

Hvem ejer luftvejene?

ABSTRACT:

Emergency Medicine is expanding in Scandinavia and that raises the question: Who owns the airway. Studies from the UK suggest that RSI can be performed safely by non-anaesthetists when appropriate training and supervision are available. We need to start the debate whether other specialities than anaesthetists should perform RSI in Scandinavia.

I de angelsaksiske lande hersker der debat om, hvorvidt det er anæstesiologer eller akutmedicinere (emergency physicians), som skal håndtere luftvejene på akutte patienter. Med den nuværende udvikling indenfor akutmedicinen i Skandinavien må det forventes, at dette spørgsmål også rejses her! – Derfor: Lad os tage fat på debatten allerede nu!

Traditionelt set har det altid været anæstesiologer, som håndterer luftveje i Skandinavien. Anæstesiologer arbejder til dagligt med håndtering af luftveje, og herunder avanceret luftvejshåndtering - altså farmakologisk medieret endotracheal intubering.

Der har i Skandinavien været tradition for at anæstesiologerne er involveret i behandlingen af den akutte patient med kredsløbsinstabilitet eller respirationsinsufficiens. I USA har det siden 1960'erne - og senere i England og andre angelsaksiske lande - i voksende grad været læger i specialet emergency medicine (akutmedicin), der har haft ansvaret for den initiale behandling af disse patienter. En behandling, som også inkluderer Rapid Sequence Intubation (RSI). Dette har medført at emergency physicians og anæstesiologer har diskuteret, hvem der skal/bør håndtere luftveje hos akutte patienter (1,2).

RSI

RSI er oprindeligt beskrevet som en "anaesthetic technique for patients undergoing surgery in the operating theatre" (3), men i takt med større fokus på tidlig behandling er etablering af en sikker luftvej ("løsning af A-problemet") blevet en procedure, som også foregår udenfor operationsgangen, såvel in-hospitalt som præhospitalt.

Udenfor operationsstuen er RSI en vanskeligere procedure end på operationsstuen. Dette skyldes dels patientens tilstand er mindre kendt og dels den ringere tilgang til udstyr (og undertiden også vanskeligere tilgang til patienten). Såvel udførende og assisterende personales erfaring har stor betydning for gennemførelse af proceduren.

Anæstesiologer versus ikke-anæstesiologer

Flere studier har sammenlignet komplikationsraten mellem RSI udført af anæstesiologer og ikke-anæstesiologer. Mackay

et al (4) beskrev erfaringer fra præ-hospital RSI gennemført på lægehelikopteren i London (HEMS), og fandt ingen forskelle i komplikationsraten mellem anæstesiologer og akutmedicinere.

Reid et al (2) fandt ingen forskelle i komplikationsraten mellem anæstesiologer og ikke-anæstesiologer, når det galdt RSI udenfor operationsstuen.

Graham et al (1) sammenlignede blandt andet tiderne for RSI-udførelsen ("door to RSI time") i skotske akutmodtagelser og fandt, at andelen af patienter, som blev intuberet indenfor 15 min efter ankomst til akutmodtagelsen var højere blandt patienter behandlet af emergency physicians end blandt patienter behandlet af anæstesiologer (32,6% vs. 11,3%). RSI udført af anæstesiologer havde færre komplikationer end RSI udført af emergency physicians (12,7% vs. 8,7%). Den hyppigste komplikation var erkendt esophagus intubation og hypotension, men forskellen var ikke signifikant. Emergency physicians intuberede i dette studie flere respiratorisk eller cirkulatorisk ustabile patienter end anæstesiologer.

Både Graham og Reid (1,2) konkluderer, at RSI er en procedure, som både anæstesiologer og emergency physicians kan gennemføre sikkert.

Egne erfaringer fra England

Min egen erfaring fra et ophold som emergency physician i et Emergency Department i England er, at emergency physicians udfører RSI på en sikker måde. Der ligger således faste protokoller og regelmæssig træning til grund for, at emergency physicians udfører RSI såvel i modtagelsen som præhospitalt. Jeg oplevede at der blandt emergency physicians var stor respekt for håndtering af luftveje. Der blev altid foretaget grundige forberedelser (i henhold til protokoller), ligesom det blev sikret, at alt involveret personale var kompetent til, herunder grundigt instrueret i, at udfylde deres rolle.

Alle emergency physicians, som udførte RSI, havde erfaring fra ansættelse på anæstesi- og intensiv afdelinger og skulle yderligere regelmæssigt demonstrere færdigheder i "failed intubation drill" samt udføre et minimumsantal af RSI'er om måneden.



Fremtiden

I Skandinavien har vi historisk set fundet det vanskeligt at

skulle overlade håndteringen af luftveje til læger i andre specialer. Englænderne finder det derimod mærkeligt, at det hos os ofte er sygeplejersker, der udfører RSI. Dette ville være nærmest utænkeligt i England. Begge steder foregår RSI under trygge forhold, idet det begge steder er godt uddannede personalegrupper, som regelmæssigt udfører en potentielt vanskelig procedure.

Der er et øget fokus på akutmedicin i Skandinavien – i Sverige er det ved at blive introduceret som et nyt speciale. Vi bør derfor i de skandinaviske sundhedsvæsener tage fat på debatten om ”hvem ejer luftvejene”. Måske er løsningen et nært samarbejde mellem anæstesilæger og kommende akutmedicinere, hvor uddannelse, træning og supervision er i fokus.

Referanser

1. Graham CA, Beard D, Oglesby AJ, Thakore SB, Beale JP, Brittliff J, Johnston MA, McKeown DW, Parke TRJ. Rapid sequence intubation in Scottish urban emergency departments. *Emerg Med J* 2003; **20**: 3-5.
2. Reid C, Chan L, Tweeddale M. The who, where, and what of rapid sequence intubation: prospective observational study of emergency RSI outside the operating theatre. *Emerg Med J* 2004; **21**: 296-301.
3. Sellick BA. Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anaesthesia. *Lancet* 1961; ii: 404-406.
4. Mackay CA, Terris J, Coats TJ. Prehospital rapid sequence induction by emergency physicians: is it safe? *Emerg Med J* 2001; **18**: 20-24.