

Slaget om det norske hus

Z 605.4 Kompleks rehabilitering

AV HARALD SUNDBY

«Tett som hagl, nå som før. Men ikke mulig å si noe sikkert om nytilkomne forandringer»
Vi er på Slagenhetens røntgenmøte, en vanlig morgen en vanlig mandag i Midtnorges største by. Hverdagene på Slagenheten starter oftest der, på røntgenvisning. I hovedsak for gjennomsyn av hjerner. Våre pasienters hjerner.



Harald Sundby

Utdannet ved Universitetet i Trondheim, ferdig 1990, kommunelege i Skogdal . 1993–98, ass.lege St.Olavs hospital. 1998–2002, fra 2002 spes. i allmennmedisin og fastlege for 1200 pasienter ved Kalvskinnet Legesenter, i sentrum av Trondheim. Universitetslektor 40 % ved med. fak. NTNU. Gift, 4 barn.

For det er nærmest som en obligatorisk inngangsbillett å regne på denne avdelingen. At hjernen din saumfares med CT-trommelens fem millimeter tykke snitt. Så når vi nå skulle opp og hilse på helgens innsig av nye mer eller mindre slagrammede pasienter, satt vi allerede med mye informasjon med hensyn både til deres grå og hvite substanser. Dette visste de. Og var spente, rimeligvis. Jeg syntes jeg ofte kunne merke at det også kunne gjøre dem litt spake. Kanskje er undersøkelsens potensial som en *svært privat* og avkledende prosedyre noe undervurdert, selv om det indre av hjernen kan undersøkes med klærne på?

Når det gjaldt Kåre L sin hjerne, var det altså ikke kommet til så mye nytt. I alle fall ikke på helgens bilder. Og godt var det, for han var en ganske velkjent gjest ved avdelingen fra flere tidligere innleggelse. Det var lett å følge røntgenlegens assosiasjoner. I deler av hjernestamme og tilgrensende områder lå de mange lakunære, små infarktene tett i tett. Gjerne tett som hagl.

Konsultasjon versus visitt

Denne Slagenheten hadde på denne tiden bygget seg opp omdømme som banebrytende, og et flaggskip for sykehusets armada av avdelinger og seksjoner. Man kunne vise til dramatiske bedringstall både når det gjaldt overlevelse og funksjon hos de slagrammede. I forskningen var det vanskelig å sette fingeren på ett spesielt revolusjonerende tiltak eller en årsaksfaktor. Det var det å bli behandlet i en egen spesialavdeling som virkelig gjorde en forskjell. Et sentralt

grep var enkelt nok å samle dem, i stedet for som tidligere å la dem ligge spredd på de forskjelligste avdelinger, der det var plass. Det er vel det som stadig oftere kalles *å ta disse pasientene på alvor*.

Jeg for min del hadde havnet her som del av sykehusåret mitt i allmennmedisinsk spesialisering. Nå, etter at noen år er gått, ser jeg at dette var en karrierefase med visse tilpassningskrav. Noen års allmennpraksis hadde oppøvet en del klinisk erfaring. Derav noe bedret vurderingsevne. Redselen for å være helt på jordet var blitt mindre. Men de sykeste pasientene hadde jeg jo fått for vane å sende fra meg. Nå, som assistentlegevikar på medisinsk avdeling måtte jeg ta tak nettopp der. Gå i mottakelsen, ta imot og overta behandlingen av de sykeste. Dessuten skifte arbeidsmetode ganske kraftig. Etter allmennlegeårene var konsultasjon blitt innarbeidet som den viktigste arbeidsmetoden. Nå var det visitt og prosedyrer som gjaldt. Det skal nevnes at det på Slagenheten eksisterte en grunnleggende trøndersk atmosfære av «å gjøre hverandre gode». Så assistentlegen fra førstelinje hadde strengt tatt mindre å frykte enn han fryktet.

Bare noe lell?

