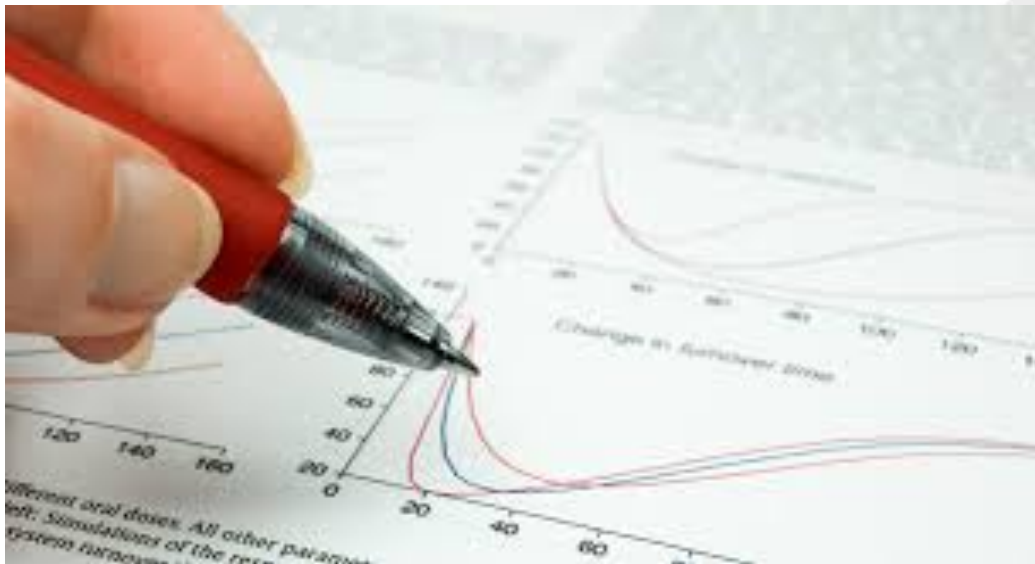




UPPSALA
UNIVERSITET

Att läsa en vetenskapligt artikel på kunskapsprovet



Varför läsa en vetenskaplig artikel på kunskapsprovet?

- Under universitetsutbildningen finns det flera olika moment där studenter övar på att läsa, förstå och hitta information i vetenskapliga artiklar.
- Examensarbetet består även till stor del av att hitta och tolka aktuell forskning genom att läsa vetenskapliga artiklar.
- För att uppnå kraven för en svensk examen bör viss förmåga att läsa och förstå en vetenskaplig artikel uppvisas.

Jag ska jobba på apotek och tycker det här är onödigt!

- Kraven för att uppnå svensk legitimation är samma för alla:
att säkerställa att kunskaper, färdigheter och förmågor motsvarar kraven för en svensk examen
- Det spelar ingen roll var du kommer att jobba med din legitimation, kraven för legitimation måste uppfyllas på samma sätt för alla.
- Så oavsett var du kommer att arbeta i framtiden måste du visa att du har förmåga att till viss del läsa och förstå en vetenskaplig artikel.
- De vetenskapliga artiklarna kan handla om olika forskningsområden som rör medicin och farmaci.



UPPSALA
UNIVERSITET

Bra att veta innan du börjar läsa en vetenskaplig artikel



Olika typer av vetenskapliga artiklar

- **Case reports:** en artikel som beskriver fallstudier
- **Clinical trial:** en artikel som beskriver en utförd klinisk studie
- **Commentary:** en kort artikel som vanligtvis kritiserar en tidigare publicering
- **Opinion:** en kort artikel där författarens egna åsikt framkommer
- **Original article:** en artikel som beskriver originalforskning
- **Review:** en detaljerad sammanfattning av ett forskningsområde, flera originalartiklar sammanställs.



Hur är en vetenskaplig artikel uppbyggd?

Författare Titel Affilering Material och metod

Fulvestrant 500 mg versus anastrozole 1 mg for hormone receptor positive advanced breast cancer (FALCON): an international, randomised, double-blind, phase 3 trial

Background: Fulvestrant is a selective oestrogen receptor modulator that acts as a pure oestrogen antagonist. Anastrozole is a selective oestrogen aromatase inhibitor. Both drugs are used in the treatment of hormone receptor positive advanced breast cancer. The aim of this study was to compare the efficacy and safety of fulvestrant 500 mg with anastrozole 1 mg in hormone receptor positive advanced breast cancer.

Methods: This was a randomised, double-blind, phase 3 trial comparing fulvestrant 500 mg with anastrozole 1 mg in hormone receptor positive advanced breast cancer. The primary endpoint was progression-free survival. Secondary endpoints included overall survival, time to death, and quality of life. The trial was conducted in 15 countries and included 1000 patients.

