

SBU-rapport om behandling av blödande magsår

SBU har sammanställt forskningsläget vad gäller behandling av blödande magsår (i ventrikel eller duodenum). Åkomman är både vanlig och allvarlig. Incidensen anges till 38 per 100 000 invånare och år, vilket innebär att närmare tio svenskar drabbas varje dag. Av dessa avlider upp mot en fjärdedel inom ett år. Siffrorna innebär att det finns ett behov av förebyggande behandling för att undvika nya blödningar. Myndigheten har fokuserat på blödande magsår som inte beror på polyp, tumör, åderbräck eller kärlmissbildning.

SBU sammanfattar det vetenskapliga stödet som starkt för att behandling med protonpumpshämmare (PPI) och antibiotika (två preparat) mot H pylori minskar risken för återfall i blödande magsår. Detta gäller för patienter som haft blödande magsår och som inte behandlats med farmaka som kan påverka blödningsrisken i mage eller tarm. Intressant nog är det många patienter som inte får denna behandling trots den

goda vetenskapliga evidensen, skriver SBU.

Det vetenskapliga stödet anges även som starkt för att kombinationen PPI och antibiotika minskar risken för återfall bland patienter med blödande magsår som behandlas med ASA eller NSAID, där ASA-/NSAID-behandlingen fortsätter även efter att patienten drabbats av magsår. För patienter med pågående ASA- eller NSAID-behandling som inte drabbats av blödande magsår men som har andra riskfaktorer skyddar PPI mot blödande magsår. Således kan PPI användas förebyggande av denna patientgrupp.

För patienter med verifierat blödande magsår och som behandlats endoskopiskt minskar intravenös PPI-behandling i tre dygn efter endoskopi risken för en ny blödning. Dessutom minskar behovet av både kirurgisk behandling av magsåret och ytterligare endoskopiundersökningar. Den totala dödligheten påverkas däremot inte. Att behandla

med PPI i hög dos under det dygn som föregår endoskopisk diagnos minskar däremot inte risken för vare sig ny blödning eller behovet av kirurgi. Inte heller påverkas dödligheten. Det vetenskapliga stödet för detta anges som starkt.

Det går i dag inte att säga om en förändring av livsstilen kan påverka risken för blödande magsår hos patienter med hög risk, exempelvis för patienter som använder ASA eller NSAID eller har annan sjukdom som påverkar risken för blödande magsår. Inte heller går det att säga om en livsstilsomläggning påverkar risken för blödande magsår hos patienter utan riskfaktorer. SBU har även tittat på kostnadseffektivitet men kan, mot bakgrund av dagens kunskapsläge, inte säkert säga vilken metod som är mest kostnadseffektiv vad gäller att förebygga återinsjuknande.

Anders Hansen
leg läkare, frilansjournalist

SBU 2011. Rapport 206. <http://www.sbu.se>

Hemsjukvård kortar vårdtiden för måttligt för tidigt födda barn

avhandling. Måttligt för tidig födsel (graviditetslängd 30+0 till 34+6 veckor) står för 2 procent av alla födselar i Sverige. Under senare år har bristen på studier av denna grupp underburna barn uppmärksammat internationellt. Avhandlingen belyser de måttligt för tidigt födda barnen ur ett epidemiologiskt perspektiv. Forskningen baseras på Perinatala kvalitetsregistret (PNQ) och Medicinska födelseregistret.

Vi fann att nästan hälften av alla barn som vårdas på neonatalavdelningar är måttligt för tidigt födda. Under en 20-årsperiod har dessa barns vårdtider förkortats med en dryg vecka, utan att sjukligheten minskat. Intressant nog varierade vårdtiden upp till två veckor mellan olika sjukhus. Barnens sjuklighet i sig hade ingen stor effekt på vårdtidens längd, vilket däremot organisatoriska faktorer, som sjukhusstorlek, sjukhusnivå, möjlighet till samvård av mamma och barn och tillgång till hemsjukvård, hade.

Vi kunde också visa att måttligt för tidigt födda barn löper stor risk att insjukna och behöva behandlingsinsatser i nyföddhetsperioden; exempelvis drabbades 28 procent av akuta andningsjukdomar. Kort graviditetslängd var en

riskfaktor för neonatal sjuklighet. Tillväxthämning under fosterlivet var vanligare bland de mer omogna barnen, och detta tillstånd ökade också risken för andra neonatala sjukdomar.

Risken att drabbas av andningssjukdomar undersöktes hos 4 679 måttligt för tidigt födda barn som jämfördes med en referenspopulation på 467 629 barn födda i graviditetsvecka 35–41. Risken var 23–180 gånger större för de måttligt för tidigt födda än för referenspopulationen. De faktorer som ökade risken var kejsarsnitt (både före och efter värddebut), lägre gestationsålder, låga Apgarpoäng (<4 vid 5 minuters ålder) och manligt kön. För tidig vattenavgång, antenatala steroider och intrauterin tillväxthämning var skyddande faktorer. Mammans ålder, kroniska sjuklighet och rökvanor hade ingen effekt på denna risk.

Sammanfattningsvis visar avhandlingen att en genomtänkt vårdorganisation och införande av hemsjukvård kan begränsa tiden på sjukhus för denna grupp barn utan att deras hälsa riskeras. Rimligen innebär det fördelar för barnet och familjen, samtidigt som resurser och sängplatser frigörs inom neonatalvår-



Vård i hemmet begränsar tiden på sjukhus för måttligt för tidigt födda barn – utan att deras hälsa riskeras.

Foto: SPL/IBL

den. Den ökade kunskapen om att graviditetslängden spelar stor roll för den neonatala sjukligheten även bland måttligt för tidigt födda pekar tydligt på vinsten av att senarelägga förlossningen i de fall det är möjligt.

Ökad beredskap hos vårdpersonalen om att speciellt andningssjukdomar är vanliga kan också leda till bättre omhändertagande och snabbare behandling efter förlossningen. Vidare kan nyfödda barn med identifierade riskfaktorer hållas under särskild uppsikt och få snabbare behandling med bra resultat.

Maria Altman
leg läkare, med dr, institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Huddinge

Altman M. Moderately preterm infants – studies on length of hospital stay and neonatal outcome. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.