

## Kæfisvefn taldist varla sjúkdómur

Þórarinn Gíslason lungnalæknir var útnefndur Heiðursvísindamaður ársins 2010 á Landspítala en hann hefur um nær þriggja áratuga skeið stundað lungnalækningar og rannsóknir á kæfisvefni og langvinnri lungnaþembu. Ferill Þórarins er merkilegur að mörgu leyti, ekki síst vegna þess að hann spannar sögu rannsókna á kæfisvefni í heiminum, þar sem Þórarinn var ungur læknir að hefja sérnám í lungnalækningum í Svíþjóð þegar fyrstu skrefin voru tekin í kæfisvefnrannsóknum. Allar götur síðan hefur Þórarinn verið í fremstu röð þeirra vísindamanna í heiminum sem rannsaka kæfisvefn og áhrif hans.

Þórarinn lauk stúdentsprófi frá MR árið 1971 og útskrifaðist frá læknadeild HÍ vorið 1977. Hann stundaði framhaldsnám í lungnalækningum í Uppsölum í Svíþjóð og hlaut sérfræðiviðurkenningu í lungnasjúkdómum 1984. Þórarinn varði doktorsritgerð sína um kæfisvefn við Uppsalaháskóla vorið 1987: *Sleep Apnea Syndrome - clinical symptoms, epidemiology and ventilatory aspects*. Hann hélt síðan áfram rannsóknum á sviði faraldsfræði kæfisvefns hérlandis; nú meðal kvenna og barna ásamt þátttöku í alþjóðlegum rannsóknum á sviði astma, ofnæmis, langvinnrar lungnateppu og kæfisvefns og einnig handleiðslu meistara- og doktorsnema. Þórarinn er frá árinu 2001 yfirlæknir sameinaðrar lungnadeildar Landspítala og prófessor við læknadeild HÍ frá 2003. Hann er einnig gestaprófessor við University of Pennsylvania og dósent við Uppsalaháskóla. Þórarinn hefur birt á ferli sínum um 100 vísindagreinar og hafa 54 þeirra birst síðustu fimm ár. Hinn svokallaði H-Index Þórarins er 34 en heildarfjöldi tilvitnana í greinar hans eru nær 4000.

Hann segir að hugur sinn hafi fyrst staðið til heimilislækninga en fór þó fljótlega að vinna á lungnadeild háskólasjúkrahúsins í Uppsölum. „Ég ætlaði mér að fara í heimilislækningarnar en laðaðist smám saman að þessu rannsóknarumhverfi. Þarna var verið að fást við rannsóknir sem voru alger nýlunda á þeim tíma; hvernig fólk andar í svefni og þetta var svo nýtt fyrir öllum að engar sérstakar frásagnir voru til af því hvað væri að gerast hjá fólki meðan það

svæfi hvað öndun þess varðaði. Um þetta leyti var einnig verið að greina fyrstu sjúklinga með kæfisvefn út í heimi og tveir meðferðarmöguleikar voru kynntir. Annars vegar skurðaðgerð sem við byrjuðum beita í Uppsölum en hún fólst í því að fjarlægður var hluti af mjúka gómi og úfi. Hins vegar var byrjað að beita blásturstæki þar sem lofti var blásið ofan í öndunarveginn til að koma í veg fyrir lokun í koki og meðfylgjandi öndunarstopp og súrefnisskort.“

### Strimillinn var 300 metra langur

Þórarinn segir að á þessum árum hafi kæfisvefn tæpast verið talinn sjúkdómur, fremur félagslegt hrotuvandamál. „Ég minnst þess að eldri prófessor, sem ég bar mikla virðingu fyrir, taldi upp margar deildir og sjúkrahús þar sem hann hefði starfað á um áratugaskeið og fullyrti að kæfisvefnssjúklingar sem orðið hefðu á vegi hans væru ekki teljandi á fingrum annarrar handar. Það kom síðan til að við ákváðum að kanna meðal 3200 karla í Uppsölum hversu algengur kæfisvefn væri, sendum þeim spurningalista og rannsókuðum síðan 60 þeirra. Þessi rannsókn varð grundvöllur að doktorsritgerðinni sem ég varði 1987.“

Eins og ævinlega þegar rannsóknarstarf nær sér á flug er það samspil áhugasamra einstaklinga og heppilegra aðstæðna sem hrindir þeim af stað. Þórarinn hlaut sérfræðirettindi í lungnalækningum 1984 og hann segir að almennur áhugi á kæfisvefnrannsóknum ásamt góðum fjárhagslegum stuðningi við rannsóknirnar hafi gert honum kleift að einbeita sér að þessum rannsóknum á árunum 1984-1987.

