

allvarliga rytmrubbningar, svår hjärtsvikt eller chock. Personalbemanningen kan göras lägre än på hjärtintensivavdelningen, och bröstsmärteheten behöver inte ha intensivvårdsavdelningens dyrbara utrustning.

Under den korta vårdtiden bör man följa ischemiska markörer med upprepade registrering av 12-avlednings-EKG eller, ännu hellre, följa förändringar av vektor-EKG med kontinuerlig vektor-EKG-analys. Upprepade blodprov bör analyseras med biokemiska markörer, t ex kreatinkinase och troponin. Vidare bör det finnas möjlighet till arbets-EKG innan patienten skickas hem.

### Behåll infarktpatienten längre!

Vi lägger ner stora summor på behandling av akut hjärtinfarkt med läkemedel och numera också med primär akut koronararterioplastik (PTCA). Vi satsar också mycket på både primärprevention, t ex för behandling av hyperlipemi, och sekundärprevention med betablockerare, kolesterolsänkare och ACE-hämmare vid sänkt vänsterkammarfunktion. Kostnaden för varje räddat liv blir vid vissa behandlingar mycket hög.

Den ökade kostnad som det skulle innebära att vårda fler patienter med bröstsmärta en kort tid på sjukhus skulle skärpa den diagnostiska säkerheten och på så sätt löna sig genom att dyrbar och onödig prevention och behandling reduceras. En sådan strategi skulle också minska antalet missade hjärtinfarkter och akuta koronara syndrom.

### Litteratur

1. Karlsson BW, Herlitz J, Pettersson P, Ekvall HE, Hjalmarsson Å. Patients admitted to the emergency room with symptoms indicative of acute myocardial infarction. *J Intern Med* 1991; 230: 251-8.
2. Perfecting MI ruleout. *Cardiology Preeminence Roundtable*. Washington: The Advisory Board Company, 1994.
3. Murata GH. Evaluating chest pain in the emergency department. *West J Med* 1993; 159: 61-8.
4. Rusnak RA, Stair TO, Hansen K, Fastow JS. Litigation against the emergency physician: Common features in cases of missed myocardial infarction. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 1029-34.
5. Karcz A, Holbrook J, Burke MC, Doyle MJ, Erdos MS, Friedman E et al. Massachusetts emergency medicine closed malpractice claims: 1988-1990. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 553-9.
6. Lee TH, Goldman L. The coronary care unit turns 25: historical trends and future directions. *Ann Intern Med* 1988; 108: 887-94.
7. Pozen MW, D'Agostino R, Selker HP, Sytkowski PA, Hood WB. A predictive instrument to improve coronary care unit admis-

sion practices in acute ischemic heart disease. *N Engl J Med* 1984; 310: 1273-8.

8. Tierney WM, Fitzgerald J, McHenry R, Roth BJ, Psaty B, Stump DL et al. Physicians' estimates of the probability of myocardial infarction in emergency room patients with chest pain. *Med Decis Making* 1986; 6: 12-7.
9. Lee TH, Rouan GW, Weisberg MC, Brand DA, Acampora D, Stasiulewicz C et al. Patients with acute myocardial infarction sent home from the emergency room: Clinical characteristics and natural history. *Am J Cardiol* 1987; 60: 219-24.
10. Rouan GW, Hedges JR, Toltzis R, Goldstein-Wayne B, Brand D, Goldman L. A chest pain clinic to improve the follow-up of patients released from an urban university teaching hospital emergency department. *Ann Emerg Med* 1987; 16: 1145-50.
11. McCarthy BD, Beshansky JR, D'Agostino RB, Selker HP. Missed diagnosis of acute myocardial infarction in the emergency department: Results from a multicenter study. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 579-82.
12. Puleo PR, Meyer D, Wathen C, Tawa CB, Wheeler S, Hamburg RJ et al. Use of a rapid assay of subforms of creatine kinase MB to diagnose or rule out acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1994; 331: 561-608.

Se även artiklarna på sidan 1827, 1830 och 1835 i detta nummer.

## CJD-incidensen närmaste året belyser risken att kött smittar

Vid många utbrott kan man snabbt komma fram till att alla de drabbade utsatts för något ovanligt (ätit böngrodor, köpt franska ostar, vårdats på samma sjukhusavdelning, etc). Då behövs inga fall-kontrollstudier.

Andra gången är det svårare att från erfarenhet säga hur vanligt ett misstänkt födoämne, ett beteende eller en miljöfaktor egentligen är i befolkningen i stort. Då måste vi tillgripa fall-kontrollstudier för att klarare se skillnaden mellan vad de sjuka utsatts för och vad som är en normal exposition.

Fall-kontrollstudier lämpar sig utmärkt för att belysa riskfaktorer för sjukdomar som är ovanliga och har långa inkubationstider. Det eventuella sambandet mellan bovin spongiformencefalopati (BSE) hos kor och Creutzfeldt-Jakobs sjukdom hos människor borde därför kunna studeras med fall-kontrollteknik. Problemet är att praktiskt taget hela befolkningen utsatts för den misstänkta riskfaktorn – ätit nötkött – vid många tillfällen under de senaste tio åren.

Att bevisa att något som nästan alla utsätts för har samband med en ovanlig sjukdom är nästan omöjligt med epidemiologisk metodik. (Om alla människor varit rökare hade det varit mycket svårt att upptäcka sambandet mellan rökning och lungcancer.)

Ännu svårare är det att epidemiologiskt bevisa att en allmänt förekommande exponering *inte* ibland kan vara kopplad till en viss sjukdom. Det krävs en kontrast i form av en oexponerad kontrollgrupp för att man skall kunna uttala sig om ett eventuellt samband.

Annorlunda är det med tidsutvecklingen. Exponeringen för BSE-smittade nötköttprodukter ökade rimligen brant i England åren efter 1985 då det första fallet bland kor diagnostiserades. Tio misstänkta patienter har upptäckts under 1994 och 1995.

Om BSE kan överföras till människa borde vi se en snabb ökning av humanfall i England under det närmaste året. En utebliven sådan ökning talar för att BSE inte överförs, eller att risken är försumbar.

*Epidemiologiska enheten,  
Smittskyddsinstitutet*