

Tre fjärdedelar av hjärtinfarktpatienter har störningar i sockeromsättningen

Under senare tid har man börjat uppmärksamma att patienter med etablerad kardiovaskulär sjukdom uppvisar en ökad förekomst av diabetes samt nedsatt glukostolerans. Detta blir särskilt tydligt vid akut hjärtinfarkt då stresshormoner sätter ner insulinkänsligheten och beförstär lipolys med därav följande stegring av fria fettsyror som sätter ner det perifera glukosupptaget i vävnader (Randlehypotesen). Två svenska avhandlingar har under detta år ökat kunskaperna om dessa glukosmetabola rubbningar vid akut hjärtinfarkt samt i efterförloppet till infarkt. Det gäller avhandlingar av Åke Tenerz, Västerås, och Anna Norhammar, Stockholm, varav den förstnämnda närmare refereras här. Ett fruktbart samarbete har även legat bakom de två avhandlingarna, som därför har något delarbete gemensamt.

I Åke Tenerz avhandling från Centrum för klinisk forskning i Västerås har två patientgrupper studerats. I den första gruppen har förekomsten av diabetes vid akut hjärtinfarkt undersökts hos 305 patienter som vårdats på hjärtintensivvårdsavdelningen i Västerås mellan oktober 1995 och september 1996. Patienterna har följts i 5 1/2 år, och hos patienter utan diagnostiserad diabetes har blodglukosnivåns betydelse för prognosen studerats. I den andra patientgruppen ingår 181 patienter med akut hjärtinfarkt men utan tidigare känd diabetes från Centrallasarettet, Västerås, och Karolinska sjukhuset, Stockholm. Förekomsten av nedsatt glukostolerans, diabetes och andra störningar i glukosomsättningen har undersökts med glukosbelastning (75 gram glukos).

I rutinsjukvård ställs diagnosen diabetes med ett fastblodglukostest. Man kan även ställa diagnosen med glukosbelastning. Diabetes definieras som högt fastblodglukos och/eller högt 2-timmars blodglukos. Det inte ovanligt med normalt fastblodglukos trots att 2-timmars blodglukos visar diabetes, vilket innebär att man missar personer med diabetes om inte glukosbelastning görs.

Avhandlingen visar att vid akut hjärtinfarkt uppvisar 25 procent av patienterna diabetes om diagnosen grundar sig enbart på fastblodglukos medan 40–45 procent har diabetes om diagnosen grundar sig på glukosbelastning (OGTT). Ytterligare 30 procent har nedsatt glukostolerans.

HbA_{1c} speglar medelblodglukosnivån under de senaste 6–8 veckorna, och

vid diabetes finns ett starkt samband mellan HbA_{1c} och risken att utveckla komplikationer. Avhandlingen visar att hos patienter med hjärtinfarkt, där diabetes utesluts med fastblodglukos, är HbA_{1c}-nivån direkt relaterad till risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt eller att dö under de kommande 5 1/2 åren efter en hjärtinfarkt.

Hos patienter med akut hjärtinfarkt, utan tidigare känd diabetes, har insulinresistensen mätts indirekt med HOMA-IR (homeostasis model assessment – insulin resistance) och följts från andra vård dygnet till utskrivningen och vid en senare tremånadersuppföljning. Den sålunda skattade insulinresistensen sjunker från ankomsten till utskrivningen men är oförändrad från utskrivningen till uppföljningen efter tre månader.

Tre fjärdedelar av hjärtinfarktpatienter har alltså diabetes eller nedsatt glukostolerans – förutsatt att glukosbelastning utförs, vilket inte hör till gängse rutiner. Eftersom störningar i glukosomsättningen är vanliga tar man alltid blodglukosprov, vid ankomsten till hjärtintensivvårdsavdelningen men man bör dessutom ta ett prov för HbA_{1c}. Denna nivå har betydelse för prognosen hos patienter med hjärtinfarkt utan diabetes enligt fastblodglukos, vilket stämmer med att det finns störningar i glukosomsättningen som inte påvisas med fastblodglukos.

Man kan överväga att utföra en glukosbelastning hos patienter med HbA_{1c} över det normala. Däremot kan man inte rekommendera glukosbelastning till samtliga hjärtinfarktpatienter förrän man visat att behandling med livsstilsförändringar, tabletter eller insulin även vid lindriga glukosstörningar påverkar prognosen. En sådan studie (DIGAMI-2) pågår och kommer sannolikt att kunna redovisas under 2004.

Avhandlingen visar vidare att insulinresistensen är oförändrad från utskrivningen till uppföljningen, vilket innebär att patientens glukometabola status kan värderas redan när han/hon lämnar sjukhuset.

Peter M Nilsson

Peter.Nilsson@medforsk.mas.lu.se

Avhandlingen finns att läsa på:

http://publications.uu.se/uu/fulltext/nbn_se_uu_diva-3423.pdf

Ditt stöd i livet

Många läkare, och inte minst kvinnor, har en pressad arbetssituation och upplever ett otillräckligt stöd uppifrån på sin arbetsplats. Uppbackningen från familjen när det gäller yrkeskarriären blir därmed speciellt viktig, vilket också belyses i två artiklar i norska läkartidningen (2003;123:2296-303). År 1993 gjorde norska läkarförbundet en stor



Josef Milerad
medicinsk chefredaktör

enkät bland sina medlemmar, och artiklarna baserar sig på de 2 094 svar som kom från gifta läkare med barn.

I sociologiska studier har begreppet »stöd« två komponenter. Emotionellt stöd innebär empati och positivt intresse och instrumentellt stöd olika former av praktisk hjälp.

Norska läkare får ett gott stöd av familjen. Kvinnliga läkare var mest nöjda med det emotionella stödet, som fick 12 poäng på en 15-gradig skala. Manliga läkare var något mindre nöjda med det emotionella men desto nöjdare med det instrumentella stödet. Männen upplevde oftare än kvinnorna konfliktsituationer hemma på grund av arbetet. Detta var vanligast bland yngre med småbarn och vanligare om man hade långa arbetsdagar och många jourpass.

Resultaten var alltså inte alldeles överraskande utom på en punkt: partners yrke tycks betyda mer för kvinnan än man vanligen tror. Läkaräktenskap är vanligt, och 40 procent av norska kvinnliga läkare är gifta med kolleger. Kvinnorna i tvåläkarfamiljer blev specialister tidigare, de valde oftare sjukhusspecialiteter och hade fler barn. Manliga läkare gifta med kolleger arbetade oftare deltid än andra högutbildade män. Att bilda familj med en kollega tycks alltså främja kvinnors yrkeskarriär, i alla fall inom medicinen.

josef.milerad@lakartidningen.se