Nok om Slagenheten, sykehusåret og assistentlegevikaren med visse tilpassningsproblemer.

Tilbake til Kåre L. Han var 72 år og enkemann. Fra før klinisk sett forbausende lett svekket av slagmarken i hjernestammen. Litt trippende gange, generelt litt treg og ustø.

Greide seg selv hjemme med god margin. Sykepleierne kunne rapportere: «kanskje litt mer gangproblemer den første dagen, men nå synes vi han er omtrent som før». Så dette kunne ha vært et nytt lakunært infarkt, eller bare «noe lell». Som det heter her i landsdelen. I alle fall ikke stort å gjøre. Kåre L hadde for lengst fått den blodfortynnende og slagforebyggende behandling som var å tilby. Han var også fra før utredet mer enn tilstrekkelig.

Men om han verken hadde blikkparese eller synsfeltsutfall, på visitten syntes jeg likevel å merke noe i blikket hans. For så vidt i hele væremåten. Han framsto som en slagen mann. Selv ikke nyheten om at dette kanskje ikke var noe nytt slag gjorde noen særlig forskjell, så det ut til. Av mangel på noe mer fornuftig å foreslå, ble vi enige om å ta en prat på undersøkelsesrommet litt senere på dagen.

Ladning med hagl

I følge de gode, gamle klinikerne ligger det meste i sykehistorien. Jeg ville kanskje utvide med å si «syke- og livshistorien», og oppfatter dette som kjernepensum.

Samtalen med Kåre L tok halvannen time. Men da var jeg også omsider kommet i en slags posisjon til å forstå helsa hans noe bedre. Dette var ikke «bare noe lell». Det var flere funn i denne hjernen enn CT bildene gav til kjenne. La meg presentere utfyllende anamnese i kortversjon:

Kona døde etter noen måneders sykeleie, for fire år siden. Tre sønner. Yngstemann var adoptivsonn fra Asia. Kåre L hadde drevet det ganske stort i møbelomsetning. Kvalitetsmøbler, høyere prisklasse. Eldstesønnen tok over forretningen for noen år siden. Han hadde vært igjennom skilsmisse og pengeproblemer. Butikken var blitt solgt til en

