

Rapport från studieresa till Queen Mary's hospital och Limb Fitting Center i Roehampton, London

Av med. lic. *Uno Erikson*,¹⁾ Uppsala, och med. lic. *Jan Hansson*,²⁾ Göteborg

Limb Fitting Center i Roehampton i omedelbar anslutning till Queen Mary's Hospital utgör ett centrum för behandling av alla arm- och benamputerade samt missbildningar på armar och ben för ett upptagningsområde omfattande London med dess förstäder på ca 12 milj. människor, således ca 20 % av Englands befolkning. För armamputerade är det dessutom centrum för hela södra och östra England. Liknande centra finns på sammanlagt 21 platser i England och Wales, därav för armamputerade på 5 platser. I Roehampton har således en stor erfarenhet samlats och där bedrivs forskning rörande de amputerades problem.

Limb Fitting Center är så organiserat att 6 läkare har poliklinisk verksamhet och tar emot patienter fem dagar i veckan klockan 9—17; genom polikliniken passerar dagligen 120 patienter. Ytterligare två läkare finnes, som endast tar emot speciellt utvalda patienter och dessutom bedriver forskning rörande protesfunktion, nykonstruktioner av proteser och patientbesvär. I anslutning till detta Limb Fitting Center finns sjukhuset, Queen Mary's Hospital, där ett flertal amputationer utföres och där patienter med besvär från stumpen osv. lägges in för ev. operativ åtgärd. Chefen för den ortopediska behandlingen där är dr Leon Gillis. Platsantalet är ca 80. Chef för hela vårdorganisationen av de amputerade i England och Wales är dr Ritchie i Roehampton.

De polikliniska patienterna som inte själva kan

taga sig dit, via tunnelbana och bussar osv. eller med egna bilar, transporteras via ambulanser till sjukhuset. Endast mycket handikappade patienter vårdas på sjukhuset. Inga patienter bor på något närbeläget hotell eller pensionat för att på så sätt avlasta sjukhusplatserna. Samtliga patienter tränas i gåskola, av vilka det finns två typer: en för yngre och mera rörliga patienter, och en för äldre — huvudsakligen patienter som amputerats på grund av arterioskleros och diabetes. Gåskolorna anses vara av stort värde och betydelsen av en god fysisk kondition poängteras. Barn och yngre patienter kontrolleras var 3—6 månad. De vuxna patienterna kontrolleras på sjukhuset endast om proteserna ej passar eller har gått sönder. En gång per år kontrolleras emellertid deras situation genom brevintervju. Follow-up betecknas som mycket viktig. All vård på sjukhus och polikliniker samt proteser och bandage är kostnadsfri för patienten.

I det följande lämnas en översikt över den vidareutbildningskurs som hölls den 2—6 april 1962 vid sjukhuset och Limb Fitting Center och som behandlade problem i samband med amputerade.

Vi lämnar nedan en redogörelse för varje läkares speciella synpunkter och föredrag. Kursdeltagarna var 12 stycken. Flera av dem kom från Australien, Nya Zeeland och Indonesien. Övervägande antalet deltagare var ortopedier till synes i överläkare- eller bitr. överläkarställning.

Dr Ritchie som är administratör för centralen höll ett flertal föreläsningar. Han redogjorde först för strukturen i organisationen, för rehabiliteringen och behandlingen av de amputerade inom England och Wales. Den hade växt upp i samband med världskriget 1914—18. Vidare

¹⁾ Med resebidrag från Folksams donation till Uppsala universitets Gåskola under ledning av ortopediska kliniken, kliniskt-fysiologiska avdelningen och röntgenavdelningen.

