



**Figur 1, A och B:** Perfusionsskintigrafi av lunga, sedd rakt framifrån. Låg sannolikhet (A) och hög sannolikhet (B) för positiv lungangiografi. Lungröntgen förutsätts normal.  
**A.** Lätt störd lungcirkulation betyder god restitutionsförmåga och/eller små

embolier. Liten recidivrisk om DVT kan uteslutas.  
**B.** Höggradigt störd lungcirkulation. Allvarigare tillstånd. Dålig restitutionsförmåga. Nästan alltid multipla kärloklusioner och oftast förenat med DVT. Kronisk lungembolism har detta utseende.

inte alltid är »pos eller neg angiografi?» utan »lungperfusion?» och »DVT?».

### Behandlingseffekten begränsad

I den svenska multicenterstudien av förstagsångs, venös tromboembolism 1995 (DURAC), en randomiserad och prospektiv men ej blind studie [16], visar man en signifikant skillnad mellan 1,5 och 6 månaders antikoagulationsbehandling. Efter 6 månader är emellertid recidivfrekvensen fortsättningsvis lika hög, oavsett tidigare behandlingstid. För varje recidiv som undviks genom den längre behandlingen blir insatsen 4–5 behandlingår till en kostnad av kanske ett par hundra tusen kronor enligt vissa beräkningar [9].

I vart annat eller vart tredje fall står man alltså där med icke konklusiv perfusionskintigrafi (lätt/måttligt störd lungcirkulation) och tyvärr ospecifik klinisk bild [7, 8]. Ventilationsskintigrafi hjälper bara ibland för att förutsäga vad angiografi skulle visa [17].

Kan man då avstå från att avbilda eventuella embolier och i stället fråga efter trombosutbredning i benen? Ultraljudsundersökning är en billig metod och kan utföras på varje röntgenavdelning. Kanske benundersökning till och med borde komma före skintigrafiutredning? Än så länge ägnas dock stor möda och avsevärda kostnader åt att direkt eller indirekt utesluta eller påvisa själva lungembolien som sådan.

### Referenser

1. The PIOPED investigators. Value of the ventilation/perfusion scan in acute pulmonary embolism. *JAMA* 1990; 263: 2753-8.
2. Dalen JE. Commentary: When can treatment be withheld in patients with suspected pulmonary embolism? *Arch Intern Med* 1993; 153: 1415-8.
3. Nyman U, Måre K, Hellekant C. Diagnostik av akut lungembolism. *Läkartidningen* 1994; 91: 1933-5.
4. Smith LL, Iber C, Sirt S. Pulmonary embolism: Confirmation with venous duplex US

as adjunct to lung scanning. *Radiology* 1994; 191: 143-7.

5. Cogo A, Lensing AWA, Prandoni P, Hirsh J. Distribution of thrombosis in patients with compression ultrasound. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2777-80.
6. Quinn RJ, Nour R, Butler SP, Glenn DW, Travers PL, Wellings G et al. Pulmonary embolism in patients with intermediate probability lung scans: Diagnosis with doppler venous US and d-dimer measurements. *Radiology* 1994; 190: 509-11.
7. Hull RD, Raskob GE. Low-probability lung scan findings: A need for change. *Ann Intern Med* 1991; 114: 142-3.
8. Moser KM. Venous thromboembolism. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 235-49.
9. Christiansen F, Kellerth T, Andersson T, Ragnarsson A, Hjortevang F. Ultrasound at scintigraphic »intermediate probability of pulmonary embolism». *Acta Radiol* 1996; 37: 14-7.
10. Hull RD, Raskob GE, Coates G, Panju AA, Gill GJ. A new noninvasive management strategy for patients with suspected pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 1989; 149: 2549-55.
11. Hyers TM. Diagnosis of pulmonary embolism. *Thorax* 1995; 50: 930-2.
12. Lee ME, Biello DR, Kumar B, Siegel BA. Low probability ventilation-perfusion scintigrams: Clinical outcome in 99 patients. *Radiology* 1985; 156: 497-500.
13. Smith R, Maher JM, Miller RI, Aldersson PO. Clinical outcomes of patients with suspected pulmonary embolism and low-probability aerosol-perfusion scintigrams. *Radiology* 1987; 164: 731-3.
14. Kahn D, Bushnell DL, Dean R, Perlman SB. Clinical outcome of patients with a »low probability» of pulmonary embolism on ventilation-perfusion lung scan. *Arch Intern Med* 1989; 149: 377-9.
15. Hull RD, Hirsh J, Carter CJ, Jay RM, Dodd PE, Ockelford PA et al. Pulmonary angiography, ventilation lung scanning, and venography for clinically suspected pulmonary embolism with abnormal perfusion lung scan. *Ann Intern Med* 1983; 98: 891-9.
16. DURAC trial study group. A comparison of six weeks with six months of oral anticoagulant therapy after a first episode of venous thromboembolism. *N Engl J Med* 1995; 332: 1661-5.
17. Stein PD, Terrin ML, Gottschalk A, Alavi A, Henry JW. Value of ventilation/perfusion scans versus perfusion scans alone in acute pulmonary embolism. *Am J Cardiol* 1992; 69: 1239-41.

