

Teofyllin vid akut hjärtinfarkt med AV-block?

Vi har nyligen sett två artiklar där man har behandlat AV-block i samband med inferior hjärtinfarkt med teofyllinpreparat [1, 2]. Teorin bakom behandlingen verkar vara att teofyllinpreparat är adenosinantagonister och att adenosin spelar en roll i dessa arytmier i samband med inferiora infarkter. AV-block vid inferior infarkt kan svara på teofyllin trots att de är resistent mot atropin. Behandling med teofyllin är en mindre komplicerad åtgärd än att sätta in en temporär pacemaker (som ibland behövs hos dessa patienter). Vi skulle vara intresserade att höra vad våra arytmologer i Sverige tycker om behandlingen.

Lennart Malmqvist
avdelningsläkare,
Peter Nicol
överläkare,
Köping

Litteratur

1. Goodfellow J, Walker PR. Reversal of atropine-resistant atrioventricular block with intravenous aminophylline in the early phase of inferior wall acute myocardial infarction following treatment with streptokinase. *Eur Heart J* 1995; 16: 862-5.
2. Bertolet BD, MacMurtrie EB, Hill JA, Belardinelli L. Theophylline for the treatment of atrioventricular block after myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1995; 123: 509-11.

Kommentar:

Tilltalande väg i komplicerad situation

Höggradigt AV-block utgör en komplikation till akut hjärtinfarkt [1] även efter framgångsrik reperfusion: PTCA eller trombolys. Atropin har ibland en god effekt på ischmiutlöst överledningshinder, men oftast är dessa AV-block inte påverkbara med atropin. Nivån på blocket har avgörande betydelse: Inferior hjärtinfarkt leder i regel till ett högt upp i retledningssystemet beläget AV-block, medan blocket vid anterior infarkt sitter betyd-

ligt lägre och bl a därför har betydligt sämre prognos.

Myokardischemi leder till frisättning av ett flertal ämnen däribland adenosin [2]. Adenosin är en nukleosid, som verkar via specifika receptorer både i kärl och i hjärtat. Dess viktigaste kardiella effekt är en förlångsammad impulsöverledning i AV-noden där man vid parenteral tillförsel i princip alltid kan utlösa ett, mycket kortvarigt, totalt AV-block. Denna effekt har lett till ämnets nu allt mera omfattande användning vid akut paroxysmal supraventrikulär takykardi, som i princip alltid stoppas om arytmin involverar konduktion över AV-noden.

Teofyllamin är en potent adenosinantagonist via kompetitiv hämning på receptornivå och har i experimentella arbeten visats kunna häva ischmiutlöst AV-block [3].

I två nyligen publicerade arbeten [4, 5] redovisas nu sammanlagt 11 patienter med höggradigt AV-block (AV block II eller III) i samband med inferior hjärtinfarkt. I flertalet fall hade trombolytisk terapi redan påbörjats. I inget av dessa fall påverkades AV-blocket av tillfört atropin. I samtliga fall hävdades däremot AV-blocket av tillfört teofyllamin i infusion. I de åtta fall där tiden angavs kom den positiva effekten mycket snabbt, redan efter 1-3 minuter. Ingen patient behövde behandlas med temporär eller permanent pacemaker.

Infusion av teofyllamin förefaller vara en mycket tilltalande väg i en situation som ofta är komplicerad, inte minst med tanke på kombinationen temporär pacemaker och samtidig trombolytisk behandling.

Håkan Walfridsson
överläkare;

Nils Edvardsson
överläkare,
båda arytmidivisionen,
Sahlgrenska sjukhuset,
Göteborg

Litteratur

1. Rotman M, Wagner GS, Wallace AG. Bradyarrhythmias in acute myocardial infarction. *Circulation* 1972; 45: 703-22.
2. Bernardinelli L, Mattos EC, Berne RM. Evidence of adenosine mediation of atrioventric-

KORRESPONDENS

ular block in the ischemic canine myocardium. *J Clin Investigation* 1981; 68: 195-205.

