
Ryggvärk: Orsaker och fysiatriska behandlingsmöjligheter

MATS GRÖNBLAD

Ryggvärk är ett mycket vanligt symtom som kan dölja någon allvarlig sjukdom. Därför får man aldrig glömma bort att ta en grundlig anamnes och göra en systematiskt klinisk undersökning, även om allvarliga orsaker är sällsynta, särskilt på en allmänläkarmottagning. I den absoluta merparten av fallen handlar det om ospecifik ryggvärk och om inga så kallade röda varningsflaggor eller neurologiska bortfallsymtom förekommer är röntgenundersökningar onödiga. Vid akut ryggvärk kan smärtan dämpas med lämpliga analgetika eller muskelrelaxantia. Därefter bör målet vara att patienten återgår till normal funktion genast när det är möjligt. Däremot rekommenderas inte sängläge som terapi. Behandlingsresultatet kan förbättras något och resurser sparas med kortare sjukskrivning om patienterna i primärstadiet grupperas utifrån bördan av psykosociala riskfaktorer för att ryggvärksproblemet senare skall bli kroniskt.

Ryggvärk – ett medicinskt och samhällsekonomiskt problem

Ryggvärk är mycket vanligt förekommande - epidemiologiska undersökningar har visat att cirka 80 procent har upplevt ryggvärkssymtom någon gång under sitt liv. Efter symtom i övre andningsvägarna är ryggvärk den näst vanligaste orsaken till läkarbesök (1). Bland personer under 45 år är ryggvärk den vanligaste orsaken till sjukskrivning (2). Vidare vet man att symtomen ofta börjar redan i skolåldern och fortsätter att förekomma ända upp i ålderdomen. Det är alltså på sätt och vis "normalt" att ha ryggvärk då och då. De flesta upplever skov av övergående ryggvärksymtom som avklingar senast efter ungefär sex veckor. Man talar då om akut ryggvärk. Om symtomen pågår mellan sex veckor och tre månader, talar man om subakut ryggvärk. När smärtsymtomen inte avklingar utan pågår i mer än tre månader, talar man om kronisk ryggvärk. Detta är emellertid en förenkling. Tidskurvan för smärtsymtomens intensitet och längden för smärtskoven uppvisar stora individuella variationer. En engelsk forskargrupp från Keele universitetet kunde i en prospektiv epidemiologisk studie, där de följde upp 342 ryggvärkspatienter med ospecifik ryggvärk med en månads mellanrum i ett års tid, påvisa fyra olika mönster för hur smärtintensiteten uppförde sig med tiden (3). De fick fram två större grupper, 36 procent hade en stabil låg

smärtnivå och 30 procent en låg smärtnivå som snabbt gick helt över. Dessutom fanns det två mindre patientgrupper som uppförde sig annorlunda. För det första hade 21 procent fortsatt hög smärtnivå och benämndes svåra kroniska fall. Den andra, som var den minsta gruppen (13 procent), bestod av patienter med smärta som fluktuerade mellan låga och höga nivåer.

Ryggvärkspatienter medför en enorm samhällsekonomisk börda delvis på grund av sitt stora antal, men främst på grund av att en del av patienterna, de vars ryggvärk blir ett kroniskt problem, orsakar stora indirekta kostnader i samband med långa eller ofta återkommande sjukskrivningar och sjukpensionering. Till exempel i USA där kostnaderna för "ryggvärksepidemin" visar en hotande uppåtgående spiral har man beräknat att det årligen handlar om över 100 miljarder dollar

FÖRFATTAREN

Docent **Mats Grönblad** är överläkare vid Pejas sjukhus, fysiatriska kliniken, HUCS. Åren 2000-2010 var han Finlands koordinator för Rörelseorganens årtionde, som hade utlysts av Förenta nationerna och utnämndes till ambassadör för årtiondet.