„Búnaðurinn sem notaður var við svefnrannsóknirnar var barn síns tíma, pappírsstrimillinn eftir næturlangt heilalínurit var 300 metra langur og í það fóru nær tveir lítrar af bleki. Þetta var því gífurlega dýrt. Ég minnst þess að við keyptum fyrsta einfalda súrefnismettunarmælinn í Uppsölum. Hann kostaði þá rúmlega 100.000 sænskar krónur. Tvær milljónir íslenskra króna á núvirði. Sams konar mælitæki kostar í dag um 20.000 íslenskar krónur og margir sjúklingar eiga þetta sjálfir.“

Þetta lýsir því ágætlega hversu dýr allur

Hávar  
Sigurjónsson



„Mikilvægt að geta boðið ungu fólki samkeppnishæft háskólaumhverfi,“ segir Þórarinn Gíslason lungnalæknir.

búnaðurinn var í upphafi en hann var ekki síður fyrirferðarmikill eins og Þórarinn rifjar upp. „Á lungnadeildinni í Uppsölum kveiktum við árið 1984 á fyrsta blásturstækinu til að meðhöndla kæfisvefn sem sett var af stað á Norðurlöndum. Tækið var á stærð við náttborð og drunurnar svipaðar og í flugvélarhreyfli. Það var einkennileg tilfinning að sjá þetta tæki aftur fyrir nokkrum árum þegar ég heimsótti Lækningasögusafnið í Uppsölum.“

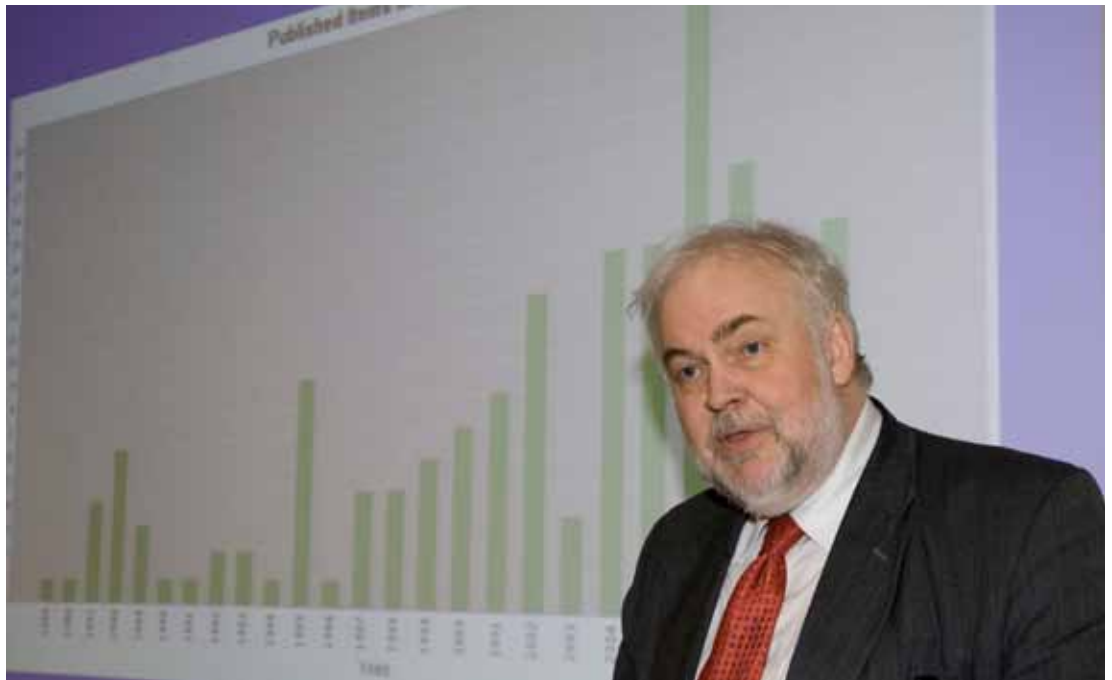
Í þessum fyrstu eiginlegu kæfisvefnrannsóknnum rannsökuðu Þórarinn og samstarfsfélagar hans tengsl kæfisvefns við hjarta- og æðasjúkdóma, þeir skoðuðu boðefni í mænuvökva og rannsökuðu sérstaklega áhrif svefnleysis og svefntruflana. „Þetta var gífurlega skemmtilegur tími og við sáum fljótt að kæfisvefn var hreint ekki svo fátíður og það voru mikil forréttindi að fá að greina ástand sem hafði mjög afgerandi áhrif á heilsufar einstaklingsins og geta með réttri notkun blásturstækis komið viðkomandi til sömu heilsu og þeir sem ekki höfðu sjúkdóminn. Það eru ekki margir aðrir krónískir sjúkdómar sem hægt er að