3. Bellardinelli L, Fenton RA, West A, Linden J, Altham SJ, Berne RM. Extracellular action of adenosine and the antagonism by aminophylline on the atrioventricular conduction of isolated perfused guinea pig and rat hearts. *Circulation Res* 1982; 51: 569-77.
4. Bertolet BD, MacMurtrie EB, Hill JA, Belardinelli L. Theophylline for the treatment of atrioventricular block after myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1995; 123: 509-11.
5. Goodfellow J, Walker PR. Reversal of atropine-resistant atrioventricular block with intravenous aminophylline in the early phase of inferior wall acute myocardial infarction following treatment with streptokinase. *Eur Heart J* 1995; 16: 862-5.

Nationellt diabetesregister – till vilken nytta?

Genom vår kritiska inställning till ett nationellt diabetesregister tycks Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) ha väckt många nationella registerföresvarare till liv.

Nina Rehnqvist på Socialstyrelsen pekar på flera goda exempel, t ex »Rikshöft». Vi tvivlar inte på värdet av detta och kanske också av en del andra register.

De flesta redan existerande register är emellertid utformade och förvaltade av den egna specialiteten. De avser också ofta begränsade medicinska åtgärder eller diagnoser. Så kan inte sägas vara fallet med diabetesregistret.

Det är också skillnad på ett »tekniskt» register, som pacemakerregistret eller höftregistren, och ett register om diabetes som skall spegla effekten av interaktionen mellan läkare, ibland diabetesköterska, och patient.

Låg tillförlitlighet, liten omfattning

Vi tror inte att Svenska diabetesförbundet behöver oroa sig över allmänläkarna. Vad man bör oroa sig över är frågan om ett registers tillförlitlighet

och omfattning. Vi menar att risken är stor att tillförlitligheten blir låg och omfattningen liten.

Vilken nytta har man då av registret? Vi uppskattar förbundets engagemang och delar också intresset för en god och jämlik diabetesvård i landet. Vi menar att det nu föreslagna registret inte leder till detta.

Svensk förening för diabetologi tycks omedveten om att SFAM de senaste åren utarbetat en strategi för fortbildning och kvalitetsutveckling för landets allmänläkare, en strategi som bygger på det egna ansvaret samt arbete i kollegiala grupper – Fortbildnings- och kvalitetsgrupper (FQ-grupper). Dessutom har lokala SFAM-föreningar bildats inom så gott som alla landsting. Här finns en enorm resurs för att utveckla kvaliteten i arbetet.

Varför bara invärtesmedicinare?

Man kan också fråga sig varför *samtliga* registeransvariga behöver vara invärtesmedicinare på sjukhus. I många landsting finns forsknings- och utvecklingsenheter inom primärvården med stor vana att samla in och registrera data.

Hur aktuellt kan det föreslagna registret hållas? Jämför med exempelvis dödsorsaksregistret, som har en eftersläpning på två till tre år. Vilken nytta har man av en sådan inaktualitet?

Vilken nytta har man som distriktsläkare i Näsåker av att jämföra sina patienter med ett medelvärde av landets samtliga diabetiker från primärvård, länsdelssjukhus och länsjukhus etc? Vore det inte bättre med lokala jämförelser, där man känner en större delaktighet i registret?

Om man ändå väljer att driva frågan om register vidare föreslår vi att data insamlas på den detaljeringsnivå som Gunnar Carlgren föreslår i *Läkartidningen* 6/96. På sjukvårdsområdesnivå eller landstingsnivå sammanställs dessa data, som senare avidentifierade kan sammanställas nationellt.

Vi önskar tid för ytterligare diskussion så att vi kanske tillsammans kan återkomma med ett realistiskt förslag som verkligen kan tänkas bidra till att förbättra vården för och med landets diabetiker.

Björn Olsson
ordförande i SFAM

Leif Persson
ordförande i SFAMs arbetsgrupp för kvalitetsutveckling