

## Även lågdos-ASA ger magtarmblödningar vid långtidsprofylax

II Acetylsalicylsyra (ASA) har en utbredd användning som profylax mot hjärt-kärlsjukdomar, huvudsakligen i sekundärpreventivt syfte. En ökad risk för gastrointestinala blödningar har länge varit klarlagd vid långtidsbehandling med ASA, men en förhoppning har varit att lägre doser skulle minska dessa risker. En aktuell systematisk översikt från Oxford talar dock emot detta.

I en metaanalys av 24 randomiserade studier med 65 000 deltagare var risken för blödning 1,42 procent i placebogruppen och 2,47 procent i gruppen som fått ASA som profylax under i genomsnitt 28 månaders behandling. Detta ger en oddskvot på 1,68 (95-procentiga konfidensintervall 1,51 till 1,88). Risken med behandlingen kan också uttryckas som att »numbers needed to harm« var 106, dvs om drygt 100 patienter behandlas

med ASA under ca 2 år kommer en av dem att drabbas av en blödning från mag-tarmkanalen.

Studier, där man undersökt användningen av låga doser av ASA (50–162,5 mg), analyserades separat. I de åtta studierna med 50 000 deltagare var andelen med blödning närmast identisk med andelen i hela gruppen; 1,45 och 2,3 procent i placebo respektive i ASA-gruppen.

Risken var fortfarande signifikant förhöjd (oddskvot 1,59; KI 1,40; 1,81) om än något lägre än i högdosgruppen (oddskvot 1,96; KI 1,58; 2,43). Denna skillnad var inte signifikant (notera de överlappande konfidensintervallen) och inte heller i en sk metaregression var dosen av ASA signifikant relaterad till blödning.

I en åtföljande ledarkommentar med

titeln »Aspirin, like all other drugs, is a poison« understryks fyndet att inte ens lågdos-ASA är ofarligt. Detta leder till att man inte kan påvisa en, i sin helhet, positiv effekt med ASA-profylax för personer med liten risk för kardiovaskulära komplikationer, som t ex dem utan känd hjärtkärlsjukdom.

Ledaren pekar dock på att i översikter där sambandet ASA-dos och potentiellt livshotande blödningar studerats visas ett klart samband, åtminstone för doser över 300 mg. Dessa doser är å andra sidan inte aktuella vid profylaktisk behandling.

*BMJ 2000; 321: 1183-7.*

*BMJ 2000; 321: 1170-1.*

## Megaöversikt belyser prevention och folkhälsoinsatser

II I samband med reformeringen av NHS (National Health Service) i England och Wales har en omfattande litteratursammanställning med titeln »Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the wider public health agenda« nyligen givits ut av NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD) vid University of York, England.

Dokumentet, som är skrivet av en arbetsgrupp ur Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration och NHS, bygger på över 1 100 systematiska översikter och är främst ett evidensbaserat underlag för policybeslut men kan även fungera som stöd vid enskilda ställningstaganden. Den intresserade läkaren kan t ex via hemsidan (se adress nedan) snabbt få upplysningar om relevanta studier med hög evidens inom olika områden.

Rapporten är i princip ett källdokument innehållande korta sammanfattningar och referenser till systematiska översikter inom specifika områden men också till övergripande folkhälsoöversikter. Innehållet är uppdelat i »national contracts« med intentionen att reducera morbiditeten och mortaliteten inom följande områden: cancer, kranskärlssjukdomar och stroke, olycksfall samt mental ohälsa. Tillfört är dessutom kapitel om utbildning, social omvårdnad och social välfärd samt kriminalitet, droger och alkohol. Sökstrategier och referenser till samtliga citerade systematiska översikter är utförligt redovisade i två appendix.

Dokumentet är ett hjälpmedel vid besvarandet av följande frågor:

Vilka policies/strategier fungerar effektivt och bör prioriteras i folkhälsoarbetet?

Hur nås bäst de uppställda målen utifrån ovanstående prioriteringar? Vilka interventioner är lämpligast och hur genomförs dessa?

Vilket är behovet av ytterligare folkhälsoforskning? Inom vilka områden är behovet och vinsterna störst?

Denna brittiska rapport kommer kontinuerligt att uppdateras med nya systematiska översikter, allt för att förbättra förutsättningarna för folkhälsoarbetet.

**Mats Halldin**

([halldin@sbu.se](mailto:halldin@sbu.se))

Rapporten beställes via CRD,

e-postadress: [crdpub@york.ac.uk](mailto:crdpub@york.ac.uk)

Priset är 20 pund (cirka 290 kr).

Hela dokumentet är dessutom tillgängligt på <http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm>

## I korthet

**Ingen gemensam patofysiologi vid whiplashskada.**

II Varje år diagnostiseras i samband med trafikolyckor i Norge 2 000 nya fall av whiplashskada. Ökande incidens och tveksamheter avseende adekvat utredning och behandling har medfört att den norska HTA-organisationen SMM (dvs SBU:s systerorganisation) utarbetat en systematisk översikt över kunskapsläget. Man finner inga stöd för ett kausalt samband mellan typ av skada

och utveckling av specifika symtomkonstellationer.

Objektiva tecken är allt för ospecifika och inte nog robusta för att man ska kunna hävda existensen av en gemensam patofysiologisk mekanism för »kroniskt whiplashsyndrom«.

Rapporten finns att läsa i sin helhet på nätet: [www.sintef.no/smm](http://www.sintef.no/smm)

**Ordlista – EBM och klinisk epidemiologi.**

II Inom EBM-rörelsen förekommer

många termer från klinisk epidemiologi som kan kännas svårbegripliga och stundtals med andra betydelser än vad man är van vid i sin vardag. Anglicismer är vanliga och deras översättning till svenska kan vara mycket varierande. För att råda bot på detta har docent Jörgen Malmquist för SBU:s räkning sammanställt en ordlista som på ett precist sätt redovisar denna terminologi.

Ordlistan finns fritt tillgänglig och lätt att skriva ut från: [www.sbu.se](http://www.sbu.se)