greina og meðhöndla á þann hátt að sjúklingur endurheimti bæði lífsgæði og líkur á lífslengd. Kostnaður við greiningu og meðferð kæfisvefns er einnig með því lágsta sem hægt er að hugsa sér vegna meðferðar á langvinnnum sjúkdómi.“

Kæfisvefn er íslenskt heiti á sjúkdómnum sem Helgi Kristbjarnarson læknir kom fram með en hann varð síðar náinn samstarfsmaður Þórarins og hafði afgerandi áhrif á þróun tæknibúnaðar til svefnrannsókna.

„Fyrst var talað um kæfisvefn sem almennar svefntruflanir en hann skilgreinist í dag sem ástand í svefni þar sem öndunarhlé eru 10 sekúndur eða lengri og þetta þarf að gerast oftast en fimm sinnum á klukkustund. Við höfum ekki verulegar áhyggjur af ástandinu þó öndunarhléin séu allt að 15 á klukkustund nema því fylgi veruleg syfja að degi til. Þegar öndunarstoppin eru orðin tíðari en þetta er nauðsynlegt að meðhöndla sjúkdóminn. Annars vegar vegna syfju og þreytu og þeirra skertu lífsgæða sem það hefur í för með sér og hins vegar vegna þess að öndunarstoppunum fylgir súrefnisskortur í líkamanum sem leiðir til

*Þórarinn segir frá  
rannsóknarstarfi sínu  
eftir að hafa tekið við  
viðurkenningunni  
Heiðursvísindamaður  
Landspítalans árið 2010.*



hækkandi blóðþrýstings, hjarta- og æðasjúkdóma, og fleiri alvarlegra truflana á líkamsstarfseminni, svo sem versnandi sykurbúskapar. Nú er ekki litið á kæfisvefn sem einangrað fyrirbæri heldur spilar hann inn í svo margt sem hefur með heilsufar að gera. Bein orsök kæfisvefns stafar af þrængslum í loftvegi. Þrængslin geta verið sértæk, skekka í nefi, stórir hálskirtlar, lítil haka, stór tunga, og jafnvel efnaskiptasjúkdómar geta stuðlað að þrængslum í hálsi. Tveir af hverjum þremur kæfisvefn sjúklingum eru yfir kjörþyngd svo offita er langsterkasti einstaki áhættuþátturinn en við teljum að þar skipti máli hvernig fitan dreifist um líkamann, því þar sem fitan sest í tungu og hliðarveggi koksins eru mestar líkur á kæfisvefni.“

Tvær meginástæður eru fyrir meðhöndlun kæfisvefnssjúklinga. Annars vegar leita sjúklingarnir beint á lungnadeild vegna þreytu og dagsyfju en hins vegar vegna þess að oft vaknar grunur hjá heimilislækni, hjartalækni eða innkirtlalækni að hluta orsakar hækkandi blóðþrýstings, hjartabilunar eða sykursýki sé að finna í öndunarerfiðleikum sjúklingsins á nóttunni. Þessir sjúklingar eru þá sendir í kæfisvefnrannsókn til Þórarins á lungnadeild Landspítalans.

