

Ágrip veggspjalda

Meðalaldur sjúklinga var 70 ár (27-95ár). Karlar 123 og konur 77. Meðallegutími eftir aðgerð hefur styst úr 15 dögum á fyrsta – niður í sex daga á síðasta fimm áratímabili (bil 1-65 dagar). Dauðsföll eftir aðgerð (í legu eða innan 30 daga) voru 8 (2,6%). Staðbundnar sýkingar komu upp hjá fimm sjúklingum (0,8%). Vegna blóðrásarskerðingar þurfti að aflima 4(1,3%) sjúklinga innan 30 daga frá aðgerð þrátt fyrir tvær til sex aðgerðir til að bjarga fæti. Enduraðgerðir í sömu legu voru 23(7,5%). Af þeim voru 16 vegna blóðrásartruflana þrátt fyrir aðgerð og fimm vegna blæðinga eftir aðgerð.

Innæðaaðgerðir (æðaútvíkkarir með eða án stoðnets) hófust 1996 og eru 27% af aðgerðum síðan þá eða 60 talsins og heppnuðust hjá 55 sjúklingum (92%). 13 þeirra voru gerðar um leið og opin aðgerð. Opnar slagæðaaðgerðir voru 246. Hjáveituaðgerðir frá náraslagæð niður að eða niður fyrir hné voru 97 hjá 75 sjúklingum. Ekkert dauðsföll var í þessum hópi eftir aðgerð. Aðgerðir á kviðarholsósæð voru 45 hjá jafnmörgum sjúklingum, 22 aðgerðir vegna ósæðargúls, 21 vegna slagæðaprenginga og tvær af öðrum orsökum. Dauðsföll voru fjögur (9%), öll eftir aðgerðir vegna ósæðargúls. Þar af voru þrjú eftir aðgerð vegna rofins ósæðargúls (100%) og eitt eftir valaðgerð á ósæðargúl (5,5%). Tíðni aðgerða á kviðarholsósæð einkum vegna þrenginga/lokana hefur farið mjög minnkandi á síðustu árum eins og í öðrum löndum, vegna innæðaaðgerða. Aðgerðir vegna blóðreks eða blóðsegamyndunar í slagæð eða slagæðagræðlingi (thromboembolismur) voru 30 og dauðsföll eftir þær þrjú. 26 aðgerðir með úrnám kalklokunar/þrengingar á æð (TEA) og 26 aðrar slagæðaaðgerðir nánar voru án dauðsfalla.

Ályktun: Þróun slagæðaskurðlækninga á FSA hefur í samvinnu við æðaskurðlækningadeild Landspítala verið í takt við það sem gerist erlendis. Árangur slagæðaaðgerða á FSA hvað varðar dánartíðni, enduraðgerðir í sömu legu og fleira virðist fyllilega sambærilegur við tölur frá stærri stofnunum erlendis þó fjöldi aðgerða á ári sé mun minni. Þó er árangur af aðgerðum vegna rofins ósæðargúls ekki góður, en of fáar aðgerðir til að meta það fyllilega.

V-01 Menntun sjúkraflutningamanna á Íslandi. Staðan í dag og vangaveltur um framtíðina

Hildigunnur Svavarsdóttir

skólastjóri Sjúkraflutningaskólans

Tilgangur kynningarinnar er að gefa yfirlit yfir grunn-, framhalds- og endurmenntun sjúkraflutningamanna á Íslandi, það er hvernig menntunin er uppbyggð og gerð aðgengileg öllum sjúkraflutningamönnum án tillits til búsetu. Ennfremur kynntar vangaveltur um framtíðarhorfur tengt frekari menntun sjúkraflutningamanna.

Menntun sjúkraflutningamanna sem í boði er á Íslandi er aðallega skipt í þrennt, það er grunnnámskeið í sjúkraflutningum, neyðarflutninganámskeið og endurmenntunarnámskeið. Mismunandi kennslufræðilegri nálgun er beitt til þess að ná til sem flestra sjúkraflutningamanna í landinu án tillits til búsetu. Fjarfundatæknin er töluvert notuð og gerir fleiri nemendum af landsbyggðinni kleift að sækja námskeið á vegum skólans. Í því skyni er um að ræða myndfundabúnað til að varpa fyrirlestrum og vefsíðu til að geyma upplýsingar og gögn fyrir námskeiðin. Flest af stærri námskeiðunum (grunn- og neyðarflutninganámskeið) eru kennd á tveimur eða fleiri stöðum í einu. Þá er myndfundabúnaðurinn notaður og síðan eru skipulagðar verklegar æfingar á hverjum námskeiðsstað fyrir sig. Minni námskeiðin fara aðallega fram í heimabyggð sjúkraflutningamanna. Með þessari nálgun er hægt að ná til fleiri sjúkraflutningamanna og þá sérstaklega þeirra sem vinna og búa í dreifbýli. Þeir hafa þá möguleika á að sækja námskeiðin í heimabyggð og þurfa ekki að sækja þau til Akureyrar eða Reykjavíkur.

