

colectomie, zo mogelijk met een primaire ileorectale anastomose, noodzakelijk is. Segmentale resecties worden gevolgd door een onaanvaardbaar percentage persisterende of recidiverende bloedingen met een hoge sterfte. Het feit, dat deze en andere auteurs de acute subtotale colectomie aanbevelen voor levensgevaarlijke, niet te lokaliseren bloedingen uit de dikke darm is van veel betekenis geworden, aangezien door het gebrek aan niet-resorberebare vezelstoffen in de westerse voeding de diverticulosis coli – aan het begin van deze eeuw nog een zeldzame ziekte – belangrijk in frequentie toeneemt (PAINTER 1975). Daarom moet ook rekening worden gehouden met een toename van de complicaties, waaronder (massale) bloeding, van deze deficiëntieziekte.

Literatuur: ATHANASOULIS, C. A. e.a. (1975) *Amer. J. Surg.* 129, 212. – DRAPANAS, T. e.a. (1973) *Ann. Surg.* 177, 519. – EATON, A. C. (1981) *Brit. J. Surg.* 68, 109. – GIFFIN, J. M. e.a. (1966) *Arch. Surg.* 94, 619. – MC GUIRE, H. H. en B. W. HAYNES (1972) *Ann. Surg.* 175, 847. – OLSEN, W. R. (1968) *Amer. J. Surg.* 115, 247. – PAINTER, N. S. (1975) *Diverticular disease of the colon*. William Heinemann, Londen. – QUINN, W. C. en A. OCHSNER (1953) *Amer. Surgeon* 19, 397. – ROSENBERG, I. K. en B. F. ROSENBERG (1964) *Ann. Surg.* 159, 570. – VEGA, J. M. en C. E. LUCAS (1976) *Arch. Surg.* 111, 913. – WAUGH, J. M. en A. J. WALT (1962) *Surg. Clin. N. Amer.* 42, 1267. – WELCH, C. E. e.a. (1978) *Wld J. Surg.* 2, 73.

J. BENDER

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Ontwerp voorschriften voor de bepalingen van glucose in plasma en eiwit in serum

De Commissie Klinisch-chemische Analysemethoden NVKC-RIV (Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie-Rijksinstituut voor de Volksgezondheid) heeft de volgende nieuwe ontwerp-voorschriften opgesteld:

– Bepaling van de glucoseconcentratie van plasma, voorschrift KC 24 NVKC-RIV, ontwerp augustus 1981. Het voorschrift is gebaseerd op de referentiemethode, ontwikkeld door de Clinical Chemistry Division van het Center for Disease Control, Atlanta, USA, beschreven in het rapport: Development and evaluation of a hexokinase/glucose-6-phosphate dehydrogenase procedure for use as a national glucose reference method (1976).

– Bepaling van de eiwitconcentratie van serum, voorschrift

KC 22 NVKC-RIV, ontwerp augustus 1981. De bepaling berust op de biureetreactie. Het voorschrift is gebaseerd op de publikatie van B. T. DOUMAS (1975) Standards for total serum protein assays – a collaborative study (*Clin. Chem* 21, 1159).

De ontwerpvoorschriften kunnen worden aangevraagd bij de secretaris van de commissie, drs. J. B. A. Terlingen, RIV, Laboratorium voor Klinische Chemie en Hematologie, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven: tel. 030-742055. De commissie nodigt belangstellenden gaarne uit hun opmerkingen, suggesties voor verbeteringen e.d. binnen drie maanden na verschijning van deze aankondiging te willen zenden aan de secretaris van de commissie. Na verwerking van de kritiek zullen de definitieve voorschriften worden gepubliceerd in het Tijdschrift van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Algemene verdoving bij kleine heelkundige ingrepen

Een mening die ik in een wetenschappelijke vergadering van de NVA (1980) heb geuit omtrent het toedienen van inhalatie-sedatie door daarvoor opgeleide tandartsen ten behoeve van gehandicapten en angstige patiënten bij tandheelkundige ingrepen is aanleiding geweest tot veel correspondentie in dit tijdschrift (zie ook JONGKEES 1981).