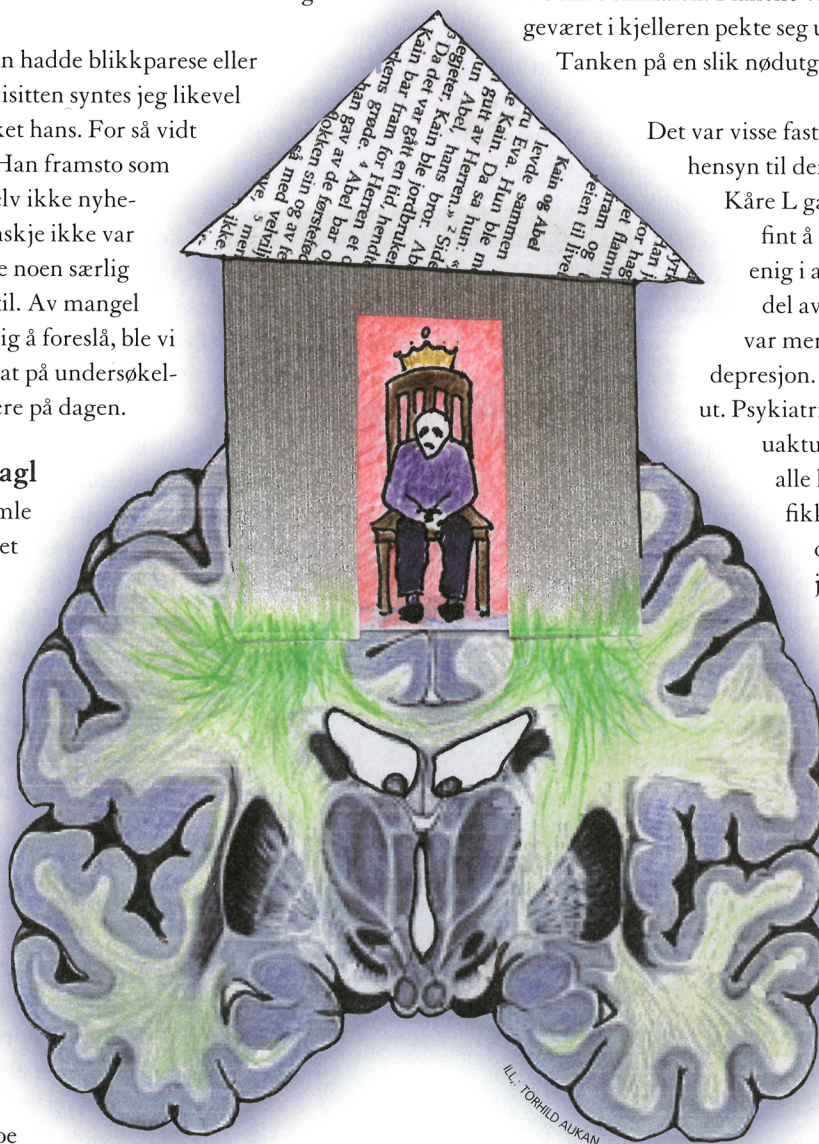
møbelkjede. Barna var ikke på talefot. Kåre L savnet kona si, og fortalte om imaginære samtaler med henne hver dag, der han satt i den store, tomme villaen. I huset sto mest mulig urørt. Ikke minst garderobeskapene hennes. Forandret han på noe, ville dette kunne slette ut sporene etter kona. Så dette virket fastlåst. Så fastlåst at et spørsmål om selvmordstanker virket logisk. Det ble en avklarende inner-tier i denne samtalen. Planene var ganske klare. Haglgeværet i kjelleren pekte seg ut. Han holdt det ladet. Tanken på en slik nødutgang lindret litt.

Det var visse fastlåste forhold også med hensyn til den videre oppfølgingen.

Kåre L ga uttrykk for at det var fint å få snakket ut. Han var enig i at i alle fall sorg var endel av helsebildet hans. Han var mer skeptisk til dette med depresjon. Det hørtes psykiatrisk ut. Psykiatrisk oppfølging var helt uaktuelt. Nå hadde han lagt alle kortene på bordet. Det fikk holde. Uten at han sa det helt direkte, kunne jeg fornemme det ganske tydelig. Han ville være slagpasient.

Jeg fikk litt å tenke på. Pussig nok følte jeg meg litt mer på hjemmebane. Dette liknet endel på det jeg var vant til. I neste samtale ble det heldigvis fruktbare forhandlinger. Kåre L delte bekymringen for haglladningspreget i hjernestammen.

Han forsto også den kanskje enda større bekymringen min om det han hadde fortalt om hagla. Han forsikret meg om at han egentlig ville leve videre. «Det blir for tøft for familien». Vi diskuterte om det kunne være slik at dyp sorg kunne disponere for hjerneslag. Jeg tok noen medisinske reservasjoner. «Det er vel ikke akkurat vist at det er slik...». Det var ikke så viktig for Kåre L. Han så en ny mulig utvei. Vi ble enige om at det mest blodfortynnende vi nå kunne foreta oss, var å kalle inn alle barna til en felles samtale.



Selv i de beste familier

Det blir av og til sagt at vi leger også bør ty til andre bøker enn faglitteraturen. For å bli kloke og gjøre gode behandlingsinnsatser. På Slagenhetens møterom ble Kåre L og barna samlet for først gang på tre år. Deres møte etterlot et behov hos meg for å ty til Bibelen. Jeg fikk lyst til å friske opp kapittelet om Kain og Abel. Heldigvis var det en sykepleier med, så vi kunne debriefe litt sammen.