#### **Gott að stunda rannsóknir á Íslandi**

Þórarinn flutti heim til Íslands frá Svíþjóð árið 1987 ásamt konu sinni Bryndísi Benediktsdóttur heimilislækni og börnum þeirra. Hann hóf störf á rannsóknarstofu Geðdeildar Landspítalans og segir Tómas Helgason yfirlækni hafa séð mikilvægi

svefnrannsóknanna og ráðið bæði Þórarinn og Helga Kristbjarnarson svo þeir gætu haldið áfram rannsóknum sínum. „Þarna var til staða mælibúnaður til að rannsaka svefn og við gerðum þar allar flóknari mælingar en allur einfaldari búnaður var settur upp á Vífilsstaðaspítala og þar var fljótlega farið að beita blásturstækjum hjá sjúklingum með kæfisvefn. Fyrsti sjúklingurinn sem fékk meðferð á Vífilsstöðum með öndunarvél kom til okkar haustið 1987. Frá þeim tíma höfum við greint 6500 einstaklinga með kæfisvefn og í dag eru tæplega 3000 manns sem nota öndunarvél heimavið á nóttunni. Þetta er mjög svipað hlutfall og þekkest í löndunum í kringum okkur,“ segir Þórarinn.

„Hrafnkell Helgason yfirlækni á Vífilsstöðum hafði mjög góðan skilning á þessum rannsóknum. Hann studdi með öllum ráðum við starfsemina. Gæfa klínísku starfseminnar hefur falist í hópi hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða sem heldur utan um öndunarvélameðferðina. Samhliða því að aðstaðan byggðist upp hófum við að frumkvæði Helga að rannsaka öikumenn sem lent höfðu í slysum þar sem aðeins eitt ökutæki kom við sögu. Niðurstöður okkar sýndu að syfja og þreyta var líkleg orsök slyss í 15-20% tilfella en einn af fylgikvillum kæfisvefns er syfja og þreyta að deginum. Slysatiðni kæfisvefnssjúklinga er fjórum til sex sinnum hærri en hjá þeim sem ekki eru með sjúkdóminn.“

Þórarinn segir samstarf þeirra Helga Kristbjarnarsonar hafa verið einstaklega gott og skemmtilegt. „Helgi stofnaði fyrirtækið Flögu á tíunda áratug síðustu aldar sem varð eitt

hið stærsta í heiminum í þróun tækja til svefnrannsóknna. Helgi hafði mjög víðfeðmt áhugasvið og var mjög vel að sér um tölvubúnað. Honum þótti búnaðurinn einfaldlega ekki nógu góður og setti sér það markmið að hanna og þróa hentugri tæki til svefnrannsóknna.“

Ekki verður saga Flögu rakin hér en segja má að arfleifð og brautryðjendastarf Helga sjái að nokkru leyti stað í því merkilega þróunarstarfi sem fyrirtækið NoxMedical hefur unnið á undanförunum árum og hefur nú borið ávöxt í nýrri kynslóð svefnmælitækja. „Við höfum átt mjög gott samstarf við NoxMedical en einn af kostunum við að starfa á Íslandi er hversu stutt er á milli fólks og auðvelt að eiga þverfagleg samskipti,“ segir Þórarinn.

Margir hafa starfað með Þórarini að rannsóknunum í gegnum árin og fáum ljósara en honum hversu gott samstarf um rannsóknir er mikilvægt. „Það er gríðarlega erfitt að stunda rannsóknir ef maður þarf sjálfur að sjá um alla hluti. Það er langt ferli að undirbúa rannsókn, gera þarf fjölmargar umsóknir um leyfi og fjármagn, síðan þarf að halda utan um verkefnið og ég hef verið svo heppinn að hafa gott fólk með mér og eiga gott samstarf við Landspítalann. Starfsemi Vísinda-, mennta- og gæðasviðs Landspítalans undir stjórn Kristjáns Erlendssonar hefur gjörbreytt aðstöðunni á spítalanum. Mín reynsla er einnig sú að samstarf og samvinna við marga aðila eins og ég hef verið svo lánsamur að taka þátt í er ekki einasta skemmtilegri en að bauka við þetta einn, heldur mun fjórri og líklegri til árangurs. Úrvinnslan verður léttari, tölfræðilegur styrkur rannsóknanna er miklu meiri og það er léttara að birta niðurstöðurnar. Það er mjög gott að stunda rannsóknir á Íslandi þar sem við höfum á að skipa mjög hæfu fólki en það skiptir ekki minna máli að almenningur er mjög jákvæður fyrir þátttöku í rannsóknum og við höfum fengið um og yfir 80% svörum í faraldsfræðirannsóknum okkar. Það gerir niðurstöður okkar mun áreiðanlegri og allt þetta veldur því að talsvert er leitað til okkar Íslendinga um samstarf.“

