

Hvilken væskebehandling ved akutt lungeskade?

Et restriktivt væskeregime gir ingen forskjell i dødelighet ved akutt lungeskade, men gir sjeldnere organsvikt. Det viser en randomisert studie.

Hvorvidt restriktiv («tørr») eller liberal («våt») væskebehandling er best for pasienter med akutt lungeskade, er fortsatt usikkert. I en amerikansk studie ble 1 001 slike pasienter randomisert til restriktivt eller liberalt væskeregime etter ankomst i intensivavdeling (1). Pasienter med uttalt hjerte- eller nyresvikt ble ekskludert. Hos to tredeler var lungeskaden forårsaket av pneumoni eller sepsis.

Det var ingen forskjell i 60-dagersmortalitet mellom gruppene (25,5 % mot 28,4 %). De som ble behandlet med restriktivt regime, hadde imidlertid bedre lungefunksjon, redusert behov for sedering og færre døgn tilkoblet respirator enn de som fikk liberalt væskeregime, uten at det var økt svikt i andre organer.

– Resultatene viser betydningen av å få mobilisert ekstracellulær væske hos denne gruppen respiratorpasienter i den etablerte fasen, sier seksjonsoverlege Eldar Søreide

ved Intensivavdelingen, Stavanger universitetssjukehus.

– Det er flere problemer ved studien. Protokollen er komplisert, og det spørs om et enklere behandlingsopplegg vil kunne gi samme gevinst. Dessuten er det uklart hvilken monitorering som er nødvendig for å unngå hypovolemi og derav følgende risiko for organsvikt.

Samme forskergruppe har tidligere vist at bruk av pulmonalkateter gir økt komplikasjonsrate sammenliknet med sentralvenekateter. De fleste norske respiratorpasienter monitoreres enten med sentralvenekateter alene eller med PICCO-kateter og andre alternative metoder, og ikke med pulmonalkateter, slik som i denne studien. En behandlingsalgoritme må ta hensyn til dette i Norge, sier Søreide.

Kjetil Søreide
ksoreide@mac.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. National Heart, Lung, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Clinical Trials Network. Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury. *N Engl J Med* 2006; 354: 2564–75.

Kirsebærjuice mot stølhet?

Kirsebærjuice kan muligens hjelpe mot stølhet etter hardt muskellarbeid.

Stølhet skyldes små rifter i musklene etter uvant eller hard aktivitet. En rekke midler er forsøkt for å mildne slike symptomer, men ingen av dem har særlig effekt. I en ny studie har man undersøkt om kirsebærjuice kan være nyttig, ettersom kirsebær har antiinflammatoriske egenskaper.

14 mannlige collegestudenter deltok i en randomisert krysningstudie (1). I tre dager før og i fire dager etter en øvelse drakk de enten 350 ml kirsebærjuice eller placebojuice. Studentene anga daglig sine muskelsmerter på en analogskala 1–10.

Det var signifikante forskjeller mellom gruppene. De som drakk placebojuice kunne belaste musklene gjennomsnittlig 22 % mindre etter treningen, mens de andre ble muskelytelsen kun redusert med 4 %. Tilsvarende var gjennomsnittlig muskelsmerter henholdsvis 3,2 og 2,4, og smerten var sterkest etter henholdsvis 48 og 24 timer.

– Inntak av kirsebærjuice hadde en markant effekt på muskelsvekkelse etter et eksentrisk muskellarbeid. Studien har imid-

lertid noen svakheter, f.eks. har man ikke studert muskelvev, noe som kan si noe om mulige mekanismer. Effekten av juicen ses kun i én av de variablene som brukes som indikasjon på muskelskade. Den beskyttende effekten på muskelsvekkelse var til gjengjeld så stor at den sannsynligvis ikke kan forklares ved hemmet inflammasjon alene, sier førsteamanuensis Truls Raastad ved Norges idrettshøgskole.

– Vi gjennomfører nå en liknende studie hvor vi hemmer inflammasjonen medikamentelt. Til vår store overraskelse finner vi små eller ingen effekter på størrelsen av muskelskadene som oppstår. Når man i tillegg vet at man i andre studier har observert svært varierende effekt av ulike antioksidanter, er det grunn til å undres over hvilke mekanismer kirsebærjuicen kan virke gjennom, sier Raastad.

Nicola Herzig
mspr@broadpark.no
Sandnes

Litteratur

1. Connolly DA, McHugh MP, Padilla-Zakour OI et al. Efficacy of a tart cherry juice blend in preventing the symptoms of muscle damage. *Br J Sports Med* 2006; 40: 679–83.

Er middelhavskost bedre enn fettfattig kost?

Middelhavskost har en gunstigere virkning på markører for hjerte- og karsykdommer enn et konvensjonelt kosthold med lavt fettinntak. Det er konklusjonen i en spansk studie (*Ann Intern Med* 2006; 145: 1–11).

772 asymptotiske deltakere i alderen 55–80 år ble randomisert til enten en fettfattig diett eller til en av to typer middelhavskost (et kosthold med ekstra olivenolje eller ett med tillegg av nøtter).

Etter tre måneder var plasma-glukose-nivået lavere i olivenoljegruppen og nøttegruppen enn hos dem som hadde fulgt en fettfattig diett. Systolisk blodtrykk og forholdet mellom kolesterol og HDL-kolesterol var også lavere.

Kloramfenikol øyedråper forkorter symptomvarigheten

Behandling med antibiotikaøyedråper forkorter varigheten av symptomer ved akutt infeksøs konjunktivitt. Det viser en åpen, randomisert undersøkelse fra England (*BMJ* 2006; 333: 321–4).

307 barn og voksne med akutt infeksøs konjunktivitt ble randomisert til enten ingen behandling, til kloramfenikol øyedråper umiddelbart etter konsultasjonen eller til øyedråper først tre dager etter konsultasjonen.

De tre første dagene etter randomisering var det ingen forskjell i symptomer gruppene imellom. Symptomvarigheten var imidlertid signifikant kortere hos dem som fikk behandling – henholdsvis 3,3 dager og 3,9 dager, mot 4,8 dager.

Kortere antibiotikakur mot pneumoni?

Hvis en pasient med pneumoni responderer etter tre dagers behandling med amoksisillin intravenøst, kan man avslutte behandlingen. En lengre kur er ikke mer effektiv enn tre dagers behandling. Det er konklusjonen i en dobbeltblind, randomisert studie fra Nederland (*BMJ* 2006; 332: 1355–8).

Studien omfattet pasienter med mild til moderat/alvorlig pneumoni som hadde god respons etter tre dagers amoksisillinbehandling. 121 pasienter ble deretter randomisert til enten ytterligere fem dagers behandling med amoksisillin eller placebo.

93 % av pasientene i hver gruppe hadde god klinisk respons etter ti dager. Etter 28 dager var det heller ikke forskjell mellom gruppene.

– Dette rører ved et ømt punkt. Mange behandlinger er etablert før vår tids krav om fastleggelse av optimal dosering og varighet, og oftest ligger det ingen kommersielle interesser i å gjøre nye undersøkelser. Vi vil ikke ennå endre våre anbefalinger om sju dagers kur, men det bør gjennomføres flere studier med kort behandlingsvarighet, heter det i en kommentar i *Ugeskrift for Læger* (2006; 168: 2776).