

å relatere deres erfaringer til noen teoretiske betraktninger.

Boken som helhet tar for seg det komplekse spillet mellom samfunn, helse og medisinsk praksis, slik det kan arte seg i små samfunn der menneskene har flere roller som dels griper inn i hverandre. Utgangspunktet er en distriktsmedisinsk setting, men diskusjonen som føres er av en generell karakter fordi den angår grunnleggende spørsmål om hva det vil si å praktisere som lege. Det er derfor synd at debatten er redusert til et spørsmål om hvem som er flinkest av byleger og bygdeleger.

Hunskår vil ikke godta bokens status som lærebok og etterlyser dokumentasjon på våre synspunkter, til tross for at han hevder å anerkjenne at allmennmedisinens kunnskapsgrunnlag har sterke innslag fra samfunnsvitenskapene. Dersom samfunnsvitenskapene skal bidra til allmennlegenes kunnskapsgrunnlag, må disse fagene ikke underlegges biomedisinens naturvitenskapelige kunnskapsforståelse. Det vil i så fall bli som å bruke en tommestokk for å måle vekt.

Olaug S. Lian
Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Lian OS, Merok E, red. Mellom nostalgi og avantgarde. Distriktsmedisin i moderne tid. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.
2. Hunskår S. Avsporinger om distriktsmedisin. Tilsvær. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2527–8.

Antikoagulasjonsbehandling og oralkirurgiske inngrep

Per Løkken & Per Skjelbred tar i Tidsskriftet nr. 18/2005 opp spørsmålet om det er nødvendig å seponere behandling med warfarin og acetylsalisylsyre før tannestraksjon og andre oralkirurgiske inngrep (1). Dette er et prisverdig initiativ, og fremstillingen er balansert og utdypende. Deres konklusjon, som er godt underbygd av litteraturen, er at det vanligvis ikke er grunnlag for å seponere slik behandling ved inngrep i munnhulen, en konklusjon jeg slutter meg helt til. Kolleger er ofte altfor raske til å anbefale midlertidig seponering av behandling med warfarin og acetylsalisylsyre ved kirurgiske inngrep. Tannlegen eller kirurgen må ha etablert gode rutiner for lokal blodstilling i munnhulen.

Et annet godt råd for å forebygge blødning etter inngrep i munnhulen er ikke særlig kjent blant våre kolleger. Fibrinolysehemmeren tranexamsyre er særlig effektiv ved lokal applikasjon, ikke minst i munnhulen, der spytt har høy fibrinolytisk aktivitet. En ampulle cyklokapron 500 mg til injeksjon blandes med tilsvarende volum vann til munnskylling fire ganger daglig i 3–5 dager. Dette forebygger effektivt blødning etter oralkirurgi. Utblandingen

i vann har utelukkende til hensikt å sikre et større volum skyllevæske for å gjøre munnskyllingen enklere og mer effektiv. Ved Seksjon for blodsykdommer ved Medisinsk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet har vi i mange år benyttet cyklokapron-munnskyll som eneste profylaktiske tiltak ved oralkirurgiske inngrep hos pasienter med von Willebrands sykdom og mild hemofili og hos pasienter som behandles med warfarin (også ved INR > 3) og acetylsalisylsyre med svært godt resultat.

Geir E. Tjønnfjord
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Løkken P, Skjelbred P. Bør warfarin og acetylsalisylsyre seponeres før tannestraksjon? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2498–9.

P. Løkken & P. Skjelbred svarer:

Geir E. Tjønnfjord presiserer viktigheten av at tannleger og kirurger har etablert gode rutiner for lokal blodstilling i munnhulen. Vi er helt enig. Vårt opprinnelige manuskript inneholdt en beskrivelse av lokale hemostasetiltak, men dette avsnittet måtte av plasshensyn utgå.

Tannleger vil være i første linje når det gjelder å forebygge eller stoppe eventuelle blødninger i munnhulen. En utvidet versjon av vår artikkel vil om kort tid bli publisert i Den norske tannlegeforenings Tidende, der et avsnitt med råd om lokale hemostasetiltak i munnhulen inngår. Med referanser nevnes midler og metoder som er tatt i bruk, f.eks. pakking av resorberbar gelatinsvamp eller oksidert cellulose i tannalveolen, fibrinlim, munnskyllinger, tranexamsyre og diatermi.