De correspondentie ging over algehele anesthesie (narcose, algemene verdoving) waarbij de patiënt buiten bewustzijn is, terwijl mijn voordracht ging over inhalatie-sedatie waarbij de patiënt volkomen wakker blijft met behoud van beschermende reflexen en actief meewerkt met de tandarts, die voor pijnstilling tijdens de ingreep gebruik maakt van lokale analgesie. Te concluderen vanuit mijn voordracht dat ik voorstander zou zijn van het toedienen van algehele anesthesie door niet-anesthesisten is volkomen onjuist. Bij het nalezen van de aangehaalde publikatie staat nergens dat de tandarts bekwaam is om algehele narcose te verrichten. Echter, de tandheelkundigen van de Universiteit van Amsterdam, door onderwijs, demonstraties, het maken van scripties en tentamens, beseffen heel goed wat de gevaren, verbonden aan het toedienen van algehele anesthesie kunnen zijn, vooral bij ingrepen in de mond of keelholte. Ze zijn

zich bewust van de complicaties die zich kunnen voordoen wanneer algehele anesthesie wordt toegediend door een niet geschoolde. Ze beseffen het verschil tussen sedatie, analgesie en anesthesie. Ze begrijpen de voordelen in de tandheelkunde van inhalatie-sedatie in vergelijking met andere vormen van sedatie. Voor de tandarts is het vanzelfsprekend dat een goede samenwerking met anesthesisten een vereiste is. De tandarts zal niet op onverantwoorde wijze optreden omdat hij geïnformeerd is over anesthesiologie. Hij is beter geïnformeerd dan de medische studenten aan de Universiteit van Amsterdam. Deze laatsten krijgen onvoldoende onderwijs in dit vak en leggen ook geen tentamen af.

Naar mijn mening zouden snijdende specialisten ernst moeten maken met het opdoen van de kennis van anesthesiologie zoals aanbevolen in hun opleidingseisen, niet alleen om de ontbrekende kennis van anesthesiologie in hun opleiding tot arts aan te vullen, maar ook om de kwaliteit van de samenwerking met de anesthesisten met wie ze dagelijks werken te verhogen.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – VERMEULEN-CRANCH, D. M. E. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1231.

Amsterdam, juli 1981

D. M. E. VERMEULEN-CRANCH

Mevrouw Vermeulen vergist zich als zij meent dat mijn artikel „Algemene verdoving bij kleine heelkundige ingrepen” vooral zou gaan over algehele anesthesie waarbij de patiënt buiten bewustzijn is. De vergissing is begrijpelijk maar toch wel te wijten aan de afkeer die de anesthesisten zelf tegen het begrip roes hebben. Ik heb nu reeds zo vele malen geschreven dat het in mijn betoog vooral om pijn- en angststilling gaat en niet in de eerste plaats om bewusteloosheid, dat ik mw. Vermeulen verzoek de door haar aangehaalde „correspondentie” nog eens door te lezen.

Het eind van haar brief wekt in hoge mate mijn verbazing. Prof. D. M. E. Vermeulen-Cranch bezet de leerstoel voor Anesthesiologie in de Faculteit Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Zij verklaart dat de medische studenten aan die Universiteit onvoldoende onderwijs in dit vak krijgen. De vrijmoedigheid aldus met tekortkomingen in de basisartsopleiding te voorschijn te komen, die onder haar eigen verantwoordelijkheid vallen, verdient geprezen te worden maar geeft geen vrijbrief tot conclusies omtrent hetgeen specialisten in heelkundige deelgebieden wel dan niet kunnen. Zij weet even goed als ik dat verscheidenen van deze laatsten zich hebben bekwaamd gedurende stades in de anesthesiologie. Als mw. Vermeulen wil stellen dat de heelkundigen als groep minder goed dan tandartsen beseffen welke gevaren verbonden kunnen zijn aan het toedienen van algehele anesthesie, dat zij zich minder bewust zouden zijn van de complicaties die zich kunnen voordoen, wanneer narcoses worden toegediend, en niet zouden weten wat het verschil is tussen „sedatie” en algehele narcose, wordt het wel heel moeilijk haar verdere argumenten met begrip te volgen.

Waar blijft overigens eindelijk de statistische bewijsvoering dat de algemene verdoving bij kleine heelkundige ingrepen in handen van heelkundigen meer ongelukken oplevert dan in handen van in het specialistenregister opgenomen anesthesisten? De emotionele geladenheid, de felheid tegen hen die, zonder daar honorering voor te kunnen ontvangen, de zwaar belaste anesthesiologen enig werk uit handen zouden kunnen nemen, de verbodsbepalingen aan verpleegkundigen met aantekening voor anesthesiologie om een niet-specialist-anesthesist zelfs maar te helpen in een noodgeval, zijn toch eigenlijk alleen maar te verklaren en te billijken als men zich kan baseren op onweerlegbare cijfers. Ik heb deze nog niet gezien of ervan gehoord, ook niet na mijn daartoe strekkende aanmoediging op bl. 676 van deze jaargang van dit tijdschrift (zie ook VERHAEGH 1981).

Tenslotte wil ik graag, ter ondersteuning van mijn, door schrijvers namens de Vereniging voor Anesthesiologie zo verguisde opvattingen, wijzen op het artikel van GRIFFIN e.a. (1981) over het gebruik van lachgas in de V.S. door kinderartsen bij meer dan 3000 kinderen voor kleine heelkundige ingrepen.