(4). Däremot har Nederländerna uppvisat mer positiva resultat och lyckades minska de årliga totalkostnaderna från 4,3 miljarder euro 2002 till 3,5 miljarder euro 2007 (5). Landet åstadkom alltså en minskning på närmare 1 miljard euro, men kostnaderna är fortfarande höga också i Nederländerna. Det är således förstaeligt att ryggforskarna kämpar hårt för att försöka finna metoder för att lösa detta enorma problem eller åtminstone reducera problemet. Man har sett att för mycket diagnostik och behandling inte nödvändigtvis leder till bättre resultat, snarare tvärtom, och dessutom blir det dyrt för samhället (6).

Specifik och ospecifik ryggvärk

Förutom att cirka 80 procent har symtom på ryggvärk någon gång under sitt liv, har 85–95 procent det som brukar kallas ospecifik ryggvärk. Med det avses att det inte går att påvisa någon speciell anatomisk struktur eller någon definitiv patofysiologi som förklarar varför ryggen värker. Problemet med röntgenundersökningar vid ryggvärk är att patienten kan ha omfattande förändringar på bilderna, men vara till och med helt symtomfria, medan helt obetydliga röntgenfynd kan ses vid uttalade ryggvärkssymtom. Därför anses det att röntgen- och magnetundersökning sällan påverkar valet av behandlingsform om inga neurologiska bortfallssymtom har kunnat upptäckas eller om anamnesen och den kliniska undersökningen inte väckt någon misstanke om någon allvarlig orsak till ryggvärken. Det finns visserligen ett flertal mera sällsynt förekommande specifika orsaker till ryggvärk som alltid bör hållas i minnet vid differentialdiagnostiken (Tabell I). Figuren (Figur 1) visar ett exempel på ryggvärk vid ett njurstensanfall. Doktor Tenzer-Iglesias vid universitetet i Miami som behandlar mycket äldre patienter med ryggvärk var en av deltagarna i ett rundabordssamtal om ryggvärk (7) och påpekade att ultraljudsundersökning för att utesluta abdominellt aortaaneurysm rekommenderas för manliga rökande patienter över 65 år med ryggvärk. Mest handlar det emellertid om ospecifik ryggvärk och det är verkligen ingen brist på uppkomstteorier. Tabell II visar några exempel på vad ospecifik ryggvärk kan tänkas bero på. Problemet är alltså inte en brist på teorier eller forskningsverksamhet. Till dags dato har nämligen närmare 1 000 randomiserade kontrollerade studier utförts inom ryggforskningsområdet! Trots det söker forskarna fortfarande en mera gångbar lösning

Tabell I.

Några specifika orsaker till ryggvärk.

Mekaniska orsaker

- Kompressionsfraktur vid osteoporos
- Traumatisk fraktur
- Spondylolys, spondylolistes
- Svår skolios eller kyfos

Icke-mekaniska orsaker

- Malignitet
- Infektion
- Inflammatorisk spondylartropati (ankyloserande spondylit, psoriatisk spondylit, Reiters syndrom, inflammatorisk tarmsjukdom)
- Pagets sjukdom

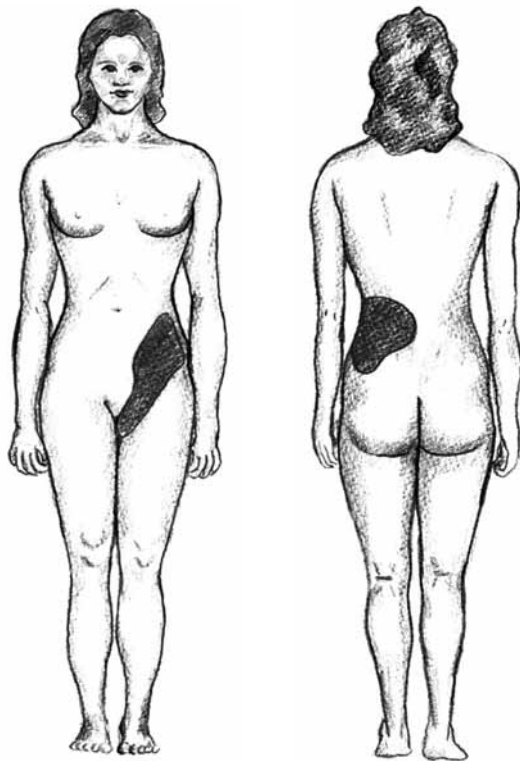
Överförd smärta

- Sjukdomar i bäckenet (prostatit, endometriosis, inflammatorisk bäckensjukdom)
- Njursjukdom (njursten, pyelonefrit, njurabscess)
- Aortaaneurysm
- Gastrointestinal sjukdom (pankreatit, cholecystit, penetrerande magsår)

Tabell II.

