



Blodkärlens labyrinter är allt bättre kartlagda av den medicinska vetenskapen.

En bok för alla om kärlsjukdom skriven av 30 svenska experter

KÄRLSJUKDOM

Vaskulär medicin

545 sidor.

Författare: Folke Lindgärde, Thomas Thulin, Jan Östergren, redaktörer.

Förlag: Studentlitteratur; 2009.

ISBN 978-91-44-05384-4.

»Kärlsjukdom. Vaskulär medicin« har 2000 och 2005 haft angiologiska föregångare med snävare perspektiv. Nu har puppan spruckit, och en ganska vacker fjäril vill flyga ut mot den allmänmedicinska himlen. Målgruppen för boken är mycket bred, »alla praktiskt verksamma läkare och sjuksköterskor som i sitt dagliga arbete möter patienter med olika kärlsjukdomar«. Och det är alla! För även om dödligheten i kranskärlssjukdom minskat kraftigt svarar hjärt- och kärlsjukdomar fortfarande för mer än hälften av dödsfallen i västvärlden och för två tredjedelar av vårddagarna på medicinkliniker.

Minskningen beror dock föga på de kostsamma insatserna inom kardiologin. Endast 3 procent av nedgången i dödlighet i kranskärlssjukdom 1986–2002 kan tillskrivas PCI och endast 7 procent insatser vid akut hjärtinfarkt/instabil angina. Medicinska åtgärder står för kanske en tredjedel av dödlighetsminskningen, riskfaktorintervention för två tredjedelar. Primärvården bär huvudansvaret för omhändertagandet av dessa sjukdomar. Har boken kunnat vidga sitt tidigare intermedicinska



detta.

Mycket av utredning och evidensbaserad behandling är förstås lika mellan vårdnivåer och olika specialiteter. Många av kapitlen i boken har en ambition att belysa tidig sjukdom och remissindikationer och har ibland med vårdcentraler på ett hörn i de lärrika fallbeskrivningar som finns i nästan varje avsnitt. Men många av de avgörande frågeställningarna och etiska avvägningarna saknas. Det hjälper inte att man – som alibi? – engagerat två välkända distriktsläkare som skrivit ett bra kapitel om primärprevention. Lär av »Läkemedelsboken« (LB) som sedan länge har allmänläkare i redaktionen och som medskribenter i nästan varje ämnesavsnitt.

perspektiv till en helhet, till samhälle och sociala förhållanden som i grunden avgör om dessa sjukdomar och riskfaktorer alls behöver vara en del av våra liv? Boken både har och har inte lyckats med

Är det möjligt att leva upp till evidensbaserade vårdprogram för enskilda sjukdomar och än mer till superambitiösa målvärden fastställda i konsensus på något mysigt internat för expertgruppen? Detta när verklighetens människor har 4–6 samtidiga sjukdomar, multibehandling med 8–15 farmaka och kanske en följsamhet på 50 procent för kärlpreventiva läkemedel? Hur ska läkaren prioritera och anpassa målvärden till rimlighet? Detta utan att känna sig som en dålig läkare som inte följer vetenskapen! Medicinering på pappret för att leva upp till kvalitetsregister eller för patientens bästa? Konflikten mellan läroboksmässig medicinering och läkarkravet att ge patienten full information enligt HSL, där sanningen är att absoluta riskminskningar ofta är små och de okända långtidseffekterna kan vara katastrofala?

Vilka patienter vill då knappa medicin i eoner för asymtomatiska åkommor? Invandrargrupper riskfaktorbelastning och dolda sjuklighet? Vad göra med de stora grupper äldre som har minnesvärigheter eller som vill stanna på servicehus eller i hemsjukvård? Hur passas utredning och behandling av hjärt-kärlsjukdomar när helhet och etik är vägledande?

Denna typ av frågor och jordnära klinik behöver ju läras ut men saknas nästan helt i boken.

Kapitlet om epidemiologi öppnar lite för samhällets betydelse för sjukligheten, det är bra, men boken glömmer bort att redovisa den samhällsinterven-

tion som faktiskt har gjorts och görs och där bl a primärvården har en viktig roll; Västerbotten, Norsjö, Habo med sin praktiska prevention och vetenskapligt dokumenterade goda resultat etc.

