

Kun brystkompresjon ved resuscitering?

Brystkompresjoner alene kan være godt nok når tilskuere skal redde liv, ifølge en japansk studie. Norske og europeiske eksperter er ikke enig.

Man har brukt mye ressurser på å lære opp befolkningen i munn-til-munn-metoden, men mange kvier seg pga. ubehag eller engstelse for smitte.

Japanske akuttmedisinere har gjennomført en prospektiv studie av mer enn 4 000 pasienter med hjerrestans utenfor sykehus (1). Når ambulanspersonell kom til stedet, noterte de hvorvidt tilskuere hadde forsøkt gjenoppliving, og hvordan. Enhver form for gjenoppliving ga signifikant økt sannsynlighet for at pasienten overlevde uten alvorlige men. Kunstig ventilasjon ga ingen tilleggseffekt i forhold til brystkompresjoner alene.

– Vi anbefaler ikke å droppe munn-til-munn-metoden, sier overlege Kjetil Sunde ved Anestesiavdelingen, Ullevål universitetssykehus. Befolkningens kunnskap om hjerte-lunge-redning er annerledes i Japan enn i Norge. Overlevelsen i denne studien var lavere enn det vi oppnår i Norge, blant annet fordi andelen tilskuere som gjør og behersker hjerte-lunge-redning er lavere.



Fortsatt best med 30 kompresjoner og to innblåsing. Foto Marianne Otterdahl-Jensen/Norsk Luftambulans

– Brystkompresjoner kan være tilstrekkelig de aller første minuttene etter stans, men deretter er oksygentilførsel avgjørende. Dessuten er ventilasjoner viktigere ved drukning, ved lungesykdom og hos barn. Det aller viktigste at man gjør *noe*. Dersom tilskuere ikke vil eller kan munn-til-munn-metoden, er brystkompresjoner alene et godt alternativ, sier Sunde.

Ragnhild Ørstavik
ragnhild.orstavik@fhi.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. SOS-KANTO study group. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO): an observational study. *Lancet* 2007; 369: 920–6.

Behandlingsråd ved epilepsi

To store studier gir enkle retningslinjer for behandling av epilepsi – kanskje i enkleste laget for norske forhold.

Mulighetene for medikamentell behandling av epilepsi er heldigvis mange. Med flere ulike medikamenter og få sammenliknende studier kan det imidlertid være vanskelig å finne gode retningslinjer for hvilke pasienter som skal tilbys hva.

I en uavhengig multisenterstudie fra Storbritannia har man sammenliknet opptil fem forskjellige antiepileptiske legemidler (1, 2). I korthet viste resultatene at lamotrigin hadde best effekt mot partiell epilepsi, mens pasienter med generaliserte anfall eller uspesifikk diagnose hadde best nytte av valproat.

– Resultatene dekker et behov for retningslinjer i behandlingen av epilepsi, men studien setter søkelyset i særlig grad på effekt og i liten grad på bivirkninger. Utslett forekommer ofte ved bruk av ordinære karbamazepintabletter, som ble brukt i denne studien, men sjelden ved retardformuleringer. Videre er vektøkning et stort

praktisk problem ved bruk av valproat. Dette nevnes bare så vidt, sier professor Erik Taubøll ved Neurologisk avdeling, Rikshospitalet-Radiumhospitalet.

– Det er store forskjeller mellom Storbritannia og Norge. I England har de langt færre nevrologer, og de fleste epilepsipasientene behandles av primærlege. Dette øker behovet for denne typen bastante behandlingsråd. I Norge går de fleste epilepsipasientene til spesialist. Derfor har vi mye bedre anledning til å vurdere den enkelte pasient, og hva som passer best for vedkommende, mener Taubøll.

Ragnhild Ørstavik
ragnhild.orstavik@fhi.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M et al. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 1000–15.
2. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M et al. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassified epilepsy: an unblinded randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 1016–26.

Årsaken til Kostmanns sykdom er funnet

I 1956 beskrev den svenske barnelegen Rolf Kostmann (1909–82) en familie med alvorlig medfødt nøytropeni. Arvegangen var autosomt recessiv. Kostmanns sykdom er et primært immunsviktsyndrom og er assosiert med økt apoptose i myeloide celler.

Nå har en svensk-tysk forskergruppe funnet at årsaken til sykdommen er en kimbane mutasjon i *HAX1*-genet. Ved å analysere DNA fra familier med Kostmanns sykdom, fant man homozygote mutasjoner i *HAX1*-genet hos syke individer i disse familiene (*Nat Genet* 2007; 39: 86–92).

Forskerne fant også at proteinet HAX1 er viktig for opprettholdelse av stabilitet i mitokondriemembranen. På denne måten beskyttes cellene mot apoptose.

Endring i skolekulturen reduserer ungdomsproblemer

Tradisjonelt har arbeidet med å forebygge helsemessig risikoatferd hos ungdom gått ut på opplysningsvirksomhet, men dette har ofte hatt begrenset og kortvarig effekt.

Engelske forskere har nå analysert studier utført i flere land der effekt av intervensjon for å bedre ungdommers helse og atferd er undersøkt (*BMJ* 2007; 334: 614–6).

Tendensen er at tiltak rettet mot skolen som institusjon har hatt bedre og ofte mer langvarig effekt enn tradisjonell klasseromsundervisning. Dette har bl.a. vært tiltak for å styrke elevenes tilhørighet, nettverksbygging, opplæring av lærere i å bruke kulturelt tilpassede læremetoder og bevisstgjøring av sosiale skiller blant elevene. Intervensjon bør starte tidlig i ungdomsårene og aktivisere både lærere, foreldre og elever.

Screening for cystisk fibrose

Flere land, bl.a. Storbritannia, Frankrike og deler av USA, har vedtatt at cystisk fibrose skal inngå som en del av screeningprogrammet for nyfødte. Tidlig diagnostikk bedrer utfallet av sykdommen. Men hvorvidt man velger å undersøke alle nyfødte, vil også avhenge av hvor mye man sparer på å behandle tidlig, i forhold til hvor mye det koster å innføre diagnostikken.

En studie fra Skottland viser at det meste av utgiftene til screeningundersøkelser innspareres ved lavere behandlingkostnader (*Lancet* 2007; 369: 1187–95). Forskerne sammenliknet 184 pasienter som fikk diagnosen gjennom screening, med 950 som ble diagnostisert senere på bakgrunn av kliniske symptomer.

Frem til niårsalderen krevde den siste gruppen opptil fire ganger så store behandlingstgifter som den første. Hvis de også hadde kunnet beregne indirekte besparelser, mener forfatterne at utgifter og besparelser nærmest ville vært balansert.