

## Primärvårdsstudie bekräftar: Hög dödlighet hos hypertoni-patienter med typ 2-diabetes

■ Hypertonipatienter har trots farmakologisk behandling en högre morbiditet och mortalitet än normotensiva individer. Det är mycket vanligt att hypertoni är kombinerad också med andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom. Även typ 2-diabetes är vanligt förekommande hos hypertoni-patienter.

Vid vårdcentralen i Skara har en särskild diabetesmottagning funnits sedan 1975 och en hypertoni-mottagning sedan 1977. I slutet av 1980-talet slogs de båda mottagningarna ihop till en kombinerad diabetes- och hypertoni-mottagning. Mottagningen bemannas av sjuksköterskor med specialutbildning i båda sjukdomarna. Eftersom det inte finns något sjukhus i Skara innebär ordningen att majoriteten av alla hypertoni- och diabetespatienter i kommunen är kända på mottagningen. Åren 1992–1993 inkluderades alla diabetes- och hypertoni-patienter som genomgick årskontroll vid den kombinerade mottagningen i en uppföljande studie.

Tidigare undersökning av denna population har visat att patienter med både hypertoni och typ 2-diabetes har en uttalad anhopning av riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom och att deras blodtryck dessutom var sämre kontrollerat.

En uppföljande mortalitetsanalys har gjorts av 894 patienter som – via Socialstyrelsens dödsorsaksregister – följts till och med december 1999.

**Det viktigaste resultatet** är att en kombination av hypertoni och typ 2-diabetes innebär en klart ökad mortalitetsrisk.

Studien påvisar även en ökad dödlighet hos manliga hypertoni-patienter utan känd diabetes. Däremot påvisades ingen signifikant skillnad i dödlighet mellan män och kvinnor med kombinerad hypertoni och diabetes.

Studien bekräftar resultat som påvisats i kliniska prövningar. Skarastudien är viktig på grund av sin förankring i en svensk primärvårdspopulation.

Författarna betonar vikten av att vara observant på störd glukosmetabolism hos hypertoniker och på den ökade mortalitetsrisk som finns hos kvinnor med hypertoni och diabetes.

Erik Bøg-Hansen

erik.bog-hansen@vregion.se

Bøg-Hansen E, et al. Survival in patients with hypertension treated in primary care. A population-based follow-up study in the Skaraborg Hypertension and Diabetes Project. Scand J Prim Health Care. 2004;22:222–7.

## Fakta och råd om sputumprov från patienter i primärvård med samhällsförvärd pneumoni

■ I samband med en prospektiv studie [1] angående etiologin bakom samhällsförvärd pneumoni – omhändertagen i primärvård – gjordes ökade insatser för erhålla sputumprov från berörda patienter [2]. De patienter som misstänktes ha pneumoni uppmanades att spontant hosta upp ett sputumprov.

I de fall där detta misslyckades fick patienten inhalera nebuliserad hyperten (3-procentig) koksaltlösning för att inducera sekretion och hosta.

**Totalt inkluderades 177 patienter** under de tre år som studien pågick vid Varberga vårdcentral i Örebro. Medelåldern i studiegruppen var 51 år, och 28 procent var rökare. Alla patienter som inkluderats i studien genomgick lungröntgen med resultat att 82 patienter (46 procent) hade röntgenfynd som tydde på pneumoni.

Sputumprov erhöles från totalt 125 patienter varav 91 var av acceptabel kvalitet (fler leukocyter än skivepitelceller vid Gram-färgning och mikroskopi).

48 av 91 prov erhöles med induktion. Övriga var spontant upphostade. Ett troligt etiologiskt agens hittades i 52 prov, (57 procent).

**Studien visar att** man med måttlig ansträngning kan erhålla sputumprov från cirka hälften av alla patienter med kliniskt diagnostiserad pneumoni.

Genom att vid behov inducera sputumproduktion skapas ökade möjligheter till bakteriell etiologisk diagnostik vid pneumoni samt vid epidemiologiska studier i primärvården.

Folke Lagerström

folke.lagerstrom@orebroll.se

1. Lagerström et al. Microbiological etiology in clinically diagnosed community-acquired pneumonia in primary care in Sweden. Clin Microbiol Infect. 2003;9(7): 645–52.
2. Lagerström F, et al. Sputum specimens can be obtained from patients with community-acquired pneumonia in primary care. Scand J Prim Health Care. 2004;22: 83–6.

## När skall intensivvårdspatienter trakeotomeras?

■ I en metaanalys [1] har frågan om tidig eller sen trakeotomi hos intensivvårdspatienter utvärderats. Tidig trakeotomi definierades som start inom sju dygn efter ankomst till intensivvårdsavdelning och påbörjad respiratorbehandling. Fem studier ingår i metaanalysen (totalt 406 patienter). Enligt analysen hade tidpunkt för trakeotomi ingen signifikant påverkan på vare sig mortalitet eller pneumonifrekvens. Däremot innebär tidig trakeotomi att såväl tiden för respiratorbehandling som vårdtiden på intensivvårdsavdelning minskade signifikant, med 8,5 respektive 15,3 dagar.

Metaanalysen är delvis svårtolkad. Ingående studier uppvisar en stor variation i antalet patienter, publikationsår, typ av intensivvårdsavdelning, orsaker till trakeotomi och mängden fullständiga data. Tidpunkterna för trakeotomi varierade från 0 till 7 dagar i grupper med tidig trakeotomi och från 8 till 16 dagar vid sen trakeotomi.

**Mortaliteten är rimligen** mer avhängig av grundsjukdomen än av tidpunkten för trakeotomi. Även andra riskfaktorer för pneumoni än tid i respirator finns hos intensivvårdspatienter.

Den största studien, likaså den modernaste [2] påvisar dock signifikanta skillnader i såväl mortalitet och pneumonifrekvens som respirator- och vårdtider, vilket skulle stärka författarnas tanke om fördel med tidig trakeotomi.

Tidig trakeotomi kan medföra ökat välbefinnande för patienten och mindre behov av sedering, en faktor som i sig på ett avgörande sätt påverkar respirator- och vårdtider. Tekniken för trakeotomi varierar i studierna. Ny perkutan teknik ingår i en studie, vilket kan tänkas vara en faktor av betydelse. En individuell bedömning av det enskilda fallet är säkert av störst betydelse – dvs tidpunkt för trakeotomi avgörs efter en samlad bedömning av förväntad respirator-tid, diagnos, eventuella tidiga problem med endotrakealtub, patientkomfort mm.

Hans Blomqvist

hans.blomqvist@capio.se

1. Griffiths MJ et al. Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation. BMJ. 2005;330:1243.
2. Rumbak J, et al. A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilational tracheotomy to prolonged translaryngeal intubation (delayed tracheotomy) in critically ill medical patients Crit Care Med. 2004;32:1689–94.