Fleiri rannsóknir fylgdu í kjölfarið. Gerð var rannsókn á algengi kæfisvefns hjá 2000 konum á aldrinum 40- 59 ára og árið 1990 var gerð kæfisvefnrannsókn á börnum 6 mánaða til 6 ára í Garðabæ. „Þessar rannsóknir vann ég í samstarfi við Bryndísi Benediktadóttur heimilislækni. Niðurstöður rannsóknarinnar vöktu talsverða alþjóðlega athygli. Áhugi vísindasamfélagsins á kæfisvefni meðal barna hefur farið vaxandi en hér á landi höfum við því miður ekki verið vel í stakk búin til að rannsaka hann. Afleiðingar kæfisvefns birtast með öðrum hætti hjá börnum

en fullorðnum. Barn með kæfisvefn verður ekki syfjað og þreytt heldur pirrað og ergilegt. Það er gjarnan undir meðalþyngd vegna þess að lélegur svefn kemur í veg fyrir eðlilega myndun vaxtarhormóns. Ástæða kæfisvefns hjá börnum er oftast of stórir nef- eða hálskirtlar en við sjáum einnig dæmi um kæfisvefn hjá börnum vegna offitu. Frá Bandaríkjunum berast þær fréttir að slíkum sjúklingum hafi fjölgað mikið á undanförunum árum þar sem offita barna og unglunga er orðið stórt heilsufarsvandamál. Því miður höfum við ekki getað sinnt börnunum sem skyldi en þar þyrfti að koma til aukid samstarf við barnalækna um meðferð eftir greiningu.“

### Leita að erfðapáttum kæfisvefns

Það var svo árið 2000 sem Allan Pack á háskóla-sjúkrahúsinu í Filadelfíu í Bandaríkjunum óskaði eftir samstarfi við Þórarin og félagan hans. „Athygli alþjóðavísindasamfélagsins hafði beinst hingað vegna kynningar sem Íslensk erfðagreining hafði fengið erlendis og við nutum örugglega góðs af því. Allan Pack hefur komið hingað ótal sinnum síðan. Við sóttum um styrk til Bandarísku heilbrigðisstofnunarinnar til sameiginlegrar rannsóknar sem við fengum 2002 og var veittur til fimm ára. Í okkar hlut komu 200 milljónir íslenskra króna og þeim peningum hefur verið varið til að rannsaka sjúklinga með kæfisvefn. Ennfremur hefur ómeðhöndluðum sjúklingum með kæfisvefn verið boðin mjög ítarleg rannsókn. Þessari gagnasöfnun lauk í desember 2009. Við erum að senda til birtingar fyrstu greinarnar úr þessari rannsókn. Viðfang rannsóknarinnar eru erfðir og eðli kæfisvefns og við höfum átt gott samstarf við Íslenska erfðagreiningu. Það er búið að skoða erfðaeftni rúmlega helmings þeirra 6500 Íslendinga sem greindir hafa verið með kæfisvefn. Við vitum að kæfisvefn liggur í ættum og það eru komnar aðferðir til að skilja á milli erfðapátta kæfisvefns og offitu svo við getum nú kannað hvaða erfðapáttir gætu verið til staðar. Verið er að hefja vinnu við að bera saman erfðaeftni kæfisvefnssjúklinga frá Bandaríkjunum og Þýskalandi. Vissar vísbendingar hafa komið fram, en við höfum ef til vill fyrst og fremst áttað okkur á því að leit að erfðapáttum kæfisvefns er lengri leið en við töldum í upphafi. Ýmsir þættir koma til; það virðist til dæmis vera háð erfðum hvort menn fitna, einnig hvernig fitan dreifist, hvernig líkaminn bregst við þrengslum í koki, hvernig líkaminn bregst við truflun á svefni og hvort því fylgir syfja að deginum. Einnig er vafalaust háð erfðum hvort endurteknar svefntruflanir valda þeim fylgikvillum sem oft



