



Illustrasjonsfoto Istockphoto

Lav kroppsmasseindeks og økt risiko for hjerteinfarkt

Lav kroppsmasseindeks og høyt blodtrykk er forbundet med større risiko for å dø av hjerteinfarkt, viser en ny norsk studie.

Vi undersøkte sammenhengen mellom alder, blodtrykk og kroppsmasseindeks, og risikoen for død av hjerteinfarkt blant 34 633 menn og 36 749 kvinner som hadde deltatt i den første Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) i 1984–86 (1).

Personer av begge kjønn < 65 år med en kroppsmasseindeks < 25 kg/m² og systolisk blodtrykk > 160 mm Hg hadde en betydelig (480 %) økt risiko for død av hjerteinfarkt sammenliknet med referansekategorien med samme kroppsmasseindeks, men lavere systolisk blodtrykk (120–139 mm Hg). Til sammenlikning var det omtrent 60 % økt risiko blant personer i samme aldersgruppe

med kroppsmasseindeks > 30 kg/m² og systolisk blodtrykk > 160 mm Hg.

Det er kjent at høyt blodtrykk er mer assosiert med død av hjerteinfarkt hos yngre. Det er derimot ikke vist at blant disse personene er det de med normal eller lav kroppsmasseindeks som har høyest risiko. Vi vet ikke hvorfor disse personene har størst risiko, men vi tror at dersom du har høyt blodtrykk og er lav- eller normalvektig, er årsaken og mekanismen annerledes og at blodtrykket da er en farligere risikofaktor.

Bjørn Mørkedal

bjornm@stud.ntnu.no

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Mørkedal B, Romundstad PR, Vatten LJ. Mortality from ischaemic heart disease: age-specific effects of blood pressure stratified by body-mass index: the HUNT cohort study in Norway. *J Epidemiol Community Health* 2010, doi: 10.1136/jech.2009.094110.

Kinin virker ved muskelkramper

Muskelkramper kan ha mange årsaker, og kinin brukes ved alle former, men det har vært usikkerhet om effektivitet og sikkerhet. Ifølge en ny Cochrane-oversikt er det moderat kunnskapsgrunnlag for at kinin signifikant nedsetter frekvens og intensitet av muskelkramper ved en dosering på 200–500 mg/dag (Cochrane Database Syst Rev 2010; nr. 12: CD005044). Men patofysiologien ved muskelkramper og kinins virkningsmekanisme er sparsomt belyst.

Studien omfattet 23 randomiserte, kontrollerte studier av 1 586 personer i alle aldre med muskelkramper. Sammenliknet med placebo reduserte kinin signifikant antallet kramper over to uker med 28 %, krampeintensiteten med 10 % og antallet krampedager med 20 %.

Skjev publisering

Negative eller inkonklusive resultater er vanskeligere å få publisert enn positive funn, også i kirurgien (*Ann Surg* 2011; 253: 619–23). Forskerne undersøkte 2 457 artikler fra 15 vitenskapelige tidsskrifter innen kirurgi. Disse ble kategorisert i tre grupper etter impaktfaktor.

Tidsskrifter med høy impaktfaktor publiserte signifikant færre negative og inkonklusive studier (5–7 %) i forhold til tidsskrifter med middels og lav impaktfaktor. Andelen av randomiserte, kontrollerte studier varierte fra 18–21 % i de fem høyest rangerte tidsskriftene sammenliknet med 6–14 % i de fem lavest rangerte. Forfatterne mener at det bør være kvalitet, og ikke resultater, som bør være avgjørende for publisering.

LAR-pasienter får dårlig smertebehandling

Pasienter under legemiddelassistert rehabilitering får ofte smertebehandling som har liten effekt og som kan redusere evnen til å mestre rus.

Det er vanskelig å behandle smerter hos slike pasienter. Opioider med hurtig og kortvarig effekt bør unngås, og behandlingen må være så effektiv at pasientene ikke fristes til å kjøpe opioider illegalt. Vi brukte data fra Reseptregisteret for å undersøke hvilke analgetika som forskrives til pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (1).

Blant LAR-pasienter var andelen som mottok opioider i løpet av et år like høy

som i den generelle befolkningen (10 %). Det hyppigst forskrevne legemidlet var paracetamol-kodein i kombinasjon, til tross for at paracetamol-kodein er for svakt til at man kan forvente effektiv smertelindring i denne pasientgruppen. Dessuten kan midlet utløse rus hvis det brukes galt eller i kombinasjon med benzodiazepiner. Om lag 30 % av LAR-pasienter som ikke hadde brukt analgetika forrige år fikk forskrevet paracetamol-kodein eller et opioid alene første gang de fikk resept på analgetika.

I sykehus kan akutte smerter ofte lindres effektivt med epidural eller perifer blokade. Utenfor sykehus må man basere smertebehandlingen på tabletter, stikkpiller eller smertepaster. Paracetamol og ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID)

er førstevalget og bør alltid foretrekkes. Ved kontraindikasjoner eller utilstrekkelig lindring bør man øke dosen av det opioidet pasienten bruker i sin LAR-behandling fremfor å supplere med et annet opioid (2).

Olav Magnus S. Fredheim

olav.m.fredheim@ntnu.no

Avdeling for smerte og sammensatte lidelser St. Olavs hospital

Litteratur

1. Fredheim OM, Borchgrevink PC, Nordstrand B et al. Prescription of analgesics to patients in opioid maintenance therapy: a pharmacoepidemiological study. *Drug Alcohol Depend* 2011, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.12.014.
2. Fredheim OM, Nøstdahl T, Nordstrand B et al. Behandling av akutte smerter under legemiddelassistert rehabilitering. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 738–40.