

40-års-alder, og forfatterne peker på at dette kan forklare at de to sistnevnte amerikanske undersøkelser ikke kom frem til liknende resultater. Begge disse undersøkelser inkluderte relativt unge personer som ikke hadde vært utsatt for passiv røyking i lang tid.

Den kliniske betydning av disse funn har ikke vært undersøkt, og en kan foreløpig ikke trekke noen konklusjoner om hvorvidt den reduserte lungefunksjonen har konsekvenser for fremtidig sykdom.

Den amerikanske helsedirektør konkluderer: »To undersøkelser har i eldre befolkninger rapportert forskjell i lungefunksjons-mål mellom personer som hadde vært, og som ikke hadde vært utsatt for kronisk passiv røyking. Denne forskjell ble ikke funnet i en yngre og trolig mindre eksponert befolkning« (78).

### 2.9.3. Lungekreft

Det foreligger nå resultater fra i alt 14 epidemiologiske undersøkelser over kreftdødelighet hos passiv-røykere. De aller fleste av undersøkelsene gjelder lungekreft, mens enkelte også omfatter andre kreftformer. Undersøkelsene er foretatt i en rekke land: Japan (29, 30), Hellas (73, 74), USA (15, 21, 35, 46, 50, 51, 60, 61, 62), Hong Kong (11, 39), Vest-Tyskland (38) og Skottland (22). Metoder, resultater og konklusjoner er resymert i en fersk publikasjon fra USA (55). Forfatterne summerer opp resultatene slik:

»Dersom undersøkelsene grupperes i delstudier av menn og kvinner, får en 20 delstu-

dier, hvorav alle unntatt to antyder økt kreftdødelighet av passiv røyking. For 12 av delstudiene var det en statistisk sikker økning.«

Den japanske undersøkelsen (29) ble først publisert og skal spesielt omtales. Siden 1965 har det pågått en prospektiv epidemiologisk undersøkelse ved 29 helsesentre i Japan, av 265.118 voksne personer som var 40 år og eldre. Ved begynnelsen av undersøkelsen ble det foretatt kartlegging av røyke- og alkoholvaner, yrke og sivilstand. Senere er dødsfall i denne befolkning blitt registrert.

91.540 av disse personene var gifte, ikke-røykende kvinner. Tabell 8 gir de sist offentliggjorte resultater, og omfatter oppfølging av dødelighet frem til 1981 (30). I tabellen er kvinnes dødelighet av ulike sykdommer satt = 1.00 når ektefellen var registrert som ikke-røyker; dødeligheten i andre undergrupper er relatert til dette.

For lungekreft er det en statistisk sikker overdødelighet når ektemannen er registrert som røyker; kvinnes dødelighet øker med ektemannens sigarettforbruk; kvinner med menn som tidligere har røykt, inntar en mellomstilling. Det er også en statistisk sikker overdødelighet hos de passivt røykende kvinner for følgende dødsårsaker: bihulekreft, alle kreftformer unntatt lungekreft, emfysem + kronisk bronkitt og hjerteinfarkt.

Det var ingen samvariasjon mellom kvinnes dødelighet av lungekreft og mennenes alkoholvaner; heller ikke mellom kvinnes dødelighet av magekreft og ektemennenes røykevaner.

Tabell 8

Dødelighets-ratio hos ikke-røykende gifte kvinner, aldersjustert – Japan, 1966–81

Sykdom	Antall dødsfall	Dødelighets-ratio etter ektemannens røykevaner				
		Ikke-røyker	Ex-røyker	1–14 sig.	15–19 sig.	20+ sig.
Lungekreft .....	200	1.00	1.36	1.42	1.58	1.91
Bihulekreft .....	28	1.00		2.27	2.56	3.44
Kreft total (lungekreft ikke medregnet)	2484	1.00*			1.06	1.11
Emfysem + kron. bronkitt .....	130	1.00			1.29*	1.60
Hjerteinfarkt .....	494	1.00			1.10*	1.31

= 91 540, 40 år og over

Kilde: Referanse nr. 38.

\* inkl. eks-røykere