Några exempel på vad ospecifik ryggvärk ansetts kunna bero på.

- Genetiska faktorer som predisponerar för ryggvärk och förekomst av degenerativa vävnadsförändringar såsom kotdiskdegeneration – till exempel: identiska tvillingar har så gott som 100-procentigt identiska ryggmagnetbilder!
- Samverkan av många samtidiga vävnadsdegenerativa förändringar
- Inväxt av blodkärl och nerver i en normalt avaskulär och aneural kotdisk
- Förändrad inre tryckdistribution i kotdisken – ökat tryck på nerver i diskens periferi
- Försträckning av ryggmuskel med efterföljande muskelspasm
- Minskat syreupptag i paraspinalmuskler – ryggrehabilitering, motion ger förbättring?
- Obalans i samspelet mellan olika ryggmuskler, eventuellt inbegripande även andra ryggstrukturer
- För långsam muskelrespons vid plötslig belastning – nedsatt "försvarsmekanism" i passiva ryggstrukturer (kotdisk, ligament, ledkapsel)
- Dysbalans i mönstret av kotrörelser, i mer extrema fall påvisbar instabilitet
- Värksymtom som uppkommer i ryggleder (fasett- och sakroiliakalleder)
- Mekaniskt tryck på och irritation av nerver i övriga ryggvävnader
- Den "biopsykosociala" modellen, som anses kunna förklara varför akut ryggvärk inte går över utan övergår i ett kroniskt stadium, utgör basen för ryggrehabilitering



Figur 1a och 1b: Ryggvärk förekommer ofta i samband med njurstensanfall.

på problemet, och i synnerhet försöker man finna möjligheter att minska kostnaderna i dessa tider av ekonomisk osäkerhet (6).

Behandling av patienter med ryggvärk

Det första man skall göra är att utesluta allvarligare orsaker till ryggvärk (8) (Tabell I), främst med informationen från en grundlig anamnes. Vid differentialdiagnostiken kan man ta så kallade "röda flaggor" till hjälp (8-10) (Tabell III). Röda flaggor vid akut ryggvärk talar för ett behov av fortsatta diagnostiska undersökningar och oftast också för remittering från primärvården till specialistläkarmottagning. Då inga röda varningsflaggor kan påvisas, kan man försäkra patienten om att det inte finns belägg för någon allvarlig sjukdom, även om ryggvärken kan vara nog så intensiv och kräva adekvat analgetisk medicinerings tills värken lugnat ned sig. Om smärtan inte reagerar tillräckligt bra på paracetamol, får man ofta god respons med icke-steroida antiinflammatoriska medel

Tabell III.
Röda flaggor vid diagnostik av ryggvärk.

Anamnes som talar för möjlig fraktur

- Större trauma
- Mindre trauma hos äldre eller patienter med osteoporos

Möjlig tumör eller infektion

- Canceranamnes
- Allmänsymtom som feber, uttalad avmagring
- Nyligen haft bakterieinfektion
- Intravenöst drogmissbruk
- Immunsuppression
- Smärtan värre nattetid eller i liggande ställning

Signifikanta neurologiska bortfallssymtom

- Uttalad eller progredierande muskelsvaghet, uttalad eller progredierande känselbortfall
- Störd blås- eller tarmfunktion

Tabell IV.

Behandlingsmetoder som påvisats ha moderat effekt på kronisk ryggvärk.