Markmiðið er að auka nám sjúkraflutningamanna og koma því að einhverju leyti upp á háskólastig. Þannig væri hægt að bjóða upp á bráðatækninám á Íslandi í samvinnu við sambærilegar erlendar stofnanir. Samstarf og samvinna við erlenda aðila er einnig mikilvæg til þess að miðla þekkingu og reynslu svo eitthvað sé nefnt.

V-02 Hjartastopp utan spítala á Akureyri og nágrenni tímabilið 2000-2004

Hildigunnur Svavarsdóttir¹, Jón Þór Sverrisson²

¹Sjúkraflutningaskólinn, ²lyflækningadeild FSA

Markmið: Markmið rannsóknarinnar er að lýsa árangri í hjartastoppum utan spítala á Akureyri og nágrenni fyrir tímabilið 2000-2004.

Aðferðafræði: Öll tilfelli hjartastopps þar sem endurlífug var reynd voru skráð í þar til gerðan gagnagrunn. Upplýsingum var safnað af sjúkraflutningamönnum og frá skýrslum slysadeildar

FSA. Gögnin voru greind í samræmi við UTSTEIN snið.

Niðurstöður: Á þessu fjögurra ára tímabili voru samtals 33 tilfelli hjartastopps utan spítala þar sem endurlífgun var íhuguð. Í 28 tilfellum var endurlífgun reynd og voru 23 karlmenn og 5 kvenmenn. Meðalaldur sjúklinga var 65,5 ár. Í tólf tilfellum voru vitni að hjartastoppinu, í þrettán tilfellum voru engin vitni og í þremur tilfellum voru sjúkraflutningamenn vitni. Meðal útkallstíminn var 4,8 mínútur og miðgildið 3,5 mínútur. Grunnendurlífgun var framkvæmd af nærstöddum í 10 (40%) tilfellum og á það bæði við um tilfelli þar sem þar sem voru vitni og engin vitni. Sleglatif var upphafstaktur í 14 sjúklingum (50%). Nærri 70% hjartastoppanna áttu sér stað í heimahúsi og var endurlífgun hafin í 31% af þeim tilvikum. Af þeim sjúklingum þar sem endurlífgun var reynd náðist að koma 11 lifandi inn á gjörgæsludeild. Sex þeirra (21,4%) voru útskrifaðir lifandi og fimm þeirra voru lifandi ári síðar. Fimm þeirra sem útskrifuðust af sjúkrahúsi voru með sleglatif sem upphafstakt. Mikilvægustu þættir tengt lifun voru sleglatif sem upphafstaktur, stuttur útkallstími og vitni að hjartastoppinu.

Ályktun: Árangur hjartastopps utan spítala á Akureyri og nágrenni sýnir að 21,4% sjúklinga hafi útskrifast af sjúkrahúsi og er árangurinn viðunandi. Niðurstöðurnar benda einnig til mikilvægis stutts útkallstíma og aukinnar þátttöku almennings í endurlífgun.

V-03 Áhrif vasopressíns á blóðflæði í þörmum

Gísli H. Sigurðsson¹, Vladimir Krejci², Luzius Hildebrand²

¹Svæfinga- og gjörgæsludeild, Landspítala, læknaeild HÍ, ²svæfingadeild Inselspital, háskólasjúkrahús í Bern í Sviss

Inngangur: Vasopressín er stundum notað til að hækka blóðþrýsting hjá sjúklingum í losti. Það er vitað að þéttni V1 viðtaka er mikil á splanchnicus svæðinu enda er lyfið stundum notað til að stöðva blæðingar frá meltingarvegi. Vasopressín tengist V1 viðtökunum mjög sterkum böndum sem eru óháðir súrefnisþurrð í viðkomandi vef. Þetta getur því leitt til dreps í vefjum. Áhrif vasopressíns á smáæðablóðflæði í þörmum hefur ekki verið könnuð áður nema í sepsis, en sá var einmitt tilgangur þessarar rannsóknar.