²⁾ Ortopediska kliniken, Sahlgrenska sjukhuset, Göteborg.

lämnade han en kort redogörelse för orsaken till amputationerna och patientens förberedelse till att bära protes. Han räknade med att i England fanns ca en amputerad på 12.000 människor; 50 % av de amputerade var över 60 år. Av alla amputerade hade 67 % amputerats på grund av kärlsjukdom, medan 27 % hade amputerats på grund av skador, bilolyckor osv., och 6 % på grund av tumörer. Varje år avges en rapport från detta centrum, Annual Report, som publiceras i Ministry of Health Annual, Part 2. Vidare finns en rapport, Statistical Analysis of Primary Amputation Cases, utgiven 1960. Dr Ritchie ansåg att ca 75 % av samtliga amputerade kan rehabiliteras till ett tillfredsställande liv. Han redogjorde för den konventionella underbensprotesen med lårhylsa och nämnde att patella-tendon-bearing-prosthesis prövades med framgång men ännu ej ges till alla underbensamputerade. Beträffande armamputerade demonstrerade dr Ritchie ett flertal patienter, som var amputerade på olika nivåer på armarna och försedda med goda proteser samt med de attiraljer, som kan kopplas till en sådan protes, t. ex. bestick och olika verktyg. Några av patienterna demonstrerade en förbluffande skicklighet i att använda sina armproteser och var fullt yrkesverksamma. De kunde plocka upp mycket små föremål, nålar och dylikt. En patient demonstrerade en utmärkt förmåga att kasta pil på en tavla.

Ritchie höll även ett föredrag om painful stumps där han meddelade erfarenheter av olika typer av behandling för dylika patienters besvär. Han ansåg att en hög procent av alla vuxna amputerade har fantomsensationer men att det kunde betecknas som relativt normala förhållanden. Barn under 6 år hade aldrig fantomsensationer. Antingen förlades fantombesvärerna till stumpändan eller också teleskopiskt projicerade till foten eller handen. Perifera irritationsmoment eller förändringar ansågs ge fantomsmärtorna. Ca 15 % av de amputerade hade smärtor av sådan omfattning att de behövde behandling. Ritchie hade under sin 35-åriga verksamhet endast en gång givit en patient remiss till neurokirurgisk behandling. Han ansåg således att detta ej var

den rätta behandlingsformen. Den kirurgiska behandlingen av stumparna var relativt restriktiv. Endast sällan avlägsnade man neurinomen och det var hos fall där man ansåg att det var tryck på det känsliga neurinomet som utlöste besvärerna. De patienter som hade besvär på kvällen och natten fick speciella bandage och ev. även speciella proteser att ha på nätterna.

Han redogjorde även för perkussionsterapien som infördes av Russel Brain från Oxford. Denna innebar att man utsatte det ömma stället av amputationsstumpen för upprepad mekanisk behandling. Det fanns elektriska perkussionshammare. Behandlingen omfattade ca 10 min och utfördes 2 ggr per dag i ca 15 dagar, och gav ofta lindring. Ca 50 % av patienterna angav att man blev bättre relativt snart och 30 % blev permanent bra. Denna behandlingsform ansågs vara god som första behandling, då den i varje fall inte utsatte patienten för någon skada. De patienter som hade så ömma stumpar att perkussionsbehandlingen ej omedelbart kunde genomföras fick en blodtrycksmanschett om låret och den pumpades upp till 200 mm Hg varefter man började med en behandling i något mera långsam takt. Ultraljud hade prövats men utan något resultat. Injektionsterapi med lokalbedövning gav stundom resultat, åtminstone kortvariga. En metod var att använda 2 % benzocain och 40 % urethan i aqua dest. lösning och av denna lösning injicerades under narkos 2 ml djupt runt neurinomet. Benzocain fälldes då ut som kristaller. Det var Gillis och medarbetare som hade använt denna metod. En annan injektionslösning kallades för Roehampton cocktail. Man injicerade i stumpen ca 5 ml av en lösning som innehöll 2 % procainhydroclorid + 2,5 % cortison + 1.500 enheter hyaluronidas per ml. Patienten fick ligga till sängs en tid, och ordinerades dessutom Largactil.