Abstrakt Introduktion

Resultat

Tabell

Diskussion

Results: The primary endpoint, progression-free survival, was significantly longer in the fulvestrant group compared with the anastrozole group (median 10.2 months vs 8.8 months, respectively; hazard ratio 0.78, 95% CI 0.65-0.94, P=0.01). Secondary endpoints also showed a statistically significant benefit for fulvestrant.

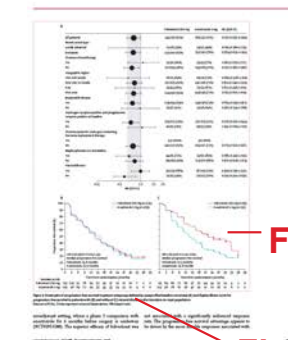
Table with 4 columns: Parameter, Fulvestrant, Anastrozole, P-value. Rows include Overall survival, Time to death, and Quality of life.

Conclusion: Fulvestrant 500 mg significantly improved progression-free survival compared with anastrozole 1 mg in hormone receptor positive advanced breast cancer. The results suggest that fulvestrant may be a more effective treatment option for this patient population.

Tabelltext

Sammanfattning

Författarnas insats



Figur

Figurtext

Conclusion: Fulvestrant 500 mg significantly improved progression-free survival compared with anastrozole 1 mg in hormone receptor positive advanced breast cancer. The results suggest that fulvestrant may be a more effective treatment option for this patient population.

References: 1. Fulvestrant versus anastrozole in hormone receptor positive advanced breast cancer: a randomised, double-blind, phase 3 trial. 2. Anastrozole in advanced breast cancer: a randomised, double-blind, phase 3 trial.

Referenser

Acknowledgement



UPPSALA
UNIVERSITET

Information som går att hitta på artikelns första sida

Titel — Dabigatran in patients with myocardial injury after non-cardiac surgery (MANAGE): an international, randomised, placebo-controlled trial



Författare — P J Devereaux, Emmanuelle Duceppe, Gordon Guyatt, Vikas Tandon, Reitze Rodseth, Bruce M Biccard, Denis Xavier, Wojciech Szczeklik, Christian S Meyhoff, Jessica Vincent, Maria Grazia Franzosi, Sadeesh K Srinathan, Jason Erb, Patrick Magloire, John Neary, Mangala Rao, Prashant V Rahate, Navneet K Chaudhry, Bongani Mayosi, Miriam de Nadal, Pilar Paniagua Iglesias, Otavio Berwanger, Juan Carlos Villar, Fernando Botto, John W Eikelboom, Daniel I Sessler, Clive Kearon, Shirley Pettit, Mukul Sharma, Stuart J Connolly, Shrikant I Bangdiwala, Purnima Rao-Melacini, Andreas Hoeft, Salim Yusuf, on behalf of the MANAGE Investigators*

Abstrakt — Summary

Background Myocardial injury after non-cardiac surgery (MINS) increases the risk of cardiovascular events and deaths, which anticoagulation therapy could prevent. Dabigatran prevents perioperative venous thromboembolism, but whether this drug can prevent a broader range of vascular complications in patients with MINS is unknown. The MANAGE trial assessed the potential of dabigatran to prevent major vascular complications among such patients.

Methods In this international, randomised, placebo-controlled trial, we recruited patients from 84 hospitals in 19 countries. Eligible patients were aged at least 45 years, had undergone non-cardiac surgery, and were within 35 days of MINS. Patients were randomly assigned (1:1) to receive dabigatran 110 mg orally twice daily or matched placebo for a maximum of 2 years or until termination of the trial and, using a partial 2-by-2 factorial design, patients not taking a proton-pump inhibitor were also randomly assigned (1:1) to omeprazole 20 mg once daily, for which results will be reported elsewhere, or matched placebo to measure its effect on major upper gastrointestinal complications. Research personnel randomised patients through a central 24 h computerised randomisation system using block randomisation, stratified by centre. Patients, health-care providers, data collectors, and outcome adjudicators were masked to treatment allocation. The primary efficacy outcome was the occurrence of a major vascular complication, a composite of vascular mortality and non-fatal myocardial infarction, non-haemorrhagic stroke, peripheral arterial thrombosis, amputation, and symptomatic venous thromboembolism. The primary safety outcome was a composite of life-threatening, major, and critical organ bleeding. Analyses were done according to the intention-to-treat principle. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT01661101.