Aðferðir: Sextán svín voru svæfð og ventileruð í öndunarvél. Hópur V (n=8) fékk vasopressín og hópur C (n=8) lyfleysu. Hjartaútfall (cardiac index, CI) og blóðflæði í mesenterialslagæð (arteria mesenterica superior flow, SMAF) voru mæld stöðugt í þrjú klukkurstundir á eftir eftir gjöf vasopressíns. Jafnframt var smáæðablóðflæði í slímhúð og vöðvalagi maga, smáþarma og ristils mælt með fjölrása laser Doppler flæðitækni (LDF).

Niðurstöður: Meðalslagæðaþrýstingur hækkaði um 25% (frá 80 ± 9 upp í 100 ± 11 mmHg), CI lækkaði um 20% (frá 147 ± 27 til 118 ± 12 ml.kg⁻¹.mín⁻¹) og meðal blóðflæði í slagað minnkaði um 28% (25 ± 5,4 til 18 ± 2,0) í hópunum sem fékk vasopressín (V) en þessir þættir héldust óbreyttir í hópi C. Smáæðablóðflæði minnkaði um 30% í magaslímhúð, 14% í smáþarmaslímhúð og 10% í ristilslímhúð. Mótasvarandi flæðisminnkun í vöðvalagi maga var 30%, smáþörmum 47% og ristli 40%. Engar marktækur breytingar voru mælanlegar á smáæðablóðflæði í hópi C.

Ályktanir: Vasopressín, í skömmtum sem mælt er með við með-

ferð á lostástandi, hækkar blóðþrýsting en dregur jafnframt úr hjartaútfalli og svæðisblóðflæði í kviðarholslíffærum. Smáæðablóðflæði í þörmum minnkar einnig umtalsvert, sem gæti valdið alvarlegri blóðþurrð einkum í vöðvalagi smáþarma og ristils.

V-04 Áhrif minnkaðs mesenterial blóðflæðis á smáæðablóðflæði og efnaskipti í þörmum

Gísli H. Sigurðsson¹, Vladimir Krejci², Luzius Hildebrand², Jukka Takala³, Stephan Jakob³

¹Svæfinga- og gjörgæsludeild, Landspítala, læknaeild HÍ, ²svæfingadeild og ³gjörgæsludeild Inselspital, háskólasjúkrahússins í Bern í Sviss

Inngangur: Það hefur verið sýnt fram á að það er samband milli minnkaðs blóðflæðis í þörmum, fjölliðfærabilunar og dánartíðni hjá bráðveikum sjúklingum. Markmiðið með þessari rannsókn var að kanna áhrif minnkaðs mesenterial blóðflæðis (arteria mesenterica superior flow, SMAF) á smáæðablóðflæði og efnaskipti í þörmum.

Efniviður og aðferðir: Þrettán svín (27-31 kg) voru svæfð og lögð í öndunarvél. Átta þeirra voru útsett fyrir minnkun á SMAF (15% á 30 mín fresti) meðan hin fimm voru viðmiðunarhópur. SMAF var mælt með ultrasonic transit time flæðitækni og smáæðablóðflæði í slímhúð og vöðvalagi smáþarma og ristils var mælt með fjölrása laser Doppler flæðitækni (LDF). pH í slímhúð smáþarma var mælt með tonometry og efnaskipti (glúkósa, laktat og pyruvat) með mikrodialysu.

Helstu niðurstöður: Við minnkað SMAF varð smáæðablóðflæði í slímhúð smáþarma mjög ójafnt (heterogenous) þótt það minnkaði ekki að magni til til að byrja með. Þéttni glúkósu í smáþarmavegg minnkaði um nærri helming þegar við 15% minnkun á SMAF (p<0,05) og hélt áfram að minnka við frekari minnkun á SMAF. Aftur á móti fór ekki að bera á hækun á laktat/pyruvat hlutfalli fyrr en eftir 45% minnkun á SMAF og pH lækun í slímhúð smáþarma fyrr en eftir 60% minnkun á SMAF. Súrefnisnotkun í þörmum minnkaði og laktat í bláæðablóði þarma hækkaði fyrst eftir 75% minnkun á SMAF.

Ályktanir: Rannsóknin bendir til að breytingar á svæðisblóðflæði og smáæðablóðflæði dragi úr truflunum á súrefnisháðum efnaskiptum í þörmum við skort á blóðflæði. Lækun á glúkósu í þarmavegg þegar við óverulega minnkun á svæðisblóðflæði bendir til að það verði fyrr skortur á efni til brennslu (substrati) en á súrefni við blóðflæðisskort í smáþörmum.