## Kamp mot ökat alkoholmissbruk bland äldre och kvinnor i USA

Alkoholmissbruk orsakar medicinskt relaterade sjukdomar hos ca 14 miljoner människor i USA. Mer än 100 000 dödsfall per år kan hänföras till alkoholintag. Nu uppmärksammas ökande missbruk i två stora grupper: äldre och kvinnor. Det diskuterades vid en konferens arrangerad av American Medical Association i New York i mars 1996.

Konferensen inleddes av E Gordis, chef för National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, National Institutes of Health. Han berättade att antalet äldre alkoholister kan förväntas öka nu när amerikaner födda under »baby-boomen» efter andra världskriget blir äldre [1].

Gordis underströk att läkare som behandlar äldre behöver mycket mer information, eftersom åtminstone 50 procent av alla mediciner som skrivs ut till äldre interagerar med alkohol. För att upplysa om alkoholmissbruk har Vita huset nu inlett ett samarbete med forskningsinstitutioner och läkemedelsbolag. Målet är att engagera 15 000 människor som skall sprida material till läkare, föräldrar och ungdomar.

### Genetik och alkohol

M Schuckit vid Department of Psychiatry, University of California, San Diego, presenterade en undersökning som visar att söner till alkoholister behöver mer alkohol än andra för att bli berusade [2]. Schuckit har följt upp 453 män som deltog i ett forskningsprogram 1978–1988. Hälften hade alkoholiserade fäder, och när de testades vid 20 års ålder svarade de inte så intensivt som kontrollgruppen på alkoholstimulering.

– Detta låga svar var en relativt god indikator på alkoholmissbruk tio år senare, sade Schuckit. Omkring 60 procent av dem som hade alkoholiserade fäder och lågt svar på alkohol utvecklade missbruk mot 10–12 procent i kontrollgruppen.

– Det är mycket troligt att alkoholism är genetiskt betingad men att ärftligheten är komplex, förklarade Schuckit. Den genetiska faktorn kan tänkas ligga bakom det faktum att söner till alkoholister behöver stora mängder

alkohol och har svårt att reglera sitt alkoholintag.

### Högutbildade börjar missbruka senare

G Vaillant, Harvard Medical School, började 1940 följa 268 f d Harvardstudenter och 456 alkoholmissbrukande ungdomar från Bostons innerstad [3]. De följdes under 30 år, från 40 till 60–70 års ålder.

Vaillant fann att de högutbildade började missbruka alkohol senare än de socialt utslagna och att de hade mindre symtom av sitt drickande. Det kan bero på att högutbildade har ett fungerande socialt nätverk och en sund livsföring i övrigt.

Uppföljningen vid 60 års ålder visade att 18 procent av de högutbildade dött mot 29 procent i den andra gruppen, men andelen missbrukare var nu högst bland de f d Harvardstudenterna: 59 procent mot 28 procent. Andelen som avstod från alkohol var 11,5 respektive 32 procent.

### Sällsynt med återfall efter fem års abstinens

De högutbildade levde alltså längre men till priset av ett fortgående missbruk högt upp i åldrarna.

