ler beteende, kommunikation och övrig utveckling [7, 8]. I USA finns federal lagstiftning för att främja tidig upptäckt och igångsättning av interventionsprogram vid utvecklingsavvikelser [9]. För att öka den professionella medvetenheten har American Academy of Pediatrics och American Academy of Neurology nyligen publicerat uttalanden angående barn med PDD [10, 11]. Motsvarande satsning behövs i Sverige.

Prevalensdata hjälper oss att planera resurser och åtgärder för barn och föräldrar. Föräldragrupper i USA har förenat sig med den amerikanska kongressen i ett upprop för att påtala behovet av ökad neurobiologisk och epidemiologisk forskning samt behovet av behandlingsinsatser [12]. Detta har även tagits upp från Föreningen autism (FA) i vårt land. Behoven framstår som synnerligen angelägna.

Referenser

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. JAMA 2001;285:3093-9.
3. Hyman S, Rodier PM, Davidson P. Pervasive developmental disorders in young children. Editorials. JAMA 2001;285:3141-2.
4. Arvidsson T, Danielsson B, Forsberg P, Gillberg C, Johansson M, Kjellgren G. Autism in 3-to 6-year-old children in a suburb of Gothenburg, Sweden. Autism 1997;1: 163-73.
5. Kadesjö B, Gillberg C, Hagberg B. Autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study. J Autism Dev Disord 1999;29:327-31.
6. Wing L. Autism spectrum disorder. Editorial. BMJ 1996;312:327-8.
7. Rogers S. Brief report: early intervention in autism. J Autism Dev Disord 1996;26:243-6.
8. National Academy of Sciences. Report of the committee on educational interventions in children with autism: Educating children with autism. Washington DC: National Academy of Sciences Press; 2001.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. Role of the pediatrician in family-centered early intervention services. Pediatrics 2001;107: 1155-7.
10. American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. The pediatrician's role in the diagnosis and management of autistic spectrum disorder in children. Pediatrics 2001;107:1221-6.
11. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. Neurology 2000;55(4):468-79.
12. The children's health act of 2000, HR 4365, 106 Cong. 2nd Sess (2000).

Behandling med bukläge förbättrar inte överlevnaden vid akut lungsvikt

Kort rapport

Hans Blomqvist
överläkare, docent, anestesi- och intensivvårdskliniken, St Görans sjukhus AB, Stockholm
(hans.blomqvist@stgoran.se)

I en multicenterstudie [1] har 304 respiratorvårdade patienter som uppfyllde kriterier för akut lungsvikt och ARDS randomiserats till 10 dagars konventionell behandling i ryggläge eller i bukläge (patienten vändes på magen) i minst 6 timmar per dygn (resterande del av tiden i ryggläge). Demografiska data, respiratorbehandling och övrig intensivvård var lika i övrigt för de två grupperna. Vändningarna till bukläge tog i medeltal 10 min och krävde i medeltal 4,5 personers hjälp.

Buklägesbehandlingen medförde för en stor andel av patienterna behov av ökad sedering, perioder av luftvägsobstruktion och även fall med övergående desaturation (ca 20 procent) eller svårigheter att följa respiratorn. Antalet nya trycksår och påverkan av hud över områden som utsätts för tryck i samband med bukläge var icke oväntat högre i buklägesgruppen.

Bättre syresättning i bukläge

Syresättningen (mätt i ryggläge) förbättrades ca 40 procent under studieperioden för patienter som behandlats med bukläge jämfört med gruppen som behandlats i ryggläge. Efter vändningen från ryggläge till bukläge förbättrades syresättningen (mätt i bukläge) signifikant i 73 procent av fallen. Förbättringen var ca 70 procent, och 70 procent av denna förbättring skedde under den första timmen efter vändningen.

I bukläget var förbättringen i syresättningen mätt som PaO_2/FiO_2 i medeltal 5,9 kPa innan patienten åter vändes till ryggläge. Mortaliteten var lika i de båda grupperna efter 10 dagar, så även vid utskrivning från IVA (50,7 procent mot 48,5 procent) liksom efter 6 mån. Den relativa risken för död i buklägesgruppen var 0,84 efter 10 dag, 1,05 vid utskrivning och 1,06 efter 6 mån.

Ingen skillnad efter utskrivning

I en analys av en subgrupp med patienter med störst risk (svårast sjuka) var risken för död i bukläge lägre (relativ risk för död, 0,54) än i patientgruppen som behandlats i ryggläge. Denna skillnad kvarstod dock inte vid eller efter utskrivningen från IVA.

Kommentar

Vid vård av patienter med svår lungsvikt (ARDS) har buklägesbehandling för att förbättra syresättningen använts som ett komplement, under de sista 5–8 åren. Behandlingsformen torde används på de flesta intensivvårdsavdelningar i Sverige eftersom behandlingen inte kräver någon avancerad utrustning. Att en förbättring av syresättningen sker i 60–70 procent av fallen är redan påvisat i tidigare studier. Mekanismen till förbättringen av gasutbytet i bukläge är till största delen resultatet av en jämnare anpassning av ventilation och perfusion av lungan samt en förbättrad ventilation och då främst av dorsala lungdelar.

Behandlingsformen är dock personalkrävande och kräver god samordning vid själva vändningen. I denna studie vändes patienterna en gång per dygn och låg i medeltal 7 timmar i bukläge. Ingen konsensus finns om hur många gånger en patient bör vändas per dygn, hur många timmar en buklägesbehandling bör fortgå eller under hur många dygn. Flertalet låter nog snarast en buklägesbehandling fortgå under 8 till 24 timmar med kanske bara någon till några vändningar totalt.

Ingen gynnsam effekt på överlevnad

Ett flertal publikationer om buklägesbehandling finns redan men denna undersökning är den första randomiserade studien och den enda som studerat utfallet. Tyvärr har studien inte kunnat påvisa någon gynnsam effekt på överlevnaden med denna behandlingsform. Att rutinmässigt lägga patienter i bukläge är således inte nödvändigt enligt författarna.

Referens

1. Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, Taccone P, Mascheroni D, Labarta V, et al. Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. N Engl J Med 2001;345(8):568-73.