V-05 Sjúkraflutningur og þjónusta þess í dreifbýli

Hildigunnur Svavarsdóttir¹, Björn Gunnarsson², Þorvaldur Ingvarsson³, Sveinbjörn Dúason³,

¹Sjúkraflutningaskólanum, ²læknir FSA, ³framkvæmdastjóri lækninga FSA, ⁴bráðateknir hjá Slökkviliði Akureyrar

Tilgangur þessarar kynningar er að kynna verkefni sem Sjúkraflutningaskólinn og FSA taka þátt í og vinna í samvinnu við AKMC (Akut- och katastrofmedicinskt centrum) í Svíþjóð og NHS Western Isles í Skotlandi. Verkefnið, sem fjallar um

sjúkraflutninga og þjónustu þess í dreifbýli, hefur hlotið styrk hjá Norðurslóðaáætlun Evrópusambandsins. Heildar kostnaðar-áætlun verkefnisins er um 50 milljónir og fengu þátttökulöndin styrk upp á 25,4 milljónir. Verkefnið er til tveggja og hálfis árs og er áætlað að því ljúki í lok árs 2007.

Sérstaða þessara landa sem falla undir Norðurslóðaáætlunina tengist fyrst og fremst löngum vegalengdum og fámennum svæðum. Tilgangur verkefnisins er að greina þau vandamál er upp koma í dreifbýli hvað varðar sjúkraflutninga, skipulag þeirra og þjálfun sjúkraflutningamanna svo eitthvað sé nefnt. Verkefnahópurinn er að vinna að stöðugreiningu í hverju þátttökulandi og í ljósi þeirrar greiningar verða settar fram tillögur að bættri forgangsroðun í sjúkraflutningum, fjarlækningum og/ eða bráða meðferð sem hafin er á staðnum. Ennfremur verður unnið að eflingu menntunar og þjálfunar sjúkraflutningamanna. Líklegt er að með bættu skipulagi og þjálfun tengt sjúkraflutningum verði auðveldara að velja sem hagkvæmastan flutningsmáta til sjúkraflutninga hverju sinni, sem getur haft verulegan ávinning fyrir þjóðina í heild sinni og einnig bætt þjónustu við íbúa í dreifbýli.

Slíkt samstarfsverkefni er mikilvægt fyrir Ísland og gegnir Sjúkraflutningaskólinn lykilhlutverki hvað varðar skipulag menntunar sjúkraflutningamanna á Íslandi, bæði í dreifbýli og þéttbýli og fyrir FSA er verkefnið einnig mikilvægt þar sem sjúkraflugsvakt fyrir Norður- og Austurland hefur verið rekin af FSA undanfarin ár og nú hafa Vestfirðir bæst við. Verkefnastjórnun fer fram í gegnum FSA og Sjúkraflutningaskólan.

V06 Fagrýni (audit) fæðinga á fæðingadeild FSA. Keisaraskurðir 1995-2005

Jón Torfi Gylfason, Ásta Eir Eymundsdóttir, Ingibjörg Hanna Jónsdóttir, Alexander Smáráson

Fæðinga- og kvensjúkdómadeild FSA

Inngangur: Undanfarin 30 ár hefur keisaraskurðum fjölgað víða um heim. Alþjóða heilbrigismála-stofnunin hefur gefið frá sér yfirlýsingu um að keisaratiðni yfir 10-15% feli ekki í sér ávinning, hvorki fyrir nýbura né móður. Sýnt hefur fram á að keisaratiðni lækkar ef beitt er fagrýni (midwifery audit) samkvæmt kerfi Mike Robson. Í þessu tíu hópa kerfi (Robson's 10 groups classification system) er fæðandi konum skipt í hópa samkvæmt fyrri fæðingasögu, fjölda fóstura, meðgöngulengd og fósturstöðu og fagrýni beitt við að skoða og meta útkomu fæðinga. Kerfið dregur athygli að sérkennum hverrar konu og þá hvaða meðferð er líklegust til góðs árangurs.

Árið 1999 var keisaratiðni á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri (FSA) sú hæsta á Íslandi, eða 24,9%. Árið eftir var farið að skrá fæðingar á FSA samkvæmt 10 hópa kerfi Robson í þeirri von að það leiddi til fækkunar á keisaraskurðum.

