Prehospital oksygenbehandling ved kols

Behandling med 88–92 % oksygenmetning reduserer mortaliteten sammenliknet med høydoseoksygen ved akutt forverring av kronisk obstruktiv lungesykdom

Bruk av høydose oksygenbehandling ved akutt respirasjonssvikt er omdiskutert. En australsk forskergruppe har nylig rapportert mortalitet etter forskjellig oksygenbehandling ved akutt forverring av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) (1).

405 pasienter med antatt akutt forverring av kols ble randomisert til behandling med høydose oksygen (8–10 l O₂/min) eller til 88–92 % oksygenmetning før innleggelse. 88–92 % oksygenmetning reduserte mortaliteten med 58 % sammenliknet med høydosebehandling (RR 0,42; 95 % KI 0,20–0,89; p=0,02). Kolspasienter som fikk titrert oksygenbehandling, hadde signifikant lavere risiko for respiratorisk acidose eller hyperkapni enn de som fikk høydosebehandling.

– Store doser oksygen til en kolspasient med hyperkapni vil kunne forverre hyper-

kapnien og dermed gi en respiratorisk acidose, sier førsteamanuensis og overlege Jon Hardie ved Lungeavdelingen, Haukeland universitetssykehus. Denne studien gir verdifull tilleggskunnskap med en praktisk vinkling for ambulansepersonalet

– Studien tyder på at når man mistenker kols basert på pasientens opplysninger, vil høydose oksygenbehandling kunne medvirke til død hos hver 14. pasient som behandles. Råd til de fleste akutthjelpere bør derfor være: Spør først om vedkommende har kols eller har vært langvarig røyker. Hvis ja, gi bare nok oksygen til å øke oksygenmetningen til ca. 88–92 %. Oftest vil dette bety 1–2 l/min på nesekatter, sier Hardie.

Trine B. Haugen

trine.b.haugen@hf.hio.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Austin MA, Wills KE, Blizzard L et al. Effect of high flow oxygen on mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients in prehospital setting: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 341: c5462.

Komplett beskrivelse av kroppens bursaer

I 1868 utga den norske legen Dick Synnestvedt den mest komplette beskrivelse av bursaer som noen gang er skrevet. Nå blir den utgitt på engelsk.

Ved en tilfeldighet kom to tsjekkiske professorer over Synnestvedts monografi i arkivet til Karlova-universitetet i Praha i 2006. Forfatteren var stud.med. Andreas Svane Dick Synnestvedt (1844–1909), som benyttet datidens litteratur og egne observasjoner ved disseksjoner (1). For dette arbeidet ble han belønnet med Skjelderups gullmedalje, og monografien ble utgitt på universitetets regning.

Synnestvedts monografi var – og er fortsatt – den mest komplette anatomiske beskrivelse av bursaer som noen gang er skrevet. Den inneholder 121 beskrevne bursaer mot f.eks. 44 i *Terminologia Anatomica*. Forfatteren gjør en rekke fysiologiske og embryologiske betraktninger, som senere har vist seg å være korrekte, og beskriver bursaenes funksjon og normale anatomiske variasjoner. Monografien representerer kulminasjonen av 1800- og 1900-tallets deskriptive anatomi.

Monografien har likevel også interesse for moderne medisin (2). Dens korrekte anatomiske beskrivelse av bursaer i forhold til omliggende strukturer og fullstendige liste over konstante og sporadiske bursaer gjør den relevant for ortopeder, sportsmedisinere, fysioterapeuter og revmatologer. En fullstendig oversikt over kroppens bursaer og deres variasjoner vil kunne forenkle diagnostiseringen av bursopatii, tendosynovitt/tendovaginitter og entesopatii.

Monografien vil etter planen bli trykt i januar 2011 med den originale norske teksten, med originalbilder laget av forfatteren selv, og den engelske oversettelsen.

Lars Sandve

larssandve@hotmail.com
Charles University
Praha

Litteratur

1. Synnestvedt ASD. En anatomisk Beskrivelse af de paa Over- og Underextremiteterne forekommende Bursae mucosae. Christiania: Brøgger & Christie's Boktrykkerie, 1869.
2. Musil V, Selnes CV, Falck AT et al. An important Norwegian contribution to the study of the bursae of the upper and lower extremities. *Acta Orthop* 2010; 81: 593–8.

VERDENS HELSE

Kolerautbrudd etter naturkatastrofer

Pakistan og Haiti er blitt rammet av store naturkatastrofer i 2010. Manglende hygieniske forhold og tilgang på rent vann legger forholdene til rette for kolerautbrudd.

Kolera gir diaré som er så kraftig at man kan tape inntil 20 liter væske per dag, hvilket kan gi dødelig dehydrering på få timer. Sykdommen affiserer 3–5 millioner mennesker hvert år, hvorav 100 000–120 000 dør. *Vibrio cholerae* smitter via kontaminert vann og mat (1). Bakterien er endemisk i Sør-Asia, men opptrer ellers i epidemier, gjerne i områder der naturkatastrofer eller krig fører til mangel på rent vann og uhygieniske forhold.

Kolerautbruddet i Pakistan har hatt et begrenset omfang: I midten av oktober 2010 hadde man registrert 99 tilfeller i de flomherjede områdene, men mange er rammet av akutt diaré av annen årsak (2).

På Haiti ser det ut til å komme en mye større epidemi. Per desember 2010, knapt to måneder etter utbruddets start, var over 93 000 smittet og mer enn 2 100 døde (3).

Utbruddet spredte seg for alvor etter at landet også ble utsatt for flom. Epidemien kom overraskende på de lokale helsearbeiderne, for det har ikke vært kolera på Hispaniola på minst 50 år. Dette har fått noen til å beskyldte hjelpearbeidere for å ha ført med seg kolera, noe som har ført til opptøyer (4). Sannsynligvis er det også riktig at smitten kommer utenfra. Genetiske studier av kolera-bakterien fra utbruddet på Haiti tyder nemlig på at den er beslektet med en stamme som finnes i Sør-Asia (3).

Kristoffer Brodwall

kristoffer.brodwall@gmail.com
Barneklivnikken
Haukeland universitetssykehus

Litteratur

1. WHO media centre. Cholera, june 2010. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/index.html [14.12.2010].
2. WHO. Cholera in Pakistan. www.who.int/csr/don/2010_10_25/en/index.html [14.12.2010].
3. Chin CS, Sorenson J, Harris JB et al. The origin of Haitian cholera outbreak strain. *N Engl J Med* 2010; doi 10.1056/NEJMoa1012928.
4. Fraser B. Haiti still gripped by cholera as election looms. *Lancet* 2010; 376: 1813–4.