

Rökning under graviditet ökar barnets risk för typ II-diabetes

Svensk frontlinjeforskning

■ Vi ser för närvarande en uttalad ökning av typ II-diabetes och övervikt i västvärlden. De bakomliggande orsakerna är till stora delar okända men mycket talar för att mekanismerna är multifaktoriella, och såväl kost- som motionsvanor under olika tidpunkter i livet är av betydelse. En likartad utveckling, i flera fall ännu mer uttalad, ses även i tredje världen. I Indien t ex sker nu en explosion av typ II-diabetes, ofta i förhållandevis unga åldrar.

Även tidiga exponeringar kan vara av

betydelse för att grundlägga en insulin-resistens som senare manifesterar sig som en typ II-diabetes. Undernutrition under graviditeten är en sådan riskfaktor, där studier av födelsevikt framför allt i England har visat på ett samband. Rökning hos modern under graviditeten leder också till lägre födelsevikt.

Genom tillgång till ett engelskt data-material bestående av 17 000 individer som föddes under en vecka 1958 kunde vi studera detta samband. Det förelåg en fyrfaldig överrisk för typ II-diabetes före 30 års ålder även efter justering för potentiella störfaktorer såsom egen rökning och socioekonomisk status. Ett likartat samband, om än något svagare, kunde även påvisas för övervikt (BMI över 30).

Resultaten från denna studie är de första i sitt slag och måste bekräftas i andra studier innan en kausalitet kan anses föreligga, och de understryker ännu en gång behovet av longitudinella data för att kunna studera etiologin bakom nya medicinska fenomen. Resultaten ger dock utrymme för att ånyo påpeka vikten av rökabstinens för gravida kvinnor.

Anders Ekblom

Anders.Ekblom@mep.ki.se

Montgomery SM, Ekblom A. Smoking during pregnancy and diabetes mellitus in a British longitudinal birth cohort. BMJ 2002;324(7328):26-7

Influensavaccinering av friska unga vuxna

■ Med utgångspunkt från en frisk 33-årig kvinna diskuteras i den refererade artikeln vilket råd man bör ge henne när det gäller influensavaccinering.

Genomsnittligt drabbas mindre än 15 procent av den vuxna befolkningen av influensa varje år. Sjukdomstiden beräknas till 0,8–4 dagar. I USA produceras 70–80 miljoner doser vaccin medan 152 miljoner människor faller inom de grupper som rekommenderas vaccinering. Eftersom en del av dessa inte vaccineras finns oftast ett överskott på vaccin.

Några medicinska indikationer att vaccinera friska vuxna finns inte, å andra sidan finns inte heller några kontraindikationer (med några få undantag). Vinsten skulle alltså ligga i en kortare sjuk-

domstid och minskad belastning på vårdapparaten. Två randomiserade studier visade i ett fall på en förlust på 11 US-dollar/dos och i den andra en vinst på 47 US-dollar/dos. En Monte Carlo-simulering ger vid handen att den genomsnittliga vinsten skulle hamna på 14 US-dollar/dos.

Något varierande rekommendationer för vaccinering har givits av fem olika organisationer. Gemensamt för alla är en rekommendation att vaccinera medicinska riskgrupper oberoende av ålder och alla över 64 års ålder samt vårdpersonal som har hand om dessa grupper. De flesta (tre av fem) rekommenderar också vaccinering av alla i åldersgruppen 50–64 år. För övriga åldersgrupper

varierar rekommendationerna beroende på vaccintillgång, yrke och boendeform.

Det råd den friska unga kvinnan får beror således i stort på vaccintillgången.

I Sverige bör vi främst se till att riskgrupperna blir vaccinerade. Vi har ännu långt kvar tills vi nått den amerikanska nivån.

Dag Höglund

dag.hoglund@vgregation.se

Ahmed F, Singelton JA, Franks AL. Influenza vaccination for healthy young adults. N Engl J Med 2001;345:1543-7

Specialteam på sjukhus kan rädda liv

■ Övåntade hjärtstillestånd på sjukhus föregås vanligen av klinisk instabilitet och har en hög mortalitet.

I en icke-randomiserad studie beskrivs ett akutteam bestående av två läkare och en van intensivvårdssköterska. Sköterskor och yngre läkare på vårdavdelningar kunde när som helst söka teamet om patienter uppvisade avvikelser i några enkla fysiologiska parametrar, främst för respiration, cirkulation och neurologi. Teamet kunde då gripa in för att förbättra tillståndet. Incidensen och utfallet av övåntade hjärtstillestånd studerades och jämfördes med historisk kontroll året innan teamet påbörjade sitt arbete.

Resultaten visade att antalet övåntade hjärtstillestånd halverades efter att man

infört akutteamet och att mortaliteten sjönk från 77 till 55 procent. Resultaten pekar på vikten av att på vårdavdelningar identifiera riskpatienter samt att konsultation av specialister i bedömning och behandling av vitalparametrar kan rädda liv. Bristen på randomisering kan tyckas vara en svaghet, och kanske kan avdelningspersonalens ökade medvetenhet om riskpatienter ha påverkat utfallet.

Detta minskar dock enligt min mening inte indikationerna för att inrätta liknande akutteam även på svenska sjukhus. Flertalet sjukhus har redan akutteam som dock tillkallas först när något allvarligt redan har hänt (t ex hjärtstillestånd). Detta team skulle med en annan organisation kunna utöka sina åtaganden i enlighet med det beskrivna akutteamet.

Man skall dock vara medveten om att arbetsinsatsen för teamet kan vara betydande, vilket en liknande studie påpekat. Införande av ett akutteam kräver även stora utbildningsinsatser på vårdavdelningar, tar tid och kan innebära konflikter avseende behandlingsansvaret för patienten om inte frågan hanteras rätt från början.

Hans Blomqvist

hans.blomqvist@stgoran.se

Buist M, et al. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. BMJ 2002;324:387-90