Igjen kortversjonen: Eldstemann virket mest sint og mest frustrert. Jeg visste at Kåre L hadde sett for seg noe helt annet enn møbelkjeder. Storebror plasserte seg demonstrativt med ryggen mot den adopterte yngstemann. Jeg visste at han i sin tur var Kåre L sin støttespiller blant barna. Han hadde fortalt meg at han ville at denne yngstesønnen skulle overta huset. Men han jobbet i Posten. Han hadde ikke økonomi til det. Dessuten ville han ikke bo der.

«Det huset er alt for stort for oss, og å overta det vil jeg ruinere meg på. Og broren min kommer til å gå helt bananas» fortalte han meg på et litt senere tidspunkt.

Mellom der en tredjemann, som hadde distansert seg helt. Stridstemaene var mange og dype. Hovedtema: Hva med fars helse? Og hva med huset, som forfalt og ikke skulle røres? Dessuten: hva med alt det andre?

«Så nå ser du hva vi sliter med i vår familie». Det var Kåre Ls resignerte kommentar mot slutten. Og det var det faktisk en viss enighet om i denne familien. Det var ikke så bra med familiesamholdet etter at Kåre Ls kone døde.

Det å være lammet

Jeg var innvirket i slagrehabilitering på noe av sitt mer komplekse. Ingen veldig gode, nye blodfortynnende tiltak pekte seg ut. Men jeg hadde merket meg at Kåre L hadde en viss sans for metaforer og sammenhenger. I vår neste samtale på undersøkelsesrommet prøvde jeg en reformulering:

«I forhold til CT bildene har du vært heldig. Du har fått lite lammelser. Slik jeg oppfatter problemet ditt, er din situasjon først og fremst preget av en nesten total handlingslammelse?»

Det ble litt forløsende. Han kjente seg igjen i den lammelsen. Vi analyserte videre.

«Du skjønner det, doktor H, i vår familie var det kona som ordnet med alle slike ting.

Jeg tillot meg nå en «skjære igjennom» strategi. Basert verken på Bibelen eller Slagenhetens prosedyrer. Mest basert på ønsket om en avklaring, tror jeg.

«Jeg synes dette virker veldig komplisert, Kåre L. Eller kanskje ikke så komplisert, likevel. Jeg tror du må ta et valg.»

«Du mener jeg må kvitte meg med huset?»

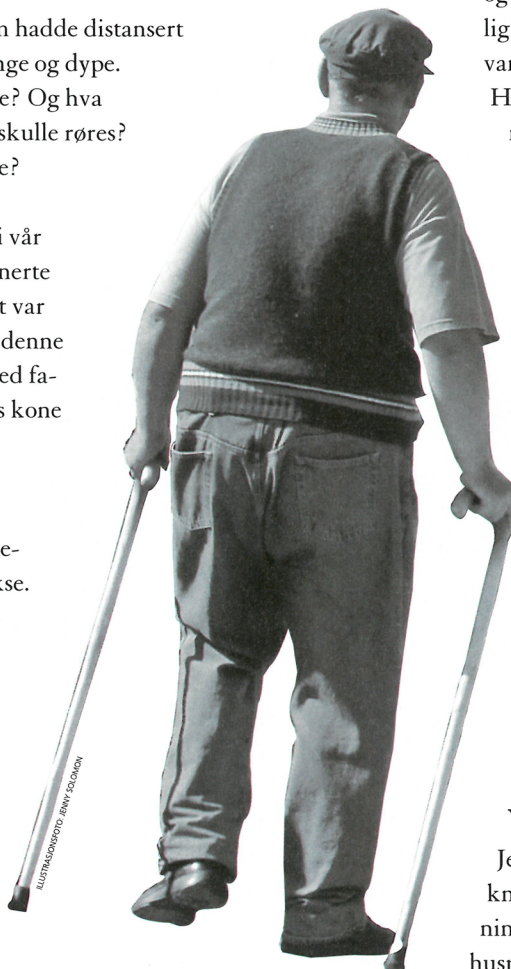
«Siden du spør så direkte: Ja, det tror jeg. Jeg ser det faktisk slik at hvis du ikke gjør det, tror jeg du enten gjør alvor av det med hagla, eller at du om ikke lenge får et STORT hjerneslag.»

