöd från

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. I själva verket pågår ett sådant arbete! Under Socialstyrelsens ledning och i samarbete med Landstingsförbundet utarbetas för närvarande Nationella riktlinjer för slaganfallsvård. Riktlinjerna förväntas vara klara under våren 1999. I arbetet deltar företrädare för vetenskap, vårdpersonal, patientorganisationer, kommuner m fl och syftet är att stärka patienternas rätt till likvärdig kunskapsbaserad vård.

Ett av de väsentliga budskapen i de nationella riktlinjerna, som redan nu kan avslöjas, visar att Karl Swedberg är på rätt väg: Alla sjukhus som vårdar slaganfallspatienter bör inrätta strokeenheter med kapacitet att vårda flertalet patienter med akut slaganfall.

Alltsedan de första försöken på Serafimerlasarettet [1] och vid Umeå medicinklinik [2] med icke-intensiva strokeenheter har flera och flera studier dokumenterat den positiva effekten med sådana enheter. En metaanalys av 19 randomiserade studier [3] visade en relativ riskreduktion av dödligheten på 18 procent och av död eller institutionsboende på 30 procent.

Riks-stroke

Riks-stroke, det nationella kvalitetsregistret för slaganfallspatienter, där alla enheter som vårdar dessa patienter i akutskedet deltar, är ett annat projekt som stöds gemensamt av Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. Data från Riks-stroke bekräftar de positiva effekterna av vård på stroke-enheter och visar att resultaten från randomiserade studier nu kan omsättas i vardagssjukvård på nationell nivå.

Swedberg refererar till att det i Göteborg finns olika uppfattningar om var slaganfallspatienter skall omhändertas: internmedicin eller neurologi. Det är naturligtvis patientvårdens säkerhet och kvalitet som är helt avgörande och att det därvid är de lokala förhållandena som anvisar var det finns intresse och kompetens.

Swedberg tar också upp frågor om trombolysbehandling av slaganfallspatienter och vård på »hjärnattacksavdelningar». Försök med intensivvård av dessa patienter ad modum hjärtintensivvård gjordes i ett flertal studier i USA på 1970-talet utan att man i dessa kun-

de påvisa några enhetliga positiva överlevnadseffekter. Detta utesluter inte att vissa patienter kan ha nytta av intensivvårdsinsatser under en begränsad tid. Behovet av sådana insatser kommer naturligtvis att öka om det i framtiden utvecklas läkemedel med förmåga att begränsa hjärnskadans omfattning. Tyvärr saknas sådana läkemedel för närvarande. Resultaten från den stora ECASS-II studien, som nyligen presenterades i Sevilla, visade ju tyvärr att förhoppningarna om samma klara positiva resultat av trombolys som i den amerikanska NINDS-studien [45] inte kunde infrias.

P O Wester
specialsakkunnig i medicin
Socialstyrelsen

Har el-akustimulering effekt på anorexi och bulimi?

Intervjuer med 26 flickor med anorexi- och bulimidiagnos, som behandlats med elektrisk stimulering av akupunkturpunkter (el-akustimulering) tyder på att man borde studera dess effekt i en randomiserad och kontrollerad studie. Flickorna behandlades vid den alternativmedicinska Shantung-praktiken i Ängelholm. Av dessa 26 hade 21 tidigare behandling inom barnpsykiatri, somatisk vård eller vuxenpsykiatri utan att ha blivit symtomfria. Studien finansierades av PBU i Stockholms läns landsting.

Med hjälp av ett mätinstrument (Inlandsteknik, Arvidsjaur) noterades hudresistensen vid akupunkturpunkter. Lateral skillnad noterades. Behandling gavs sedan med samma instrument med transkutan stimulering av akupunkturpunkter enligt ett givet schema. Den påminner alltså om transkutan neurostimulering (TNS). En liknande behandlingsform är i Tyskland känd som EAV (Elektroakupunktur Dr Voll). Den syftar till att återställa den laterala obalansen i hudresistens vid akupunkturpunkterna.

Behandlingen varade 1–3 timmar och åtföljdes av aktivt lyssnande, ibland avreaktion av känslor och avslutades

Referenser

1. von Arbin M, Britton M, de Faire U, Helmers C, Miah K, Murray V, Wester PO. Erfarenheter från den cerebrovasculära enheten vid Serafimerlasarettets medicinska klinik. *Läkartidningen* 1979; 76: 2622.
2. Asplund K, Hägg E, Lithner F, Strand T, Wester PO. Erfarenheter av cerebrovasculär enhet i Umeå. *Läkartidningen* 1979; 76: 2625.
3. Stroke Units Trialists' Collaboration. Collaborate systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke units) care after stroke. *BMJ* 1997; 314: 1151.
4. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-Pa Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581.

ofta med musik. Antalet behandlingar per patient var cirka sju, behandlingstervallet varierade.

Resultat

21 flickor uppgav vid intervjuerna att de blivit fria från sin ätstörning och att de levde ett normalt socialt liv. Fem flickor upplevde ingen effekt av behandlingen. Ingen blev sämre. Den genomsnittliga uppföljningstiden var 3 1/2 år. Som bifynd noterades att en flicka med social ångest blev botad.

Patienterna positiva till behandlingen

Behandlingen beskrevs av alla på ett liknande sätt. Det första som noterades var en trötthetskänsla i kroppen. Tröttheten efterträddes av en glädjekänsla, och när kroppsupplevelsen förändrades fördes tankarna bort från malande tvångstankar kring mat och motion. Tankarna blev glädjefyllda, varierade och åldersadekvata.

Efter dessa angivna förändringar i stämningläge och kognition återkom aptiten. Matbeteendet och motionsbeteendet normaliserades successivt. Många flickor var positiva till den flexibla behandlingstiden. ▶