En lärobok bör också så lite frön i ungas hjärtan. Att läkare som enskilda, kollektiv och forskare måste ta steget ut från laboratorerna, »krypa utanför cellmembranet«, och utifrån sin kompetens engagera sig i samhället som orsak till hjärt-kärlsjukdom. Varför inte i ett visionärt kapitel i nästa upplaga utifrån medicinsk kunskap redovisa principerna för ett samhälle utan kardiovaskulär sjuklighet?

Lärobok är just ambitionen! Bakgrundskapiteln om kärlväggen, aterosklerosprocessen, metabola syndromet, fysisk aktivitet, tobak, rubbningar i koagulationsprocessen med flera finner nästan alla en bra balans. Boken uppdaterar kunskapsläget utan att bli för detaljerad, tar fram det relevanta i ett kliniskt perspektiv. Men några områden är bekymmersamma med sin vakthållning i fråga om etablerade sanningar och traditionell skolmedicin. Det är signifikativt att kapitlet om kost och kärlsjukdom saknar referenser och att lipidkapitlet inte med ett ord redovisar allt som talar mot kolesterolhypotesen.

Varför låta en extremt troende lipidolog skriva i en bok avsedd för primärvårdspraktiker och alla blivande läkare? Inte ett ord om behandlingen av äldre, den kanske största målgruppen, och att statiner här inte är adekvat dokumenterade. LB 2009/2010 formulerar det: » Med tanke på den högre risken för

hjärt-kärlsjukdom hos äldre patienter bör insättande av läkemedel övervägas upp till 70–75 års ålder.»

Det finns heller inte en antydning om problematiken med barn och unga vuxna som på grund av föräldrars ångest över lipidvärden förs till läkare. Det görs ingen precisering om dokumentationen för statiner i primärprevention eller för kvinnor. Inte en varningsflagg för potentiella långtidseffekter av statinbruk. Författaren skriver: »Vid manifest kardiovaskulär sjukdom skall medikamentell lipidbehandling ges till alla såvida inte kontraindikationer föreligger.«

Paternalistiska order av denna typ hör förra seklet till. I dag har också patienter, som står inför val av sekundärprevention, rätt att ta ställning till om de vill ha behandling eller inte. Det är ingen självklarhet vid NNT-tal på 30–50, än mindre när sista musten ska pressas ur lipidkakan och saken gäller värdet av (och NNT-tal) vid byte från mer kända och trygga simvastatin till de sämre prövade och dyra högpotenta statinerna.

De kliniska kapitlen om alla sjukdomar venöst och arteriellt håller hög klass, men en större konsekvens efterlyses. Vad som ska vara med av prevalenstal för olika populationer och vårdnivåer, av sjukhistoria, av differentialdiagnostik och vilken utredning som kan vara rimlig i tidigt skede när, inte minst i primärvården, misstanke om kärlsjukdom väcks i det allmänna symtombruset. Kostnadsaspekter för olika utredningsstrategier saknas nästan helt i boken.

Trots att Stefan Agewalls »Kardiolo-

giska perspektiv« glömmer kvinnors och diabetikers särskilda position vid ischemi, och inte refererar en viktig avhandling om bröstsmärtor i allmänmedicinen, tycker jag det är ett fint kapitel.

Andra kapitel med pedagogisk finess – bara för att nämna några – är Andreas Terénts om cerebrovaskulär sjukdom, där bl a ett försök görs att nyansera behandlingsimperativen vad gäller lipider och trombocythämmare. Vidare Christian Bernes kapitel om prevention av kärlsjukdom vid diabetes, Jan Östergrens/Eric Wahlbergs avsnitt om claudicatio och Hans Johnssons/Anders Gottsakers/Ingrid Mattiassons kapitel om venös tromboembolism. Se där några exempel på att boken samlat en stor del, 30, av Sveriges expertis på området.

Boken är som helhet lättillgänglig, men registret kunde göras mer precist. Sökord som »dödlighet« och »förekomst« leder läsaren till ett specifikt kapitel men har ju sin relevans på många sjukdomsområden. Vissa kapitel har löpande numererade referenser, det absolut bästa, medan flertalet anger referenserna i en klump. Ofta söker en läsare en komplettering i en specifik referens, men den är då svår att hitta. Varför inte konsekvent lyfta fram ett antal Internetadresser till respektive kapitel typ Cochrane, sajter med bilder eller översikter på lakartidningen.se?