Jeg følte jeg hadde dekning for min analyse og mine råd. Kåre L respekterte min tydelighet. Men han syntes fortsatt det var et vanskelig valg. Han ville ha tenkepause. Helst noen uker. Så vi søkte ham over til et rek. hjem. Der fikk han plass nesten på dagen. Det kan ha vært ønsketenkning, men jeg syntes skritt lengden virket noe lengre da han tasset ut til drosjen. Da hadde han tatt meg i handa på at han ikke ville foreta seg noe desperat.

Sånn sett tasset også Kåre L med det ut av mitt medisinske ansvarsområde. Det knyttet seg selvsagt likevel en viss spenning fra min side om hvordan dette ville gå. Yngstesønnen, som altså kjørte med post, dukket opp av og til i Vestibyen. Han fortalte at det gikk riktig så bra. Kåre L. var egentlig en sosial kar, og på rek. hjemmet trivdes han visst overraskende godt.

Valgets kvaler

Jeg mener å ha observert et visst fenomen knyttet til allmennlegers spesialistutdannings-betingede gjestepptredener i sykehusmiljøene. Noen av dem forblir annenlinjens menn – og kvinner. De kommer ikke ut igjen. Det skal nå som nødvendig digresjon



nevnes at assistentlegevikaren på Slagenheten på denne tiden selv strevde med problemer som krevde sin avklaring. Det vil ikke være riktig her å gå i detaljer. Men blant annet dreidde valgene seg om en framtid som indremedisiner, eller som allmennlege. Dessuten om framtidig bosted.

Fire uker etter utskrivelsen var Kåre L på telefonen. Han ba om at jeg som hans lege søkte om fire nye uker for ham på rek. hjemmet. Han trengte mer tid. Jeg var strengt tatt ikke legen hans lenger, men tenkte han fikk få den tiden han trengte. Han ringte igjen etter fire nye uker. Som et unntak, fortalte han, kunne han få enda en måned i rekonvalesens. Hvis legen mente det var nødvendig. Så da fikk han det.

Etter dette hørte jeg ikke mer fra Kåre L. Noen uker senere fikk jeg pussig nok tilsendt et salgsprospekt over en større villa i byens bedre strøk. Jeg forsto etter hvert at dette måtte være huset til Kåre L. Jeg hadde ikke bestilt noen salgsprospekter. Jeg regnet derfor med at dette var hans subtile måte å fortelle meg at han hadde tatt sitt valg. I henhold til legens råd. Men min mor, som bor utenbys, ringte dagen etter. Hun lurte på om dette kunne være noe for oss. Hun hadde tatt litt tak i dette med de litt uavklarte framtidsplanene våre. Hadde satt seg i kontakt med eiendomsmegler her i byen. I vår familie er det muligens også slik at det er hun som ordner med slike ting. Men la oss si det slik: Vi så ikke dette som noen mulig løsning. Dette huset hadde heller ikke vi økonomi til. Meget langt i fra. Men jeg innrømmer at jeg pustet litt lettet ut. På vegne av Kåre L og hans familie.

Godfot-praksis

Kåre L fikk etter hvert en fin moderne leilighet, med gode pensjonistnaboer. Igjen i følge sønnen i Postverket. Det kan ha fungert slagforebyggende. Han dukket visstnok ikke opp igjen på Slagenheten. Etter endel år dukket navnet hans riktignok opp under dødsfallannonsene. Men der havner vi med navnet vårt alle som en. Før eller siden. Det finnes ingen rehabiliteringstiltak mot akkurat den utveien.