- Motion, träning
- Manuell terapi
- Kognitiv beteendeterapi
- En del smärtstillande mediciner, bland annat antiinflammatoriska medel
- Akupunktur

(NSAID) och/eller med muskelrelaxantia. Vid kronisk ryggvärk har muskelrelaxantia ofta en svagare effekt (11, 12). Då NSAID är kontraindicerade eller värklindringen blir otillräcklig kan man använda opiater, oftast kortverkande, men de rekommenderas inte som förstahandsmedel på grund av riskerna för missbruk och beroende (11, 12). I USA har det kraftigt ökade användningen av opiater för icke-cancerrelaterad smärta lett till en medicinsk krissituation (13). Speciellt med äldre patienter bör man komma ihåg risken för biverkningar och använda minsta effektiva styrka och välja ett muskelrelaxantium med de lindrigaste biverkningarna (11). Det finns inga belägg för att akut ryggvärk (upp till 6 veckor) skulle gå snabbare över med ryggrörelse eller fysioterapi. Ytlig värmebehandling kan dock i vissa fall ge snabbare hjälp vid akut ryggvärk och eventuellt också vid muskelspasm, men det finns inga bevis för att injektioner i så kallade triggerpunkter, fasettledsinjektioner eller akupunktur hjälper vid akut ryggvärk (12, 14). Under de senaste

årtiondena har sängläge påvisats försämra prognosen i motsats till tidigare uppfattningar då man så gott som alltid rekommenderade också längre perioder av sängläge som terapi vid akut ryggvärk. Numera har man gjort en helomvändning och anser med utgångspunkt i ett flertal randomiserade studier att det är bäst för ryggen att man rör sig normalt, lever ett normalt liv så snart det är möjligt och även återgår till normala arbetsuppgifter fastän värken ännu inte helt avklingat. Aktivitet och motion är bra för ryggen. En teori som framkastats är att långvarigt sängläge eller immobilisation av ryggen leder till en ansamling av metabola produkter i ryggmusklerna, som bara förlänger ryggmuskelspasmen eller funktionsstörningen (7).

Problemet är inte att det råder brist på terapiformer vid ryggvärk. Nyligen jämfördes ryggvården i ryggglitteraturen med tillvägagångssättet i ett shoppingcenter. Allt som oftast dyker det upp en ny mirakelterapi som utges för att hjälpa alla eller så gott som alla som lider av besvärlig ryggvärk. Särskilt i USA lanseras sådana vårdnyheter med stora rubriker i pressen innan metoden har hunnit utvärderas med kontrollerade randomiserade studier. Då urvalet av behandlingsmetoder sedan granskas noggrannare faller de flesta bort eftersom de är ineffektiva. Tyvärr har man även kunnat notera, och det står att läsa i officiella rekommendationer för behandling av kronisk ryggvärk, att även de bästa metoderna på sin höjd har en moderat effekt på smärtintensitet, upplevd funktionsnedsättning och arbetsförmögenhet (Tabell IV). Vid universitetet i Ottawa har det gjorts en genomgång av litteraturen (15) som visar att så kallade alternativa terapiformer i vissa fall kan lindra rygg- och nacksmärta, men att någon långvarig effekt inte är att förvänta. Sammanfattningsvis kan man konstatera att behandling med akupunktur är bättre än placebo och att manipulationsbehandling likaså är bättre än placebo eller ingen behandling alls och dessutom bättre än akupunktur. Däremot är behandling med mobilisation bättre än ingen behandling alls, men inte bättre än placebo, visar genomgången. Skillnaden mellan dessa två former av manuell terapi är en stöt utöver ledens normala rörelseomfång vid manipulation medan mobilisation håller sig inom ledens normala rörelseomfång. Vidare är massage som ofta uppskattas av dem som blir behandlade bättre än placebo eller ingen behandling alls, och dessutom bättre än sedvanlig fysioterapi. Forskarnas

Tabell V.

Faktorer som bäst förutspår längden på sjuksjukskrivning vid akut ryggvärk.

- Patientens egen uppfattning om återgång till arbetet
- Interaktionen med vården och vårdpersonalen
- Patientens egen bedömning av smärtintensitet och funktionsnedsättning
- Utstrålade smärta i benen
- Arbetsrelaterade faktorer såsom fysisk belastning, arbetstrivsel och möjligheten till modifierat arbete

Tabell VI.

Prediktorer för långvarig funktionsnedsättning i samband med akut ryggvärk.