Surgicel (oksidert regenerert cellulose) har i flere studier med tannestraksjoner gitt god hemostatisk effekt. I motsetning til biologiske proteinbaserte produkter, gir dette syntetiske preparatet ikke risiko for overføring av virusinfeksjoner. Etter sårrensing pakkes alveolen med Surgicel og stabiliseres med suturer. En kompress plasseres over såret og bites på i 10–15 minutter. Deretter inspiseres såret. Er blødningen stoppet, kan pasienten dimitteres, men gjerne oppfordres til å bite på kompressen ytterligere en time til. Resorberbar gelatinsvamp (Spongostan, Gelatamp), som brukes på samme måte, gir omtrent like effektiv hemostase. Kompressen som det bites på, kan gjerne være innsatt med tranexamsyre. Man bryter da en ampulle Cyklokapron, fukter kompressen med tranexamsyre, og lar pasienten bite på denne. Starter blødningen på nytt etter hjemkomst, kan pasienten trykke på såret ved å bite hardt i 20 minutter, f.eks. på et sammenfoldet rent lommetørkle, en gasskompress eller en fuktet tepose (te inneholder tannin som adstringerer og gir lokal hemostase). Et nytt lokalt hemostatikum,

TachoSil, er en medisineret svamp med blant annet humant fibrinogen og trombin. Dette preparatet skal bare brukes av erfarne kirurger.

Som Tjønnfjord påpeker er tranexamsyre et aktuelt preparat. Vi foreslår at tannlegen som første alternativ kan la pasienten bite på en kompress fuktet med Cyklokapron – dette fordi fem dagers munnskyllinger med preparatet vil koste så mye som 500 kroner. Vi er enig med Tjønnfjord i at det regimet han anbefaler kan være høyst relevant, ikke minst ved stor risiko for etterblødninger. I artikkelen i Tidende henviser vi til en nylig publisert oversiktsartikkel over aktuelle tiltak mot blødninger ved dentalveolær kirurgi, der preparatet foreslås brukt på samme måte som angitt av Tjønnfjord (1).

Behandles pasienten med warfarin og blødningen ikke stopper med lokale tiltak, bør systemisk behandling gis av lege. Et alternativ er injeksjon av fytomenadion (vitamin K₁), som senker INR-nivået i løpet av 4–6 timer. Dersom INR-nivået skal senkes raskt, er det vanligst å bruke faktortilførsel i form av ferskfrosset plasma.

Per Løkken
Det odontologiske fakultet
Universitetet i Oslo

Per Skjelbred
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Bågenholm T, Hellem S, Tornes K. Akutte skader og komplikasjoner ved behandlingsprosedyrer i munnhulen. Nor Tannlægeforen Tid 2005; 115: 38–47.

Er epikriser viktige medisinske dokumenter?

Spørsmålet burde ha vært unødvendig, men fra primærmedisinsk ståsted kan det synes som spørsmålet er høyst relevant. Den som har drevet allmennmedisinsk virksomhet i mange år, har ofte opplevd epikriser som kommer månedsvis etter utskrivning. Enhver vil forstå hvilke problemer dette skaper for den medisinske oppfølging. Pasienten blir innlagt for et medisinsk problem som ikke kan håndteres på primærmedisinsk nivå, og behandlingen skal kontinueres på de premisser som sykehuset legger. Det er derfor prisverdig at Kjell Martin Moksnes i Tidsskriftet nr. 17/2005 setter epikrisetid på dagsorden og uttrykker at «epikrisetid er kvalitetsindikator for helseforetakene» (1).

Det er selvsagt at medisinsk innleggelseskriv sendes på forhånd eller følger pasienten ved akutte innleggelses. Her gjøres det rede for sykehistorie og kliniske funn som er utgangspunkt for mer spesifikk utredning og behandling. Dette er en rasjonell og tidsbesparende arbeidsform, og den diagnostiske treffsikkerheten fra primærleger er høy.