Hvordan det gikk med assistentlegevikaren? Omsider tok han til vettet. Det er jo her i Trøndelag at også «godfot-teorien» fant sin form. Man bør holde seg til sin lest. Brukes til det som passer best. For meg er ikke det visitt og prosedyrer. Det ble konsultasjon, og alt det andre som hører allmennmedisinen til. Det har jeg ikke anget på en time.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: har-su2@online.no

Lyrica Pfizer
Antiepileptikum.

ATC-nr.: N03A X16
T **KAPSLER, harde 25 mg, 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg:** Hver kapsel inneholder: Pregabalin 25 mg, resp. 75 mg, 150 mg, 225 mg og 300 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: Jernoksid (E172), titandioksid (E 171).

Indikasjoner: Perifer neuropatisk smerte hos voksne. Tilleggsbehandling ved epilepsi hos voksne med partielle anfallet med eller uten sekundær generalisering. Behandling av generalisert angstlidelse hos voksne.
Dosering: Doseområdet er 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Tas med eller uten mat. Neuropatisk smerte: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter 3-7 dager. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Epilepsi: Startdose er 150 mg pr. dag. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg pr. dag etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til en maksimaldose på 600 mg pr. dag. Generalisert angstlidelse: 150-600 mg daglig fordelt på 2 eller 3 doser. Startdose 150 mg daglig. Basert på pasientens individuelle respons og tolerabilitet kan dosen økes til 300 mg daglig etter en uke. Etter ytterligere en uke kan dosen økes til 450 mg daglig. Maksimaldosen på 600 mg daglig gis etter ytterligere en uke. Behovet for behandling bør vurderes jevnlig. Ved seponering anbefales gradvis nedtrapping over minst 1 uke uavhengig av indikasjon. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon/hemodialysepasienter: Dosejustering er nødvendig. Dosereduksjon individualiseres i henhold til kreatininclearance (Cl_{cr}), som angitt i tabellen. Kreatininclearance kan regnes ut fra serumkreatinin (μmol/liter) etter følgende formel: $Cl_{cr}(ml/min) = \frac{1,23 \times (140 - \text{alder} (\text{år})) \times \text{kroppsvekt} (kg)}{\text{serumkreatinin} (\mu\text{mol/liter})}$. For kvinnelige pasienter multipliseres denne brøken med 0,85.

Kreatininclearance	Total daglig dose pregabalin *		Doseringsregime
(Cl _{cr} (ml/min))	Startdose (mg/dag)	Maksimaldose (mg/dag)	
≥ 60	150	600	2 eller 3 ganger daglig
30 - <60	75	300	2 eller 3 ganger daglig
≥ 15 - <30	25 - 50	150	1 eller 2 ganger daglig
< 15	25	75	1 gang daglig
Supplerende dose etter hemodialyse (mg)			
	25	100	enkeltdose**

*Total daglig dose (mg/dag) skal deles opp som indikert for doseringsregimet for å gi mg/dose.

**Supplerende dose gis som enkeltdose.

Barn og ungdom (12-17 år): Sikkerhet og effekt er ikke klarlagt. Bruk til barn og ungdom anbefales ikke.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene.

Forsiktighetsregler: Pasienter med sjeldne arvelige lidelser som galaktoseintoleranse, glukose-galaktosemalabsorpsjon eller med en spesiell form for arvereditert laktasemangel (lappisk laktasemangel) bør ikke ta dette legemidlet. Justering av hypoglykemisk behandling kan være nødvendig hos diabetespasienter som får vektkretning under pregabalinbehandling. Kan gi svimmelhet og søvnighet, noe som kan øke faren for skade ved uhell (fall) hos eldre, og påvirke reaksjonsevnen. Pasienter bør utvise forsiktighet ved bl.a. bilkjøring. Pregabalin som monoterapi ved partiell epilepsi etter oppnådd anfallskontroll er ikke tilstrekkelig dokumentert. Ved avslutning av kort- og langtidsbehandling er det observert seponeringssymptomer hos enkelte pasienter (insomni, hodepine, kvalme, diarre, influensasymptomer, nervøsitet, depresjon, smerte, svetting, svimmelhet). Pasienten skal informeres om dette ved behandlingsstart.

