

Snabbt omhändertagande av traumapatienter är och förblir viktigast

Av dem som avlider vid trauma dör hälften på skadeplatsen och 20 procent till följd av komplikationer. De resterande 30 procenten dör inom några timmar. Det initiala omhändertagandet är avgörande för prognosen, därav begreppet »the golden hour». Hur skall denna förvaltas? Mot varandra står två skolor. Å ena sidan: enkla, livräddande åtgärder och därefter snabbast möjliga transport till sjukhus för definitiva åtgärder. Å den andra: avancerat prehospitalt omhändertagande, kanske även om det innebär fördröjd transport. I Sverige diskuteras frågan, och exempelvis kravet på sjuksköterskekompe-

tens för ambulanspersonal är en åtgärd som möjliggör mer avancerade åtgärder på skadeplatsen.

En metaanalys (174 artiklar i MedLine, varav totalt 49 uppfyllde analyseringskriterierna men endast 15 analyserades avseende »outcome») pekar dock på en tydlig överdödlighet hos patienter som initialt omhändertas med avancerade åtgärder (intubation, perifer nål och vätskeinfusion, antichockbyxor) oddskvot 2,92 (2,59 efter justering för studiekvalitet, metodologi, patientgrupper). Skadepanoramata är enormt, och att jämföra populationer och subgrupper är svårt. Många andra faktorer

spelar in: typ av trauma, typ av och tid för transporter m m. Alternativa metoder, som intraosseös infusion och hypertont koksalt, fanns ej representerade i analysen.

Att applicera (även välgrundade) statistiska resultat på enskilda patienter förblir svårt och är inte att rekommendera, men studien inskräper ändå ett viktigt budskap: dyrbar tid får inte gå till spillo på onödiga åtgärder!

Christian Olsson

christian.olsson@thorax.uas.lul.se

J Trauma 2000; 49: 584-99.
www.jtrauma.com

Primärpreventiv läkemedelsbehandling av hyperkolesterolemi – en ny metaanalys

Hyperkolesterolemi är en väldokumenterad riskfaktor för hjärtkärlsjukdom där enskilda primär- och sekundärpreventiva studier bidragit med kunskaper om möjliga behandlingsvinster vid intervention.

I en ny metaanalys har man undersökt effekter av primärpreventiv läkemedelsbehandling riktad mot hyperkolesterolemi. Urvalskriterierna var randomiserade, placebokontrollerade studier av minst ett års duration, med målsättning att påverka morbiditet och mortalitet, samt publicerade på engelska. Det blev sammanlagt fyra stycken (LRC, HHS, WOSCOPS, AFCAPS/TEXCAPS), varav bara den sistnämnda innehöll kvinnor. Totalt ingick endast cirka 900 kvinnor av de knappt

20 000 personer som översikten redovisar. Behandling med lipidsänkande läkemedel kunde signifikant minska antalet nya kardiovaskulära händelser. Koronar morbiditet minskade, oddskvot 0,70 (95 procents konfidensintervall: 0,62–0,79) liksom koronar död, oddskvot 0,71 (0,56–0,91). Total mortalitet minskade däremot inte signifikant, oddskvot 0,94 (0,81–1,09). Resultaten blev något mer gynnsamma för koronar morbiditet och mortalitet om endast statinbaserade studier medräknades, men total mortalitet ändrades ej.

Författarna drar slutsatsen att primärpreventiv behandling möjligen kan minska totalmortalitet ifall patientgrupper med högre absolut kardiovaskulär risk väljs ut för behandling. De absolu-

ta riskerna var genomgående mycket låga, t ex minskade koronar mortalitet från 1,5 till 1,1 procent med behandlingen. Tiden för uppföljning bör också beaktas eftersom de här använda studierna endast hade en medeluppföljningstid av 5–7 år. Slutsatserna i översikten stödjer i allt väsentligt vad man kom fram till i Läkemedelverkets workshop om behandling av höga blodfetter (1999), särskilt i avsnittet med kliniska och hälsoekonomiska aspekter på värdet av och begränsningarna med primärpreventiv behandling.

Peter Nilsson

peter.nilsson@medforsk.mas.lu.se

BMJ 2000; 321: 983-6.
http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7267/983

Kronisk prostatit – ingen evidens för någonting

Det finns idag inget diagnostiskt test som kan betraktas som »gold standard» för kronisk prostatit och de diagnostiska studier som finns håller låg kvalitet. De få kontrollerade behandlingsstudierna är metodologiskt svaga och studiegrupperna är små. Det finns idag ingen evidens för vare sig antibiotikabehandling eller behandling med α -blockerare.

Detta är slutsatserna i en strukturerad analys av den tillgängliga litteraturen om diagnostik och behandling av kronisk prostatit [1]. Författarna hade sökt efter kontrollerade diagnostiska studier och randomiserade, kontrollerade behandlingsstudier i MEDLINE, Cochrane library och i bibliografier i relevanta artiklar. Man fann 19 diagnos-

tiska studier och 14 behandlingsstudier som uppfyllde kriterierna. De diagnostiska artiklarna rörde diagnos av infektion och inflammation, immunologi, biokemi, ultraljud och psykologiska test. Inte någon av dessa diagnostiska principer kunde säkert användas för diagnosen kronisk prostatit. Behandlingsartiklarna rörde α -blockerare, finasterid, antiinflammatoriska medel, antibiotika, värmebehandling och andra varierande medikamenter. Det fanns inget vetenskapligt stöd för att någon av dessa behandlingar hade en gynnsam effekt för patienten.

Således är kunskapen om kronisk prostatit minst sagt dålig. En grundorsak till detta är säkerligen att diagnosen

som sådan är odefinierad och oklar. Två steg på vägen till bättring är troligen den nya klassifikation av prostatit som föreslagits av National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) [2] och det nya symtomformulär som tagits fram av National Institutes of Health [3]. Även om dessa instrument ännu inte är helt optimala så är de användbara verktyg för att börja nysätta upp diagnosen kronisk prostatit.

Jan Adolfsson

adolfsson@sbu.se

1. Ann Intern Med 2000; 133: 367-81.
2. JAMA 1999; 282: 236-37.
3. J Urol 1999; 162: 369-75.