Hur mycket har du störts av följande den senaste månaden (skala: 0 = inte alls, 4 = oerhört):

- Känsla av att allt kräver ansträngning
- Känsla av andnöd
- Värme- eller köldkänslor
- Domningskänslor i delar av kroppen
- Smärta i hjärtat eller bröstet

(Dividera det sammanlagda poängtalet med antalet besvarade frågor: < 0,80 = låg risk, > 0,80 = hög risk)

rekommendation är att man gott och väl kan testa sådana alternativa terapiformer, men de understryker att man inte kan vänta sig att få någon långvarig effekt. Därtill bör det tilläggas att ledmanipulation, speciellt av nackryggraden, kan leda till allvarliga komplikationer och endast bör utföras av vårdpersonal med tillräcklig utbildning i manuell terapi. En allmän regelvid ryggvärk är att motionera om inga kontraindikationer kan påvisas. Ett undantag är unga tävlingsidrottare, speciellt gymnaster, som med sina mycket intensiva träningsprogram och en ännu inte fullt utvecklad ryggrad kan överbelasta benbyggnaden i ryggen. Det kan resultera i stressosteopati som vid fortsatt överbelastning kan leda till fraktur. Behandlingen består av en paus med idrottandet, ofta i flera månader, tills ryggen är symtomfri. Men det kan ibland vara svårt att övertala en ivrig, ung tävlingsidrottare att verkligen ta en paus.

Prognostiska faktorer

Under årens lopp har ett stort antal undersökningar gjorts där man försökt få en klarare uppfattning om vad det är för faktorer som ökar sannolikheten för att ryggvärk blir långvarig i kombination med långa sjukskrivningar. Vid Institute for Work and Health i Toronto gjorde man nyligen en sammanställning av 25 studier där sjukskrivningen hade pågått mer än en dag men mindre än sex veckor. Man fann ett antal faktorer som bäst förutspådde tiden innan återgång till arbetet (16) (Tabell V). Forskarna ansåg att resultatet av kartläggningen var lovande eftersom sådana prognostiska faktorer går att påverka och då eventuellt kan resultera i kortare sjukskrivningar. I en annan färsk undersökning, där forskare från samma kanadensiska institut för arbetshälsa deltog (17), fann man fem rätt överraskande prediktorer för långvarig funktionsnedsättning efter akut ryggvärk (Tabell VI).

En vårdprincip som alldeles nyligen framkastats vid Keele universitetet i England och som visat sig vara lovande går ut på att psykosociala riskfaktorer för att ryggproblemet senare förvandlas till ett kroniskt tillstånd identifieras i primärstadiet (18). Undersökningen omfattade 1 573 vuxna patienter med ospecifik ryggvärk och den har redan nu lett till ändrade vårdrutiner vid ett flertal primärvårdscenter i både Skottland och England. De patienter som rekryterades till undersökningen hade besökt allmänläkarmottagningar på tio olika orter i England 2007 och 2008 och patienter med allvarligare ryggsjukdomar hade uteslutits. I all korthet var principen den att endast en liten minoritet av patienterna kräver ett mera omfattande vårdprotokoll, medan patienterna med låg risk klarar sig med

ett besök hos fysioterapeut i kombination med ett mycket begränsat instruktionsprogram. Däremot fick patienterna med den högsta risken en nio dagars psykologiskt inriktad specialkurs ledd av en fysioterapeut. På kursen uppmärksammades inte bara symtom och fysisk funktion, utan även psykosociala hinder för att patienterna skulle kunna bli bättre. Vid fyra och tolv månaders uppföljning kunde lovande resultat påvisas för ett mått på subjektivt nedsatt funktion, livskvalitet och nedsatta kostnader. Det kom fram att närmare hälften av patienterna med låg risk i onödan skickades vidare för fortsatt vård, när man inte tillämpade protokollet i kontrollgruppen. När man däremot följde protokollet enligt de kartlagda riskfaktorerna, var resultatet att patienterna gjorde färre återbesök hos allmänläkare, använde färre mediciner och dessutom hade färre sjukskrivningar. Men även om vårdprotokollet verkar vara inne på rätt spår var skillnaderna rätt så blygsamma, i synnerhet efter tolv månader. Det som studien dock tycks visa är att man dels kan få bättre behandlingsresultat, dels kan spara resurser och minska sjukskrivningarna, när man på förhand har en uppfattning om vilka patienter som kan bli svåra fall och kräver mer omfattande kognitiv beteendeterapi och samtidigt vet vilka som klarar sig med en mycket mer begränsad kontakt med hälsovården. Att behandla alla ryggpatienter enligt samma vårdprotokoll förefaller alltså att vara fel vägval.