Interaksjoner: Additiv påvirkning av kognitive funksjoner og funksjoner på store bevegelser forårsaket av oksykodon, kan potensere effekten av etanol og lorazepam, men gir ingen effekt på respirasjon. Det er ikke sett noen farmakokinetiske interaksjoner mellom pregabalin og fenytoin, karbamazepin, valproinsyre, lamotrigin, gabapentin, lorazepam, oksykodon eller etanol. Kan tas sammen med perorale antikonseptjonsmidler.
Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Da erfaring fra gravide er begrenset, skal pregabalin bare gis til gravide hvis fordelene for moren oppveier en mulig risiko for fosteret. Resultater fra dyreforsøk har vist reproduksjonstoksiske effekter ved eksponering over anbefalt human eksponering, dette indikerer en mulig risiko for humane fosterskader. Adekvat prevensjon må brukes av kvinner i fertil alder. Overgang i morsmelk: Ukjent. Pregabalin skilles imidlertid ut i melk hos rotter. Det kan ikke utelukkes at barn som ammes påvirkes. Skal derfor ikke brukes under amming.

Bivirkninger: Bivirkningene er oftest milde til moderate. Svært hyppige: Søvnighet og svimmelhet. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Økt appetitt, munntørrelse, forstoppelse, oppkast, flatulens. Hørsel: Vertigo. Psykiske: Eufori, forvirring, redusert libido, irritabilitet. Sentralnervøsystemet: Ataksi, oppmerksomhetsproblemer, koordinasjonsproblemer, hukommelsessvanser, tremor, dysartri, parestesier. Syn: Dobbeltsyn, slør, syn. Urogenitale: Erektile dysfunksjoner. Øvrige: Utmattelse, perifer edem, følelse av å være full, ødem, uormal gane, vektkretning. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Anoreksi. Abdominal distensjon, hypersekresjon av spytt, gastroesofageal refluksykdom, oral hypostesi. Hud: Svette, papuløst utslutt. Luftrør: Dyspné, tørrhet i neser. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsammentrekninger, hevelse i ledd, muskelkramper, myalgi, artalgi, ryggsmerte, smerter i lemmene, muskeltetthet. Psykiske: Depersonalisering, anorgasmi, rastløshet, depresjon, agitasjon, humørsvingninger, forverring av søvnleshet, redusert stemningsleie, problemer med å finne ord, hallusinasjoner, uormal drømmer, økt libido, panikkanfall, apati. Sentralnervøsystemet: Kognitive forstyrrelser, hypostesi, synsfeltforstyrrelser, nystagmus, talevansker, myoklonus, hyporefleksi, dyskinesi, psykomotorisk hyperaktivitet, postural svimmelhet, hyperestesi, agesi, brennende følelse, intensjonstremor, stupor, synkope, hukommelsestap. Sirkulatoriske: Takykardi, rødme, hetetokter. Syn: Synsforskyllinger, tørre øyne, hovne øyne, tåkesyn, øyesmerter, synstretthet, økt tåreproduksjon. Urogenitale: Dysuri, urininkontinens, forsinket ejakulasjon, seksuell dysfunksjon. Øvrige: Asteni, fall, tørste, tett bryst, forhøyet alaninaminotransferase, forhøyet kreatininfosfokinase i blod, forhøyet aspartataminotransferase, redusert platelett. Sjeldne (<1/1000): Blod: Nøyropeni. Gastrointestinale: Hypoglykemi. Askes, dysfagi, pankreatitt. Hud: Kaldsvette, urticaria. Muskel-skjelettsystemet: Cervikalspasmer, nakkesmerter, rabdomyolise. Hørsel: Hyperakusis. Luftrør: Nasofaryngitt, hoste, nesetetthet, neseseblødning, rhinitt, snorking, tett hals. Psykiske: Manglende hemninger, økt stemningsleie. Sentralnervøsystemet: Hypokinesi, parosmi, dysgrafi. Syn: Fotopsi, øyerritasjon, mydriasis, oscillopsi, endret dybdesyn, perifer synstap, skjelning, synsklarhet. Sirkulatoriske: 1. grads atrieventrikulært blokk, sinusarytmi, sinusbradykardi, hypotensjon, kalde hender og føtter, hypertensjon. Urogenital: Oliguri, nyresvikt, amenoré, brystmerter, utskillelse av væske fra brystene, dysmenoré, brysthypertrofi. Øvrige: Pyreksi, rigor, anasarca, anksitsadom, hoven tunge, forverret smerte, forhøyet blodglukose, forhøyet kreatinin i blodet, redusert kalium i blodet, vektreduksjon, redusert antall hvite blodlegemer.