Efni og aðferðir: Upplýsingum um útkomu fæðinga frá árunum 2000-2005 var safnað með framsýnum hætti (prospective). Upplýsingar um hverja fæðingu voru færðar inn á fæðingarrít (partogram) og skráðar í gagnagrunn fæðingadeildar. Mánaðarlega var birt uppgjör á fæðingadeild og rætt meðal starfsmanna (fagrýni – clinical audit cycle). Upplýsingum um fæðingar á

tímabilinu 1995-1999 voru fengnar úr fæðingartilkyningum og mæðraskrá (afturvirk – retrospective).

Niðurstöður: Keisaratiðni á FSA lækkaði smám saman úr 24,9% árið 1999 í 14,6% árið 2005. Þessi þróun sást í öllum hópum nema hjá konum með fóstur í sitjandi stöðu þar sem nánast allar konur fara í keisaraskurð. Hjá stærsta hópnum (hópur 3), fjölbyrjum í sjálfkrafa sótt á tíma, fækkaði keisaraskurðum hlutfallslega mest eða úr 6,8 í 0,6%. Mest vegur þó í heildarfjölda aðgerða, fækkun keisaraskurða úr 18,4% í 4,3% í næst stærsta hópnum (hópur 1) sem saman stendur af frumbyrjum í sjálfkrafa sótt á tíma. Í hópa kvenna sem áður höfðu farið í keisaraskurð (hópur 5) fækkaði keisaraskurðum um þriðjung eða úr 89% árið 1999 í um 60%. Þetta hefur þó tiltölulega lítil áhrif á heildarfjölda keisaraskurða því hópurinn hefur farið stækkandi. Þrátt fyrir fækkun keisaraskurða hefur hvorki burðarmálsaðugi hækkað né fleiri börn fæðst með lágan APGAR.

Umráður: Eins og áður hefur sést varð fækkun á keisaraskurðum á FSA með innleiðingu fagrýni á fæðingum að hætti Robson. Sé litið til heildarfjölda keisaraskurða í nútíð og framtíð er mikilvægast að huga að umönnun og útkomu hjá frumbyrjum (hópum 1, 2) í fæðingu og svo konum með ör í legi eftir fyrri keisaraskurð (hópur 5). Ef frumbyrja í fæðingu fer í keisaraskurð verður hún í hópi 5 í næstu fæðingu og því með meiri líkur á að lenda aftur í keisaraskurði. Ennfremur þarf að fækka framköllun fæðinga eins og hægt er hjá frumbyrjum því slíkar fæðingar enda oftast en sjálfkrafa fæðingar í keisaraskurði. Þessi megin markmið á FSA, það er fækkun keisaraskurða hjá frumbyrjum og fækkun á framköllun fæðinga og er líklegt að tíu hópa kerfi Robson hafi þar átt stóran þátt og þá fjölgað eðlilegum fæðingum á FSA án þessa að skerða öryggi barna í fæðingu.

V08 Pelvic endometriosis occurring in a defined population over twenty years

Jón Torfi Gylfason^{1,2}, Kristín Jónsdóttir¹, Guðlaug Sverrisdóttir¹, Kristján Andri Kristjánsson¹, Reynir Tómas Geirsson¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland. ²Faculty of Medicine, University of Iceland

Introduction: Endometriosis has been estimated to be diagnosed in 2-10% of women of reproductive age.

Iceland has a small homogenous Nordic-Causasian population. However, genetic diversity is comparable to larger populations. The aim of this study was to determine the prevalence and annual incidence of the disease as well as to gather information on various operative outcomes.

Materials and methods: A centralised country-wide pathology registry and information on discharge diagnostic codes was used to evaluate the prevalence and annual incidence of endometriosis in a whole nation during the years 1981-2000. Based on this database, several hospitals all around the country were visited. Information was also scrutinized in local databases on diagnostic codes from the remaining smaller hospitals and two private clinics not linked to the centralised registry. For the smaller hospitals all potential case records on lists of operations were inspected. Operation notes were evaluated to verify the likely presence of the disease and its histological confirmation.

Patients with histologically verified disease were staged by the revised American Fertility Society (rAFS) classification system into stage I-I or stage III-IV. Staging of all cases was done by one observer (1st author) and based on operative notes and pathology records. The type of operation at diagnosis was recorded as well as the organs removed (ovaries, uterus). The main location of endometriotic lesions was noted in each case. The study was approved by the National Bioethics Committee and the Icelandic Data Protection Commission, as well as by respective hospital authorities.