Dr Leon Gillis, som var chef för den kirurgiska-ortopediska verksamheten, höll två föreläsningar. Den första behandlade de kirurgiska problemen vid amputation och illustrerades med ljusbilder. Han betonade vikten av att man i första hand försökte göra underbensstump, i andra

hand exartikulation i knäleden, i tredje hand lårbensamputation: snittet och suturen skulle helst vara belägna på stumpens baksida med riklig hud och muskulatur kvarlämnad. Han var relativt skeptisk mot behovet av plastikkirurgiska ingrepp. Han ansåg att den hud som transplanteras till stumpan är alltför skör för att tåla protesens tryck. Den andra föreläsningen var kombinerad med en rond inom sjukhuset då ett stort antal fall kunde demonstreras med olika typer av besvär. Sjuksalarna var efter våra förhållanden förvånansvärt stora och föreföll relativt tungskötta. I en sal låg 28 patienter.

Dr Jolly var den näst äldste läkaren på platsen. Han redogjorde för de temporära proteserna, pylon, som han för sin del ansåg utmärkta att ge patienterna till att börja med och som många patienter bar i hemmet och i trädgårdsarbete osv.

Speciellt hade de en typ av mycket korta proteser till bilateralt lårbensamputerade som gjorde att patienterna kände sig stadigare och ej fick någon yrsel som de ibland fick när de gick på höga proteser. Emellertid upplystes varje patient om att dessa proteser endast var provisoriska och att de skulle få en riktig protes om det visade sig att de kunde gå riktigt. De vägrades aldrig en riktig protes—även om det stod klart att de inte skulle kunna bära den, vilket gäller för omkring 15 %. Dr Jolly redogjorde även för föreskrifterna i England att få invalidbilar och invalidstolar. Dessa invalidbilar som ofta var trehjuliga reserverades i första hand för patienter som var amputerade ovan knäet på ena benet eller ovan knäet på det ena och under knäet på det andra; vidare för patienter som hade paraplegier eller någon annan defekt i rörelsesystemet som motsvarar en total förlust av båda benen så att patienterna inte kunde gå; slutligen för patienter som hade liknande skador men av något lättare grad men som ändå hade svårt att gå och behövde sin bil för resa till och från arbetet. En del av patienterna fick även handdrivna cyklar. De patienter som hade egna bilar eller ville ha egen bil i stället för dessa in-

validbilar kunde få hjälp med en summa motsvarande 8—900 kronor till ombyggnad av bilarna.

Den fjärde föreläsaren på kursen var dr McKenzie som visade proteser för patienter som amputerats på låret. Betydligt lägre procent än i Sverige fick här sugproteser. Man ansåg att patienterna helst borde vara under 40 år och dessutom relativt begåvade för att kunna klara dessa proteser. Detta intryck har vi dock ej i Sverige, där de flesta patienterna får sådana proteser.

McKenzie demonstrerade även proteser på ett relativt stort antal patienter med uttalade missbildningar på armar och ben. Vidare redogjorde han för den forskning som bedrevs. Denna forskning gick för det första ut på nykonstruktion av proteser och kontroll av olika protesmaterial. Man hade en god verkstadsutrustning och två instrumentmakare som sysslade enbart med denna fråga. Exempelvis hade en speciell apparat konstruerats för att kunna avbilda protesens inre i de fall där patienten klagade över besvär från protesens varvid man gjorde upp vad som liknade topografiska kartor över proteshylsans insida för att objektivt utröna protesens ev. orsak till patientens besvär. Vidare var en liten verkstad sällsatt med att prova olika plastmaterial och experimentera fram olika plastsorter och denna verkstad hade goda kontakter med plastindustri och kemister i England.

