
Mye kan bedres for hjerneslagpasienten

REDAKSJONELT

ARVE DAHL

Arve Dahl (f. 1950) er spesialist i neurologi med cerebrovaskulære sykdommer som hovedinteressefelt.

Email: arve.dahl@rikshospitalet.no

Nevrologisk avdeling

Rikshospitalet

0027 Oslo

I Norge rammes ca. 15 000 mennesker av hjerneslag hvert år. 85 % skyldes hjerneinfarkt, de resterende intrakraniale blødninger. 60 000 – 70 000 nordmenn lever med sekvele etter gjennomgått slag. Hjerneslag er den tredje hyppigste dødsårsak i den vestlige verden, den viktigste årsak til hjerneskode og til innleggelse i sykehjem. Cerebrovaskulær sykdom bidrar til nærmere halvdelen av alle demenstifeller. Belastningen for den som rammes er betydelig, og samfunnets utgifter til omsorg og pleie er meget store. Det er et stort behov for å forebygge hjerneslag, og ikke minst å gi bedre behandling når slaget har inntruffet.

Opprettelsen av egne slagenheter ved de fleste norske sykehus har bedret behandlingstilbudet og omsorgen for slagpasienten. En slagenhet er en sykehusenhet eller -avsnitt med spesialopplært personell og senger som er øremerket for behandling av hjerneslagpasienter. Det er nå godt dokumentert at ikke bare overlevelsen, men også det nevrologiske sluttresultatet blir vesentlig bedre når pasientene tas hånd om i egne avsnitt (1).

Dokumentasjonen for dette har ikke minst kommet fra studier utført i Norge (2 – 4).

Ved innleggelse i slagenhet vil en tverrfaglig gruppe fagfolk med spesiell interesse og kunnskap om hjerneslag ta hånd om pasienten. Den «behandlingspakken» som gis er basert på teoretiske betraktninger, dyreeksperimentelle studier og på generelle medisinske vurderinger. De praktiske tiltakene består i å forhindre feber, stabilisere blodtrykket, forebygge dehydrering, tilføre oksygen, unngå glukoseholdige væsker, gi acetylsalisylsyre ved infarkter, forebygge komplikasjoner og sørge for tidlig mobilisering.

I dette nummer av Tidsskriftet viser Rønning & Guldvog fra Sentralsykehuset i Akershus at tilførsel av oksygen som rutinebehandling i akutfasen ikke er gunstig for alle slagpasienter (5). Studien gir tvert imot grunn til å mistenke at oksygen kan være direkte uheldig ved små hjerneslag. Det finnes svært få studier som har sett på nytten av de enkelte tiltak som rutinemessig settes i verk hos hjerneslagpasienter. Enkelte studier har gitt holdepunkter for at noen av tiltakene er vesentlige, men sikker kunnskap har vi ennå ikke fått.

Rønning & Guldvogs artikkel er et godt eksempel på at klinisk forskning kan gi verdifulle bidrag til praktisk medisinsk behandling.

Det må være et prioritert mål å finne virksomme behandlingstiltak som kan utvikles videre. Verdiløse eller negative tiltak må identifiseres. Bare slik kan behandlingen av slagpasienter bedres i påvente av nye behandlingsformer som trombolytisk behandling og nevroprotektive medikamenter. Trombolytisk behandling med vevsplasminogenaktivator (tPA, tissue plasminogen activator) anvendes i USA ved akutt hjerneinfarkt dersom behandlingen kan starte innen tre timer. Vevsplasminogenaktivator er ikke registrert for behandling av hjerneslag i noe europeisk land og er kun anbefalt brukt her i landet etter definert behandlingsprotokoll, med løpende dokumentasjon av virkninger og bivirkninger (6). Trombolytisk behandling som prinsipp er lovende, men det er reist tvil om nytten særlig på grunn av risikoen for kompliserende intrakraniale blødninger. Behandlingens plass vil ikke bli avklart før flere studier er gjennomført.

Hjernevevet kjennetegnes av høy sårbarhet for oksygenmangel og irreversible skader inntreffer raskt. Moderne teknologi som MR og ultralyd har gitt oss muligheten til raskt å få oversikt over sirkulasjonsforhold og fysiologiske endringer i hjernevevet. Vi har nå mulighet til å «skreddersy» den medisinske behandlingen dersom vi kommer til på et tidlig tidspunkt. De muligheter som ligger i moderne teknologi bør derfor også tas i bruk av norske forskningsmiljøer for å bedre slagbehandlingen.

Det er anbefalt at alle hjerneslagpasienter bør innlegges i sykehus og tas hånd om i egne slagenheter (7). Alle regionsykehus (unntatt Rikshospitalet), alle sentralsykehus og alle større lokalsykehus oppgav høsten 1999 å ha egne avsnitt for slagpasienten. På papiret høres dette betryggende, men hverdagen ved norske sykehus er dessverre en annen. Undersøkelser fra 1998 ved representative norske sykehusavdelinger gir grunn til å anta at bare en av tre hjerneslagpasienter blir behandlet i egne avsnitt selv om de legges inn i sykehus med slagenhet (L. Sandvik, HELTEF, personlig meddelelse).

Vi vet i dag at behandling i slagenheter vil kunne spare samfunnet for bruk av ressurser lenger ut i behandlingsskjeden og ikke minst redusere byrden til dem som rammes. Hjerneslag er en underprioritert sykdomsgruppe hvor behovet for kunnskap er stort, og det er også nødvendig å bringe allerede eksisterende kunnskap ut til befolkningen, inkludert de som fordeler ressursene i helsevesenet. Vi må ruste opp behandlingstilbudet og ikke minst må forskningen innen fagfeltet styrkes.

LITTERATUR

1. Stroke Unit Trialists" Collaboration. A collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997; 314: 1151 – 9.
2. Indredavik B, Bakke F, Solberg R, Rokseth R, Haaheim LL, Holme I. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke* 1991; 22: 1026 – 31.
3. Rønning OM, Guldvog B. Stroke units versus general medical wards. I: Twelve- and eighteen-month survival. A randomized, controlled trial. *Stroke* 1998; 29: 58 – 62.
4. Indredavik B, Slørdahl SA, Bakke F, Rokseth R, Haaheim LL. Stroke unit treatment. Long term effect. *Stroke* 1997; 28: 1861 – 6.
5. Rønning OM, Guldvog B. Skal pasienter med akutt hjerneslag rutinemessig ha ekstra oksygentilførsel? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2381 – 5.
6. Mørland B, Aarli J, Lund E, Myhre HO, Indredavik B. Er trombolytisk behandling effektivt ved hjerneslag? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 929 – 30.
7. Dahl T, Indredavik B, Mamen K, Russell D, Thomassen L, Waaler HM. Utredning og behandling av pasienter med cerebrovaskulær sykdom. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetssikring. Oslo: Den norske lægeforening, 1996.

Publisert: 30. august 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.