Mats Grönblad
HUUS, Pejas sjukhus, Fysiatrika kliniken
PB 900
00029 HNS
mats.gronblad@hus.fi

Summary

Low back pain: causes and treatment options

Low-back pain is very common and most often non-specific. One should, however, keep in mind severe underlying causes of low-back pain. A thorough history, including red flags and a systematic physical examination are important. First-line medications for acute back pain are acetaminophen (paracetamol) and NSAIDs. Muscle relaxants, particularly as combination therapy, will also provide moderate analgesic benefit. Return to normal function as soon as possible should be the goal of treatment, and bed-rest is not recommended. A recent promising study has shown that stratified therapy on the basis of assessment for psychosocial risk factors for chronification will produce better treatment effects and less expense.

Referenser

1. Deyo RA, Weinstein JN. Low back pain, Review. *N Engl J Med* 2001;344:363–370.
2. United States Bone and Joint Decade. USBJD condition kit on low back pain. Rosemont, IL, 2007. http://www.usbjd.org/research/research_op.cfm?dirID=260.
3. Dunn KM, Jordan K, Croft PR. Characterizing the course of low back pain: A latent class analysis. *Amer J Epidemiol* 2006;163:754–761.
4. Luo X, Pietrobon R, Sun SX, Liu GG, Hey L. Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the United States. *Spine* 2004;239:79–86.
5. Lambeek LC, van Tulder MW, Swinkels IC, Koppes LL, Anema JR, van Mechelen W. The trend in total cost of back pain in the Netherlands in the period 2002 to 2007. *Spine* 2011;36:1050–8.
6. Wiesel SW, Schoene ML, Nelson C (eds). Has there been any progress in the management of low back pain? *The Back Letter* 2011;26:109–116.
7. McCarberg BH, Ruofi GE, Tenzer-Iglesias P, Weil AJ. Diagnosis and treatment of low-back pain because of paraspinous muscle spasm: A physician roundtable. *Pain Medicine* 2011;12: S119–127.
8. Grönblad M. Lumbar disc disorders. In *The Lumbar Spine*, 3rd edition, Herkowitz HN, Dvorak J, Bell G, Nordin M, Grob D (eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004:299–306.
9. Bigos S, Bowyer O, Braen G et al. Acute low back problems in adults. Clinical practice guideline no. 14, Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research 1994:1-26 (AHCPR publication no. 95-0642).
10. New Zealand Low Back Pain Guide. Accident Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, Wellington, 1997.
11. Chou R. Pharmacological management of low back pain. *Drugs* 2010;70:387–402.
12. Chou R, Quaseem A, Snow V et al. Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med* 2007;147:478–491.
13. Wiesel SW, Schoene ML, Nelson C (eds). Medicine grappling with the huge opioid crisis. *The Back Letter* 2011;26:136.
14. Shen FH, Samartzis D, Andersson GB. Nonsurgical management of acute and chronic low back pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2006;14:477–487.
15. Furlan A, Yazdi F, Tsertsvadze A et al. Complementary and Alternative Therapies for Back Pain. II. Evidence Report/Technology Assessment No. 194. (Prepared by the University of Ottawa Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10059-1 (EPCIII). AHRQ Publication No. 10(11)-E007, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, October 2010.
16. Steenstra I. The crystal ball. Predicting return to work following low-back pain. *At work* 2011;66:5, Institute for Work & Health. www.iwh.on.ca.
17. Dionne CE, Le Sage N, Franche RL, Dorval M, Bombardier C, Deyo RA. Five questions predicted long-term, severe, back-related functional limitations: Evidence from three larger prospective studies. *J Clin Epidemiol* 2010;64:54–66.
18. Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice [StarT Back]: A randomized controlled trial. *Lancet* 2011;378:1560–71.