»Kärlsjukdom. Vaskulär medicin« har tillkommit på initiativ av Svensk förening för hypertoni, stroke och vaskulär medicin. Det är en bit kvar till målet »komplett lärobok«, framför allt genom bristen på allmänmedicinsk för-

Evidensbaserad handbok för akutmottagningen

AKUT KIRURGI OCH UROLOGI

*Behandlingsprogram
190 sidor.*

Författare: David Jaraj, Daniel Schain, Andreas Pettersson, Torgny Svenberg, redaktörer.

*Förlag: Stockholms läns landsting; 2009.
ISBN 91-85211-65-6.*

Denna bok har framställts under redaktion av David Jaraj, Daniel Schain, Andreas Pettersson och Torgny Svenberg, den senare professor emeritus vid Karolinska institutet. Målet var en gemensam, evidensbaserad handbok i kirurgi och urologi för akutmottagningarna i Stockholm. Boken finns också i en webb-

upplaga (<http://internetkirurgi.se>).

Utöver redaktionen medverkar ytterligare 66 namngivna författare. Finns det fler kirurger och urologer i Stockholm?

Kapitelrubriker är: Trauma, lilla kirurgin, kirurgi (med underrubriker akut buk, postoperativa sårinfektioner, ÖGI, NGI, proktologi, kärllkirurgi, bröst- och endokrinkirurgi), urologi, handkirurgi och diverse.

Boken riktar sig till underläkare på akutmottagningar, varför man ofta avslutar ett avsnitt med rådet att konsultera en erfaren kollega.

Många råd är påtagligt kloka, t ex föreslås vid »akut buk« att man bör göra patientens vistelse på akutmottagning-

en kort och att inte förvänta sig att kunna ställa en korrekt diagnos i alla fall. Ett annat exempel är förslaget under avsnittet »dyspepsi, ulcus och GERD« att göra gastroskopi på alla patienter över 50 år och dessutom i alla åldrar vid specificerade varningssymtom. Allt för många yngre patienter remitteras på mycket klen indikation till gastroskopi, där undersökningen oftast inte bidrar till vare sig diagnos eller terapival.

I kapitlet om »appendicit« konstateras korrekt att diagnosen är osannolik hos vuxna med normalvärde för CRP/LPK. Däremot är det fel att avstå från operation vid förhöjt CRP och positivt bukstatus, vilket sker alltför ofta enligt recensentens erfarenheter som medi-

Naprapatin vill bli en del av skolmedicinen

NAPRAPATINS GRUNDER

142 sidor.

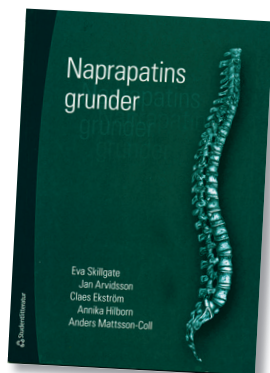
Författare: Eva Skillagete, Jan Arvidsson, Claes Ekström, Annika Hilborn, Anders Mattsson-Coll.

Förlag: Studentlitteratur, 2009.

ISBN 978-91-4405-408-7.....

Vad är egentligen skillnaden på en kiropraktiker, en osteopat och en naprapat – och sjukgymnast eller en självlärd kotknackare? Det var en av de saker jag hoppades få svar på när jag läste denna nyutkomna bok som enligt baksidestexten är riktad »... såväl till studenter som till personal inom hälso- och sjukvårdssektorn ...«.

När olika alternativa behandlingsformer lyfts fram sker det ofta med en argumentering kring dimensioner, meridianer eller krafter som inte låter sig studeras med normala vetenskapliga metoder. Naprapatin – som den framställs i denna bok – går snarast åt andra hållet: man betonar att grunden till naprapatin ligger i anatomiska studier och att naprapatin är en teoretisk modell där grundaren utifrån anatomiska studier och en gammal tjeckisk manipulationsmetod formulerat en teori för hur ryggvärk kan och bör behandlas. Bokens författare – och enligt vad de hävdar naprapatin som helhet – vill därför knyta an till skolvetenskapen och bli en del av denna. Avsnitten är många där man lyfter fram randomiserade såväl som grundforskningsstudier. På många



ställen argumenterar man för att eftersom naprapaternu är en legitimerad yrkesgrupp har Socialstyrelsen godkänt verksamheten som en del av vårdsektorn. På samma sätt argumenteras snarare än resonerar kring högskoleutbildningen till naprapat.