eru tengdir við kæfisvefn, til dæmis háþrýstingi. Allt þetta undirstrikar hversu mikilvægt er að vera í alþjóðlegu samstarfi um þessar rannsóknir. Samstarf okkar við Allan Pack hefur leitt af sér mjög breiða alþjóðlega vísindalega samvinnu. Meðal þess sem við höfum gert er að samræma ýmis konar aðferðir við að meta sjúklingana og nýtt okkur segulómtækni og röntgenmyndir af efri loftvegi ásamt stafrænum ljósmyndum sem Sigurður Júlíusson háls-, nef- og eyrnalæknir hefur tekið. Aðferðin felst í því að nota stafrænu ljósmyndirnar með ákveðnum merkingum til samanburðar við segulómmyndir sem er mjög dýr rannsókn og verður aldrei gerð í stórum stíl þess vegna. Með þessu erum við að búa til einfaldari, ódýrari en jafnframt örugga matsaðferð til að skoða andlitsfall og efri loftveg sjúklinganna. Með þessu verða rannsóknir á kæfisvefni á stórum hópum fjárhagslega mögulegar. Þannig vonumst við eftir nægum fjölda og tölfraeðistyrk til að geta fundið þessa flóknu erfðabætti sem ég nefndi.“

Rannsóknarsamstarfið við Alan Pack og hans fólk hefur gengið einstaklega vel að sögn Þórarins og nýlega fékkst annar jafnhár styrkur frá Bandarísku heilbrigðisstofnuninni til næstu fimm ára. Tveir íslenskir doktorsnemar hafa unnið að rannsóknnum innan verkefnisins, Erna Sif Arnardóttir líffræðingur er komin vel áleiðis með rannsókn sína á genatjáningu og bólguboðefnum sem tengjast kæfisvefni. Nýlega var einnig skráð til doktorsnáms Erla Björnsdóttir sálfræðingur sem hyggst rannsaka líðan kæfisvefnssjúklinga fyrir og eftir meðferð. Þórarinn segir að styrkir Bandarísku heilbrigðisstofnunarinnar séu alger forsenda fyrir því að hægt sé að stunda þessar rannsóknir og til samanburðar má nefna að fjármunirnir sem koma í hlut Þórarins og samstarfsfólks hans eru svipaðir og Landspítalinn ver árlega til beinna vísindastyrkja. „Mikill hluti þessara fjármuna rennur til spítalans fyrir þá þjónustu sem við kaupum af honum vegna rannsóknarinnar og til sérstakra starfsmanna verkefnisins. Landspítalinn sér algerlega um fjármálalegan rekstur rannsóknarinnar og allt það samstarf hefur verið einstaklega gott.“

### Rannsóknir á langvinnri lungnateppu

Rannsóknir Þórarins hafa þó ekki einskorðast við kæfisvefn heldur hefur hann einnig rannsakað og meðhöndlað sjúklinga með astma og ofnæmi og langvinna lungnateppu. „Þetta er alveg annar kafli í þeim rannsóknnum sem ég hef stundað en upphaf þess miðast við árið 1990 þegar við tókum þátt í Evrópukönnuninni Lungu og heilsa, fjölbjóðlegri rannsókn á fólki á aldrinum