Undersökningen visade att 40 procent av tidigare missbrukande män återföll efter två års abstinens, medan återfall var sällsynt efter fem års abstinens. Vaillant stöder därför föreningen Anonyma Alkoholisters krav på fullständig abstinens under behandlingens gång.

### Missbrukande kvinnor ett växande problem

B Mason, som är psykiater vid University of Miami School of Medicine, hävdade att läkare försummat missbruk hos kvinnor, därför att alkoholmissbruk traditionellt varit en manlig sjukdom. Kvinnor är mer benägna att dölja sitt missbruk, eftersom de är rädda för att bli betraktade som icke attraktiva och som dåliga mammor vilka inte kan ta hand om sina barn. Många ensamma mammor vågar inte söka behandling därför att de inte har någon försäkring som täcker den.

### Viktigt se depression hos missbrukare

För att informera om kvinnors alkoholvanor har National Institutes of Health startat ett program kallat »Women's Health Initiative». Mason har bidragit till det med en undersökning om behandling av depression hos kvinnliga alkoholmissbrukare. Farmakologisk behandling av depression gav 82 procents respons mot endast 22 procent för placebo.

– Detta visar hur viktigt det är att

diagnostisera depression hos kvinnliga alkoholmissbrukare och att behandla den med läkemedel, underströk Mason.

### Naltrexon effektivt vid alkoholmissbruk

S O'Malley vid Yale University School of Medicine, New Haven, presenterade den första uppföljningen av 80 alkoholmissbrukare som under 12 veckors behandling fått naltrexon eller placebo med eller utan stödterapi [5]. Efter sex månader var två tredjedelar av dem som fått naltrexon och stödterapi nyktra, medan två tredjedelar i placebo-gruppen fortfarande hade missbruksproblem.

Även om 10 procent kände sig illamående tålde flertalet patienter naltrexon väl, och O'Malley förslog därför att behandlingen kan ges under längre tid än 12 veckor.

### Naltrexon minskar begäret efter sprit

Han menade att naltrexon ger ett »försprång» vid behandlingen och leder till mindre daglig berusning, eftersom begäret efter sprit minskar. Naltrexon samt psykosocialt stöd är enligt O'Malley i dagens läge den bästa behandling som finns för alkoholmissbruk. Den amerikanska läkemedelsmyndigheten Food and Drug Administration (FDA) har nyligen godkänt naltrexon som tillägg till psykosocialt stöd vid alkoholmissbruk.

### Fyra rutinfrågor i läkarsamtalet

Konferensen avslutades av D C Lewis, ordförande för American Society of Addiction Medicine. Han hävdade att läkare i många fall underlåter att diagnostisera och behandla alkoholmissbruk. Men med tanke på de mänskliga, medicinska och ekonomiska följderna av missbruk måste varje primärvårdsläkare screena, diagnostisera och ge råd till missbrukare. Screening måste bli rutin i den kliniska intervjun. Lewis föreslår därför att läkare alltid skall ställa fyra frågor:

Har du någon gång försökt att minska ditt drickande? Har någon besvärats av ditt drickande? Har du någon gång haft skuld känslor för ditt uppförande under berusning? Har du använt alkohol för att känna dig bättre?

Eftersom alkoholmissbruk är förenat med ett stigma försummar ofta läkare ämnet. Men det måste bli lika vanligt att fråga om alkohol som om patientens rökvanor, sade Lewis, som påstod att de flesta patienter inte har något emot att läkare frågar om deras alkoholvanor eller andra former av missbruk.

Zvi G Wirschubsky

med dr, frilansjournalist, New York

## Referenser

1. Council Report, American Medical Association Council on Scientific Affairs. Alcoholism in the elderly. JAMA 1996; 275: 797-801.
2. Schuckit M, Smith T. An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 202-10.
3. Vaillant G. A long-term follow-up of male alcohol abuse. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 243-9.
4. Mason B, Kocsis J, Ritvo F, Cutler R. A double-blind placebo-controlled trial of desipramine in primary alcoholics stratified on the presence or absence of major depression. JAMA 1996; 275: 761-7.
5. O'Malley S, Jaffe A, Chang G, Rode R, Schottenfeld R, Meyer R et al. Six months follow-up naltrexon an psychotherapy for alcohol dependance. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 217-24.