Bortsett från dessa argumenterande avsnitt, som tidvis upplevs som tjugiga, innehåller boken trots sitt lilla omfång mycket information. Man tar upp den historiska bakgrunden, naprapatins grundidéer och vad som skiljde ut den från kiropraktiken, man beskriver den sk trippel-C-principen Causite, Chardosis, Correctoplan, som i vanliga medicinska termer skulle heta patofysiologisk orsak, diagnos och behandlingsplan. Mycket kortfattat beskrivs de olika undersöknings- och behandlingstekniker man använder, och man har ett särskilt kapitel som går igenom de vetenskapliga studier som finns i området samt diskuterar kring studiernas evidensvärde. Referenslistan är lång.

Fick jag då svar på min fråga? Ja, del-

vis fick jag det. Enligt bokens författare tar naprapatin avstånd från den sk subluxationsteori som kiropraktiker och osteopater hävdar. I stället ser man bindevävnaden som grunden till besvären. Tanken kring den sk trippel-C-principen är likaså god även om en kroppslig undersökning, hur väl genomförd den än är, inte kan klargöra den patofysiologiska orsaken till besvären. Men ett systematiskt arbetssätt med noggrann journalföring av fynd och åtgärder är ett mycket bra steg på vägen. Intressant är även den värdegrund för naprapater som lyfts fram. Patienten ska vara i fokus, men det finns ingen fundering kring att patienten ska vara delaktig i vården. Detta och den delvis mekanistiska människosyn som framskymtar är de områden där boken väcker en viss misstro mot naprapati.

Som helhet anser jag boken vara välskriven och trevlig att läsa. Den är aktuell och ger en bra introduktion till vad naprapati är och är praktiskt användbar för läkare i primärvården, där man ständigt ställs inför frågor från patienter som söker hjälp för sina onda ryggar. Boken har även hos mig väckt en nyfikenhet och delvis ändrat min syn på naprapati.

Johan Hambræus

leg läkare,
specialist i allmänmedicin, anesthesiologi
och smärtt lindring
verksamhetschef på Smärtkliniken i Umeå,
Equus Indolor AB

insk rådgivare i PSR AB. Vid »divertikulit« påpekas att antibiotika kan undvaras i många fall. Nog så klokt i en era med ökande problem med antibiotikaresistens.

Under rubriken »knöl i bröstet«, knölen vidare preciserad som oöm, lämnas fyra förslag till differentialdiagnos. Egenomligt nog är diagnosen bröstcancer utelämnad, denna diagnos sannolikt den som får patienten att söka akut. I övrigt föreslås korrekt trippeldiagnostik med klinisk undersökning, mammografi och cytologi.

Åtskilliga avsnitt behandlar ytterst ovanliga tillstånd, vilket gör boken onödigt omfattande. »Postoperativ blödning efter kirurgi på halsen« hör knapp-

past hemma i en bok av det här slaget. Inte heller »incidentalom i binjure«, vilket får betraktas som ett av de minst akuta tillstånden inom medicinen.

I urologikapitlet har »spermatocoele«, »varicocele« och »hydrocele« egna avsnitt. Även dessa tillstånd saknar aktualitet för akutmottagningens verksamhet.

Handkirurgi har fått ett stort utrymme, vilket är befogat med hänsyn till ämnets tyngd på akuten. Här har dock omfattningen blivit alldeles för stor och närmar sig lärobokens. Hur vanlig är tex »scapho-lunär« respektive »lunotriquetral« ligamentskada?

Bortsett från ovanstående synpunkter är detta en utmärkt bok, som fyller ett

behov av sammanfattande art för yngre och oerfarna läkare. Formatet är bra och skulle bli ännu bättre efter omdömesgilla strykningar. Den får plats i fickan till den numera av hygienmaffian förbjudna läkarrocken. Boken kan naturligtvis fylla sin funktion också utanför Stockholm.



Magnus Larsson
överläkare, kirurgiska kliniken,
Danderyds sjukhus, Stockholm

Gediget bygge kring diabetes – nu ännu bättre

DIABETES

Fjärde, omarbetade upplagan. 502 sidor.

Författare: Carl-David Agardh, Christian Berne, redaktörer.

Förlag: Liber; 2010.

ISBN 978-91-47-09331-1.