20-44 ára og fór fram á Norðurlöndunum, víða í Evrópu og í Portland í Bandaríkjunum. Í þessari rannsókn er verið að skoða hvað stuðlar að astma, ofnæmi og langvinnri lungnateppu. Hópnunum var fylgt eftir árið 2000 og enn og aftur í haust árið 2010. Þessi rannsókn var studd af Efnahagsbandalaginu upphaflega og hefur gengið mjög vel. Langflestar þeirra vísindagreina sem ég hef birt á undanförunum 20 árum tengjast þessari rannsókn. Rannsóknin á Íslandi hefur verið í nánú samstarfi við Davíð Gíslason, ofnæmislækni og margir fleiri íslenskir læknar og vísindamenn hafa tekið þátt í þessari rannsókn en ég hef setið í alþjóðlegri stjórn hennar og leitt íslenska rannsóknarhópinn. Prófessor Christer Janson í Uppsölum hefur verið minn aðalsamstarfamaður í aldarfjórðung og undanfarin ár hafa á hverju ári dvalist íslenskir læknar í Uppsölum og unnið að sameiginlegum verkefnum.“

Önnur fjölbjóðleg rannsókn sem snýr sérstaklega að langvinnri lungnateppu nefnist BOLD (Burden of Obstructive Lung Disease). Rannsakað var algengi langvinnrar lungnateppu hjá hópi fólks á höfuðborgarsvæðinu 40 ára og eldra. „Okkur brá nokkuð við niðurstöður þessarar rannsóknar þar sem algengi langvinnrar lungnateppu er hið sama og í nálægum löndum.“

Langvinn lungnateppa er að sögn Þórarins langstærsti og dýrasti sjúkdómaflokkurinn sem lungnalæknar fást við. „Orsök sjúkdómsins má að langmestu leyti rekja til reykinga en það er mjög misjafnt eftir einstaklingum hversu miklar eða litlar reykingarnar þurfa að vera til að setja sjúkdóminn af stað. Auk hins beina orsakasambands við reykingar hefur rannsóknin beinst að því að finna hvaða aðrar ástæður geta valdið lungnateppu og hefur þáttur bólguboðefna verið staðfestur. Rannsókn á þessu fór fram á árunum 2002-2004 og niðurstöður hennar hafa birst á undanförunum misserum. Meðal annars birtum við nýlega samanburð á umfangi og kostnaði við langvinna lungnateppu milli Reykjavíkur og Bergen og í ljós kom að kostnaður er nokkru hærri hér og í gangi eru aðgerðir til að leiðrétta þann mun eftir því sem kostur er. Meðallegutími sjúklinga með langvinna lungnateppu hefur verið of langur hér.“

### Skert lífsgæði í langan tíma

Langvinn lungnateppa er ásamt lungnakrabbameini ein alvarlegasta og banvænasta afleiðing reykinga. Þróun þessara tveggja sjúkdóma er þó gerólík. „Lungnakrabbamein er sú heilsufarsvá sem oftast er tengd reykingum. Hér á landi greinast um 130 manns á ári með lungnakrabbamein. Samanburð lungnakrabbameins og lungnateppu

má orða þannig að lífsgæði sjúklings með lungnakrabbamein eru yfirleitt ekki skert nema í tiltölulega stuttan tíma, rétt undir andlátíð. Sjúklingur með langvinna lungnateppu lifir mun lengur með sjúkdóminn en lífsgæðin eru skert verulega í mun lengri tíma. Þrátt fyrir að lyf geri visst gagn og slái á einkenni hefur ekki orðið stórvægileg framför í meðferð langvinnrar lungnateppu á undanförunum árum. Við breytum ekki gangi sjúkdómsins nema að litlu leyti. Greining á sér yfirleitt stað fremur seint á sjúkdómsferlinu og meðferð hefur því tiltölulega lítil áhrif. Flestir innliggjandi sjúklingar lungnadeildar eru með langvinna lungnateppu, mun fleiri á hverjum tíma en krabbameinssjúklingar.“

Evrópukönnunin 1990 leiddi í ljós að 40% fólks á aldrinum 20-44 ára reykti að staðaldri. „Ísland var í þeim tíma í öðru sæti N-Evrópuþjóða með algengi reykinga í þessum aldurshópi. Ekki tók betra við þegar algengi óbeinna reykinga var skoðað en þar voru Íslendingar í fremur vafasömu heiðursæti. Á sama tíma mátti maður hlusta á opinbera aðila tala digurbarkalega um að Íslendingar væru fremstir meðal þjóða í reykingavörnum. Í rannsóknunum árið 2000 og síðar hafði vissulega dregið úr reykingunum en við vorum þó meðal fremstu reykingaþjóða N-Evrópu. BOLD rannsóknin árið 2004 leiddi í ljós að íslenska konan skipaði heiðursætið því 61% íslenskra kvenna reyktu eða höfðu reykt.“