Results: A total of 1383 women were diagnosed with endometriosis in Iceland during the period 1981-2000. 811 cases were histologically verified of whom 805 were stagable. 297 (36.9%) women had stage I-II and 508 (63.1%) stage III-IV. The prevalence of the disease among women aged 15-49 years was 2.12% and annual incidence 0.11% (verified and non-verified diagnosis). The age distribution at diagnosis was from 17-68 years of age, with an average age of 35 years (SD = 9.26) and a median of 34.6 years. Unilateral oophorectomy was done at an average age of 39.5 years and bilateral oophorectomy at age 45.8.

Conclusion: This study presents the first data on the prevalence and annual incidence of endometriosis in a whole nation over a considerable length of time. The prevalence of endometriosis in Iceland was calculated 2.12% and the annual incidence was 0.11%. Number of operations and various operative outcomes were documented and clearly demonstrates the burden of the disease.

A previous study based on a defined population in a Norwegian county with one large hospital has had a similar structure. Life-time risk was estimated at 2.2% and the annual incidence less than 0.3%. In another study from Rochester, Minnesota, spanning a 10 year period the prevalence was estimated at 2.5-3.3%. Annual incidence was 0.3%.

sókn á meltingarvegi vegna þrengingar á skeifugörn (atresia). Við rannsóknina barst skuggaefni upp í neðra blað hægra lunga og voru upptökin frá mótum maga og vélinda. Við skurðaðgerð kom í ljós stór aðskilinn lungnahluti sem var tvíblaða og lá út í bæði hægra og vinstra brjósthol. Lungnahlutinn var þakinn eigin fleiðru og nærður af stórri kviðarholsslagæð. Lungnahlutinn var fjarlægður með skurðaðgerð. Tveimur árum eftir aðgerð heilsast stúlkunni vel.

Sjúkratilelli 2: 18 ára piltur með rúmlega árs sögu um endurtekna lungnabólgu greindist á tölvusneiðmynd með fyrirferð í miðju hægra lunga. Við skurðaðgerð sást aðskilinn lungnahluti neðst í efri lungnalappa. Lungnahlutinn var þakinn eigin fleiðru og inn í hann gekk berkja sem tengdist 4x5 cm stórri vökva-fylltri blöðru. Bláðran var klædd flögubekju og vélindavegg. Ekki reyndist beinn samgangur á milli hennar og vélinda. Efri lungnalappinn var fjarlægður ásamt lungnahlutanum og blöðrunni. Hálfu ári frá aðgerð er sjúklingurinn við ágæta líðan.

Niðurstaða: Aðskilinn lungnahluti getur tengst meltingarvegi með beinum eða óbeinum hætti. Þessi tengsl geta ýtt stoðum undir þá kenningu að um meðfæddan galla sé að ræða frekar en áunninn, enda eru lungu og efri meltingarfæri bæði upprunnin frá forgirni á fósturskeiði.

V09 Aðskilinn lungnahluti (pulmonary sequestration) getur tengst efri hluta meltingarvegur – tvö einstök sjúkratilfelli

Tómas Guðbjartsson^{1,4}, Práinn Rósmundsson^{2,4}, Vigdís Pétursdóttir^{3,4}, Friðrik Yngvason⁵, Bjarni Torfason^{1,4}

¹Hjarta- og lungnaskurðeild, ²barnaskurðeild, Landspítala ³Rannsóknarstofa HÍ í meinafræði, ⁴Læknadeild HÍ, ⁵Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Inngangur: Aðskilinn lungnahluti er sjaldgæfur meðfæddur galli þar sem lungnavefur er án tengsla við bæði lungnaberkjur og lungnablóðrás. Lungnahlutinn er er nærður af kerfisslagæð og getur ekki tekið þátt í loftskiptum. Einkenni geta verið fjölbreytt, en eru oftast rakin til endurtekinnar lungnasýkinga og/eða hjartabilunar. Orsök aðskilins lungnahluta er ekki þekkt. Ein kenning gerir ráð fyrir því að um afleiðingar endurtekinnar lungnasýkinga sé að ræða. Síðari ár hafa þó flestir hallast að því að um meðfæddan galla sé að ræða þar sem truflun verður á fyrstu vikum meðgöngu þegar lungun eru að myndast úr forgirni (foregut) fóstursins. Hér er lýst tveimur mjög sérstökum tilfellum sem styðja síðari tilgátuna. Þetta eru jafnframt fyrstu íslensku tilföllin af aðskildum lungnahluta sem lýst hefur verið.

Sjúkratilfelli 1: Nýfætt stúlkubarn gekkst undir skuggaefnisrann-