Overdosering/Forgiftning: Ved overdoser opp til 15 g ble det ikke rapportert uventede bivirkninger. Behandling av pregabalinoverdose bør omfatte generell støttende behandling og kan omfatte hemodialyse om nødvendig.

Egenskaper: Klassifisering: Pregabalin (S-aminometyl-5-metylheksaninsyre) har strukturell likhet med neurotransmitteren GABA (gamma-aminosmørsyre). Virkningsmekanisme: Pregabalin bindes til en subenhet (α2-δ-protein) på spenningskontrollerte kalsiumkanaler i sentralnervøsystemet. Absorpsjon: Rask i fastende tilstand, maks. plasmakonsentrasjon innen 1 time etter administrering av enkel eller gjentatt dose. Administrering av pregabalin med mat reduserer C_{max} med omtrent 25-30% og forsinket T_{max} med omtrent 2,5 timer, men mat har likevel ingen klinisk signifikant effekt på graden av pregabalinabsorpsjon. Biotilgjengelighet: ~90%, uavhengig av dose. «Steady state» oppnås innen 24-48 timer. Proteinbinding: Pregabalin bindes ikke til plasmaproteiner. Fordeling: Tilsynelatende distribusjonsvolum etter peroral administrering: Ca. 0,56 liter/kg. Halveringstid: 6,3 timer, men sikkerhet og effekt er lik for dosering 2 eller 3 ganger daglig. Plasmaclearance og renal clearance er direkte proporsjonal med kreatininclearance. Metabolisme: Ubetydelig. Ingen indikasjon på racemisering av pregabalin S-enantiomer til R-enantiomer. Utskillelse: Uforandret via nyrene. Hos eldre pasienter og pasienter med nedsatt nyrefunksjon avtar utskillelsesteghastigheten direkte proporsjonalt med kreatininclearance.

Pakninger og priser: 25 mg: Enpac: 56 stk. kr 219,10. 75 mg: Enpac: 14 stk. kr 147,70, 56 stk. kr 485,80. 150 mg: Enpac: 14 stk. kr 208,10, 56 stk. kr 734,50. 225 mg: Enpac: 56 stk. kr 870,70. 300 mg: Enpac: 56 stk. kr 1006,90. Sist endret: 13.07.2006

Referanser:

1. Preparatomtalen
2. Pohl RB et al. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. J Clin Psychopharmacol 2005;25:151-8
3. Rickels K et al. Pregabalin for treatment of generalized anxiety disorder: a 4-week, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial of pregabalin and alprazolam Arch Gen Psychiatry 2005;62:1022-30
4. French et al. Neurology 2003;60:1631-37
5. Folketrygdlovens § 5-14
6. Folketrygdlovens § 5-22



Partner for bedre helse