GABRION®

gabapentiini

Kun kipu vaatii enemmän



UUDET vahvuudet 600 mg ja 800 mg

• Perifeerisen neuropaattisen kivun hoitoon

GABRION
300 mg, 400 mg kapselit ja
600 mg, 800 mg kalvopäällysteiset tabletit

ORION
PHARMA

Hyvinvointia rakentamassa

Vaikuttava aine: Gabapentiini. **Käyttöaiheet:** Paikallisalkuinen epilepsia ja perifeerinen neuropaattinen kipu. **Annostus ja antotapa:** Gabapentiinivalmiste on nieltävä kokonaisena riittävän nesteiden kera. Aikuiset ja 12-vuotiaat: Kaikkiin käyttöaiheisiin suositellaan hoidon aloitusta ensimmäisenä päivänä 300 mg x 1, toisena päivänä 300 mg x 2 ja kolmantena päivänä 300 mg x 3. Vaihtoehtoisesti hoidon voi aloittaa 900 mg/vrk jaettuna kolmeen samansuuruiseen annokseen. Tämän jälkeen annosta voi potilaan yksilöllisen vasteen ja sietokyvyn mukaan suurentaa 300 mg/vrk:n kerta-annoksin 2–3 päivän välein, kunnes saavutetaan enimmäisannos 3600 mg/vrk. Yksittäistapauksissa annostuksen suurentaminen on ehkä tehtävä tätä hitaammin. **Vastaaiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitusmerkit:** Jos potilaalle kehittyy gabapentiinihoidon aikana akuutti haimatulehdus, on harkittava gabapentiinihoidon lopettamista. Epilepsiaa sairastavan potilaan antikonvulsivien lääkeyhdistelmän lopettaminen voi johtaa status epilepticuksen kehittymiseen. Joillakin gabapentiinia saavilla potilailla voi ilmetä kohtausten tihenemistä tai uudentyypisiä epilepsia-kohtauksia. Varovaisuutta on noudatettava gabapentiinin käytössä potilaille, joilla on monimuotoisia epilepsia-kohtauksia, myös poissaolo-kohtauksia. Potilaita tulee seurata itsehoajatusten ja -käyttäytymisen varalta. Tätä lääkevalmistetta ei saa antaa potilaille, joilla on galaktoosi-intoleranssi, synnynnäinen laktaasin puutos tai glukosigalaktoosi-imeytymishäiriö. **Yhteisvaikutukset:** Gabapentiinihoitoa ja morfiinia saavia potilaita on seurattava tarkoin keskushermostosuppressioon viittaavien merkkien varalta, ja gabapentiini- tai morfiiniannosta on pienennettävä asianmukaisesti. Samanaikainen gabapentiinin ja alumiiniumia ja magnesiumia sisältävien antasidien nauttiminen pienentää gabapentiinin biologista hyötyosuutta jopa 24 %. **Raskaus ja imetys:** Gabapentiinia saa käyttää raskauden aikana vain, jos mahdollinen hyöty äidille on selvästi suurempi kuin mahdollinen riski sikiölle. Gabapentiini erittyy rintamaitoon. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Gabapentiinilla voi olla vähäinen tai kohtalainen vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleiset: Virusinfektio, uneliaisuus, heitehuimaus, ataksia, väsymys, kuume. **Pakkaukset ja hinnat (vmh sis.alv.) 1.2.2012:** 300 mg 50 kaps. 24 €, 300 mg 100 kaps. 43,80 €, 400 mg 100 kaps. 53,55 €, 600 mg 100 tabl. 85,04 €, 800 mg 100 tabl. 103,15 €. **Korvattavuus:** Peruskorvattava. Ylempi erityiskorvusr ryhmä (100%) paikallisen ja muun vaikeahoitoisen epilepsian hoidossa (182). **Reseptilääke. Lisätiedot:** Pharmacia Fennica ja www.aesculapius.fi.