Þóririnn er ómyrkur í máli þegar hann ræðir um reykingarnar og afleiðingar þeirra. Hann bendir á að þrátt fyrir að dregið hafi talsvert úr reykingum meðal þjóðarinnar í heild á undanförunum árum staðfesti kannanir að meðal yngstu aldurshópanna, unglinga, hefur ekki dregið úr reykingum í sama mæli og hjá eldri hópnum. „Hér erum við að tala um aldurshópin 12-18 ára sem ekki hefur einu sinni leyfi til að kaupa tóbak. Við virðumst búa við það einkennilega ástand á Íslandi að aðgengi barna og unglinga að tóbaki er ótrúlega auðvelt og alltof margir byrja að reykja á unglingsaldri og reyna síðan á þrítugs- eða fertugsaldri að hætta reykingum. Það hefur vakið furðu mína og margra annarra heilbrigðisstarfsmanna hversu mikil andstaða virðist vera í hópi stjórnmalamanna við ákveðna og afdráttarlausara banni við sölu á tóbaki. Það hefur margsannast erlendis á undanförunum árum og áratugum að tóbaksframleiðendur hika ekki við að bera fé á þá sem bera ábyrgð á reglusetningu um tóbaksvarnir og það væri verðugt rannsóknarefni að kanna hvort því sé á annan veg farið hér á landi.“

### Mikilvægt að greina sjúkdóminn fyrr

Greining langvinnrar lungnateppu er að sögn Þórarins mjög ábótavant. „Langvinna lungnateppu má greina með einföldu blástursprófi og það er í rauninni óskiljanlegt að blástursprófið sé ekki löngu orðinn sjálfsagður hluti af almennri heilsufarskoðun fólks sem kemur á heilsugæsluna. Hingað á lungnadeildina koma sjúklingar með langt gengna lungnateppu sem hafa aldrei á æfinni tekið blásturspróf en fengið endurtekna sýklalyfjakúra hjá heimilislækni vegna öndunarfæraeinkenna. Að þessu leyti stöndum við langt að baki þeim þjóðum sem við viljum helst bera okkur saman við. Hér er um að ræða samvinnuverkefni okkar og heilsugæslunnar en þó vil ég leggja alla áherslu á að mikilvægast af öllu er að draga úr reykingum með öllum tiltækum ráðum. Blásturspróf ætti að vera búíð að framkvæma á öllum sem orðnir eru fertugir og þeim sem sýna einkenni á að fylgja eftir uppfrá því. Með þessu gætum við haldið niðri sjúkdómnum og værum að fá færri sjúklinga til meðferðar með ómeðhöndlaða langvinna lungnateppu á lokastigi.“

Þóririnn segir að auk þeirra kannana sem þegar eru nefndar hafi verið gerð könnun á langvinnri lungnateppu á Íslandi í samburði við hin Norðurlöndin og birtar um það fimm greinar undir forystu Gunnars Guðmundssonar lungnalæknis. „Það er mikil þörf á að rannsaka betur langvinna lungnateppu og vonandi tekst okkur að virkja til þess ungt fólk. Það skiptir meginmáli að við getum boðið unga fólkinu samkeppnishæft umhverfi sem stenst samburð við það sem er á norrænum háskólasjúkrahúsum. Framtíðin felst í menntun unga fólksins og það er ánægjulegt að áherslan í háskólaumhverfinu er á að ungt fólk hefji snemma rannsókn- og vísindaferil sinn til að ná árangri. Sjálfur var ég kominn vel á fertugsaldur þegar ég birti mína fyrstu vísindagrein en við viljum að unga fólkið í dag sé komið mun fyrr af stað.“

## Leiðrétting

Í Læknablaðinu í júlí síðastliðnum, í umfjöllun Þorkels Jóhannessonar um mynd mánaðarins, var föðurnafn Magnúsar prófessors í lyfjafræði ranghermt en hann er Jóhannsson. Blaðið biðst velvirðingar á þessu.