Findings Between Jan 10, 2013, and July 17, 2017, we randomly assigned 1754 patients to receive dabigatran (n=877) or placebo (n=877); 556 patients were also randomised in the omeprazole partial factorial component. Study drug was permanently discontinued in 401 (46%) of 877 patients allocated to dabigatran and 380 (43%) of 877 patients allocated to placebo. The composite primary efficacy outcome occurred in fewer patients randomised to dabigatran than placebo (97 [11%] of 877 patients assigned to dabigatran vs 133 [15%] of 877 patients assigned to placebo; hazard ratio [HR] 0.72, 95% CI 0.55–0.93; p=0.0115). The primary safety composite outcome occurred in 29 patients (3%) randomised to dabigatran and 31 patients (4%) randomised to placebo (HR 0.92, 95% CI 0.55–1.53; p=0.76).

Interpretation Among patients who had MINS, dabigatran 110 mg twice daily lowered the risk of major vascular complications, with no significant increase in major bleeding. Patients with MINS have a poor prognosis; dabigatran 100 mg twice daily has the potential to help many of the 8 million adults globally who have MINS to reduce their risk of a major vascular complication.

Funding Boehringer Ingelheim and Canadian Institutes of Health Research.

Copyright © 2018 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Introduktion — Introduction

Myocardial injury after non-cardiac surgery (MINS) includes myocardial infarction and isolated ischaemic troponin elevation occurring within 30 days after surgery,¹ but does not include perioperative myocardial injury due to non-ischaemic causes (eg, sepsis, rapid

atrial fibrillation, pulmonary embolism, and chronically elevated troponin measurement).² Without routine perioperative troponin measurements, more than 80% of MINS events would go unrecognised, because these patients do not have ischaemic symptoms.¹⁻³ A proposed explanation for these asymptomatic events is

Tidskrift — www.thelancet.com/Vol 391 June 9, 2018 — **Publiceringsdatum**

Affilering

Lancet 2018; 391: 2325–34

See Comment page 2297

*Members are listed in the appendix

Department of Health Research

Methods, Evidence, and Impact

(Prof P J Devereaux MD,

E Duceppe MD,

Prof G Guyatt MD,

Prof C Kearon MD,

Prof S I Bangdiwala PhD,

Prof S Yusuf MBBS and

Department of Medicine

(Prof P J Devereaux,

Prof G Guyatt, V Tandon MD,

P Magloire MD, J Neary MD,

J W Eikelboom MD,

Prof C Kearon, M Sharma MD,

Prof S J Connolly MD,

Prof S Yusuf McMaster

University, Hamilton, ON,

Canada; Population Health

Research Institute, Hamilton,

ON, Canada (Prof P J Devereaux,

J Vincent MSc, S Pettit RN,

M Sharma, Prof S J Connolly,

Prof S I Bangdiwala,

P Rao-Melacini MSc,

Prof S Yusuf) Department of

Medicine, University of

Montreal, Montreal, QC,

Canada (E Duceppe)

Department of Anaesthesia,

University of KwaZulu-Natal,

Pietermaritzburg, South Africa

(R Rodseth MBChB)

Department of Anaesthesia

and Perioperative Medicine

(Prof B M Biccard MBChB and

Department of Medicine

(Prof B Mayosi MBChB) Groote

Schuur Hospital and University

of Cape Town, Cape Town,

South Africa; Department of

Pharmacology, St John's

Medical College and Research

Institute, Bangalore, India

(Prof D Xavier MD, M Rao MD)

Department of Intensive Care

and Perioperative Medicine,

Jagiellonian University Medical

College, Krakow, Poland

(Prof W Szczeklik MD)

Department of Anaesthesia

De flesta artiklar följer ungefär samma upplägg

- Titel
- Författarnas namn och affilering
- Abstrakt (sammanfattning)
- Introduktion
- Material och metoder
- Resultat
- Diskussion och slutsats
- Författarnas insats
- Acknowledgements
- Referenser

Lär dig förstå vad de olika delarna innebär och vad de innehåller. Den förståelsen gör det betydligt lättare att orientera sig i en artikeln.



UPPSALA
UNIVERSITET

Hur läser man en vetenskaplig artikel?



Hur du ska göra:

- Vetenskapliga artiklar innehåller ofta detaljerad information som kan vara svår att förstå, det är lätt att fastna.
- Det är väldigt sällan man måste läsa hela artikeln från början till slut.
- Lär dig att strategiskt läsa en artikel utifrån det mål du har. För kunskapsprovet är målet att du ska kunna besvara de tillhörande frågorna inom den givna tiden.

Tillvägagångssätt på kunskapsprovet:

1. Ta en snabb överblick över artikeln- försök greppa artikelns uppbyggnad utan att fastna i detaljer.
2. Genom att läsa artikelns rubrik och abstrakt får du snabbt en förståelse för vad artikeln handlar om.
3. Ta en snabb överblick över frågorna du ska besvara- försök hitta vilken del varje fråga hör till.
4. Besvara frågorna utan att fastna i detaljer.