



svar samt studier av betydelsen av det septiska tillståndets duration pågår för närvarande på flera håll. På sikt borde detta ge bättre kliniska prövningar och därmed öka möjligheten att få fram ett eller flera immunmodulerande medel med dokumenterad effekt.

Snart användbart i kliniken?

Begreppen SIRS, sepsis, svår sepsis och septisk chock betecknar allvarlighetsgraden hos den progredierande septiska processen, de har definierats och befunnits korrelera till mortalitet på ett sätt som inte visats för tidigare definitioner, och de används alltmer internationellt. Det finns därför skäl att överväga att använda dessa begrepp inte bara vid planering av studier på patienter med allvarliga infektionstillstånd, utan kanske så småningom även i kliniken.

Kriterierna för de olika stadierna anger vilka parametrar som är viktiga att följa, vilket torde kunna leda till bättre övervakning främst av patienter med SIRS och sepsis. Det förtjänar dock att påpekas att eftersom det rör sig om en process med kontinuerligt ökande allvarlighetsgrad är det i det individuella fallet inte de gränser som anges i Tabell I och II som är det viktigaste, utan förändringarna över tiden. Med bättre övervakning ökar möjligheterna till tidig diagnos och därmed bättre prognos även för patienter med svår sepsis och septisk chock.

Litteratur

1. Darville T, Giroir B, Jacobs R. The systemic inflammatory response (SIRS): Immunology and potential immunotherapy. *Infection* 1993; 21: 279-90.
2. Knaus WA, Sun X, Nyström PO, Wagner DP. Evaluations of definitions of sepsis. *Chest* 1992; 101: 1656-62.
3. Sjölin J. High-dose corticosteroid therapy in human septic shock: Has the jury reached a correct verdict? *Circ Shock* 1991; 35: 139-51.
4. Lynn WA, Cohen J. Adjunctive therapy for septic shock: a review of experimental approaches. *Clin Infect Dis* 1995; 20: 143-58.
5. Fisher CJ, Dhainaut JF, Opal SM, Pribble JP, Balk RA, Slotman GJ et al. Recombinant human interleukin 1 receptor antagonist in the treatment of patients with sepsis syndrome. *JAMA* 1994; 271: 1836-43.
6. Abraham W, Wunderink R, Silverman H, Perl TM, Nasraway S, Levy H et al. Efficacy and safety of monoclonal antibody to human tumor necrosis factor α in patients with sepsis syndrome: a randomized, controlled, double-blind, multicenter clinical trial. *JAMA* 1995; 273: 934-41.
7. Bone RC, Fisher CJ, Clemmer TP, Slotman GJ, Metz CA, Balk RA et al. The sepsis syndrome: a valid clinical entity. *Crit Care Med* 1989; 17: 389-93.

8. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Chest* 1992; 101: 1644-55.
9. Rangel-Frausto MS, Pittet D, Costigan M, Hwang T, Davis CS, Wenzel RP et al. The natural history of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS): A prospective study. *JAMA* 1995; 273: 117-23.
10. Vincent JL. The »at risk« patient population. In: Sibbald WJ, Vincent JL, eds. *Clinical trials for the treatment of sepsis*. Berlin: Springer-Verlag, 1995: 13-34.
11. Knaus WA, Harrell FE, Fisher CJ, Wagner DP, Opal SM, Sadoff JC et al. The clinical evaluation of new drugs for sepsis: a prospective study design based on survival analysis. *JAMA* 1993; 270: 1233-41.
12. Ziegler EJ, Fisher CJ, Sprung CL, Straube RC, Sadoff JC, Foulke GE et al. Treatment of gram-negative bacteraemia and septic shock with HA-1A human monoclonal antibody against endotoxin. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *New Engl J Med* 1991; 324: 429-36.
13. Greenman RL, Schein RMH, Martin MA, Wenzel RP, MacIntyre NR, Emmanuel G et al. A controlled clinical trial of E5 murine monoclonal IgM antibody to endotoxin in the treatment of gram-negative sepsis. *JAMA* 1991; 266: 1097-102.
14. The Veterans Administration Systemic Study Group. Effect of high-dose glucocorticoid therapy on mortality in patients with clinical signs of systemic sepsis. *N Engl J Med* 1987; 317: 659-65.
15. Bone RC, Fisher CJ, Clemmer TP, Slotman GJ, Metz CA, Balk RA et al. A controlled clinical trial of high-dose methylprednisolone in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 1987; 317: 653-8.

Riskabelt för litet foster bli för stor som vuxen

Enligt en undersökning av 1 333 svenska 50-åriga män finns det ett samband mellan hämmad fostertillväxt och förhöjt blodtryck i vuxen ålder. Särskilt högt blodtryck fick de män som hade låg födelsevikt men som blev över medellängd. Vid dessa förlösningar var placentavikten låg, vilket tyder på otillräcklig funktion.

I hela populationen, som bestod av individer födda efter 38-41 graviditetsveckor, motsvarade 1 000 g ökning i födelsevikt omkring 2 mm Hg lägre systoliskt och 1 mm lägre diastoliskt tryck. Fyra gånger större utslag noterades hos de fetaste, dvs den tredjedel som hade högst kroppsmasseindex.

Forskarna tror att fynden i varje fall delvis kan förklaras av metaboliska störningar i fosterlivet, sannolikt relaterade till insulinresistens.

En annan undersökning av samma kohort tyder på att hämmad fostertillväxt ökar risken också för icke-insulinberoende diabetes hos medelålders män. Det tycks vara särskilt farligt för dem som var magra vid födelsen att bli överviktiga.

Brittiska forskare har i en undersökning av 538 kvinnors kost kommit fram till att placentans och fostrets tillväxt hämmas vid stort intag av kolhydrater tidigt i graviditeten, särskilt om kvinnan senare äter proteinfattig kost. Detta skulle kunna öka barnets risk för kardiovaskulär sjukdom, men fynden är inte så säkra att det finns skäl att ändra kostråden för gravida.

BMJ 1996; 312: 401-14.

Plötslig hjärtdöd ökade vid jordbävning

Antalet plötsliga dödsfall som berodde på aterosklerotiska kardiovaskulära sjukdomar ökade kraftigt, till 24 per dygn, i samband med den kraftiga jordbävningen i Los Angeles-området den 17 januari 1994. Under veckan före katastrofen var motsvarande antal omkring 5, för att under den följande veckan sjunka till omkring 3 per dygn.

Två tredjedelar av infarktpatienterna dog eller hade symtom som bröstsmärtor redan under den första timmen efter jordbävningen. Endast tre av dödsfallen hade samband med fysisk ansträngning, de övriga kopplas samman med känslomässig stress.

N Eng J Med 1996; 334: 413-9, 438-44, 460-1.