



Illustrasjonsfoto Colourbox

Røykestopp gir økt diabetesrisiko

Røykere har økt risiko for type 2-diabetes. Hos dem som slutter, øker risikoen ytterligere de første årene, men reduseres så gradvis.

I en amerikansk kohortstudie med 10 982 personer i alderen 45–64 år uten diabetes utviklet 1 254 type 2-diabetes innen ni år (1). Røykere hadde høyere risiko for type 2-diabetes enn dem som aldri hadde røykt (hasardratio 1,42; 95 % KI 1,20–1,67). Hos 380 røykere som sluttet å røyke de første tre årene, økte risikoen ytterligere de neste tre årene (hasardratio 1,73 (KI 1,19–2,53), men avtok så til ingen økt risiko ved studiens avslutning.

– Den økte risikoen for diabetes etter røykeslutt kan ha sammenheng med en økning av kroppsvekt, som er en kjent risikofaktor for type 2-diabetes, sier professor Frode Gallefoss ved Lungeseksjonen, Sørlandet sykehus Kristiansand. Dette tyder på at røykere som slutter å røyke, bør få råd

mot vektøkning og om andre forebyggende tiltak mot diabetes og følges særlig nøye.

Dette er en svært stor og grundig studie, som bekrefter at røyking øker risikoen for type 2-diabetes med om lag 40 %, og at risikoen er enda høyere blant dem som røyker mest. Det er derfor særlig viktig å få folk til å la være å begynne å røyke. Selv om studien viser at risikoen etter røykeslutt på kort sikt øker ytterligere, vil den deretter avta betydelig.

Gallefoss understreker at røykeslutt har svært mange positive helseeffekter som langt overgår en forbigående økt risiko for diabetes.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Yeh H-C, Duncan BB, Schmidt MI et al. Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus. A cohort study. *Ann Intern Med* 2010; 152: 10–7.

Urinveisinfeksjon – symptomer ved antibiotikaresistens

Hos pasienter med urinveisinfeksjon er antibiotikaresistens assosiert med lengre varighet av symptomer, men effekt på alvorlige symptomer er ukjent. Engelske og australske forskere har nå undersøkt naturlig forløp og effekt av antibiotikaresistens ved urinveisinfeksjoner hos kvinner som ikke var gravide (*BMJ* 2010; 340: b5633).

I en observasjonsstudie av 839 kvinner med ukomplisert urinveisinfeksjon var antibiotikaresistens eller at pasienten ikke fikk antibiotika, forbundet med over 50 % økning av alvorlige symptomer. Pasienter med tidligere cystitt, hyppige somatiske symptomer og alvorlige symptomer i startfasen vil sannsynligvis ha alvorlige symptomer i mer enn tre dager. Varighet av symptomene var kortere hvis legen var positiv til diagnose og naturlig forløp.

Kortere respiratorbehandling uten sedasjon

Ved respiratorbehandling av kritisk syke pasienter kan det oppnås 3–4 dagers kortere behandlingstid hvis pasientene ikke er sedert i forhold til å ha fått intermitterende sedasjon. Det er konklusjonen i en dansk studie publisert i *The Lancet* (2010; 375: 475–80).

Den randomiserte studien omfattet 140 kritisk syke pasienter (av 428 mulige), der man forventet respiratorbehandling i mer enn ett døgn. Begge grupper fikk bolus-morfin ved behov.

Hos ikke-sederte pasienter så man flere dager uten respiratorbehandling i de første 28 dagene enn hos dem som fikk intermitterende sedasjon. Ingen sedasjon var også forbundet med kortere innleggelse på intensivavdeling. Delirium forekom hyppigere hos dem som ikke fikk sedasjon.

Atrieflimmer under blodtrykksbehandling

Noen blodtrykksmedisiner reduserer risikoen for atrieflimmer mer enn andre. Også andre mekanismer enn blodtrykksreduksjon ser ut til å være av betydning.

Blodtrykksbehandling reduserer risikoen for atrieflimmer. Enkelte studier har vist at legemidler som påvirker renin-angiotensinsystemet er særlig gunstig.

I en britisk database fra allmennpraksis ble 4 461 blodtrykkspasienter med atrieflimmer identifisert og matchet med 18 642 pasienter uten atrieflimmer (1). Pasienter med kliniske risikofaktorer for atrieflimmer

ble ekskludert. Risikoen for atrieflimmer var lavere blant dem som fikk monoterapi med ACE-hemmere (OR 0,75), angiotensin II-reseptor-blokkere (0,71) eller betablokkere (0,78) sammenliknet med pasienter behandlet med kalsiumkanalblokkere alene.

– Denne studien tyder på at andre mekanismer enn blodtrykksreduksjon også er av betydning for reduksjonen i risiko for atrieflimmer under blodtrykksbehandling, sier professor Knut Gjesdal ved Oslo universitetssykehus. Studien omfattet pasienter som kun brukte ett blodtrykksreduserende legemiddel, altså dem med mild til moderat hypertensjon, og uten særskilte risikofaktorer for atrieflimmer. Dette innebærer at ulik effekt på risikoen for atrieflimmer

i hovedsak må tilskrives legemiddelbruken, selv om andre faktorer ikke kan utelukkes.

Det er ikke mulig ut fra denne studien å fastslå om funnene også gjelder pasienter med alvorlig hypertensjon som trenger behandling med flere blodtrykksmedisiner, påpeker Gjesdal. Studiens styrke er bl.a. bruk av elektronisk registrerte forskrivningsdata fra klinisk allmennpraksis.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Schaer BA, Schneider C, Jick SS et al. Risk for incident atrial fibrillation in patients who receive antihypertensive drugs. A nested case-control study. *Ann Intern Med* 2010; 152: 78–84.