Fjärde omarbetade upplagan av boken »Diabetes« finns nu tillgänglig, men årets upplaga är 70 sidor längre än 2005 års dito. Överskådligheten har ökat genom att boken indelas i fem sektioner. För övrigt känns utseendet igen från tidigare upplagor, vilket inte är någon nackdel. Anmälaren är förvissad om att pappersboken kommer att fortsätta finnas men är samtidigt övertygad om att många böcker, bland dem »Diabetes«, skulle göra sig alldeles utmärkt i digital form på en läsplatta, med regelbundet införda rättelser och uppdateringar.

Boken, som riktar sig till läkare och diabetesinriktade sköterskor, är som vanligt ett synnerligen gediget bygge, och totalintrycket är att en mycket bra bok blivit ännu bättre. Det hindrar inte att den noggranne läsaren kan hitta ett och annat att anmärka på och också finna att vissa områden är mer utförligt behandlade än andra.

Avsnittet om kost har utökats för att bättre spegla den moderna debatten om andelen kolhydrater och fett i kosten, myndighetsformuleringen »kan tillåtas« om sackaros i kosten hänger kvar från tidigare upplagor, i dag gör vi hellre ett mer neutralt ordval. Något förvirrande anges på sidan 143 att alkohol »... kan inte bara leda till förhöjd plasmaglukosnivå ...« – hur då, undrar anmälaren – »... utan framförallt ... till hypoglykemi.«

Avsnittet om peroral antidiabetika är helt omarbetat, och alla nyare medel finns med. Under rubriken »Metforminets interaktioner« anges på sidan 168: »Likaså interagerar metformin med röntgenkontrastmedel och bör vanligen utsättas tre dygn före en sådan undersökning.« Inget av påståendena stöds av aktuella nationella och internationella riktlinjer och kan leda till att viktiga undersökningar inte blir utförda. Metfor-



»Praktiska synpunkter på insulinbehandlingen« är ett av bokens tunnare kapitel.

Foto: Science Photo

min interagerar inte med jodkontrastmedel, däremot kan jodkontrastmedel ge upphov till nedsatt njurfunktion och därmed ackumulation av metformin. I Sverige är riktlinjer utformade av Svensk förening för medicinsk radiologi. Där sägs att »... metformin sätts ut i samband med undersökningen [och] återinsättes tidigast 48 timmar efter us och först efter kontroll av pKr«. Denna nu gällande rekommendation återges dock i ett annat kapitel, på sidan 235, i samband med metformin och laktacidosis.

Insulinbehandling vid diabetes typ 1 och 2 är ett stort område och behandlas ingående. Det känns i det sammanhanget lite tunt att rubriken »Praktiska synpunkter på insulinbehandlingen« bara får en knapp sida. Det ges exempelvis

inte plats för en mer ingående diskussion om olika moderna insuliners absorption från olika injektionslokaler och från olika vävnader. Ett mycket förenklat budskap ges i en bildtext på sidan 188: »Absorption sker långsammast från låret, något snabbare från höften och snabbast från bukväggen.« Detta gäller inte generellt, verkligheten är mycket mer komplicerad än så.

En lärobok är ett referensverk, och om man kan sitta framför brasan med boken »Diabetes« och fördjupa sig i alla detaljer i reglering av insulinsekretionen (utmärkt beskrivet i kapitel 5) skulle jag som behandlar patienter med diabetes också vilja ha möjligheten att få detaljkunskaper om var forskningsfronten i fråga om moderna insulin står i dag när det gäller praktisk behandling.

En sista anmärkning från språkpolisen: Enheten millimol per liter skrivs mmol/L, inte mmol/l, hur lätt hade det inte varit att använda funktionen sök/ersätt i en digital upplaga av boken!

Boken »Diabetes« befäster sin ställning som standardverket på svenska om diabetessjukdomarna och får betyget fem betaceller av fem möjliga.

Anders Frid
överläkare,

endokrinologiska kliniken Malmö-Lund,
Universitetssjukhuset MAS

Nya upplagor

Hverdagspediatri. 478 sidor. Femte upplagan.

Författare: Ole Sverre Haga, Anders Bjørkhaug.

Förlag: Universitetsforlaget; 2009.
ISBN 978-82-15-01430-2.

Klinisk dermatologi og venerologi. 312 sidor. 3:e upplagan.

Författare. Klaus Ejner Andersen, Hans Bredsted Lomholt, Kristian Thestrup-Pedersen, Hans Christian Wulf.

Förlag: Munksgaard Danmark; 2010.
ISBN 978-87-628-0949-9.