

Ritstjórnargrein

Meðferð slags, morgunn nýs dags

Slag eða heilaslag (stroke) er algengur sjúkdómur og ætla má að að minnsta kosti 700 Íslendingar fái slag árlega og vænta má fjölgunar tilfella á næstu árum þegar elsti hluti þjóðarinnar stækkar. Slag er þriðja algengasta dánarorsökin á Vesturlöndum og algengasta orsök fötlunar fullorðinna. Langtímaumönnun á hjúkrunarheimilium er oft nauðsynleg og Bretar telja að 5% útgjalda sinna vegna heilbrigðismála tengist umönnun sjúklinga með heilaslag.

Stjórnun áhættuþátta er mikilvægasta aðferðin til þess að fyrirbyggja slag, og þeir sterkustu eru: saga um skammvinna heilablóðþurrð (transient ischemic attack), hár blóðþrýstingur, gáttatíf og þekkt segalind í hjarta. Frumvörn (primary prevention) er beitt hjá þeim sem aldrei hafa fengið slag og er þá meðal annars notuð blóðflögubæling eða blóðþynning þegar um þekkt segalind er að ræða. Síðvörn (secondary prevention) er fyrirbyggjandi meðferð hjá þeim sem þegar hafa fengið slag, en verulegur hluti sjúklinganna (1) fær slag í annað eða þriðja sinn. Meðferðin er sams konar og við frumvörn en auk þess er hægt að gera aðgerð á hállslagæð (carotid endarterectomy) í völdum tilvikum.

Á síðasta áratug hefur komið í ljós að hægt er að hafa áhrif á batahorfur eftir slag og einkum eru það þrjár leiðir sem hafa verið farnar. Segaleysandi meðferð (2) þar sem tissue plasminogen activator (t-PA) er notað til þess að leysa upp blóðsega og fækkar meðferðin sjúklingum með alvarlega fötlun um 30%. Nauðsynlegt er að gefa lyfið innan þriggja klukkustunda frá upphafi einkenna og áður þarf að fá tölvusneiðmynd af höfði til þess að útiloka heilablæðingu. Þessi meðferð hefur verið notuð í vaxandi mæli í Bandaríkjunum og þar hefur verið lögð áhersla á að fræða almenning um fyrstu einkenni slags til þess að sjúklingar leiti fyrr á sjúkrahús. Við núverandi aðstæður er líklegt að árlega sé hægt að meðhöndla 10-15 sjúklinga hér á landi með þessum hætti, sem gæti fjölgað verulega með aukinni þekkingu almennings á einkennum slags.

Önnur aðferð byggir á notkun lyfja sem

vernda skemmdan heilavef (neuroprotection) og takamarka þannig stærð drepsins. Einkum hafa verið reynd lyf sem hamla gegn örvandi áhrifum boðefnisins glútamats, sem er losað úr sködduðum frumum og veldur enn meiri skemmdum. Lyfin hafa lofað góðu í dýratilraunum, en árangur í klínískum rannsóknum hefur verið óljósari. Aðferðafræði rannsókna hefur því verið til endurskoðunar og bent hefur verið á að margar rannsóknir á sjúklingum hafa verið tiltölulega litlar (3) og því er mögulegt að gagnlegum lyfjum hafi verið hafnað vegna ófullnægjandi stærðar rannsókna. Í því sambandi er bent á að notkun margra lyfja við kransæðastíflu byggir á miklu fjölmennari rannsóknum. Dýratilraunir benda til þess að verndin eigi fyrst og fremst við um taugafurur í heilaberki, en ekki dýpri hluta heilans og heilastofn. Nákvæmara val sjúklinga í rannsóknir, byggt á tegundum slags, hefur verið undirstrikað (4) og lagt til að rannsóknir beinist að sjúklingum með tiltölulega mikinn skaða á heilaberki, eins og lokun á miðslagæð heilans (middle cerebral artery). Fjölpjódlegar rannsóknir á nýjum lyfjum sem vernda taugavef eru í gangi, meðal annars með þátttöku íslenskra taugasjúkdómalækna. Í þriðja lagi hefur verið sýnt fram á að sérstakar deildir fyrir sjúklinga með slag, það er heilaslagdeildir (stroke unit) hafa aukið batahorfur verulega.

Tvær greinar í þessu hefti Læknablaðsins fjalla um slag og heilaslagdeildir. Grein Jóns Hersis Elíassonar og féлага lýsir tiltölulega lágri dánartíðni hjá slagsjúklingum sem lögðust inn á Sjúkrahús Reykjavíkur árin 1996 og 1997. Grein Alberts Páls Sigurðssonar fer yfir þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á gagnsemi heilaslagdeilda á síðustu árum. Hér er um fjölrannsóknargreiningar (meta-analysis) að ræða sem staðfesta gagnsemi þessara sérhæfðu deilda eins og þær eru starfræktar á Norðurlöndum.

Heilaslagdeild byggir á því að öllum slag-sjúklingum sé sinnt á afmarkaðri sjúkradeild af sérhæfðu starfsfólki frá innlögn til útskriftar.

Bandaríkjamenn hafa farið aðra leið sem fólgin er í því að útskrifa sjúklinga á ódýrari sjúkrahús eftir fárra daga legu, en gagnsemi þeirrar aðferðar hefur ekki verið staðfest. Ný rannsókn frá Svíþjóð (5) sem birtist í apríl á þessu ári var fyrsta rannsóknin sem gerð var á heilaslaga-deildum og náði hún til allra slíkra deilda í Svíþjóð. Rannsóknin staðfesti að sjúklingar sem meðhöndlaðir eru á sérstökum heilaslaga-deildum eru líklegri til þess að útskrifast heim en þeir sem meðhöndlaðir eru á almennum sjúkra-deildum. Árangurinn kemur fram í styttri legu á sjúkrahúsi og sjúklingar eru líklegri til þess að útskrifast heim.

Veigamiklar nýjungar í meðferð sjúklinga með slag hafa komið fram á síðustu árum. Sýnt hefur verið fram á að hægt er að leysa upp blóðsega hjá hluta sjúklinga ef meðferð er hafinn innan þriggja klukkustunda frá upphafi ein-kenna. Sérhæfð meðferð á heilaslaga-deild skilar

betri árangri en meðferð á almennum legu-deildum. Mikilvægt er að nýta sér til hins ítrasta þessar nýjungar í meðferð sjúklinga með slag.

Eliás Ólafsson
taugalækningadeild Landspítalans

HEIMILDIR

1. Yamamoto H, Bogousslavsky J. Mechanisms of second and further strokes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64: 771-6.
2. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581-7.
3. Lees KR. Does neuroprotection improve stroke outcome? *Lancet* 1998; 351: 1447-8.
4. Muir KW, Grosset DG. Neuroprotection for acute stroke: making clinical trials work. *Stroke* 1999; 30: 180-2.
5. Stegmayr B, Asplund K, Hulter-Åsberg K, Norrving B, Peltonen M, Terént A, et al. Stroke Units in Their Natural Habitat: Can Results of Randomized Trials Be Reproduced in Routine Clinical Practice? *Stroke* 1999; 30: 709-14.