Literatuur: GRIFFIN, G. C., V. D. CAMPBELL en R. JONES (1981) Nitrous oxide-oxygen sedation for minor surgery. Experience in a pediatric session. *J. Amer. med. Ass.* 245, 2411 - VERHAEGH, G. L. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 932.

Amsterdam, juli 1981

L. B. W. JONGKEES

Hartritmestoornissen bij psychogeriatrische patiënten

Het artikel van VAN DIJK en TROMMEL (1981) heeft bij ons aanvankelijk wat verbazing gewekt, omdat deze veelvuldig voorkomende ritmestoornissen bij psychogeriatrische patiënten ons uit ervaring maar al te zeer bekend zijn.

Wij zijn tot op heden, gezien de hoge frequentie van deze ritmestoornissen, er automatisch van uitgegaan dat deze afwijkingen nu eenmaal verwacht mogen worden, zeker op gevorderde leeftijd, als uiting van op deze leeftijden te verwachten degeneratieverschijnselen van het myocard.

Het artikel van Van Dijk en Trommel toont desalniettemin dat het wel degelijk zin heeft de waargenomen verschijnselen eens te classificeren en op een rijtje te zetten.

In ons psychiatrisch ziekenhuis, waar een ECG bij elke nieuw opgenomen patiënt routine is, ongeacht de leeftijd, zien wij echter ook op jeugdige leeftijd vrij vaak ritmestoornissen, zoals die ten dele door Van Dijk en Trommel zijn beschreven. In een aantal gevallen zal myocarddegeneratie hier niet voor aansprakelijk gesteld kunnen worden en zullen hiervoor andere oorzaken bestaan, waarbij te denken valt aan emotionele stressfactoren, soms alcoholisme en misschien wel eens het gebruik van drugs. Voor mij blijft de vraag open in hoeverre de door ons artsen voorgeschreven medicamenten aan het ontstaan van ritmestoornissen bijdragen, waarbij ik zelf dan vooral denk aan psychopharmaca, bijv. die uit de fenothiazinereeks en butyrofenonen, alsmede, zoals bekend verondersteld mag worden, digitalispreparaten. Vooral de laatstgenoemden, die op gevorderde leeftijd nogal eens verstrekt worden, kunnen ernstige ritmestoornissen doen ontstaan, zoals wij zelf waarnamen bij een patiënte die een sick sinus-syndroom ontwikkelde op een bijna homeopathische dosering van 1/8 mg digoxine, welk syndroom verdween na het staken en terugkwam bij het opnieuw instellen van deze therapie, zonder dat er hoge bloedspiegels waren.

Dat er iets in deze richting aan de hand zou kunnen zijn, wordt mede gesuggereerd door de waarneming van Van Dijk en Trommel, dat bij het latere gerichte onderzoek 26 maal ritmestoornissen werden gezien, die niet aanwezig waren op het wellicht omstreeks de opneming opgenomen routine-ECG en niet in het latere gerichte onderzoek. Van Dijk en Trommel doen over de medicatie, die een aantal van hun patiënten ongetwijfeld krijgt, geen mededeling, en dat zal wellicht buiten het kader van het artikel zijn gevallen. Toch lijkt het mij relevant dat zij hieromtrent misschien nog enkele mededelingen doen, waarvoor wij bij deze bij voorbaat reeds onze erkentelijkheid willen uitspreken.

Literatuur: DIJK, R. B. VAN en J. TROMMEL (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1032.

Noordwijk, juli 1981

A. J. M. SCHIPPERIJN

Uit ons onderzoek blijkt dat het aantal hartritmestoornissen gevonden door continue registratie (36 van de 59 = 61%) aanmerkelijk groter is dan het aantal dat bij dezelfde patiënten eerder gediagnostiseerd werd met het gewone ECG (11 van de 59 = 19%). Dit eerdere ECG was slechts in 1/3 van de gevallen het ECG dat als routine bij elke nieuw opgenomen patiënt gemaakt wordt. In de meeste gevallen was het referentie-ECG gemaakt één of meer jaren na opname, als onderdeel van het periodieke onderzoek (TROMMEL e.a. 1976). Dit geeft dus geen steun aan de gedachte van Schipperijn dat de toeneming van het aantal gevonden hartritmestoornissen een gevolg zou kunnen zijn van een toegenomen medicijngebruik sinds de opname. Bovendien is het medicatiebeleid in het Talma Huis zodanig dat bij opname een zeer groot deel (87%) van de door de patiënt meegebrachte medicijnen gestaakt kan worden (van de psychopharmaca zelfs 96%) (TROMMEL en GIPS 1978). Uit een ander onderzoek (TROMMEL en GIPS 1980)