En annan forskningsgren var gånganalys. Patienterna fick gå och springa framför ett koordinatsystem medan en kamera med fast position hela tiden filmade patienternas rörelser i ultrarapid. Denna metod var relativt värdefull när det gällde att behandla vissa gångfel och studera protesens värde. Dessutom bedrevs vissa arbetsfysiologiska undersökningar. Man var intresserad av syrekonsumentionen som ett mått på det arbete som utfördes vid de olika protestyperna. Emellertid hade denna verksamhet ej fullt kommit igång ännu, utan var under utveckling.

Den sista av föreläsarna var dr Fletcher som demonstrerade ett stort antal underbensamputerade patienter och även en del armamputerade samt visade filmer om olika patienttyper och deras prestationer.

Han var speciellt intresserad av sugproteser och demonstrerade ett antal sådana patienter. De filmer som han visade går enligt uppgift att få erhålla till låns även i Sverige.

Av protesverkstäder besöktes Hanger som tillverkar benproteser. Denna fabrik står för 90 % av protestillverkningen i England och sysselsätter ca 900 arbetare. Vidare besöktes Englands enda armprotestillverkare. Denna fabrik var i betydligt mindre skala.

Kursens föreläsningar omfattade således alla de problem som berör de amputerade. Hela dagarna tillbringades på sjukhuset och kursdeltagarna och lärarna åt gemensam lunch. Kontakten med de olika deltagarna och lärarna var ytterst betydelsefull och trivsamt. De för oss i Sverige mest värdefulla erfarenheterna från denna kurs och studiebesöket vid Limb Fitting Center kan anses vara följande:

1. Vikten av att ha en gåskola i nära kontakt med protestillverkare och under överinseende av läkare och specialutbildade sjukgymnaster underströks. Man ansåg att ett sådant centrum på ca 2 milj. människor vore en lagom proportion för England. Gåskolornas verksamhet var synnerligen populär hos patienterna. Man var synnerligen noga vid urvalet av sjukgymnaster vid dessa gåskolor. Man ansåg att sjukgymnasten skulle ha en mycket positiv och mycket aktiv syn på problemen och stimulera även gamla svårt handikappade patienter till rörelse. Detta Limb Fitting Center var således ej underordnat någon rehabiliteringsavdelning utan självständigt och stod under överinseende av ortopederna.

2. Värdefullt var även att taga del av deras stora erfarenhet av behandling av patienter med fantom- och stumpbesvär. Dock måste man konstatera att, trots den stora erfarenheten vid Roehampton, fanns ännu ej någon kausal terapi mot fantomsmärtorna utan de flesta behandlingsmetoderna hjälpte endast en kort tid.

3. Arbetet på protesområdet visade att de svenska bandagetillverkarna ligger väl framme och beträffande lårbens- och underbensproteser synes ha nått en något längre utveckling än i England i det att vi använder sugproteser till de

flesta lårbensamputerade och patella-tendon-bearing proteser till ett allt större antal underbensamputerade; dessa p.t.b.-proteser, som de kallas, är f. n. endast under utprovning i Roehampton. De provisoriska proteserna blev definitiva för 15 % av patienterna i Roehampton. De kanske borde provas hos en del äldre patienter även i Sverige.

4. Ett centrum för armamputerade i nära anslutning till detta amputationscentrum är värdefullt och bör omfatta en armträningsskola, där patienterna mindre än att träna sin fysiska styrka (sjukgymnastik, friskgymnastik) får träna upp möjligheterna att använda proteser och kunskap om olika attiraljer till proteserna (arbetsterapi). Här i Sverige finns endast underlag för en enda sådan armträningsskola då vi bör ha mellan 500 och 1.000 armamputerade.

»Vi och vår hälsa»

HULTAFORS

**fysikalisk-dietisk kuranstalt enskilt
sjuk- och konvalescenthem**

Postadress: HULTAFORS

1.000 fot över havet.

Lämplig rekreationsort.

Alla moderna badformer,

elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr I. UNHÄLL

Mod. priser. Inga drickspengar

Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 950 50.