

Høyt morgenblodtrykk øker slagrisiko

Hypertensive pasienter med størst trykkstigning om morgenen har økt risiko for å få hjerneslag (Circulation 2003; 107: 1401–6).

Forekomsten av hjerneslag vurdert ved MR ble kartlagt hos 519 eldre personer med høyt blodtrykk. Blodtrykksstigning om morgenen ble angitt som differansen mellom det høyeste systoliske trykket i de to første morgentimene og det laveste systoliske trykket om natten. I løpet av observasjonstiden på 41 måneder, inntraff 44 tilfeller av hjerneslag blant deltakerne. De som hadde hatt høyest blodtrykksstigning (over 55 mm Hg) hadde høyere forekomst av både multiple ikke-symtomgivende hjerteinfarkter (57 % vs. 33 %, $p = 0,001$) og kliniske hjerneslag (19 % vs. 7 %, $p = 0,004$) sammenliknet med dem som hadde mindre blodtrykksøkning.

Forfatterne konkluderer med at risikoen for organ- og sirkulasjonsskader hos eldre hypertensjonspasienter kan minskes ved å fore-bygge høye stigninger i morgenblodtrykket.

ASA-resistens øker risikoen for infarkt og slag

Resistens mot forebyggende behandling med acetylsalisylsyre (ASA) mer enn tredobler risikoen for kardiovaskulære hendelser (J Am Coll Card 2003; 41: 961–5).

326 personer med stabil hjerte- og kar-sykdom fikk 325 mg acetylsalisylsyre per dag i minst en uke, uten annen behandling som påvirket blodplatene. Forekomsten av dødsfall, hjerteinfarkt og hjerneslag ble registrert under oppfølgingstiden, som var 679 dager i snitt.

Analysen av legemiddelsensitivitet og platefunksjon avdekket at 5,2 % av deltakerne var resistente mot acetylsalisylsyre. Av disse ble 24 % rammet av hjerteinfarkt eller hjerneslag i oppfølgingsperioden, sammenliknet med 10 % av de øvrige deltakerne. Risikoen for slag eller hjerteinfarkt var, etter korreksjon for andre risikoer, ca. fire ganger så stor blant brukere som var resistente mot acetylsalisylsyre som blant øvrige brukere.

Felles gen for hår og bein

Ved osteopetrose fungerer ikke osteoklastene normalt, slik at nedbrytningen av bein hindres. Resultatet er anemi og økt infeksjonstendens. Melanocytter produserer melanin, og hindrer skadelig ultrafiolett stråling.

Mens osteoklastene stammer fra multinukleære celler, dannes melanocytter fra mononukleære celler fra nevralkretten. Musesøk viser nå at en mutasjon i ett og samme gen fører fravær av melaninproduksjon og osteopetrose (Nat Med 2003; 9: 399–406). Det betyr at begge celletypene er avhengig av den samme funksjonen, som har med remodelleringen av cytoskjelettet å gjøre.

Hjertekirurgi hos 90-åringer

Heldigvis eller dessverre så har vi ikke noen absolutt aldersgrense for hjertekirurgi. Det er for vanskelig.

I en ny artikkel beskrives 42 pasienter (22 kvinner) med alder fra 90 til 97 år da de ble hjerteoperert på New York Presbyterian Hospital fra 1993 til 2002 (1). Flertallet av pasientene (52 %) hadde uttalte plager av sin hjertesykdom (NYHA-klasse III eller IV). Dette betyr at en stor andel av pasientene hadde lettere plager. Tre av pasientene hadde gjennomgått hjertekirurgi tidligere, og ni pasienter gjennomgikk akuttoperasjon.

To pasienter døde operativt (30 dager). Da materialet ble gjort opp, levde 34 (81 %) av pasientene, og hadde da levd i 2,5 år i gjennomsnitt (spredning 0,2–7,1 år). De lå gjennomsnittlig 12 døgn på intensivavdeling, og de lå 20 døgn på sykehus i gjennomsnitt. Artikkelen diskuterer og går gjennom litteraturen for hjertekirurgi hos gamle.

I Norge er gjennomsnittsalderen på de som blir hjerteoperert rundt 65 år, og den eldste som blir operert er rundt 90 år. Andelen av de eldste er økende. Som i artikkelen (1) reflekterer dette faktum dilemmaet ved høy kvalitet; stadig flere vil



ha utbytte av behandlingstilbudet. Dette er i tråd med det som skal ha blitt sagt av norsk hjertekirurgis far, Leif Efskind (1904–87) etter noen år: «Det som til å begynne med var kontraindikasjoner, er nå blitt indikasjoner.»

Diskusjonen rundt dette har sider ut over kirurgisk kvalitet. Det dreier seg blant annet om holdninger, økonomi, moral og ressursfordeling.

Steinar Solberg

steinar.solberg@rikshospitalet.no
Thoraxkirurgisk avdeling
Rikshospitalet

Litteratur

1. Bacchetta MD, Ko W, Giardi LN, Mack CA, Krieger KH, Isom OW et al. Outcomes of cardiac surgery in nonagenarians: a 10-year experience. Ann Thorac Surg 2003; 75: 1215–20.

Hjerte-lunge-redning før defibrillering?

Det kan være gunstig å gi hjerte-lunge-redning før defibrillering ved noen tilfeller av hjertestans utenfor sykehus.

Pasienter som fikk ventrikkelflimmer utenfor sykehus og ventet på ambulans i mer enn fem minutter, hadde bedre overlevelse dersom de fikk hjerte-lunge-redning før defibrillering, viser en ny norsk studie publisert i *JAMA* (1).

Studien omfattet 200 pasienter som fikk ventrikkelflimmer utenfor sykehus. Om lag halvparten av dem ble «sjokket» umiddelbart når ambulansen ankom, mens den andre halvparten fikk hjerte-lunge-redning i tre minutter før defibrillering. Lyktes ikke defibrillering, ble hjerte-lunge-redning gitt i ett minutt i den første gruppen og tre minutter i den andre før ytterligere sjokk ble gitt.

Det var ingen forskjeller i prehospital dødelighet eller ett års overlevelse mellom gruppene. Men når forfatterne skilte ut alle tilfellene der ambulansen ankom mer enn fem minutter etter hjertestans, viste det seg at 58 % (37/64) av pasientene som fikk hjerte-lunge-redning først, oppnådde spontan sirkulasjon, sammenliknet med

38 % (21/55) i gruppen som ble sjokket direkte. 22 % (14/64) i den første gruppen overlevde sykehusoppholdet mot bare 4 % (2/55) i den andre gruppen, mens ett års overlevelse var 20 % respektive 4 %.

– Studien viser at det er viktig å under-søke når det er aktuelt å prioritere hjertekompressjon fremfor defibrillering hos pasienter med langvarig ventrikkelflimmer, sier anestesilog Eirik Skogvoll ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Studien omtales på lederplass i samme tidsskrift. Der påpekes visse metodologiske begrensninger (2).

– Resultatene tolkes i forhold til en tidsmessig inndeling av materialet som studien ikke var designet for. Det gir tilfeldighetene større spillerom, sier Skogvoll.

Tom Sundar

tom.sundar@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Wik L, Hansen TB, Fylling F, Steen T, Vaagenes P, Auestad BH et al. Delaying defibrillation to give basic cardiopulmonary resuscitation to patients with out-of-hospital ventricular fibrillation: a randomized trial. JAMA 2003; 289: 1389–95.
2. Valenzuela TD. Priming the pump – can delaying defibrillation improve survival after sudden cardiac death? JAMA 2003; 289: 1434–6.