

Damage control hos traumepatienter – hvem skal kunne hvad hvornår?

Modtagelse af traumepatienter er en kompleks opgave, der involverer mange fagligheder og stiller store krav til organisationen og de konkrete kompetencer. *Sillesen et al* undersøger i en artikel i Danish Medical Journal [1] (dette nummer af Ugeskrift for Læger, side 411), hvordan medlemmer af traume-team i hele landet evaluerer deres egne kompetencer i forhold til *damage control resuscitation* (DCR) og *damage control surgery* (DCS).

Begrebet *damage control* stammer fra den amerikanske flåde, hvor man udfører særlige, nødtørftige reparationer for at begrænse yderligere skader og genoprette skibets funktionsevne. Populært sagt skal man efter at være ramt stadig kunne flyde og skyde.

DCS er siden 1990'erne blevet en relativt veletableret praksis inden for traumekirurgi, hvor sigtet er at standse blødning samt forebygge forurening og yderligere skade [2]. Ved DCS prioriterer man få, kortvarige indgreb tidligt i forløbet frem for langtrukken definitiv kirurgi, og teknikken kræver specifikke, operative kompetencer.

Dette er siden fulgt op med konceptet DCR, der sigter mod at stabilisere patientens vitalparametre med umiddelbare ikkekirurgiske indsatser, såsom etablering af permissiv hypotension, minimal brug af krystalloider, aggressiv opvarmning og hæmostatiske lægemidler som tranexamsyre [3]. I nogle tilfælde kan veludført DCR endog reducere behovet for DCS [4].

I artiklen dokumenteres det, at medlemmerne i traumeteamet på de fire traumecentre alle er speciallæger, men at teamet på ikketraumecentre ofte udgøres af ikke-speciallæger. Næsten alle læger fra den anæstesiologiske side vurderer, at de kan udføre DCR, hvor kun en mindre andel af de kirurgiske læger vurderer sig kompetente til at foretage DCS. Det kan skyldes, at der er flere speciallæger blandt de anæstesiologiske læger, også på ikketraumecentrene. Men det må også have en betydning, at principperne i DCR er mere universelle og måske nemmere at opnå rutine i end kirurgien i DCS, som kræver særlige færdigheder, der kan være vanskelige at træne.

På de store universitetshospitaler med traumecentre er alle nødvendige specialer til rådighed døgnet rundt, mens det ikke er muligt på de mindre akut-

hospitaler (ikketraumecentre). Ikketraumecentrene har samtidig det dilemma, at de primært modtager traumepatienter med mindre omfattende skader, men indimellem også de allersygeste, der ikke kan tåle transport. Organisationens skal derfor kunne levere et graderet respons.

Allerede præhospitalt skal der være fokus på at begrænse yderligere skade og minimere transporttiden, og i den primære gennemgang på akutafdelingen/traumestuen er det vigtigste, at der er kompetencer til at udføre DCR og nødprocedurer på vital indikation (nødkrikotomi, pleuradrænanlæggelse m.m.). Det kan også vise sig at blive nødvendigt med kirurgiske indgreb, men det tager lidt tid at forberede, og denne forberedelse vil typisk være den kirurgiske læges opgave.

Mindre studier tyder endda på, at der ikke nødvendigvis behøver at være en kirurg på selve stuen ved modtagelse af traumepatienter [5]. Så selvom en lille gruppe af patienterne på ikketraumecentrene vil få behov for DCS, er det måske tilstrækkeligt med veludført DCR, hvis en erfaren kirurg med relevante kompetencer altid kan tilkaldes inden for kort tid.

Kvaliteten af traumemodtagelse skal derfor ikke kun måles på de selvevaluerede kompetencer i traumeteamet, men på hele hospitalets samlede kapacitet.

Pointen er, at der også i håndtering af traumepatienter må gælde det princip, som i de seneste år er blevet en fast formulering i forhold til den akutte indsats: »It takes a system to save a life«.

LITTERATUR

1. Steinhorsdottir KJ, Svenningsen P, Fabricius R et al. Self-evaluated competence in trauma reception. *Dan Med J* 2017;64(11):A5420.
2. Rotondo MF, Schwab CW, McGonigal MD et al. "Damage control": an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. *J Trauma* 1993;35:375-82.
3. Giannoudi M, Harwood P. Damage control resuscitation: lessons learned. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2016;42:273-82.
4. Lamb CM, MacGoey P, Navarro AP et al. Damage control surgery in the era of damage control resuscitation. *Br J Anaesth* 2014;113:242-9.
5. Dattani RG, Richards T, Smith CD et al. Trauma calls: role of the general surgeon and CT scanning. *Emerg Med J* 2005;22:339-41.

LEDER

Dan Brun Petersen

Ugeskr Læger
2018;180:V69555

KORRESPONDANCE:

Dan Brun Petersen, Akutafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Køge.
E-mail: dabp@regionsjaelland.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk