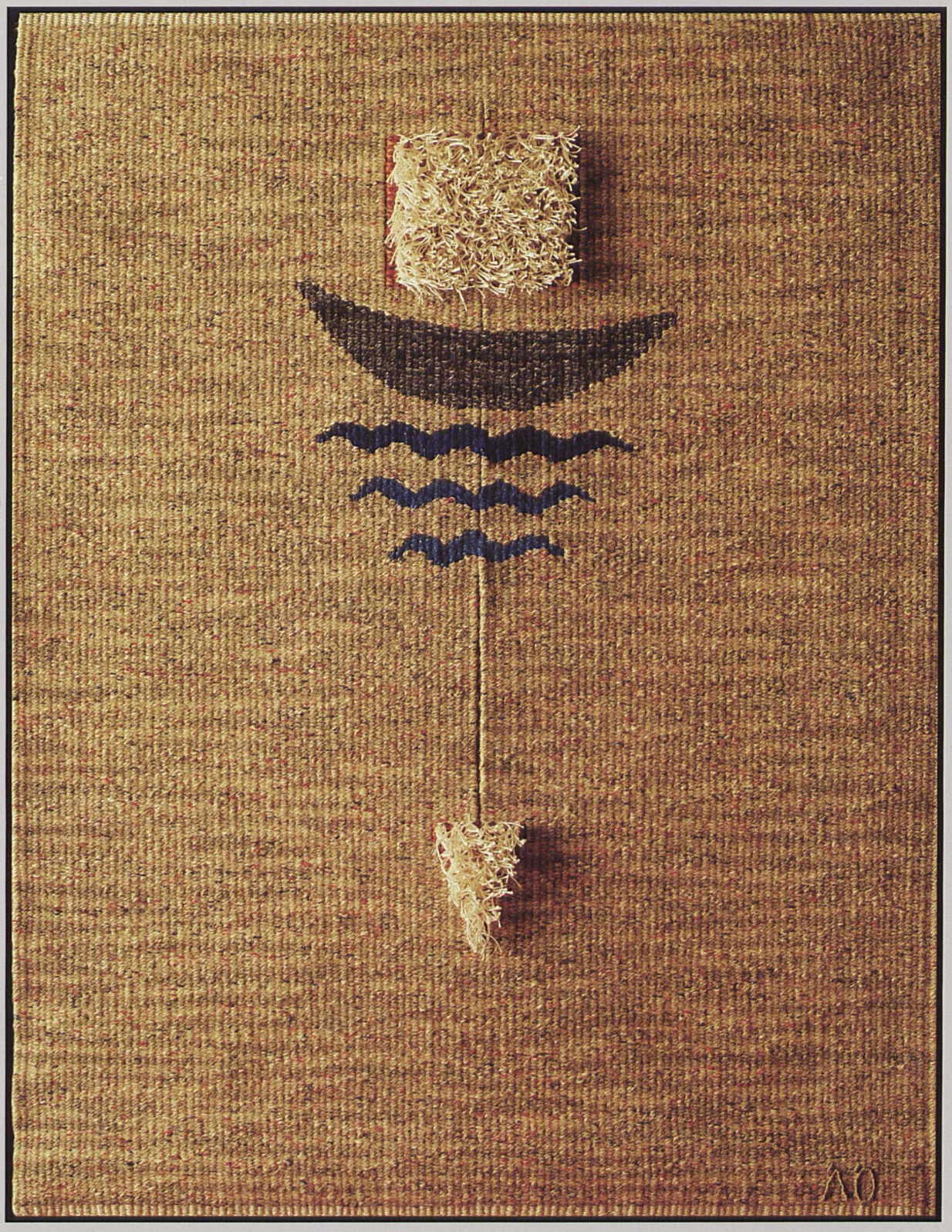
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



3/2000

Carduran® Retard (doxazósín)

Áhrifarík einkennameðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli

- 4 mg einu sinni á dag
- Einföld skömmtun
- Tekið með eða án fæðu hvenær sem er dagsins
- Engar þekktar milliverkanir

Carduran® Retard (doxazósín)

Carduran Retard. **FORÐATÖFLUR; C 02 C A 04 R E**
Hver forðatafla inniheldur: Doxazosinum INN, mesýlat, 5,093 mg, samsvarandi Doxazosinum INN 4 mg. Ábendingar: Háþrýstingur. Einkennameðferð fram að skurðaðgerð vegna stækkunar á blöðruhálskirtli. Skammtar og lyfjagjöf: Háþrýstingur: Fullorðnir: Venjulegur skammtur er 4 mg einu sinni á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammt í 8 mg einu sinni á dag. Carduran Retard má nota eitt sér eða með öðrum efnum, t.d. tíazíðþvagræsilyfjum, beta-blokkurum, kalsíumgangalokum eða ACE-hemlum. Einkennameðferð vegna stækkunar á blöðruhálskirli: Fullorðnir: Venjulegur skammtur er 4 mg einu sinni á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammt í 8 mg einu sinni á dag. Carduran Retard má nota hjá sjúklingum með stækkun á blöðruhálskirtli hvort sem þeir eru með hækkaðan blóðþrýsting eða ekki, þar sem breytingar á blóðþrýstingi hjá sjúklingum sem ekki eru með háþrýsting, er klínískt ómarktæk. Hjá sjúklingum með háþrýsting eru báðir sjúkdómar meðhöndlaðir samtímis. Hámarksskammtur sem mælt er með er 8 mg einu sinni á dag. Töflurnar má taka með eða án matar. Töflurnar á að gleypa í heilu lagi með nægilegum vökva. Aldraðir: Sömu skammtar og tilgreindir eru handa fullorðnum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Venjulegir skammtar. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Sjá kaflann Varúð. Börn: Ekki er mælt með notkun lyfsins handa börnum. Frábendingar: Ofnæmi fyrir lyfinu eða skyldum lyfjum. Notkun Carduran Retard er frábending hjá sjúklingum með sögu um teppu í meltingarvegi eða þrengsli í vélinda eða meltingarfærum. Varúð: Leiðbeiningar fyrir sjúkling: Sjúklingar skulu upplýstir um að gleypa á Carduran Retard forðatöflurnar heilar. Sjúklingarnir mega hvorki tyggja, skipta né mylja töflurnar. I Carduran Retard er lyfjaefnið í hýði sem frásogast ekki en er sérstaklega gert þannig að efnið losnar smám saman. Þegar því er lokið skilst töfluhýðið tómt úr líkamanum. Sjúklingunum skal því sagt að þeir þurfi ekki að hafa áhyggjur af því þótt þeir sjái stöku sinnum eitthvað í hægðunum sem líkist töflu. Sjúklingar með bráða hjartasjúkdóma: Eins og við á um öll önnur æðavikkandi blóðþrýstingslækkandi lyf á að gefa sjúklingum doxazósín með varúð ef þeir eru með eftirtalda bráða hjartasjúkdóma: lungnabjúg vegna ósæðarþrengsla eða míturlokuþrengsla, hjartabilun við há atköst (high output), hægri hjartabilun vegna lungnablóðreks eða gollurshússvökva og hjartabilun. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Eins og við á um öll lyf, sem umbrotna að fullu í lifur, á að gefa sjúklingum doxazósín með varúð ef þeir hafa einhver merki um vægt skerta eða meðalskerta lifrarstarfsemi (sjá kafla um lyfjahvörf). Þar sem engin klínísk reynsla liggur fyrir um notkun lyfsins hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki mælt með notkun þess hjá þeim. Milliverkanir við lyf eða annað: Engar milliverkanir eru þekktar, en doxazósín eykur blóðþrýstingslækkandi áhrif annarra blóðþrýstingslækkandi lyfja. Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið á hvorki að nota á meðgöngutíma né hjá konum með barn á brjósti þar sem reynsla liggur ekki fyrir. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Lyfið getur dregið úr hæfni manna til aksturs bifreiða og stjórnunar annarra véla, einkum í upphafi meðferðarinnar. Aukaverkanir: Í klínískum samanburðarrannsóknum voru algengustu aukaverkanirnar af völdum Carduran Retard eftirtaldar: Algengar (>1%): Almennar: Svimi, höfuðverkur, vanlíðan, þreyta, þróttleysi, bjúgur, svefnhöfgi. Hjarta og æðakerfi: Lágur blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, uppköst, magabólga. Ónæmisfræði: Nefslímubólga. Aukaverkanir af Carduran Retard eru að öðru leyti svipaðar og aukaverkanir af völdum venjulegra doxazósín tatlna. Sömu aukaverkanir koma fram hjá öldruðum og þeim sem yngri eru. Lyfjahvörf: Frásog: Eftir inntöku lækningalegs skammts frásogast Carduran Retard vel og nást hámarksgildi í blóði um 8-9 klst. eftir inntöku. Rannsóknir á lyfjahvörfum lyfsins hafa ekki leitt í ljós marktækar breytingar hjá öldruðum í samanburði við yngri sjúklinga. Umbrot/útskilnaður: Útskilnaður úr blóði er í tveimur fösum og er helmingunartími útskilnaðar í lokafasa 22 klst., sem er grundvöllur þess að lyfið er gefið einu sinni á sólarhring. Útlit: Forðatöflur 4 mg: Kringlóttar, kúptar, hvítar, filmuhúðaðar töflur um 9,0 mm í þvermál og með deiliskoru á annarri hliðinni. Pakkningar og verð 1. desember 1999: Forðatöflur 4 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 2.980 kr.; 98 stk. (þynnupakkað) 8.488 kr. **Sjá nánari upplýsingar um lyfið í sérlyfjaskrártexta í Fréttabréfi Lyfjanefndar ríkisins í október 1999**. Umboð á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.

FRÆÐIGREINAR

159 **Ritstjórnargreinar:**
Engin sátt enn um gagnagrunn á heilbrigðissviði
Vilhjálmur Rafnsson

161 **Andrógenónæmi**
Árni V. Þórsson

163 **Algjört andrógenónæmi í íslenskri fjölskyldu vegna stökkbreytingar í sterabindistað andrógenviðtækis**
Ísleifur Ólafsson, Kristleifur Kristjánsson, Gunnlaug Hjaltadóttir, Marianne Schwartz, Árni V. Þórsson
Sjúkdómurinn sem hér er lýst hefur í för með sér truflun á eðlilegri kynþróun hjá karlfóstri. Greint er frá niðurstöðum erfðafræðilegrar rannsóknar á íslensrki fjölskyldu þar sem er að finna tvo einstaklinga haldna sjúkdómnum. Erfðagreining skapaði grundvöll til erfðaráðgjafar hjá fjölskyldunni.

168 **Sjúkdómar í efri meltingarvegi. Er *Helicobacter pylori* orsökin?**
Bergþór Björnsson, Kjartan Örvar, Ásgeir Theodórs
Rannsóknin náði til 562 sjúklinga sem vísað var til St. Jósefsspítala í Hafnarfirði á tveggja ára tímabili. Var rannsókninni meðal annars ætlað að bera saman niðurstöður klínískrar greiningar og holsjárskoðunar. Höfundar telja niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að *H. pylori* eigi ekki jafn stóran þátt í sjúkdómum í efri meltingarvegi og talið hefur verið, en ítarlegri rannsókna sé þörf.

174 **Dauðsföll af völdum sveppasýkinga. Könnun á 134.762 sveppasýkingum á íslenskum sjúkrahúsum**
Ólafur Þ. Jónsson
Rannsóknin byggir á upplýsingum frá 14 stærstu sjúkrahúsum landsins og tekur yfir fimm ára tímabil. Engin dauðsföll af völdum sveppasýkinga voru skráð á tímabilinu. Samanburður við niðurstöður erlendra kannana gefur til kynna að ástandið sé gott hér á landi hvað þetta varðar.

178 **Sjúkratilfelli mánaðarins: Góðkynja meinvarpandi sléttvöðvaæxli**
Andri Konráðsson, Helgi J. Ísaksson, Bjarni Torfason, Helgi Sigurðsson
Sjúkdómur þessi er afar sjaldgæfur og hefur einungis verið lýst um 30 staðfestum tilfellum í heiminum. Hér er lýst fyrsta þekkta tilfellinu á Íslandi auk þess sem fjallað er almennt um sjúkdóminn og gang hans.

180 **Fræðileg ábending: Endursköpun þvagfæra**
Eiríkur Jónsson
Höfundur lýsir aðferðum sem beitt er við endursköpun þvagvega, en skammt er síðan farið var að framkvæma slíkar aðgerðir hérlendis. Í greininni er einnig bent á nýja valmöguleika til lausnar alvarlegum þvagfærasjúkdómum. Nákvæmar skýringarmyndir fylgja texta.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

3. tbl. 86. árg. Mars 2000

Aðsetur:
Hlíðasmári 8, 200 Kópavogi

Útgefandi:
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar:
Læknafélög: 564 4100
Læknablaðið: 564 4104
Bréfsími (fax): 564 4106

Læknablaðið á netinu:
http://www.icemed.is/laeknabladid

Ritstjórn:
Emil Sigurðsson
Hannes Petersen
Karl Andersen
Reynir Arngrímsson
Vilhjálmur Rafnsson ábm.
Netfang: journal@icemed.is

Ritstjórnarfulltrúi:
Birna Þórðardóttir
Netfang: birna@icemed.is
(Macintosh)

Auglýsingastjóri og ritari:
Ragnheiður K. Thorarensen
Netfang: ragnh@icemed.is
(PC)

Blaðamaður, umbrot:
Þröstur Haraldsson
Netfang: throstur@icemed.is
(Macintosh)

Upplag: 1.500

Áskrift: 6.840,- m.vsk.
Lausasala: 684,- m.vsk.

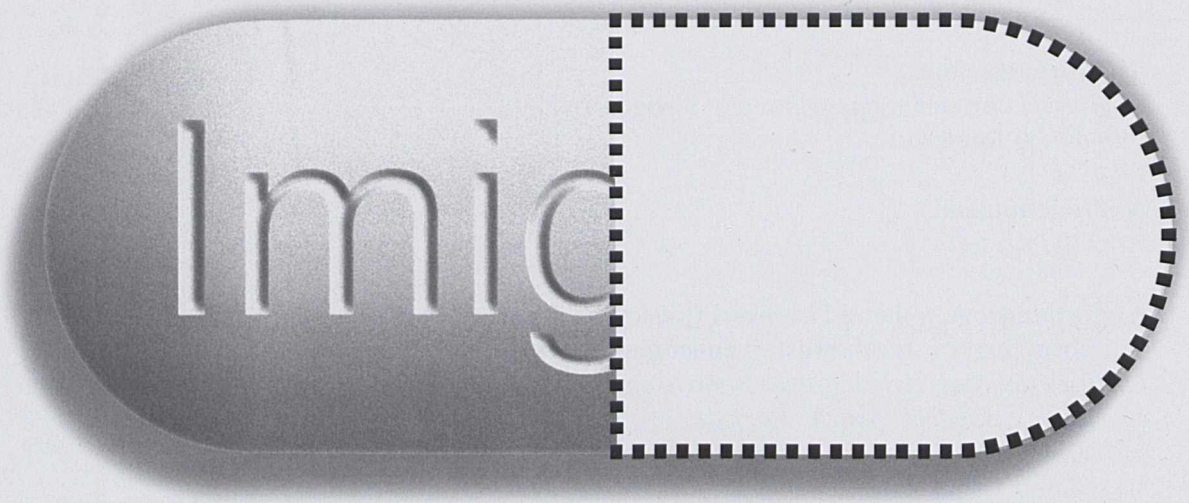
© **Læknablaðið**
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

Prentun og bókband:
Prentsmiðjan Grafík hf.,
Smiðjuvegi 3, 200 Kópavogi

Pökkun:
Plastpökkun, Skemmuvegi 8,
200 Kópavogi.

ISSN: 0023-7213

Umræðuhluti
Skilafrestur er 20. undanfarandi mánaðar, nema annað sé tekið fram.



ÞAÐ HÁLFA ER NÓG

Upphafsskammtur mígrenilyfsins Imigran er nú 50 mg í stað 100 mg. Helmingi minni skammtur er jafn áhrifaríkur og getur haft minni aukaverkanir í för með sér.[1)] Sparnaður sjúklinga og þjóðfélagsins í heild er ótvíræður.

Frá því Imigran kom á markað hefur það gjörbreytt lífi fjölmargra mígrenisjúklinga. Nú getur þú lækkað lyfjakostnað þessa fólks og gefið fleiri mígrenisjúklingum kost á betra lífi með Imigran.

IMIGRAN
Þegar til kastanna kemur

GlaxoWellcome
Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

Imigran (Glaxo, 900125) STUNGULYF sc; N 02 C X 04 **1 ml inniheldur**: Sumatriptanum INN, súkkínat, 16,8 mg, samsvarandi Sumatriptanum INN 12 mg, Natrii chloridum 7 mg, Aqua ad iniectabilia ad 1 ml. TÖFLUR; N 02 C X 04 **Hver tafla inniheldur:** Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Eiginleikar:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótónínviðtaka af undirflokki 5-HT1D í heilaæðum. Lyfið veldur þannig samdrætti í heilaæðum, einkum greinum a. carotis. Vikkun þessara æða er talin orsök verkjanna við mígreni. Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð og um 30 mínútum eftir inntöku. Aðgengi eftir gjöf undir húð er nánast 100%, en að meðaltali 14% eftir inntöku. Blóðþéttni nær hámarki innan 25 mín. eftir gjöf undir húð, en oftast innan 45 mín. eftir inntöku. Dreifingarrúmmál er 2,7 l/kg. Binding við plasmaprótein er 20-30%. Lyfið umbrotnar að miklu leyti (80%) í óvirk umbrotsefni í lifur og skilst út í nýrum. **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómur, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. Algengar (>1%): Óþægindi á stungustað. Þreyta, sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. Sjaldgæfar (0,1% - 1%): Hækkun lifrarenzýma í blóði. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **Varúð:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja samtímis notkun lyfsins. Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og getur leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. **Athugið:** Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klíniskrar reynslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. Töflur: Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla.Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin eru viðvarandi eða koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. *Stungulyf:* Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6 mg) innan 24 klst., en minnst ein klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24 mg) á mánuði. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (= 6 mg virkt efni) x 2; - 7.695 kr.; einnota dæla 0,5 mg (= 6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen) - 7.695 kr. Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað) - 10.977 kr. Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað) - 9.327kr. Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslenzku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Skráning lyfsins er bundin því skilyrði að ávísanir takmarkist við mest eina pakkningastærð hvors lyfjaforms. Sérlyfjaskrá 1997.

1) Pfaffenrath V. Veggspjald; 2nd. Congress of EFNS; Róm; 30. okt. - 2. nóv.; 1996

GOTT FÓLK • SÍA • 6004

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

186 **Af sjónarhóli stjórnar: Hugleiðingar um einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu**
Eyþór Björgvinsson

187 **Codex og tryggingar**
Guðmundur Helgi Þórðarson

189 **Sameinum sjúkrahúsin í nýrri byggingu**
Ályktun stjórna LÍ og LR

191 **Enn er deilt um gagnagrunninn**
Þröstur Haraldsson

195 **Viðauki B við rekstrarleyfi gagnagrunns**

197 **Mannaflaþörf í myndgreiningu á næstu árum. Stefnir í óefni?**
Pétur H. Hannesson

198 **Læknar munið söfnun vegna málshöfðunar**
Pétur Hauksson

Sýning á sögu lækningarannsókna sett upp í K-byggingu Landspítalans

Félag eldri borgara mótmælir lokun deilda á sjúkrahúsum

199 **Hér á landi er rúm fyrir í það minnsta fjögur líftæknifyrirtæki**
Rætt við Bernharð Pálsson stjórnarformann Urðar, Verðandi, Skuldar
Þröstur Haraldsson

203 **Að finna upp hjólið**
Árni Björnsson

205 **Ályktanir frá aðalfundi Geðlæknafélags Íslands**

206 **Broshornið: Ég endurtek, nýr vettvangur**
Bjarni Jónasson

207 **Íðorðasafn lækna 120: Ofnæmishneigð**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

208 **Endurtengingar eggjaleiðara**
Reynir Tómas Geirsson, Auðólfur Gunnarsson

Bæklingur um holsjáraðgerðir

210 **Lyfjamál 83**
Frá Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og landlækni

211 **Gömul læknisráð: Tjarnarplásturinn**
Hallgerður Gísladóttir

212 **Fundur Evrópusamtaka sérfræðilækna í Vínarborg 21.-24. október 1999**
Páll Matthíasson

214 **Ráðstefnur og fundir**

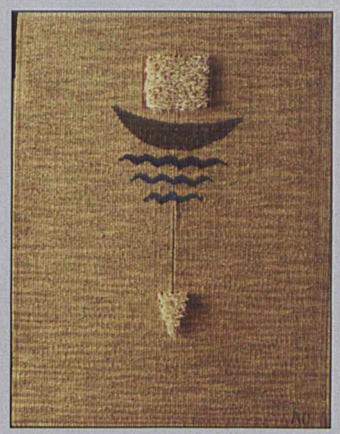
216 **Lausar stöður**

224 **Okkar á milli**

226 **Minnisblaðið**

Sími Læknablaðsins er
564 4104
Bréfsíminn er 564 4106

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Ása Ólafsdóttir

Veflistin hefur átt sér öfluga liðsmenn í íslenskri nútímalist og í henni hefur verið unnið úr ýmsum þemum, tengdum þjóðlegri táknhefð jafnt sem formrænum viðfangsefnum samtímalistarinnar. **Ása Ólafsdóttir** hefur einmitt lengi staðið framarlega í hópi þeirra sem hafa sameinað þessa tvo þætti og unnið jöfnum höndum með hrein og einföld form, íslenska náttúru og táknræn minni úr íslenskri menningarsögu. Verk sín hefur hún sýnt hér heima og víða um Norðurlönd og er vefi eftir hana að finna í öllum helstu söfnum hér á landi og í söfnum í Svíþjóð þar sem Ása stundaði framhaldsnám við listiðnaðarskólann í Gautaborg.

Ása vinnur nú að myndröð sem hún nefnir **Lykla** og er myndin á forsíðu blaðsins úr henni. Nú sem áður sameinar hún formræna rannsókn við íhugun um táknmyndir og tengir hvort tveggja við myndbyggingu sem minnir á form kvenlíkamans. Þannig áréttar hún að um kvenlega skynjun sé að ræða í verkunum og myndröðin verður eins konar lykill að upplifun hennar sjálfrar sem konu. Myndin á forsíðunni nefnist **Lykill að hafi** og í henni eru hlutföll og form sem ganga gegnum myndröðina alla, en jafnframt hin greinilegu tákn skips og hafs sem tilheyra þessum eina lykli. Formræn tenging myndanna í röðinni gerir Ásu kleift að fjalla um hvert viðfangsefnið af öðru án þess að rjúfa heildina og þannig nálgast hún eins konar uppgjör við veruleikann þar sem verkið, vefurinn, markar persónulega sýn hennar á hin ýmsu svið umhverfisins og tilfinningalífsins. En þótt verkin séu persónuleg geta þau jafnframt verið lyklar fyrir áhorfandann sem í gegnum þau skynjar enduróm af sinni eigin reynslu og tengist þannig bæði listakonunni og sínu eigin umhverfi í nýjum fagurfræðilegum skilningi.

Jón Proppé

Leiðrétting

Í síðasta tölublaði Læknablaðsins, 2/2000, féll niður nafn þess er ritar um listamann mánaðarins. Pistillinn í 2. tölublaði var skrifaður af Jóni Proppé.

Gegn ristli og herpes simplex sýkingum

VALTREX
VALACICLOVIR

Vinnur á einkennunum

Valtrex arftaki acíklóvírs, áhrifaríkara, einfaldari skömmtun, þolist jafnvel. [1,2]



öflur: Hver tafla inniheldur: alaciclovirum INN, hydróklóríð, amsvarandi Valaciclovirum INN 500 mg.
bendingar: Ristill (herpes zoster) hjá júklingum með eðlilegt ónæmiskerfi ar sem búist er við að sjúkdómurinn erði erfiður.
erpes simplex sýkingar í húð og limhúðum, þ.m.t. herpes genitalis æði frumsýking og seinni ndursýkingar.
rábendingar: Ofnæmi fyrir valaciklóvíri öa aciklóvíri.
Varúð: Skert nýrnastarfsemi getur leitt l uppsöfnunar lyfsins. Þarf því að ðlaga skammta að nýrnastarfsemi. duga þarf að nægjanlegri vökvagjöf hjá ldri sjúklingum og sjúklingum með ækkun á kreatínínklerans.
Meðganga og brjóstagjöf: Klínísk eynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er takmörkuð. Dýratilraunir bentu ekki til fósturskemmandi áhrifa. Lyfið hafði ekki áhrif á frjósemi hjá rottum. rannsókn þar sem 300 konur fengu aciklóvír á fyrsta þriðjungi meðgöngu hefur ekki orðið vart óæskilegra áhrifa á fóstur, benda má þó á meira aðgengi valacíklóvírs. Mælt er með að nota lyfið aðeins að mjög vel yfirlögðu ráði hjá barnshafandi konum. Lyfið útskilst í brjóstamjólk en áhrif á barnið teljast ólíkleg við venjulega skömmtun þess.
Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanir eru höfuðverkur og ógleði.
Algengar (>1%):
Almennar: Höfuðverkur, ógleði, uppköst.
Sjaldgæfar (0,1-1%):
Húð: Útbrot.
Mjög sjaldgæfar (<0,1%):
Almennar: Svimi.
Miðtaugakerfi: Rugl, ofskynjanir, syfja.
Einstök tilvik hafa sést af hækkun á bilirubini í blóði og lifrarenzymgildum svo og væg fækkun rauðra blóðkorna og blóðflagna. Þá hefur serum kreatíníngildi hækkað. Stöku sinnum verður vart þreytu og hárloss. Orsakasamband hefur þó ekki verið staðfest.
Milliverkanir: Címetidín og próbenisíð eykur flatarmál undir blóðþéttniferli um 20 og 40% fyrir aciklóvír vegna minnkaðs útskilnaðar í þvagi.
Athugið: Klínísk reynsla af notkun valaciklóvírs hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi er lítil.
Skammtastærðir handa fullorðnum:
Ristill (herpes zoster): 1 g þrisvar sinnum á dag í eina viku. Hefja skal meðferð sem fyrst eftir að einkenna verður vart, helst innan 72 klst. Aðlaga skal skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi skv. eftirfarandi töflu:

Keratíninklerans ml/mín	*Skömmtun*
15-30 ml/mín	1 g tvisvar/dag
(15 ml/mín	1 g / dag

Hjá sjúklingum sem eru á blóðskilun er mælt með sömu skömmtum og hjá sjúklingum með kreatíninklerans minni en 15 ml/mín., en skammturinn gefinn eftir hverja blóðskilun.
Herpes simplex: 500 mg tvisvar á dag í 5 daga. Við frumsýkingu getur verið þörf á að meðhöndla í allt að 10 daga. Skammtaaðlögun við verulega nýrnabilun: 500 mg einu sinni á dag.
Pakkningar: 10 stk. (þynnupakkað) 4.973.-; 42 stk. (þynnupakkað) 18.750.-.

Tilvísanir:
1. Beurner KR et al. Antrimjob. Agents Chemother. 1995; 39(7): 1546-1553
2. A placebo controlled study of Valtrex for the treatment of Genital HSV. Archiver of Intenar Medicine, In Press.

GlaxoWellcome
Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

Engin sátt enn um gagnagrunn á heilbrigðissviði

GAGNAGRUNNUR Á HEILBRIGÐISSVIÐI er til umræðu í Læknablaðinu. Í þetta sinn er reynt að gefa yfirlit yfir það nýjasta; greint er frá viðbrögðum við veitingu rekstrarleyfisins til handa Íslenskri erfðagreiningu og fyrirhugaðri málsókn Mannverndar og ýmissa einstaklinga á hendur íslenska ríkinu. Á síðustu tímum hafa hlutirnir gerst svo hratt að erfitt er fyrir Læknablaðið, sem kemur mánaðarlega, að velja til frásagnar það sem lesendur hafa enn áhuga á jafnframt því reyna að upplýsa lækna um heildarstöðu mála. Þótt allmargir læknar hafi lýst afdráttarlausri skoðun sinni á gagnagrunninum, til lasts eða lofs, hefur Læknablaðið einnig orðið þess vart að til eru þeir sem vilja tjá sig af mikilli varfærni um málið, og bera ýmsu við. Klínískum læknum finnst ef til vill að þeir séu staddir í átökum milli hagsmuna sjúklinga og vilja heilbrigðisyfirvalda, og að þeir eigi að sýna báðum aðilum hollustu, en það kann að reynast torratað. Margir eru búnir að gera upp hug sinn um hvernig brugðist muni við og væntir Læknablaðið þess að fá að heyra og birta skoðanir lækna um málið.

VILHJÁLMUR RAFNSSON

Efnisyfirlit 1999 í réttri stærð!

ÞEIR ÁSKRIFENDUR LÆKNABLAÐSINS sem binda það inn eða halda því til haga með öðrum hætti hafa eflaust lent í nokkrun erfiðleikum með að koma efnisyfirliti ársins 1999 sem að vanda fylgdi fyrsta tölublaði þessa árs heim og saman við tölublöð ársins. Ástæðan var sú að í fögnuði okkar yfir nýju útliti og stærra broti blaðsins hvarflaði ekki annað að okkur en að prenta efnisyfirlitið í sama broti og nýja blaðið en gleymdum því í flýtinum að vitaskuld tilheyrir það gamla árinu.

Nú höfum við bætt úr þessu með því að prenta efnisyfirlitið í gamla brotinu og geta þeir sem vilja haft samband við ritstjórnina og fengið það sent um hæl, sér að kostnaðarlausu. Við biðjumst velvirðingar á þessu óðagoti.

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi. Annað án nafna höfunda, stofnana og án þakka sé um þær að ræða. Greininni fylgi yfirlýsing þess efnis að allir höfundar séu lokaformi greinar samþykkir og þeir afsali sér birtingarrétti til blaðsins.

Handriti skal skilað með tvöföldu línubili á A-4 blöðum. Hver hluti skal byrja á nýrri blaðsíðu í eftirtalinni röð:

- Titilsíða, höfundar, stofnanir, lykilorð
- Ágrip og heiti greinar á ensku
- Ágrip á íslensku
- Meginmál
- Þakkir
- Heimildir

Töflur og myndir skulu vera á ensku eða íslensku, að vali höfunda.

Tölvuunnar myndir og gröf komi á disklingi ásamt útprenti. Tölvugögn (data) að baki gröfum fylgi með.

Sérstaklega þarf að semja um birtingu **litmynda**.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti. Taka skal fram vinnsluumhverfi.

Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknablad id

Umræðuhluti

Skilafrestur er 20. undanfarandi mánaðar, nema annað sé tekið fram.



Sigurvegarar hversdagsins



Reykjavíkurmaraþon 1997

FONTEX®

FLUOXETIN

Yfir 30 milljónir manna um heim allan hafa treyst á Fontex gegn þunglyndi. Góður vitnisburður lækna er ekki tilviljun. Þeir vita að forysta okkar á markaðnum er verðskulduð.

Ábendingar: Þunglyndi. ICD 10: Til meðferðar á vægum - erfiðum geðdeyfðarköstum, með eða án kvíða. Lotugræðgi. Áhrif af meðferð við lotugræðgi í meira en 8-12 vikur er óviss. Þráhyggjusýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fyrir fullorðna: Við þunglyndi, með eða án kvíða: 20 mg einu sinni á dag. Við lotugræðgi: 60 mg á dag. Við þráhyggjusýki: 20 mg á dag, ef ekki næst viðunandi árangur, má auka skammtinn eftir 3-4 vikur. Allar ábendingar: Skammta má hækka eða lækka. Skammtar yfir 80 mg/dag hafa ekki verið rannsakaðir. Aldraðir: Rannsóknir benda ekki til þess að nauðsyn sé á skammtabreytingum hjá öldruðum. Fyrir börn: Upplýsingar um reynslu og áhrif skortir. Flúoxetín má taka án tillits til máltíða. Ekki er nauðsynlegt að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt, þar sem flúoxetín og virka umbrotsefnið norflúoxetín hafa langan helmingunartíma. Við alvarlega skerta lifrarstarfsemi og/eða ef lyfið er gefið samtímis öðrum lyfjum: Til greina kemur að gefa þessum sjúklingum lægri eða færri skammta. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir flúoxetíni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. Sérstakrar varúðar ber að gæta við flogaveiki, alvarlega nýrnabilun, lifrarsjúkdóma, nýlegt hjartadrep og hjá öldruðum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Forðast skal samtímis meðferð með MAO-hemli, vegna hættu á serótóninheilkenni. Ef sjúklingur hefur áður verið í meðferð með óafturkræfum MAO-hemli þurfa a.m.k. 2 vikur að líða, áður en meðferð með flúoxetíni hefst. Flytja má sjúklinga, sem eru í meðferð með afturkræfum MAO-hemlum með stuttan helmingunartíma (t.d. móklóbemíði) yfir á flúoxetín eftir einn sólarhring. Hins vegar þurfa um 5 vikur að líða, áður en sjúklingar, sem eru í meðferð með flúoxetíni, eru settir á MAO-hemil. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með manio depressive sjúkdóm, getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í maníu. Gæta ber varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Útbrot, bráðaofnæmi og stigvaxandi bráðaofnæmi, stundum alvarlegu, með einkennum í húð, nýrum, lifur eða lungum hefur verði lýst hjá sjúklingum sem fengu flúoxetín. Hætta skal meðferð ef fram koma útbrot eða önnur ofnæmisviðbrögð sem ekki eiga sér aðra orsök. Eins og með önnur þunglyndislyf, er mælt með því að flúoxetín sé notað með varúð ef sjúklingur hefur sögu um krampa. Lýst hefur verið tilfellum um lækkun natríums. Í flestum tilfellum hefur verið um að ræða aldraða sjúklinga, sem fengu jafnframt meðferð með þvagræsilyfjum, eða með vökvatap af öðrum orsökum. Blóðsykurslækkun hefur komið fram hjá sykursjúkum í flúoxetín meðferð, en blóðsykurshækkun eftir að meðferð er hætt. Meðferð með flúoxetíni getur leitt til tannskemmda vegna munnþurrks. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar þegar lyf sem umbrotin eru með cýtókróm P450IID6 og hafa tiltölulega þröngan lækningalegan stuðul eru notuð samtímis flúoxetíni, eða ef flúoxetín hefur verið notað á síðustu 5 vikum. Plasmaþéttni fenýtóíns, halóperidóls, karbamazepíns, klózapíns, diazepams, alprazólams, litíums, imipramíns og desipramíns getur breyst, og í einstaka tilfellum geta klínísk eitrunareinkenni komið fram. Samtímis notkun flúoxetíns og litíums getur orsakað skjálfta og skort á samhæfingu (serótóninheilkenni). Einkennin hverfa þegar meðferð er hætt. Gæta skal varúðar við skömmtun þessara lyfja og fylgjast með klínísku ástandi. Flúoxetín er mikið próteinbundið og því getur samtímis notkun lyfja sem eru mikið próteinbundin, haft áhrif á blóðþéttni þeirra beggja. Við samtímis notkun flúoxetíns og warfaríns hefur í einstaka tilfellum komið fram breyting í segavarnandi áhrifum. Fylgjast skal með sjúklingum í warfarín meðferð í upphafi eða við lok flúoxetín meðferðar. Samtímis notkun flúoxetíns og raflostsmeðferðar (ECT) hefur í einstaka tilfellum lengt krampaköst. Ef gefa á lyf sem hafa milliverkanir við flúoxetín eða virka umbrotsefnið norflúoxetín eftir að meðferð lýkur, er mikilvægt að hafa í huga langan helmingunartíma þeirra. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkilyfja, ef sjúklingur er samtímis í meðferð með insúlíni og/eða sykursýkilyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota tryptófan með lyfinu. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi aukaverkanir tengjast verkunarhætti sérhæfðra serótóninupptökuhemla (SSRI): Almennar: Ósjálfráð einkenni þ.m.t. munnþurrkur, aukin svitamyndun, æðavíkkun og kuldahrollur. Ofnæmiseinkenni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Serótóninheilkenni, sem lýsir sér með breytingum á geði og vöðvavirkni ásamt truflunum á starfsemi ósjálfráða taugakerfisins. Ljósnæmi. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, uppköst, meltingartruflanir, kyngingartregða, bragðskynstruflanir og mjög sjaldan lifrarbólga. Innkirtlar: Ónóg seytun ADH. Blóðrás og sogæðakerfi: Bjúgur (ecchymosis). Miðtaugakerfi: Óeðlilegar hreyfingar/sjálfti. Lystarleysi. Kvíði og skyld einkenni. Svimi. Þreyta. Erfiðleikar við einbeitingu og hugsanatruflanir. Mania. Svefntruflanir. Öndunarfæri: Geispar. Húð: Hárlos. Skynfæri: Sjóntruflanir. Þvag- og kynfæri: Þvagteppa. Langvinn stinning. Truflanir á kynlífi, þ.m.t. minnkuð kynhvöt, seinkað eða ekkert sáðlát, ná ekki fullnægingu og getuleysi. Einkenni eins og svimi, náladofi, höfuðverkur, kvíði og ógleði hafa komið fram þegar meðferð með geðdeyfðarlyfjum er hætt. Hættan á þessum einkennum er minni hjá flúoxetíni en öðrum geðdeyfðarlyfjum þar sem bæði flúoxetín og virka umbrotsefnið hafa tiltölulega langan helmingunartíma. **Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:** Hylki 20 mg: 100 stk. — 11.899 kr. Lausnartöflur til inntöku 20 mg: 30 stk. — 5.309 kr.; 100 stk. — 14.847 kr. Mixtúra 4 mg/ml: 70 ml — 3.954 kr. **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti. Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðslufyrirkomulag er B. Markaðsleyfishafi er Eli Lilly Danmark A/S.**

Lilly

A. Karlsson hf. • Brautarholt 28 • 105 Reykjavík
Sími 5 600 900 • Fax 5 600 901 • www.lilly.com

200001 / XYZETA / SÍA

Andrógenónæmi

Árni V. Þórsson

Inngangur

Árið 1953 birtist í amerísku læknatímariti grein eftir dr. John Morris, en hann var fæðingalæknir við Yale háskóla í Bandaríkjunum (1). Þar sagði hann frá 82 konum sem allar höfðu eðlilegt útlit þrátt fyrir að kynkirtlar þeirra reyndust vera eistu. Titill greinar dr. Morris var *The syndrome of testicular feminisation in male pseudohermaphrodites*. Seinna leiddu rannsóknir í ljós að konur með *testicular feminisation syndrome* höfðu eðlilegt útlit ytri kynfæra, en legháls, leg og eggjaleiðarar voru ekki til staðar. Fyrr á árum var vandamálið oftast nær greint í tengslum við að ung kona fór til rannsókna vegna þess að blæðingar höfðu ekki hafist eða vegna ófrjósemi. Kviðslit í nára var einnig tiltölulega algengt upphafseinkenni sem var þá orsakað af þrýstingi frá kynkirtlum. Nú á síðari árum kemur fyrir að vandamálið greinist við fæðingu. Rannsóknir á frumum úr legvatni hafa þá ef til vill sýnt eðlilega litninga, en síðan fæðist barn sem er annars kyns en vænst var. Á síðari árum hefur testicular feminisation syndrome vikið fyrir heitinu *androgen insensitivity syndrome* (AIS) eða heilkenni andrógenónæmis (2,3).

Orsakir, greining

Þegar litningarannsóknir náðu útbreiðslu eftir 1960 kom í ljós að litningagerðin í AIS er 46 XY og að Y litningurinn stjórnar myndun eistna. Fyrir miðja öldina varð mönnum ljóst að testósterón gegnir lykilhlutverki við myndun bæði ytri og innri kynfæra drengja. Í fóstrinu breytist testósterón staðbundið fyrir áhrif enzímsins 5-alfa reductasa í díhýdrótestósterón (DHT). Eðlileg ytri kynfæri drengja þróast síðan fyrir áhrif DHT. Testósterón hefur einnig áhrif á þróun innri kynfæra karla. Úr fósturvefjum sem nefndir eru Wolf-gangar myndast eistalyppa (epididymis) og sáðleiðarar. Fóstureistað framleiðir hins vegar annað hormón (Müllerian Inhibiting Hormone) sem eyðir fósturvefjum þeim sem kenndir eru við Müller. Úr þeim vefjum myndast eggjaleiðarar, leg, legháls og efsti hluti legganga hjá stúlkum.

Fyrir allmörgum árum kom fram sú kenning að AIS orsakaðist af galla í testósterón- eða andrógenviðtaka. Ljóst var að vandamálið barst í gegnum kvenlegginn og kom fram í nálægt helmingi fóstra með litningagerðina XY (4).

Mælingar á bindigetu andrógens við viðtaka í trefjakímfrumum (fibroblasts) voru notaðar til margra ára sem aðferð til að greina AIS. Þær mælingaaðferðir voru þó að ýmsu leyti erfiðar, ófullkomnar, óaðgengilegar og dýrar (5,6).

Árið 1988 var cDNA andrógenviðtakans raðgreint og amínósýruröð þannig ákvörðuð (7). Frá þeim tíma hefur verið lýst yfir 300 mismunandi stökkbreytingum í andrógenviðtakanum. Stökkbreytingarnar eru af ýmsum gerðum og valda mismiklum klínískum einkennum, allt frá algjöru og niður í vægara ónæmi. Algjört andrógenónæmi virðist þó vera algengasta formið. Hins vegar er ljóst að ýmis afbrigði önnur geta fylgt ónæmi í andrógenviðtaka meðal annars hefur verið lýst ófrjósemi hjá karlmönnum sem eina klíníska einkenninu (8). Hlutverk andrógenviðtakans í að eistu gangi niður er langt í frá fullrannsakað, en ljóst er að andrógenviðtakinn hefur ekki hlutverk í myndun fóstureistans, sem er eðlilega myndað og þroskað hjá stúlkum með AIS (4).

Komið hafa upp tilgátur að örvandi (agonistic) stökkbreytingar á andrógenviðtaka geti verið krabbameinsvaldandi til dæmis í blöðruhálskirtli eða eistum. Enn sem komið er hafa þær tilgátur ekki verið sannaðar en áhugavert verður að fylgjast með þessu rannsóknarsviði á næstu misserum.

Aðal mismunagreining við AIS er *pure gonadal dysgenesis*. Þær stúlkur hafa litningagerðina 46 XY, en undirrótin liggur á Y litningnum og eistu myndast ekki.

Bæði ytri og innri kynfæri þessara stúlkna eru eðlileg, en í stað kynkirtla finnast í grindarholi vefjaleifar (*streakes*). Vefina þarf að fjarlægja vegna hættu á illkynja vexti, en stúlkurnar svara hormónameðferð á eðlilegan hátt og töluvert mörg dæmi eru um að þær hafi fætt eðlileg börn með því að fá eggið að láni.

Meðferð

Eins og fyrr var sagt gegnir Y litningurinn mikilvægu hlutverki í þróun fóstureistans. Eistað framleiðir testósterón sem síðan hefur áhrif á eðlilega þróun ytri sem innri kynfæra. Fjölmargar rannsóknir á dýrum og mönnum hafa sýnt fram á að testósterón í heila drengja í fósturlífi hefur varanleg áhrif á atferli og persónuleika síðar meir. Stúlka með AIS hefur ekki starfræna viðtaka fyrir testósteróni, hvorki í vefjum sem mynda kynfæri né heldur í heila, undirstúku eða heiladingli. Ef andrógenviðtakinn er bilaður er ekki að búast við neinum hormónaáhrifum í fósturlífi er gætu haft áhrif á persónuleika eða atferli

Höfundur er yfirlæknir á barnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, 108 Reykjavík.
Sími: 525 1000;
bréfsími 525 146;
netfang: arniv@shr.is

stúlkunnar. Kynvitund og kynhneigð kvenna með AIS er í engu frábrugðin kynvitund og kynhneigð annarra kvenna. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir að litningarnir hafa fyrst og fremst áhrif til að stýra þróun og myndun kynkirtla, en hafa engin áhrif á persónusköpun eða kynvitund einstaklings.

Ekki skal vanmeta þau vandamál sem upp koma þegar stúlkan eldist og fær að vita að hún þarf hjálp til að komast í gegnum eðlilegt kynþroskaskeið. Upp rennur að hún muni ekki geta gengið með barn og að stundum er aðgerða eða útvíkkunar þörf til að rýmka leggöng. Kynháravöxtur, sem er andrógenháður, verður enginn og engin meðferð fáanleg.

Verulegu máli skiptir hvenær stúlka sem hefur AIS fær upplýsingar um það og hvernig unnið er áfram með stúlkunni og foreldrum hennar.

Á síðari árum hafa verið stofnuð samtök eða stuðningshópar víða erlendis. Einn stærsti stuðningshópurinn *The AIS Support Group* hefur bækistöðvar í Bretlandi, Norður-Ameríku og Ástralíu.

Á vefsíðu þessara samtaka má finna gagnlegar upplýsingar (9).

Algengi AIS á Íslandi er ekki þekkt og samkvæmt eðli vandamálsins er erfitt að gera á því almenna úttekt eða rannsókn. Þagnarskyldan er mikilvæg og sjálfsagt að læknar haldi vel utan um sjúkragögn skjólstæðinga sinna. Hins vegar er afar mikilvægt að fjölskyldan og stúlkan sjálf fái fullnægjandi upplýsingar, ekki síst þegar nálgast kynþroskaaldurinn.

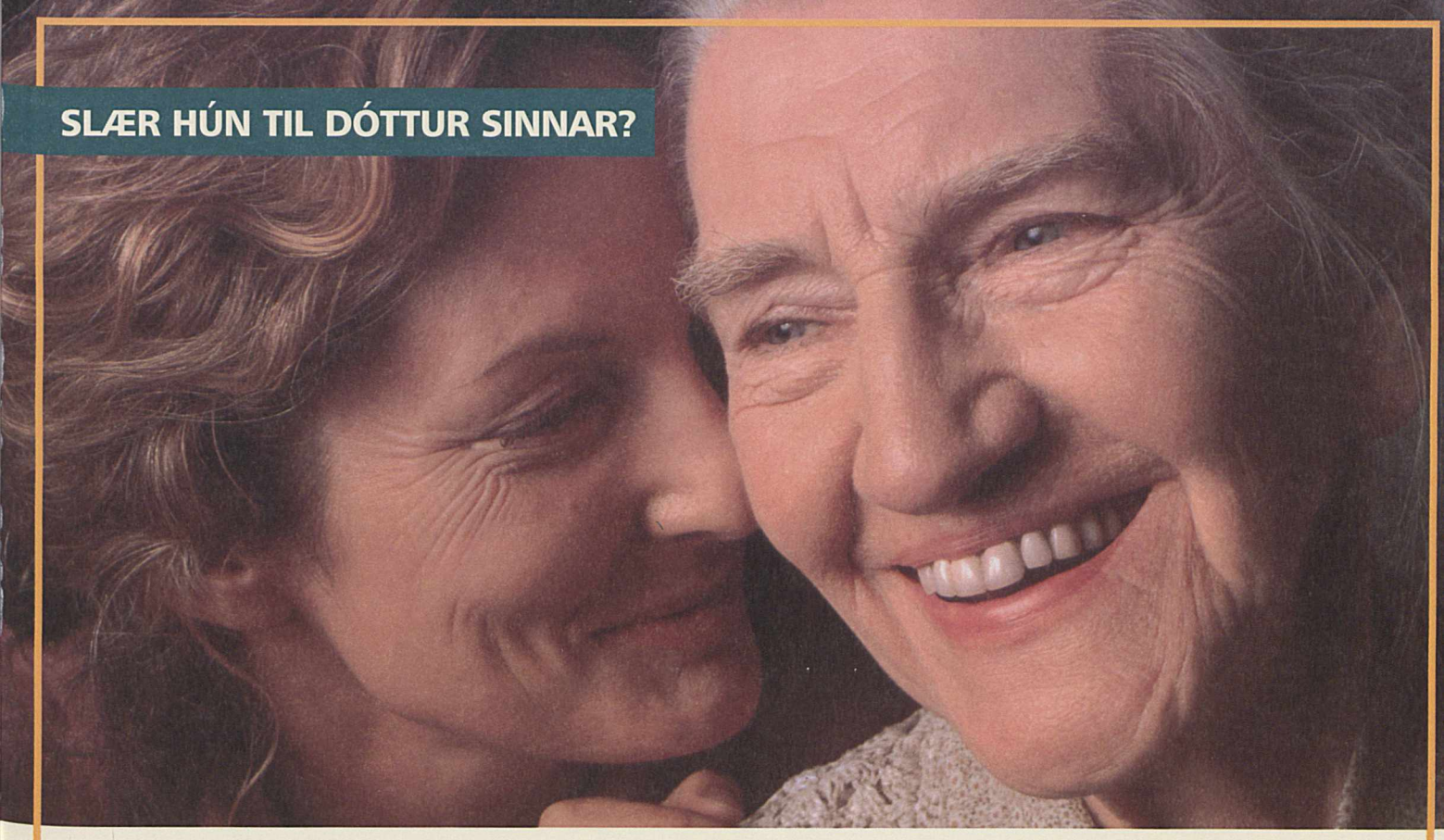
Á árum áður þegar vandamálið var oft ekki greint fyrr en á fullorðinsaldri gengu stúlkur sem höfðu AIS yfirleitt í gegnum eðlilegan vöxt og kynþroska að kynháramyndun undanskilinni. Skýringin er sú að testósterón hækkar mjög í blóði og umbreytist síðan fyrir tilstilli aromatasa í östradíól. Ef AIS greinist í barnæsku eða skömmu eftir fæðingu er yfirleitt ráðlagt nú á tímum að fjarlægja kynkirtlana og meðhöndla stúlkuna síðan með kvenhormónum þegar kemur að kynþroskaaldri. Töluverð hætta er á krabbameinsmyndun í eista sem dvelur lengi í kviðarholi. Einnig telja margir að framkvæmd slíkrar skurðaðgerðar á unglingsárum geti haft í för með sér meira áfall fyrir stúlkuna en sé hún gerð fyrr.

Rétt er að hefja estrógenmeðferð þegar stúlkan nær þeim aldri sem kynþroski hefst yfirleitt á. Nauðsynlegt er að fara hægt af stað og reyna að líkja sem mest eftir gangi náttúrunnar. Algengur upphafsskammtur estrógens er 3-5 míkrógrömm daglega. Of stórir skammtar estrógens geta haft hemjandi áhrif á lengdarvöxt beina og þroski og lögun brjósta getur aflagast ef estrógenskammtar eru of háir of snemma. Nýlega hafa komið fram tegundir estrógenplástra sem mögulegt er að klippa niður og stilla þannig skammta að framgangi kynþroska.

Á síðustu árum hafa orðið stórstígar framfarir í sameindalíffræði og eins og áður kom fram hefur verið lýst yfir 300 afbrigðum af stökkbreytingum í geni andrógenviðtakans. Grein sú er birtist nú hér í Læknablaðinu (10) fjallar um tvær systradætur með AIS og rannsókn á fjölskyldum þeirra. Rannsóknin leiddi í ljós stökkbreytingu sem átti sér upptök í eggfrumum móðurömmu og tvær af dætrum hennar reyndust vera arfberar. Rannsóknin sýndi hins vegar fram á að móðursystur stúlknanna og einnig ömmusystur höfðu ekki stökkbreytinguna og eru þar af leiðandi ekki arfberar. Frekari rannsóknir á afkomendum þessara kvenna reyndust því ekki nauðsynlegar. Ljóst er að um er að ræða rannsóknartækni sem á eftir að veita mikilvægar upplýsingar og gera erfðaráðgjöf við AIS öruggari og markvissari í framtíðinni.

Heimildir

1. Morris JM. The syndrome of testicular feminisation in male pseudohermaphrodites. Am J Obstet Gynecol 1953; 65: 1192-211.
2. Wilkins L. Heterosexual development. In: Thomas CC, ed. The Diagnosis and Treatment of Endocrine Diseases in Childhood and Adolescence. Springfield, IL; 1950: 256-79.
3. Griffin JE. Androgen Resistance - The Clinical and Molecular Spectrum. N Engl J Med 1992; 326: 611-8.
4. Quigley CA, De Bellis A, Marschke KB, el-Awady MK, Wilson MK, French FS. Androgen Receptor Defects: Historical, Clinical, and Molecular Perspectives. Endocrine Rev 1995; 16: 271-321.
5. Wilbert DM, Griffin JE, Wilson JD. Characterisation of the cytosol androgen receptor of the human prostate. J Clin Endocrinol Metab 1983; 56: 113-20.
6. Brown TR, Migneon CJ. Cultured human skin fibroblasts: a model for the study of androgen action. Mol Cell Biochem 1981; 36: 3-22.
7. Chang CS, Kokontis J, Liao ST. Molecular cloning of human and rat complementary DNA encoding androgen receptors. Science 1988; 240: 324-6.
8. McPaul MJ Molecular defects of the androgen receptor. J Steroid Biochem Mol Biol 1999; 69: 315-22.
9. Warne Gl, Zajac JD, McLean HE. Androgen insensitivity syndrome in the era of the Internet: a point of view. J Pediatr Endocrinol Metab 1998; 11: 3-9.
10. Ólafsson Í, Kristjánsson K, Hjaltadóttir G, Schwartz M, Þórsson ÁV. Algjört andrógenónæmi í íslenskri fjölskyldu vegna stökkbreytingar í sterabindistað andrógenviðtaka. Læknablaðið 2000; 86: 163-6.



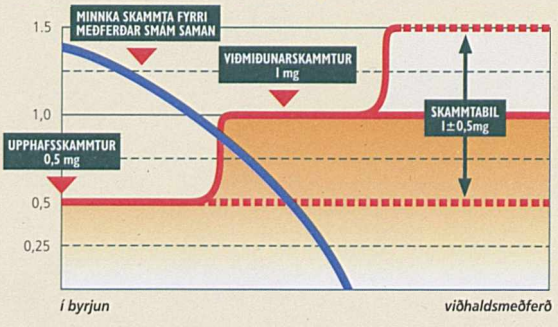
Risperdal TRADEMARK RISPERIDONE – gefur ÞEIM BETRI stundir saman

Marktækur bati miðað við fyrri meðferð[1,2]

EINKENNI	% sjúklinga með marktækan bata
Ofskynjanir	72
Ranghugmyndir	71
Árásargirni	71
Æsingur	70
Munnsöfnuður	68
Kvíði	62

Hlutfall sjúklinga í 6 mánaða rannsókn á risperidone meðferð hjá öldruðum sjúklingum. Sjúklingarnir voru frá 57 og upp í 98 ára að aldri og flest allir höfðu fleiri en eitt þessara einkenna.
Helmingur sjúklinganna höfðu ekki verið áður á neuroleptika, helmingur svaraði ekki meðferð með hefðbundnum sterkum geðlyfjum (haloperidol, thioridazine, perphenazine, thiothixene, loxapine, chlorpromazine, molindone). Fjöldi sjúklinga með bata var sá sami í báðum hópum.

Skammtaleiðbeiningar í tilraunum[1,2]



- **Byrjað á 0.25 - 0.5 mg/dag**
- **Hækkað í 1 mg í fyrsta lagi eftir 2 daga**
- **Viðmiðunarskammtur 1±0.5mg/dag**
- **Skammtar fyrri meðferðar minnkaðir smám saman**
- **EPS af völdum eldri geðlyfja gat verið viðvarandi í marga mánuði**

Risperdal (Janssen-Cilag, 920123) **MIXTÚRA, TÖFLUR;** N 05 A X 08 **R B**

Eiginleikar: Risperidón er geðlyf (neurolepticum) af flokki benzíoxazólafleiða. Það er sértækur mónóamínvirkur blokki, sem hefur mikla sækni í serótónínvirka $5\text{-}HT_2$- og dópamínvirka D_2-viðtaka **Ábendingar:** Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psykósur) vegna geðklofa. Geðtruflanir sem líkjast geðklofa (schizopreniform disorder). Risperdal er einnig ætlað til langtíma notkunar til þess að koma í veg fyrir að sjúkdómurinn taki sig upp að nýju hjá sjúklingum með langvinnan geðklofa. **Frábendingar:** Ofnæmi af barbitúrsýrusamböndum, ópíötum eða áfengi. **Varúð:** Lifrar- og nýrnasjúkdómur. Flogaveiki. Krampar. Parkinsons sjúkdómur. Hjartabilun. Útbreidd æðakölkun. Stöðubundinn lágþrýstingur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnleysi (allt að 13%). **Algengar (>1%):** Almennar: Höfuðverkur. Þyngdaraukning. Hjarta- og æðakerfi: Lágþrýstingur (þar með talinn stöðubundinn lágþrýstingur), hraðtaktur (þar með talinn reflex hraðtaktur) eða háþrýstingur. Miðtaugakerfi: Svefnleysi. Æsingur. Hræðsla og þreyta. Syfja, svimi, minnkuð einbeitingarhæfni. Aukin munnvatnsframleiðsla, extrapýramidal einkenni. Innkirtlar: Minnkuð kyngeta karla, seinkun á sáðláti. Óeðlileg mjólkurmyndun. Tíðastopp, auknar tíðablæðingar og truflanir á tíðahring. Meltingarfæri: Hægðatregða, meltingartruflanir, ógleði, uppköst og kviðverkir. Húð: Útbrot. Öndunarfæri: Bólgur í nefi. Augu: Þokusýn. **Milliverkanir:** Lyfið getur minnkað virkni levódópa og annarra dópamínvirkra lyfja. Karbamazepín lækkar blóðstyrk virks umbrotsefnis risperidóns. Svipuð áhrif má sjá af öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur. Ef meðferð með karbamazepíni eða öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur er hætt, skal lækka skammta risperidóns. Ef lyfin flúoxetín eða paroxetín eru gefin með, getur þurft að breyta skömmtun risperidóns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið má gefa einu sinni eða tvisvar á dag. Skammtar eru hækkaðir smám saman vegna hættu á stöðubundnum lágþrýstingi. Upphafsmeðferð er 2 mg á dag. Á öðrum degi má auka skammtinn í 4 mg á dag. Síðan er skammtur einstaklingsbundinn eftir einkennum. Hægt er að auka skammtinn á lengri tíma ef það er læknisfræðilega æskilegt. Algengur viðhaldsskammtur er 4-6 mg á dag. Sumir sjúklingar hafa gagn af lægri skömmtum. Hámarksskammtur er 16 mg á dag. **Aldraðir:** Ráðlagður upphafsskammtur er 0,5 mg 2 sinnum á dag. Skammtinn má leiðrétta einstaklingsbundið með 0,5 mg 2 sinnum á dag að 1 til 2 mg 2 sinnum á dag. Aldraðir þola lyfið vel. Skipti af annarri geðlyfjameðferð: Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað annarra geðlyfja, skal minnka skammta fyrri meðferðar smám saman til að forðast fráhverfseinkenni. Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað geðlyfja með forðaverkun, þarf engan aðlögunartíma og risperidón er gefið strax í stað fyrri meðferðar. Nauðsyn þess að halda áfram andkólínvirkri lyfjameðferð skal endurmeta reglulega. **Skammtastærðir handa börnum:** Börn eldri en 15 ára: Sömu skammtar og handa fullorðnum. Börn yngri en 15 ára: Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 15 ára. **Athugið:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða eða stjórnun annarra vélknúinna tækja. **Blöndun:** Mixtúruna má blanda í heita og kalda drykki aðra en áfenga drykki og te, t.d. gosdrykki, appelsínusafa, sódavatn, heitt kaffi eða mjólk. **Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá. Pakkningar og hámarksverð 1. 12. 1999.**

Mixtúra 1 mg/ml: 100 ml — 14.323 kr. **Töflur 1 mg:** 6 stk. — 1.002 kr. / 60 stk. — 6.926 kr. **Töflur 2 mg:** 60 stk. — 12.760 kr. **Töflur 3 mg:** 60 stk.— 18.542 kr. **Töflur 4 mg:** 60 stk. — 23.940 kr. / 28 stk. — 17.304 kr.

1. Goldberg RJ, Goldberg J. Antipsychotics for dementia-related behavioral disturbances in elderly institutionalized patients. Clinical Geriatrics. 1996;4(2): 58-68.
2. Goldberg RJ. Risperidone for dementia-related disturbed behavior in nursing home residents: A clinical experience. International Psychogeriatrics, Vol. 9, No. 1, 1997 pp 65-68, Richard J. Goldberg and Jenna Goldberg.

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 - 104 Reykjavík - Sími 568 6044

Evorel® Sequi

Kaflaskipt meðferð



Evorel® Conti

Samfelld meðferð



Fyrsti „matrix" plásturinn á Íslandi sem inniheldur bæði östrógen og gestagen til að meðhöndla einkenni breytingaskeiðsins.

Evorel Sequi og Conti plástuinn er lítill og gegnsær 4x4 cm, þunnur 0,1 mm, tollir vel, lág tíðni húðóþæginda og þægilegur í notkun.

Sérhver kona er einstök!

Með Evorel, Evorel Sequi og Evorel Conti er hægt að veita einstaklingsbundna meðferð við einkennum breytingaskeiðsins.

THORARENSEN LYF
Vatnagörðum 14 · 104 Reykjavík · Sími 550 7100

JANSSEN-CILAG

Evorel Sequi / Conti

Evorel Sequi. Forðaplástur 50 míkróg/24 klst. (Evorel) sem inniheldur Estradiol INN, hemyhydr.,3,2 mg (gefur frá sér 50 míkróg/24 klst. í minnst 4 sólarhringa). og forðaplástur 50 míkróg + 170 míkróg / 24 klst. (Sjá Evorel Conti);
Evorel Conti. Hver forðaplástur. inniheldur: Estradiol INN, hemyhydr.,3,2 mg (gefur frá sér 50 míkróg/24 klst. í minnst 4 sólarhringa) og Norethisteronum INN, acetat, 11,2 mg (sem gefur frá sér samsvarandi 170 míkróg/24 klst).

Ábendingar: Óþægindi við ófullnægjandi estrógen- og prógesterónmyndun.

Skammtar: Evorel Sequi er notaður samkvæmt eftirfarandi leiðbeiningum. Fjórum Evorel 50 míkróg/24 klst. er fylgt af fjórum Evorel Conti forðaplástrum. Þessum skammtaleiðbeiningum er fylgt án þess að gera hlé. Skipt er um plástur tvisvar í viku (t.d. mánudag og fimmtudag).Plásturinn er settur á líkamann, fyrir neðan brjóst. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar til að ráðleggja aðlögun skammta hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi.

Evorel Conti er gefið sem samfelld meðferð. Plásturinn er settur á tvisvar í viku (t.d. mánudag og fimmtudag).

Börn: Má ekki nota handa börnum.

Aldraðir: Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar til að ráðleggja notkun Evorel Sequi/Conti handa sjúklingum eldri en 65 ára.

Frábendingar: Þekkt ofnæmi fyrir virku innihaldsefnunum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Brjóstakrabbamein, æxlismyndun í kynfærum eða önnur estrógenháð æxli, blæðing frá leggöngum af óþekktri orsök, þungun og brjóstagjöf, alvarlegir lifrar- eða nýrnasjúkdómar, segarekssjúkdómar eða legslímuvilla.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Sjúklingur skal gangast undir læknisskoðun og kvenskoðun áður en uppbótarmeðferð hefst og með jöfnu millibili á meðan á meðferð stendur. Fara skal vandlega yfir fjölskyldusögu sjúklings áður en meðferð hefst. Endurteknar milliblæðingar, óvæntar blæðingar frá leggöngum sem og breytingar sem koma fram við brjóstaskoðun krefjast ítarlegri rannsókna. Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna benda til aukningar á hlutfallslegri áhættu á brjóstakrabbameini hjá konum eftir tíðahvörf, sem eru í langtíma uppbótameðferð með hormónum. Samtímis meðferð með gestagenum er ekki talin koma í veg fyrir þessa áhættu. Því skal meta vandlega hlutfall á milli ávinnings meðferðarinnar og hugsanlegrar áhættu áður en langtímameðferð hefst. Enn fremur skulu allar kynningar um lyfið innihalda eftirfarandi upplýsingar: "Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til þess að uppbótarmeðferð með hormónum auki hættu á blóðsegareki en hætta á hjartasjúkdómum með blóðþurrð er minni. Hormónauppbót eftir tíðahvörf á ekki að gefa konum með sögu um blóðsegarek. Ihuga skal að stöðva meðferð 4 vikum fyrir fyrirhugaða skurðaðgerð. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um það hvort, munur sé á áhættuþáttum eftir því hvort gjöf lyfsins er í inntöku eða um húð". Fylgjast skal reglulega með sjúklingum með hjartasjúkdóma, flogaveiki, sykursýki, háþrýsting, skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi, brjóstakvilla, fjölskyldusögu um krabbamein sem og sjúklingum sem fengið hafa gulu. Við gjöf estrógena án gestagengjafar hjá konum sem hafa leg hefur verið skýrt frá aukinni hættu á þykknun legslímhúðar og legkrabbameini. Því er ráðlagt að gefa gestagen ásamt estrógeni - eins og í Evorel Sequi/Conti - við estrógenmeðferð kvenna sem hafa leg. Meira en 5 ára notkun estrógena við óþægindum vegna tíðahvarfa getur leitt til örlítið aukinnar hættu á brjóstakrabbameini. Hættan eykst með lengd meðferðar og minnkar eftir að meðferð er hætt þannig að fimm árum síðar er áhættan sú sama og hjá konum sem ekki hafa notað lyfið. Þau tilvik brjóstakrabbameins sem uppgötvast í tengslum við estrógen meðferð hafa verið einangraðri og því auðveldari að meðhöndla en þau tilvik sem koma fram hjá konum sem ekki hafa notað estrógen. Á milli 50 og 70 ára aldurs greinast um 45 tilfelli af brjóstakrabbameini hjá hverjum 1000 konum.Við estrógenmeðferð í 5 ár greindist krabbamein hjá 2 konum til viðbótar af hverjum 1000 konum í þessum aldurshópi. Við meðferð í 10 ár greindist krabbamein hjá 6 konum til viðbótar og við meðferð í 15 ár hjá 12 konum til viðbótar af hverjum 1000 konum í þessum aldurshópi. Til þess að fylgjast með og geta greint æxli í brjósti í tæka tíð er ráðlagt að konur á estrógenmeðferð, eins og allar aðrar konur, fylgist vel með breytingum sem kunna að koma fram í bjóstum og láti lækninn sinn vita um þær. Einnig er mikilvægt að gangast undir heilsufarsrannsóknir með brjóstamyndatöku. Evorel Sequi/Conti er ekki hægt að nota sem getnaðarvörn. Ekki hefur verið staðfest hvort Evorel Sequi/Conti geti fyrirbyggt beinþynningu af völdum tíðahvarfa.

Milliverkanir: Lyf sem örva virkni lifrarensíma geta haft áhrif á umbrot estrógens og gestagens. Dæmi um slík lyf eru barbitúröt, hýdantóín, karbamazepín, mepróbamat, fenýlbútazón og rifampicín. Frá fræðilegu sjónarmiði ætti að verða lágmarksörvun lifrarensíma á umbrot við gjöf estrógens og noretísteróns um húð, þar sem komið er í veg fyrir umbrot við fyrstu umferð í gegnum lifur með gjöf lyfsins um húð.

Meðganga og brjóstagjöf: Má ekki nota.

Akstur: Hefur engin áhrif.

Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar sem koma fram við klínískar rannsóknir á Evorel Sequi/Conti eru blæðingar frá leggöngum, blettablæðingar, brjóstaspenna, höfuðverkur og krampar í kvið eða uppþembutilfinning. Við meðferð með Evorel Sequi í 1 ár komu fram blæðingar frá leggöngum eða blettablæðingar hjá um 75%. Eftir 9 mánaða meðferð er um 50% án blæðinga næstu 3 mánuði. Þessar aukaverkanir endurspegla þekkt aukaverkanamynstur við meðferð með estrógenum eða estrógenum í samsetningu með gestageni. Áhrif á húð sem greint hefur verið frá eru skammvinnur roði og erting með eða án kláða undan plástrinum. Í rannsóknum með Evorel Sequi kom fram í mjög sjaldgæfum tilvikum snertiofnæmi, afturkræf litabreyting eftir bólgu, almennur kláði og útbrot. Í sjaldgæfum tilvikum hefur verið greint frá eftirfarandi aukaverkunum eftir uppbótarmeðferð með estrógeni eða gestageni til inntöku: Blóðsegasjúkdómar, versnun flogaveiki, góðkynja eða illkynja brjóstamein, legkrabbamein, kirtilæxli í lifur og mjólkurflæði. Komi slíkar aukaverkanir fram við meðferðina, skal strax stöðva meðferð með Evorel Sequi.

Ofskömmtun: Einkenni ofskömmtunar við meðferð með estrógeni og gestageni geta verið ógleði, milliblæðingar, brjóstaspenna, krampar í kviði og/eða uppþembutilfinning. Þessi einkenni hverfa eftir að plásturinn er fjarlægður.

Pakkningar og verð 1. desember 1999: Evorel Sequi forðaplástrar 8 stk 2.643 kr. Evorel Conti forðaplástrar 8 stk. 2.990 kr. Sjá nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá.

Algjört andrógenónæmi í íslenskri fjölskyldu vegna stökkbreytingar í sterabindistað andrógenviðtækis

Ísleifur Ólafsson[1]

Kristleifur Kristjánsson[2]

Gunnlaug Hjaltadóttir[1]

Marianne Schwartz[3]

Árni V. Þórsson[2,4]

Ágrip

Inngangur: Heilkenni andrógenónæmis (androgen insensitivity syndrome, AIS) er sjúkdómur, sem erfist kynbundið víkjandi, og hefur í för með sér truflun á eðlilegri kynþróun hjá karlfóstri, sem á sér stað fyrir tilstilli testósteróns. Orsök heilkennisins er í flestum tilvikum stökkbreyting í geni andrógenviðtækis á X-litningi. Í þessari rannsókn er íslenskri fjölskyldu lýst, þar sem fundist hafa tvær stúlkur með heilkenni andrógenónæmis. Leitað var að stökkbreytingum í geni andrógenviðtækisins í fjölskyldunni.

Efniviður og aðferðir: Erfðaefni var einangað úr blóði tveggja stúlkna með algjört andrógenónæmi svo og nánustu ættingja þeirra. Fjölliðunarhvarf var notað til að fjölfalda allar átta útraðirnar í geni andrógenviðtækis tilfella með AIS. SSCP-aðferðin var notuð til að skima fyrir stökkbreytingum í geninu. Niturbasaröð þeirrar útraðar sem gaf óeðlilegt SSCP mynstur var síðan ákvörðuð. Greiningaraðferð, sem byggir á fjölliðunarhvarfi og skerðibútabreytileika, var þróuð og notuð til að finna stökkbreytta samsætu meðal fjölskyldumeðlima.

Niðurstöður og ályktun: Með notkun SSCP og niturbasaraðgreiningar fannst sama stökkbreytingin í útröð 5 í geni andrógenviðtækis stúlknanna tveggja með AIS. Niturbasaröðin CGA var stökkbreytt í CAA, sem hefur í för með sér að í stað amínósýrunnar argeníns í stöðu 752 kemur glútamín (R752Q samsæta). Þessi stökkbreyting er staðsett í sterabindistað andrógenviðtækisins og hefur í för með sér að það getur ekki bundið testósterón.

Niðurstöður rannsókna á fjölskyldumeðlimum með sérstakri erfðagreiningaraðferð fyrir samsætuna R752Q sýndu að um var að ræða nýja (*de novo*) stökkbreytingu í kynfrumum móðurömmu, þar sem ekki var hægt að greina samsætuna í erfðaefni hvítra blóðkorna hennar. Erfðagreiningin skapaði grundvöll til erfðaráðgjafar hjá fjölskyldunni.

Frá [1]rannsóknadeild og [2]barnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [3]Molekylærgenetisk Laboratorium, Rigshospitaltet, Kaupmannahöfn, Danmörku, [4]Háskóla Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ísleifur Ólafsson, rannsóknadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, 108 Reykjavík; sími: 525 1470; bréfsími: 525 1472; netfang: isleifur@shr.is

Lykilorð: *kynþróun, testósterón, andrógenviðtæki, stökkbreyting.*

Inngangur

Eðlileg þróun á kynfærum karla á fósturstigi er afar flókið líffræðilegt ferli. Mikilvægur þáttur í því ferli er myndun andrógenstera og tenging þeirra við viðtæki sitt. Ef andrógensterar myndast ekki eða andrógenviðtæki starfa ekki eðlilega truflast kynþróunin. Slík truflun veldur klínískri svipgerð sem kölluð er heilkenni andrógenónæmis (androgen insensitivity syndrome, AIS) (1,2). Heilkennið er í langflestum tilvikum orsakað af stökkbreytingu í geni andrógenviðtækis, en í einstaka tilvikum getur skortur á ensýminu 5α-redúktasa valdið klínískt svipuðu heilkenni (1).

Gen andrógenviðtækis er staðsett á X-litningi og erfist AIS kynbundið víkjandi (3). Genið er samsett út átta útröðum og nær yfir 90 kb bút af litningnum (4,5). Það er afritað í flestum vefjum líkamans, en stjórnun á tjáningu þess virðist afar flókin (6). Sjálft andrógenviðtækið er samsett úr 919 amínósýrum, vegur 110-114 kDa og tilheyrir hópi þróunarfræði-

ENGLISH SUMMARY

Ólafsson Í, Kristjánsson K, Hjaltadóttir G, Schwartz M, Þórsson ÁV

Complete androgen insensitivity in an Icelandic family caused by mutation in the steroid binding region of the androgen receptor

Læknablaðið 2000; 86: 163-6

Introduction: Androgen insensitivity syndrome (AIS) is a X-linked rescessive disorder characterized by impairment of the androgen-dependant male sexual differentiation. The cause of AIS is in most cases a mutation in the gene of the androgen receptor on the X chromosome. In this study we describe an Icelandic family with two girls with AIS. A search for mutations in the androgen receptor gene was performed in order to identify the genetical and molecular basis for AIS in this family.

Material and methods: Genomic DNA was isolated from two girls with complete AIS and their close relatives. PCR was used to amplify all eight exons of the androgen receptor gene of the two AIS girls and SSCP used to screen for mutations. DNA fragments showing abnormal SSCP pattern were subjected to nucleotide sequencing. PCR based diagnostic method was developed and used to detect the mutation causing AIS in the family.

Results and conclusions: Using SSCP and DNA sequencing a CGA to CAA missense mutation in exon 5 at codon 752 was identified. The mutation causes in an Arg to Gln amino acid substitution (R752Q mutation) in the ligand binding domain of the androgen receptor and a complete androgen insensitivity.

Members of the family were genotyped using a PCR based method for identification of the mutant allele. The results strongly indicated a *de novo* mutation in a germ cell of the maternal grandmother, as the mutation was not found in her blood leucocytes. The diagnostic test provided a basis for genetic counselling for the family.

Key words: *sex differentiation, testosterone, androgen receptor, mutation.*

Correspondence: Ísleifur Ólafsson. E-mail: isleifur@shr.is

lega skyldra prótína sem kallaður hefur verið kjarnaviðtækjafjölskyldan (nuclear receptor superfamily) (7-11). Af þeim fjölda prótína sem tilheyra þessari fjölskyldu má nefna sykurstera-, estrógen-, D-vítamín-, A-vítamín- og skjalkirtilshormónviðtækið. Skipta má andrógenviðtækinu og skyldum prótínum upp í fjóra byggingarhluta (12,13). Þeir eru: 1) amínóendi sem ber þann hluta viðtækisins sem miðlar örvun á genaafskrift, 2) DNA bindisvæði sem inniheldur tvo svokallaða sínkfingur og þekkir sérstakar raðir í prómóter svæði gena, 3) hjararhluti sem ber markröð fyrir frumukjarna (nuclear targeting signal) og 4) sterabindistaður sem bindur andrógen. Þegar andrógensteri hefur bundist viðtæki sínu í umfrymi verða breytingar í byggingu viðtækisins, sem valda því að það berst inn í kjarna frumunnar. Þar binst viðtakinn ákveðnum niturbasaröðum í prómóter svæði útvalinna gena og hefur áhrif á tjáningu þeirra.

Í gagnagrunni yfir allar stökkbreytingar, sem hafa fundist í andrógenviðtækinu (netfang http://www.mcgill.ca/androgendb/) er lýst rúmlega 300 mismunandi stökkbreytingum (14). Þessar stökkbreytingar eru af ýmsum gerðum og valda mismiklum klínískum einkennum eftir því hve mikil áhrif þær hafa á lífefnafræðilega virkni viðtækisins (1,2). Í þessari rannsókn er íslenskri fjölskyldu lýst, þar sem fundist hafa tvær stúlkur með litningagerðina 46, XY og klínísk einkenni algjörs andrógenónæmis. Gerð var leit að stökkbreytingum í geni andrógenviðtækis stúlknanna og nánustu ættingjar voru einnig rannsakaðir.

Efniviður og aðferðir

Úrtak: Blóðsýni voru tekin úr tveimur systradætrum sem höfðu litningagerðina 46, XY og höfðu greinst með klínísk einkenni andrógenónæmis. Sýni voru einnig tekin úr mæðrum þeirra, mæðrasystrum, móðurömmu og ömmusystrum. Erfðaefnið var einangrað úr hvítum blóðkornum eins og áður hefur verið lýst (15). Rannsóknin var gerð með upplýstu samþykki allra þátttakenda. Vísindasiðanefnd Sjúkrahúss Reykjavíkur og Tölvunefnd gerðu ekki athugasemd við birtingu niðurstaðna.

Fjölliðunarhvörf: Gerð var leit að stökkbreytingum í geni andrógenviðtækis hjá stúlkunum tveimur með AIS. Allar átta útraðirnar í geni andrógenviðtækisins voru fjölfaldaðar með því að nota 14 pör fákirna, en niturbasaröð þeirra hefur áður verið lýst (16). Annað fákirnanna í þessum 14 pörum var merkt með bíótíni í 5'-enda.

SSCP rannsókn: Svokölluð SSCP aðferð (single-stranded conformation polymorphism) var notuð til að finna stökkbreytingu í fjölfölduðum DNA bútum úr geni andrógenviðtækisins (16,17). Bútarnir voru rannsakaðir með því að blanda þremur µL af hverri fjölliðunarblöndu við þrjá µL af hleðslustuðpúða (95% formamíð, 20 mM EDTA, 0,05% brómófenól blátt og 0,05% xýlen cýanól). Blandan var hituð við 100°C í fimm mínútur og síðan snöggkæld á ís. Tveimur µL af sýnunum var hlaðið á 20% einsleitt PHAST pólýakrílamíð gel (Amersham Pharmacia Biotech). Fyrir hleðslu sýna voru gelin undirbúin með 10 meðalvolttímum við 5 mA, 1 W og 400 V. Sýnin voru fyrst rafdregin í tvo meðalvolttíma við 5 mA, 1 W og 25 V og síðan 450 meðalvolttíma við 5 mA, 1 W, og 400 V. Eftir rafdrátt voru DNA bútar í polýakrílamíð geli gerðir sýnilegir með silfurlitun.

DNA niturbasaraðgreining: Sú útröð andrógenviðtækis, sem gaf óeðlilegt SSCP mynstur við rafdrátt (niðurstöður ekki sýndar), var rannsökuð frekar með niturbasaraðgreiningu. Fyrir raðgreininguna voru DNA-bútar hreinsaðir úr fjölliðunarblöndum með QIAquick PCR Purification Kit frá Qiagen. Einstrengja DNA-bútar voru síðan einangraðir með notkun á Dynabeads M-250 streptavidín (Dynal) og Dynal segli. Þessir bútar voru síðan raðgreindir samkvæmt aðferð Sangers með Sequenase™ Kit útgáfa 2.0 (USB), [α-^{35}S]-dATP og þeim fákirnum, sem notuð voru til að fjölfalda viðkomandi útröð.

Arfgerðargreining: Sérstök aðferð til arfgerðargreiningar á R752Q samsætunni var þróuð, sem byggir á fjölliðunarhvarfi og skerðibútabreytileika. Tvö hundruð og níutíu basapara (bp) kjarnsýrubútur, sem inniheldur útröð 5 í geni viðtækisins, var fjölfaldaður í fjölliðunarhvarfi með hjálp fákirnanna 5´-CAACCCGTCAGTAGTACCCAGACTGACC-3´ og 5´-AGCTTCACTGTCACCCCATCACCATC-3´ og voru 40 hringir endurteknir við hitastigin 93°C, 63°C og 72°C. Tveimur einingum af skerðiensíminu *Sau*IIIA var síðan blandað við 10 µL af fjölliðunarblöndu og skerðibútabreytileiki greindur með rafdrætti í 4% agarósu geli. Rannsókn á einstaklingum með eðlilega samsætu andrógenviðtækis gefur skerðibúta sem eru 139, 107 og 44 bp að lengd, á einstaklingum, sem eru arfblendnir með tilliti til R752Q samsætunnar, 183, 139, 107 og 44 bp; og hjá arfstökum (hemizygous) einstaklingum með tilliti til R752Q samætunnar, 183 og 107 bp.

Niðurstöður

Við fjölföldun og SSCP rannsókn á útröðum í geni andrógenviðtækis kom fram erfðabreytileiki í útröð 5 hjá stúlkunum tveimur með AIS (niðurstöður ekki sýndar). Aðrar útraðir gensins gáfu ekki merki um breytileika. Niturbasaröð útraðar 5 í geni andrógenviðtækis stúlknanna var ákvörðuð og fundust basaskiptastökkbreyting í amínósýrukóða 752 (mynd 1). Þar sem eðlilegur einstaklingur hefur röðina CGA var röðin CAA hjá stúlkunum. Samkvæmt erfðalykli (genetic code) hafa þessi basaskipti í för með sér að í stað argeníns í stöðu 752 í fjölpeptíðkeðju andrógenviðtækisins kemur amínósýran glútamín (R752Q). Þessi amínósýra er staðsett í sterabindistað viðtækisins (mynd 2). Stökkbreytingunni R752Q í andrógenviðtækinu hefur einu sinni áður verið lýst, en það var

hjá tveimur náskyldum stúlkum, sem einnig höfðu klínísk einkenni algjörs andrógenónæmis (2,18). Rannsóknir á andrógenbindigetu ræktaðra fíbróblasta frá kynfærum þessara stúlkna sýndu ekki mælanlega bindingu andrógens.

Einföld aðferð til að greina R752Q stökkbreytinguna var þróuð, en hún byggðist á fjölliðunarhvarfi og skerðibútabreytileika. Niturbasaskiptin í kóða 752 valda því að skerðistaður fyrir skerðiensímið *Sau*IIIA hverfur og var það notað við að finna R752Q samsætuna. Niðurstöður við rannsókn á heilbrigðum, R752Q arfblendnum og R752Q arfstökum einstaklingum er sýnd á mynd 3.

Aðferð til arfgerðargreiningar á samsætunni R752Q var notuð til að finna arfbera innan fjölskyldunnar. Báðar stúlkurnar með litningagerðina 46, XY og klínísk einkenni AIS reyndust arfstakar fyrir stökkbreytingunni (mynd 4). Báðar mæður þeirra báru stökkbreytinguna á arfblendnu formi, en mæðrasystur voru allar eðlilegar. Stökkbreytinguna var hins vegar ekki að finna í hvítum blóðkornum móðurömmu stúlknanna, né heldur systrum móðurömmu. Þessar niðurstöður benda eindregið til þess að um sé að ræða nýja stökkbreytingu (*de novo*) í gen andrógenviðtækis í kynfrumum móðurömmu. Mæður stúlknanna með AIS hafa erft stökkbreyttu samsætuna frá móðurömmu, en þar sem um er að ræða kynbundnar víkjandi erfðir, birtist klínísk svipgerð samsætunnar ekki í þeim.

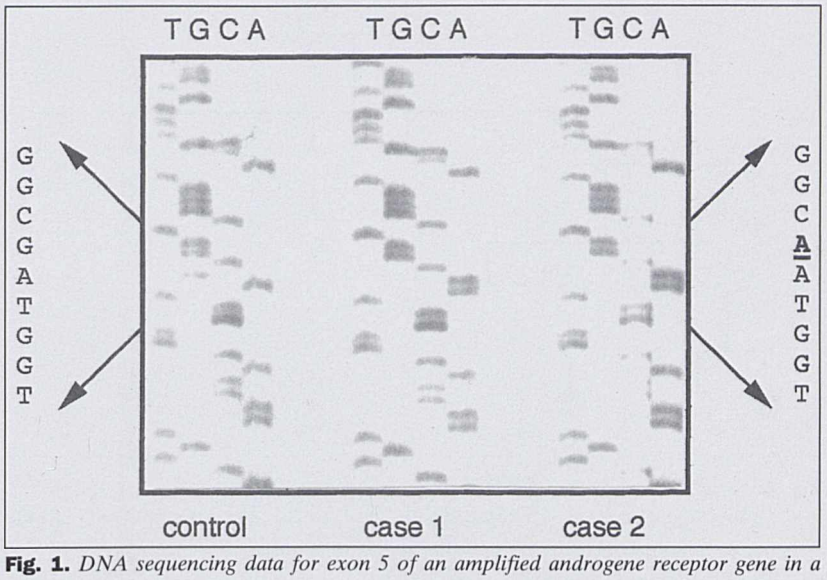


Fig. 1. *DNA sequencing data for exon 5 of an amplified androgene receptor gene in a normal male control and girls (case 1 and case 2) with androgen insensitvity syndrome showing a G to A substitution in codon 752, which gives rise to an amino acid substitution argenine for glutamine in the steroid-binding domain of the receptor.*

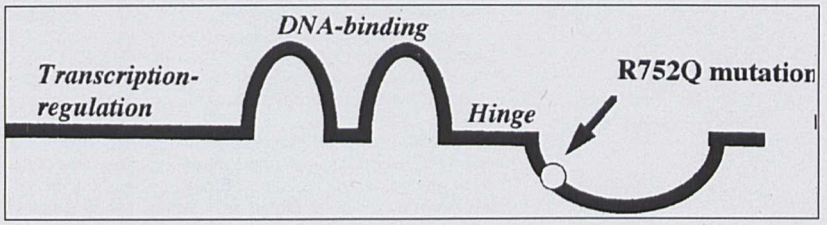


Fig. 2. *Schematic representation of the functional domain structure of the androgen receptor. The position of the mutation R752Q is indicated by a circle.*

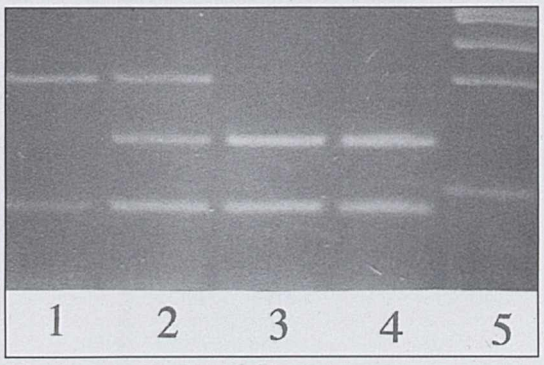


Fig. 3. *PCR-based diagnosis for the R752Q mutation in the androgen receptor gene. A DNA sequence comprising exon 5 of the gene was amplified (see material and methods) and digested with* ***Sau****IIIA, electrophoresed through a 4% agarose gel, and visualized with ethidium bromide. Lane 1 control; lane 2 R752Q heterozygous carrier; lane 3 and 4 R752Q hemizygous girls; lane 5 Phi X174 RF* ***Hae****III DNA size marker.*

Umræða

Í þessari rannsókn var aðferðum erfðatækninnar beitt til þess að finna stökkbreytingu í geni andrógenviðtækis hjá stórri fjölskyldu með tvær stúlkur með litningagerðina XY og klínísk einkenni algjörs andrógenónæmis. Stökkbreytingin fólst í niturbasaskiptum í kóða 752 í fjölpeptíðkeðju andrógenviðtækisins og hefur í för með sér að glútamín kemur í stað argenins í sterabindistað viðtækisins (R752Q). Þessi stökkbreyting er fyrsta stökkbreytingin í andrógenviðtækinu sem lýst er í íslenskri fjölkyldu en á heimsvísu hefur yfir 300 stökkbreytingum basaskiptastökkbreytingum, brottföllum og innskotum verið lýst í geninu. Hér á landi er vitað um nokkur fleiri tilfelli af AIS en erfðafræðileg orsök þeirra hefur ekki fundist.

Erfðagreining á nánustu skyldmennum stúlknanna með AIS sýndi R752Q samsætuna hjá mæðrum þeirra, en endurteknar rannsóknir á erfðaefni úr hvítum blóðkornum móðurömmu sýndu eðlilega arfgerð. Sú niðurstaða bendir eindregið til að ný stökkbreyting hafi orðið í kynfrumum hennar. Í nýlegri rannsókn á fjölskyldum með aðeins einum einstaklingi með AIS reyndust átta af 30 (27%) bera nýjar stökkbreytingar (19). Í fimm tilfellum af þessum átta var um að ræða stökkbreytingu í kynfrumu móður, en í þremur reyndust tilfellin vera með mósaík arfgerð. Hjá 22 (73%) fjölskyldum voru mæður arfblendnar. Þessar niðurstöður sýna háa tíðni í myndun nýrra stökkbreytinga í geni andrógenviðtækisins og styðja einnig tilgátu Haldanes um að nýjar stökkbreytingar á X-litningi þurfi til þess að viðhalda arfgengum kynbundnum sjúkdómum, sem minnka lífslíkur og frjósemi arfbera (20,21).

Ný þekking og nýjar aðferðir í erfðafræði hafa gert læknum mögulegt að greina með mikilli nákvæmni orsakir ættlægra sjúkdóma. Í þeirri stóru fjölskyldu sem hér er lýst voru þessar aðferðir notaðar til greiningar á arfberum AIS. Þannig var með öruggum hætti hægt að veita fjölskyldunni erfðaráðgjöf og stór hluti hennar útilokaður sem hugsanlegir arfberar.

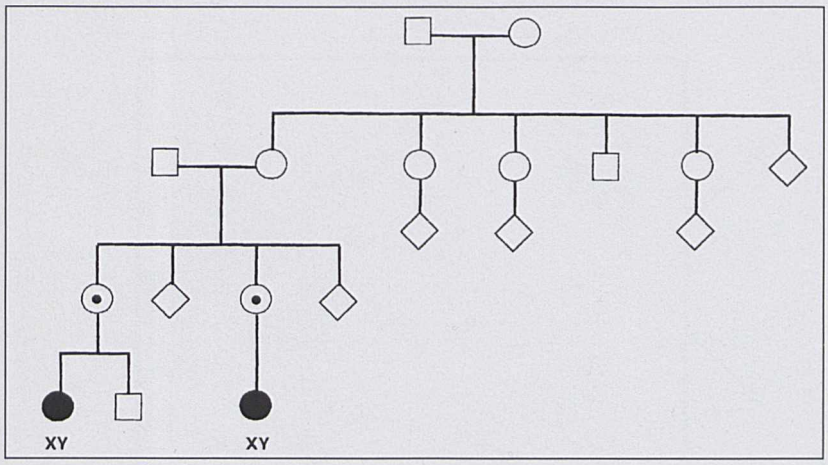


Fig. 4. *Pedigree of the family harbouring the R752Q mutation in the androgen receptor. The probands and heterozygous carriers are indicated as filled circles and dotted circles, respectively. The rhombus indicates progenies (pedigree is partly encrypted to insure personal privacy).*

Þakkir

Vísindasjóður Sjúkrahúss Reykjavíkur fær þakkir fyrir fjárhagslegan stuðning.

Heimildir

1. Griffin JE. Androgen resistance - The clinical and molecular spectrum. New Engl J Med 1992; 326: 611-8.
2. Quigley CA, De Bellis A, Marschke KB, El-Awady, Wilson EM, French FS. Androgen receptor defects: historical, clinical and molecular perspectives. Endocr Rev 1995; 16: 271-321.
3. Lubahn DB, Joseph DR, Sullivan PM, Willard HF, French FS, Wilson EM. Cloning of human androgen receptor complementary DNA and localization to the X chromosome. Science 1988; 240: 327-30.
4. Lubahn DB, Brown TR, Simental JA, Higgs HN, Migeon CJ, Wilson EM, et al. Sequence of the intron/exon junctions of the coding region of the human androgen receptor gene and identification of a point mutation in a family with complete androgen insensitivity. Proc Natl Acad Sci USA 1989; 86: 9534-8.
5. Kuiper GGJM, Faber PW, van Rooij HJC, Van der Korput JAGM, Ris-Stalpers C, Klaassen P, et al. Structural organization of the human androgen receptor gene. J Mol Endocrineol 1989; 2: R1-R4.
6. Wolf DA, Herzinger T, Hermeking H, Blaschke D, Horz W. Transcriptional and posttranscriptional regulation of human androgen receptor expression by androgen. Mol Endocrinol 1993: 7; 924-36.
7. Lubahn DB, Joseph DR, Sar M, Tan J-A, Higgs HN, Larsson RE, et al. The human androgen receptor: complementary deoxyribonucleic acid cloning, sequence analysis and gene expression in prostate. Mol Endocrinol 1988; 2: 1265-75.
8. Chang C, Kokontis J, Liao S. Structural analysis of complementary DNA and amino acid sequences of human and rat androgen receptors. Proc Natl Acad Sci USA 1988; 85: 7211-5.
9. Trapman J, Klaassen P, Kuiuper GGJM, Van der Korput JAGM, Faber PW, van Rooij HJC, et al. Cloning, structure and expression of a cDNA encoding the human androgen receptor. Biochem Biophys Res Commun 1988; 153: 241-8.
10. Martinez E, Moore DD, Keller E, Pearce D, Heuvel JPV, Robinson V, et al. The nuclear receptor resource: a growing family. Nucl Acid Res 1998; 26: 239-41.
11. Beato M, Herrlich P, Schütz G. Steroid hormone receptors: many actors in search of a plot. Cell 1995; 83: 851-7.
12. Jenster G, Van der Korput JAGM, van Vroonhoven C, van der Kwast TH, Trapman J, Brinkman AO. Domains of the human androgen receptor involved in steroid binding, transcriptional activation and sucellular localization. Mol Endocrinol 1991; 5: 1396-404.
13. Simental JA, Sar M, Lane MV, French FS, Wilson EM. Transcriptional activation and nuclear targeting signals of the human androgen receptor. J Biol Chem 1991; 266: 510-8.
14. Gottlieb B, Lehvaslaiho H, Breitel LK, Lumbroso R, Pinsky L, Trifiro M. The androgen receptor gene mutations database. Nucl Acid Res 1998; 26: 234-8.
15. Bell GI, Karam JH, Rutter WJ. Polymorphic DNA region adjacent to the 5' end of the human insulin gene. Proc Natl Acad Sci USA 1981; 78: 5759-63.
16. Batch JA, Wiliams DM, Davies HR, Brown BD, Evans BAJ, Hughs IA, et al. Androgen receptor gene mutations identified by SSCP in fourteeen subjects with androgen insensitivity syndrome. Hum Mol Gen 1992; 1: 497-503.
17. Orita M, Iwahana H, Kanazawa H, Hayashi K, Sekiya T. Detection of polymorphisms of human DNA by gel electrophoresis as single-strand conformation polymorphisms. Proc Natl Acad Sci USA 1989; 86: 2766-70.
18. Brown TR, Newmark J, Ghirri P. Six naturally occurring mutations in the 144-base-pairs of exon E of the human androgen receptor gene. Program of the 74th Annual Meeting of The Endocrine Society, San Antonio, TX, 1992, p 428 [abstract 1506].
19. Hiort O, Sinnecker GHG, Holterhus P-P, Nitsche EM, Kruse K. Inherited and de novo androgen receptor gene mutations: Investigation of single-case families. J Pediatr 1998; 131: 939-43.
20. Leslie ND. Haldane was right: de novo mutations in androgen insensitivity syndrome. J Pediatr 1998; 131: 917-8.
21. Haldane JBS. The rate of spontaneous mutation of a human gene. J Genet 1935; 35: 317-26.

VIOXX
MSD 990068 TÖFLUR M O1 A H

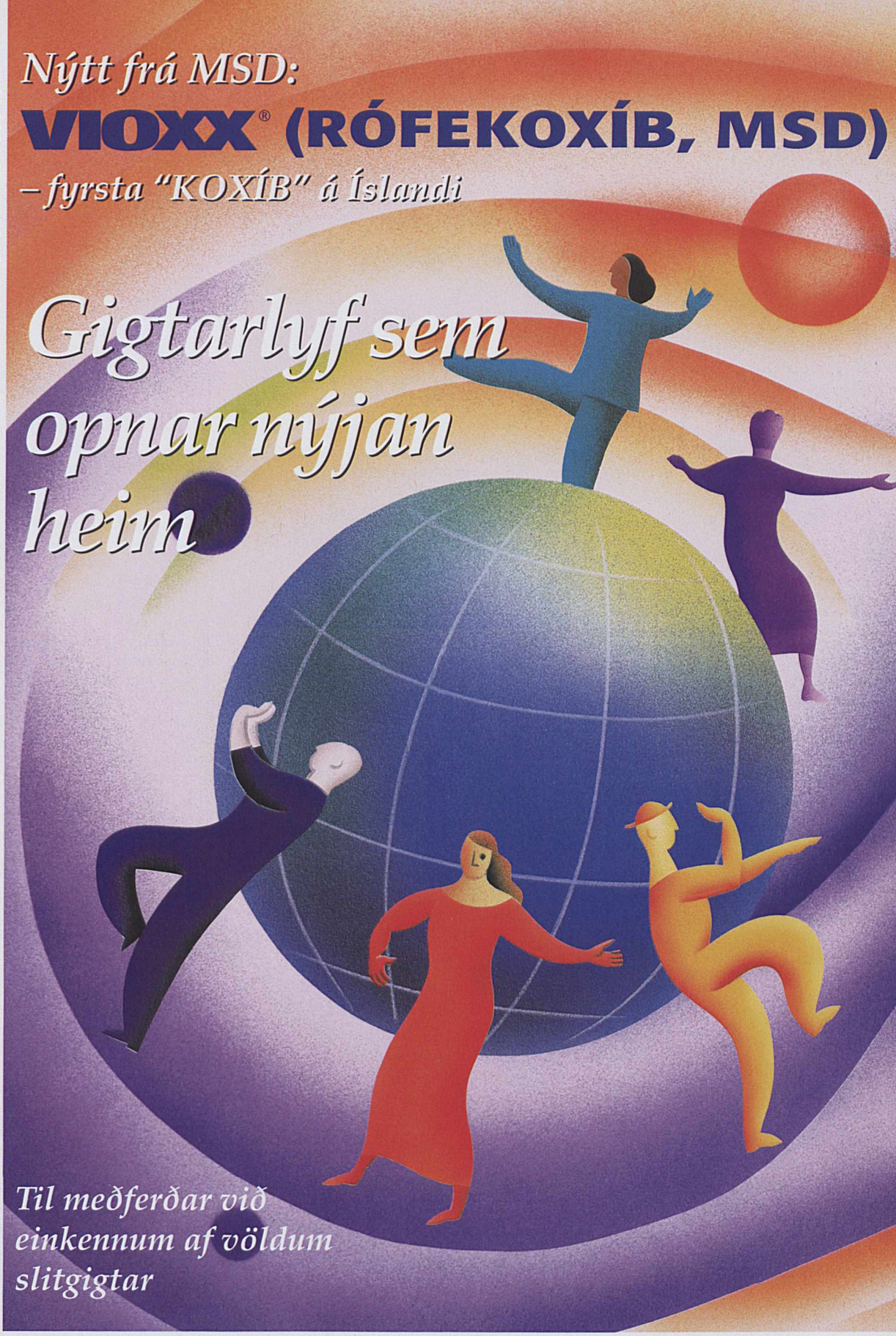
Virkt efni: Rófekoxíb 12,5 mg eða 25 mg.
Ábendingar: Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. **Skammtar:** Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg til inntöku einu sinni á dag. Hjá sumum sjúklingum næst aukinn árangur með því að gefa 25 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Aldraðir:* Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. *Notkun hjá börnum:* Vioxx er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Rófekoxíb er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með væga eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi (7).Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans <30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmun. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Rófecoxíb getur dregið úr myndun prostaglandína og þar sem prostaglandín í nýrum getur gegnt mikilvægu hlutverki í að viðhalda blóðflæði um nýru (þegar það er af einhverjum ástæðum minnkað) og því getur rófecoxíb minnkað blóðflæði um nýru og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með minnkað blóðflæði um nýru (svo sem sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi, hjartabilun eða skorpulifur). Hafa skal almennt eftirlit og eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort og ráðlegt er að bæta vökvaskortinn upp áður en rófekoxíbmeðferð er hafin. Vökvasöfnun og bjúgur hafa átt sér stað hjá sjúklingum á rófekoxíb meðferð og því skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fengið hjartabilun, truflanir á starfsemi vinstri slegils eða háan blóðþrýsting og einnig hjá sjúklingum sem hafa bjúg fyrir, af einhverjum öðrum orsökum. Í klínískum rannsóknum fengu sumir slitgigtarsjúklinganna sem voru á rófekoxíbi meðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarveg. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Þegar skammturinn fer yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi, sem og hættan á bjúgi og háum blóðþrýstingi. Hækkanir á ALAT og/eða ASAT hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á rófekoxíbi. Rófekoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófekoxíbs er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Magn laktósu í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols.
Milliverkanir: *Eftirlit skal hafa þegar eftirtalin lyf eru gefin samhliða rofecoxíb: Warfarin, ACE hemlar, metótrexat, teófýllín, amitryptilín, tacrín, zileúton, lyf sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4, cýklósporíns og takrólímus* Forðast skal samhliða gjöf stærri skammta af acetýlsalicýlsýru (stærri en 81 mg) eða bólgueyðandi verkjalyfja. Engar upplýsingar fyrir hendi um mögulegar milliverkanir milli rófekoxíbs og litíum, betablokka eða þvagræsilyfja en önnur bólgueyðandi verkjalyf geta haft milliverkanir við þessi lyf. *Íhuga að gefa 25 mg skammt af rófekoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur (svo sem rifamcín).* **Meðganga og brjóstagjöf:** Rófekoxíb á ekki að nota á síðasta þriðjungi meðgöngu (frábending). Ekki skal nota lyfið á fyrstu tveimur þriðjungum meðgöngu nema væntanlegt gagn af meðferðinni réttlæti mögulega áhættu fyrir fóstrið. Konur sem eru á rófekoxíb meðferð ættu ekki að hafa börn á brjósti. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar, af hærri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 12,5 mg eða 25 mg af rófekoxíbi í allt að sex mánuði. **Algengar (>1 %):** Bjúgur,vökvasöfnun, kviðverkir, svimi, hár blóðþrýstingur, brjóstsviði, ógleði, meltingartruflanir, höfuðverkur, kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur, hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur, eyrnasuð, þyngdaraukning, sinadráttur, svefnleysi, svefnhöfgi, svimi, geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa, andþyngsli, útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna. Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb. **Pakkningar, verð (febrúar, 2000):** Töflur 12,5 mg:14 stk 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. Töflur 25 mg: 14 stk. 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** E **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Nýtt frá MSD:

VIOXX® (RÓFEKOXÍB, MSD)

– fyrsta "KOXÍB" á Íslandi

Gigtarlyf sem opnar nýjan heim



Til meðferðar við einkennum af völdum slitgigtar

MERCK SHARP & DOHME

NÝTT **EIN Á DAG** VIOXX® (rófekoxíb, MSD)

FARMASÍA ehf.

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Sjúkdómar í efri meltingarvegi

Er Helicobacter pylori orsökin?

Bergþór Björnsson[1,2]

Kjartan Örvar[1]

Ásgeir Theodórs[1,3]

Ágrip

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna algengi virkra *H. pylori* sýkinga hjá sjúklingum með einkenni frá efri meltingarvegi, kanna tengsl *H. pylori* við sjúkdóma í vélinda, maga og skeifugörn og bera saman klínískar greiningar og niðurstöður holsjárskoðana.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var með framskyggnu sniði og fór fram á árunum 1996 og 1997. Holsjárskoðanir á efri meltingarvegi voru framkvæmdar hjá 562 sjúklingum á speglunareiningu meltingarsjúkdómadeildar St. Jósefsspítala í Hafnarfirði. Skilyrði fyrir þátttöku var að sjúklingur hefði einkenni frá efri meltingarvegi en frábending var blæðingarhætta hjá sjúklingum. Sjúklingar sem fengið höfðu *H. pylori* upprætingarmeðferð voru útilokaðir við úrvinnslu gagna. Tekin voru sýni úr magahelli (antrum ventriculi) og magabol (corpus ventriculi) til CLO (Camphylobacter Like Organism) rannsókna og til vefjarannsókna í þeim tilfellum sem það átti við.

Niðurstöður: Unnt var að meta niðurstöður rannsókna hjá 458 sjúklingum (81,5%) en 76 (13,5%) voru útilokaðir þar sem þeir höfðu gengist undir upprætingarmeðferð vegna *H. pylori* sýkingar og 28 (5%) voru útilokaðir vegna þess að fullnægjandi gögn skorti. Alls reyndust 220 (48%) sjúklingar vera *H. pylori* jákvæðir. Þar af voru 122 konur (55,5%) og 98 karlar (44,5%). Samsvörun milli klínískra sjúkdómsgreininga og niðurstaðna holsjárskoðana var ekki góð og virðast ætisár ofgreind klínískt. *H. pylori* sýkingar tengjast mest ætisárum (ulcus pepticum) og þá fremur skeifugarnarsárum (ulcus duodeni) en magasárum (ulcus ventriculi). Þannig reyndust 82% sjúklinga með skeifugarnarsár *H. pylori* jákvæðir en 60% sjúklinga með magasár. Sjúklingar með magabólgur og skeifugarnarbólgur voru *H. pylori* jákvæðir í 57% tilvika.

Ályktanir: Einungis 48% sjúklinga með einkenni frá efri meltingarvegi hafa jafnframt virka *H. pylori* sýkingu í magaslímhúð. Hlutfall *H. pylori* sýktra meðal sjúklinga með ætisár (maga- og skeifugarnarsár) er 69% sem er lægra en fyrri rannsóknir hafa gefið til kynna. Samsvörun milli klínískrar sjúkdómsgreiningar og niðurstöðu holsjárskoðunar á efri meltingarvegi er ekki góð. Holsjárskoðun er mikilvæg til að tryggja rétta sjúkdómsgreiningu og gerir meðferð markvissari.

Frá [1]meltingarsjúkdómadeild St. Jósefsspítala, Hafnarfirði, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]lyflækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Fyrirspurnir, bréfskipti: Ásgeir Theodórs, meltingarsjúkdómadeild St. Jósefsspítala, Suðurgötu 41, 220 Hafnarfirði. Sími: 555 0000; bréfsími: 565 3255; netfang: asgeir@stjo.is

Efni greinarinnar var áður kynnt á 13. þingi Félags íslenskra lyflækna á Akureyri dagana 12.-14. júní 1998.

Lykilorð: *Helicobacter pylori, holsjárskoðun, einkenni frá efri meltingarvegi.*

ENGLISH SUMMARY

Björnsson B, Örvar KB, Theodórs Á

Diseases in the esophagus, stomach and duodenum: is *Helicobacter pylori* to blame?

Læknablaðið 2000; 86: 168-73

Objective: To evaluate a) how many of symptomatic patients referred for upper endoscopy have active *H. pylori* infection, b) the correlation between the indications for upper endoscopy and endoscopic diagnosis and c) the association between *H. pylori* and organic disease in the upper gastrointestinal tract.

Material and methods: This is a prospective study on 562 symptomatic patients referred for upper gastrointestinal endoscopy. The criteria for inclusion were symptoms from the upper gastrointestinal tract but patients taking anticoagulation medication were excluded. All patients who had received *H. pylori* eradication therapy were excluded from the final analysis. Biopsies were obtained from both the antrum and body of the stomach for CLO testing as well as for histological evaluation for *H. pylori*.

Results: For final analysis 458 patients (81.5%) were evaluable, 76 patients (13.5%) were excluded who came for evaluation after *H. pylori* eradication and 28 patients (5%) were also excluded due to inadequate information. Of 458 patients, 220 (48%) tested CLO positive, there of 122 women (46%) and 98 men (50.5%). The correlation between indication for referral for upper endoscopy and final endoscopic diagnosis was poor, where peptic ulcer disease was clearly overrated. Active *H. pylori* infection was most often diagnosed among patients with peptic ulcer disease, particularly duodenal ulcer (82%) and less often gastric ulcer (60%). Patients with gastritis and duodenitis had *H. pylori* diagnosed in 57% of the cases.

Conclusions: *H. pylori* was diagnosed in 48% of patients with symptoms from the upper gastrointestinal tract. Of all patients with peptic ulcer disease *H. pylori* was diagnosed in only 69% of the cases, which is lower than previous studies have indicated. The correlation between indication for endoscopy and the endoscopic diagnoses is rather poor. It is important to perform diagnostic endoscopy early in order to select the best initial treatment for the patient.

Key words: *Helicobacter pylori, endoscopy, upper gastrointestinal symptoms.*

Correspondence: Ásgeir Theodórs. E-mail: asgeir@stjo.is

Inngangur

Helicobacter pylori (*H. pylori*) bakterían er gramneikvæður stafur sem fyrst var ræktuð og einangruð árið 1982 af Áströlunum Marshall og Warren (1,2). Síðan þá hefur bakterían verið tengd við ýmsa sjúk-

dóma í efri meltingarvegi og hafa rannsóknir rennt sterkari stoðum undir hugmyndir manna um þátt hennar í sjúkdómum í efri meltingarvegi. Nú er talið að *H. pylori* sýkingar tengist tilurð allt að 95% greindra skeifugarnarsára (ulcus duodeni) og um 90% magasára (ulcus ventriculi) (3). Einnig hefur verið sýnt fram á að eftir upprætingu á *H. pylori* fækkar endurkomum (relapse) ætisára (ulcus peptic-um) marktækt (3-5). Auk tengsla *H. pylori* við ætisár í efri meltingarvegi hefur bakterían verið tengd við maga- og skeifugarnarbólgur (gastritis, duodenitis), magakrabbamein og hugsanlega meltingarónot án sára (non ulcer dyspepsia). Þessi tengsl eru hins vegar ekki eins skýr og tengsl bakteríunnar við ætisár. Þó virðast *H. pylori* sýkingar hafa nokkuð sterk tengsl við tilurð non-cardia kirtlakrabbamein (adenocarcinoma) (6) og lággráðu (low grade) MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) eitlafrumuæxli (lymphoma) þar sem sýnt hefur verið fram á bata hjá sjúklingum í kjölfar upprætingar á *H. pylori* sýkingu (7-9). Tengslin við meltingarónot án sára hafa hins vegar verið mjög umdeild og niðurstöður rannsókna misvísandi (10-14).

Fram til þessa hefur verið deilt um það hverjir þeirra sem hafa virka *H. pylori* sýkingu skuli fá upprætingarmeðferð. Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til þess að um 30% íbúa hins vestræna heims hafi mótefni gegn *H. pylori* bakteríunni (2). Talið er að þetta hlutfall sé jafnvel enn hærra hér á landi og liggi nærri 40% (15). Í ljósi þessara talna virðist ógjörningur að meðhöndla alla sem sýkst hafa. Allir eru nú sammála um að meðhöndla þá sem hafa ætisár og eru *H. pylori* jákvæðir svo og sjúklinga með langvarandi magabólgur (chronic gastritis) og lággráðu MALT eitlafrumuæxli (16).

Ekki eru þekktar tölur um algengi virkra *H. pylori* sýkinga á meðal íslensku þjóðarinnar, hvorki í þýðinu öllu né meðal einstaklinga með einkenni frá efri meltingarvegi. Engar framskyggnar athuganir hafa heldur verið gerðar á því, hvaða ástæður séu algengastar fyrir tilvísunum til holsjárskoðana hjá meltingarsérfræðingum né heldur hversu vel þessar ástæður falli að þeim niðurstöðum sem fást við holsjárskoðanir. Gerð hefur verið afturskyggn rannsókn á ábendingum og niðurstöðum magaspeglana, sem náði að hluta til tímabils áður en *H. pylori* varð þekktur meinvaldur (17).

Tilgangur þeirrar framskyggnu rannsóknar sem hér er greint frá var að svara þremur spurningum:

1. Hversu stór hluti þeirra sjúklinga sem vísað er til holsjárskoðunar á efri meltingarvegi vegna einkenna hafa virka *H. pylori* sýkingu í magaslímhúð?
2. Hvernig er samsvörun milli ábendingar tilvísandi læknis og niðurstöðu holsjárskoðunar?
3. Í hve stórum hluta sjúklinga fer saman vefræn sjúkdómsgreining og virk *H. pylori* sýking?

Efniviður og aðferðir

Rannsakaðir voru 562 sjúklingar sem vísað var til holsjárskoðunar á efri meltingarvegi á speglunareiningu meltingarsjúkdómadeildar St. Jósefsspítala í Hafnarfirði á árunum 1996 og 1997. Sjúklingarnir voru á aldrinum sjö til 90 ára og meðalaldur var 52,4 ár (staðalfrávik 18,2 ár). Hópurinn skiptist þannig að karlar voru 247 (44%) og konur 315 (56%). Karlarnir voru á aldrinum sjö til 90 ára, meðalaldur 49,6 ár (staðalfrávik 18,6 ár) en konurnar voru á aldrinum 12 til 90 ára og meðalaldur þeirra var 54,5 ár (staðalfrávik 17,6 ár). Alls voru 2047 magaspeglanir framkvæmdar á speglunareiningu meltingarsjúkdómadeildar St. Jósefsspítala í Hafnarfirði á því tímabili sem rannsóknin fór fram. Ástæður þess að ekki var tekið stærra hlutfall (27%) magaspeglana með í þessa rannsókn liggja fyrst og fremst í tvennu. Annars vegar því að sjúklingar voru teknir í rannsóknina reglubundið á nokkrum tímabilum en ekki samfellt og hins vegar voru þær speglanir sem gerðar voru á sjúklingum sem vitað var að fengið höfðu upprætingarmeðferð við *H. pylori* ekki teknar með við gagnaöflun.

Virk sýking er þegar sýnt er fram á að sjúklingur hefur bakteríuna í magaslímhúð.

Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni var að sjúklingur væri með einkenni frá efri meltingarvegi. Með einkennum er átt við hvert það ástand sem leiddi til þess að sjúklingur gekkst undir holsjárskoðun á efri meltingarvegi. Sjúklingar með einkenni, sem gengust undir rannsókn í því skyni að fylgja eftir upprætingarmeðferð við *H. pylori*, voru eins og áður segir útilokaðir við gagnaöflun.

Við speglanirnar voru notuð Olympus GIF – 100 (Olympus Optical Co. (Europa) GMBH, Hamborg, Þýskalandi) og Olympus GIF – 130 (Olympus Optical Co. (Europa) GMBH, Hamborg, Þýskalandi) speglanatæki.

Fyrir rannsókn fengu sjúklingarnir kokdeyfingu með lídókaín-úða (Xylocaine®, Astra, Södertälje, Svíþjóð). Lyfjaforgjöf var gefin í bláæð, ýmist petidín (petidín LÍ, Lyfjaverslun Íslands, Reykjavík, Ísland) 50 mg og/eða díazepam (Stesolid Novum, Dumex-Alpharma A/S, Kaupmannahöfn, Danmörk) 5-10 mg. Skoðaður var efri meltingarvegur frá speldislág (vallecula epiglottica) niður í fallhluta skeifugarnar (pars descendens duodeni). Við skoðanirnar voru tekin vefjasýni frá magahelli (antrum ventriculi) og magabol (corpus ventriculi) og gerð CLO (Camphylobacter Like Organism) rannsókn (CLOtest™, Delta West Pty Ltd, V-Ástralíu) til greiningar á virkri *H. pylori* sýkingu. Nægjanlegt var að önnur CLO rannsóknin væri jákvæð til þess að sjúklingurinn væri úrskurðaður *H. pylori* jákvæður. Þegar um var að ræða sjúklinga sem voru að nota (eða höfðu notað síðustu vikuna fyrir rannsóknina) lyf sem geta haft hemjandi áhrif á úreasa virkni bakteríunnar (prótónudæluhemla (proton pump inhibitors-PPI) og/eða

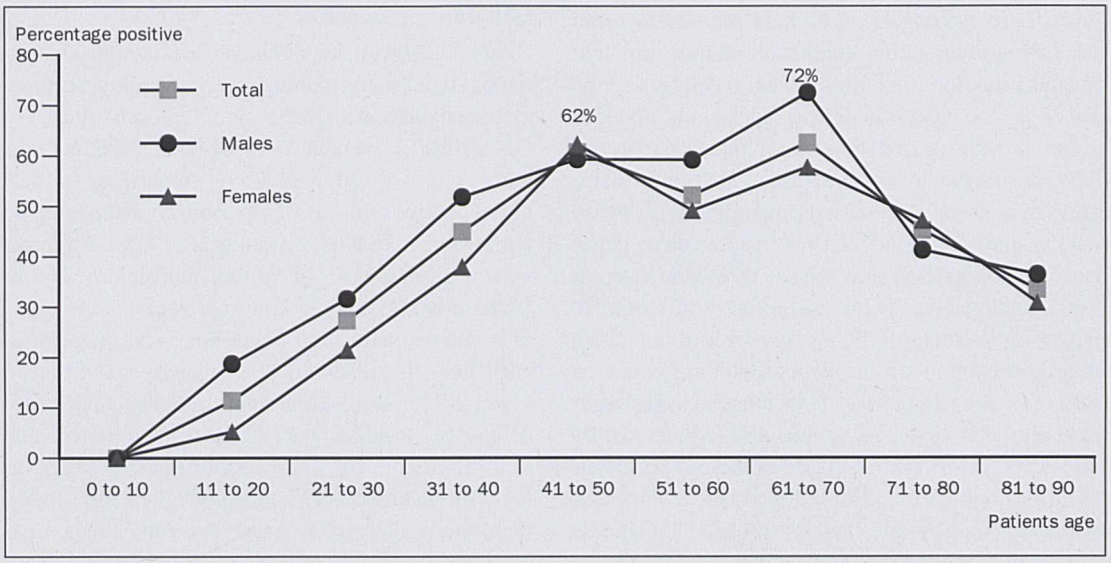


Fig. 1. ***H. pylori*** *positive patients (age and sex).*

sýklalyf) voru jafnframt send sýni úr slímhúð magabols til vefjagreiningar (histology) fyrir *H. pylori*. Þær greiningar fóru fram á vefjarannsóknarstofunni í Glæsibæ, Reykjavík. Við vefjagreiningar var notuð hematoxýlín/eósín (H&E) litun. Næmi CLO rannsókna er talið vera um 90% og sértæki um 98% (18). Næmi vefjagreiningar er talið vera 78% en sértæki þeirrar rannsóknar er allt að 100% (19).

Fyrir hvern sjúkling sem tók þátt í rannsókninni var fyllt út þar til gert eyðublað með persónuatriðum, upplýsingum um fyrri lyfjameðferðir við *H. pylori*, upplýsingum um niðurstöður CLO rannsókna og vefjagreininga, þar sem við átti, svo og upplýsingum um ábendingar og niðurstöður speglunarinnar.

Við úrvinnslu gagna var notaður gagnabanki byggður á tölvuforritinu Microsoft® Access 97 (Microsoft Corporation, Redmond, USA) og við tölfræðilega útreikninga var notað tölvuforritið Instat (GraphPad Software, San Diego, USA). Tölfræðileg marktækni var miðuð við $p<0,05$, tvíhliða og stuðst var við nákvæmnispróf Fishers og kíkvaðratspróf við útreikninga á p-gildum.

Niðurstöður

Í rannsóknina komu 562 sjúklingar en unnt var að meta niðurstöður 458 sjúklinga (194 karla (42%) og 264 kvenna (58%)), eða 81,5% þeirra sem upphaflega voru skráðir í rannsóknina (562). Þeir voru á aldrinum sjö til 90 ára (meðalaldur 51,5 ár, staðalfrávik 18,8 ár). Karlar voru á aldrinum sjö til 90 ára, (meðalaldur 48,4 ár, staðalfrávik 19,3 ár) en konur voru á aldrinum 12 til 90 ára (meðalaldur 53,8 ár, staðalfrávik 18,1 ár). Við úrvinnslu gagna voru útilokaðir 104 sjúklingar (18,5%), 76 (13,5%) vegna þess að í ljós kom að þeir höfðu áður fengið upprætingarmeðferð *H. pylori* (upplýsingar lágu ekki fyrir þegar þessir sjúklingar voru teknir inn í rannsóknina) og 28 (5%) vegna þess að ekki fundust fullnægjandi gögn um þá.

Af 458 sjúklingum reyndust 220 (48%) *H. pylori* jákvæðir en 238 (52%) *H. pylori* neikvæðir. Af *H. pylori* jákvæðum voru 98 karlar og 122 konur, eða 46% kvennanna en 50,5% karlanna. Þessi munur milli kynjanna á *H. pylori* jákvæðum er ekki tölfræðilega marktækur (p=0,3947).

Af 220 *H. pylori* jákvæðum einstaklingum voru 205 (93%) sem höfðu jákvæða CLO rannsókn úr magabol og 205 (93%) með jákvætt sýni úr magahelli. Jákvæð sýni frá bæði magabol og magahelli komu fyrir hjá 190 einstaklingum eða 86% tilfella.

Hlutfall *H. pylori* sýkinga nær hámarki milli sextugs og sjötugs hjá körlum og er 72% en hjá konum nær hlutfall sýktra hámarki milli fertugs og fimmtugs og er 62%. Hjá báðum kynjum lækkar hlutfall einstaklinga með virka sýkingu í elstu aldurshópunum. Mynd 1 sýnir hlutfall *H. pylori* sýktra með tilliti til aldurs sjúklinga.

Samband milli ábendinga tilvísandi lækna (ekki var gerður greinarmunur á meltingarsérfræðingum og öðrum læknum) og þeirra niðurstaðna sem holsjárskoðun leiðir í ljós er ekki gott. Einkum eru það ætisár sem eru ofgreind klínískt og því nefnd sem ábending fyrir holsjárskoðun en samsvörun milli klínískra greininga vélindabólga og þess að þær séu staðfestar með holsjárskoðun er meiri. Á mynd 2 sést sambandið milli klínískra greininga og greininga með holsjárskoðun.

Algengi *H. pylori* sýkinga er hæst meðal sjúklinga með ætisár. Þannig eru 82% sjúklinga með skeifugarnarsár jafnframt *H. pylori* jákvæðir í þessari rannsókn. Af sjúklingum með magasár reyndust hins vegar 60% *H. pylori* jákvæðir. Þegar litið er á sjúklinga með ætisár sem einn hóp eru 69% þeirra með virka *H. pylori* sýkingu. Sjúklingar með maga- og skeifugarnarbólgur eru í 57% tilvika *H. pylori* jákvæðir. Sjúklingar með „heilmagabólgu" (pan gastritis) eru *H. pylori* jákvæðir í 82% tilvika, 63% sjúklinga með hellisbólgu (antral gastritis, gastritis B), 48% sjúk-

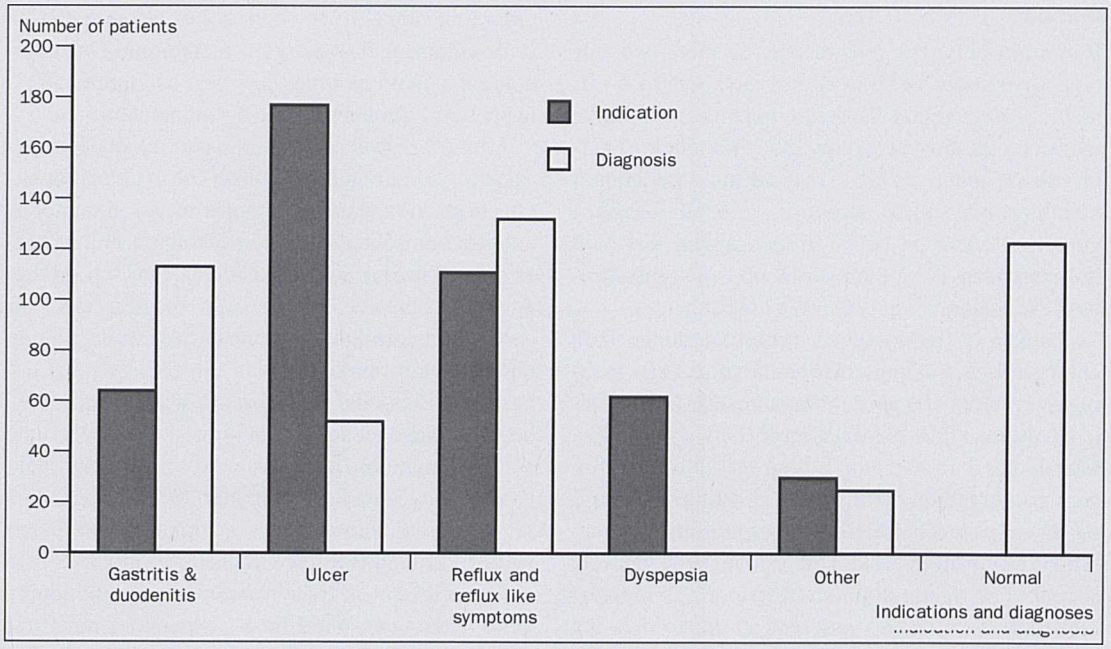


Fig. 2. *Indications for endoscopy and diagnoses.*

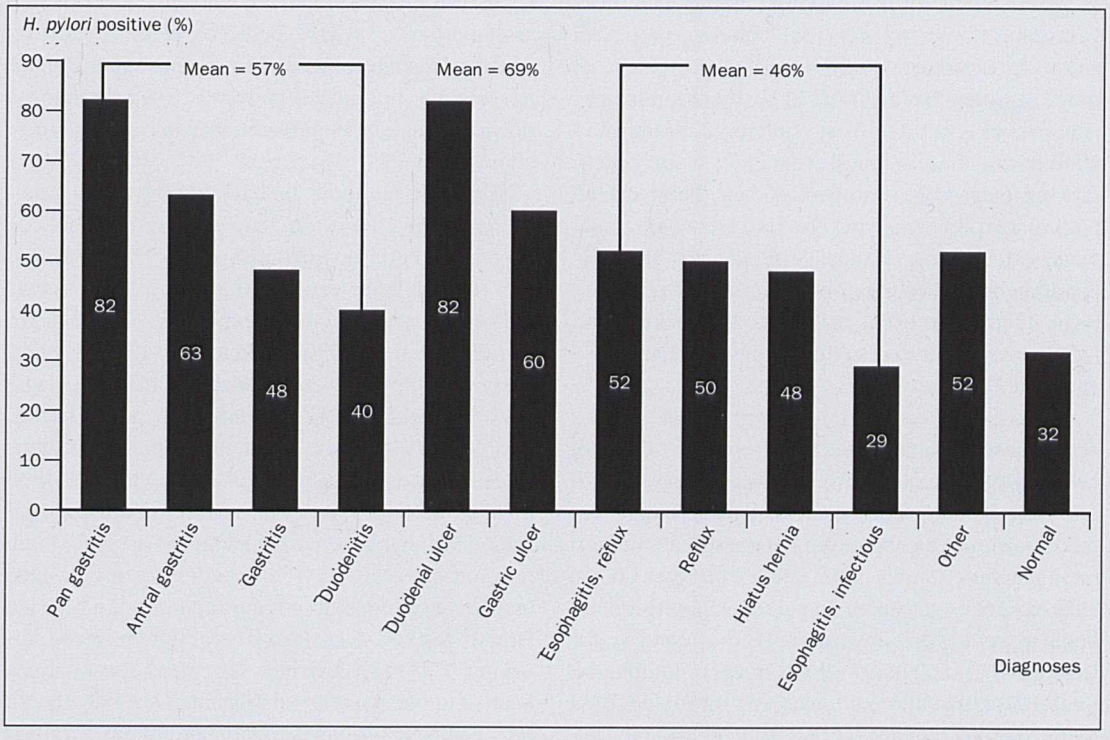


Fig. 3. ***H. pylori*** *positive patients (%).*

linga með magabólgu (sem hvorki var flokkuð sem heilmagabólga né hellisbólga) og 40% sjúklinga með skeifugarnarbólgu. Í hópi sjúklinga með vélindabólgur og þindarslit reyndust 46% vera *H. pylori* sýktir. Þeir sjúklingar sem ekki greindust með vefræna kvilla (til dæmis bólgur eða sár) við holsjárskoðun og kunna að hafa verið með starfræna kvilla (til dæmis hreyfitruflanir) höfðu virka sýkingu í 32% tilfella. Mynd 3 sýnir hlutfall *H. pylori* sýktra sjúklinga með tilliti til mismunandi sjúkdómsgreininga (greint með holsjárskoðun).

Tölfræðilega marktækur munur er á hlutfalli *H. pylori* sýktra meðal sjúklinga með ætisár borið saman við hlutfall sýktra í hópi þeirra sem ekki greindust með vefræna kvilla við holsjárskoðun ($p<0,0001$). Jafnframt er tölfræðilega marktækur munur á hlutfalli *H. pylori* sýktra meðal sjúklinga með ætisár og vandamál tengd efra magaopi (þindarslit og vélindabólgur vegna bakflæðis) ($p=0,0054$). Mjög marktækur munur er á milli hlutfalls *H. pylori* jákvæðra meðal þeirra sem greinast með vefrænan kvilla við holsjárskoðun samanborið við þá sem ekki greinast með vefrænan kvilla ($p<0,001$). Ekki reyndist tölfræðilega marktækur munur á hlutfalli *H. pylori* jákvæðra sjúklinga með ætisár annars vegar og bólgusjúkdóma í maga og skeifugörn hins vegar ($p=0,1698$).

Umræða

Rannsókn þessi var gerð til þess að meta hve stór hluti þeirra sem vísað er til holsjárskoðunar á efri meltingarvegi vegna líklegra einkenna frá vélinda, maga eða skeifugörn (symptomatic population) hefur virka *H. pylori* sýkingu í maga. Einnig var ætlunin að athuga hversu góð samsvörun er á milli klínískra greininga lækna og þeirra greininga sem fást með holsjárskoðun. Að lokum var metið hvaða sjúkdómum í efri meltingarvegi *H. pylori* tengist helst.

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar hafa einungis 48% sjúklinga með einkenni frá efri meltingarvegi virka *H. pylori* sýkingu í maga. Þetta er athyglivert með tilliti til faraldsfræði *H. pylori* sýkinga á Íslandi (15). Það að einungis skuli vera átta prósentustiga munur á milli þýðisins alls (general population) og þess hóps sem hefur einkenni (symptomatic population) gæti bent til þess að um væri að ræða bakteríu sem ekki er afgerandi þáttur varðandi sjúkdóma og einkenni. Þó er rétt að geta þess að upplýsingar um *H. pylori* sýkingar í þýðinu voru fengnar með blóðvatnsrannsóknum og geta því endurspeglað bæði virkar og „óvirkar" sýkingar og því er óvarlegt að draga of viðamiklar ályktanir af þessum samanburði. Auk þess er ljóst og staðfest í fjölmörgum rannsóknum fyrri ára að sterk tengsl eru milli *H. pylori* og ætisára og maga- og skeifugarnarbólga. Þetta má að nokkru leyti skýra með því að ætisár (sem hafa mesta fylgni við *H. pylori* sýkingar) eru ekki stór hluti niðurstaðna holsjárskoðana í þessari rannsókn eða einungis 11%. Auk þessa má nefna að nokkur hluti (32%) þeirra sem ekki greindust með vefræna kvilla er sýktur af *H. pylori*.

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að ekki er gott samhengi milli sjúkdómsgreininga tilvísandi lækna og þeirra niðurstaðna sem fást við holsjárskoðun. Þetta kemur ekki á óvart ef haft er í huga hve mikil skörun er á einkennum ýmissa sjúkdóma í efri meltingarvegi. Þannig hafa rannsóknir sýnt að 10-40% ætisára eru til staðar án einkenna og ætisáraeinkenni (uppmagáls- (epigastric-) verkir, næturverkir (nocturnal), „fæðubati" (food relief), lotubundin matarlyst, aukin/minnkuð matarlyst og rop/þensla á kvið (belching/bloating)) eru fyrir hendi í 30-60% tilfella án þess að ætisár séu til staðar (20). Af þessum sökum kann að koma fram veruleg skekkja þegar beiðni um holsjárskoðun er fyllt út. Þessir erfiðleikar við klíníska greiningu margra sjúkdóma í efri meltingarvegi undirstrika mikilvægi þess að beita holsjárskoðun til staðfestingar á greiningu áður en farið er af stað með meðferð fyrir sjúklinginn. Þannig má til dæmis benda á að ákveðin tilhneiging hefur verið til að veita sjúklingum með meltingarónot án sára og *H. pylori* sýkingu upprætingarmeðferð við bakteríunni (16). Hins vegar sýna nýjar niðurstöður stórrar alþjóðlegrar rannsóknar að ekki er gagn af því að uppræta *H. pylori* sýkingar hjá sjúklingum með meltingarónot án sára (21,22). Niðurstöður okkar styðja þá staðhæfingu að til að markviss árangur náist við meðhöndlun sjúkdóma í meltingarvegi þarf í upphafi að liggja fyrir nákvæm greining á vandamálinu.

Hlutfall *H. pylori* jákvæðra (sýni tekið við magaspeglun) lækkar meðal sjúklinga í elstu aldurshópunum. Þessi niðurstaða er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna á *H. pylori* sýkingum, annars vegar rannsóknar þar sem athugaðar voru virkar sýkingar (4) og hins vegar rannsóknar þar sem ekki var gerður greinarmunur á virkum og „óvirkum" sýkingum (blóðvatnsrannsóknir) (15). Ástæða þessa er talin sú að við upphaf *H. pylori* sýkingar fái allir sjúklingar hellisbólgu sem síðar þróist í heilmagabólgu. Með tímanum ágerist vandamálið og verður að langvinnri heilmagabólgu. Eftir margra ára magabólgu fer magaslímhúðin að visna (atrophic) og að lokum verður visnunin (atropic gastritis) svo mikil að ekki er lengur lífvænlegt fyrir *H. pylori* í magaslímhúðinni. Þessi kenning er studd með mælingum á mótefni í sermi (serology) við *H. pylori* þar sem gildi sem eru á mörkum þess að teljast jákvæð og neikvæð (borderline) eru algengust meðal þeirra sem yngstir eru (að fá sýkinguna) og meðal þeirra elstu sem hafa losað sig við sýkinguna en hafa enn mælanlegt magn mótefnis (15).

Ekki var munur á fjölda jákvæðra CLO rannsókna eftir því hvort sýni voru tekin úr magabol eða magahelli. Þetta er nokkuð á skjön við þá skoðun sem ríkjandi hefur verið að *H. pylori* taki sér fremur bólfestu í magahelli en í magabol og því sé vænlegra að taka sýni til CLO rannsóknar úr magahelli. Í ljósi þessa kann að vera rétt að taka sýni frá bæði magahelli og magabol til CLO rannsóknar þó að ekki sé þörf á að aðskilja þau við rannsóknina. Þessi niðurstaða vekur einnig spurningar um það hvort ekki sé æskilegt að nota rannsóknir sem ná til allrar magaslímhúðarinnar en eru ekki háðar því að sýnið komi frá „réttum" stað. Í því sambandi er fyrst og fremst um að ræða úrea útöndunarloftsrannsóknir (Urea Breath Test) en sú rannsókn hefur 99% næmi og sértæki er 97% (18). Auk þess sem hún hefur ótvíræða kosti ef um er að ræða sjúklinga með blæðingarhættu sem getur gert sýnatöku úr magaslímhúð varhugaverða. Þá er hér um að ræða heppilega rannsókn í þeim tilfellum sem verið er að kanna hvort sjúklingar hafi svarað upprætingarmeðferð við *H. pylori* þar sem hún er inngrips- og kostnaðarminni en holsjárskoðun. Þrátt fyrir það er nauðsynlegt að undirstrika mikilvægi þess að fá nákvæma greiningu með holsjárskoðun strax í upphafi meðferðar sjúklings.

Einungis 69% þeirra sjúklinga sem greindust með ætisár (skeifugarnarsár 82%, magasár 60%) voru jafnframt með virka *H. pylori* sýkingu í magaslímhúð. Þetta er talsvert lægri tala en fyrri rannsóknir hafa sýnt (1,4,5) þar sem fundist hefur allt að 95% sýkingarhlutfall meðal sjúklinga með skeifugarnarsár

og allt að 85-90% sýkingarhlutfall meðal sjúklinga með magasár. Í hverju þessi munur liggur er erfitt að skýra en í þessari rannsókn var ekki athuguð notkun gigtarlyfja hjá þátttakendum. Vitað er að slík lyf geta valdið sárum í meltingarvegi og hafa þau verið sett næst *H. pylori* sýkingum hvað varðar áhættuþætti fyrir sáramyndun. Því teljum við nauðsynlegt að framkvæma ítarlegri rannsóknir þar sem niðurstöður þessarar frumrannsóknar (pilot study) benda til þess að *H. pylori* eigi ekki jafn stóran þátt í sjúkdómum í vélinda, maga og skeifugörn og talið hefur verið.

Þakkir

Höfundar þakka Elínu Hoe Hinriksdóttur ritara, Kristínu Ólafsdóttur hjúkrunardeildarstjóra svo og öðrum starfsmönnum meltingarsjúkdómadeildar St. Jósefsspítala, Hafnarfirði fyrir ómetanlega aðstoð við framkvæmd rannsóknarinnar.

Heimildir

1. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. Lancet 1984; 1: 1311-5.
2. Blaser MJ. The bacteria behind ulcers. Sci Am 1996; 274: 104-7.
3. Björnsson HM, Theodórs Á. *Helicobacter pylori*. Yfirlitsgrein. Læknaneminn 1996; 49(2): 45-54.
4. Seppala K, Pikkarainen P, Sipponen P, Kivilaakso E, Gormsen MH. Cure of peptic gastric ulcer associated with eradication of *Helicobacter pylori*. Gut 1995; 36: 834-7.
5. Óskarsson K, Theodórs Á, Örvar K, Ólafsdóttir I. Meltingarsár og *Helicobacter pylori*. Árangur þriggja lyfja meðferðar. Læknablaðið 1994; 80: 317-25.
6. Blecker U, McKeithan TW, Hart J, Kirschner BS. Resolution of *Helicobacter pylori* - associated gastric lymphoproliperative disease in a child. Gastroenterology 1995; 109: 973-7.
7. Edit S, Forman D, Stolte M. The year in *Helicobacter pylori* 1994 – Gastric malignancies. Current Science Ltd.; 1995: 41-5.
8. Carlson SJ, Yokoo H, Vanaguns A. Progression of gastritis to monoclonal B-cell lymphoma with resolution and reccurrence followint eradication of *Helicobacter pylori*. JAMA 1996; 275: 937-9.
9. Roggero E, Zucca E, Pinotti G, Pascarella A, Capella C, Savio A, et al. Eradication of *Helicobacter pylori* infection in primary low-grade gastric lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue. Ann Int Med 1995; 122: 767-9.
10. VeldhuyzenVan Zanten SJO. A systematic over-view (meta analysia) of outcome measures in *Helicobacter pylori* gastritis trials and functional dyspepsia. Scand J Gastroenterol 1993; 28/Suppl. 199: 40-3.
11. Talley NJ. *Helicobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia. Scand J Gastroenterol 1996; 31/Suppl. 220: 19-22.
12. Stone MA, Barnett DB, Mayberry JF. Lack of correlation between self-reported symptoms of dyspepsia and infection with *Helicobacter pylori*, in a general population sample. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998; 10: 301-4.
13. Armstrong D. *Helicobacter pylori* infection and dyspepsia. Scand J Gastroenterol 1996; 31/Suppl. 215: 38-47.
14. McColl K, Murray L, El-Omar E, Dickson A, El-Nujumi A, Wirz A, et al. Symptomatic benefit from eradicating *Helicobacter pylori* infection in patients with nonulcer dyspepsia. N Engl J Med 1998; 339: 1869-74.
15. Kristinsson KG, Sigvaldadóttir E, Þjóðleifsson B. Algengi mótefna gegn *Helicobacter pylori* á Íslandi. Læknablaðið 1996; 82: 366-70.
16. Current European concepts in management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. GUT 1997; 41: 8-13.
17. Björnsson, S. Magaspeglanir á 20 ára tímabili, 1974-1994 [ágrip]. Læknablaðið 1994; 80/Fylgirit 25: E-89.
18. Axon ATR. A Guide to *Helicobacter pylori*. London: London Science Press Limited; 1996: 33.
19. Andersen LP, Kiilerick S, Pedersen G, Thoreson AC, Jørgensen F, Rath J, et al. An Analysis of Seven Different Methods to Diagnose *Helicobacter pylori* Infections. Scand J Gastroenterol 1998; 33: 24-30.
20. Petersen H, Johannessen T, Kleveland PM, Fjosne U, Dybdahl JH, Waldum HL. Do we need to listen to the patient? The predictive value of symptoms. Scand J Gastroenterol 1988; 155/Suppl.: 30-6.
21. Blum AL, Talley NJ, O'Moráin C, van Zanten SV, Labenz J, Solte M, et al. Cure of *Helicobacter pylori* infection does not influence the long-term symptomatic response in patients with functional dyspepsia The Ocay Study. N Engl J Med 1998; 339: 1875-81.
22. Friedman LS. *Helicobacter pylori* and nonulcer dyspepsia [editorial]. N Engl J Med 1998; 339: 1928-30.

Dauðsföll af völdum svæfinga

Könnun á 134.762 svæfingum á íslenskum sjúkrahúsum

Ólafur Þ. Jónsson

Ágrip

Tilgangur: Allmargar kannanir hafa farið fram erlendis á undanförnum áratugum á dauðsföllum af völdum svæfinga. Þær rannsóknaraðferðir sem notaðar hafa verið eru margs konar og er því samanburður erfiður. Þó virðist sem slíkum dauðsföllum hafi farið fækkandi. Tilgangur könnunar þeirrar sem hér er greint frá var annars vegar að athuga hvort dauðsföll af völdum svæfinga ættu sér stað hér á landi og hins vegar að fá samanburð við erlendar kannanir um sama efni.

Efniviður og aðferðir: Könnun þessi var gerð á íslenskum sjúkrahúsum á fimm ára tímabili á árunum 1992-1996. Áður en könnunin hófst var öllum sérfræðingum í svæfingalækingum starfandi hér á landi og öðrum sem vitað var að önnuðust svæfingar ritað bréf þar sem gerð var grein fyrir könnuninni. Fljótlega eftir hver áramót var haft samband við yfirlækna svæfingadeilda stærri sjúkrahúsanna og einnig þá sem önnuðust svæfingar á öðrum sjúkrahúsunum. Leitað var eftir fjölda svæfinga á hverjum stað svo og upplýsingum um dauðsföll af völdum þeirra hafi einhver verið. Einnig var leitað eftir upplýsingum frá deildarstjórum svæfingadeilda stærri sjúkrahúsanna og skurðstofuhjúkrunarfræðingum á öðrum sjúkrahúsum. Haft var samband við landlæknisembættið til þess að kanna hvort einhver mál hefðu borist embættinu á tímabilinu varðandi dauðsföll af völdum svæfinga.

Niðurstöður: Ekki bárust upplýsingar um dauðsföll frá einstaklingum. Upplýsingar bárust frá 14 sjúkrahúsum. Samkvæmt þeim gögnum sem fyrir liggja var alls um að ræða 134.762 svæfingar á sjúkrahúsum landsins á fyrrnefndu fimm ára tímabili. Ekkert dauðsfall var talið að rekja mætti til svæfinga. Engin mál bárust landlæknisembættinu á þessu tímabili varðandi dauðsföll vegna svæfinga.

Ályktanir: Þessi könnun leiddi í ljós að ekki urðu dauðsföll á íslenskum sjúkrahúsum á þessu tímabili af völdum svæfinga. Samanburður við erlendar rannsóknir sýnir að árangur þessi er mjög góður.

Frá svæfinga- og gjörgæsludeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ólafur Þ. Jónsso, Sjúkrahúsi Reykjavíkur, Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000; netfang: olafurjo@shr.is

Efni þessarar greinar var að nokkru kynnt sem ágrip á þingi Svæfingalæknafélags Íslands í Reykjavík í apríl 1999 og á þingi Norræna svæfingalæknafélagsins í Árósum í júní 1999.

Lykilorð: *svæfingar, dauðsföll.*

Inngangur

Almennt mun álitið að svæfingar og deyfingar við skurðaðgerðir, rannsóknir eða í öðru skyni séu hættulitlar og ekki þurfi að óttast að eitthvað fari úrskeiðis og geti haft alvarlegar afleiðingar. Sem betur fer eru þetta réttar ályktanir í langflestum tilfellum þrátt fyrir eftirfarandi staðreyndir: Við svæfingar og deyfingar eru notuð mörg lyf með mjög sterka verkun svo sem svæfingalyf til innöndunar eða þau sem gefin eru í æð, sterk verkjastillandi lyf, vöðvalamandi lyf, sterk lyf til staðdeyfinga og lyf sem hafa áhrif á hjartslátt og blóðþrýsting. Þá má nefna tæknileg atriði sem krefjast hæfni og þjálfunar, notaður er tækjabúnaður sem er

ENGLISH SUMMARY

Jónsson Ó

Deaths attributable to anesthesia: a survey in Icelandic hospitals

Læknablaðið 2000; 86: 174-7

Objective: During the past 50 years many studies have been carried out to investigate deaths attributable to anesthesia. It can by difficult to interpret and compare the outcome as studies differ considerably in the methodology employed. However the trend seems to be that anesthetic mortality has indeed decreased over the years. No investigation of this kind is known to have taken place in Iceland. Therefore it was decided to conduct a survey in Icelandic hospitals in order to make comparison with these studies in other countries.

Material and methods: This prospective survey was carried out in Icelandic hospitals during the five year period from 1992 to 1996. A letter was sent to all anesthesiologists in the country and also other health care professionals known to administer anesthesia. The purpose and the protocol were explained. At each year during the study period the chairmen of the departments of anesthesiology in the larger hospitals and those who administered anesthesia in the smaller hospitals were contacted in order to seek information as to whether any deaths due to anesthesia had taken place during the year and the number of anesthesias performed. The chief anesthesia nurses in the larger hospitals as well as the operating room nurses in other hospitals were asked if they were aware of any such deaths. The Directorate of Health was contacted to find out if any complaints had been filed during this period related to deaths under anesthesia.

Results: No reports of deaths came from individuals. There were 14 hospitals which proveded information. During the study period 134,762 anesthesias were performed. No death was considered to be caused directly by anesthesia. No complaints related to anesthetic deaths were filed with the Directorate of Health.

Conclusions: This study documents a low anesthetic mortality and compares favorably with results in other countries.

Keywords: *anesthesia, mortality.*

Correspondence: Ólafur Þ. Jónsson e-mail: *olafurjo@shr.is*

flókinn og krefst sérþekkingar. Ástand sjúklinganna er misjafnt og ýmsir þeirra eru illa á sig komnir vegna alvarlegra sjúkdóma í mörgum líkamskerfum. Svæfa þarf sjúklinga á öllum aldursskeiðum, allt frá nýfæddum og til þeirra er náð hafa 100 ára aldri. Þá má benda á að margir koma til bráðaaðgerða vegna alvarlegra sjúkdóma eða slysa. Oft gefst þá ekki tími til að bæta ástand þeirra nægilega fyrir svæfingu vegna þess að um lífsbjargandi aðgerðir er að ræða sem ekki þola bið.

Nýlega var þess minnst að 150 ár eru liðin frá því að svæfingar hófust en upphaf þeirra er talið hafa verið árið 1846 í Boston. Ýmis óhöpp hafa væntanlega átt sér stað strax frá byrjun. Fyrsta dauðsfallið sem vitað var um átti sér stað í Englandi árið 1848 þegar 15 ára gömul stúlka, Hannah Greener, lést í sambandi við klóróformsvæfingu (1). Fyrsta kerfisbundna könnunin varðandi dauðsföll við svæfingar mun hafa verið gerð af enska lækninum John Snow (1813-1858) en hann er talinn vera fyrsti svæfingalæknirinn. Í bók hans um klóróform og önnur svæfingalyf sem gefin var út að honum látnum gerði hann grein fyrir dauðsföllum við svæfingar sem þá var vitað um (1). Væntanlega munu einhverjar kannanir hafa farið fram á fyrri árum um þetta efni en frá því um 1950 hafa verið gerðar margar kannanir á dauðsföllum af völdum svæfinga í ýmsum löndum og eru niðurstöður nokkurra þeirra sýndar í töflu I. Nánar verður greint frá þessum könnunum í umræðukafla.

Table I. *Surveys of anesthetic mortality 1948–1995.*

Author	Country	Time of survey	Number of anesthesias	Mortality
Beecher, Todd (2)	USA	1948-1952	599,584	1:2680
Memery (3)	USA	1955-1964	114,866	1:3145
Hovi-Viander (4)	Finland	1975	338,934	1:5059
Tiret, Desmonts (6)	France	1978-1982	198,103	1:13207
Holland (7)	Australia	1984	550,000	1:26000
CEPOD (9)	England	1985-1986	485,850	1:185000
Wang, Hägerdal (10)	Sweden	1979-1989	262,850	1:37000
Tikkanen, Hovi-Viander (5)	Finland	1986	325,585	1:65117
Eagle, Davis (8)	Australia	1990-1995	830,000	1:40000

Talið er að svæfingar hafi verið teknar upp hér á landi árið 1856. Þær voru mjög fáar fyrstu áratugina þar á eftir. Þeim fjölgaði síðan, einkum eftir að Landakotsspítali tók til starfa árið 1902 og síðar þegar sjúkrahúsum fjölgaði. Ekki er vitað til þess að könnun á dauðsföllum af völdum svæfinga hafi verið gerð hér á landi. Var því talið áhugavert að kanna hvort dauðsföll af þessum orsökum ættu sér stað hér á landi og einnig til þess að fá samanburð við erlendar kannanir um þetta efni.

Efniviður og aðferðir

Upphaflega var fyrirhugað að kanna dauðsföll, alvarlegar lamanir eða heilaskemmdir af völdum svæfinga. Einnig var áætlað að könnunin næði til allra svæfinga og stærri deyfinga bæði á sjúkrahúsum, læknastöðvum og annars staðar. Fljótlega varð ljóst að efnið yrði bæði of yfirgripsmikið og erfitt yrði að afla nákvæmra upplýsinga. Var því ákveðið að einskorða könnunina við hugsanleg dauðsföll á sjúkrahúsum. Þegar rætt er um svæfingar í texta þessum er bæði átt við svæfingar og deyfingar ýmiss konar.

Öllum starfandi sérfræðingum í svæfingalæknisfræði á landinu svo og öðrum þeim sem vitað var að önnuðust svæfingar var sent bréf þar sem gerð var grein fyrir könnuninni og leitað var eftir samvinnu við öflun upplýsinga. Sérstakt eyðublað var sent til útfyllingar gæfist tilefni. Beðið var um að hugsanleg tilfelli yrðu skráð jafnóðum þannig að um framskyggna könnun yrði að ræða. Meðan á þessari könnun stóð var minnt á hana á ársfundum svæfingalækna. Könnunin hófst í ársbyrjun 1992 og henni lauk í árslok 1996 þannig að um var að ræða fimm ára tímabil. Eftir hver áramót var haft samband við yfirlækna svæfingadeilda stærri sjúkrahúsanna og þá sem önnuðust svæfingar á öðrum sjúkrahúsum. Leitað var upplýsinga um fjölda svæfinga á liðna árinu svo og dauðsföll af völdum svæfinga, hefðu einhver orðið, fyrsta sólarhringinn frá því að svæfing hófst bæði þar sem svæfing fór fram eða á vöknunarherbergi. Til þess að auka áreiðanleika þessarar könnunar var einnig haft samband við hjúkrunardeildarstjóra svæfingadeilda stærri sjúkrahúsanna og á öðrum sjúkrahúsum var rætt við skurðstofuhjúkrunarfræðinga og leitað eftir því hvort vitað væri um dauðsföll af völdum svæfinga á tímabilinu. Þá var leitað eftir upplýsingum frá landlæknisembættinu hvort einhver mál hefðu borist varðandi dauðsföll af völdum svæfinga á því tímabili sem könnunin stóð yfir.

Leitað var eftir upplýsingum frá eftirfarandi sjúkrahúsum: Landakotsspítala, Landspítalanum, Borgarspítalanum, Sjúkrahúsi Akraness, St. Franciskusspítala í Stykkishólmi, Fjórðungssjúkrahúsinu á Ísafirði, Sjúkrahúsi Skagfirðinga, Sjúkrahúsi Siglufjarðar, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri, Sjúkrahúsi Húsavíkur, Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað, Sjúkrahúsi Vestmannaeyja, Sjúkrahúsi Suðurlands, Sjúkrahúsi Suðurnesja og St. Jósefsspítala í Hafnarfirði.

Niðurstöður

Svör bárust frá öllum sjúkrahúsum nema St. Franciskusspítala. Ekki bárust upplýsingar frá einstaklingum. Samkvæmt bókhaldi sjúkrahúsanna voru á tímabilinu framkvæmdar 134.762 svæfingar. Skipting þeirra milli sjúkrahúsanna er sýnd í töflu II. Ekki var talið að neitt dauðsfall hefði eingöngu mátt rekja til svæfinga. Hjúkrunarfræðingar sem rætt var við töldu sig ekki muna neitt slíkt dauðsfall. Hjá landlæknisembættinu fengust þær upplýsingar að engin mál hefðu borist varðandi dauðsföll af völdum svæfinga á því tímabili sem um ræðir.

Table II. *Hospitals and number of anesthesias.*

Hospital	Number of anesthesias
Landspítali	43,108
Borgarspítali	30,472
Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri	17,493
Landakotsspítali	14.925
Sjúkrahús Akraness	7,846
St. Jósefsspítali Hafnarfirði	7,258
Sjúkrahús Suðurnesja	5,393
Sjúkrahús Suðurlands	2,060
Sjúkrahúsið í Vestmannaeyjum	1,814
Fjórðungssjúkrahúsið á Ísafirði	1,584
Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað	1,179
Sjúkrahús Húsavíkur	780
Sjúkrahús Skagfirðinga	564
Sjúkrahús Siglufjarðar	286
Total 1992-1996	**134,762**

Umræða

Líta verður á svæfingar með sama mælikvarða og önnur form lækninga þar sem hættur eru vegnar móti ávinningi. Öll meðferð er ætluð til ávinnings fyrir sjúklinginn. Við svæfingar getur verið viss hætta fyrir hendi af ýmsum orsökum auk þess sem getið er í inngangi svo sem vegna óvæntrar lyfjasvörunar, óvæntra tæknilegra atvika, sérstakrar líkamsbyggingar sem getur gert tæknileg handbrögð erfið eða þau geta mistekist og tækjabúnaður getur brugðist. Þannig geta átt sér stað alvarleg atvik þó að rétt hafi verið staðið að málum. Það er líka mannlegt að skjátlast og hinir lærðustu og hæfustu eru ekki óskeikulir. Sennilega verður þess vegna aldrei alveg hægt að koma í veg fyrir dauðsföll af völdum svæfinga.

Verður nú í örstuttu máli sagt frá nokkrum erlendum könnunum varðandi þetta efni: Mjög ítarleg og vel unnin könnun var gerð af Beecher og Todd í Boston á árunum 1948-1952. Kannaðar voru um 600.000 svæfingar á 10 háskólasjúkrahúsum. Dauðsföll þar sem svæfing taldist dauðaorsök var eitt við hverjar 2.680 svæfingar (2). Memery gerði könnun á sjúkrahúsi í Massachusetts á 10 ára tímabili 1955-1964 þar sem um var að ræða einkarekna svæfingaþjónustu og reyndust dauðsföll 1:3.145 (3). Tvær kannanir voru gerðar í Finnlandi með 10 ára millibili og fór dauðsföllum mjög fækkandi á tímabilinu eða frá 1:5.059 árið 1975 (4) til 1:66.117 árið 1986 (5). Tiret og samstarfsmenn í Frakklandi gerðu könnun á fylgikvillum við svæfingar á árunum 1978-1982 og reyndust dauðsföll vera 1:13.207 (6). Í New South Wales í Ástralíu var komið á fót nefnd árið 1960 sem hefur kannað dauðsföll af völdum svæfinga næstum óslitið síðan. Nefndin hefur notað sömu aðferðir við þessar kannanir þannig að hægt hefur verið að fylgjast með breytingum á tíðni dauðsfalla á löngum tíma. Samkvæmt niðurstöðum nefndarinnar voru dauðsföll 1:5.500 árið 1960, 1:10.250 árið 1970 og 1:26.000 árið 1984 (7). Þarna hefur dauðsföllum farið stöðugt fækkandi eftir því sem árin hafa liðið. Í Vestur-Ástralíu hefur verið notuð sama aðferð og tölur frá árunum 1990-1995 eru 1:40.000 (8). Mjög athyglisverð könnun var gerð í Bretlandi (Confidential Enquiry into Perioperative Deaths, CEPOD) árið 1986. Var um að ræða næstum hálfa milljón svæfinga og reyndust dauðsföll vera 1:185.000 sem mun vera einhver besti árangur sem þekkist og miklu betri en áður hafði náðst þar í landi (9). Loks skal bent á könnun sem gerð var í Lundi í Svíþjóð á 11 ára tímabili 1979-1989 og þar voru dauðsföll 1:37.000 (10). Miðað við þær kannanir sem gerðar hafa verið eftir 1980 eru dauðsföll á bilinu 1:20.000-1:200.000.

Erfitt er að bera saman þær kannanir sem að framan greinir. Til þess eru ýmsar orsakir. Engin sameiginleg skilgreining var á því hvað telja eigi dauðsföll af völdum svæfinga, kannanirnar voru ýmist fram- eða afturskyggnar, ýmist var um að ræða eitt eða fleiri sjúkrahús, bæði kennslu- og háskólasjúkrahús eða einkaspítala, kannanirnar náðu yfir eitt eða fleiri ár, tímabil skráningar frá svæfingu var styst 24 klukkustundir en lengst 30 dagar, fjöldi svæfinga var ýmist þekktur eða áætlaður, misjafnt var hverjir mátu þau tilfelli sem um var að ræða og fleiri atriði má nefna. Ýmsir sem fjallað hafa um alvarleg atvik eða dauðsföll við svæfingar hafa bent á þessi atriði (11-13). Þá hafa verið efasemdir um það að sýnt hafi verið fram á að dauðsföllum hafi farið fækkandi (14). Þrátt fyrir þessi atriði virðast kannanir benda til þess að sú hafi orðið raunin.

Þeir þættir sem margir eru sammála um að auki hættu á alvarlegum atvikum og dauðsföllum eru: stórar og langar skurðaðgerðir, bráðaaðgerðir, hár aldur og sjúklingar í áhættuflokki 3 og 4 samkvæmt flokkun Bandaríska svæfingalæknasambandsins (15). Mannlegir þættir sem auka hættuna eru: ónóg þekking og þjálfun, dómgreindarskortur, þreyta, of mikill flýtir, ófullnægjandi eftirlit, skortur á skipulagi og samskiptaörðugleikar. Orsakir óhappa eru margs konar en algengastar munu vera súrefnisskortur í líkamanum, röng lyfjanotkun, þar með taldir of stórir lyfjaskammtar, ófullnægjandi undirbúningur og eftirmeðferð. Sjaldgæfari ástæður eru illkynja háhiti, bráðaofnæmi, magainnihald fer í lungu og bilun verður á tækjabúnaði. Mörg atriði eru talin hafa stuðlað að betri árangri og fækkun dauðsfalla. Nefna má bætta menntun og þjálfun, fleiri starfsmenn sem eru bæði vel menntaðir og þjálfaðir, lyf sem hafa markvissari verkun en áður, fullkomnari tækjabúnaður þar með taldir vaktarar ýmiss konar, sérstök vöknunarherbergi með sérþjálfuðu starfsfólki þar sem sjúklingarnir jafna sig eftir aðgerðir og svæfingar, gæðastaðlar og klínískar leiðbeiningar.

Sú könnun á íslenskum sjúkrahúsum sem hér um ræðir leiddi í ljós að um 80% svæfinganna fóru fram á Borgarspítala, Landakotsspítala, Landspítalanum og Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Gera má ráð fyrir að þar hafi jafnframt verið gerðar stærstu og

flóknustu aðgerðirnar og veikustu sjúklingarnir hafi fengið meðferð. Á þessum sjúkrahúsum starfa sérmenntaðir svæfingalæknar og svæfingahjúkrunarfræðingar og vakt er allan sólarhringinn. Þar eru svæfingavélar, vaktarar og lyf með því besta sem völ er á. Gera má ráð fyrir að svipað megi segja um önnur sjúkrahús en þar eru víða sérfræðingar í svæfingalækningum sem annast svæfingar og þar starfa ýmist svæfingahjúkrunarfræðingar eða ekki. Sums staðar önnuðust heilsugæslulæknar svæfingar og á einum stað svæfingahjúkrunarfræðingur í samstarfi við skurðlækni. Stundum voru fengnir sérfræðingar í svæfingalækningum til þessara sjúkrahúsa þegar um sérstakar skurðaðgerðir var að ræða.

Æskilegt hefði verið að svæfingar sem fram hafa farið utan sjúkrahúsa hefðu verið kannaðar vegna þess að þær eru fjölmargar og þannig starfsemi fer vaxandi. Með því móti hefðu fengist betri upplýsingar um þessi mál á öllu landinu. Þá má benda á að þáttur svæfinga í dauðsföllum getur verið með tvennu móti. Annars vegar þar sem dauðsföll eru alfarið talin stafa af svæfingum og hins vegar þar sem svæfingar eru taldar eiga einhvern þátt í dauðsfallinu án þess að neitt hafi verið gert rangt eða mistök átt sér stað. Sennilega er erfiðara að meta hið síðarnefnda. Til þess að fá sem gleggstar og nákvæmastar upplýsingar um dauðsföll af völdum svæfinga þyrfti sérstök nefnd sérfræðinga að fara yfir öll dauðsföll þar sem svæfingar koma við sögu.

Nokkur atriði þarf að hafa í huga þegar rætt er um áreiðanleika þessarar könnunar. Nákvæma skilgreiningu skorti á því hvað teldist dauðsfall af völdum svæfingar. Slík skilgreining var ekki heldur höfð til hliðsjónar í þeim erlendu könnunm sem vísað hefur verið til. Svarendum sjálfum var látið eftir að ákveða það og verður að telja að flestir sem annast svæfingar séu dómbærir á slíkt þó að stundum gæti komið upp vafaatriði.

Mikilvægt er að upplýsingar sem berast séu réttar. Í því sambandi er talið mikilvægt að nafnleyndar sé gætt varðandi þann sem veitir upplýsingar. Vegna smæðar þjóðar okkar er slíkt erfitt vegna þess að fréttir af dauðsföllum bærust líklega út meðal starfssystkina. Á hinn bóginn má segja að fámennið sé kostur vegna þess að minni líkur eru á að upplýsingum sé skotið undan. Hugsanlegt er að gleymst hafi að tilkynna tilfelli en er þó ósennilegt og ekki er dregið í efa að allir þeir sem málið snertir hafi lagt sig fram um að veita réttar upplýsingar. Ekkert bendir til annars og tölur um fjölda svæfinga ættu að vera réttar en þær eru fengnar úr skýrslum sjúkrahúsanna.

Til þess að könnun af þessu tagi sé marktæk þarf hún að taka til mikils fjölda svæfinga vegna þess hve dauðsföll eru sjaldgæf. Erfitt er að fullyrða um það hve háar tölur þurfi en þegar fjöldinn er kominn yfir 100.000 má telja líklegt að nokkur áreiðanleiki sé fyrir hendi. Í þessari könnun sem stóð yfir í fimm ár voru upplýsingar um 134.762 svæfingar. Það hefði líklega tekið 10 ár að ná tölunni 300.000. Hér var ákveðið að láta staðar numið eftir fimm ár.

Loks má benda á það að ekki voru fengnar upplýsingar frá læknum eingöngu heldur var leitað til hjúkrunarfræðinga sem unnu á skurðstofum og við svæfingar. Þá verður að telja líklegt að landlæknisembættinu hefðu borist upplýsingar um dauðsföll og einhver mál hefðu þá komið til kasta embættisins.

Ályktun

Könnuð var tíðni á dauðsföllum af völdum svæfinga á íslenskum sjúkrahúsum á fimm ára tímabili, 1992-1996. Um var að ræða 134.762 svæfingar. Ekki bárust upplýsingar um neitt dauðsfall á þessu tímabili. Könnunin gefur til kynna að dauðsföll af völdum svæfinga séu sjaldgæf á sjúkrahúsum hér á landi. Samanborið við erlendar kannanir verður ástandið að teljast gott hér á landi í þessum efnum.

Þakkir

Höfundur þakkar öllum þeim sem létu í té upplýsingar, dr. Guðmundi B. Arnkelssyni dósent góðar ábendingar og Margréti Valdimarsdóttur skrifstofustjóra aðstoð við vinnslu greinarinnar.

Heimildir

1. Beecher HK. The first anesthesia death with some remarks suggested by it on the fields of the laboratory and the clinic in the appraisal of new anesthetic agents. Anesthesiology 1941; 2: 443-9.
2. Beecher HK, Todd DP. A study of deaths associated with anesthesia and surgery. Ann Surg 1954; 140: 2-34.
3. Memery HN. Anesthesia mortality in private practice. JAMA 1965; 194: 1185-8.
4. Hovi-Viander M. Death associated with anaesthesia in Finland. Br J Anaesth 1980; 52: 483-9.
5. Tikkanen J, Hovi-Viander M. Death associated with anaesthesia and surgery in Finland in 1986 compared to 1975. Acta Anaesthesiol Scand 1995; 39: 262-7.
6. Tiret L, Desmonts IM, Hatton F, Vourch G. Complications associated with anaesthesia - a prospective survey in France. Can Anaesth Soc J 1986; 33: 336-44.
7. Holland R. Anaesthetic mortality in New South Wales. Br J Anaesth 1987; 59: 834-41.
8. Eagle CCP, Davis NJ. Report of the Anaesthetic Mortality Committee of Western Australia 1990-1995. Anaesth Intens Care 1997; 25: 51-9.
9. Lunn JN, Devlin HB. Lessons from the Confidental Enquiry into Perioperative Deaths in three NHS regions. Lancet 1987; 2 (8572): 1384-6.
10. Wang LP, Hägerdal M. Reported anaesthetic complications during an 11 year period. A retrospective study. Acta Anaesthesiol Scand 1992; 36: 234-40.
11. Derrington MC, Smith G. A review of studies of anaesthetic risk, morbidity and mortality. Br J Anaesth 1987; 59: 815-33.
12. Desmonts J, M Duncan PG. A perspective on studies of anaesthesia morbidity and mortality. Eur J Anaesth 1993;10: 33-41.
13. Sigurdsson GH, McAteer E. Morbidity and mortality associated with anaesthesia. Acta Anaesthesiol Scand 1996; 40: 1057-63.
14. Keats AS. Anesthesia mortality in perspective. Anesth Analg 1990; 71: 113-9.
15. American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status. Anesthesiology 1963; 24: 111.

Sjúkratilfelli mánaðarins

Góðkynja meinvarpandi sléttvöðvaæxli

Andri Konráðsson[1]

Helgi J. Ísaksson[2]

Bjarni Torfason[1]

Helgi Sigurðsson[3]

Sjúkratilfelli

Fimmtíu og tveggja ára kona leitaði til læknis í janúar 1998 vegna hita og hósta. Hún var talin vera með lungnabólgu og meðhöndluð með sýklalyfjum. Einkennin hurfu en á röntgenmynd af lungum sem tekin var sem hluti af eftirliti sást stakur hnútur í vinstra lunga (mynd 1).

Tekin var tölvusneiðmynd af brjóstholi sem sýndi marga litla hnúta dreifða um bæði lungu og voru þeir stærstu allt að 1,5 sm að stærð (mynd 2). Ómskoðun af lifur, beinaskann, brjóstamyndataka og kvenskoðun leiddu ekki í ljós neinar meinsemdir sem líktust æxlum. Einn hnútanna í hægra lunga þótti liggja vel við ástungu gegnum brjóstvegg og var það reynt tvívegis án þess að nægilegur vefur fengist til greiningar.

Í heilsufarssögu sjúklings kemur fram vanstarfsemi á skjaldkirtli og nýrnahettum og tekur sjúklingur að staðaldri hormónalyf til uppbótar vegna þess. Sjúklingur hefur einnig sögu um krampa sem unglingur en ekki hefur borið á þeim í yfir 30 ár. Árið 1982 greindist sjúklingur með æxli í munnvatnskirtli, það var fjarlægt og reyndist vera vel þroskað slímþekjukrabbamein. Ekki hefur borið á endurvexti æxlisins eða meinvörpum fram að þessu. Leg konunnar (en ekki eggjastokkar) var fjarlægt 1986 vegna stækkunar. Við vefjaskoðun komu í ljós fjölmargir sléttvöðvahnútar.

Þar sem sjúklingur hafði sögu um hægt vaxandi krabbamein í munnvatnskirtli og útlit hnútanna þótti vera dæmigert fyrir meinvörp var talið líklegast að um síðkomin meinvörp frá því krabbameini væri að ræða. Í því skyni að ná vefjasýni til greiningar var sjúklingur lagður inn á Landspítalann í mars 1998.

Við skoðun var sjúklingur hraustlegur, ekki móður og húðlitur eðlilegur. Blóðþrýstingur mældist 140/90 og púls var 80 á mínútu, reglulegur. Lungnahlustun var hrein og auka- eða óhljóð heyrðust ekki við hjartahlustun. Kviðskoðun var eðlileg. Almennar blóðrannsóknir voru eðlilegar en gildi úr blásturspróf (spirometry) voru vægt skert.

Gerður var hægri brjóstholsskurður og fjarlægðir þrír hnútar með fleygskurði, einn úr efsta lungnablaði og tveir úr neðsta lungnablaði. Einn hnútanna lá nokkuð inni í lunganu, annar var við yfirborð þess en sá þriðji tengdist lunganu aðeins með örmjóum stilk. Sá síðastnefndi var stærstur, eða 2,7 sm í mesta þvermál en hinir tveir voru 1 sm í þvermál hvor.

Við vefjaskoðun kom í ljós að allir hnútarnir voru gerðir úr vel þroskuðum sléttvöðvafrumum sem uxu í sveipum og knippum og einnig var talsvert af kollageni staðbundið sem og á kirtilsvæðum (myndir 3,4). Hnútarnir voru vel afmarkaðir en án hýðis og deiliskiptingar sáust ekki. Við ónæmisvefjarannsókn kom fram jákvæð svörun æxlisfrumna við efnum sértækum fyrir vöðvafrumur og kirtilfrumur en einnig fyrir prógesteróni og í minna mæli estrógeni (mynd 5). Útlitið þótti dæmigert fyrir góðkynja meinvarpandi vöðvaæxli og samanburður við sýni frá legi konunnar frá 1986 sýndi sams konar vöxt í báðum sýnunum.

Gangur eftir aðgerð var áfallalaus og engin frekari meðferð var veitt. Sex mánuðum eftir aðgerð sýndi tölvusneiðmynd enga stækkun eða fjölgun á hnútunum í lungum og konan var áfram einkennalaus.

Umræða

Góðkynja meinvarpandi sléttvöðvaæxli er fyrst lýst 1939 og aðeins hefur verið lýst um 30 staðfestum tilfellum af þessum sjúkdómi í heiminum (1). Tilfellin hafa verið hjá konum á aldrinum 36-44 ára. Um er að ræða eitt eða fleiri æxli með sléttvöðvaútliti sem eru talin meinvörp frá sléttvöðvahnútum í legi. Það er sammerkt þeim konum sem greinst hafa með sjúkdóminn að vöðvahnútar hafa verið til staðar í legi þeirra við greiningu eða legið hefur þegar verið fjarlægt vegna hnúta. Meinvörpin eru langoftast staðsett í lungum eins og reyndin er í tilfellinu sem hér er lýst. Einnig eru til dæmi um meinvörp í eitlum í grind og aftanskinu (retroperitoneal), í netju (omentum), neðri holæð, hægri gátt og rákóttum vövum í útlimum (1). Vefjafræðilegt útlit æxlanna er góðkynja og deiliskiptingar fáar sem engar, enda vaxa þau oftast mjög hægt, þótt stundum sé sjúkdómsgangurinn mjög hraður. Í tilfellinu sem hér er greint frá liðu 12 ár frá brottnámi legs þar til æxlin greindust.

Leitt hefur verið líkum að því að um sé að ræða sléttvöðvasarkmein af lágri gráðu og nafngiftin sé því röng þar sem um illkynja sjúkdóm sé klárlega að ræða (1).

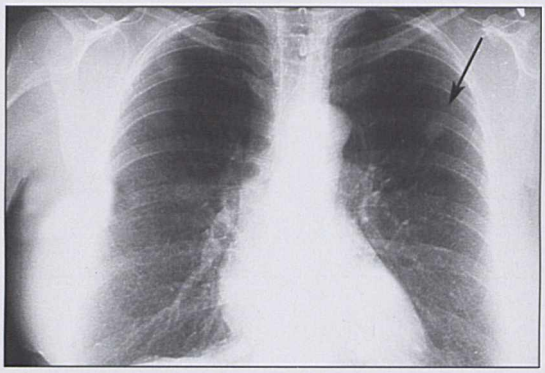
Æxlin eru venjulega næm fyrir estrógeni eins og sléttvöðvahnútar í legi eru jafnan og vaxa því oft hægar eftir tíðahvörf. Einnig hefur verið lýst minnkun æxla á meðgöngu (2).

Oftast greinast æxlin fyrir tilviljun þegar röntgenmynd er tekin í eftirlitsskyni eða þau valda vægum einkennum, svo sem mæði og ertingarhósta.

Vegna þess hve sjúkdómurinn er sjaldgæfur er lítil reynsla til staðar varðandi meðferð hans. Þær meðferðarleiðir sem best hafa gefist eru eftirfarandi:

Frá [1]handlækningadeild Landspítalans, [2]Rannsóknarstofu HÍ í meinafræði, [3]krabbameinslækningadeild Landspítalans. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Andri Konráðsson handlækningadeild Landspítalans, 101 Reykjavík. Netfang: andrikon@rsp.is

Lykilorð: *sléttvöðvaæxli, góðkynja meinvarpandi sléttvöðvaæxli.*



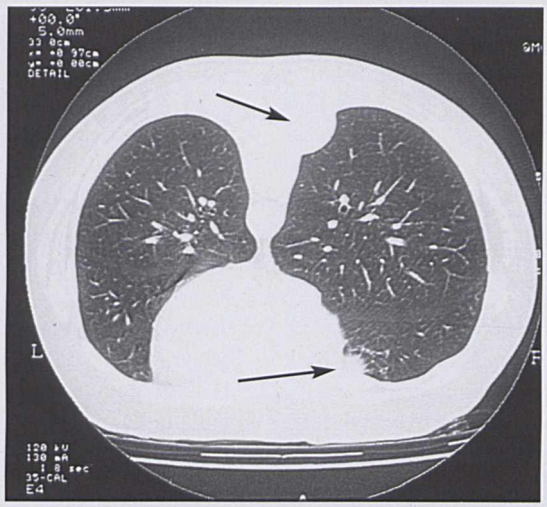
Mynd 1. *Röntgenmynd sem sýnir daufan hnút í vinstra lunga.*

1. Brottnám æxla úr lungum. Þrátt fyrir að æxlin hafi verið mörg og í báðum lungum hefur tekist að lækna konur með brjóstholsskurði (oft endurteknum aðgerðum) þar sem hnútarnir eru skornir burtu, enda liggja þeir oftast utarlega í lungunum (3).
2. Brottnám legs og eggjastokka. Þetta þjónar tvennum tilgangi. Í fyrsta lagi er uppspretta meinvarpanna fjarlægð og í öðru lagi stöðvast framleiðsla kvenhormóna sem örva vöxt meinvarpanna (4).
3. Hormónameðferð. Góður árangur hefur náðst með hliðstæður gulbúsvakalosandi hormóns (luteinizing hormone releasing hormone analogs = LHRH analogs) sem gera heiladingulinn ónæman fyrir gulbúsvakalosandi hormóni og valda þannig kvenhormónaþurrð (5).
4. Hefðbundin krabbameinslyfjameðferð. Tamoxifen þykir vænlegur kostur þar sem það hindrar verkun estrógens í vefjum. Önnur krabbameinslyfjameðferð virðist ekki ber árangur við þessum sjúkdómi (1).

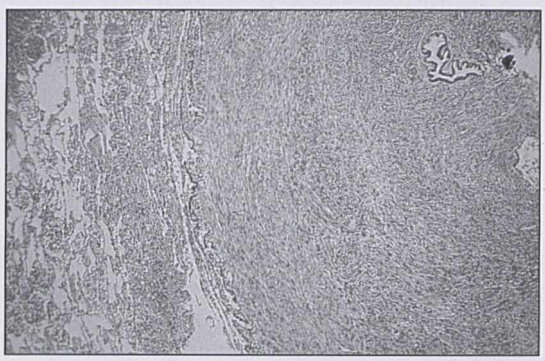
Hér á undan hefur verið lýst fyrsta þekkta tilfellinu á Íslandi af mjög sjaldgæfum sjúkdómi sem tengist algengum og oftast saklausum sjúkdómi hjá miðaldra og eldri konum. Þó að sjúkdómurinn sé í eðli sínu illkynja eru batahorfurnar tiltölulega góðar.

Heimildir

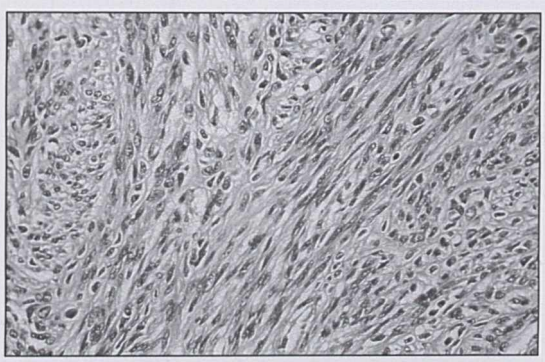
1. Parenti DJ, Morley TF, Giudice JC. Benign metastasizing leiomyoma. A case report and review of the literature. Respiration 1992; 56: 347-50.
2. Horstmann JP, Pietra GG, Harman JA, Cole NG Jr, Grinspan S. Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy. Cancer 1977; 39: 314-21.
3. Winkler TR, Burr LH, Robinson LN. Benign metastasizing leiomyoma. Ann Thorac Surg 1987; 43: 100-1.
4. Abu-Rustum NR, Curtin JP, Burt M, Jones WB. Regression of uterine low grade smooth-muscle tumors metastatic to the lung after oophorectomy. Obstet Gynecol 1997; : 850-2.
5. Jacobson TZ, Rainey EJ, Turton CWG. Pulmonary benign metastasing leiomyoma: response to treatment with goserelin. Thorax 1995; 50: 1225-6.



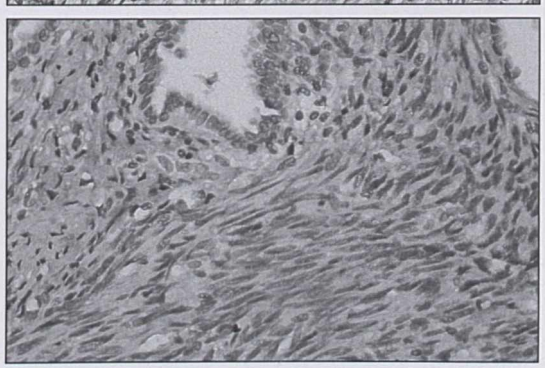
Mynd 2. *Tölvusneiðmynd, tveir hnútar í hægra lunga (örvar).*



Mynd 3. *Æxlishnútur (til hægri) afmarkast vel frá aðlægum lungnavef (hemotoxylin-eosin x40).*



Mynd 4. *Sveipir og knippir tiltölulega einsleitra, sléttra vöðvafrumna (hemotoxylin-eosin x100).*



Mynd 5. *Jákvæð svörun í kjörnum æxlisfrumna fyrir prógesterónviðtökum, hægra megin á mynd og fyrir miðju, en kirtilfrumur efst til vinstri og efst á miðri mynd eru neikvæðar (ónæmisvefjalitun fyrir einstofna prógesterónviðtökum x100).*

Fræðileg ábending

Endursköpun þvagfæra

Eiríkur Jónsson

Inngangur

Á síðustu árum hafa sjúklingar með alvarlega sjúkdóma eða áverka á neðri þvagvegi (þvagblöðru, þvagloku og þvagrás) gengist undir endursköpun með aðgerðum sem teljast nýlunda hérlendis. Því er mikilvægt að gera grein fyrir í hverju þær felast og hvers ber að gæta við lækningar og hjúkrun þessara einstaklinga í bráð og lengd. Einnig er markmiðið að kynna fyrir læknum nýja valmöguleika við lausn alvarlegra þvagfærasjúkdóma.

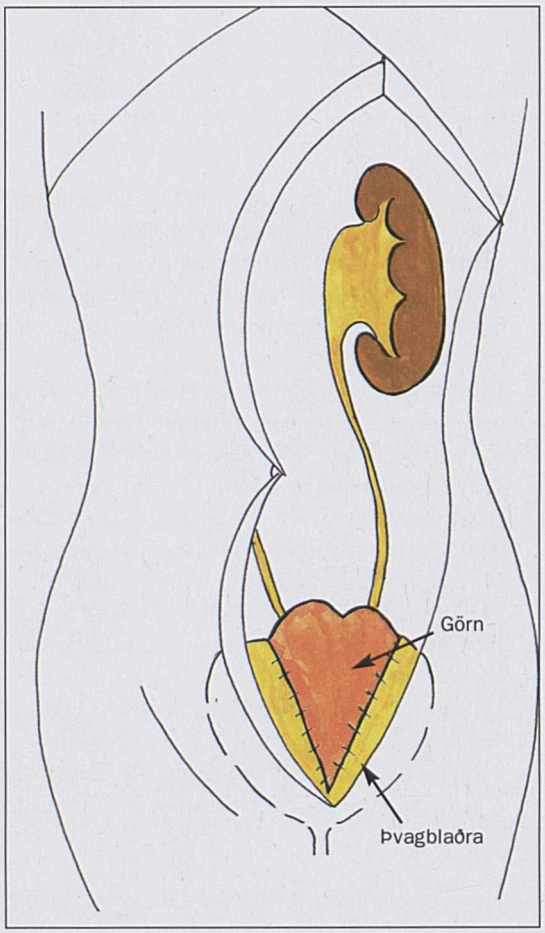
Hlutverk neðri þvagvega er annars vegar geymsla og hins vegar tæming á þvagi. Undir eðlilegum kringumstæðum er þvagið geymt í þvagblöðrunni undir lágum þrýstingi án þess að leka um þvagrás eða flæða aftur til nýrna. Við þvaglát á blaðran að tæmast fullkomlega. Öll vandkvæði við þvaglát má rekja til annars hvors eða beggja þessara þátta og við endursköpun þvagvega verður að hafa í huga hvernig markmiðum um tæmingu eða geymslu er náð.

Að tryggja tæmingu þvagblöðrunnar

Hrein sjálftæming: Grundvöllur að allri endursköpun þvagvega byggist á því að sjúklingurinn geti lært, ef með þarf, að tappa reglulega af sér þvagi. Þessari aðferð var rudd braut af Jack Lapides fyrir þremur áratugum (1). Yfirvinna þurfti meðal annars ótta sjúklinga og ekki síður lækna og hjúkrunarfræðinga við að þetta væri ekki framkvæmanlegt án fullkomins hreinlætis. Í dag er þessi aðferð orðin sjálfsögð við meðferð margvíslegra þvagfærasjúkdóma og hægt að kenna hana fólki á öllum aldri. Eftir venjulegan handþvott er bleytt í einnota sjáfsmurðum þvaglegg sem settur er um þvagrás til blöðru. Þetta er gert einu til sex sinnum á dag, allt eftir eðli vandamálsins. Búast má við að ætíð séu bakteríur til staðar í þvagi þeirra sem tappa af sér en ekki er þörf sýklalyfja nema viðkomandi hafi einkenni, til dæmis blóðmigu, verki eða hita.

Aðgerðir til þess að bæta geymslu

Að auka rúmmál þvagblöðru: Taugasjúkdómar eða sjúkdómar í blöðruvegg geta skert rýmd blöðrunnar og leiða til þess að viðkomandi þarf að kasta af sér þvagi í tíma og ótíma. Þvag getur lekið þess á milli og bakflætt til nýrna ef þrýstingurinn í blöðrunni er hár og þenjanleiki skertur. Ef til aðgerðar kemur er blaðran opnuð eins og hörpuskel með því að klippa hana upp stafnanna á milli. Garnabútur er saumaður inn á milli en við það eykst rúmtakið og óhaminn samdráttur blöðrunnar rofnar (mynd 1). Garnabúturinn þarf að sjálfsögðu að vera á æðastilk og varðveitist slímhúðin með tilheyrandi slímmyndun og frásogi. Hætta er á að tæmingin geti skerst og undirbúa þarf sjúklinginn fyrir það að þurfa ef til vill að framkvæma hreina sjálftæmingu til frambúðar.



Mynd 1. *Þvagblaðran klofin upp og garnabútur saumaður inn á milli.*

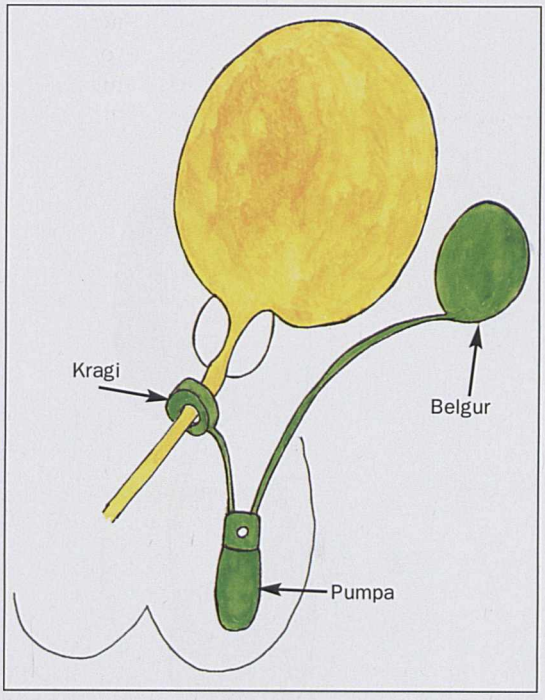
Að styrkja þvaglokuna: Við áverka eða aðgerðir nálægt þvaglokunni getur hún skaðast og þvag lekið hindrunarlaust við minnstu áreynslu eða fyllingu á blöðru. Hjá konum er hægt að setja svokallað hengi umhverfis þvagloku og blöðruháls úr sinafelli eða gerviefni. Hjá körlum er hægt að setja inn gerviþvagloku sem er úr þremur samtengdum hlutum: kraga, pumpu og belg. Kraginn er settur umhverfis þvagrás,

Frá þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Sími 525 1000, netfang: eirikjon@shr.is

Correspondence: Eiríkur Jónsson. E-mail: eirikjon@shr.is

Lykilorð: *þvagveita, nýblöðrur.*

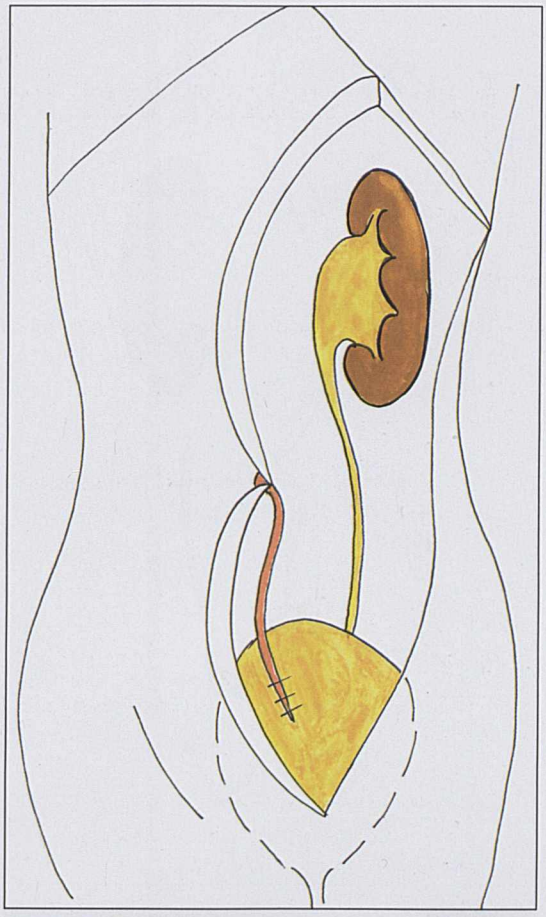
Keywords: *urinary diversion, continent urinary diversion, orthotopic bladder.*



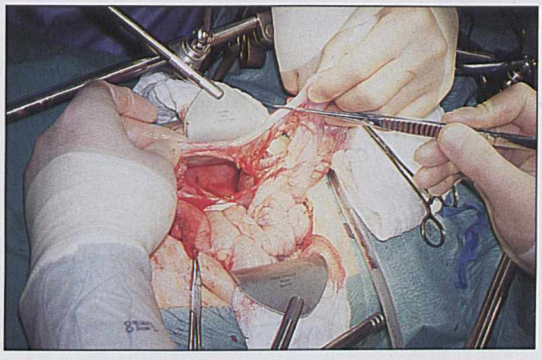
Mynd 2. *Gerviþvagloka með kraga umhverfis þvagrás, pumpa í pung og belgur í kvið.*

pumpan í pung en belgurinn í kviðarhol ofan lífbeins (mynd 2). Í virku ástandi er kraginn fullur af vökva sem lokar þvagrásinni vegna vökvaþrýstings frá belgnum. Þegar viðkomandi vill tæma blöðruna er pumpan kreist og færist þá vökvinn frá kraganum til belgsins. Þvagrásin opnast og gefast nokkrar mínútur til þess að tæma blöðruna, á venjulegan hátt eða með einnota þvaglegg, áður en kraginn fyllist aftur. Mikilvægt er að setja aldrei þvaglegg án þess að kraginn sé fyrst tæmdur, ella er hætta á að skaða þvagrásina og gervilokuna. Þarfnist sjúklingur þess að hafa inniliggjandi þvaglegg er nauðsynlegt að taka pumpuna úr sambandi. Það er gert með því að kreista pumpuna og þrýsta á lítinn hnapp áður en hún fyllist aftur. Þessi hnappur finnst við þreifingu ofarlega og framanvert á pumpunni. Við það fyllist þvagrásarkraginn ekki aftur fyrr en þvagleggurinn hefur verið fjarlægður og pumpan kreist að nýju.

Óstarfhæf þvagrás: Ef nema þarf þvagrásina á brott eða ef hún verður óstarfhæf vegna sjúkdóma eða áverka kemur til greina að loka blöðruhálsinum endanlega. Þvagblaðran er nýtt áfram og settur er á hana ventill til húðar eða nafla. Hægt er meðal annars að gera slíkan ventil úr botnlanga sem frátengdur er ristli, æðastilkur varðveittur og botnlanginn hafður opinn í báða enda. Nærendinn er tekinn út á kviðvegg eða í botni naflans en fjærendinn tengdur blöðru með einstefnuloka á svipaðan hátt og þvagleiðari tengist blöðrunni (myndir 3a og b). Með því móti lekur þvag ekki til baka en þvaglegg er rennt í hvert sinn sem tæma þarf blöðruna.



Mynd 3a. *Botnlangi tengdur á milli blöðru og nafla.*



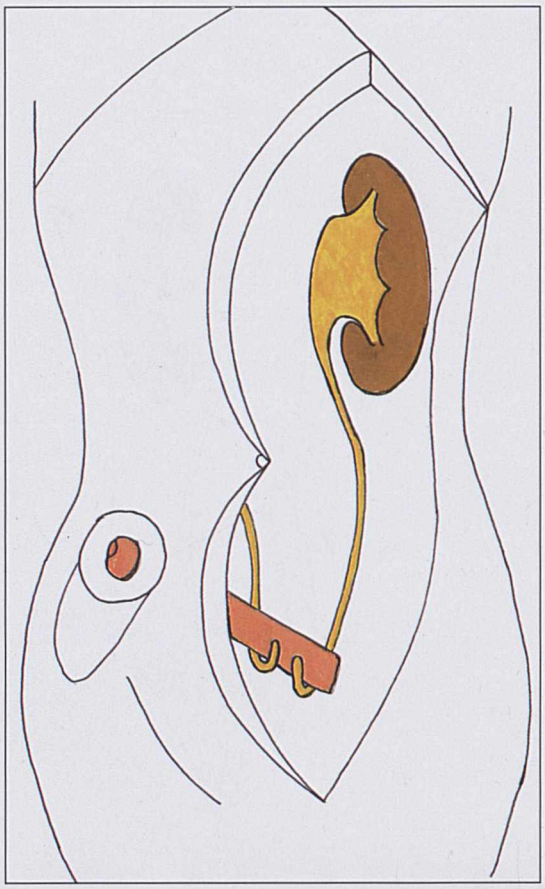
Mynd 3b. *Botnlangi frátengdur ristli, opinn í báða enda, á æðastilk.*

Þvagveita

Brickers blaðra: Ef fjarlægja þarf þvagblöðru til dæmis vegna krabbameins er hefðbundið er að veita þvaginu út á kviðvegg í gegnum smágirnisbút. Þessi aðferð er kennd við Eugene M. Bricker sem lýsti þessari aðgerð fyrir hálfri öld og er hún í daglegu tali kölluð Brickers blaðra (2). Í raun er ekki um blöðru að ræða heldur millistykki með stómíu sem veitir þvagi beint út í utanáliggjandi poka (myndir 4a og b). Þessi aðferð er enn í fullu gildi og hefur staðist tímans tönn sakir einfaldleika og öryggis. Galli þessarar aðferðar er fyrst og fremst líkamslýti sem hlýst af stómíu en einnig er frítt bakflæði til nýrna sem getur sýkt og skaðað nýrun til lengri tíma litið.

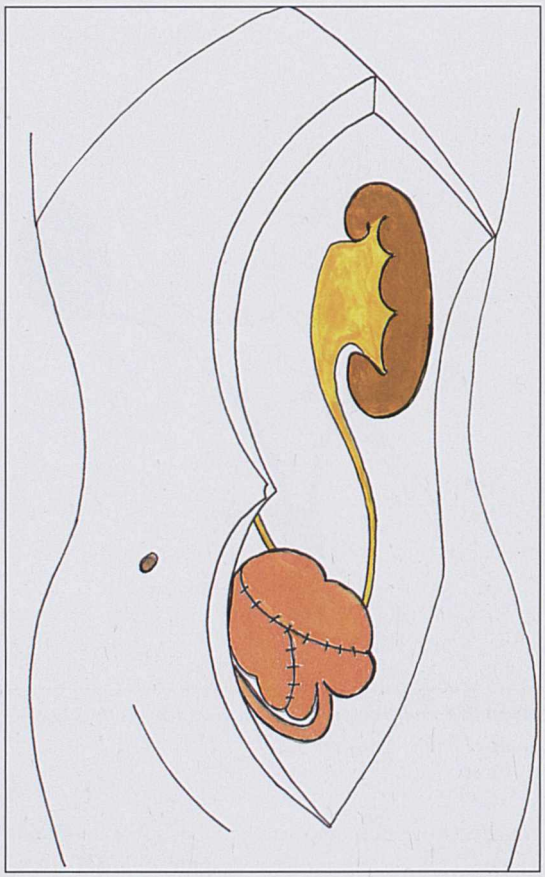
Fyrr á öldinni var talsvert um það að þvagi væri veitt beint inn í ristilinn (uretero-sigmoidostomy) og

Mynd 4a. *Brickers blaðra.*



Mynd 4b. *Sjúklingur með Brickers blöðru.*





Mynd 5. *Nýblaðra úr hægri hluta ristils; ventill til húðar.*

þvagið látið blandast hægðunum. Með því móti þarf sjúklingur ekki að hafa stómíu. Í dag er að mestu hætt við slíkar aðgerðir meðal annars vegna sýkingarhættu og hættu á krabbameinsmyndun í ristli.

Nýblöðrur

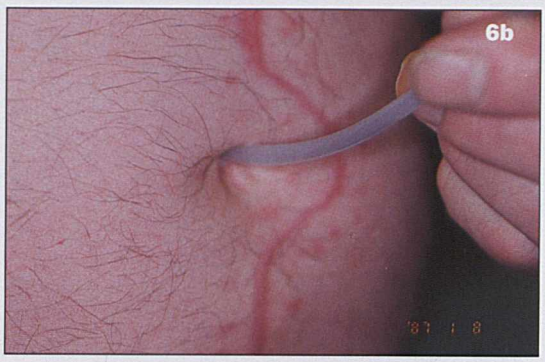
Nýblaðra með ventli á húð eða í nafla (continent urinary diversion): Oftast er blaðran mynduð úr hægri hluta ristils sem er frátengdur meltingarveginum. Ristillinn er klipptur upp til þess að rjúfa samdráttareiginleikann jafnframt því að hann er ummyndaður úr sívalningi í kúlu til þess að rúma sem mest af þvagi við lágan þrýsting. Ventill er gerður úr 10-15 cm af smágirni sem er þrengt og smágirnislokan styrkt til þess að hindra leka þvags frá nýblöðrunni (mynd 5). Þvagleiðarar eru saumaðir við ristilinn og tengdir sem einstefnulokar til að hindra bakflæði þvags til nýrna.

Ventil þessarar nýblöðru er hægt að taka til húðar á kviðvegg og liggur op hans slétt við húðina og er um 1 cm í þvermál. Einnig er hægt að láta ventilinn opnast í botni naflans til þess að hylja hann (myndir 6a,b,c). Sjúklingur þarf að tæma blöðruna með þvaglegg, í fyrstu á tveggja til þriggja klukkutíma fresti en sex mánuðum eftir aðgerð er oftast nægjanlegt að tæma nýblöðruna fjórum sinnum á sólarhring.

Nýblaðra á þvagrás (orthotopic bladder, „réttblaðra"): Augljós kostur er af því að geta notað áfram þvagrás og þvagloku ef þær eru án sjúkdóma eða skaða. Nýblaðran er gerð úr 45 cm af smágirni eða úr ristlihluta og er görnin ummynduð í kúlulaga form og saumuð á þvagrásina (myndir 7a og b). Eftir aðgerð er blaðran tæmd með því að slaka á grindarbotni og rembast um leið. Oftast dugar þetta til þess að tæma blöðruna en ef tæmingin er ófullkomin þarf viðkomandi að geta framkvæmt hreina sjálftæmingu.

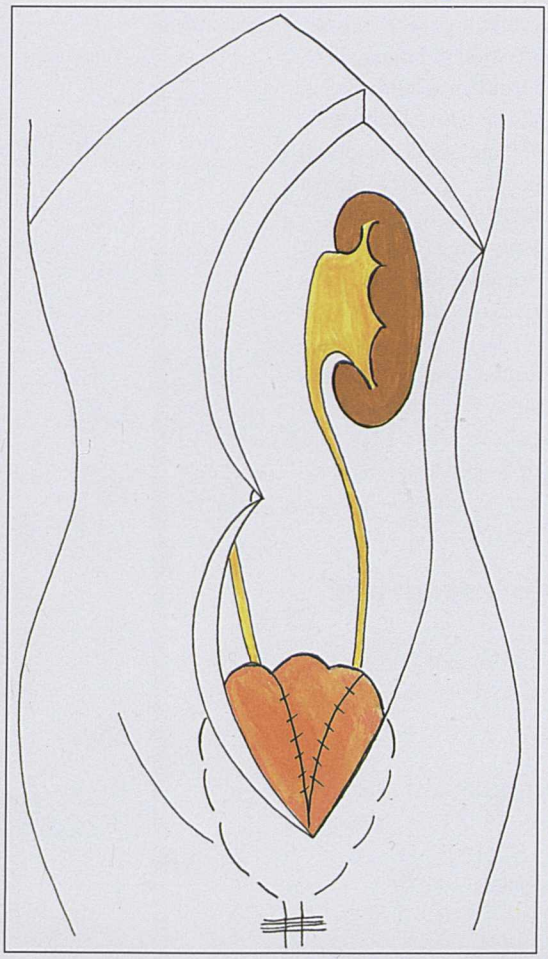
Í svefni slaknar á þvaglokunni eins og öðrum vöðvum líkamans og þá getur þvag lekið nema vaknað sé að minnsta kosti einu sinni að nóttu og blaðran tæmd. Í vökuástandi má þó búast við nær fullkominni þvagstjórnun þó svo ávallt sé hætta á að þvag geti lekið við skyndilegan hósta eða áreynslu. Þrátt fyrir þessa annmarka virðast sjúklingar tilbúnir að leggja þá á sig til þesss að losna við stómíu.







Mynd 6a,b,c. *Tæming á nýblöðru sem hefur ventil til nafla.*



Mynd 7a. *Nýblaðra á þvagrás; réttblaðra.*



Mynd 7b. *Röntgenmynd af nýblöðru sex mánuðum eftir aðgerð.*

Hvers ber að gæta hjá einstaklingum með nýblöðrur

Inniliggjandi þvagleggur: Ef hafa þarf inniliggjandi þvaglegg vegna veikinda eða aðgerða er hægt að setja þvaglegg á venjulegan hátt um þvagrásina eða ventilinn. Best er að nota sem stærstan legg (16-20 F) til þess að hann stíflist síður af garnaslíminu. Gæta þarf þess að leggurinn sem settur er um ventilinn sé örugglega kominn til blöðrunnar áður en belgurinn er blásinn upp og skola skal blöðruna að minnsta kosti tvisvar á sólarhring.

Slímmyndun: Görnin sem notuð er heldur í fyrstu eiginleikum sínum til slímmyndunar og einnig getur hún frásogað úrgangsefni þvagsins. Með tímanum rýrnar þó slímhúðin og starfsemi hennar minnkar. Það þarf að skola blöðruna fyrstu þrjár vikurnar eftir aðgerð að minnsta kosti tvisvar á sólarhring til þess að hindra myndun slímtappa sem geta stíflað þvaglegginn og leitt til yfirþenslu og hættu á að blaðran springi. Það síðarnefnda er lífshættulegt ástand en getur dulist sérstakega hjá einstaklingum með skyntruflanir. Á fyrstu mánuðum eftir aðgerð minnkar slímmyndunin og ekki er nauðsynlegt að skola nema eftir þörfum.

Ekki er hægt að koma upp þvaglegg: Ef örvefur eða falskur gangur myndast í ventlinum getur verið erfitt að setja upp þvaglegg. Í þeim tilvikum er hægt að tappa af blöðrunni með beinni ástungu sem best er að gera ómstýrða en í neyð með þreifingu.

Skerðing á nýrnastarfsemi: Einstaklingum sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín >200 µmól/L, hreinsigeta nýrna (clerance) <40 ml/mínútu) er ekki boðið upp á nýblöðru þar sem garnafrásogið eykur álag nýrnanna og getur gert nýrnabilunina enn verri. Einstaklinga með eðlilega nýrnastarfsemi mun-

ar hins vegar ekki um þessa aukningu á nýrnavinnunni en þeir geta þó síðar á lífsleiðinni fengið skerðingu á nýrnastarfsemi af öðrum ástæðum. Helstu kennimerki af samgangi þvags og garnaslímhúðar er blóðsýringur (hyperchloremic metabolic acidosis). Þetta stafar meðal annars af klóríð- og vetnisjónafrásogi garnarinnar samhliða bíkarbónatútskilnaði.

Langtímavandamál: Við blóðsýring (acidosis) getur komið fram beineyðing vegna niðurbrota beina. Ef neðsti hluti smágirnis (terminal ileum) er notaður í nýblöðruna þarf að gæta að B-12 skorti. Krabbamein getur myndast í nýblöðrunni og er áhættan háð aldri hennar. Sú hætta virðist þó vera tiltölulega lítil en langtímaeftirlit liggur þó ekki enn fyrir. Ef þvag og saur blandast saman, eins og þegar þvagi er veitt í ristilinn, er um mun meiri áhættu að ræða enda að mestu hætt við þess háttar aðgerðir.

Frábendingar nýblöðruaðgerða:

1. Skert starfsemi handa.
2. Framsæknir taugasjúkdómar sem geta valdið því að viðkomandi getur ekki framkvæmt hreina sjálftæmingu til frambúðar.
3. Skert nýrnastarfsemi.
4. Garnasjúkdómar eða fyrra brottnám garnahluta.
5. Einstaklingi er ekki treystandi til þess að fara að fyrirmælum.
6. Útbreitt þvagblöðrukrabbamein.

Er hægt að breyta Brickers blöðru í nýblöðru?: Hægt er að breyta Brickers blöðru í nýblöðru en slík framkvæmd er þó mörgum annmörkum háð og ekki ráðist í hana nema að vel athuguðu máli. Við ákvarðanatöku þarf að meta aldur og önnur vandamál sjúklings, auk þess sem meiri hætta er á fylgikvillum við aðgerðir á sjúklingum sem þegar hafa gengist undir stórar aðgerðir.

Síðastliðin þrjú ár hafa á annan tug einstaklinga á aldrinum 9-67 ára farið í ofannefndar aðgerðir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur. Tveir hafa farið í blöðrustækkun með görn, átta hafa fengið nýblöðru á þvagrás úr smágirni en þrír nýblöðrur úr hægri ristli. Tveir karlmenn hafa fengið gerviþvaglokur og hjá þremur hefur botnlanginn verið notaður milli húðar og þvagblöðru. Þessar aðgerðir hafa verið án alvarlegra fylgikvilla. Þrír einstaklingar hafa þó látist síðar úr krabbameinssjúkdómi.

Lokaorð

Hægt er að bjóða sjúklingum hérlendis upp á margbreytilega kosti við endursköpun þvagfæra.

Upplýsa þarf þá sem standa frammi fyrir brottnámi þvagblöðru um þessa kosti sem og þá sem hafa önnur alvarleg þvagfæravandamál. Að sama skapi þarf að upplýsa lækna um hvers ber að gæta hjá þeim sem farið hafa í slíkar aðgerðir og er það tilgangur þessarar greinar.

Heimildir

1. Lapides J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. Trans Am Ass Genito-Urin Surg 1971; 63: 92-6.
2. Bricker EM. Bladder substitution after pelvic evisceration. Surg Clin N-Am 1950; 30: 1511-21.

LOSEC MUPS Hässle, 970401
SÝRUHJÚPTÖFLUR; A 02 B C 01 **R E**
Hver sýruhjúptafla inniheldur: Omeprazolum INN, magnesíumsalt, 10,3 mg, 20,6 mg eða 41,3 mg, samsvarandi Omeprazolum INN 10 mg, 20 mg eða 40 mg.
Ábendingar: Sársjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis (reflux oesophagitis). Uppræting Helicobacter pylori við sársjúkdómi (ásamt sýklalyfjum). Sársjúkdómur eða fleiður í skeifugörn og maga vegna meðferðar með bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID). Fyrirbyggjandi vegna aukinnar hættu á óþægindum, eins og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn eða meltingartruflunum, við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. Langtímanotkun við bólgu í vélinda vegna bakflæðis eða við síendurteknum sárum í maga og skeifugörn. Meðferð á einkennum brjóstsviða og nábíts vegna bakflæðissjúkdóms (gastro-oesophageal reflux disease). Zollinger-Ellison heilkenni.
Skammtar*: Mælt er með að LOSEC MUPS sýruhjúptöflur séu teknar inn að morgni. Töflurnar á að gleypa heilar með vökva. Innihald taflna má hvorki tyggja né mylja. Töflurnar á að taka með 1/2 glasi af vökva. Hvorki má tyggja né mylja töflurnar. Töflurnar má einnig hræra út í hálfu glasi af vatni eða ávaxtasafa. Hræra á í þar til töflurnar hafa sundrast og drekka á vökvann með kornunum í innan 30 mínútna. Skola á glasið að innan með vökva og drekka hann. Hvorki má tyggja né mylja kornin. *Við skeifugarnarsári, magasári, sársjúkdómum eða fleiðurs vegna meðferðar við bólgueyðandi gigtarlyfjum, við bólgu í vélinda vegna bakflæðis og til meðferðar á einkennum vegna bakflæðissjúkdóms er ráðlagður skammtur 20 mg einu sinni á dag.* Við alvarlegri bólgu í vélinda vegna bakflæðis hjá börnum 1 árs og eldri:* Ráðlagður skammtur handa börnum 10-20 kg er 10 mg á dag og handa börnum >20 kg 20 mg á dag.* *Til upprætingar Helicobacter pylori við sársjúkdómi:* Losec MUPS er ýmist gefið í „þriggja lyfja meðferð" (ásamt amoxicillíni og klaritrómýcíni, klaritrómýcíni og metrónídazóli eða amoxicillíni og metrónídazóli) eða í „tveggja lyfja meðferð" (ásamt amoxicillíni eða klaritrómýcíni).* *Við Zollinger-Ellison heilkenni:* Ráðlagður upphafsskammtur er 60 mg daglega.* ***Skert nýrnastarfsemi:*** Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. ***Skert lifrarstarfsemi:*** Þar sem aðgengi og helmingunartími ómeprazóls í plasma eykst við skerta lifrarstarfsemi getur verið nægjanlegt að gefa 10-20 mg dagsskammta. ***Aldraðir:*** Hjá öldruðum þarf ekki að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir ómeprazóli. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Þegar talið er að um magasár sé að ræða skal útiloka illkynja sjúkdóm, en meðferð með ómeprazóli getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. *Meðganga og brjóstagjöf:* Eins og við á um flest lyf ætti ekki að gefa þunguðum konum né konum með barn á brjósti ómeprazól magnesíumsalt nema brýn ástæða sé til. LOSEC MUPS gefið í skömmtum allt að 80 mg á 24 klst. konum í fæðingu hefur ekki valdið aukaverkunum hjá barninu. Dýrarannsóknir hafa ekki bent til hættu vegna meðferðar með LOSEC MUPS á meðgöngutíma og við brjóstagjöf og engar vísbendingar liggja fyrir um eituráhrif eða fósturskemmandi verkun. **Aukaverkanir:** LOSEC þolist vel og aukaverkanir hafa yfirleitt verið vægar og gengið til baka*.
Pakkningar og verð:
Sýruhjúptöflur 10 mg: 14 stk. 3.190,-; 100 stk. 16.051,-
Sýruhjúptöflur 20 mg: 14 stk. 3.691,-; 28 stk. 6.446,-; 56 stk. 11.689.; 100 stk. 19.596,-.
Sýruhjúptöflur 40 mg: 28 stk. 12.514,-
Umboð á Íslandi: Pharmaco hf.
Sérlyfjaskrártexti, samþykktur af Lyfjanefnd ríkisins 7. 10. 1998 (styttur)
*Ítarlegri texta um lyfið er að finna í Fréttabréfi Lyfjanefndar ríkisins 1. janúar 1999 og Sérlyfjaskrá 1999 (1. apríl 1999).
Heimildir:
1) Pilbrant A et al. development of an oral formulation of omeprazol; Scand. J. Gastroenterology 1985; 20 (suppl 108): 113-20
2) Fréttabréf Lyfjanefndar ríkisins 1. janúar 1999.



Líða 57.806 Íslendingar fyrir bakflæði?*

„Mjög hamlandi óþægindi"

EFLIR / HNOTSKÓGUR



Losec,® söluhæsta lyf í heimi, hefur verið gefið í tæplega 400 milljónum meðferða. Lyfið er mest rannsakaði sýrudæluhemillinn á markaðnum, sá fyrsti og með flestar ábendingar. Ein þessara ábendinga er bakflæði, með eða án bólgu í vélinda. Losec® MUPS® sýruhjúpstöflur eru leysanlegar í vatni og gefa því fleiri valkosti við inntöku. *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*

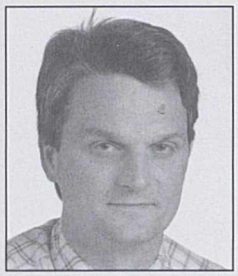


AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Með hliðsjón af tíðni bakflæðis (reflux) í nágrannalöndunum (heimild: Louis Haris & associates 1997; heimild: Gastroenterology 1997: 112, 1448-56), benda líkur til að yfir 20% Íslendinga líði fyrir þennan kvilla a.m.k. einu sinni í viku hverri. Íslendingar voru 275.277 talsins 1. des. sl. (heimild: Hagstofa Íslands).

Hugleiðingar um einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu



Eyþór Björgvinsson

gjaldkeri stjórnar LÍ

STEFNA NÚVERANDI RÍKISSTJÓRNAR er að selja ríkisfyrirtæki og einkavæða sem flest ríkisrekin fyrirtæki. Þetta á sér í lagi við um banka og þjónustufyrirtæki í eigu ríkisins og er fullyrt að rekstur þeirra sé betur kominn í höndum einkaaðila.

Á vettvangi Læknafélags Íslands sem og í þjóðfélaginu hefur töluvert verið rætt og ritað um mismunandi rekstrarform í heilbrigðisþjónustu og ekki síst möguleika á auknum einkarekstri. Þessi umræða hefur fengið byr undir báða vængi ekki síst í ljósi erfiðrar rekstrarstöðu ríkisrekinna heilbrigðisstofnana undanfarin ár. Ennfremur má nefna góðan árangur einkafyrirtækisins Íslenskrar erfðagreiningar í umdeildum samningum við ríkisvaldið.

Heilbrigðisráðherra Ingibjörg Pálmadóttir hefur lýst því yfir að ráðuneytið hafi áhuga á að bjóða út rekstur og byggingu heilsugæslustöðvar í Vogahverfi, einnig er verið að bjóða út byggingu og rekstur hjúkrunarheimilis fyrir aldraða, þannig að það er ljóst að vilji er fyrir einkarekstri innan heilbrigðiskerfisins. Ennfremur hefur komið fram í viðtölum við Magnús Pétursson sjúkrahúsforstjóra að hann hefur áhuga á að reyna mismunandi rekstrarform innan stofnunarinnar. Sú þróun er reyndar þegar byrjuð meðal annars með þjónustusamningi um rekstur öldrunarþjónustu á Landakoti.

Þess ber einnig að geta að til margra ára hafa fjölmörg fyrirtæki í heilbrigðisþjónustu verið einkarekin þar sem ríkið er stærsti kaupandi þjónustunnar. Þessar einingar eru dreifðar og flestar fremur smáar. Rekstrarlegir hagsmunir og forsendur eru mismunandi og því er samtakamáttur fremur lítill. Rekstrarformið er mismunandi allt frá því að rekstraraðilar bera alla fjárhagslega ábyrgð á rekstrinum, það er að segja eru persónulega ábyrgir fyrir tækjakaupum, húsnæði og launagreiðslum, yfir í það að ríkið á húsnæðið og tækin og sér um endurnýjun, þannig að fjárhagsáhætta og rekstrarábyrgð einstaklinganna er í lágmarki.

Einkavæðing í heilbrigðisþjónustu hefur sannarlega verið umdeild. Bent er á að markaðslögmálið gildi ekki fyrir heilbrigðisþjónustu og eins að réttur manna til þjónustunnar megi aldrei vera háður persónulegum fjárhag, sem þýðir í raun að aldrei er hægt að einkavæða alla heilbrigðisþjónustu. Í þessum stutta pistli eru ekki tök á að gera þessum gildu athugasemdum viðhlítandi skil, en ég vil þó draga fram helstu kosti einkavæðingar í heilbrigðisþjónustu.

Helstu kostir einkakavæðingar í heilbrigðisþjónustu eru að saman fer fagleg og rekstrarleg ábyrgð, auðveldara er að gera sér grein fyrir kostnaði einstakra verka, hagræðing eykst og oftast er betri aðgangur að þjónustu. Aðskilnaður kaupanda og seljanda þjónustunnar er einnig mikilvægur. Sjúklingar hafa aukið val og geta haft bein og óbein áhrif á samkeppni. Einnig skapast fjölbreyttari möguleikar á kennslu heilbrigðisstétta.

Helsta vandamálið að mínu mati er að langstærsti kaupandi þjónustunnar er einn, Tryggingastofnun ríkisins. Samningar um magn og verð þjónustu geta því verið erfiðir. Ef samningar nást ekki eða dragast mjög á langinn er rekstrargrundvelli viðkomandi starfsemi stefnt í hættu. Það má því fullyrða að rekstraröryggi einkarekinnar heilbrigðisþjónustu hér á landi er lítið og því erfitt að gera áætlanir um rekstur fram í tímann.

Það má einnig búast við aukinni samkeppni og árekstrum milli einkarekstrar og ríkisrekstrar eða „einkarekstrar" innan ríksstofnana. Fara verður eftir leikreglum frjálsrar samkeppni, þar sem raunverulegar kostnaðartölur koma fram og ekki eru stunduð niðurgreidd undirboð. Þjónustan verður að vera rétt verðlögð í hlutfalli við kostnað þannig að ein tegund starfsemi sé ekki notuð til að niðurgreiða aðra starfsemi, sem myndi þýða til dæmis að þeir sem senda sjúklinga í rannsóknir, myndgreiningu eða apótek, hafi ekki af því fjárhagslegan ávinning sjálfir.

Þá kemur að grundvallarspurningu: Er rétt að einkavæða heilbrigðiskerfið, umbylta tryggingakerfinu og hafa heilsufarstryggingar alfarið á vegum tryggingafélaganna?

Mín skoðin er sú, að tryggingarnar eigi áfram að vera á samfélagslegum grunni, þannig að öllum einstaklingum sé tryggður sem jafnastur aðgangur að heilbrigðisþjónusu. Það er jafnframt mín skoðun að kerfið þurfi að vera sveigjanlegra. Til dæmis ættu sjúklingar að eiga rétt á að kaupa og fá þjónustu þar sem þeir kjósa innanlands eða erlendis, séu þeir reiðubúnir að greiða mismuninn miðað við það verð sem Tryggingastofnun greiðir fyrir þessa tilteknu þjónustu. Þetta þýddi að sjúklingurinn væri orðinn kaupandi að þjónustunni millilíðalaust, við værum ekki lengur með einn kaupanda. Þetta myndi efla eðlilega samkeppni og framþróun, kostnaðarvitund kaupenda þjónustunnar efldist og biðlistar yrðu styttri.

Eftir sameiningu stóru sjúkrahúsanna í eina stóra ríkiseiningu, hefur myndast svigrúm til að efla einkarekstur. Það er löngu kominn tími til að huga að rekstri einkarekins sjúkrahúss, sem sérhæfir sig í val- (elective) aðgerðum, greiningu og lækningu sjúklinga í samvinnu og samkeppni við aðrar heilbrigðisstofnanir.

Codex og tryggingar

Svar við grein **Ásdísar Rafnar** framkvæmdastjóra Læknafélags Íslands

Sjá Læknablaðið 7./8. tbl. og 11. tbl. 1999 og 1. tbl. 2000

ÉG ÞAKKA FRAMKVÆMDASTJÓRA LÍ fyrir svör við fyrirspurnum mínum um hóptryggingu lækna sem birtust í janúarhefti Læknablaðsins. Framkvæmdastjórinn bendir þar meðal annars á, „að LÍ hafi í fjölda ára greitt félagsmönnum leið að góðum tryggingum á hagstæðari kjörum en almennt bjóðast á almennum markaði." Þetta er rétt svo langt sem það nær. Það gildir sem sagt ekki um alla lækna. Sumir njóta ekki þessarar umhyggju samtakanna, og á það fyrst og fremst við um þá sem þurfa mest á henni að halda, það er þeir sem eru í mestri áhættu heilsufarslega og koma að lokuðum dyrum á tryggingamarkaðnum nema þeir séu í hópi með öðrum.

Um fjölda þeirra sem neitað var um tryggingu segir, að þeir „verði taldir á fingrum annarrar handar". Það er ekki tekið fram, hvort til þurfi alla fingurna. Þá segir, að „jafnfáir" hafi fengið frestun. Þessar upplýsingar hefðu að skaðlausu mátt vera ögn gleggri. Að vísu skiptir fjöldinn ekki höfuðmáli í þessu sambandi. Ranglæti gagnvart einum er nóg. En það hefði verið hreinlegra að gefa þetta upp í tölum en vísa á puttana á manni. Það er eins og menn kveinki sér við að nefna tölurnar fullum hálsi. En til að milda þetta enn frekar er bent á, að bresk tryggingafélög neiti 2% umsækjenda um tryggingu og 5-7% verði að sæta álagi á iðgjöld. Þetta er ekki svo slæmt, eða hvað?

Það sem skín út úr svarinu er að þeir, sem verða þarna útundan, séu svo fáir að það borgi sig ekki að æsa sig upp út af þeim. Með þessu er verið að segja, að hóptryggingin komi siðareglum lækna ekkert við, þessi mál eigi að afgreiða sem hrein og köld fjármál meirihlutans. Hér þarf að gera greinarmun á því, hvort um er að ræða heildarsamtök lækna eða hóp einstakra lækna. Ef einstakir læknar hefðu tekið sig saman og samið við tryggingafélag sem hópur, án þess að læknasamtökin hefðu komið þar við sögu, þá gegnir það öðru máli en ef samið er í nafni heildarsamtakanna.

Framkvæmdastjórinn lýkur máli sínu með því að varpa fram þeirri hugmynd, að skipuð verði nefnd á vegum LÍ sem hafi það hlutverk að fjalla um tryggingamál lækna. Að sjálfsögðu hlýt ég að fagna þeirri hugmynd. Þar með ætti að skapast vettvangur fyrir umfjöllun um þessi mál. Eins og fram hefur komið er mikil þörf á að íhuga tryggingamál lækna meðal annars með hliðsjón af Codex Ethicus. Það þarf til dæmis að íhuga hvað felst í eftirfarandi ákvæði í Genfarheiti lækna: *„Ég heiti því að rækja stéttarbræður mína sem bræður mína"*. Þarf ekki að hafa það í huga, þegar læknasamtökin semja um hóptryggingu fyrir stéttina? Ég hygg að oft hafi verið þörf á að leggja áherslu á þetta ákvæði en aldrei eins og nú. Veður eru vályndum um þessar mundir og engin vanþörf á að dusta rykið af sígildum siðfræðilegum verðmætum.

GUÐMUNDUR HELGI ÞÓRÐARSON
fyrrverandi heilsugæslulæknir

Finna verður jafnvægi milli ríkis- og einkarekinnar heilbrigðisþjónustu, þannig að þjónusta, gæði þjónustu og hagkvæmni verði sem best og vísindastarfsemi sem öflugust.

Virkt eftirlit verður að vera með gæðum og framkvæmd heilbrigðisþjónustu óháð rekstrarformi. Það er ekki nóg að kaupendur og veitandi þjónustunnar komi að þessu eftirliti, heldur verða samtök lækna að vera virkari eftirlitsaðilar í þessu máli og í samráði við landlæknisembættið.

Það er ekki spurning í mínum huga að Læknafélag Íslands á að hafa forgöngu í stefnumótun um einkavæðingu heilbrigðisþjónustu á Íslandi, þannig að læknar geti frá upphafi haft bein áhrif á stefnumótun og þróun heilbrigðisþjónustunnar á faglegum forsendum.



Livial® tibolon

Eftir tíðahvörf er konan komin á þann aldur að hún er laus við óvissu æskunnar. Þess vegna er sanngjarnt að hún sé einnig laus við óæskilegar blæðingar þótt hún sé á meðferð við óþægindum af völdum tíðahvarfa.

Þegar Livial er notað eru blæðingar og spennutilfinning í brjóstum sjaldan til vandræða [2]. Livial verkar aðeins á tiltekna vefi og hefur ekki östrógenáhrif á legslímhúð og á brjóst[1]. Livial veitir konunni aukið frelsi eftir tíðahvörf.

Loksins laus við blæðingar?

Organon

LIVIAL Organon, 950170
TÖFLUR; G 03 D C 05
Hver tafla inniheldur: Tibolonum INN 2,5 mg. **Hjálparefni:** kartöflusterkja, magnesíumsterat, askorbýlpalmítat og mjólkursykur (laktósa). **Ábendingar:** Uppbótarmeðferð við einkennum östrógenskorts við tíðahvörf (eðlilegum eða eftir skurðaðgerð). Til varnar beinþynningu vegna östrógenskorts. **Skammtar:** 1 tafla (2,5 mg) á dag samfellt án hlés. Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Þungun og brjóstagjöf. Hormónatengd æxli eða grunur um þau. Kvillar í hjarta- eða æðakerfi eða blóðflæði til heilans t.d. segablæðabólga, segamyndun eða blóðrek (thrombo-embolic processes) eða saga um slíka kvilla. Blæðingar frá fæðingarvegi af óþekktum orsökum. Alvarlega skert lifrarstarfsemi. **Meðganga og brjóstagjöf:** Livial á hvorki að nota á meðgöngutíma né við brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Livial er ekki ætlað til getnaðarvarna. Meta á hugsanlega áhættu eða ávinning af meðferðinni við eftirfarandi sjúkdómseinkenni: lifrarsjúkdóm eða sögu um slíkan sjúkdóm; truflanir á fituefnaskiptum. Hætta á meðferð ef fram koma einkenni um segamyndun eða blóðrek, ef niðurstöður lifrarprófa verða óeðlileg eða gula vegna gallteppu kemu fram. Blæðingar eða blettablæðing frá fæðingarvegi sem kemur fram fyrst eftir að taka lyfsins hefst getur verið vegna áhrifa frá östrógenum sem líkaminn framleiðir ennþá eða lyfja sem innihalda östrógen og tekin voru áður en meðferð hófst. Orsök blæðinga sem koma eftir þriggja mánaða meðferð eða viðvarandi blæðinga á að rannsaka gaumgæfilega; í flestum tilvikum finnst hins vegar ekki ástæða fyrir blæðingunum. Eins og við notkun annarra stera með hormónaverkun er árleg læknisskoðun ráðlögð. **Milliverkanir:** Þar sem Livial getur aukið fibrínsundrun í blóði getur það aukið verkun segavarnalyfja. Þessi áhrif hafa komið í ljós við samtímis notkun warfaríns. **Aukaverkanir:** Stöku sinnum koma fram blæðingar frá fæðingarvegi eða blettablæðingar, útferð, verkir í brjóstum eða kviðverkir, einkum á fyrstu mánuðum meðferðarinnar. Aðrar aukaverkanir sem stöku sinnum hafa komið fram eru: Höfuðverkur eða mígreni, bjúgur, svimi, kláði, þyngdaraukning, ógleði, útbrot, óeðlilegur hárvöxtur og þunglyndi. **Ofskömmtun:** Bráð eiturhrif af tíbólóni í dýrum eru væg. Þess vegna er ekki líklegt að eiturhrif gæti ef nokkrar töflur eru teknar í einu. Við alvarlega ofskömmtun gætu komið fram ógleði, uppköst og konur geta fengið blæðingar frá fæðingarvegi. Engin sérhæfð andefni eru þekkt. Einkennameðferð skal beita ef þurfa þykir. Texti styttur, frekari upplýsingar, sjá texta í sérlyfjaskrá.
Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:
28 stk. x 1 (þynnupakkað): 2.976 kr.-
28 stk. x 3 (þynnupakkað): 7.350 kr.-
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt.
Greiðslufyrirkomulag: E

Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf., Hörgatún 2, 210 Garðabæ.
Heimildir:

1. Rymer J.M. The effects of tibolone. Gynecol. Endocrinol. 1998; 12:213-220.
2. Hammar M. et al. A double-blind, randomised trial comparing the effects of tibolone and continous combined hormone replacement therapy in postmenopausal women with menopausal symptoms. Br. J. Obstet and Gynaecol. 1998; 105:904-911.

Livial® tibolon
LYKILL AÐ AUKNU FRELSI

Sameinum sjúkrahúsin í nýrri byggingu

Yfirlýsing stjórna Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur um málefni Landspítalans og Sjúkrahúss Reykjavíkur 8. febrúar 2000

Inngangur

Með breytingum á yfirstjórn stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík, Landspítalans og Sjúkrahúss Reykjavíkur, og með einum forstjóra og fyrirætlunum um eina framkvæmdastjórn hafa verið stigin skref til aukinnar samvinnu og/eða sameiningar þeirra. Samhliða þessu hefur farið fram umræða um kosti þess að byggja nýtt sjúkrahús eða koma starfsemi framtíðarinnar fyrir í þeim byggingum sem fyrir eru. Sú umræða er skemmra á veg komin.

I.

Ýmis rök hníga til þess, að þjóðin geti ekki staðið undir nema einu vel búnu hátæknisjúkrahúsi. Ofangreind skref má nýta sem áfanga til að mæta þeirri kröfu. Við aukna samvinnu og/eða sameiningu þarf að huga að breytingum á innra skipulagi þessara stofnana/stofnunar til þess að framtíð þjónustunnar verði vel borgið. Í því sambandi þarf meðal annars að huga að yfirstjórn heilbrigðismála, skiptingu valds á sjúkradeildum, fyrirkomulagi bráðrar þjónustu og tímasettrar þjónustu, mismunandi rekstrarformum innan sjúkrahússins og kjarasamningum. Koma þarf í veg fyrir faglega stöðnun og einokun á sameinuðu hátæknisjúkrahúsi, meðal annars með tímabundnum ráðningum æðstu stjórnenda sjúkradeilda. Nýta þarf þetta tækifæri til að fella hið nýja sjúkrahús að nútímalegum hugmyndum um hinn akademíska þátt í rekstri þess með því að efla tengslin við Háskóla Íslands, þannig að það þjóni landsmönnum sem kennslu- og rannsóknastofnun jafnt sem sjúkrahús í fremstu röð.

II.

Það er skoðun stjórna LÍ og LR, að núverandi húsnæði Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans sé óhentugt til sjúkrahúsrekstrar. Núverandi húsnæði er hannað með höfuðáherslu á legudeildir og fellur illa að nútíma sjúkrahúsrekstri sem gerir ráð fyrir allt annarri samsetningu verkefna og tækjabúnaðar en þær byggingar sem hannaðar voru fyrir mannsaldri eða tveim. Þrengt er að stoðdeildum og rannsóknastarfsemi, lítið svigrúm er fyrir sérhæfða göngudeildarstarfsemi og bráðaþjónusta á undir högg að sækja. Starfsaðstaða lækna er víða bágborin. Töluverð byggingarþörf er á báðum stöðum og byggingaframkvæmdir í gangi.

Stjórnir LÍ og LR telja nauðsynlegt, að mörkuð verði opinber stefna í þessum málum. Stjórnirnar taka undir orð heilbrigðismálaráðherra á aðalfundi LÍ haustið 1999 og telja, að í framtíðinni eigi að byggja eitt sjúkrahús sem rúmi núverandi starfsemi Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans. Við núverandi aðstæður má efna til margvíslegrar samvinnu sjúkrahúsanna, en endanleg markmið sameiningar nást ekki nema undir einu þaki. Lykilatriði er að breið pólitísk samstaða sjórnmálamanna og fagaðila náist um framangreint markmið og leiðir að því.

III.

Samrunaferli er erfitt fyrir stórar stofnanir af þessu tagi og þróun í samstarfi farsælli en bylting. Ýmsar vísbendingar utan úr heimil eru um að sameining stórra heilbrigðisstofnana hafi mistekist eða lítilli hagræðingu skilað nema í framkvæmdastjórn. Til að skila árangri þurfa markmið sameiningar að vera skýr bæði starfsfólki og sjúklingum. Teysta þarf sjálfstæði einstakra sviða einnar stofnunar þannig að forðast megi óhagræði of mikillar miðstýringar. Tryggja þarf að sjúklingar eigi val um lækna og meðferðarúrræði.

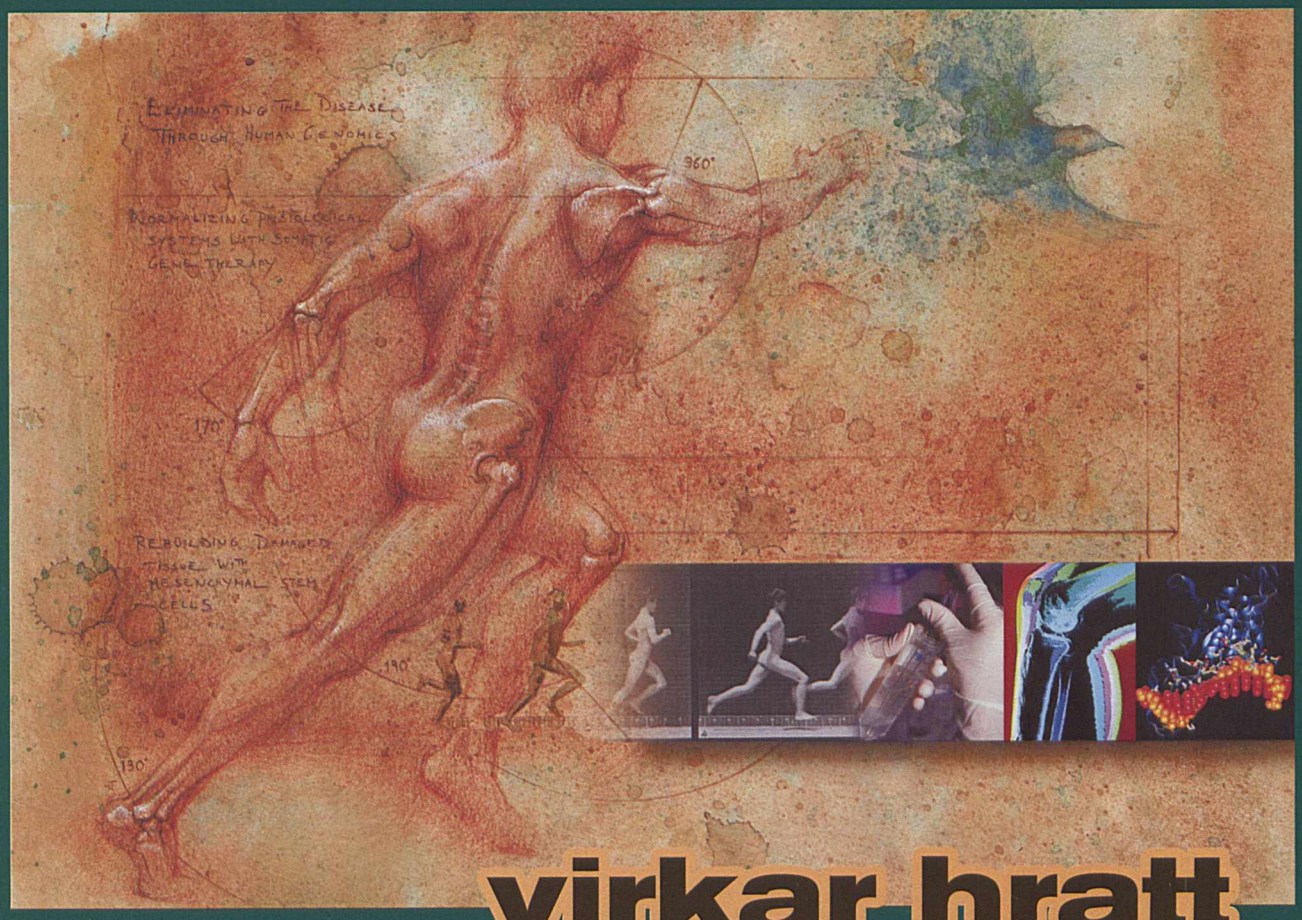
Stjórnir Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur hvetja stjórnvöld til að grípa ekki til neinna þeirra aðgerða í máli þessu sem líklegar eru til að valda afturför eða ólgu og sundurþykkju meðal þeirra er málið varðar mest.

IV.

Stjórnir LÍ og LR setja fram eftirfarandi meginatriði sem þær telja að vinna beri að:

1. Stefna ber að byggingu nýs sjúkrahúss sem rúmi starfsemi Landspítalans og Sjúkrahúss Reykjavíkur.
2. Sérstakar ráðstafanir verði viðhafðar til að fyrirbyggja faglega einokun og stöðnun.
3. Allar ákvarðanir um aukna samvinnu og/eða sameiningu deilda verði teknar í fullu samráði og í sátt við starfsfólk.
4. Við skipan yfirstjórnar sjúkrahússins þarf að gæta faglegra sjónarmiða í meira mæli en nú er gert og efla þarf áhrif starfsfólks innan hennar.
5. Afnema þarf með lagabreytingu tvískiptingu faglegrar stjórnunar á milli lækninga og hjúkrunar og árétta forræði lækna á faglegri yfirstjórn deilda.
6. Koma á í veg fyrir að sveiflur í bráðaþjónustu raski tímasettri þjónustu.
7. Fela á öðrum sjúkrahúsum ákveðin verkefni og nýta þau betur til kennslu og þjálfunar.
8. Flytja þarf verkefni frá sjúkrahúsum til læknastöðva og heilsugæslustöðva eða læknastofa og tengja þessa starfsemi jafnframt sjúkrahúsi á þann hátt að upplýsingastreymi sé tryggt og nýta megi þennan þátt frekar til kennslu og rannsókna.

Voltaren® Rapid



virkar hratt

- **við bráðum verk og bólgu**
- **verkjastillandi innan hálftíma**

Voltaren Rapid (Noartis 930159)
TÖFLUR; M 01 A B 05 R, E
Hver tafla inniheldur: Diclofenacum INN, kaliumsalt, 50 mg.
Eiginleikar: Lyfið inniheldur kaliumsalt af díklófenaki, sem hefur sterk bólgueyðandi, hitalækkandi og verkjastillandi áhrif. Lyfið hamlar myndun prostaglandína í líkamanum. Aðgengi lyfsins er nálægt 50%. Lyfið frásogast hratt og blóðþéttni nær hámarki að meðaltali 20-60 mín. eftir inntöku Helmingunartími í blóði er 1-2 klst. Próteinbinding í blóði er 99,7%. Lyfið skilst út sem umbrotsefni, um 60% í þvagi og 40% í saur.
Ábendingar: Skammtímameðferð í eftirfarandi bráðatilfellum: verkir og bólga eftir slys og aðgerðir; tíðaverkir, bólgur í eggjaleiðurum, vöðvagigt, bakverkir; sem hjálparmeðferð við alvarlegum sýkingum í eyra, nefi eða hálsi.
Frábendingar: Sár í maga eða skeifugörn, ofnæmi fyrir díklófenaki eða öðrum bólgueyðandi lyfjum sem ekki eru sterar (NSAID).
Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið ætti ekki að nota á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til og þá aðeins í lægsta skammti sem hefur virkni. Þetta á sérstaklega við um síðustu 3 mánuði meðgöngu. Við inntöku 50 mg skammta á 8 klst. fresti skilst virka efnið út í brjóstamjólk, en í það litlu magni, að ekki er talið að það hafi áhrif á barnið.
Aukaverkanir: Algengar (>1%): Óþægindi í meltingarvegi, höfuðverkur, svimi, útbrot, hækkun á transamínösum í blóði.
Sjaldgæfar (0,1-1%): Sár í maga eða skeifugörn, blæðing í meltingarvegi, truflun á nýrnastarfsemi, lifrarbólga, ofnæmisviðbrögð.
Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Brisbólga, himnulík þrengsli í þörmum, mengisbólga (aseptic meningitis), lungnabólga, regnbogaroðsótt (erythema multiforme), Steven Johnson heilkenni, Lyell's heilkenni, roði í húð, purpuri, húðblæðingar, blóðmein (blood dyscrasias), truflanir í hjarta- og æðakerfi, sjón- eða skyntruflanir.
Milliverkanir: Lyfið getur aukið blóðþéttni litíums og dígoxíns. Það getur hindrað virkni þvagræsilyfja. Samtímis gjöf annarra bólgueyðandi lyfja af þessum flokki getur aukið tíðni aukaverkana. Lyfið virðist hvorki hafa áhrif á lyfjahvörf blóðþynningarlyfja né sykursýkislyfja, en rétt er að sýna aðgát ef slík lyf eru gefin samtímis díklófenaki. Varlega verður að fara ef NSAID eru gefin innan við 24 klst fyrir eða eftir gjöf metótrexats þar sem þéttni metótrexats í blóði getur hækkað og leitt til aukinna eituráhrifa lyfsins. Áhrif NSAID á prostaglandín í nýrum getur aukið nýrnaskemmandi áhrif ciklósporíns. Í einstaka tilvikum hafa komið fram krampar, sem gætu stafað af samtímis gjöf kínólóna og NSAID.
Varúð: Varúðar skal gæta hjá sjúklingum með einkenni/sögu um sjúkdóma í meltingarvegi, astma, truflun í starfsemi lifrar, hjarta eða nýrna. NSAID geta dulið sýkingar eða hindrað samloðun blóðflagna tímabundið. Porfýría. Varúðar skal gæta við gjöf lyfsins hjá öldruðum. Einnig skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa skert utanfrumurúmmál. Truflun á starfsemi miðtaugakerfis getur haft áhrif á hæfni manna til stjórnunar ökutækja og véla. Við langtímameðferð þarf að fylgjast með lifrarstarfsemi og blóðhag.
Skammtastærðir handa fullorðnum: 75-150 mg/dag gefið í 2-3 skömmtum. Við tíðaverkjum allt að 200 mg á dag.
Ekki er mælt með hærri dagsskammti en 200 mg.
Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum.
Pakkningar: Töflur 50 mg: 10 stk. (þynnupakkað); 30 stk. (þynnupakkað),100 stk. (þynnupakkað)
Verð: (1.10. 1999): 10 stk:462, 30 stk.; 1254,100 STK, 3108
Umboðsaðili á Íslandi: Thorarensen Lyf, Vatnagarðar 18, 104 Reykjavík. Sími: 531 7000

Enn er deilt um gagnagrunninn

Mannvernd boðar málsókn í samvinnu við ýmsa lækna og fleiri. Margir læknar lýsa yfir efasemdum eða boða uppsagnir frekar en að láta upplýsingar úr sjúkraskrám af hendi



Frá blaðamannafundi Mannverndar þar sem væntanleg málsókn gegn ríkinu vegna gagnagrunnslaganna var boðuð.

Hafi einhver haldið að gagnagrunnsmálið væri komið á beinu brautina við það að heilbrigðismálaráðherrann afhenti Kára Stefánssyni rekstrarleyfið þá reyndist það ekki rétt. Því fer fjarri að allt hafi dottið í dúnalogn eftir að möppurnar með leyfinu skiptu um eigendur heldur er umræðan líflegri en aldrei fyrr, nú þegar styttist í það að grunnurinn verði að veruleika – ef hann verður að veruleika því um það efast margir.

Samtökin Mannvernd vefengja lagagrundvöll gagnagrunnsins og hafa fengið einn virtasta lögmann landsins, Ragnar Aðalsteinsson, til að undirbúa málsókn á hendur íslenska ríkinu vegna laganna. Ætlunin er að láta á það reyna fyrir dómstólum – bæði hérlendis og erlendis ef þörf krefur – hvort lögin standist stjórnarskrá og séu í samræmi við mannréttindasáttmála Sameinuðu þjóðanna eða aðrar alþjóðlegar skuldbindingar sem Íslendingar hafa gengist undir.

Jafnframt er ljóst að fjöldi lækna mun láta reyna á rétt sinn til að neita að afhenda upplýsingar úr sjúkraskrám sem þeir hafa safnað og eru vörslumenn að samkvæmt lögum um réttindi sjúklinga. Á þetta mun reyna á næstu mánuðum því viðræður eru hafnar milli Íslenskrar erfðagreiningar og heilbrigðisstofnana um afhendingu gagna í grunninn.

Hverjum er falinn trúnaður?

Á blaðamannafundi þar sem málsóknin var kynnt sagði Ragnar Aðalsteinsson að í lögunum um gagnagrunninn væru ótrúlega mörg álitamál sem dómstólar þyrftu að taka afstöðu til. En í raun væri grundvallarspurningin sem svara þyrfti þessi: Hverjum á að fela réttinn til að ráða yfir trúnaðarupplýsingum einstakra manna.

„Minn skilningur er sá að samkvæmt evrópskum stjórnskipunarrétti hafi hver maður rétt til að ráða yfir eigin trúnaðarupplýsingum. Spurningin er sú hvort þetta er á misskilningi byggt og að eðlilegra sé að fela ríkisvaldinu að fara með þessi trúnaðarmál," sagði Ragnar og bætti því við að ef síðari kosturinn yrði fyrir valinu opnaðist ríkinu mörg matarholan því ýmsar aðrar stéttir en læknar – sálfræðingar, lögfræðingar, prestar og fleiri – varðveittu upplýsingar um einstaklinga sem þeim hefði verið trúað fyrir. (Því má skjóta hér inn í að í viðauka við starfsleyfi fyrir gagnagrunn eru taldar upp 24 stéttir sem starfa í heilbrigðiskerfinu, sjá rammagrein.)

Ragnar sagði að samband læknis og sjúklings væri bundið samningi sem hefði lagalegt gildi þótt ekki væri hann skriflegur. Meðal ákvæða þess samnings væri að læknirinn mætti ekki láta neina menn komast í það sem sjúklingurinn trúir honum fyrir. Frá þessari grundvallarreglu um algerlega lokað samband milli sjúklings og læknis væru frávik sem einungis væru í þágu sjúklingsins sjálfs þegar taka þyrfti ákvarðanir sem sjúklingurinn væri ekki hæfur til að taka sjálfur. Hann minnti á að í þjóðarrétti væri litið svo á að trúnaður læknis við sjúkling væri mikilvægari en rannsóknar- og samfélagshagsmunir.

Ragnar sagði að eitt þeirra ákvæða gagnagrunns-

Fljótvirkt — þolist vel — einfalt



Þegar þörf er á góðu flæði...

Nú er lífið orðið léttara fyrir sjúklinga með góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli (BPH)! Omnic® er sérhæfður α-adrenvirkur viðtakablokki sem einfalt er að nota. Omnic® er gefið í fullum skammti frá fyrsta degi, 0,4 mg (eitt hylki) einu sinni á dag. Jákvæð áhrif á flæði og einkenni koma fljótt í ljós og eru viðvarandi[1]. Ábending er meðhöndlun þvaglátaeinkenna við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli.

OMNIC® TAMSULOSIN

Yamanouchi

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Forðahylki; G04CA02 R E. Hvert forðahylki inniheldur: Tamsulosinum INN, klóríð, 0,4mg. **Ábendingar**: Meðhöndlun þvaglátaeinkenna við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli. **Skammtar og lyfjagjöf:** 1 hylki á dag, tekið eftir morgunmat. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir tamsulósíni eða einhverju af öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur**: Meðferð við þvaglátaeinkennum við stækkun á blöðruhálskirtli skal ákveðin í samráði við sérfræðing í þvagfæraskjúkdómum. gæta skal varúðar við notkun lyfsins handa sjúklingum sem hafa fengið stöðubundinn lágþrýsting eða nota blóðþrýstingslækkandi lyf. Upplýsa skal sjúklinga um hættu á yfirliðum. **Aukaverkanir**: Algengar (>1%): Svimi, óeðlilegt sáðlát, höfuðverkur, þróttleysi, nefslímubólga. Sjaldgæfar (0,1-1%): Hjartsláttarónot. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Stöðubundinn lágþrýstingur, yfirlið. **Pakkningar og verð**: 30 stk. 4600 kr., 90 stk. 10939 kr.

Heimild: 1) Abrams, P., Schulmann, C.C., Vaage, S., Tamsulosin, a selective α_{1A}- adrenoreceptorantagonist;a randomized, controlled trial in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH). Br J Urol 1995;76:325-36.

laganna sem dómstólar þyrftu að taka afstöðu til væri það að lögin geri ráð fyrir því að hver sem er geti sagt sig úr gagnagrunninum en að þetta gilti eingöngu um lögráða og lifandi menn. Látnir menn, þeir sem sviptir hafa verið sjálfræði og börn upp að 18 ára aldri eru ekki hæf til að taka slíkar ákvarðanir og þess vegna mætti ætla að þessir hópar væru undanþegnir en svo væri ekki. Þarna væri ýmislegt óljóst en þetta kynni að stangast á við stjórnarskrá.

Læknaráð eða pólitískar stjórnir?

Fram kom á fundinum að undirbúningur málsóknar myndi taka nokkurn tíma og svo væri alls óvíst hversu langan tíma sjálfur málareksturinn myndi taka. Það færi meðal annars eftir því hvort nauðsynlegt reyndist að skjóta málinu til alþjóðlegra dómstóla. Það myndi hins vegar ekki hafa áhrif á undirbúning og vinnu við gerð gagnagrunnsins.

Meðan á þessu stendur heldur Íslensk erfðagreining áfram að undirbúa gerð gagnagrunnsins. Í auglýsingu frá landlækni sem birtist í Morgunblaðinu 17. febrúar er minnt á að enn sé tími til að segja sig úr gagnagrunninum. „Líklegt er að nokkrir mánuðir líði þar til gengið verði frá samningum við heilbrigðisstofnanir, en að því loknu getur færsla gagna í grunninn hafist," segir þar.

Samkvæmt lögunum um gagnagrunninn þarf Íslensk erfðagreining að semja við stjórnir heilbrigðisstofnana – sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva – og sjálfstætt starfandi lækna um afhendingu upplýsinga. Af því tilefni hafa vaknað ýmsar spurningar, svo sem um það hvort pólitískt skipaðar stjórnir heilbrigðisstofnana geti tekið ákvarðanir um slíkt, hvort það sé ekki eingöngu á valdi lækna og læknaráða að semja um afhendingu sjúkraskráa.

Hver er staða yfirlækna?

Viðbrögð lækna hafa verið á ýmsa lund. Til dæmis hefur Friðrik Vagn Guðjónsson heilsugæslulæknir á Akureyri lýst því yfir að hann muni frekar hverfa úr starfi en afhenda gögn um sjúklinga sína.

Eitt læknaráð hefur gefið út yfirlýsingu í tilefni af þessum umræðum en það er læknaráð Heilsugæslunnar í Kópavogi. Yfirlýsing ráðsins frá 7. febrúar er svohljóðandi:

„Læknaráð Heilsugæslunnar í Kópavogi vill hér með koma á framfæri að ráðið er alfarið andvígt því að sjúkraskrárgögn verði afhent þriðja aðila án upplýsts skriflegs samþykkis. Þannig samþykki býr að baki allri annarri afhendingu sjúkraskráa sem og upplýsinga úr þeim. Siðareglur lækna mæla gegn öðru."

Gunnar Ingi Gunnarsson yfirlæknir Heilsugæslustöðvarinnar í Árbæ lýsti því yfir að hann myndi ekki afhenda gögn en þá birtist stjórnarformaður heilsugæslunnar í fjölmiðlum og boðaði það að Gunnari Inga yrði sent bréf, væntanlega með útskýringum á því hver staða hans væri.

En staða yfirlækna er langt frá því að vera ljós. Þeir munu á næstu mánuðum væntanlega standa frammi fyrir því að hinar pólitískt kjörnu stjórnir samþykki afhendingu upplýsinga úr sjúkraskrám. Þá reynir á afstöðu þeirra. Yfirlæknar sem Læknablaðið ræddi við vildu ekki tjá sig mikið um þessa stöðu og einn þeirra sagði þá bíða eftir fundi yfirlækna á heilsugæslustöðvum sem haldinn verður 3. mars. Þar mun Dögg Pálsdóttir hæstaréttarlögmaður og lögfræðilegur ráðgjafi læknasamtakanna í gagnagrunnsmálinu einmitt fjalla um stöðu yfirlækna andspænis grunninum.

Eflaust verður afstaða yfirlækna til afhendingar gagna með ýmsum hætti. Þannig hafði DV eftir Þórarni Tyrfingssyni yfirlækni á Vogi þann 1. febrúar síðastliðinn að þetta yrði væntanlega „auðvelt fyrir okkur því læknarnir hér og ég erum tiltölulega nálægt stjórn spítalans og því mun afstaða læknanna eflaust verða sú sama og stjórnarinnar". Hann bætti því raunar við að hann væri „orðinn hundleiður á þessu púkalega máli. Það hefur verið klifað á því endalaust, menn eru stöðugt að þrasa, bara til að þrasa," eins og hann sagði.

Raunverulegar áhyggjur sjúklinga

En þótt sumum þyki þetta vera þras og aðrir hafi jafnframt gefið í skyn að læknar séu eingöngu að vernda einhverja óskilgreinda einkahagsmuni sína eða völd þá segjast margir læknar þegar vera farnir að finna fyrir áhrifum gagnagrunnsins á sjúklinga. Þeir segja að sjúklingar séu margir hverjir orðnir varir um sig og spyrji gjarnan að því hvort það sem þeir segi fari í gagnagrunninn. Þess munu jafnvel vera dæmi að læknar séu farnir að halda tvöfald bókhald ef svo má segja, skrái sumt í hinar hefðbundnu sjúkraskrár en haldi sumum upplýsingum fyrir sig.

Viðauki F

Skrá yfir heilbrigðisstéttir

Ljóst er af starfsleyfi gagnagrunns á heilbrigðissviði að ætlunin er að fá upplýsingar frá fleiri stéttum en læknum, sbr. Viðauka B, 26. lið. Í Viðauka F er að finna eftirfarandi lista yfir heilbrigðisstéttir sem njóta lögverndunar á vegum Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins.

1. Læknar
2. Tannlæknar
3. Ljósmæður
4. Hjúkrunarfræðingar
5. Sjúkraþjálfarar
6. Lyfjafræðingar
7. Aðstoðarlyfjafræðingar
8. Lyfsalar
9. Félagsráðgjafar
10. Iðjuþjálfar
11. Þroskaþjálfar
12. Meinatæknar
13. Sjóntækjafræðingar
14. Sjúkraliðar
15. Röntgentæknar
16. Matartæknar
17. Lyfjatæknar
18. Fótaaðgerðarfræðingar
19. Hnykkir
20. Sjúkraflutningamenn
21. Næringarfræðingar
22. Næringarráðgjafar
23. Læknaritarar
24. Sjúkranuddarar

Þetta getur einnig verið á hinn veginn. Á blaðamannafundi Mannverndar var þannig sögð saga af sjúklingi sem var hjá lækni og varð þess áskynja að áhugi læknisins á honum dvínaði verulega þegar hann sagðist vera búinn að segja sig úr gagnagrunninum.

Á fundinum var vitnað í þá staðreynd að þriðjungur lækna hefur lýst því yfir að hann muni ekki afhenda gögn um sjúklinga sína í grunninn. Tómas Zoëga sagðist telja þá tölu í lægri kantinum og eins víst að hún ætti eftir að hækka þegar til alvörunnar kæmi. Hann kvaðst hafa verið á ferð um landið og hitt marga kollega og að andstaða þeirra væri meiri en hann hefði að óreyndu talið vera.

Áður var vitnað í Friðrik Vagn Guðjónsson á Akureyri sem sagðist frekar myndu láta af störfum en afhenda upplýsingar um sjúklinga. Hann er sá eini sem gefið hefur slíka yfirlýsingu en Læknablaðinu er kunnugt um að einhverjir heilsugæslulæknar hafi rætt þann möguleika að hætta á heilsugæslustöðvunum og taka sig saman um rekstur læknastöðva sem hefðu þá reglu að afhenda ekki upplýsingar um sjúklinga í gagnagrunninn.

Sjúkraskrár til sölu?

Ljóst er að gagnagrunnsmálið snertir margan streng í þjóðarsálinni og einn þeirra er greinilega náskyldur kvótastrengnum. Í það minnsta reis upp Valdimar Jóhannsson – sem hafði áður öðlast þjóðarfrægð vegna hæstaréttardóms sem nærri því kollvarpaði kvótakerfinu – og bauðst nú til að búa til verðmæti úr sjúkraskýrslunum sem koma skyldu hverjum einstaklingi til góða. Hann og Jón Magnússon lögmaður hvöttu fólk til þess að segja sig úr gagnagrunninum en buðust jafnframt til að taka að sér, gegn umboðslaunum, að semja við Íslenska erfðagreiningu um greiðslu fyrir upplýsingar úr hverri sjúkraskrá.

Ekki er alveg ljóst hvað þeir félagar ætlast fyrir. Ekki segjast þeir vera að þessu í hreinu eiginhagsmunaskyni heldur vaki fyrir þeim að koma í veg fyrir að Íslensk erfðagreining sitji ein að þeim verðmætum sem fólgin eru í sjúkraskrám landsmanna. Rétt eins og fiskimiðin séu heilsufarsupplýsingarnar almannaeign og ríkið eigi ekkert með að eigna sér það sem fer milli læknis og sjúklings í trúnaði. Jón Magnússon hefur tekið það fram að hann sé ekki andvígur gerð gagnagrunnsins en að hann telji mikilvægt að fólk veiti upplýst samþykki fyrir því að upplýsingar um það séu færðar í grunninn.

Heilbrigðisráðuneytið, Vísindasiðanefnd, landlæknir og Kári Stefánsson hafa brugðist hart við þessu framtaki og segja það stangast á við íslensk lög og alþjóðasamþykktir um vísindarannsóknir að greiða fyrir upplýsingar með þessum hætti eða öðrum. Þær megi ekki kalla fram með neins konar þvingunum, hvorki fjárhagslegum né af öðrum toga. Jafnframt þessu hefur Kári viðrað áhyggjur sínar af því að þetta kunni að grafa undan trausti fjárfesta á fyrirtækinu og þannig komið í veg fyrir að því takist ætlunarverk sitt.

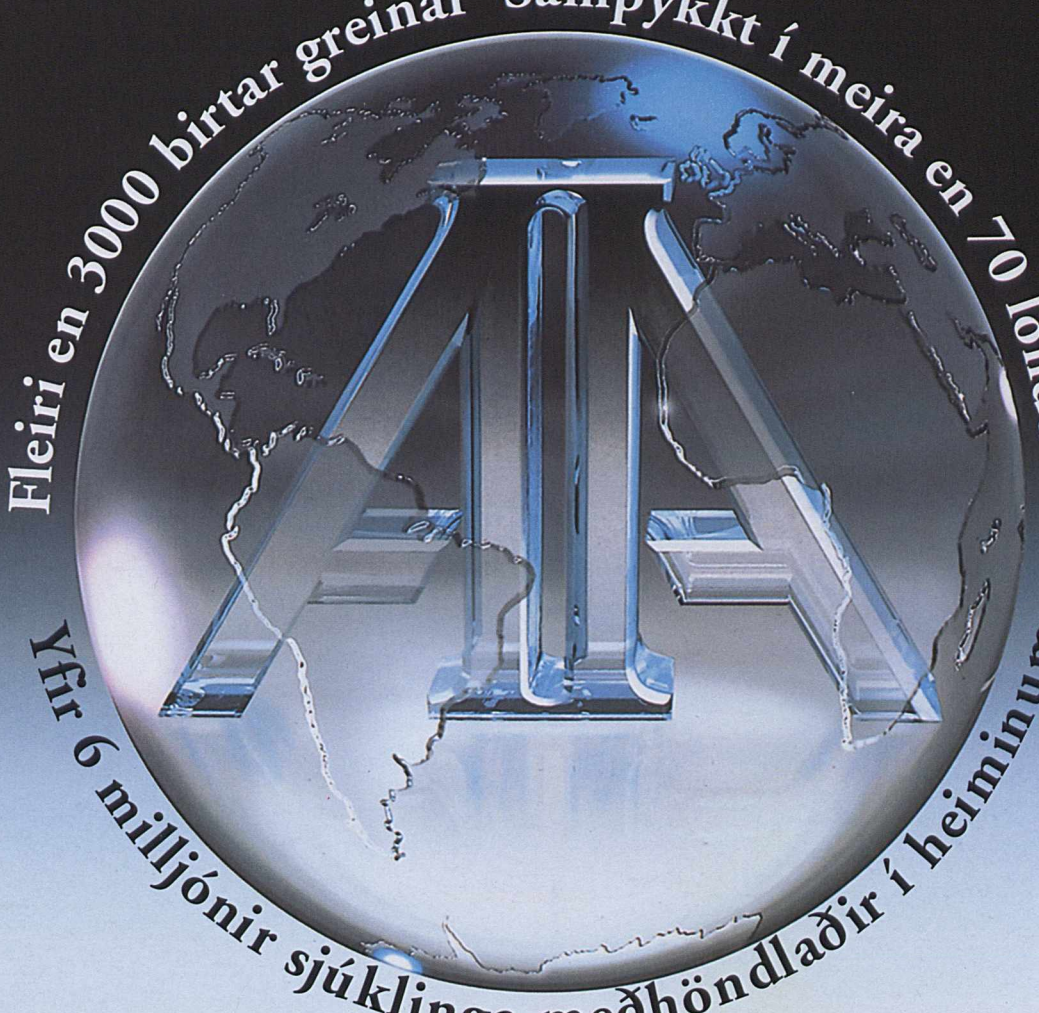
Viðræður LÍ og ÍE

Eins og fram hefur komið í fréttum standa nú yfir viðræður Læknafélags Íslands og Íslenskrar erfðagreiningar um gagnagrunninn. Litlum fregnum fer af því hvað þar er rætt en það segir sína sögu að það var Íslensk erfðagreining sem óskaði eftir viðræðum. Væntanlega hefur fyrirtækið fundið fyrir andstöðu lækna og forsvarsmenn þess gert sér ljóst að gagnagrunnurinn verður aldrei það tæki sem að er stefnt ef stór hluti íslenskrar læknastéttar er andvígur starfrækslu hans. Það er því mikið í húfi fyrir Íslenska erfðagreiningu að sátt náist um gagnagrunninn.

Tíminn á eftir að leiða í ljós hvernig forsvarsmönnum Íslenskrar erfðagreiningar mun takast að sannfæra íslenska lækna um að þeir eigi að afhenda trúnaðarupplýsingar um sjúklinga sína í gagnagrunninn. En ljóst er að viðræður þeirra við læknasamtökin munu ekki koma í veg fyrir þann málarekstur sem boðaður hefur verið. Hér eru svo miklir hagsmunir og rótgrónar grundvallarreglur í húfi að nauðsynlegt er að fá úr því skorið hvort lögin um gagnagrunn á heilbrigðissviði brjóta í bága við stjórnarskrá íslenska lýðveldisins og skuldbindingar þess á alþjóðavettvangi.

–ÞH

Fyrstur í nýjum flokki



Sértæk verkun - þolist mjög vel

COZAAR®
LOSARTAN, MSD

Nýr styrkleiki
12,5 mg

FARMASÍA ehf.

COZAAR
MSD, 930306; 970239 Töflur; C 09 AC 01

VIRKT INNIHALDSEFNI: Losartanum kalíumsalt INN, 12,5 mg eða 50 mg.

Ábendingar: Háþrýstingur og hjartabilun. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum. **Meðganga og brjóstagjöf:** COZAAR á ekki að nota á meðgöngu og konur með barn á brjósti eigi ekki að nota COZAAR. **Varúð:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur. Lágþrýstingur og elektrólýta/vökva ójafnvægi. Hjá sjúklingum með vökvaskort geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf COZAAR eða nota lægri upphafsskammt af COZAAR. Skert lifrarstarfsemi. Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi. Skert nýrnastarfsemi. Breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, hafa verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Aukning á úrea og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum hafa verið skráð hjá COZAAR; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. *Sjúklingar með hjartabilun* Hvorki gjöf COZAAR í staðinn fyrir ACE hemil né notkun COZAAR með ACE hemlum hefur verið rannsökuð nægilega hjá sjúklingum með hjartabilun. **Aukaverkanir:** ***Algengar (>1%):*** Svimi, lágþrýstingur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Stöðubundinn lágþrýstingur. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ofnæmi: Ofnæmisbjúgur sem felst í bjúg á barkakýli og raddfærum og veldur andnauð og/eða bjúg í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofnæmisbjúg með öðrum lyfjum þ.m.t. ACE hemlum. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði, væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, sem gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Háþrýstingur. Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi áhrif lífsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Auka má skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Nota skal 25 mg upphafsskammt einu sinni á dag handa sjúklingum sem misst hafa mikinn vökva og þeim sem hafa eða hafa haft skerta lifrarstarfsemi. Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun. COZAAR má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. Hjartabilun: Upphafsskammturinn af COZAAR hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn á viku fresti um 12,5 mg daglega (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag. Tekið skal tillit til hvernig sjúklingur þolir þetta. **Skammtastærðir handa börnum:** COZAAR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð(desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: 12,5 mg:** 28 stk Verð: 2235 kr. **50 mg:** 28 stk. Verð: 3385 kr. 98 stk. Verð: 9843 kr. **Upphafspakkning: 12,5+50 mg:** 35 stk: Verð: 3385 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþáttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

ZOCOR
MSD, 890108; 890109; 940275; 970435
Töflur; C 10 AA 01
Virkt innihaldsefni: Simvastatinum INN 10mg, 20mg, 40mg eða 80 mg.
Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólerstólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skamvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hægja á framvindu á æðakölkun í kransæðum, þar á meðal draga úr myndun nýrra vefjaskemmda og nýrra stíflna. Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transamínasar í blóði af ópekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralólflokki. **Meðganga og brjóstagjöf.** Meðganga og brjóstagjöf: ZOCOR má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má heldur ekki nota ZOCOR. **Varúð:** Vöðvaáhrif: ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasa hemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðvaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (> 10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvasundrun, með eða án bráðrar nýrnabilunar, sem kemur eftir vöðvarauðamigu, hefur sjaldan sést. Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja: Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla aukast með samhliða gjöf HMG-CoA redúktasa hemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfibrózil og önnur fibröt og blóðfitulækkandi skammtar ((1g/dag) af níkótínsýru. Að auki virðist hættan á vöðvakvilla aukast með háum gildum á HMG-CoA redúktasahemlavirkni í plasma. ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4. Hjá sjúklingum, sem taka cýklósporín, fibröt eða níkótínsýru samhliða, ætti ZOCOR skammturinn venjulega ekki að fara yfir 10 mg, þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega við hærri skammta. Frábending er fyrir notkun mibefradils og ZOCORs. Varast ætti samhliða notkun með öðrum lyfjum t.d. cýklósporíni; ítrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni; bunglyndislyfinu nefazódón sem í lækningaskömmtum hafa hamlandi áhrif á cytokróm P450 3A4, nema því aðeins að kostir samhliða meðferðar vegi meira en aukin áhætta. Áhrif á lifrarstarfsemi: Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstaka athygli skal veita sjúklingum, sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi og ætti að endurtaka mælingarnar fljótt og síðan framkvæma þær oftar. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er þrálát, ætti að hætta lyfjameðferð. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transamínasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns. **Aukaverkanir:** ZOCOR þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til ZOCORs. ***Algengar (>1%):*** Kviðverkir, hægðatregða og uppþemba. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Þróttleysi og höfuðverkur og vöðvakvilli. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ógleði, niðurgangur, húðútbrot, meltingartruflanir, kláði, hárlos, svimi, vöðvakrampar, vöðvabólga, brisbólga, breytt húðskyn, útlægur taugakvilli, uppköst og blóðskortur. Rákvöðvasundrun og lifrarbólga/gula komu sjaldan fyrir. Ofnæmisheilkenni hafa sjaldan sést og hafa einhver eftirfarandi einkenna komið fyrir: Ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjölda, hækkað sökk, liðbólga, liðverkur, ofsakláði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem marktækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklósporíns, mibefradils, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makrólíð-sýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fibrata eða níacins. ZOCOR eykur áhrif kúmarín-segavarnarlyfja og því ætti próthrombíntíminn að vera ákvarðaður áður en ZOCOR meðferð er hafin og nógu oft í upphafi meðferðar til að tryggja að engin marktæk breyting á próthrombíntíma komi fyrir. Ef ZOCOR skammti er breytt eða meðferð hætt, ætti að endurtaka sömu mælingar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sjúklingurinn á að neyta kólesteróllækkandi fæðis, áður en ZOCOR er gefið og á að halda því áfram meðan á ZOCOR meðferð stendur. Blóðfituhækkun: Upphafsskammturinn er venjulega 10 mg á dag, gefinn í einu lagi að kvöldi. Við vægri til miðlungsalvarlegri kólesterólhækkun getur upphafsskammturinn verið 5 mg á dag . Auka má skammtinn með minnst 4 vikna millibili, að hámarki upp í 80 mg skammt, sem gefinn er í einu lagi að kvöldi. Lækka skal skammtinn af ZOCOR, ef blóðþéttni LDL-kólesteróls fer undir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða blóðþéttni heildarkólesteróls fer undir 3,6 mmól/l (140 mg/dl). Arfhrein ættbundin kólesterólhækkun: 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. ZOCOR ætti að nota sem viðbót við aðra blóðfitulækkandi meðferð (LDL plasmapheresis) eða ef slík meðferð er ekki tiltæk. Kransæðasjúkdómur: 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Breytingar á skömmtum ætti að framkvæma ef þörf krefur. Samhliða lyfjagjöf: ZOCOR er árangursríkt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklósporín, fibröt eða níkótínsýru ásamt ZOCOR, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. Skömmtun við nýrnabilun: Ekki ætti að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun, er hámarks skammtur 10 mg/dag. **Skammtastærðir handa börnum:** ZOCOR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Töflur 10mg:** 28 stk. Verð: 3547 kr 98 stk. Verð: 6180 kr **Töflur 20mg:** 28 stk. Verð: 5408 kr 98 stk. Verð: 16198 kr **Töflur 40mg:** 28 stk. Verð: 6180 kr 98 stk. Verð: 19164 kr **Töflur 80 mg:** 28 stk. Verð: 7886 kr 98 stk. Verð: 24635 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0 **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir:

1. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 344(8934): 1383-1389, 1994.
2. Pedersen TR et al: Safety and tolerability of cholesterol lowering with simvastatin over 5 years in The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Arch Intern. Med. 156: 2085-2092, 1996.

* Skráð vörumerki hjá Merck & Co., INC, Whitehouse Station, N.j., USA

ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)

Öll statín lækka kólesterólið

En takmarkið er að auka lífslíkur

EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

ZOCOR®* 20-40 mg

Auknar lífslíkur og langtímaöryggi 1,2

Nýr styrkleiki 80 mg.



Heimburger MedCom 0998

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

Viðauki B við rekstrarleyfi gagnagrunns

Flutningur upplýsinga í gagnagrunn á heilbrigðissviði

I. Heilsufarsupplýsingar sem skráðar hafa verið áður en samræmd rafræn sjúkraskrá hefur verið tekin í notkun.

A. Þjóðskrárupplýsingar

a. Kennitala (notist dulkóðuð).
b. Aldur við skráningu upplýsinga.
c. Kyn.
d. Búseta (sveitarfélag/póstnúmer) við skráningu upplýsinga.
e. Hjúskaparstaða við skráningu upplýsinga.

B. Kóðaðar og aðrar tölulegar upplýsingar

a. Sjúkdómsgreiningar sem sem skráðar eru í tölvukerfum heilbrigðisstofnana í ICD-9/ICD-10 greiningarkerfi.
b. Aðgerðarnúmer.
c. Innritunardagur.
d. Útskriftardagur.
e. Myndgreiningar.
f. Rannsóknaniðurstöður.
g. Lífeðlisfræðilegar upplýsingar.
h. Lyfjameðferð ef hægt er að kóða upplýsingar í sjúkraskrá og læknabréfum.

II. Heilsfarsupplýsingar sem skráðar eru eftir að samræmd rafræn sjúkraskrá hefur verið tekin í notkun.

1. Stofnun
1.1 Kennitala stofnunar
1.2 Deild
1.3 Tegund sérgreinar
2. Auðkenni sjúklings
2.1 Tegund sjúklings
2.2 Kennitala sjúklings á dulkóðuðu formi
2.3 Persónuupplýsingar
2.3.2 Kyn
2.3.3 Hjúskaparstaða
2.3.5 Sveitarfélag
2.6 Atvinna
2.7 Menntun
3. Innritun eða koma á sjúkrastofnun
4. Útskrift af sjúkrastofnun
5. Ástæða innlagnar
6. Viðtal og skoðun læknis við komu
7. Lyf við komu
8. Ofnæmi
9. Meðferðaráætlun sérfræðings
10. Upplýst ákvörðun um meðferð
11. Fyrirmæli læknis
12. Lyfjafyrirmæli
13. Lyfjagjöf – Alltaf háð lyfjafyrirmælum, (oft margar lyfjagjafir við ein fyrirmæli)
14. Mat sérfræðings á meðferð
15. Lyf við útskrift
16. Dagálar
17. Samráðskvaðningar
18. Göngudeildarnótur læknis
19. Upplýsingasöfnun hjúkrunar
20. Hjúkrunarferli
21. Sjúkdómsgreiningar
22. Aðgerðir
23. Skráning á lífsmörkum
24. Göngudeildarnótur hjúkrunarfræðings
25. Ónæmisaðgerðir
26. Skráning annarra heilbrigðisstétta
27. Vísindarannsóknir tengdar sjúkraskrá

4.2 Samskiptaupplýsingar í sjúkraskrá
4.2.1 Rafrænar samskiptaupplýsingar
Rannsóknarbeiðnir og rannsóknarniðurstöður. Myndgreiningabeiðnir og svör

Lífstíll

Reykir (J/N).

C. Kóðaðar félagslegar upplýsingar.
Heimilt er með samningum að flytja í gagnagrunn þær félagslegu upplýsingar sem kóðaðar eru í samræmi við skilgreindar kóðanir í almennu kröfulýsingunni og sértæku kröfulýsingunum þegar þær liggja fyrir þar með taldar upplýsingar sem koma fram í sjúkdómsgreiningum og aðgerðalýsingum.

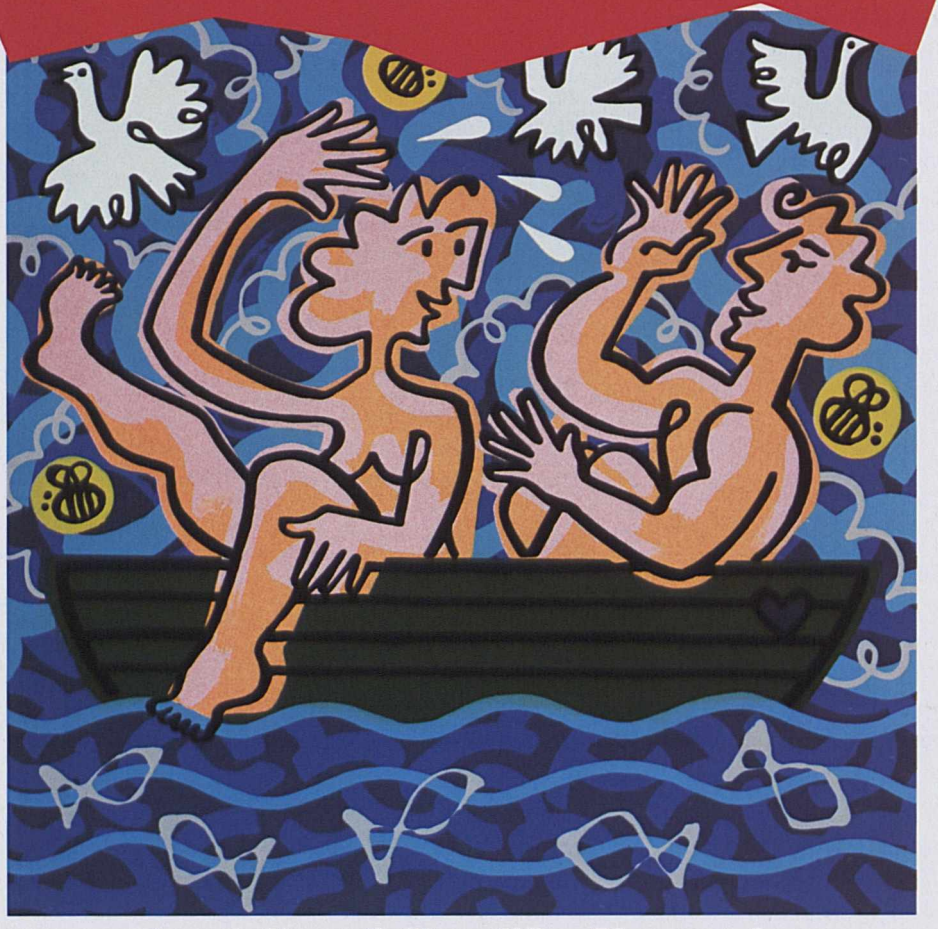
D. Erfðafræðilegar upplýsingar.
Erfðafræðilegar upplýsingar sem fengnar eru með sameindaerfðafræðilegum rannsóknum er eingöngu heimilt að flytja í gagnagrunn á heilbrigðissviði með samþykki sjúklings. Heimilt er að flytja í gagnagrunn á heilbrigðissviði sjúkdómsgreiningar sem fengist hafa með skoðun á erfðaefni eða öðrum athugunum (t.d. sjúkdómsgreiningar arfgengra sjúkdóma) og ennfremur greiningar byggðar á litningarannsóknum, t.d. á meðfæddum sjúkdómum eða illkynja sjúkdómum.

F. Óskir um viðbótarupplýsingar
Gera má ráð fyrir að á síðari stigum munu rekstrarleyfishafi, heilbrigðisyfirvöld, heilbrigðisstofnanir og/eða sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn setja fram óskir um vinnslu og flutning viðbótarupplýsinga í gagnagrunn á heilbrigðissviði. Skoða þarf með hvaða skilyrðum slíkur flutningur yrði heimilaður og ávallt skal bera óskir um slíkar breytingar undir tölvunefnd og starfrækslunefnd eins og fram kemur í inngangi viðauka þessa.

Hvaða upplýsingar eru það sem fluttar verða í miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði?
Það varð ekki ljóst fyrr en með útgáfu rekstrarleyfisins til Íslenskrar erfðagreiningar hf.
Hér á síðunni eru taldir upp helstu flokkar og tegundir upplýsinga sem flytja á í gagnagrunninn eftir að búið er að semja við heilbrigðisstofnanir og sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn um aðgang að sjúkraskrám.

Fyrir þær sem eru að byrja að nota getnaðarvarnatöflur

MELODEN – HINN FULLKOMNI FÉLAGI



Einungis 20 µg etínýlöstradíól og 75 µg gestoden

Meloden, Schering, 940261

TÖFLUR: G03AA10. Hver tafla inniheldur : Ethinylestradiolum INN 20 míkróg, Gestodenum INN 75 míkróg. **Ábendingar:** Getnaðarvörn. **Frábendingar:** Þungun, alvarleg röskun á starfsemi lifrarinnar, gula eða þrálátur kláði við fyrri þungun, Dubin-Johnson heilkenni, Rotor heilkenni, æxli í lifur eða saga um æxli í lifur, segarek, saga um segarek eða aðstæður sem valda hættu á því, t.d. truflun á blóðstorkuþáttum, hjartalokusjúkdómar og gáttatitringur, sigðfrumublóðleysi, þekkt æxli eða saga um æxli sem kynhormónar geta haft áhrif á, t.d. krabbamein í brjósti eða legslímhúð, alvarleg sykursýki með æðabreytingum, truflanir á fituefnaskiptum, saga um herpes, („herpes gestationis" er ákveðinn húðsjúkdómur, sem getur komið upp á meðgöngu og lýsir sér m.a. með blöðrum á húð, brengluðum lifrarprófum o.fl., versnandi kölkun í miðeyra á meðgöngutíma, blæðingar úr leggöngum af óþekktri orsök, ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna Meloden.

Aukaverkanir: Sjaldgæfar eru höfuðverkur, magakveisa, ógleði, eymsli í brjóstum, breytingar á líkamsþyngd, breytingar á kynhvöt, þunglyndi getur komið fyrir. Hjá konum sem hafa tilhneigingu til þess, getur notkun lyfsins stundum valdið litarbreytingum í andliti (chloasma), sem aukast við sólskin. Þær konur ættu að forðast að vera lengi í sólskini. Greint hefur verið frá einstaka tilvikum af óþoli gagnvart augnlinsum við notkun getnaðarvarnataflna. Þær konur sem nota linsur og verða fyrir breyttu þoli gagnvart þeim ættu að fara í skoðun til augnlæknis.

Varúð: Ástæður til að hætta notkun Meloden strax: Mígrenihöfuðverkur í fyrsta sinn, versnun á mígreni eða aukin tíðni óvenjulega mikils höfuðverkjar, skyndileg truflun á sjón eða heyrn eða aðrar skyntruflanir, fyrstu merki um æðasegabólgu eða segarek (t.d. óvenjulegir verkir eða þroti í fótum, stingandi verkur samfara öndun eða hósti án nokkurrar augljósrar ástæðu), verkur og þrengsli fyrir brjósti, sex vikum fyrir fyrirhugaða skurðaðgerð og meðan á rúmlegu stendur, t.d. eftir slys, skurðaðgerð, gula, lifrarbólga, kláði um allan líkamann, aukin flogaveikisköst, marktæk hækkun blóðþrýstings, alvarlegt þunglyndi, alvarlegir verkir í efri hluta kviðarhols eða stækkun lifrar, þungun. Við eftirfarandi aðstæður skal ekki nota getnaðarvarnatöflur nema undir strangu eftirliti læknis. Versni einhverjar þessara aðstæðna, getur verið ástæða til þess að hætta notkun getnaðarvarnalyfsins: sykursýki eða skert sykurþol, háþrýstingur, æðahnútar, saga um bláæðabólgu, kölkun í miðeyra, MS-sjúkdómur (multiple sclerosis), flogaveiki, porfýría, kalkstjarfi (tetany), Sydenham's chorea, skert nýrnastarfsemi, saga um truflun á blóðstorknun, offita, saga um brjóstakrabbamein í fjölskyldunni og saga um hnúta í brjóstum, saga um þunglyndi, rauðir úlfar (systemic lupus erythematosus), vöðvahnútar í legi (uterine myoma) og mígreni. Að því sem best er vitað er ekki hægt að útiloka samband milli notkunar hormóna til getnaðarvarna og aukinnar hættu á sjúkdómum er stafa af segareki í slagæðum og bláæðum, svo sem kransæðastífla, blóðtappi í lungum, æðasegabólga, slag eða segamyndun í sjónhimnu. Læknir skal vera á verði fyrir fyrstu merkjum um slíka sjúkdóma. Vakni grunur um einhvern þeirra, skal strax hætta að nota Meloden. Hætta á segastíflu í slagæðum (t.d. slagi eða kransæðastíflu) virðist aukast enn þegar miklar reykingar, hækkandi aldur og notkun getnaðarvarnataflna fer saman. Vegna þessa skal ráðleggja konum, sem eru eldri en 35 ára og nota getnaðarvarnatöflur eindregið frá því að reykja. Auk þess geta tilteknir sjúkdómar, svo sem of hár blóðþrýstingur, of há blóðfita, offita og sykursýki aukið áhættuna hjá konum sem nota getnaðarvarnatöflur. Meta skal hvort æskilegt sé að nota lyfið þegar um þessa sjúkdóma er að ræða með tilliti til áhættunnar sem sjúkdómurinn veldur og ræða það við konuna áður en hún ákveður að nota lyfið. Lýst hefur verið breytingum á þéttni þríglýseríða, kólesteróls og lípóprótína í blóði samfara notkun getnaðarvarnataflna. Getnaðarvarnatöflur geta einnig valdið skertu sykurþoli. Lýst hefur verið hækkuðum blóðþrýsting hjá konum sem nota getnaðarvarnatöflur. Blóðþrýstingurinn fer venjulega aftur í eðlilegt horf eftir að hætt er að nota lyfið. Sumar konur geta orðið fyrir tíðateppu eða óreglulegum blæðingum þegar þær hætta notkun getnaðarvarnataflna, einkum þegar um slíkt var að ræða áður en notkun þeirra hófst. Greina skal konum frá þeim möguleika. Í sjaldgæfum tilvikum hefur orðið vart við góðkynja og enn sjaldnar illkynja lifraræxli sem geta leitt til einstakra tilvika af lífshættulegum innvortis blæðingum eftir notkun hormóna á borð við þá sem eru í lyfinu. Verði vart við alvarlega verki í efri hluta kviðarhols, merki um stækkun á lifur eða blæðingar í kviðarholi, skal hafa möguleika á lifraræxli í huga við sjúkdómsgreiningu. Við fyrri rannsóknir var greint frá aukinni hættu á sjúkdómum í gallblöðru sem voru staðfestir við uppskurð, hjá þeim konum sem notuðu estrógen og getnaðarvarnatöflur. Síðari rannsóknir hafa hins vegar leitt í ljós að hættan á sjúkdómum í gallblöðru sé hverfandi lítil. **Milliverkanir:** Efnasambönd sem hvetja lifrarensím svo sem barbítúröt, prímídón, hýdantóín, fenýlbútasón, rífampisín, karbamazepín og griseófúlvín geta dregið úr verkun Meloden. **Skammtastærðir:** Fyrsta taflan úr Meloden pakkningunni skal tekin fyrsta dag tíðahringsins. 1 tafla á dag næstu 21 daga en síðan er 7 daga hlé. **Pakkningar:** 21 stk. x 3.

Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár. Handhafi markaðsleyfis: Schering AG. Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf.

UIS-00-17 – 15.02.2000

Meloden

20 µg etínýlöstradíól / 75 µg gestoden

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 - 104 Reykjavík - Sími 530 7100 - Fax 530 7101

Mannaflaþörf í myndgreiningu á næstu árum

Stefnir í óefni?

Pétur H. Hannesson

LÆKNISFRÆÐILEG MYNDGREINING, í daglegu tali nefnd röntgen, er ein af stærri sérgreinum læknisfræðinnar. Þeir læknar sem innan hennar starfa hafa á undanförnum árum haft vaxandi áhyggjur af nýliðun og mönnun í greininni. Í þessari grein er staða mála reifuð og bent á nokkrar leiðir til úrbóta.

Mannafli

Nú eru starfandi 34 sérfræðingar í læknisfræðilegri myndgreiningu á Íslandi. Meðalaldur þeirra er um 50 ár. Tveir munu ná 67 ára aldri innan fimm ára og 10 innan 12 ára.

Fimm ungir sérfræðingar (um fertugt) eru starfandi erlendis og eru tveir þeirra væntanlegir til landsins.

Einungis tveir íslenskir læknar eru í sérnámi í myndgreiningu. Annar er ófarinn til náms erlendis og eru þetta fádæmi miðað við stærð og umfang sérgreinarinnar.

Eftir fimm ár mun yfir helmingur sérfræðinga í þessari grein vera kominn yfir miðjan aldur og hafa þá náð þeim aldri að þurfa ekki að taka vaktir á sjúkrahúsunum, samkvæmt kjarasamningum sjúkrahúslækna. Vaxandi hluti röntgenlækna starfar utan sjúkrahúsa og miðað við þann mikla þunga sem lagður er á starfsemi sjúkrahúsanna á vöktum mun þetta verða vandamál þegar fram líða stundir.

Þörf

Erfitt er að áætla mannaflaþörfina og mat á henni verður því aldrei alveg nákvæmt.

Að einhverju leyti er unnt að miða við stöðugildi stofnana. Vegna aðhaldsemi fjárveitingavaldsins er það ótryggur mælikvarði þar sem stöðuheimildir eru ætíð á eftir þróuninni í greinum sem eru í örum vexti. Þó hafa sjúkrahús hér á landi átt erfitt með að fylla stöðugildi á röntgendeildum þrátt fyrir hrópandi þörf. Læknar þekkja vel það vandamál að geta ekki tekið út samningsbundin frí vegna anna. Vandkvæði eru á að unnt sé að uppfylla reglur um lágmarkshvíld og vinnutíma og nýjar reglur EES hafa ekki komið til framkvæmda hér á landi nema að hluta til. Þær munu skapa þörf fyrir fleiri lækna er þær koma að fullu til framkvæmda.

Betri mælikvarði er að miða við fjölda rannsókna á hvern lækni sem og vísindastarfsemi í greininni. Heilbrigðiskerfið á Íslandi er gjarnan miðað við heilbrigðiskerfi hinna Norðurlandanna og þaðan koma langflestir röntgenlæknar úr sérnámi. Vinnuálag á myndgreiningarlækna er eðlilega nokkuð misjafnt hér á landi en samkvæmt lauslegri könnun má ætla að rannsóknafjöldi á hvern þeirra sé töluvert meiri en hjá norrænum starfsbræðrum. Munurinn er allt að tvö- til þrefaldur.

Rannsóknavirkni innan greinarinnar er lítil jafnvel þótt aðeins sé miðað við vísindarannsóknir annarra lækna innanlands. Margir íslenskir myndgreiningarlæknar voru mjög virkir í rannsóknum er þeir stunduðu sérnám erlendis og er orsök þessa ástands fyrst og fremst að klínísk vinna tekur allan þeirra tíma.

Mikið er rætt um auknar kröfur á lækna sjúkrahúsanna um að stunda rannsóknir, meðal annars hefur það komið fram í umræðunni um háskólasjúkrahús. Ekki er óeðlilegt að ætla að læknar við stofnanir, sem vilja kalla sig slíku nafni, þurfi að eyða 10-20% af tíma sínum í rannsóknir og þekkingaröflun. Símenntun þykir sjálfsögð krafa til alls menntaðs fólks í dag. Félag íslenskra röntgenlækna hefur sett fram staðal fyrir myndgreiningarlækna um símenntun og læknaráð sjúkrahúsanna hafa sett fram kröfur þessa efnis til sérfræðinga sem þar starfa. Myndgreiningarlæknar eiga í erfiðleikum með að uppfylla sum þessara skilyrða meðal annars vegna þess að þeir komast ekki frá á daglega fræðslu- og símenntunarfundi.

Eins og að framan sagði er mjög erfitt að áætla nákvæmlega mannaflaþörf og þegar skortur er á vinnuafli er tilhneiging að reyna að komast af með lágmarksmönnun á kostnað gæða og vísinda. Mín ágiskun er sú að miðað við framangreinda þætti sé myndgreining á Íslandi undirmönnuð sem nemur um fjórðungi ef miðað er við að hún eigi að standa jafnfætis öðrum greinum læknisfræðinnar hér á landi. Margir starfsbræður munu efalaust halda því fram að þetta sé of varlega áætlað.

Íslendingum fjölgar, þjóðin eldist og umfang heilbrigðiskerfisins eykst ár frá ári. Þess utan gegnir myndgreining vaxandi hlutverki innan læknisfræðinnar með tilkomu nýrra rannsóknaraðferða og auknu hlutverki í meðferð sjúklinga. Orðið hefur veruleg fjölgun rannsókna síðasta áratuginn og þess utan eru flóknar og tímafrekar rannsóknir æ stærri hluti þeirra. Ætla má að eðlilegur vöxtur greinarinnar muni því verða nokkur prósent árlega á næstu árum og varlegt er að áætla að vöxturinn verði um 3% á ári.

Horfur

Þegar litið er á horfurnar í mannafla og hversu marga nýja myndgreingarlækna við þurfum á næstu árum er útlitið mjög dökkt. Það má ætla að fimm til sjö ár taki að afla sér sérmenntunar í læknisfræði og margir kjósa

Höfundur er formaður Félags íslenskra röntgenlækna

Læknar munið söfnun vegna málshöfðunar

LÆKNAR, AUK ÝMISSA ANNARRA einstaklinga, hafa í samvinnu við Mannvernd ákveðið að höfða mál á hendur ríkinu í þeim tilgangi að fá úr því skorið hvort gagnagrunnslögin samrýmist stjórnarskrá, mannréttindasáttmála og alþjóðlegum skuldbindingum. Réttarhöldin verða umfangsmikil og kostnaðarsöm. Fjáröflun er hafin og byggist fjármögnun að talsverðu leyti á framlögum frá læknum sem er annt um persónufrelsi sjúklinga sinna og trúnað við þá.

Reikningur vegna söfnunarinnar hefur verið opnaður í **Landsbankanum: 0101-05-260480**. Þau sem vilja leggja málinu lið eru hvött til að sýna það í verki.

Nánari upplýsingar er að finna á heimasíðu Mannverndar:
www.mannvernd.is

Fyrir hönd undirbúningshóps
PÉTUR HAUKSSON

Sýning um sögu læknigarannsókna sett upp í K-byggingu Landspítalans

SÝNINGIN SEM HÉKK LENGI uppi á veggjum Þjóðarbókhlöðunnar í tilefni af 40 ára afmæli rannsóknardeildar Landspítalans hefur nú verið sett upp að stofni til í K-byggingu spítalans. Að vísu hafa munirnir verið settir í geymslu en um 500 myndir á nokkrum tugum sýningarspjalda verða til sýnis í K-byggingunni á næstunni. Á þessum veggspjöldum gefur að líta glefsur og skyndimyndir úr sögu læknisfræði á Íslandi og geyma þær mikinn fróðleik.

að eyða lengri tíma við störf erlendis. Ef litið er á tölur um fjölda lækna í greininni hér að framan má sjá að fjöldi þeirra verður nær óbreyttur eftir fimm ár. Eftir 12 ár hefur þeim fækkað um tæpan fimmtung. Til að viðunandi ástand verði þegar kemur fram á annan áratug þessarar aldar þurfa að minnsta kosti 25-30 myndgreiningarlæknar að hafa snúið aftur úr sérnámi er þeim tímamörkum verður náð. Miðað við endurnýjun síðustu ára er slíkt fjarlægur möguleiki.

Úrbætur

Af framansögðu má sjá að það er brýn ástæða til að bæta stöðu sérgreinarinnar í þeim tilgangi að laða að henni unga lækna. Vekja þarf áhuga á myndgreiningu meðal læknastúdenta og unglækna. Auka þarf þátt myndgreiningar innan læknadeildar eins og sjálfsagt er þegar miðað er við aukið vægi greinarinnar innan læknisfræðinnar.

Oft þurfa ungir læknar nánari kynni af sérgrein til að fá á henni nægjanlegan áhuga til að vilja leggja hana fyrir sig sem lífsstarf. Röntgendeildir þurfa að að vera með í þeim blokkarstöðum sem unglæknum er boðið upp á á kandídatsári. Víða erlendis tíðkast að sérstaklega vel sé gert í kjörum við unglækna sem starfa innan sérgreina þar sem skortur er á sérfræðingum og kemur slíkt stýritæki einnig til greina hér.

Huga þarf að hvernig þeim læknum sem nú starfa verður best gert kleift að uppfylla skyldur sínar við sjúklingana, og greinina, við erfiðar aðstæður. Tekjumöguleikar og vinnuaðstaða verða að vera fyllilega sambærileg við það sem gerist meðal annarra sérgreina. Leggja þarf meira í vinnuaðstöðu en gert hefur verið en þannig má bæði bæta gæði og afköst. Aukin notkun stafrænna röntgenrannsókna gæti verið þýðingarmikill liður í þessu auk annarra tækninýjunga.

Leiða má að því rök að sívaxandi vinnuálagi verði best mætt með því að rekstur starfseminnar verði í höndum læknanna sjálfra eða að tekin verði upp afkastahvetjandi kerfi. Stærsti hluti ábyrgðar á starfseminni hvílir nú á læknum. Eðlilegt er að þessari ábyrgð fylgi stjórn á sem flestum eða öllum þáttum starfseminnar enda þekkja læknar hér gerst til. Þetta eykur einnig starfsánægju þeirra sem þetta á við.

Lokaorð

Vonandi vekja þessi orð menn til umhugsunar og jafnvel einhverja til aðgerða. Nútímaleg læknisfræði sem stenst þær kröfur sem til hennar eru gerðar verður ekki rekin á Íslandi nema myndgreining sem sérgrein sé þess umkomin að sinna hlutverki sínu.

Félag eldri borgara mótmælir lokun deilda á sjúkrahúsum

FÉLAG ELDRI BORGARA Í REYKJAVÍK hefur sent frá sér ályktun þar sem það „mótmælir kröftuglega fækkun sjúkrarýma á hjúkrunar-, geð- og handlækningadeildum eins og fram kemur í fjárhagsáætlun stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík fyrir árið 2000."

Í ályktuninni er bent á að stór hluti þess fólks sem er á biðlistum sé eldra fólk. Vitnað er til ýmissa kannana á biðlistum sem sýna meðal annars eftirfarandi:

- Síðastliðin fjögur ár hafa að staðaldri verið um 7.000 manns á biðlistum.
- Allt að 65% sjúklinga á bæklunarlistum bíða í 6-12 mánuði eftir aðgerð þrátt fyrir verulegar þjáningar á biðtímanum og draga fram lífið á sterkum verkja- og svefnlyfjum.
- Áður fyrr gengu sjúklingar með gallsteina fljótlega undir aðgerð en nú er algengt að yfir 60% þeirra komist ekki í aðgerð fyrr en ástand þeirra hefur stórversnað og batalíkur minnkað.
- Nú bíða yfir 200 aldraðir eftir hjúkrunarplássi á Reykjavíkursvæðinu, en 30-40% þeirra eru of veikir til þess að bíða heima.
- Skortur á sjúkrarýmum á geðdeildum veldur því að margt fársjúkt fólk fær ekki vistun en reikar um götur með lyf í vasa sem það hefur ekki rænu á að taka inn.

Í ályktuninni er fjallað nokkuð um bollaleggingar um afköst sjúkrastofnana og klykkt út með þessari spurningu: „Hvaðan koma þær hugmyndir stjórnenda og stjórnmálamanna um afköst sjúkrastofnana sem stangast þvert á athuganir þeirra er sinna veiku fólki daglega?"

Hér á landi er rúm fyrir í það minnsta fjögur líftæknifyrirtæki

Rætt við Bernharð Pálsson prófessor í lífefnaverkfræði um stofnun og starfsemi fyrirtækisins Urðar, Verðandi, Skuldar sem ætlar að einbeita sér að krabbameinsrannsóknum



Bernharð Pálsson prófessor í lífefnaverkfræði við Kaliforníuháskóla í San Diego í Bandaríkjunum.

HÉR Í BLAÐINU HÖFUM VIÐ að undanförnu fjallað um fyrirtæki á sviði heilbrigðistækni, einkum þau sem byggjast á þekkingu og störfum lækna. Mikill uppgangur hefur verið á þessu sviði undanfarin ár og þá ekki síst í fyrirtækjum sem fást við erfðafræðirannsóknir. Íslensk erfðagreining er dæmi um slíkt fyrirtæki en að undanförnu hefur athygli margra beinst að fyrirtækinu Urður, Verðandi, Skuld sem er að hasla sér völl á sviði krabbameinsrannsókna.

Það er táknrænt fyrir vaxtarhraðann á þessu sviði að fyrsti starfsmaðurinn var ráðinn til Urðar, Verðandi, Skuldar í fyrravor en í lok janúar voru starfsmenn orðnir 12, auk þess sem fyrirtækið kostar átta rannsóknarstöður í samstarfsverkefnum á vegum Krabbameinsfélagsins og læknadeildar Háskóla Íslands. Eftir endurfjármögnun fyrirtækisins blasir við að starfsmönnum muni fjölga upp í 35-40 í lok þessa árs en í lok næsta árs gætu þeir verið orðnir á bilinu 120-150.

Framkvæmdastjóri Urðar, Verðandi, Skuldar er læknirinn Reynir Arngrímsson en stjórnarformaður og frumkvöðull að stofnun fyrirtækisins er lífefnaverkfræðingur að nafni Bernharð Pálsson prófessor í líftækni við Kaliforníuháskóla í San Diego þar sem hann starfar meðal annars við klíníska krabbameinsrannsóknir. Læknablaðið hitti Bernharð að máli á dögunum og bað hann að segja frá tilurð fyrirtækisins og framtíðarsýn.

Ekki í samkeppni við íslenska erfðagreiningu

„Þetta byrjaði sumarið 1998. Þá var ég hér í heimsókn og fylgdist með umræðunum um gagnagrunnsmálið. Þó ég sé prófessor í líftækni hef ég starfað mikið að læknisfræðirannsóknum, einkum á sviði blóðmeinafræði. Ég hafði meðal annars sett á laggirnar fyrirtæki í Bandaríkjunum sem ræktaði beinmerg úr mönnum fyrir utan líkamann til að fjölga stofnfrumum fyrir beinmergsflutninga. Annað fyrirtæki sem ég átti þátt í að stofna hafði einbeitt sér að því að hreinsa krabbameinsfrumur úr merg sem síðan var settur aftur í sjúklinginn. Þessi tækni var þróuð vegna þess hve mikill hörgull er á góðum beinmergsgjöfum. Ég hafði því bæði reynslu sem frumkvöðull og fagmaður á sviði krabbameinsrannsókna.

En þarna um sumarið 1998 talaði ég við marga og fékk þau viðbrögð að fyrst ég hefði reynslu af rannsóknum og stofnun fyrirtækja þá væri gott ef reynsla mín á þessu sviði gæti nýst á Íslandi. Þá fór ég að hugsa málið og sá fljótlega að hér á landi eru mörg spennandi tækifæri fyrir líftæknifyrirtæki og að hægt væri að auka breidd þeirrar starfsemi sem fyrir var í landinu. Ég fékk í lið með þrjá góða menn, Snorra Þorgeirsson lækni og tvo menn úr viðskiptalífinu, Tryggva Pétursson og Gunnlaug Sævar Gunnlaugsson. Fyrirtækið var stofnað haustið 1998 og lenti strax í því að vera stillt upp sem andstæðingi Íslenskrar erfðagreiningar sem var óþægilegt þar sem hugmyndir okkar voru frekar að skapa breidd í líftæknistarfsemi í stað þess að gera sömu hluti og ÍE eða fara í samkeppni innanlands. Samkeppnin er fremur við erlend fyrirtæki og um erlent fjármagn til rannsókna.

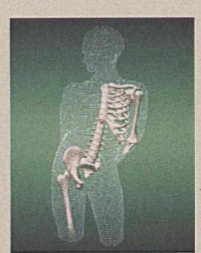
Í janúar í fyrra lukum við frumfjármögnun fyrirtækisins með þátttöku fjárfestingarsjóðanna Nýsköpunarsjóðs, Uppsprettu, Burðaráss, Þróunarfélagsins

Eitt samfallsbrot í hrygg eykur hættuna á mjaðmarbroti um 480% hjá konum á aldrinum 60-79 ára[4]



FOSAMAX®* (ALENDRÓNAT, MSD) getur komið í veg fyrir allar tegundir beinbrota vegna beinþynningar[1-2-3]**

- Marktækt (P< 0,05) minni hætta á öllum tegundum beinbrota vegna beinþynningar[1-2-3]
- Marktæk (P< 0,001) aukning í BMD eftir 3 mánuði[1]



FOSAMAX® – *byggir upp bein*

alendronat

1.)Pols HAP, Felsenberg D, Hanley DA, et al., Results of the FOSIT study. Osteoporosis International 1999; 9, (5): 461-68. 2.)Black DM. et al., Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. The Lancet 1996; 348 (9041) 1535-41. 3.) Cummings S.R. et.al., Effect of Alendronate on Risk of Fracture in Women With Low Bone Density but Without Vertebral Fractures. JAMA, dec.1998;280:2077-82. 4.)Lauritzen JB, Hoftebrud og ekstern beskyttelse, Konsensus-rapport, 1995, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og Dansk Sygehus Institut. * Skráð vörumerki Merck & Co., Inc., Whitehouse Station,N.J. USA. ** Í prospektive, randomiserede, dobbeltblinde, placebokontrollerede studier.

FOSAMAX MSD, 940093 Töflur; M 05 B A 04

Virkt innihaldsefni: Acidum alendronatum 10 mg. **Ábendingar:** FOSAMAX skal aðeins nota við beinþynningu hjá konum eftir tíðahvörf. **Frábendingar:** Sjúkdómar í vélinda, sem seinka magatæmingu eins og þrengsli eða vélindislokakrampi. Vangeta til að standa eða sitja upprétt í a.m.k. 30 mínútur. Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Lágt kalsíum í blóði. Ómeðhöndlaðar truflanir á kalsíum- og steinefnaefnaskiptunum. Meðganga og brjóstagjöf: FOSAMAX hefur hvorki verið rannsakað hjá þunguðum konum né konum með börn á brjósti, en FOSAMAX er ekki ætlað konum á barneignaaldri. Varúð: FOSAMAX getur valdið staðbundinni ertingu á slímhimnu í efri hluta meltingarfæranna. Aukaverkanir í vélinda, eins og vélindabólga, vélindasár og fleiður hafa verið skráðar hjá sjúklingum, sem hafa verið meðhöndlaðir með FOSAMAX. Í nokkrum tilfellum hafa þær verið alvarlegar og þörf verið á sjúkrahúsinnlögn. Þess vegna á að fylgjast með sérhverju merki eða einkennum, sem benda til hugsanlegra áhrifa á vélinda, og sjúklingarnir skulu fá leiðbeiningar um að hætta meðferð með FOSAMAX, og leita læknis, ef þeir fá kyngingartregðu,verk við kyngingu, verk aftan bringubeins, nýjan brjóstsviða eða versnun á brjóstsviða. Hættan á að fá alvarlegar aukaverkanir í vélinda virðist meiri hjá sjúklingum, sem taka ekki FOSAMAX samkvæmt fyrirmælum eða sem halda áfram að taka FOSAMAX eftir að hafa fengið einkenni, sem gefa vísbendingu um ertingu í vélinda. Mjög mikilvægt er, að sjúklingum séu gefnar fullkomnar upplýsingar um skömmtun og að þeir skilji þær. Sjúklingarnir skulu upplýstir um, að ef þeir fylgja ekki leiðbeiningunum, sé hætta á vandamálum í vélinda meiri. Vegna hugsanlegra ertandi áhrifa FOSAMAX á slímhimnu efri meltingarvegar og möguleika á versnun sjúkdóms, sem er til staðar, á að sýna varkárni, þegar FOSAMAX er gefið sjúklingum með kvilla í efri hluta meltingarvegar, eins og kyngingartregðu, sjúkdóma í vélinda, magabólgu, skeifugarnarbólgu eða magasár. Ekki er mælt með FOSAMAX handa sjúklingum með kreatínklerans < 35 ml/mín. Lágt kalsíum í blóði á að meðhöndla áður en meðferð með FOSAMAX er hafin. Aðrar truflanir í steinefnaefnaskiptunum (eins og t.d. D-vítamín skortur) á að meðhöndla vel. **Aukaverkanir:** FOSAMAX þolist yfirleitt vel. Aukaverkanir hafa oftast verið vægar og skammvinnar og er venjulega ekki þörf á að hætta meðferð vegna þeirra. Í tveimur stórum klínískum rannsóknum sem stóðu í 3 ár og voru nánast eins í uppsetningu, þoldist FOSAMAX og sýndarlyf sambærilega. *Algengar (>1%): Meltingarfæri:* Kviðverkir, meltingaróþægindi, hægðatregða, niðurgangur, uppþemba, bakflæði magasýru, vélindisfleiður, kyngingartregða, aukinn vindgangur, tjöruhægðir. Stoðkerfi: Verkir í stoðkerfi (beinum, vöðvum eða liðum). *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt:* Útbrot, hörundsroði. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, vélindisbólga, vélindisfleiður, sár á vélinda, þrengslamyndun í vélinda. Skilningarvit: Æðahjúpsbólga. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennt:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t. ofsakláði og ofsabjúgur. *Meltingarfæri:* Sáramyndun í munni og koki. Maga eða skeifugarnarsár, sem sum hafa verið alvarleg og með eftirstöðvum, orsakasamband hefur þó ekki verið staðfest við töku FOSAMAX. Í klínískum rannsóknum hefur sést einkennalaus, væg, skammvinn lækkun á kalsíum og fosfati í sermi hjá sjúklingum sem tóku FOSAMAX. *Milliverkanir:* FOSAMAX á ekki að gefa samtímis kalsíumbætiefnum, sýrubindandi lyfjum og öðrum lyfjum til inntöku, þar sem þau geta haft áhrif á frásog af alendrónati. Þess vegna á sjúklingurinn að bíða í a.m.k. hálfa klukkustund eftir inntöku á FOSAMAX áður en önnur lyf eru tekin inn. Frásog af bisfosfónötum minnkar mikið þegar fæðu er neytt samtímis inntöku þeirra. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 10 mg einu sinni á dag. FOSAMAX skal taka a.m.k. 1/2 klst. Áður en matar eða drykkjar er fyrst neytt að morgni eða lyf tekin inn, þar sem sumir drykkir (þ.m.t. ölkelduvatn), matur og sum lyf geta líklega minnkað frásog á alendrónati. Sjúklingar mega ekki leggjast fyrr en 1/2 klst. eftir lyfjainntöku. Mikilvægt er, að sjúklingar með beinþynningu fái nægjanlegt kalsíum í fæði. Engar skammtabreytingar eru nauðsynlegar fyrir aldraða né fyrir sjúklinga með væga skerðingu á nýrnastarfsemi. Ekki er ráðlegt að gefa FOSAMAX handa sjúklingum með alvarlega truflun á nýrnastarfsemi. **Skammtastærðir handa börnum:** FOSAMAX er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (febrúar,2000):** 28 stk. 4522 kr. 98 stk. 13407 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

og hóps einstaklinga sem settu saman fjárfestingafélagið Nesey. Við hófum undirbúning að starfsemi í janúar en hann var meðal annars fólginn í gerð samninga við sjúkrahús og stofnanir í því skyni að tryggja starfsgrundvöll fyrirtækisins. Í maí réðum við fyrstu starfsmennina, sá fyrsti var Reynir Arngrímsson framkvæmdastjóri. Í haust voru starfsmenn orðnir fimm og nú eru þeir orðnir 12. Auk þess styrkjum við átta stöðugildi rannsóknarmanna við læknadeild Háskóla Íslands og hjá Krabbameinsfélaginu."

Lítið gagn að séríslenskum genagalla

„Á undirbúningsstiginu þurftum við að leita svara við þeirri spurningu hversu gott væri í raun og veru að stunda rannsóknir á Íslandi. Það lágu ekki fyrir neinar úttektir á því. Við völdum því nokkur verkefni og fengum strax mjög jákvæðar niðurstöður úr sykursýkirannsókn Reynis Arngrímssonar og félaga. Hún sýndi okkur fram á að hér væri hægt að ná árangri og ná honum hratt. Í þessari rannsókn kom reyndar fram ákveðinn litningagalli sem hafði verið lýst einu sinni áður í Frakklandi. Það olli sumum vonbrigðum en ekki mér því ég hafði oft verið spurður að því erlendis hvort það hefði eitthvað upp á sig að stunda rannsóknir á einsleitri og tiltölulega einangraðri þjóð eins og Íslendingum. Menn spurðu hvort aðrar þjóðir hefðu eitthvert gagn af því að vita um einhver sérís-lenskan genagalla. Þess vegna gladdi það mig að þessum galla hefði verið lýst annars staðar.

Þessar rannsóknir efldu áhugann á fyrirtækinu svo við héldum áfram að ráða fólk og vinna að frekari fjármögnun. Þar lukum við einum áfanga í lok janúar þegar við sömdum við fjárfesta um að auka hlutaféð úr tæplega 150 milljónum króna í 750 milljónir."

Viljum rannsaka starfsemi genaafurða

– En hvert er markmið fyrirtækisins?

„Það er að stunda krabbameinsrannsóknir og einkum þær sem snúa að starfsemi gena og genaafurða og samvirkni þessara þátta. Við ætlum ekki að taka þátt í kortlagningu genamengisins sem nú er í gangi heldur vinna með þá þekkingu sem út úr henni kemur á tengslum litninga við tiltekna sjúkdóma. Ef ég tek dæmi af insúlínviðtaka sem er ertur þá setur það af stað keðjuverkun sem fer inn í frumukjarnann. Í þeim ferli koma kannski við sögu 30-40 genaafurðir og á þeim geta verið ýmsir gallar sem leiða til þess að röng skilaboð berast inn í kjarnann.

Þetta er það sem við viljum fást við. Það er þegar búið að lýsa hátt á annað hundrað genum sem tengjast krabbameini enda er það sá sjúkdómur sem mest er vitað um hvað sameindaerfðafræði varðar. Það eru um það bil 50 sjúkdómar sem sýnt hefur verið fram á að séu eingena, það er þeir eiga sér orsakir í aðeins einu geni. Langflestir sjúkdómar eru hins vegar fjölgena þar sem afurðir margra gena koma við sögu. Við stefnum að því að rannsaka gen og samvirkni



Urður, Verðandi, Skuld hefur hreiðrað um sig í Lynghálsi 10 þar sem Þýsk-íslenska félagið var áður til húsa. Þar hitti ljósmyndari þetta fólk að störfum, talið frá vinstri: Þóra Þórarinsdóttir rekstrarstjóri, Steinunn Thorlacius líffræðingur, Björg Jóhannesdóttir ritari, Sturla Arinbjarnar ónæmisfræðingur og Guðlaug Hauksdóttir bókari.
Þess ber að geta að nokkrir starfsmenn voru fastir í sköflum út um bæinn þennan morgun.

þeirra en margir eru þeirrar skoðunar að krabbamein sé sá sjúkdómahópur sem auðveldast verði að rannsaka með þessum hætti.

Þegar menn hafa beitt sameindalíffræðinni á krabbamein hafa þeir meðal annars komist að því að brjóstakrabbamein er ekki einn heldur margir sjúkdómar þótt þeir hagi sér á svipaðan hátt. Þetta hefur orðið til þess að menn eru farnir að lagskipta krabbameinunum sem þýðir að ef við hugsum okkur að brjóstakrabbamein geti átt sér 10 orsakavalda þá þarf að meðhöndla hvert afbrigði á sinn sérstaka hátt í ljósi þess hver er grunnorsök þess. En til þess að geta þróað meðferð og lyf við hverju afbrigði þarf að rannsaka það sérstaklega og að því leyti er Ísland mjög heppilegur vettvangur. Það stafar af því hversu fámenn við erum og einsleit sem gerir það auðveldara að afmarka þessa grunnþætti. Ef ég held mig við þessa tilbúnu tölu 10 þá gætu rannsóknir leitt í ljós að hér á landi finnist einungis þrjú afbrigði, hin séu hreinlega ekki til. Þá erum við búin að fækka breytunum mikið og getum einbeitt okkur að því að greina þessa þrjá galla.

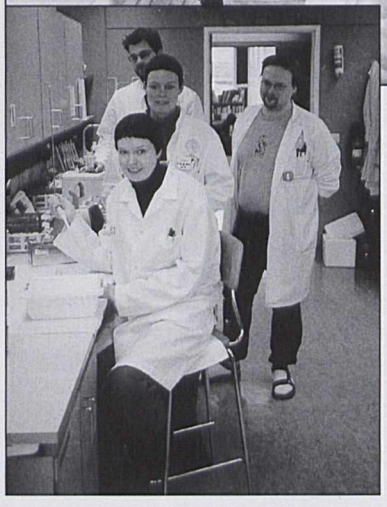
Hér á landi eru um 7.000 lifandi krabbameinssjúklingar. Það greinast um 1.000 á ári og meðallífslíkur þeirra eru um sjö ár sem er hærra en í flestum öðrum löndum. Að meðtöldum ættingjum er hópurinn kannski um 20.000 sem þyrfti að rannsaka til að ná utan um þennan sjúkdómaflokk."

Ákaflega dýrar rannsóknir

„Næsta skref okkar verður því að ráða fleira fólk. Svona fyrirtæki byggjast hratt upp og við stefnum að því að búa til 30-40 manna fyrirtæki á þessu ári. Takist það munum við fara í það snemma á næsta ári að afla enn meira hlutafjár erlendis frá. Þá erum við að tala um alvöru fjárhæðir, marga tugi milljóna bandaríkjadala.

Til þess að það takist þurfum við að ná ákveðnum árangri á þessu ári. Rannsóknir af þessu tagi eru ákaflega dýrar. Ég get tekið dæmi af því að erfðagreining á sýni úr sjúklingi kostar nú 2.000-3.000 dali





Samstarfsfólk Urðar, Verðandi, Skuldar. Efri myndin er tekin á rannsóknastofu Krabbameinsfélagsins en þar er fremst Hrafnhildur Óttarsdóttir líffræðingur, þá Sigríður Valgeirsdóttir líffræðingur, Þórunn Rafnar líffræðingur stendur fyrir aftan hana og Helga Ögmundsdóttir læknir styður hönd á borð.

Á neðri myndinni er samstarfsfólk Eiríks Steingrímssonar prófessors í læknadeild HÍ, fremst er Eirný Þórólfsdóttir líffræðingur, þá Bente Talseth meinatæknir en aftast standa Alexander Shepsky líffræðingur og Gunnar Gunnarsson sameindalíffræðingur.

eða um 200.000 krónur. Ef við ætlum okkur að taka 10.000 sýni þá kostar það kannski 30 milljónir dala. Svoleiðis fjármagn verður að koma erlendis frá.

En til að byrja með er hægt að ráðast í smærri rannsóknir og við erum byrjaðir á litlum verkefnum í samstarfi við vísindamenn hjá Krabbameinsfélaginu. Þar er verið að rannsaka brjóstakrabbamein, þvagfærakrabbamein og fleira.

Það væru hins vegar ómetanleg verðmæti fólgin í því að ná utan um allt verkefnið, ekki bara fyrir Íslendinga sem fengju þar miklar upplýsingar um það hvaða áhættu þeir eru í gagnvart krabbameini heldur einnig alþjóðlega. Því er mikilvægt að samstaða náist um að byggja upp sterkt fyrirtæki í krabbameinsrannsóknum. Eigi sérhagsmunir einstakra aðila að ráða ferðinni er hætt við að Ísland verði ekki samkeppnisfært á þessum vettvangi."

Vilji til að nýta möguleikana

„Þetta er kjarninn í þeim hugmyndum sem við erum að vinna með. Og ég vil taka það fram að starfsemi okkar á ekki að skarast á við það sem Íslensk erfðagreining er að gera. Þeir eru með frumkvöðulsverkefni sitt á sviði miðlægs gagnagrunns sem skiptar skoðanir eru um en verður eflaust að veruleika. Auk þess eru þeir í því að kortleggja gen og hafa mjög fína aðstöðu til þess. Hún er á heimsmælikvarða. Vonandi tekst þessum fyrirtækjum að eiga jákvæð samskipti.

Ég er þeirrar skoðunar að það sé grundvöllur fyrir að minnsta kosti tvö önnur fyrirtæki á sviði líftækni hér á landi, fyrirtæki með svona 100-150 starfsmenn hvort. Ég sé fram á að Urður, Verðandi, Skuld geti orðið af þeirri stærð þegar það er komið á fulla ferð. Það verður ekki stærra.

En þróunin á þessu sviði er svo hröð þessi misserin að Íslendingar verða að bregðast skjótt og vel við ef þeir ætla að vera með og nýta sér þau verðmæti sem fólgin eru í þessum sérstöku aðstæðum sem hér ríkja. Það má ekki sváfa málin í einhverjum nefndarstörfum. Sex mánuðir geta skipt sköpum enda er sviðið núna allt annað en það var fyrir hálfu ári. Í Bandaríkjunum hefur verðmæti helstu líftæknifyrirtækjanna þrefaldast á verðbréfamörkuðunum á þeim tíma. Fólk er að gera sér grein fyrir möguleikunum á þessu sviði. Það er því hætt við að íslenskar rannsóknarstofnanir verði að temja sér hraðari vinnubrögð en tíðkast hafa ef þær ætla að halda í við fyrirtæki í Boston og Kaliforníu. Ég held að vilji sé fyrir því."

Tvær ónýttar hugmyndir

– Hvers konar fyrirtæki sérðu fyrir þér að gætu starfað hér, auk þeirra sem fyrir eru?

„Önnur hugmyndin er svonefnd háhraðaleit að lyfjum. Hún byggist á því að taka frumur og skoða viðbrögð þeirra við mörgum hundruðum þúsunda efnasambanda sem koma til greina sem lyf eða efni í lyf. Þetta snýst fremur um frumulíffræði en erfðafræði en það má nota frumur úr fólki með mismunandi erfðafræðilega breytileika til að leita að lyfjum. Við vorum að velta þessari leið fyrir okkur en ákváðum svo að einbeita okkur að krabbameininu. Þetta er hins vegar leið sem kemur vel til greina hér á landi. Þetta er mjög dýr tækni sem krefst þátttöku erlendra fjárfesta, ekki síst vegna tækjakaupa.

Síðan er að verða til nýtt svið sem hefur verið kallað *in silico* líffræði á ensku. Við þekkjum hugtökin *in vivo* (í líkamanum) og *in vitro* (það sem hefur verið fjarlægt úr líkamanum til rannsókna) en *in silico* merkir það sem hefur verið hermt eftir í tölvu. Þessi tækni er fólgin í gerð stærðfræðilíkana af starfsemi frumna. Það hafa safnast saman svo miklar upplýsingar í líffræði og læknisfræði að þetta er orðið mögulegt. Líkanagerð af þessari tegund hefur gerbreytt öllum vinnubrögðum í mörgum fögum en hefur ekki verið iðkuð í líffræði. Nú orðið er farið að hanna flugvélategundir beint í tölvu með hjálp líkana án nokkurra prófana. Ég sé fyrir mér að þetta verði orðin útbreidd aðferð innan tveggja ára.

Það eru miklir möguleikar hér á landi vegna þess hversu aðstæður eru góðar hér á landi. Þjóðin er einsleit, miklar upplýsingar til um fólk, bæði líffræðilegar og ættfræðilegar, og svo það hversu jákvætt fólk er í garð rannsókna og reiðubúið að taka þátt í þeim. Að því leyti erum við og reyndar einnig fólk á Norðurlöndum ólíkt flestum öðrum þjóðum á Vesturlöndum þar sem víða er orðið mjög erfitt að fá fólk til að taka þátt í rannsóknum. Kannski er það fámennið og innbyrðis skyldleiki sem veldur því að fólk vill leggja sitt af mörkum til þess að lækning finnist á sjúkdómum sem einhver ættingi eða vinur er haldinn," segir Bernharð Pálsson.

–ÞH

Gott veit á glatt hjarta



Sivacor
(simvastatín)

Omega Farma, 980507 R

Hver tafla inniheldur: Simvastatinum INN 10 mg, 20 mg eða 40 mg:

Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun þegar sérstakt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Þetta á við hækkað kólesteról af óþekktri orsök og blandaða blóðfituhækkun. Meðferð á sjúklingum sem fengið hafa kransæðastíflu og sjúklingum með hjartaöng til að auka lífslíkur, minnka hættu á kransæðastíflu og minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun. **Skammtar:** Skammtastærðir handa fullorðnum: Sjúklingi skal ráðlagt kólesteróllækkandi fæði, áður en simvastatín er gefið og halda því áfram meðan á lyfjameðferðinni stendur. Við væga kólesterólhækkun er byrjunarskammtur 5 mg, en venjulegur upphafsskammtur er 10 mg og má vera 20 mg í fyrirbyggjandi meðferð hjá kransæðasjúklingum. Lyfið er gefið í einu lagi að kvöldi. Auka má skammtinn með minnst 4 vikna millibili að hámarki 40 mg daglega. Hámarksskammtur er 10 mg ef ónæmisbælandi lyf eru gefin samtímis. Sami hámarksskammtur á við hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun (kreatínín klerans minna en 30 ml/mín), nema með mikilli varúð. Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkuð lifrarensím í blóði af óþekktri orsök. Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi verði framkvæmdar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og tvívegis eftir það á hálfs árs fresti eftir síðustu skammtabreytingu. Oftar þarf að fylgjast með sjúklingum sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi. Ef þær verða þrálátar eða hækka þrefalt, ætti að hætta lyfjameðferð. Sjúklingar, sem neyta áfengis í óhófi eða hafa fengið lifrarsjúkdóm, eiga að nota lyfið með varúð. **Vöðvaáhrif:** Í örfáum tilvikum hefur meðferð með HMG-CoA redúktasahemlum tengst vöðvakvillum (<0,1%). Einkenni þessa eru vöðvaverkir, eymsli og slappleiki, þá skal meðferð hætt og einnig ef CK-gildi hækka tífalt. Meðferð skal stöðva alveg eða hætta í bili hjá sjúklingum í bráðaástandi, sem gæti leitt til vöðvakvilla eða til nýrnabilunar vegna rákvöðvalýsu. **Milliverkanir:** Blóðþéttni warfaríns og annarra kúmarínafleiða getur hækkað ef þau eru tekin samtímis simvastatíni. Hætta á vöðvakvilla eykst með samhliða notkun HMG-CoA redúktasahemla og fíbrata, níkótínsýru og ónæmisbælandi lyfja þ.m.t. cíklóspóríns og ítrakónazóls, því ber að fylgjast með kvörtunum um vöðvaverki og kanna CK-gildi í sermi. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið ætti ekki að gefa konum á barnaeignaaldri nema notuð sé örugg getnaðavörn. Þar sem ekki er vitað hvort simvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út með brjóstamjólk skulu konur með barn á brjósti ekki nota lyfið. **Akstur:** Á ekki við. **Aukaverkanir:** Algengar(>1%): Kviðverkir, hægðatregða, vindverkir, uppþemba, ógleði. Sjaldgæfar (0,1-1,0%): Slen, svefnleysi, höfuðverkur, meltingaróþægindi, lystarleysi, niðurgangur, útbrot. Mjög sjaldgæfar (<0,1): Vöðvakvilli, hækkun kreatíníns í sermi. Kláði, hárlos, svimi, brisbólga, skyntruflanir, útlægur taugakvilli, uppköst og blóðleysi. Rákvöðvalýsa, lifrarbólga, ofsabjúgur, helluroðalík einkenni, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjöld, hækkað sökk, liðbólgur, ofsakláði, ljósnæmi, sótthiti, kinnroði, andnauð og lympa. **Lyfhrif:** Simvastatín er kólesteról lækkandi lyf. Eftir inntöku umbrotnar simvastatín í beta-hýdroxýsýruform, sem keppir við 3-hýdroxý-3-methyl-glutaryl-CoA (HMG-CoA) redúktasa. Það er ensím, sem ákvarðar hraða kólesterólmyndunar. Simvastatín lækkar blóðþéttni heildarkólesteróls, LDL-kólesteróls og VLDL-kólesteróls og þríglýseríða, en hækkar blóðþéttni HDL-kólesteróls. Ekki er talið að meðferð með simvastatíni hafi í för með sér uppsöfnun af sterólum. **Lyfjahvörf:** Simvastatín hefur hærri þéttni í lifur þar sem það umbrotnar og skilst síðan út í galli. 95% af lyfinu frásogast, próteinbinding er einnig 95% og hámarksblóðþéttni næst 1-2 klst. eftir inntöku. U.þ.b. 60% skiljast út í galli, en13% í þvagi.

Útlit: Töflur 10 mg: Ferskjulitar, kúptar, (6 mm).
Töflur 20 mg: Ferskjulitar, kúptar, (8 mm).
Töflur 40 mg: Ferskjulitar, kúptar, (10 mm).

Pakkningar og verð:

Sivacor 10 mg, 28 stk.: kr	3.268
Sivacor 10 mg, 98 stk.: kr	9.699
Sivacor 20 mg, 28 stk.: kr	4.980
Sivacor 20 mg, 98 stk.: kr	15.142
Sivacor 40 mg, 28 stk.: kr	5.814
Sivacor 40 mg, 98 stk.: kr	17.934

Omega Farma
www.omega.is

Þegar lífið er dans á rósum



Paroxat
(paroxetín)

Omega Farma, 980547
TÖFLUR; N 06 A B 05 R B
Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, hýdróklóríð, hemíhýdrat, samsvarandi Paroxetinum INN 10 mg, 20 mg eða 30 mg.

Ábendingar: Geðdeyfð, áráttu-þráhyggjusýki, Ofsahræðsla, með eða án viðáttufælni **Skammtar og lyfjagjöf:** Gefa á lyfið einu sinni á dag, að morgni og það má taka inn með eða án fæðu. Töfluna skal gleypa fremur en tyggja. **Aðlögun skammta:** Samkvæmt gildum lyfjahvarfa nær þéttni paroxetíns í plasma jafnvægi á 7-14 dögum. Skömmtum skal því breyta um 10 mg í einu, á 1-2 vikna fresti, eða samkvæmt klínísku mati læknis. **Viðhaldsskammtur:** Við langtímameðferð, hver sem ábendingin er, skal nota minnsta virkan skammt. **Meðferð hætt:** Þegar meðferð er hætt má sumir sjúklingar líkamleg einkenni. Þó að ekki sé vitað hvort það að draga smám saman úr skammtinum dragi úr eða komi í veg fyrir þessi einkenni skal samt íhuga það þegar hætta skal meðferð (sjá aukaverkanir eftir að meðferð er hætt). **Skammtar handa fullorðnum:** Geðdeyfð: Byrjunarskammtur skal vera 20 mg á dag. Fyrir flesta sjúklinga eru 20 mg á dag hæfilegur viðhaldsskammtur. Það getur tekið þrjár til fjórar vikur að ná fullri verkun lyfsins. Hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 20 mg daglegum skammti á fullnægjandi hátt, skal íhuga að auka skammtinn smám saman upp í 40 mg á dag. Ráðlagður hámarks-skammtur er 50 mg á dag. **Áráttu-þráhyggjusýki:** Byrjunarskammtur skal vera 20 mg á dag. Ráðlagður skammtur við meðferð á áráttu-þráhyggjusýki er 40 mg á dag. Hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 40 mg daglegum skammti á fullnægjandi hátt, skal íhuga að auka skammtinn smám saman. Ráðlagður hámarksskammtur er 60 mg á dag. **Ofsahræðsla:** Byrjunarskammtur við meðferð á ofsahræðslu skal vera 10 mg á dag. Ráðlagður skammtur við meðferð á ofsahræðslu er 40 mg á dag. Hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 40 mg daglegum skammti á fullnægjandi hátt, skal íhuga að auka skammtinn smám saman. Ráðlagður hámarksskammtur er 60 mg á dag. **Tilteknir sjúklingahópar allar ábendingar:** Aldraðir: Íhuga skal minni upphafsskammt fyrir aldraða og veiklaða sjúklinga. Síðan má auka skammtinn ef þörf er talin á, í allt að 40 mg á dag. Skert starfsemi nýrna og/eða lifrar: Nota skal lyfið með varúð hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi eða skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með klínískt marktækaskerðingu á starfsemi nýrna eða lifrar skal nota minnstu læknisfræðilegu skammta. Hámarksskammtur er 40 mg á dag. Börn: Notkun er ekki ráðlögð hjá einstaklingum yngri en 18 ára þar sem ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun lyfsins hjá þessum aldurshópi. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir paroxetíni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Paroxetín á ekki að geta sjúklingum samtímis MAO-hemlum og ekki fyrr en 2 vikum eftir að gjöf MAO-hemla hefur verið hætt. Eins og við á um önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar við notkun paroxetíns hjá sjúklingum, sem þjást af oflæti. Sjálfmorðshætta er mikil þegar um þunglyndi er að ræða, og getur hún haldist þótt batamerki sjáist. Því þarf að fylgjast vel með sjúklingum í byrjun meðferðar. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki (manio depressive sjúkdóm), getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í oflætisfasann (maníu). Gæta skal almennrar varúðar við meðhöndlun þunglyndis hjá sjúklingum með hjartasjúkdóma. Nota skal paroxetín með varúð hjá sjúklingum með flogaveiki.Við alvarlega skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi skal nota lægstu skammta sem mælt er með. Lýst hefur verið tilfellum um lækkun natríums. Í flestum tilfellum hefur verið um að ræða aldraða sjúklinga, sem tengu jafnframt meðferð með þvagræsilyfjum, eða með vökvatap af öðrum orsökum. Mælt er með því að dregið sé úr notkun smám saman þegar hætta á notkun lyfsins. Eins og aðrir sérhæfir serótóninviðtaka- hemlar (SSRI),veldur paroxetín einstaka sinnum útvikkun sjáaldra, og skal því nota það með varúð hjá sjúklingum með þrönghornsgláku. Einungs takmörkuð klínísk reynsla er af samtímis meðferð með paroxetíni og raflosti. **Milliverkanir:** Milliverkun á lyfjahvörfum paroxetíns og warfaríns er hugsanlega fyrir hendi. Því skal gæta ítrustu varúðar við notkun paroxetíns hjá sjúklingum sem eru í meðferð með blóðþynningarlyfjum. Vegna hamlandi áhrifa paroxetíns á cýtókróm P450 kerfið í lifrinni (P450 II D6) getur það hægt á umbroti lyfja, sem umbrotna fyrir tilstilli þessa ensýms, t.d. sumra þríhringlaga geðdeyfðarlyfja (imipramíns, desípramíns, amitriptýlíns, nortriptýlíns), sterkra geðlyfja af flokki tenótíazína (t.d. perfenazíns og tíorídazíns) auk lyfja við hjartsláttartruflunum í flokki 1C (t.d. flekaíníðs og própafenóns). Milliverkanir á lyfjahvörfum með þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum hafa sést við notkun allra sérhæfðra serótóninviðtaka-hemla og skal því gæta varúðar við notkun þessara lyfja samtímis. Í rannsókn á milliverkunum in-vivo þar sem gefin voru samtímis (við stöðuga þéttni) paroxetín og tertenadín (enzýmhvarfetni fyrir cýtókróm CYP3A4) komu engin áhrif af paroxetíni fram á lyfjahvörf terfenadíns. Ekki er talið að samtímis notkun paroxetíns og annarra etna, sem eru enzýmhvarfetni fyrir CYP3A4, hafi neina hættu í för með sér. Í rannsókn á flogaveikisjúklingum sem voru meðhöndlaðir (langtímameðferð) með karbamazepíni, tenýtóíni eða natríumvalpróati hafði paroxetín (allt að 30 mg á dag) engin áhrif á lyfjahvörf eða lyfhrif þessara þriggja flogaveikilyfja. Blóðþéttni og binding við plasmaprótein allra þessara þriggja flogaveikilyfja voru óbreytt og samtímis gjöf paroxetíns þoldist vel og án þess að sjúklingar fengju flogaköst. Í rannsókn á heilbrigðum sjálfboðaliðum, sem var gefið bæði paroxetín og fenýtóín, sást lægri þéttni paroxetíns og fleiri óæskilegar verkanir. Ekki er nauðsynlegt að breyta upphafsskömmtum þegar þessi lyf eru gefin samtímis; skömmtum skal breyta með hliðsjón af klínískum áhrifum. Samtímis notkun cimetidíns og paroxetíns getur aukið aðgengi paroxetíns. Samtímis notkun prócyklidíns og paroxetíns getur aukið blóðþéttni prócyklidíns; einnig getur paroxetín haft áhrif á verkun annarra andkólín- virkra lyfja. Eins og við á um aðra sérhæfða serótóninviðtaka-hemla getur samtímis notkun paroxetíns og serótónvirkra etna (t.d. MAO-hemla, L-tryptófans) leitt til 5HT tengdra verkana. Einkennin geta verið óróleiki, rugl, svitasteypur, ofskynjanir, ofviðbrögð (hyperreflexia), rykkjakrampar í vöðvum (myoclonus), kuldahrollur, hraðtaktur og skjálfti. Ahætta við notkun paroxetíns með öðrum efnum sem verka á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið. Ber því að gæta varúðar ef nauðsynlega þarf að geta þessi lyf samtímis. Gæta skal varúðar við samtímis notkun paroxetíns og litíums, alkóhóls og MAO-hemla. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins á meðgöngu og lyfið skilst út í brjóstamjólk og á því ekki að nota það. **Akstur:** Engin áhrif. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): **Meltingarfæri:** Ógleði, niðurgangur, munnþurrkur, minnkuð matarlyst, meltingartruflanir, hægðatregða, uppköst, truflanir á bragðskyni, vindgangur. **Ondunarfæri:** Geispar. **Miðtaugakerfi:** Svefnhöfgi, svefnleysi, þróttleysi, seinkun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum, skjálfti, svimi, æsingur, vöðvatitringur, taugaveiklun. **Þvag- og kynfæri:** Þvaglátatruflanir. **Augu:** Þokusýn. **Húð:** Aukin svitamyndun. Sjaldgæfar (<1%): **Almennar:** Bjúgur (á útlimum og í andliti), þorsti. **Miðtaugakerfi:** Vægt oflæti/oflæti, niðinningasveiflur, minnkuð kynhvöt hjá konum. **Blóðrás:** Æðaviikkun. **Meltingarkerfi:** Tannagnístur, kyngingarörðugleikar **Húð:** Útbrot, kláði. **Augu:** Ljósopsstærðing (mydriasis). **Eyru:** Suð fyrir eyrum. **Stoðkerfi:** Vöðvaslappleiki. **Hjarta- og æðakerfi:** Gúlshraðsláttur (sinus trachycardia). Mjög sjaldgæfart<0,1%) **Almennar:** Illkynja sefunarheilkenni (neuroleptic malign syndrome). Blóð: Oeðilegar blæðingar (aðallega blóðhlaup í húð (ecchymosis) og purpuri) hafa einstaka sinnum verið skráðar, blóðflagnafæð. **Miðtaugakerfi:** Rugl, krampar. **Innkirtlar:** Einkenni lík ofmyndun próláktíns, mjólkurflæði. **Húð:** Ljósnæmi. **Lifur:** Tímabundin hækkun á lifrarenzýmum. **Taugakerfi:** Extrapýramidal einkenni. **Augu:** Bráð gláka. Tímabundið of lágt gildi natríums í blóði (gæti verið í tengslum við óeðlilega seytrun ADH), einkum hjá eldri sjúklingum. Tímabundin hækkun eða lækkun á blóðþrýstingi hefur verið skráð við paroxetinmeðferð, oftast hjá sjúklingum sem eru fyrir með of háan blóðþrýsting eða kvíða. Alvarleg áhrif á lifur koma stöku sinnum fyrir og skal þá meðferð hætt. Sé sjúklingur tekinn snöggilega af meðferð geta komið fram aukaverkanir eins og svimi, geðsveiflur, svefntruflanir, kvíði, æsingur, ógleði og svitakóst. Fái sjúklingur krampa skal strax hætta meðferð. **Ofskömmtun:** Einkenni ofskömmtunar eru m.a. ógleði, uppköst, skjálfti, útvikkun sjáaldurs, munnþurrkur og bráðlyndi. Hvorki hefur verið skýrt frá meðvitundarleysi né krömpum vegna ofskömmtunar af paroxetíni einu sér. Meðferð skal fylgja almennum reglum um meðferð ofskömmtunar. Skýrt hefur verið frá töku allt að 2000 mg af paroxetíni (einu sér og í blöndum með öðrum efnum). Skýrt hefur verið frá einkennum eins og slævingu, svima, svitasteypum, roða í andliti og ógleði. Sjúklingar jafna sig að öllu jöfnu án fylgikvilla. Örsjaldan hafa dauðsföll verið skráð og nær alltaf hafði paroxetín verið tekið ásamt öðrum lyfjum. **Lyfhrif:** Paroxetín er öflugur og sértækur serótónín (5-hydroxý-tryptamín, 5-HT) endurupptökuhemill. Þessi verkun lyfsins á taugafrumur í heila er talin vera undirstaða verkunar þess á geðdeyfð sem og á áráttu-þráhyggjusýki og ofsahræðslu. Paroxetín er fenýlpíperidín afleiða sem er efnafræðilega óskyld þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum. Í rannsóknum á bindingu við viðtaka, hafði paroxetín ekki marktæka sækni í adrenvirka ((1, (2, þ), dópamínvirka, serótónínvirka (5HT1, 5HT2) eða histamínvirka viðtaka í heilahimnum úr rottum. Væg sækni í acetýlkólín múskarínviðtaka kom fram. Helstu umbrotsefni paroxetíns eru í eðli sínu óvirk sem 5-HT endurupptökuhemlar. **Lyfjahvörf:** Frásogast að fullu frá meltingarvegi óháð því hvort fæðu er neytt samtímis. Umbrotnar töluvert við fyrstu umferð um lifur. Hámarksþéttni í blóði næst eftir um 6 klst. Við endurtekna inntöku næst stöðug þéttni innan 1-2 vikna. Dreifingarrúmmál er um 10 l/kg. Próteinbinding er um 95%. Umbrotnar í óvirk umbrotsefni, sem skilast út með þvagi og hægðum. Ekki hefur með vissu verið sýnt fram á samband milli blóðþéttni og klínískrar verkunar lyfsins. Helmingunartími í plasma er um 24 klst. **Blöndun:** Á ekki við. **Geymsluþol:** 2 ár. **Geymsluskilyrði:** Stofuhiti.

Pakkningar og verð:

Töflur 20 mg: 20 stk. (plastglas); 60 stk. (plastglas); 100 stk. (plastglas).
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.

Paroxat 20 mg, 20 stk.:	kr	3.516
Paroxat 20 mg, 60 stk.:	kr	9.143
Paroxat 20 mg,100 stk.:	kr	14.169

Omega Farma
www.omega.is

GRAFÍSKA SMIÐJAN 2000

Að finna upp hjólið



Árni Björnsson
skrifar
tæpitungulaust

ÁGÆT GREIN ARNÓRS VÍKINGSSONAR í síðasta Læknablaði ásamt umfjöllun í fjölmiðlum, þar á meðal viðtöl í Morgunblaðinu við kennara í læknisfræði um læknavísindi almennt svo og um sameiningu stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík í eitt háskólasjúkrahús er tilefni þessara hugleiðinga. Svo komu upp í hugann hendingar úr ljóði eftir Stein Steinarr um hringinn, sem byrjar svona: *„Ég geng í hring í kringum allt sem er“*. Þau hugrenningatengsl helgast líka af framhaldi ljóðsins, *„og innan þessa hrings er veröld þín. Minn skuggi féll um stund á gluggans gler“* og kvæðinu lýkur svona *„ég geng í hring í kringum allt sem er og utan þessa hrings er veröld mín“*. Innanhringsmaður getur orðið að utanhringsmanni og þannig er því farið með mig sem var innanhringsmaður með skugga sem um stund féll á gler gluggans, en er nú orðinn skuggalaus utanhringsmaður, sem getur endurmetið stöðu sína sem innanhringsmanns og skoðað utanfrá þá sem enn eru innan hringsins. Sem innanhringsmaður var ég mikill stuðningsmaður þess að sameina sjúkrahús og sat fleiri fundi um sameiningu og samvinnu en tölu verði á komið. En hugmyndin er eldri en sameiningarárátta mín því þegar bygging Borgarspítalans var ákveðin bauð Jón Sigurðsson, þáverandi borgarlæknir Ríkisspítölunum samvinnu um byggingu stórs sjúkrahúss í Fossvogi, sem þá var lítt byggt svæði en ráðamenn Ríkisspítalanna þekktust ekki boðið, ennfremur á ég í skrifborðsskúffu erindi frá árinu 1970 eftir sama borgarlækni þar sem hann stingur uppá því að stóru sjúkrahúsin í Reykjavík verði sameinuð undir eina stjórn. Allt síðan hefur hugmyndin um sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík, þar á meðal Landakotsspítala (blessuð sé minning hans), komið upp með mismunandi reglulegu millibili en aldrei orðið annað en óljósir samningar um verkaskiptingu og samvinnu, samningar sem sumir hafa verið haldnir, aðrir ekki. Hinsvegar tel ég mér það til tekna að hafa aftur og aftur varað við þeirri þróun sem nú er orðin að veruleika að skipulag sjúkrahúsmála hefur verið tekið úr höndum lækna og er komið í hendur stjórnmála- og embættismanna, sem hafa hagsmuni ríkisvaldsins en ekki neytenda heilbrigðisþjónustunnar að leiðarljósi. Um þetta geta læknar ekki sakast við neina aðra en sjálfa sig. Það er svo ómótmælanleg staðreynd að tilkoma stjórnenda sem ekki eru í neinum tengslum við það sem gerist á sjúkrastofnunum hefur leitt til skrifræðis sem löngu er farið að lifa eigin lífi, líkt og krabbamein, án tillits til þeirra sem þurfa á þjónustu stofnananna að halda. Inní þessa skrifræðisvél hefur svo sogast ágætt heilbrigðisstarfsfólk, sem búið er að gleyma því til hvers það lagði á sig menntun sem hafði það að markmiði að annast sjúka einstaklinga.

En það er kannski ekki úr vegi að skoða viðhorf lækna til skjólstæðinga sinna, sjúklinganna. Ég held að við höfum flest lagt útá lækningabrautina til að stunda lækningar og líkna þeim sem við getum ekki læknað. Stundum er ekki laust við að þessi markmið verði þokukennd þegar líður á læknanámið og í stað þeirra komi væntingar um vísindaframa sem leiðir smátt og smátt til þess að menn skjóta sér bakvið vísindi til að losna við sjúklinga. Þessi „flótti frá sjúklingum“ er þó ekki bundinn við læknastéttina því á síðari árum hafa æ fleiri hjúkrunarfræðingar flúið á náðir vísindanna í stað þess að annast sjúklinga. Vísindarannsóknir eru óaðskiljanlegur þáttur læknisfræðinnar en þær leysa ekki vanda þeirra hundruða sjúklinga sem nú bíða eftir læknishjálp. Stjórnmálamenn sem fæstir vita neitt um vísindi hafa líka farið að nota þau sem skálkaskjól til að fresta því að sinna ýmsum heilbrigðisvandamálum með skírskotun til þess að vísindi og/eða forvarnir muni leysa þau innan tíðar (samanber gagnagrunninn góða).

Allir viðmælendur Morgunblaðsins kvarta undan fjárskorti til vísindarannsókna aðallega grunnvísinda og telja tilkomu rannsóknarfyrirtækjanna sem nú spretta upp hér sem annarstaðar vera vonarglætuna til bjargar. Stundum finnst mér að vísindin nálgist það að vera trúarbrögð, sem með tilheyrandi helgihaldi muni leysa heilbrigðisvanda mannkynsins ef við erum nógu bænheit. En meðan við getum ekki leyst vanda þeirra 3-400 sjúku, öldruðu einstaklinga, sem samkvæmt vistunarmati bíða eftir viðunandi hæli er ekki líklegt að mikið fjármagn fáist til grunnrannsókna, eða hver á að forgangsraða? Ef lenging ævinnar tengist framförum í læknisfræði bera læknarnir þá ekki einhverja ábyrgð á því að hlúð sé að þeim sem verða öldrunarsjúkdómum að bráð?

Hvað hefur breyst síðan dr. Jón Sigurðsson vildi byggja háskólaspítala í Fossvoginum? Aðallega tvennt, það er aldurssamsetning þjóðarinnar og tækni við lækningar. Bæta má þriðja atriðinu við, sem er fjarskiptatæknin. Breytingin á aldurssamsetningu þjóðarinnar hefur leitt til þess að fleiri aldraðir með ýmiskonar öldrunarsjúkdóma taka nú meira og meira af starfsorku og tíma heilbrigðisstétta, jafnframt vex þörfin fyrir vistunarrými fyrir veika aldraða, suma með marga sjúkdóma. Breytingarnar á lækningatækni hafa gert það að verkum að hægt er að gera aðgerðir sem voru óhugsandi fyrir hálfri öld og aðgerðir, sem áður kröfðust sjúkrahúsvistar eru gerðar á stofum eða göngudeildum sjúkrahúsanna. Samt

Leiðrétting

Prologus: Það er mér ljúft og skylt að biðjast afsökunar á málvillu sem ég gerði mig sekan um í síðustu grein vegna ónákvæms yfirlestrar en þar lét ég okkar ástsæla heilbrigðisráðherra slá smiðshögg á í stað þess að **reka** smiðshögg á, eins og sagt var í sveitinni okkar.



Því að meðhöndla í 10 daga þegar 3 dagar nægja?

Zitromax®

azitrómýcín

einu sinni á dag í 3 daga

Zitromax®er vænn kostur þegar nota þarf makrólíða til meðferðar á efri og/eða neðri loftvegasýkin•

- Einföld skömmtun
- Árangursrík meðferð[1)]
- Fáar og skammvinnar aukaverkanir[2)]
- Góð meðferðarheldni[3)]
- Mixtúra með ávaxtabragði[4)]

Pfizer

minnkar þörfin fyrir legurými lítið, sjúklingarnir sem þurfa á því að halda eru bara eldri og hrumari og þurfa því meiri umönnun en ekki minni.

Þegar rætt er um hátækniháskólasjúkrahús, (hvílíkt orð!) og það gerðu allir læknakennararnir sem birt var viðtal við í Morgunblaðinu 5.-6. febrúar síðastliðinn, virtust þeir telja sjálfsagt að það yrði til fyrir samruna stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík, en af hverju ekki að stofna Háskólasjúkrahús Íslands úr öllum sjúkrahúsum á landinu? Nútíma fjarskiptatækni gerir það mögulegt að nýta sjúklinga, hvar sem þeir eru staðsettir á landinu sem kennsluefni. Það mundi ekki aðeins stuðla að betri læknakennslu heldur auka einnig öryggi sjúklinga, einkum þeirra sem haldnir eru sjaldgæfum eða torráðnum sjúkdómum. Þannig gætu öll sjúkrahús á landinu orðið ein stór kennslustofnun, án þess að þau væru gerð að einni rekstrareiningu. Stærð og mönnun einstakra sjúkrastofnana, svo og rekstrarform færi síðan eftir hlutverki þeirra, en ég er viss um það að fyrir sjúklingana eru fremur smáar einingar meira aðlaðandi en stórar og einingarnar eiga að vera sjálfstæðar undir stjórn lækna og hjúkrunarfræðinga. Þær eiga svo að tengjast fullkomnu sjúkrahúsi þar sem hægt er að fást við erfiðustu og flóknustu sjúkdóma og aðgerðir, til dæmis líffæraflutninga. Rannsóknaraðstaða við slíkt sjúkrahús yrði að sjálfsögðu að vera í samræmi við hlutverk þess og vera miðstæð fyrir lækningarannsóknir í landinu öllu.

Það á ekki að leggja litlu sjúkrahúsin á landsbyggðinni niður, heldur endurskipuleggja og styrkja stöðu þeirra, meðal annars með nánari tengslum við Háskólasjúkrahús Íslands. Það er ekki farsæl byggðastefna að veikja heilibrigðisþjónustuna. Ef stjórnmálamenn hugsuðu rökrétt ættu þeir að sjá að fjölbreyttari atvinnutækifæri á landsbyggðinni, þar á meðal stóriðja krefjast betri læknisþjónustu, sem þarf að vera tiltæk á nótt sem degi, vetur, sumar, vor og haust.

Einhvern veginn ná heilasímarnir í mér ekki alveg utanum rökfræðina bakvið samasemmerkið milli frjálsrar samkeppni og samruna fyrirtækja, þar á meðal sjúkrahúsa, en þeir símar hafa heldur aldrei verið söluvara. Ástæðurnar til þess að innanhringsmaðurinn sem nú er orðinn utanhringsmaður hefur breytt um skoðun hvað varðar sameiningu sjúkrahúsa eru þær að hann hefur elst og skilur því betur þarfir vaxandi fjölda aldraðra sem lagðir eru inn á sjúkrahúsin vegna sjúkdóma sem tengjast öldruninni og þessir sjúkdómar eru oftar en ekki fleiri en einn hjá sama manni. Aldraðir þurfa því flóknari sjúkdómsgreiningu, sem kallar á lengri vistun. Líkamlegt ástand aldraðra er oft svo bágborið að læknisaðgerð sem telst minniháttar getur gert það að verkum að þeir verða ósjálfbjarga um lengri eða skemmri tíma. Þannig þjónar sú stefna að stytta legu á sjúkrahúsum ekki endilega hagsmunum þeirra.

Sameining er ekkert lausnarorð í heilbrigðisþjónustunni. Þar á orðið samhæfing betur við. Læknisþjónustu á að staðsetja þar sem hennar er þörf og þá verður að taka tillit til félagslegra aðstæðna, svo sem atvinnuhátta og aldursskiptingar, á hverjum stað. Vegna þess hve fámenn þjóðin er, er óraunhæft að reka hér nema eitt „hátæknisjúkrahús“ en það þarf að standa undir nafni um allan búnað, hvort sem er til rannsókna eða lækninga, vera flaggskip íslenskrar læknisþjónustu og tengiliður milli allra heilbrigðisstofnana á landinu gegnum „Háskólaspítala Íslands“.

Geðlæknafélag Íslands mótmælir niðurskurði á Sjúkrahúsi Reykjavíkur

■ EFTIRFARANDI ÁLYKTUN var samþykkt samhljóða á almennum félagsfundi Geðlæknafélags Íslands mánudaginn 7. febrúar 2000:

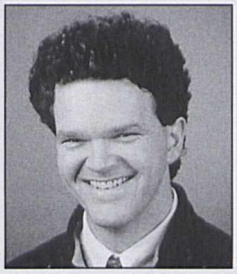
„Almennur félagsfundur Geðlæknafélag Íslands haldinn 7. febrúar 2000 mótmælir harðlega fyrirhuguðum niðurskurði á þjónustu við geðsjúka á geðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Verði þessar tillögur samþykktar af heilbrigðisráðherra eru líkur á að fjórðungs fækkun verði á bráðarýmum fyrir geðsjúka á Íslandi auk skerðingar á annarri þjónustu í samræmi við það. Kemur sú skerðing verst niður á þeim sem haldnir eru alvarlegustu geðsjúkdómunum, þeim sem búa við erfiðar félagsaðstæður og einstaklingum sem þurfa á bráðainnlögn að halda vegna sjálfsvígshættu. Geðsjúkdómar eru oftar en ekki sjúkdómar ungs fólks. Ónóg meðferð á byrjunarstigum geðsjúkdóma getur stofnað lífi ungra einstaklinga í hættu og stuðlað að varanlegri örorku.“

Geðlæknafélag Íslands vill samþykki sjúklinga fyrir afhendingu sjúkragagna

■ EFTIRFARANDI ÁLYKTUN var samþykkt á almennum félagsfundi Geðlæknafélags Íslands mánudaginn 7. febrúar 2000:

„Almennur félagsfundur Geðlæknafélags Íslands, haldinn 7. febrúar 2000, krefst þess að engin sjúkragögn verði látin af hendi í miðlæga gagnagrunna á heilbrigðissviði, nema að fengnu samþykki viðkomandi sjúklinga.“

Ég endurtek, nýr vettvangur



Bjarni Jónasson skrifar

Sendið efni í anda læknaskops í **Broshornið**, Læknablaðinu, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi eða í bréfsíma 564 4106 eða á netfang: *bjarni.jonasson@gb.hgst.is*
Getið þess hver sendir, en það sem birtist verður undir dulnefni. Læknablaðið áskilur sér rétt til að lagfæra texta.

EINS OG LESENDUR SÍÐASTA TÖLUBLAÐS Læknablaðsins (2/2000) geta séð hefur nýr pistill, Broshornið, hafið göngu sína. Þar gefst lesendum kostur á að koma á framfæri efni, sem líta mætti á sem læknaskop. Nú er tækifærið að taka fram skriffærin eða senda tölvupóst.

Góðir kollegar, sendið inn efni í bundnu máli eða óbundnu, myndir, teikningar eða hvað eina, sem þið teljið að geti laðað fram bros eða vakið kátínu. Látið ekki lítillæti eða hógværð hefta ykkur. Upp með húmorinn og verið með.

Sungið á árshátíð

Árshátíð LR var haldin með glæsibrag laugardaginn 22. janúar síðastliðinn á Broadway Hótel Íslandi. Allt hjálpaðist að til að gera fagnaðinn sem veglegastan; yfirdrifið nóg pláss í kringum tæplega 600 gesti, skrautsýning í veislufatnaði, myndarlegir veislustjórar (báðir), góð skemmtiatriði og dúndrandi fín stemmning svo fátt eitt sé upp talið. Bent hefur þó verið á eitt atriði, sem þolir skoðun og jafnvel breytingu fyrir næstu árshátíð. Hér er átt við fjöldasönginn, sem er alveg ómissandi þáttur í gleðskap sem þessum.

Þegar hefja átti upp raust var hið magnaða hátalarakerfi hússins notað til að kalla valinkunna söngfugla og söngunnendur upp á svið. Það virtist vera skilyrði fyrir því að fá að heyra nafn sitt hljóma um húsið að vera nokkurn veginn á miðjum aldri og hafa nokkrum sinnum eða jafnvel margoft tekið þátt í fjöldasöng á sviði áður, meira að segja á læknaárshátíðum. Og kemur nú að kjarna málsins. Hvers eiga þeir og þær að gjalda, sem hafa óendanlega sönghæfileika, meðfædda og áunna og uppfylltu ekki þau skilyrði, sem áður voru nefnd? Þessir lánlausu veislugestir misstu sumir hverjir af tækifæri lífs síns að vera kallaðir upp á svið svo allir í húsinu heyrðu. Bara það eitt að vera nefndur á nafn í slíku samhengi er viss viðurkenning á því að viðkomandi geti sungið. Pistilskrifari veit dæmi þess að svekkelsisvottur hafi verið í gangi allnokkru eftir að fjöldasöngnum lauk hvað þetta eina atriði varðar og meira að segja morguninn eftir árshátíðina, en ekki mikið lengur en það. Aðgát skal höfð…

Alltaf í boltanum

Valinkunnur lungnalæknir sat með tveimur löglærðum kunningjum sínum og fræddi þá um meingerð lungnaþembu. Hann lýsti því hve slæm áhrif tóbaksreykur hefði á „þessar örfínu lungnablöðrur, sem síðan spryngju og það hefur í för með sér að maður verður móður og úthaldslítill. Þessar breytingar verða tiltölulega snemma á ævinni hjá þeim sem reykja en maður sér þær einnig hjá fólki um nírætt, þó svo það hafi aldrei reykt.“ „Hvað gerir maður þá?“ spurði annar lögfræðingurinn, en hvorugur þeirra hafði nokkru sinni reykt. „Ætli maður verði þá ekki bara að hætta í boltanum,“ svaraði hinn.

Morgunkaffið í rúmið

Læknishjón á efri árum voru nývöknuð og farin að huga að því að fara á fætur. „Má ég ekki færa þér kaffið í rúmið, elskan mín?“ spurði eiginmaðurinn. „Jú, takk og mundu eftir mjólkinni. Er ekki annars best að ég skrifi þetta varðandi mjólkina á miða svo hún gleymist ekki?“ sagði konan, minnug þess hve bóndi hennar var orðinn gleyminn. „Nei, það er algjör óþarfi, ég man þetta alveg,“ sagði eiginmaðurinn og fór fram í eldhús. Leið nú og beið, en loks birtist húsbóndinn með bakka og lagði hann á rúmið hjá konunni. Á bakkanum var rjúkandi egg og beikon, en ekkert kaffi. „Ég vissi að þú mundir gleyma brauðinu,“ sagði konan og byrjaði að borða.

Talandi um minnisleysi…

Sjúklingurinn: „Læknir, læknir, ég hef tapað minninu.“

Læknirinn: „Hvenær gerðist það?“

Sjúklingurinn: „Gerðist hvað?“

Vekjaraklukkan

Maður nokkur kom æðandi inn á slysadeild og hrópaði: „Læknir, læknir, þú verður að hjálpa mér. Konan mín gleypti vekjaraklukku.“

„Nú já, er þá ekki best að þú drífir hana inn?“ spurði læknirinn.

„Ég get það ekki því hún er sofandi heima.“

„Hvers vegna ert þú þá hér?“

„Af því konan beit mig, þegar ég reyndi að trekkja klukkuna.“

Hálskirtlarnir

Tveir félagar sátu saman og ræddu um heilsuna.

„Ég held ég verði að fá mér nýjan háls-, nef- og eyrnalækni,“ sagði annar mannanna. „Veistu um einhvern góðan?“

„Þú meinar HNE-lækni,“ sagði hinn. „Þessi sem ég hef er alveg frábær.“

„Hvað gerir hann svona frábæran?“

„Í fyrra, þegar til stóð að taka úr mér hálskirtlana hafði ég ekki ráð á allri aðgerðinni, þannig að hann losaði bara aðeins um kirtlana í staðinn fyrir lítinn pening.“

Ofnæmishneigð



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@rsp.is

Þorgeir Þorgeirsson, yfirlæknir á FSA, sendi bréf með hugleiðingu í tilefni af umræðu um heitið **atopia** í síðasta pistli. Honum er mikið niðri fyrir þegar hann segir: *„Svo er að sjá sem fyrirbærið eða réttara sagt heitið ofnæmi sé enn að velkjast fyrir læknislærðum mönnum. Atopia heitir til að mynda ekki lengur ofnæmishneigð, heldur „bráðaofnæmishneigð". Hvað ber til? Málið ætti raunar löngu að vera útrætt."*

Atopia, allergia

Hvað sem um það má segja, þá er ljóst að mörg heitin sem notuð eru í ónæmis- og ofnæmisfræðum hafa löngum vafist fyrir bestu mönnum. Á það ekki síður við um erlendu heitin en þau íslensku. Flest þau erlendu urðu til löngu áður en fræðimenn vissu nákvæmlega hvað lá að baki fyrirbærunum sem þeir voru að gefa heiti. Mörg heitin voru því almenn og gáfu ekkert sértækt til kynna. Skýringin í síðasta pistli á upprunalegri merkingu **atopia** sýnir það vel, fyrirbæri sem er *undarlegt, framandi, skrýtið* eða *ókunnuglegt*. Svipað má segja um heitið **allergia**. Það er komið úr grísku þar sem **allos** merkir *annar* eða *annars konar* og **ergon** merkir *vinna* eða *starfsemi*. Það gefur afar lítið til kynna að segja að allergia sé fyrirbæri með *annars konar starfsemi* í vef eða líffæri. Sagan segir þó að það heiti hafi verið sett fram árið 1906 af austurríska barnalækninum Clemens von Pirquet til að lýsa þeim sértæku viðbrögðum sem fram komu í húð hjá túberkúlín-(of)næmum einstaklingum. Með vaxandi þekkingu koma fram nýjar og oftast nákvæmari skilgreiningar á hugtökunum. Heiti, sem upprunalega voru mjög almenn og ógagnsæ, geta þannig að lokum fengið mjög þröngt og sértækt merkingarsvið.

Lækningabók handa sjómönnum 1967:

„Ofnæmi nefnast annarleg viðbrögð líkamans við ýmsum efnum eða hlutum, sem líkaminn annars er hlutlaus gagnvart. Ofnæmi getur verið meðfætt eða áunnið. Þeim, sem ofnæmir eru, geta hinir eðlilegustu hlutir reynzt lífshættuleg eiturefni. Menn geta haft ofnæmi fyrir alls konar matartegundum, lyfjum, jurtum, dýrum, sýklum, ryki og reyk og jafnvel fyrir hita, kulda og birtu. Alkunnugt er að börn fá oft útbrot af eggjum og fiski („fiskibólur"). Ýmsir fá astma af hundum, köttum, hestum og heyi („heymæði"). Við penicillin-inndælingu getur sá, sem ofnæmur er fyrir penicillini, fengið hættulegt lost. Ofnæmi birtist í ýmsum myndum, svo sem útbrotum, kláða, eksemi, astma, höfuðverk, hnerrum, niðurgangi, rennsli úr nefi og augum, stundum sem hættulegt lost, er getur valdið meðvitundarleysi og dauða."

Ofnæmi, ofurnæmi

Af þessu tilefni er sennilega ástæða til að ræða frekar um ofnæmi. Um forskeytið **of-** segir Íslensk orðabók Máls og menningar: *meir(a) en hæfilegt er, úr hófi* og um nafnorðið **næmi** er sagt: *1. námshæfileikar, það að vera næmur. 2. viðkvæmni gagnvart áhrifum. 3. í samsetn.: ónæmi, sóttnæmi, tilfinninganæmi.* Til gamans má geta þess að elsta heimildin í ritmálsskrá Orðabókar Háskólans um notkun orðsins ofnæmi er frá 1922, úr bókinni Dulmætti og dultrú, þar sem það virðist koma fyrir í kaflaheiti: Ofskynjun og ofnæmi dáleiddra.

Íðorðasafnið notar orðið **ofnæmi** um enska heitið **allergy**. Íslensk orðabók Máls og menningar gefur tvær skýringar á ofnæmi. *1. það að þola ekki (verða veikur af) að neyta vissra fæðutegunda eða snerta tiltekin efni (ávexti, fiður o.fl.), þola jafnvel ekki nærvist þeirra án þess að veikjast (t.d. af exemi); 2. finnast e-ð alveg óþolandi.* Þessi tilvitnun sýnir annars vegar almenna læknisfræðilega merkingu orðsins ofnæmi og hins vegar sérstaka (ekki sértæka!) tilfinningalega og næstum spaugilega notkun þess. Sértæka læknisfræðilega merkingin er svo sú sem birtist í Íðorðasafninu: *„Sjúklegt ástand þar sem afbrigðileg ónæmisviðbrögð við ofnæmisvaka leiða til bólgu eða vefjaskemmda."* Þessi lýsing getur átt við um allar tegundir ofnæmisviðbragða, frá bráðaofnæmi (immediate hypersensitivity) til síðkomins ofnæmis (delayed hypersensitivity).

Heitið **hypersensitivity** er venjulega notað sem samheiti við allergy, en hefur fengið íslenska heitið **ofurnæmi** í Íðorðasafni lækna. Forliðurinn **ofur-** hefur sterka áherslu og táknar *afar-, feikna-, geysi-* eða *mjög mikið* af einhverju. Vissulega getur slíkt átt vel við um sum þau viðbrögð sem sjást við ofnæmi, en engu að síður finnst undirrituðum að áherslan sé of sterk.

Lausir endar

Síðar í bréfi sínu segir Þorgeir: *„Sé spurt um lausa enda, þá sýnist bráðaofnæmi gera anaphylaxis bærileg skil, ---"* Því til viðbótar má segja að heitið **anaphylaxis** er komið úr grísku, myndað úr forskeytinu **ana-**, *burt frá*, og nafnorðinu **phylaxis**, *vörn*. Upprunalega var það sett saman til að tákna minnkaða mótstöðu eða þol tilraunadýra gagnvart endurteknum skömmtum af eitri. Löngu síðar kom í ljós að þarna hafði verið um ofnæmisviðbrögð að ræða. Nú er heitið anaphylaxis ýmist notað um *bráðaofnæmislost*, **anaphylactic shock** eða *staðbundið bráðaofnæmi*, **local anaphylaxis**, ofnæmisviðbragð af tegund I.

Hneigð merkir tilhneiging, **ofnæmi** merkir of mikil viðkvæmni gagnvart áhrifum og frá Þorgeiri koma lokaorðin: *„--- en ofnæmishneigð, þetta ljósa orð, þýðir nákvæmlega það sem það þýðir."*

Frá Kvennadeild Landspítalans

Endurtengingar eggjaleiðara

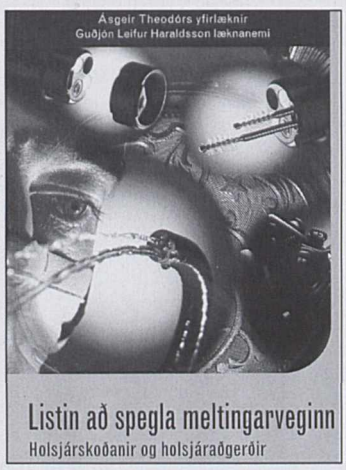
ENDURTENGINGAR EGGJALEIÐARA eftir ófrjósemisaðgerð hafa einkum verið gerðar á Kvennadeild Landspítalans á undanförnum árum. Um er að ræða kviðarholsaðgerðir þar sem eggjaleiðarar eru endurtengdir undir smásjá. Aðgerðin er talsvert yfirgripsmikil og oft þarf kviðarholsspeglun nokkru eftir aðgerðina að auki vegna viðbótarmeðferðar. Kostnaður við aðgerðirnar er verulegur. Árangur er um 50-70% ef aðrir þættir er varða frjósemi eru í lagi. Áhætta á utanlegsþykkt er aukin eftir endurtengingaraðgerðir. Oft er ástæða þessara aðgerða vel ígrunduð og fyllilega réttmæt en í öðrum tilvikum getur virst að svo sé ekki. Við höfum því undanfarin þrjú ár haft eftirtaldar vinnureglur á Kvennadeildinni sem hér eru kynntar öllum læknum.

1. Áður en konan er tekin til aðgerðar þarf að vera búið að staðfesta að hún hafi egglos (prógesteron mæling á síðari hluta tíðahrings).
2. Almennt heilsufar konunnar þarf að vera gott.
3. Niðurstöður sæðisprófs hjá maka þurfa að liggja fyrir.
4. Meta þarf ástand eggjaleiðara með tilliti til möguleika á árangri, sem yfirleitt er gert með kviðarholsspeglun.
5. Hjá mörgum konunum er einnig viðeigandi að þær fari í viðtal hjá félagsráðgjafa, þar sem félagslegar aðstæður konunnar eru kannaðar. Sambúð þarf að vera trygg.
6. Til viðmiðunar við reglur um glasafrjóvgun þá hefur hámarksaldur verið settur við 42 ár. Hjá konum yfir þeim aldri eru líkur á þungun sem leiðir til barneigna ekki góðar og minnka hratt með aldrinum.
7. Loks þarf að vekja athygli þeirra, sem eftir slíkri aðgerð leita, á því að gjald fyrir endurtengingaraðgerð er kr. 129.000,00 og er þar stuðst við reglugerð um hlutdeild sjúkratryggða í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu frá 29. mars 1999.

Einn sérfræðinga deildarinnar (AuG) hefur gert þessar aðgerðir. Beiðni um aðgerð ásamt nauðsynlegum upplýsingum, samanber liði 1-4 hér að ofan, þarf að berast til hans. Biðtími eftir aðgerð sem þessari er að minnsta kosti þrír til sex mánuðir.

REYNIR TÓMAS GEIRSSON
AUÐÓLFUR GUNNARSSON

Bæklingur um holsjáraðgerðir



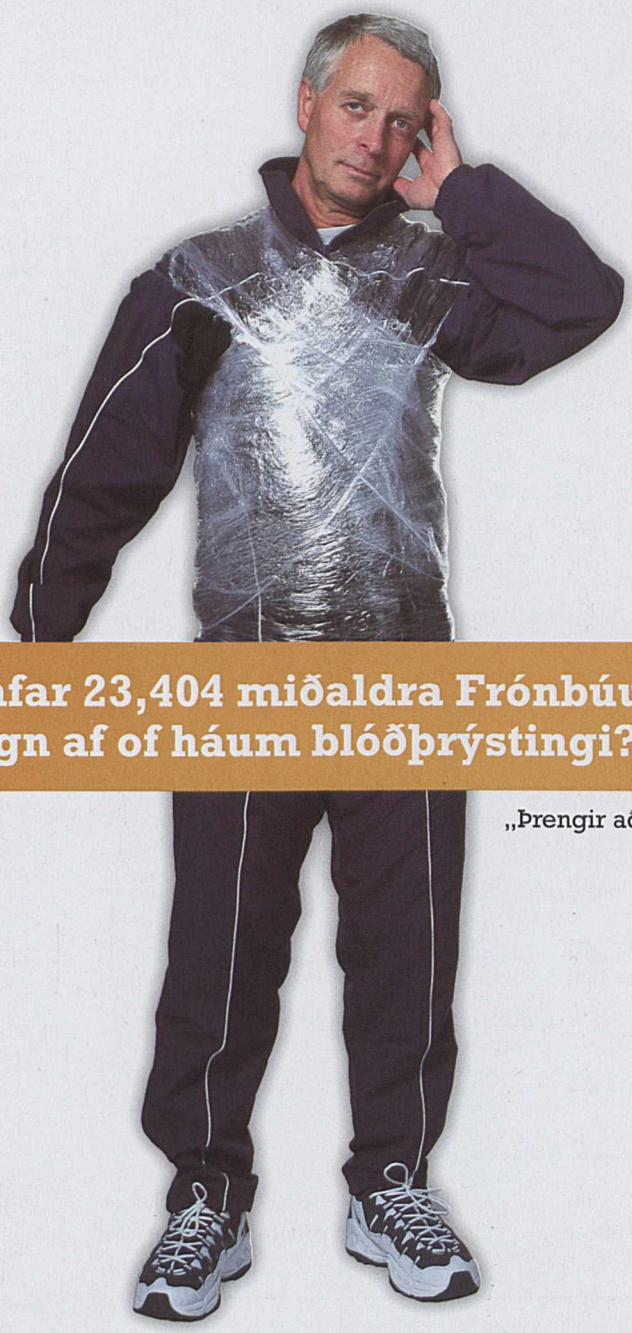
ÚT ER KOMINN BÆKLINGUR um holsjárskoðanir á meltingarvegi sem ber titilinn *Listin að spegla meltingarveginn*. Undirtitill er: *Holsjárskoðanir og holsjáraðgerðir.* Höfundar hans eru Ásgeir Theodórs yfirlæknir og Guðjón Leifur Haraldsson læknanemi.

Í bæklingnum er að finna helstu upplýsingar sem varða speglanir á meltingarvegi og nýjustu rannsóknir og aðgerðir sem hægt er að gera í gegnum holsjárskoðunartæki. Bæklingurinn er ætlaður unglæknum, læknanemum, heilsugæslulæknum og öðrum sérfræðingum en einnig hjúkrunarfræðingum og öðrum heilbrigðisstéttum.

Bæklingurinn er til sölu á meltingarsjúkdómadeild St. Jósefsspítala í Hafnarfirði og veita læknaritarar nánari upplýsingar: Guðrún Gunnarsdóttir (netfang: gudrun@stjo.is) og Alma Jónsdóttir (netfang: alma@stjo.is), sími 555 3888, bréfsími 565 3255.

Atacand
Hässle, 970003
Töflur, C 09 C A 06 RB
Hver tafla inniheldur Candesartanum INN, cílexetíl 4 mg, 8 mg eða 16 mg. **Ábendingar:** Hár blóðþrýstingur. Skammtar og lyfjagjöf: **Skömmtun:** Venjulegur viðhaldsskammtur Atacand er 8 mg eða 16 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka með eða án matar og án tillits til aldurs. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (þ.e. kreatínín klerans <30 ml/mín.) skal hefja meðferð með 4 mg. **Börn:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Skyld lyf geta aukið þvagefni í blóði og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með tvíhliða nýrnaslagæðaþrengsli eða þrengsli í slagæð að einu nýra ef aðeins eitt nýra er til staðar. Þetta getur einnig átt við um angíótensín II viðtaka antagónista. Hjá sjúklingum með alvarlega skert blóðrúmmál geta einkenni lágþrýstings komið fram. Samtímis gjöf á Atacand og kalíumsparandi þvagræsilyfi getur valdið hækkun á kalíumþéttni í sermi. **Milliverkanir:** Engar þekktar. **Aukaverkanir:** Lágþrýstingur vegna áhrifa lyfsins. **Lyfhrif:** Eiginleikar: Candesartan er angíótensín II viðtaka blokki, sérhæfður fyrir AT1 viðtaka, með sterka bindingu við og hæga losun frá viðtakanum. Það hefur enga eigin virkni. Blóðþrýstingslækkandi verkun hefst innan 2 klst., hámarks blóðþrýstingslækkandi verkun næst innan fjögurra vikna og helst við langtíma meðferð. Blóðþrýstingslækkun af völdum lyfsins helst jöfn í 24 klst. og þess vegna er nægjanlegt að gefa lyfið einu sinni á dag. Candesartan eykur blóðflæði um nýru og viðheldur eða eykur gaukulsíunarhraða á meðan viðnám nýrnaæða og síunarhlutfall minnkar. Atacand hefur engar óæskilegar verkanir á blóðsykur eða blóðfitu.
Pakkningar og verð:
Töflur 4 mg: 28 stk. 2853 kr.; 98 stk. 7966 kr.; 1 tafla x 98 stk. 6858 kr. Töflur 8 mg: 28 stk. 3172 kr.; 98 stk. 8987 kr.; 1 tafla x 98 stk. 7837 kr. Töflur 16 mg: 28 stk. 3810 kr.; 98 stk. 10980 kr.; 1 tafla x 98 stk. 9797 kr. **Greiðsluþátttaka: B**
Sjá ítarlegri upplýsingar um lyfið í texta Sérlyfjaskrár 1999

Umboð á Íslandi:
Pharmaco hf. AstraZeneca
Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími: 535-7151 Fax: 565-7366



Stafar 23,404 miðaldra Frónbúum ógn af of háum blóðþrýstingi?*

„Þrengir að í kyrrþey"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Mikilvægi þess að meðhöndla háþrýsting rétt og tímanlega verður æ ljósara. Lækkun blóðþrýstings í lagbili um 5-6 mm Hg minnkar hættuna á heilablóðfalli um 38% og hættan á blóðþurrðarsjúkdómum í hjarta minnkar um 16%**

ATACAND® er angíótensín II viðtaka blokki sem binst sterkt og sérhæft við AT_1 viðtakann. Lyfjagjöf er ávallt einu sinni á dag, blóðþrýstingslækkunin fylgir skammtastærð og helst jöfn allan sólarhringinn ● Engar milliverkanir eru þekktar, aukaverkanir eru svipaðar og af lyfleysu og óháðar skammtastærð*** ● ATACAND® fæst í 3 styrkleikum, 4, 8 og 16 mg. Ábendingar: Hár blóðþrýstingur.

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)



AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Heimild byggð á Enström-Granath I. Ambulatory blood pressure monitoring. A tool for more comprehensive assessment. Thesis. University of Lund, 1992 og upplýsingum frá Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga 40-64 ára 31.des. sl. **Cardio Monitor 1996. ***Sérlyfjaskrá og Sever P. Candesartan cilexetil: a new, long-acting effective angiotensin II type 1 receptor blocker, J. Human Hypertension, 1997; 11 suppl 2: s91-s95.

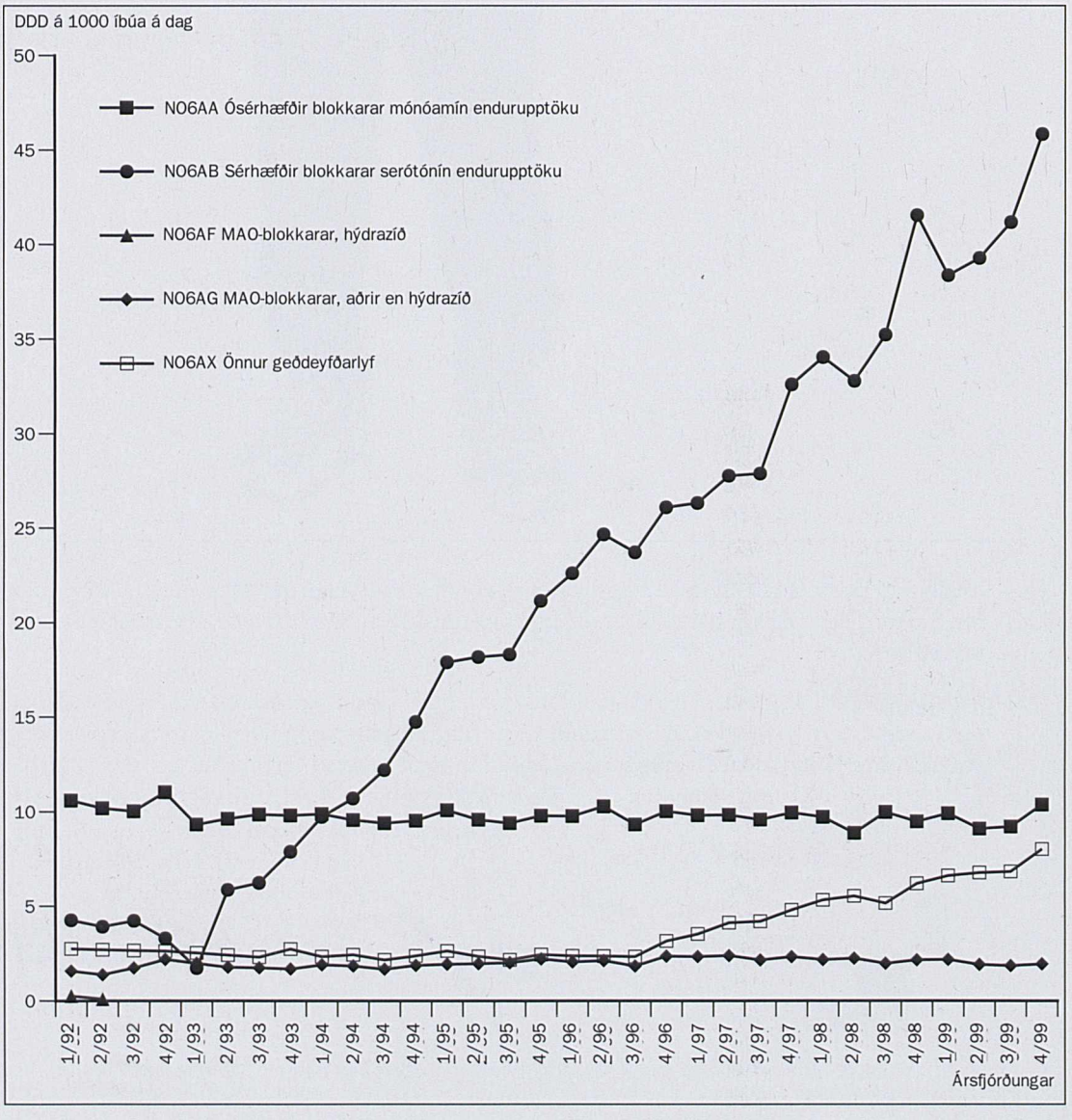
Lyfjamál 83

Notkun geðdeyfðarlyfja (N06A) á Íslandi 1992-1999

Í APRÍL Á SÍÐASTA ÁRI skilaði nefnd, skipuð af heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, skýrslu um notkun geðdeyfðarlyfja og þunglyndisraskanir. Formaður nefndarinnar var Tómas Helgason prófessor. Skýrslan var birt sem fylgirit með Læknablaðinu skömmu síðar og ætti þannig að hafa borist flestum læknum. Í skýrslunni kemur meðal annars fram að nærri einn fimmti hluti landsmanna mun einhvern tímann veikjast af þunglyndisröskun á lífsleiðinni og á hverjum tíma þjást 5-8% fullorðinna af slíkum röskunum. Í byrjun árs 1992 var notkun geðdeyfðarlyfja 19,44 skilgreindir dagskammtar (SDS) á hverja 1000 íbúa á dag, eða með öðrum orðum þá voru tæplega 2% landsmanna að nota geðdeyfðarlyf alla daga ársins. Í lok árs 1999 er þessi tala 66,18 SDS/1000 íbúa/dag eða 6,6% þjóðarinnar.

Kostnaður hefur vaxið úr 198 m.kr. 1992 í 824 milljónum króna 1999, þar af 124 milljónir króna á síðasta ári.

Notkun geðdeyfðarlyfja á Íslandi 1992-1999.



Megrunarlyf við offitu

XENICAL®

orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

Offita er sjúkdómur sem nú er loksins hægt að meðhöndla

Xenical veldur þyngdartapi[1,2]

Fylgikvillar offitu[3]:

Verulega aukin áhætta (yfir þreföld áhætta)	Töluvert aukin áhætta (tvö- til þreföld áhætta)
Sykursýki (gerð 2) Gallblöðrusjúkdómar Hækkaðar blóðfitur Insúlínviðnám Mæði Kæfisvefn	Kransæðasjúkdómur Háþrýstingur Slitgigt í hnjám Þvagsýrudreyri/-gigt

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)
Brjóstakrabbamein eftir tíðahvörf Legslímukrabbamein Ristilkrabbamein Óeðlileg hormónaframleiðsla í æxlunarfærum Fjölblöðru-eggjastokksheilkenni Minnkuð frjósemi Mjóbaksverkir Aukin áhætta við svæfingu Fósturgallar sem tengjast offitu móður

Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Megrunarlyf við offitu

XENICAL®
orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

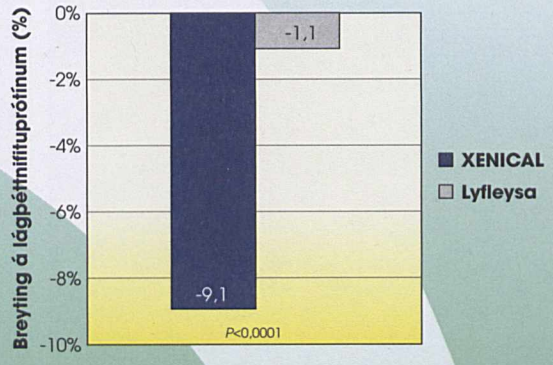
Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Xenical lækkar heildar-kólesterólmagn[1,2]

Xenical lækkar einnig magn lágþéttnifituprótína og bætir hlutfall lágþéttni-/háþéttnifitu-prótína[1,2]

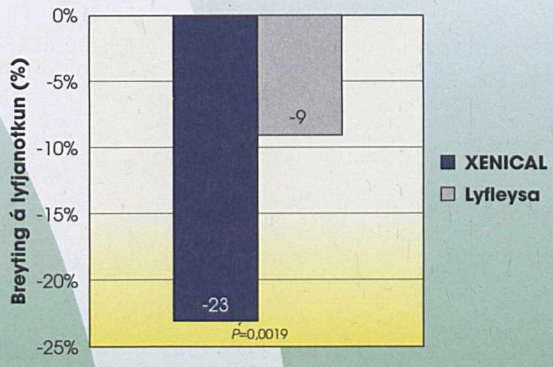
Lækkunin er umfram það sem ætla má vegna þyngdartapsins eingöngu[1]:



Xenical bætir sykurstjórnun[1,2]

Xenical minnkar notkun sykursýkilyfja hjá sjúklingum með sykursýki og offitu[2]

Meðallækkun á notkun sykursýkilyfja til inntöku hjá sjúklingum með fullorðinssykursýki eftir eins árs meðferð með Xenical og lyfleysu[2]:



Flokkun eftir verkun: Lyf við offitu (ATC-flokkun A08AB01).

Lyfjaform og útlit: Hylki, blágræn með áletrun „ROCHE" og „XENICAL 120".

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

Lyfhrif: Orlístat er kröftugt, sértækt og langverkandi lyf sem hamlar virkni lípasa í meltingarveginum. Það verkar í maga og smágirni með því að mynda samgilt tengi við virka serín setið á lípasa í maga og lípasa frá brisi. Óvirka ensímið getur því ekki hýdrólýserað fitu úr fæðunni, á formi þríglýseríða, yfir í frían fitusýrur og einglýseríð.

Ábendingar: Xenical er ætlað ásamt hitaeiningaskertu fæði til meðferðar hjá offitusjúklingum með þyngdarstuðul (BMI= þyngd(kg)/hæð(m)·hæð(m)) hærri eða jafn og 30 kg/m² (BMI) eða yfirþyngdar-sjúklingum (BMI 28 kg/m²) með tengda áhættuþætti.
Meðferð með orlístati ætti einungis að hefja ef megrunarfæði eingöngu hefur leitt til minnst 2,5 kg þyngdartaps á 4 vikum. Meðferð með orlístati á að hætta eftir 12 vikur ef sjúklingi hefur ekki tekist að losa sig við a.m.k. 5% af líkamsþyngd sinni reiknað frá upphafi lyfjameðferðar.

Skammtar og lyfjagjöf:
Fullorðnir: Ráðlagður skammtur af orlístati er eitt 120 mg hylki, sem á að taka rétt fyrir, með eða allt að einni klst. eftir máltíð. Sé máltíð sleppt eða hún án fitu á að sleppa að taka lyfið inn.
Sjúklingurinn á að vera á fæði sem inniheldur öll nauðsynleg næringarefni, en aðeins færri hitaeiningar en hans daglega þörf segir til um og ætti um 30% hitaeininganna að vera úr fitu.
Mælt er með ríkulegri neyslu ávaxta og grænmetis.
Daglegri neyslu fitu, kolvetna og próteins skal dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ekki hefur verið sýnt fram á að orlístat skammtar stærri en 120 mg þrisvar á dag bæti árangur.
Áhrif orlístats leiða til aukningar á fitu í saur, strax 24-48 klukkustundum eftir inntöku. Þegar meðferð er hætt verður fituinnihald hægða yfirleitt aftur eins og það var fyrir meðferð, innan 48-72 klukkustunda.
Upplýsingar um öryggi og verkun eftir 2 ára notkun eru ekki fyrirliggjandi, því ætti meðferð með orlístati ekki að vara lengur en í 2 ár.
Sérstakir sjúklingahópar: Áhrif orlístats hjá sjúklingum með lifrar- og/eða nýrnabilun, börnum og öldruðum sjúklingum hafa ekki verið rannsökuð.
Börn: Orlístat er ekki ætlað til notkunar handa börnum.

Frábendingar: Langvinnt vanfrásogsheilkenni. Gallteppa. Brjóstagjöf. Þekkt ofnæmi fyrir orlístati eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins.
Orlístat er ekki ráðlagt til notkunar á meðgöngu.

Sérstök varúð og varúðarreglur varðandi notkun: Í klínískum rannsóknum var minnkun líkamsþyngdar við orlístat meðferð minni hjá sjúklingum með fullorðinssykursýki heldur en hjá sjúklingum sem ekki voru með sykursýki. Þegar orlístat er tekið getur nákvæmt eftirlit með sykursýki lyfjameðferð verið nauðsynlegt.
Meðferð með orlístati getur hugsanlega truflað frásog fituleysanlegra vítamína (A, D, E, K). Flestir sjúklinganna, sem fengu meðferð með orlístati í allt að 2 ár í klínískum rannsóknum voru með A-, D-, E- og K-vítamín og betakarótíngildi sem voru innan eðlilegra marka. Til að tryggja fullnægjandi næringu á að ráðleggja sjúklingum á megrunarfæði að neyta fæðu sem inniheldur ávexti og grænmeti og íhuga skal neyslu fjölvítamína. Vítamín á að taka minnst 2 klst. eftir gjöf orlístats eða að kvöldi fyrir svefn.
Ráðleggja skal sjúklingum að halda sig við það mataræði sem mælt er með (sjá kafla um skammta). Hætta á meltingartruflunum (sjá kafla um aukaverkanir) getur aukist þegar orlístat er tekið með fituríkri fæðu (t.d. fæða með 2000 hitaeiningum á dag, þar sem > 30% hitaeininga úr fitu jafngildir > 67 g af fitu). Daglegri fituneyslu ætti að dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ef orlístat er tekið með einstakri fituríkri máltíð, geta líkur á meltingar-truflunum aukist.

Milliverkanir: Samtímis gjöf orlístats og fíbrata, akarbósa, biguaníða eða lyfja sem valda lystarleysi er ekki ráðlögð ef rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi.
Þegar warfarín eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati (stórir skammtar og langtíma meðferð) á að fylgjast með blóðstorkugildum.
Engar milliverkanir við digoxín, fenýtóín, getnaðarvarnartöflur, nifedipín, nifedipín forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Pravastatín: Ef orlístat er gefið sjúklingum sem taka pravastatín aukast (skammtaháð) aukaverkanir pravastatins, þ.á.m. rákvöðvasundrun, vegna aukinnar blóðþéttni pravastatins. Það getur þurft að breyta skammti pravastatins.
Vítamín og betakarótín: Taka þarf tillit til minnkunar á frásogi D- og E-vítamíns og betakarótíns (sjá kafla um sérstök varúð og varnaðarorð varðandi notkun).

Meðganga og brjóstagjöf: Notkun orlístats á meðgöngu er ekki ráðlögð. Enn sem komið er eru ekki fullnægjandi upplýsingar fyrirliggjandi um töku orlístats hjá þunguðum konum til þess að meta hugsanleg áhrif orlístats á því að valda afbrigðileika í fóstri eða eituráhrifum.
Þar sem ekki er vitað hvort orlístat berst í brjóstamjólk á ekki að nota orlístat við brjóstagjöf.

Áhrif á akstur og stjórnun vélknúinna tækja: Ekkert hefur komið fram sem bent gæti til að lyfið hafi áhrif á hæfni til aksturs eða stjórnunar vélknúinna tækja.

Aukaverkanir: Aukaverkanir af völdum orlístats eru aðallega frá meltingar-vegi. Á fyrsta meðferðarári voru algengustu aukaverkanirnar fitublettir frá endaþarmi (27% sjúklinga), hægðavottur með vindgangi (24% sjúklinga), bráð þörf fyrir hægða-losun (22% sjúklinga), fitugur/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægða-losun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Aðrar meðferðartengdar aukaverkanir sem komu fram við tíðni > 2% og með tíðni >1% yfir lyfleysu voru: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, vind-gangur, þunnfljótandi hægðir, linar hægðir, verkir/óþægindi í endaþarmi, tannkvillar og tannholdskvillar. *Öndunarfæri:* Sýkingar í efri öndunarfærum, sýkingar í neðri öndunarfærum. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Kynfæri:* Tíðatruflanir. *Geð:* Kvíði. *Almennar:* Þreyta. *Þvagfæri:* Sýkingar í þvagrás.

Ofskömmtun: Ekki hefur verið greint frá ofskömmtun orlístats. Einstakir 800 mg skammtar og endurteknir skammtar allt að 400 mg þrisvar á dag í 15 daga hafa verið prófaðir bæði hjá fólki sem er innan eðlilegra þyngdarmarka og hjá offitusjúklingum, án marktækra aukaverkana. Auk þess hafa 240 mg skammtar þrisvar á dag verið gefnir offitusjúklingum í sex mánuði. Eigi umtalsverð ofskömmtun orlístats sér stað, er mælt með því að fylgst sé með sjúklingnum í sólarhring. Rannsóknir á dýrum og mönnum hafa bent til þess að öll áhrif á líkamann af völdum hömlunar á lípasa gangi hratt til baka.

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.1. 2000:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 5.213 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 9.259 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðsu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini. Elli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða 1.100 krónur fyrir lyfið, en aðrir 3.800 krónur.

Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Heimilt er að ávísa lyfinu til 100 daga notkunar í senn.

Heimildir:
1) Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. Lancet 1998; 352: 167-73.
2) Hollander PA, Elbein SC, Hirsch IB, et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 1998; 21 (8): 1288-94.
3) WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Condultation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Roche
Hoffmann - La Roche

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Tjarnarplásturinn



Hallgerður Gísladóttir skrifar

Þegar spurningaskrá um gömul læknisráð var send út árið 1994 minntust nokkrir heimildarmenn úr Eyjafjarðarsýslu og V-Ísafjarðarsýslu á plástur, sem hefði verið notaður þar við ýmiss konar kvillum, svo sem gigt og ígerð. Þegar betur var að gáð reyndist plásturinn vera af sömu rót á báðum stöðum og má rekja hann til Þórunnar Hjörleifsdóttur ljósmóður (f. 1844) sem var langdvölum á Tjörn í Svarfaðardal, en við þann bæ kenndu margir plásturinn og kölluðu Tjarnarplástur. Í kvæði til Þórunnar eftir Jón Björnsson er meðal annars þetta sem vísar til lækninga hennar:

...
verkin þín í veikra hreysum
varpa þó á hjartans haf
líknarinnar göfga, fagra geislastaf

Faðir Þórunnar, séra Hjörleifur Guttormsson var prestur á Skinnastað í Öxarfirði og seinna á Tjörn en móðir hennar Guðlaug Björnsdóttir ljósmóðir austan úr Hróarstungu sem hafði orð á sér fyrir að vera læknir góður eins og dóttirin. Þórunn var gift Arngrími Gíslasyni málara og bjuggu þau í Gullbringu, bæ sem enn stendur í brekkunni fyrir ofan bæinn á Tjörn og er málarastofa Arngríms þar, nú friðuð. Afkomendur þeirra héldu síðan áfram að búa til plásturinn eftir uppskrift Þórunnar. Hér að neðan eru skráð munnmæli um Tjarnarplásturinn úr gögnum þjóðháttadeildar, en vel kann að vera að heimildir um hann leynist víðar. Einn af heimildarmönnum þjóðháttadeildar um þetta efni er raunar barnabarn Arngríms og Þórunnar, Ingunn Angantýsdóttir nú á tíræðisaldri, búsett á Þingeyri. Faðir hennar, Angantýr Arngrímsson, flutti til Þingeyrar og breiddi út hróður plástursins vestra en sumir þar nefna hann eftir Angantý:

Þórunn Hjörleifsdóttir ásamt fjórum börnum sínum. Við hlið hennar situr Angantýr en fyrir aftan, talið frá vinstri: Guðlaug, Björg og Nanna (yngri). Myndin er fengin úr bók Kristjáns Eldjárns um Arngrím málara og er hún í eigu fjölskyldu Kristjáns.



„Angantýsplástur var mjög vel látinn, hann var minnir mig þannig að fletja mátti efni hans út með fingrunum, það var svart og seigt og minnti á malbik," segir dýrfirskur heimildarmaður.

Annar sem alinn var upp á Flateyri, en reyndar ættaður úr Svarfaðardal, segir:

„En svo var eitt lyf, sem hafði alveg sérstöðu og var mikill leyndardómur og hvísl þegar um það var rætt en það var Tjarnarplásturinn. Mamma geymdi hann í sérstakri skúffu í „servantinum" sínum og þetta var kolsvart eins og lakkrís og vel um búið. Ef tók að grafa í einhverjum var gripið til Tjarnarplástursins. Þá var tekinn svolítill biti af þessum svarta klumpi og honum velt í lófa og mýkt svipað og börn gera við leir. Þegar plásturinn var hæfilega mjúkur var hann lagður yfir kýlið og svo bundið vel um. Það var segin saga að máttur þessa plásturs var slíkur, að aldrei varð neitt úr meininu en það dróst saman og eftir sat ljós nabbi, sem þornaði og hvarf. Þegar ég spurði sem barn um þennan plástur var mér sagt, að það væri aldrei nema einn í ættinni, sem kynni uppskriftina og honum bar að skila henni til yngri ættingja með þeim orðum, að segja engum frá því hvernig plásturinn væri búinn til."

Ingunn Angantýsdóttir var níu ára gömul þegar Þórunn amma hennar dó hálfáttræð árið 1918. Hún man vel eftir því þegar þegar amma hennar var að sjóða efnablönduna í plásturinn og eins eftir því þegar faðir hennar var að búa hann til. Ekki kunni Ingunn uppskriftina að plástrinum en vissi að í honum hafði verið kamfóra, bómolía og menja. Ingunn hafði heyrt að plásturinn kæmi upphaflega frá Hólum fyrir langalöngu og hefði fyrst verið kallaður Hólaplástur. Hann hefði síðan gengið niður í beinan ættlegg. Faðir hennar hefði gert mikið af því að búa til plástra handa sjómönnum með fingurmein, en fiskimenn fengu oft ígerð í fingur. Ýmsar sögur eru til um lækningar fyrir tilstuðlan plástursins, til dæmis segir Ingunn að móðir hennar, Elín Tómasdóttir frá Völlum (f. 1879) hafi verið flutt dauðvona sem unglingur, greind með berkla, heim af Akureyrarspítala til að deyja heima. Móðir hennar tók það til ráðs að leita til Þórunnar Hjörleifsdóttur sem lagði plásturinn góða við síðuna á henni, þar sem hún var slæm af kvölum. Og eftir nokkra daga opnuðust undir honum tvö sár og út löðraði gröftur. Þetta reyndist sem sagt hafa verið brjósthimnubólga sem læknaðist upp úr þessu og seinna giftist Elín Angantý syni Þórunnar. Þórunn og móðir Elínar suðu grasasmyrsl til að græða síðusár Elínar en merki um þau sáust alla tíð og sagði Ingunn að þessi saga hefði síðast verið rifjuð upp þegar hún var að þvo móður sinni, háaldraðri, en þá blöstu örin við. Elín hafði því óbilandi trú á plástrinum og notaði hann mikið. Angantýr hætti að gera plástra fyrir fólk eftir að pensilín fór að verða algengt

en þá fékk Elín sendan plástur frá Selá á Árskógsströnd þar sem Björg Arngrímsdóttir, systir Angantýs, hélt áfram plástursgerðinni. Þóra Angantýsdóttir, sonardóttir Bjargar taldi að leyndarmálið um gerð plástursins hefði farið í gröfina með foreldrum hennar, en Björg kenndi Dagmar Þorvaldsdóttur móður hennar uppskriftina og mun hún síðast hafa gert plásturinn, eða allt fram á sjöunda áratuginn. Þóra vissi þó að uppistaðan í honum hefði verið bómolía og að í honum var blýmenja. Soðið var mjög hægt og lengi, fleiri kíló í einu, fyrst var jukkið lapþunnt, síðan dökknaði það og þykknaði, en potturinn var hafður opinn og hrært viðstöðulítið í. Þóra á ennþá bita úr síðustu löguninni og pottinn sem plásturinn var soðinn í. Koppsetningartæki sem Þórunn átti og fatið sem plásturinn var látinn kólna í eru hins vegar komin á byggðasafnið á Dalvík. Þegar plástursdeigið var orðið kalt var það skorið niður í flata bita sem voru um 2 sm í þvermál og 1 sm á þykkt. Plásturinn var velgdur og honum smurt í tusku sem lögð var við bólgur og ígerðir. Fólk sem vann við beitingu notaði plásturinn mikið því að það fékk oft ígerð í fingur vegna stungusára.

Ekki er ólíklegt að heimildir um Tjarnarplásturinn séu til á fleiri stöðum, enda stutt síðan að hann var í notkun. Seint verður til dæmis fullleitað í gögnum þjóðháttadeildar og ekki hefur enn fengist peningur til að tölvusetja svör við spurningaskrá um gömul læknisráð, en slíkt myndi auðvelda verulega leit í þeim gögnum.

Fundur Evrópusamtaka sérfræðilækna í Vínarborg dagana 21.- 24. október 1999

Undirritaður fór á ársfund Evrópusamtaka sérfræðilækna (UEMS) í Vínarborg á haustdögum, sem fulltrúi Læknafélags Íslands. Þessi samtök, sem urðu 40 ára í fyrra, eru regnhlífarsamtök evrópskra sérfræðilækna og hefur Ísland verið fullgildur meðlimur síðan haustið 1997.

Á fundinum að þessu sinni var mál málanna áform um að koma meiri samhæfingu á símenntun lækna í Evrópu. Fyrirhugað er að koma á fót *Símenntunarstofnun Evrópu*, sem UEMS hyggst ráða einkaaðila til að reka. Stofnun þessi á væntanlega að hafa með höndum samhæfingu og framkvæmd símenntunarmála, talningu endurmenntunarpunkta, þar sem slíks er krafist og svo framvegis Allt er þetta þó í mótun enn sem komið er.

Vandamál sem varða einstakar sérfræðigreinar eru alltaf rædd talsvert á aðalfundum UEMS. Að þessu sinni bar þar helst til tíðinda að samþykkt var að taka upp til reynslu *Section of clinical neurophysiology*, sem er ákveðin viðurkenning fyrir klíníska taugalífeðlisfræði sem sérgrein. *Gyneacological Oncology* sótti um að viðurkenningu innan UEMS sem undirsérgrein. Við þessari beiðni var orðið en almennt virtust fulltrúar hafa áhyggjur af síauknum fjölda sérgreina og undirsérgreina innan læknisfræði. Fleiri mál af svipuðum meiði voru rædd, bæði ónæmislækningar og nýburalækningar, sem og taugalækningar sem undirsérgreinar af barnalækningum. Ekki var tekin nein ákvörðun hvað varðar þessar sérgreinar/undirsérgreinar, en nánari upplýsingar um umræðuna er hægt að fá hjá LÍ.

Gengið var til kosninga um nýja stjórn UEMS. Þar áttust við annars vegar alvörugefinn franskur fulltrúi, Hoertig en hins vegar lagviss Íri, Cillian Twomey. Hoertig naut stuðnings frönskumælandi þjóða sem og fulltrúa Miðjarðarhafsins en Twomey var maður Bretlandseyja, Norðurlanda, Hollands og Portúgals. Leikar fóru þannig að Twomey var kosinn forseti samtakanna, sem er mikið lán. Kosningar um aðrar stöður fóru einnig þannig að Norður-Evrópubúar eru þar í meirihluta.

Gestrisni Austurríkismanna var við brugðið og mikið sungið, enn meir borðað en ekkert dansað þá daga sem fundurinn stóð.

Páll Matthíasson

ZOMIG D AstraZeneca, 960319
TÖFLUR: N 02 C X **R**
Hver tafla inniheldur: Zolmitriptanum INN 2,5 mg eða 5 mg.
Eiginleikar: Zolmitriptan er sérhæft örvandi efni fyrir 5HT1D viðtaka í æðum. Áhrif fást innan 1 klst frá lyfjagjöf og endurspeglast í linun á höfuðverk og öðrum mígreneinkennum eins og ógleði, ljósfælni og hljóðfælni. Zolmitriptan frásogast hratt og vel (a.m.k. 64%) eftir inntöku og hefur matur ekki áhrif á frásog. Lyfið umbrotnar að miklu leyti í lifur, Meira en 60% af lyfinu útskilst umbrotið með þvagi en um 30% óbreytt með saur.
Ábendingar: Bráð meðferð á mígreni með eða án fyrirboða (auru). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Háþrýstingur og vægur ómeðhöndlaður háþrýstingur. Kransæðastífla. Blóðþurrðar hjartasjúkdómar eða einkenni um slíkt. Kransæðaherpingur (Prinzmetals angina). Útlægir æðakrampasjúkdómar. Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda: ergotamín eða afleiður þess, súmatriptan, naratriptan eða aðra 5-HT1D viðtaka örva. Sjúkdómar sem tengjast blóðæðum eða blóðnæringu heila eða saga um skammvinna heilablóðþurrð (TIA). Kreatínín klerans < 15 ml/mín. **Varúð:** Lyfið á einungis að nota þegar greining á mígreni hefur verið staðfest og aðrir hugsanlegir alvarlegir taugasjúkdómar útilokaðir. Zomig á ekki að nota við helftarlömunar-, heilastofns- eða sjónlömunarmígreni. Lyfið skal ekki gefa sjúklingum með Wolff-Parkinson-White heilkenni eða hjartsláttartruflanir sem orsakast af annars konar aukaleiðslubrautum í hjarta. Ekki er ráðlagt að nota Zomig hjá sjúklingum með blóðþurrðar hjartasjúkdóma eða sjúklingum sem grunur leikur á að hafi kransæðasjúkdóm. Ekki skal taka hærri skammta af Zomig en mælt er með. **Meðganga:** Lyfið skal eingöngu nota á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess fyrir fóstrið. Dýratilraunir benda ekki til að lyfið valdi vansköpun. **Brjóstagjöf:** Ekki er vitað um útskilnað lyfsins í móðurmjólk, og skal því gæta varúðar þegar lyfið er gefið konum með börn á brjósti. Til að draga úr áhrifum á barnið skal forðast að gefa barni brjóst innan 24 klst eftir inntöku á Zomig. **Áhrif á akstur og stjórnun vinnuvéla:** Skammtar allt að 20 mg höfðu ekki nein marktæk áhrif á hæfni heilbrigðra einstaklinga í skynhreyfiprófum. Mælt er með að sjúklingar sem stjórna vélknúnum ökutækjum gæti varúðar, þar sem svefnhöfgi og önnur einkenni geta komið fram við mígrenikast.
Aukaverkanir: Aukaverkanir eru venjulega vægar, tímabundnar, ekki alvarlegar og hætta sjálfkrafa án sérstakrar meðferðar. Hugsanlegar aukaverkanir koma yfirleitt fram innan 4 klst. og eru ekki algengari við endurtekna skömmtun.
Algengar (>1%): *Almennar:* Þróttleysi, þyngslatilfinning í útlimum. Herpingstilfinning í hálsi, koki, útlimum og brjósti. *Miðtaugakerfi:* Sundl, svefnhöfgi, hitatilfinning, truflun á húðskyni. *Meltingarfæri:* Ógleði, munnþurrkur. *Stoðkerfi:* Vöðvaslappleiki, vöðvaþrautir.
Sjaldgæfar (<1%): *Almennar:* Þyngslatilfinning í brjósti og hálsi. Þrýstingstilfinning í koki, kjálka, hálsi og brjósti. *Hjarta- og æðakerfi:* Hraðtaktur, hjartsláttarónot, væg blóðþrýstingshækkun. Sum einkennin geta verið hluti af mígrenikastinu.
Milliverkanir: Engar sannanir liggja fyrir um að samtímis meðferð með koffíni, ergotamíni, díhýdróergotamíni, parasetamóli, metóklópramíði, pizótífeni, flúoxetíni, rífampisíni eða própranólóli hafi áhrif á verkanir eða aukaverkanir Zomig. Hins vegar skal ekki taka Zomig innan 24 klst frá því að lyf sem inniheldur ergotamín er tekið vegna aukinnar hættu á herpingi í kransæðum. Einnig skal ekki taka lyf sem inniheldur ergotamín innan 6 klst frá því að Zomig er tekið. Sjúklingar sem taka mónóamínoxídasa-A hemill, skulu ekki taka meira en 5 mg af Zomig á sólarhring. Ef móklóbemíð er tekið í hærri skömmtum en 150 mg tvisvar á dag, skal ekki gefa þessi tvö lyf samtímis. Samtímis meðhöndlun með címetidíni tvöfaldar helmingunartíma Zomig og því skal hámarksdagskammtur Zomig ekki vera meiri en 5 mg. Ekki er útilokað að aðrir sérhæfðir CYP 1A2 hemlar (t.d. flúvoxamín og kínólónar) hafi sömu áhrif og címetidín, og því er mælt með að draga úr dagskammti Zomig á sama hátt. Zomig getur haft áhrif á frásog annara lyfja. **Ofskömmtun og eiturverkanir:** 50 mg skammtur af lyfinu hefur yfirleitt slævandi áhrif á heilbrigða einstaklinga. Fylgjast þarf með sjúklingum sem tekið hafa of stóran skammt af Zomig í a.m.k. 15 klst, eða á meðan einkenni ofskömmtunar eru enn fyrir hendi. Ekkert sérstakt mótefni er til. Í alvarlegum eitrunartilfellum er mælt með meðferð á gjörgæsludeild, þ.á m. að koma á og viðhalda opnum öndunarvegi sjúklingsins, tryggja fullnægjandi súrefnisflutning og öndun, ásamt því að fylgjast með og styrkja hjarta- og æðakerfi.
Skammtastærðir handa fullorðnum: Zomig á ekki að nota sem fyrirbyggjandi meðferð við mígreni. Ráðlagður dagsskammtur er 2,5 mg. Lyfið skal taka við fyrstu einkenni mígrenihöfuðverkjar, en getur verkað þótt það sé tekið síðar. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur eða einkenni koma aftur innan 24 klst. má taka annan skammt, en þó ekki innan 2 klst frá upphafsskammti. Ef upphafsskammtur hefur engin áhrif á mígrenikastið er ólíklegt að annar skammtur hafi áhrif á sama kast. Endurtekin köst má meðhöndla með 5 mg skömmtum hafi 2,5 mg ekki gefið fullnægjandi árangur. Heildardagsskammtur skal ekki vera meiri en 10 mg og lyfið skal ekki tekið oftar en tvisvar á sólarhring. *Aldraðir (yfir 65 ára):* Ekki hafa verið færðar sönnur á öryggi og verkun Zomig hjá öldruðum og því er ekki mælt með notkun þess.
Sjúklingar með vanstarfsemi lifrar: Ekki þarf að aðlaga skammtinn fyrir sjúklinga með væga eða miðlungs vanstarfsemi. Mælt er með að sjúklingar með alvarlega vanstarfsemi taki ekki meira en 5 mg af Zomig á sólarhring.
Sjúklingar með vanstarfsemi nýrna: Ekki þarf að aðlaga skammtinn hjá sjúklingum með kreatínín klerans >15 ml/min.
Skammtastærðir handa börnum: *Börn (undir 12 ára):* Ekki hafa verið færðar sönnur á öryggi og verkun Zomig hjá börnum og því ekki mælt með notkun þess. *Unglingar (12-17 ára):* Ekki hafa verið færðar sönnur á öryggi og verkun Zomig hjá unglingum og því er ekki mælt með notkun þess.
Útlit: Töflur 2,5 mg: Kringlóttar, gular, Ø 7,5 mm, merktar Z.
Töflur 5 mg: Kringlóttar, bleikar, Ø 8,5 mm, merktar Z.
Pakkningar og verð:
Töflur 2,5 mg (þynnupakkað): 3 stk. - 2.924- kr.; 6 stk.- 5.209- kr.; 18 stk.- 13.155- kr.
Töflur 5,0 mg (þynnupakkað): 6 stk.- 5.701- kr.; 18 stk.- 14.865-kr.
Greiðslufyrirkomulag: E nema 18 stk þá 0
Sjá ítarlegri upplýsingar um lyfið í texta Sérlyfjaskrár 1999
Umboð á Íslandi: Pharmaco hf., AstraZeneca, Hörgatúni 2, 221 Garðabæ,
Sími : 535 7151 Fax : 565 7366

Lyfjanefnd ríkisins, 17. september 1998.



Skerðir mígreni lífsgæði 27.521 manns hér á landi?*

„Hvimleiður förunautur"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

„Sennilega er enginn hópur fólks jafn misskilinn, ranglega sjúkdómsgreindur og vanmeðhöndlaður eins og þeir sem þjást af mígreni." **Mígreni herjar gjarnan á þá sem eru á besta aldri og virkir í atvinnulífinu. Óbeinn kostnaður samfélagsins vegna sjúkdómsins er því mun meiri en beinn kostnaður.

Zomig® hefur best aðgengi allra lyfja í triptan-lyfjaflokknum og er því gefið í lægri skömmtum. Lyfið er í töfluformi, 2,5 mg og 5 mg. Ábendingar: Bráð meðferð á mígreni, með eða án fyrirboða (aura). *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*





AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Heimild byggð á Info från Läkemedelsverket 3:99 og upplýsingum Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga 1. des. sl. **Dr. Seymour Diamond, Newsweek 11. jan. 1999.

XIV. þing Félags íslenskra lyflækna

FÉLAG ÍSLENSKRA LYFLÆKNA

Þing Félags íslenskra lyflækna, hið XIV. í röðinni verður haldið á Egilsstöðum dagana 9.-11. júní næstkomandi.

Á þinginu verður að venju frjáls erindaflutningur og kynning á veggspjöldum auk þess sem vænta má gestafyrirlesara.



Hluti þátttakenda á XIII. þingi Félags íslenskra lyflækna á Akureyri í júní 1998.

Skilafrestur fyrir ágrip erinda og veggspjalda er **15. apríl**. Höfundar taki strax fram:

- Hvort þeir óska eftir að flytja erindi eða birta veggspjald
- Hvaða útbúnað þeir óska eftir að nota við flutning erindis og hvort þeir hafi útbúnað meðferðis, svo sem fistölvur, og þá hvaða

Frágangur ágripa verði eftirfarandi: titill, nöfn höfunda, nafn flytjanda feitletrað, vinnustaðir með tilvísun til höfunda, inngangur, efniviður og aðferðir, niðurstöður, ályktanir. Semja þarf sérstaklega um birtingu mynda og grafa.

Hámarkslengd ágrips er 1800 letureiningar (characters).

Ágrip skal senda í tölvupósti sem viðhengi til framkvæmdastjóra þingsins Birnu Þórðardóttur: birna@icemed.is

Ágrip sem ekki er unnt að senda rafrænt sendist á disklingi með útprenti til Birnu Þórðardóttur, Læknablaðinu, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi.

Stjórn Félags íslenskra lyflækna áskilur sér rétt til þess að hafna innsendum ágripum og eins að meta hvort kynnt verði með erindi eða veggspjaldi. Þau ágrip erinda og veggspjalda sem stjórn Félags íslenskra lyflækna samþykkir verða birt í Fylgiriti Læknablaðsins sem kemur út í byrjun júní.

Tilhögun þingsins, verð, skráning og pantanir verða auglýstar nánar síðar.

NYCOMED's Nordic Rheumatology Award 2000

Continuing a good Scandinavian tradition, Nycomed AB is pleased to announce a price for the best thesis work in clinical or basic rheumatology, which will be awarded at the 28th Scandinavian Congress for Rheumatology in Turku in September of 2000. The candidate must be working on a thesis at an institution in Scandinavia or have defended a thesis at such an institution in June 1998 or later. The price sum is 100.000 NKR and can be shared. The price committee consists of Gunnar Bendixen Denmark, Claes Friman Finland, Gunnar Husby Norway, Kristján Steinsson Iceland, and Frank Wollheim Sweden (Chair).

Applications should be sent to Erika Törnwall, Nycomed AB, Box 1215, SE-181 24 Stockholm. The application should contain the following, six copies of each:

1. A brief curriculum vitae.
2. A detailed outline of the project and why it is important to rheumatology, max 5 pages.
3. The applicant's bibliography.
4. The finished parts of the thesis or the finished thesis.
5. The applicant's current grant support.

Deadline for receipt of applications: Friday the 14th of April.

Kominn út á diskus





VENTOLIN DISKUS GlaxoWellcome

INNÚÐADUFT (duft í afmældum skömmtum til innúðunar); R 03 A C 02
Hver skammtur inniheldur: Salbutamolum INN, súlfat, samsvarandi Salbutamolum INN 200 míkróg.
Eiginleikar: Lyfið örvar beta-2 viðtæki sérhæft og veldur þannig berkjuvíkkun. Eftir innöndun fæst verkun á nokkrum mínútum og stendur hún í minnst 4 klst. Ekki hefur fundist samband milli blóðþéttni og verkunar á berkjur. Helmingunartími í blóði er 3-5 klst. Lyfið skilst út í nýrum, að hluta til sem óvirk umbortsefni.
Ábendingar: Sjúkdómar, sem valda berkjuþrengingu, svo sem astmi og langvinn berkjubólga með eða án lungnaþembu. Við astma er rétt að nota lyfið aðeins eftir þörfum, þar sem fyrirbyggjandi meðferð á astma byggist fyrst og fremst á notkun steralyfja til innöndunar.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir lyfinu. Varúðar skal gæta hjá sjúklingum með thyreotoxicosis, alvarlega hjartasjúkdóma eða hjartsláttartruflanir. Lyfið getur valdið tímabundinni hækkun blóðsykurs. Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið ætti ekki að nota á meðgöngutíma nema væntanlegt gagn fyrir móðurina sé talið meira en hugsanleg hætta fyrir fóstrið. Lyfið skilst að líkindum út í móðurmjólk, en ekki er vitað, hvort það kann að hafa skaðleg áhrif á barnið. Lyfið ætti því ekki að gefa mjólkandi konum nema brýn ástæða sé fyrir hendi.
Aukaverkanir: Skjálfti og hjartsláttur, hraðtaktur kemur fyrir, einkum í upphafi meðferðar. Þessi einkenni eru dæmigerð fyrir beta-örvandi lyf og eru skammtaháð.
Algengar (>1%): Hjarta og æðar: Hjartsláttur, hraðtaktur. Vöðvar: Skjálfti í hreyfivöðvum. Sjaldgæfar (0,1%-1%): Almennar: Höfuðverkur. Ofnæmi. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Öndunarfæri: Berkjusamdráttur. Erting í munni og hálsi. Efnaskipti: Kalíumskortur. Vöðvar: sinadráttur.

Geð: Hegðunarbreytingar, ofvirkni og svefntruflanir hjá börnum. Milliverkanir: Beta-blokkarar, sérstaklega ósérhæfðir, geta að hluta til eða alveg hamið verkun beta-örfandi efna.
Athugið: Við eitranir af völdum lyfsins er rétt að gefa sérhæfð,beta-blokkandi lyf, þar sem eiturverkanir eru fyrst og fremst vegna,áhrifa lyfsins á beta1-viðtæki. Slík meðferð getur þó haft slæm áhrif á astma.
Varúð: Ef gjöf lyfsins dregur ekki úr sjúkdómseinkennum innan 3 klst. á sjúklingurinn að hafa samband við lækni.
Ofskömmtun: Einkenni ofskömmtunar geta verið höfuðverkur, kviði,skjálfti, vöðvakrampar, hraður hjartsláttur, hjartsláttaróregla.Blóðþrýstingsfall getur komið fram. Rannsóknarniðurstöður: Styrkur sykurs og mjólkursýru getur hækkað í blóði (hyperglycaemia og lacticacidosis). Beta-2-agónistar geta valdið kalíumbresti vegna breytingu á dreifingu kalíums. Þarfnast venjulega ekki meðferðar. Meðferð: Skammtar minnkaðir.
Skammtastærðir handa fullorðnum: Venjulegur skammtur er 400 míkróg til innöndunar 4 sinnum á dag.
Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 6 ára.

Börn 6-12 ára: 200 míkróg til innöndunar 3-4 sinnum á dag.
Börn eldri en 12 ára: Sömu skammtar og handa fullorðnum.
Athugið: Þessi sjálfvirki úðaskammtari tryggir, að skammtur losni á,réttum tíma við innöndun og er því sérstaklega hentugur fyrir aldraða og,börn, sem ella eiga erfitt með að samræma innöndun við úðun.
Pakkningar: Innúðaduft 200 míkróg/skammt: 60 skammtar.

GlaxoWellcome

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

Hádegisfundir Lífeðlisfræðistofnunar

Eftirfarandi erindi verða flutt á næstu vikum:

Ragnheiður Fossdal líffræðingur, Íslenskri erfðagreiningu – 9. mars: **Erfðarannsókn á MS (multiple sclerosis) á Íslandi.**

Eysteinn Pétursson yfireðlisfræðingur, ísótópastofu, rannsóknadeild Landspítalans – 16. mars: **Geislavirk efnasambönd og rannsóknir á líffærastarfsemi.**

Dr. Ísleifur Ólafsson yfirlæknir, rannsóknadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur – 23. mars: **Erfðafræði heyrnarleysis.**

Dr. Sigurður Ingvarsson líffræðingur, rannsóknarstofu í frumulíffræði, Landspítalanum – 30. mars: **Sameindalíffræði og erfðafræði brjóstakrabbameina.**

Dr. Sigríður Ólafsdóttir lífefnafræðingur, Raunvísindastofnun HÍ – 6. apríl: **Breiðvirkur serínpróteasi úr ljósátu (*Euphausea superba*).**

Dr. Alfreð Árnason erfðafræðingur, rannsóknastofu í erfðafræði, Landspítalanum – 13. apríl: **Erfðafræðirannsóknir á Íslandi síðastliðin 30 ár.**

Erla Dóris Halldórsdóttir hjúkrunarfræðingur/sagnfræðingur, Sjúkrahúsi Reykjavíkur – 27. apríl: **Holdsveiki á Íslandi.**

Dr. Leifur Þorsteinsson líffræðingur, Íslenskri erfðagreiningu – 4. maí: **Þáttur komplementstjórnprótína (markefna) í krabbameinsvexti.**

Dr. Þórður Helgason forstöðumaður, eðlisfræðideild Landspítalans – 11. maí: **Beiting raförvunar við eftirmeðferð og aðra læknismeðferð.**

Erindin verða flutt í Læknagarði við Hringbraut og hefjast kl. 12.

Málþing á vegum Mannverndar

laugardaginn 11. mars í Odda stofu 101

Gagnagrunnsmálið úr þremur áttum. Tölvutækni, opinber umræða og Nasdaq-hlutabréfamarkaðurinn.

14:15-15:00 Prófessor Oddur Benediktsson: **Tölvuvinnsla gagna á heilbrigðissviði: Áform og veruleiki**

15:15-16:00 Doktor Skúli Sigurðsson: **Frá æpandi þögn til upplýsingar: Erlend og innlend umræða um gagnagrunnsmálið**

16:15-17:00 Prófessor Mike Fortun: **Milestones, Promises, and Initial Public Offerings: Ethical Lessons form Current Genomics**

Kaffistofan í Odda á 2. hæð verður opin.

Heilsugæsla Rangárþings Hellu og Hvolsvelli

óskar eftir lækni til afleysinga tímabilið maí-september eða samkvæmt samkomulagi. Nánari upplýsingar veita Þórir B. Kolbeinsson læknir í síma 487 5123 eða Hrafn V. Friðriksson læknir í síma 487 8126.

Heimasíða Læknafélagsins

er á slóðinni

http://www.icemed.is



Remeron • mirtazapin
Svefnbætandi áhrif í þunglyndi

Remeron veitir sjúklingi sem haldinn er þunglyndi nætursvefninn á ný. Klínískar rannsóknir hafa leitt í ljós að Remeron hefur marktækt betri áhrif á svefntruflanir en lyfleysa og áhrif á þunglyndi koma fram strax í fyrstu viku.[2] Einu aukaverkanirnar sem greina má marktækt miðað við lyfleysu, eru munnþurrkur, svefnhöfgi, slen og aukin matarlyst/þyngd.[3] Remeron er máttugt gegn þunglyndi en fer mildum höndum um sjúklinginn.

Organon

REMERON (Organon, 950134)
TÖFLUR; N 06 A X 11
Hver tafla inniheldur: Mirtazapinum INN 30 mg. **Eiginleikar:** Mirtazapín er alfa$_2$ hemill með miðlæg presínaptísk áhrif sem auka noradrenvirk og serótónínvirk efni í miðtaugakerfi. Aukning sertónínvirks boðflutnings er aðallega vegna 5-HT$_1$-viðtækja þar sem 5-HT$_{2}$- og 5-HT$_3$-viðtæki blokkast af mirtazapíni. **Ábendingar:** Alvarlegt þunglyndi (major depression). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir mirtazapíni. **Varúð:** Fylgjast þarf grannt með meðferðinni hjá sjúklingum með eftirtalda sjúkdóma: Flogaveiki eða vefrænar heilaskemmdir. Skerta lifrar-, eða nýrnastarfsemi. Hjartasjúkdóma, svo sem leiðslutruflanir, hjartaöng og nýlegt hjartadrep. Lágan blóðþrýsting. Hætta skal meðferð ef gula kemur fram. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er engin. Útskilnaður mirtazapíns getur minnkað hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi og þarf að hafa þetta í huga ef mirtazapín er gefið slíkum sjúklingum. Eins og með önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sykursýki, þvagteppu eða gláku. Sé langtíma lyfjameðferð skyndilega hætt geta komið fram fráhvarfseinkenni með ógleði og höfuðverk. Eldri sjúklingar eru oft næmari fyrir lyfinu, einkum með tilliti til aukaverkana. **Athugið:** Mirtazapín getur haft áhrif á viðbragðsflýti hjá hluta sjúklinga og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða og stjórnun vélknúinna tækja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki gefið við slíkar aðstæður. **Aukaverkanir:** ***Algengar (>1%):*** *Almennar:* Þreyta, sljóleiki, einkum fyrstu vikur meðferðar. Aukin matarlyst og þyngdaraukning. ***Sjaldgæfar: (>0,1-1%):*** *Lifur:* Hækkuð lifrarenzým. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Almennar:* Bjúgur með þyngdaraukningu. *Blóð:* Fækkun á granulósýtum, kyrningahrap (agranulocytosis) *Æðakerfi:* Stöðubundinn lágþýstingur. *Miðtaugakerfi:* Krampar, vöðvatitringur, oflæti. *Húð:* Útbrot. **Milliverkanir:** Remeron á hvorki að nota samtímis MAO-hemjandi lyfjum né fyrr en 2 vikum eftir töku slíkra lyfja. Remeron getur aukið áhrif lyfja af benzódíazepínflokki. Varast ber að neyta áfengis samtímis töku lyfsins. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Töflurnar skal taka inn með nægjanlegum vökva. Þeim má skipta, en þær má ekki tyggja. Æskilegast er að taka lyfið inn fyrir svefn. **Fullorðnir:** Skammtastærðir eru einstaklingsbundnar. Venjulegur upphafsskammtur er 15 mg á dag. Oftast þarf að auka þann skammt til að ná æskilegum áhrifum. Venjulega liggur æskilegur skammtur á bilinu 15–45 mg/dag. **Eldri sjúklingar:** Sérstakrar varúðar skal gæta við að hækka skammta hjá mjög öldruðum sjúklingum. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum.
Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:
Töflur 30 mg:
30 stk. (þynnupakkning) – 5.618 kr.
100 stk. (þynnupakkning) – 16.140 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** B
Heimilt er að afgreiða 100 daga lyfjaskammt.
Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf. Hörgatún 2, 210 Garðabæ.

Heimildir:
1. Nutt D. J., Efficacy of mirtazapine in clinically relevant subgroups of depressivepatients. Depression and anxiety, vol. 7, suppl. 1, 7-10 (1998).
2. Bremner, James D., A double-blind comparison of Org. 3770, Amitriptyline and placeboin Major depression. J. Clin. Psych. 56: 11, Nov. 1995.
3. Montgomery S.A. Safety of mirtazapine: A review. Clin. Psyk. Vol. 10, suppl. 4. Dec. 1995.

REMERON MIRTAZAPIN
Máttugt & Milt

HEILBRIGÐISSTOFNUNIN ÍSAFJARÐARBÆ

Heilbrigðisstofnunin, Ísafjarðarbæ auglýsir eftirtaldar stöður lækna lausar til umsóknar:

Staða sérfræðings í kvensjúkdómum. Um er að ræða stöðu við Fjórðungssjúkrahúsið á Ísafirði. Samkomulag er um stöðuhlutfall. Ráðið verður í stöðuna fljótlega eða eftir nánara samkomulagi.

Staða sérfræðings í svæfingum. Um er að ræða stöðu við Fjórðungssjúkrahúsið á Ísafirði. Samkomulag er um stöðuhlutfall. Ráðið verður í stöðuna fljótlega eða eftir nánara samkomulagi.

Staða sérfræðings í almennum lyflækningum. Um er að ræða stöðu við Fjórðungssjúkrahúsið á Ísafirði. Samkomulag er um stöðuhlutfall. Ráðið verður í stöðuna fljótlega eða eftir nánara samkomulagi.
Nánari upplýsingar um ofangreindar stöður veitir yfirlæknir sjúkrasviðs Heilbrigðisstofnunarinnar, Ísafjarðarbæ, **Þorsteinn Jóhannesson**, vs. 450 4500 og hs. 456 3935. Netfang *thorsteinn.johannesson@fsi.is*

Staða heilsugæslulæknis við heilsugæslusvið Heilbrigðisstofnunarinnar, Ísafjarðarbæ er laus til umsóknar. Æskilegt er að umsækjandi hafi sérfræðimenntun í heimilislækningum. Ráðið verður í stöðuna fljótlega eða samkvæmt nánara samkomulagi. Nánari upplýsingar um stöðuna veitir **Elínborg Bárðardóttir**, yfirlæknir heilsugæslusviðs Heilbrigðisstofnunarinnar, Ísafjarðarbæ, vs. 450 4500 og hs 456 4521. Netfang *elinborg.bardardottir@fsi.is*

Umsóknir með upplýsingum um menntun og starfsreynslu sendist framkvæmdastjóra, **Guðjóni S. Brjánssyni** sem einnig veitir upplýsingar ef óskað er. Vinnusími 450 4500, heimasími 456 4660 og GSM 897 4661, netfang *gudjon.s.brjansson@fsi.is*

Heilbrigðisstofnunin, Ísafjarðarbæ skiptist í sjúkrasvið og heilsugæslusvið og er vel búin stofnun, með rúmgóðri vinnuaðstöðu. Stofnunin þjónar Vestfjörðum, einkum norðurhlutanum. Við veitum alla almenna þjónustu, bæði á heilsugæslusviði og á sviði skurð- og lyflækninga, fæðingarhjálpar, öldrunarlækninga, slysahjálpar og endurhæfingar. Starfsemin hefur verið í örum vexti á undanförnum árum. Starfsmenn Heilbrigðisstofnunarinnar eru rúmlega 150 talsins og starfsandi er mjög góður.

Ísafjörður er höfuðstaður Vestfjarða og þar blómstrar öflugt lista-, menningar- og félagslíf. Íþrótta- og keppnisaðstaða er mjög góð, bæði innan- og utanhúss. Þrír golfvellir eru á svæðinu, fjögur íþróttahús og fimm sundlaugar. Einnig er líkamsræktarstöð í bænum. Tækifæri til útivistar eru mörg, skíðaland er frábært, stutt í veiðilönd og áhugaverð göngusvæði og aðstaða til sjósports er engu lík.

Veðursæld er mikil á Ísafirði og lognkyrrð algeng. Flugsamgöngur eru tvisvar til þrisvar á dag til Reykjavíkur og fjórum sinnum í viku til Akureyrar.

Heilsugæslustöðin Efra-Breiðholti

Langtíma-afleysing

Afleysingalækni vantar til starfa við stöðina. Um er að ræða afleysingu til eins árs eða eftir nánara samkomulagi. Upplýsingar um starfið veitir yfirlæknir stöðvarinnar Gerður Jónsdóttir í síma 567 0200; veffang: *gerdur.jonsdottir@efrabr.hr.is*

Reykjavík 07.02.2000
Heilsugæslan í Reykjavík, stjórnsýslan
Barónsstíg 47, 101 Reykjavík

Universitetsklinikken
Det Norske Radiumhospital
Montebello - 0310 Oslo

OVERLEGE

Avdeling for gynekologisk cancerbehandling.
(Sjef: avd.overlege professor dr. med. Claes Tropè)

En overlegestilling ledig for snarlig tiltredelse. Det Norske Radiumhospital ønsker å styrke sin innsats innen stråleterapi. Vi holder på å bygge opp et ekspertteam innen stråleterapi av bekkenorganer (gynekologisk-urogenital og colo-rectal cancer) med egen fagansvarlig seksjonssjef.

Den som tilsettes i denne stillingen vil ha stråleterapi av gynekologisk cancer som hovedarbeidsområde, med faglig forankring i bekkenstråleterapi seksjonen. Overlegen bør ha kunnskap og erfaring med så vel brachhyterapi som teleradioterapi.

Gynekologisk avdeling har ansvaret for den multimodale behandling av gynekologisk cancer. Kjennskap til gynekologisk onkologi vil derfor være av verdi.

Det vil bli lagt vekt på forskningsinteresse, personlige egenskaper og evne til å kunne samarbeide med ulike yrkesgrupper. Den som ansettes må delta i den til enhver tid gjeldende vaktordning ved avdelingen.

Lønn etter Statens regulativ, ltr. 53-60 som utgjør nkr 344.331 - 390.831,- pr år. I tillegg kommer ltr. 20 på tilleggslønnstabellen (B20) som utgjør nkr 16.000 pr år, og godtgjørelse for plikig utvidet arbeidstid (PUA), ltr. B29 som utgjør nkr 23.200,- pr år. For øvrig betaling for frivillig utvidet arbeidstid (FUA) etter avtale, jfr. Særavtale mellom Staten og Den Norske Lægeforening.

Nærmere informasjon kan fåes ved henvendelse til avd.overlege Claes Tropè, tlf. +47 22 93 56 84, eller ass. avd.overlege Gunnar Kristensen, tlf. +47 22 93 56 90.

Søknad merket «1138/14» sendes Det Norske Radiumhospital, Personalavdelingen, Montebello, N-0310 Oslo **innen 29.03.00.**
Søknadsblankett for legestillinger må benyttes.

www.dnr.org/stillinger/stillinger.htm eller www.jobbnord.com

CICERO tms

NÝTT

Maxalt® 10 mg

(rizatriptan, MSD)



08-99-MXT-98-SCAN-002-I

Í tvíblindri samanburðarrannsókn með lyfleysuhópi*:

Fljótvirkt.

- MAXALT® 10 mg töflur slógu fyrr á höfuðverk samanborið við sumatriptan 100 mg (P<0.05)[1)**]

Áhrifaríkt.

- Fleiri sjúklingar urðu verkjalausir eftir 2 klst. á MAXALT® 10 mg töflum samanborið við sumatriptan 100 mg (P<0.05)[1)]
- Þolist yfirleitt vel - færri aukaverkanir af MAXALT® 10 mg töflum samanborið við sumatriptan 100 mg[1)]

... og Hentugt!

- MAXALT® SMELT™† munnlausnartafla 10 mg. Nýtt einstakt lyfjaform sem leysist fljótt upp á tungunni og er hægt að taka inn án vökva.

MAXALT MAXALT SMELT MSD 970369; 970370 Töflur; Munnlausnartöflur; N 02 CC 04
Virkt innihaldsefni: Rizatriptanum INN 5 mg eða 10 mg.
Ábendingar: Bráð meðferð á mígreniköstum með eða án áru. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rízatriptani eða einhverju af innihaldsefnum MAXALT/MAXALT SMELT. Samhliða gjöf MAO-hemla eða að minna en tvær vikur eru liðnar frá því að meðferð með MAO-hemlum lauk. Háþrýstingur sem ekki hefur tekist að ná stjórn á. Staðfestur kransæðasjúkdómur, (hjartaöng, fyrra hjartadrep eða staðfest einkennalaus blóðþurrð). Einkenni um blóðþurrðarhjartasjúkdóm eða Prinzmetal angina. **Meðganga og brjóstagjöf:** Eingöngu ætti að nota MAXALT/MAXALT SMELT á meðgöngu og við brjóstagjöf ef brýn þörf er fyrir lyfið. **Varúð:** MAXALT/MAXALT SMELT á aðeins að gefa sjúklingum, þar sem skýr greining á mígreni hefur verið staðfest. MAXALT/MAXALT SMELT á ekki að gefa sjúklingum með heilastofns- eða helftarlömunarmígreni. Ekki á að nota MAXALT/MAXALT SMELT til að meðhöndla óvenjulegan höfuðverk, þ.e. höfuðverk sem gæti tengst sjúkdómum sem gætu verið alvarlegir (þ.e. heilablóðfalli, rofnum slagæðargúl), þar sem æðasamdráttur í heilaæðum gæti verið skaðlegur. Alvarleg kransæðatilfelli með öðru lyfi úr þessum lyfjaflokki hafa sést, en sjaldan. Þannig tilfelli sáust ekki í klínískum rannsóknum með MAXALT/MAXALT SMELT. Áður en MAXALT/MAXALT SMELT er ávísað, skal meta hjarta- og æðakerfi hjá sjúklingum, sem eru í hættu á að fá kransæðasjúkdóm (þ.e. sjúklingum með háþrýsting, sykursýki, reykingamenn og þeir sem eru með sterka fjölskyldusögu um kransæðasjúkdóm). MAXALT/MAXALT SMELT ætti ekki að gefa þeim sem hafa staðfestan kransæðasjúkdóm. Ekki ætti að nota önnur 5-HT1B/1D virk lyf (t.d. súmatriptan) með MAXALT/MAXALT SMELT. Ekki er mælt með gjöf lyfja af ergótamíngerð (þ.e. ergótamín, díhýdróergótamín eða metýsergíð) og MAXALT/MAXALT SMELT með minna en 6 klst. millibili. Sjúklingar með fenýlketónúríu: Sjúklinga með fenýlketónúríu ætti að upplýsa að MAXALT SMELT munnlausnartöflur innihalda fenýlalanín (hluti af aspartam). Hver 5 mg munnlausnartafla inniheldur 1,05 mg af fenýlalaníni og hver 10 mg munnlausnartafla inniheldur 2,10 mg af fenýlalaníni.
Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar eru svimi, syfja og þreyta. Aðrar aukaverkanir hjá sjúklingum sem tóku einn eða fleiri skammta af MAXALT 5 mg eða 10 mg meðan á skammtíma (tíðni >1% og meiri en hjá sýndarlyfi) eða langtíma (tíðni >1% og meiri en hjá sýndarlyfi) klínískum rannsóknum stóð, voru: *Almennar:* Brjóstverkur, kviðverkur, hitasteypur; *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðsláttur; *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, munnþurrkur, niðurgangur, meltingartruflun, þorsti; *Stoðkerfi:* Hálsverkur, stirðleiki, staðbundin þyngsli, staðbundin spenna, vöðvaslappleiki; *Taugakerfi:* Höfuðverkur, náladofi, minnkuð andleg skerpa, svefnleysi, skjálfti, ósamhæfðar hreyfingar, taugaóstyrkur, svimi og minnkuð áttun (disorientation); *Húð:* Roði, kláði, sviti;
Augu: þokusýn; Yfirlið og háþrýstingur komu sjaldan fyrir (<0,1% sjúklinga). Þær aukverkanir sem sáust með MAXALT SMELT munnlausnartöflum voru líkar þeim sem komu fram við notkun á MAXALT töflum. **Milliverkanir:** *Mónóamínoxídasa hemlar:* Frábending er fyrir gjöf MAXALT/MAXALT SMELT hjá sjúklingum sem taka MAO-hemla. *Betablokkar:* Blóðþéttni rízatriptans getur aukist við samhliða gjöf própranólóls. Engar lyfjahvarfa-milliverkanir sáust milli rízatriptans og betablokkanna nadólóls eða metóprólóls. **Skammtastærðir handa fullorðnum:**
MAXALT töflur: Mælt er með 10 mg skammti. Reynsla hefur sýnt, að þessi skammtur gerir mest gagn. Linun einkenna (þ.e. höfuðverkur minnkar í vægan eða engan) getur orðið innan 30 mínútna eftir skömmtun. *Endurskömmtun:* A.m.k. 2 klst eiga að líða milli skammta; ekki á að taka meira en 30 mg á 24 klst. tímabili. - *ef höfuðverkur kemur aftur innan 24 klst.:* Ef höfuðverkur kemur aftur eftir linun fyrsta kasts, má taka fleiri skammta. Athygli skal veitt skammtatakmörkunum hér að ofan. *-eftir að höfuðverkur svarar ekki meðferð:* Árangur af öðrum skammti við meðferð á sama kasti hefur ekki verið skoðaður í stöðluðum rannsóknum. Rannsóknir hafa sýnt að sjúklingar sem svara ekki meðferð við kasti svara líklega meðferð við síðari köstum. 5 mg skammtur er einnig til, þó að hann sé ekki eins áhrifaríkur og 10 mg. Þessi skammtur hentar sumum sjúklingum, þ.e. þeim sem taka própranólól. *Sjúklingar sem fá própranólól:* Hjá sjúklingum sem fá própranólól ætti að nota 5 mg skammtinn, og að hámarki 3 skammta á 24 klst. tímabili. MAXALT SMELT munnlausnartöflu má taka sem annan valkost við töfluna í sömu ráðlögðum skömmtum. Ekki er nauðsynlegt að taka munnlausnartöfluna með vökva. Munnlausnartöflunni er pakkað í þynnupakkningu inni í álpoka. Benda skal sjúklingum á að fjarlægja ekki þynnupakkninguna úr álpokanum þar til rétt fyrir töku lyfsins. Þá á að opna þynnupakkninguna með þurrum höndum og setja munnlausnartöfluna á tunguna, þar sem hún leysist upp og er kyngt með munnvatninu. **Skammtastærðir handa börnum:** Ekki mælt með notkun MAXALT/MAXALT SMELT hjá börnum yngri en 18 ára. **Pakkningar; verð(desember,1999), afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: Töflur 5 mg:** 3 stk Verð: 3161 kr. 6 stk. Verð: 5681 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Töflur 10 mg:** 3 stk Verð: 3161 kr 6 stk.Verð: 5681 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Munnlausnartöflur 5 mg:** 3 stk. Verð: 3161 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Munnlausnartöflur 10 mg:** 3 stk. Verð: 3161 kr 6 stk. Verð: 5681 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylt lyf. **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsmaður á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

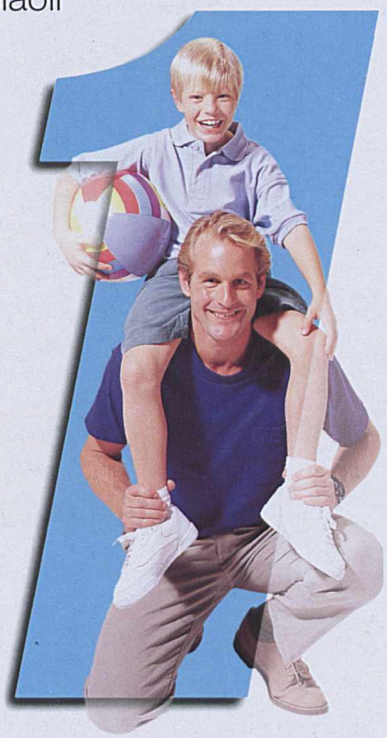
Nýjung frá MSD

Fyrsti leukotríenviðtækjablokkinn, sem gefinn er einu sinni á dag við meðferð á astma

Handa sjúklingum með astma

SINGULAIR®☆ (MONTELÚKAST, MSD)

- Bætir stjórn á astma hjá sjúklingum, sem ekki eru vel meðhöndlaðir með innöndunarbarksterum[1]
- Stuðlar að því að fyrirbyggja astma sem áreynsla veldur[1]
- Þolist vel, sambærilega og sýndarlyf[1]
- Handhæg og einföld skömmtun fyrir svefn[1]



Fullorðnir
Ein 10 mg tafla fyrir svefn

Börn 6-14 ára
Ein 5 mg tuggutafla fyrir svefn (kirsuberjabragð)

Tilvitnun 1: Samþykkt Samantekt á eiginleikum lyfs 1998

SINGULAIR MSD, 970102; 97103
Tuggutöflur og töflur; R 03 D C 03
VIRKT INNIHALDSEFNI: Montelúkast sýra; 5 mg eða 10 mg. **Ábendingar:** Astmi. **Skammtar:** Skammtur handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla daglega fyrir svefn. Skammtur handa börnum, 6-14 ára að aldri, er ein 5 mg tuggutafla daglega fyrir svefn. Engin þörf er á skammtabreytingum hjá þessum aldurshópi. Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og virkni SINGULAIR hjá börnum yngri en 6 ára. Engin þörf er á að breyta skömmtum hjá öldruðum, sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, sjúklingum með væga til miðlungsalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi eða vegna kynferðis. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum SINGULAIR.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Ekki hefur verið sýnt fram á að SINGULAIR í inntöku sé virkt gegn bráðum astmaköstum. Þess vegna ætti ekki að nota SINGULAIR til að meðhöndla bráð astmaköst. Sjúklingum á að ráðleggja að hafa viðeigandi lyf við bráðum astmaköstum tiltæk. Þótt skammta af samhliða gefnum innöndunarsterum eigi að lækka smám saman undir læknseftirliti, ætti ekki að skipta innöndunarsterum eða sterum til inntöku skyndilega út fyrir SINGULAIR. Við skammtalækkun á sterum (til inntöku) hjá sjúklingum, sem fá astmalyf, þar á meðal leukótríenblokka, hefur í einstaka tilfellum komið fram eitt eða fleiri af eftirtöldum einkennum: eósínfíklafjöld, æðabólguútbrot, versnun lungnaeinkenna, hjartakvilli og/eða taugakvilli, sem stundum greinist sem Churg-Strauss heilkenni en þau einkennast af eósínfíkinni íferð með klínískum einkennum útæðabólgu. Þrátt fyrir að ekki sé hægt að sanna orsakasamband við leukótríenblokka, er mælt með varúð og viðeigandi klínísku eftirliti, þegar skammtalækkun á sterum (til inntöku) er íhuguð hjá sjúklingum sem fá SINGULAIR. **Milliverkanir:** SINGULAIR má gefa með annarri meðferð, sem er venjulega gefin við fyrirbyggjandi og langvinna astmameðferð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þungaðar konur eða konur með börn á brjósti einungis að nota SINGULAIR, ef það er talið nauðsynlegt. **Aukaverkanir:** SINGULAIR þolist almennt vel. Aukaverkanir, sem venjulega hafa verið vægar, hafa almennt ekki haft í för með sér að meðferð hafi verið hætt. Í klínískum rannsóknum voru aðeins kviðverkir og höfuðverkur taldir tengdir lyfinu hjá > 1% sjúklinga, sem meðhöndlaðir voru með SINGULAIR. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið skráðar eftir markaðssetningu SINGULAIRs; Ofnæmi, þar á meðal bráðaofnæmi, ofsabjúgur, kláði og ofsakláði.
Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Tuggutöflur 5 mg: 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Töflur 10 mg:** 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck, Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland.
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

TAFLA Á DAG

SINGULAIR® (MONTELÚKAST, MSD)

1 tafla á dag stuðlar að betri stjórn á astma.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

Sérfræðingur í heimilislækningum

Heilsugæslan í Reykjavík auglýsir eftir lækni til starfa á Heilsugæslustöðinni á Seltjarnarnesi.
Sérfræðimenntun í heimilislækningum áskilin. Staðan veitist frá 1. júní 2000. Umsóknir um stöðuna ásamt nánari upplýsingum þurfa að berast fyrir 20. mars 2000 á eyðublöðum sem landlæknisembættið lætur í té.
Einnig er óskað eftir lækni til sumarafleysinga um lengri eða skemmri tíma.
Nánari upplýsingar veitir **Sigríður Dóra Magnúsdóttir**, yfirlæknir, í síma 561 2070.

Sykehuset Østfold

Stilling ledig

Overlege/seksjonsoverlege

Ved divisjon for medisin, medisinsk avdeling hjerteseksjon i Fredrikstad er følgende stilling ledig:
– **Seksjonsoverlege** 100 % stilling (st.nr. 5) ledig fra 1.3. 2000. **Saksnr. 6100022.**

– **Overlege** 100 % stilling (st.nr. 50) ledig fra d.d. **Saksnr. 6100024.**

Stillingskode 7447. Lønn etter gjeldende hovedoverenskomst. Stillingene er ledig for spesialist i indremedisin og kardiologi. Medisinsk avdeling ved Sykehuset Østfold Fredrikstad, er akuttavdeling for søndre Østfold (147 000 innbyggere). Seksjonen er en av landets største hjerteseksjoner. Den disponerer 16 hjerteovervåkingssenger og 27 senger ved egen sengepost. Det innlegges hvert år ca. 3 500 pasienter med kardiale lidelser, derav vel 600 med akutt infarkt. Poliklinikkene ved medisinsk avdeling er seksjonerte, deriblant relevant utstyrt hjertepoliklinikk som skal utvides. Ved eget kardiologisk laboratorium innlegges ca. 120 permanente pacemakere per år (fylkesfunksjon).
Medisinsk avdeling byr på gode muligheter for faglig utvikling i et fagmiljø med stor bredde og høy kompetanse, hvor samtlige grenspesialiteter innen indremedisin er representert. Den som ansettes vil få det medisinsk-faglige ansvar for hele hjerteseksjonen. Det er muligheter for klinisk forskningsarbeid. Den som ansettes vil inngå i en rotasjonsordning med kardiologisk poliklinikk på nærsykehus i sørfylket. Det forutsettes deltakelse i overlegevaktsjiktet.

Oppl. v/avdelingsoverlege Ragnar Dahle, tlf. +47 69 39 32 03 eller seksjonsoverlege Trond Holm, tlf. +47 69 39 30 00 eller divisjonsoverlege Morten Jacobsen, tlf. +47 69 39 36 63.

Det må fremgå av søknaden hvilken stilling/funksjon som søkes.

Søknad på blankett for legestillinger, vedlagt CV samt kopi av vitnemål og attester sendes **innen 2. mars 2000** til:

Sykehuset Østfold
Personalavdelingen
Boks 1032
N-1603 Fredrikstad **Søknaden merkes saksnr.**

Vi gjør Dem oppmerksom på at søknadspapirer med vedlegg ikke vil bli returnert.

Sykehuset Østfold består av fem klinikker med drift i Fredrikstad, Halden, Sarpsborg, Moss og Askim. Vi tar forbehold om rotasjon (ambulering) mellom driftsenhetene.

TROMS FYLKESKOMMUNE

sysselsetter direkte over 5500 arbeidstakere og har driftsansvaret for 2 større sykehus, ca 25 mindre helseinstitusjoner og 21 vg.skoler i fylket. Fylkeskommunens arbeidsoppgaver omfatter bl.a. helsevesen og sosial omsorg, off. tannhelsetjeneste, vg. skoler, samferdsel, kultur og fylkesplanarbeid. Troms fylkeskommune er erklært antirasistisk sone. Innvandrere oppfordres til å søke stillinger i fylkeskommunen. Adr. sentraladm.: Troms fylkeskommune, N-9296 Tromsø. Tlf. +47 77 62 30 00.

Regionsykehuset i Tromsø - Breivika

KVINNEKLINIKKEN

OVERLEGE

(Avd.overlege, prof. dr. med. Jan M. Maltau)

Ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø (RiTø), er det ledig en stilling som overlege for spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer, stillingshjemmel 1609-11, ULS nr 8467.
Det er ønskelig med snarlig tiltredelse.

Tromsø er en universitetsby med ca 60 000 innbyggere med et vitalt og allsidig kulturelt tilbud. Studenttallet er for tiden ca 8 000. Byen er videre kjent for sine storslåtte omgivelser med unik nærhet til naturen, aktiv konferanseby og er et pulserende sentrum på 70° nord.

RiTø har regionsfunksjon for Helseregion V (Nordland, Troms, Finnmark samt Svalbard) med ca 500 000 innbyggere.

Kvinneklinikken har følgende enheter:
- Føde- og barselenhet
- Observasjonsenhet for risikogravide
- Gynekologisk enhet
- Gynekologisk kreftenhet
- IVF-enhet med reproduksjonsbiologisk forskningslaboratorium
- Gynekologisk poliklinikk
- Svangerskapspoliklinikk

Avdelingen har 14 overlege- og 8 assistentlegehjemler samt en overlege i bistilling.
Overlegehjemlene er fordelt som følger:
- Generell gynekologi og fødeenhet 9
- Gynekologisk kreftenhet 4
- IVF-enhet 1

Universitetsstaben er: To professor I/overlege, en professor II/overingeniør, en førsteamanuensis/overlege, to kliniske stipendiater og en avdelingsingeniør.

Overlegene ved gynekologisk enhet og fødeenhet går i 8-delt tilstedebakvakt sammen med assistentlege. Gynekologisk kreftenhet har 4-delt hjemmevakttjeneste.

Regionsykehuset i Tromsø er universitetsklinikk med undervisningsoppgaver for studenter innen flere ulike fagområder. Den som tilsettes må være villig til å delta i studentundervisningen mot vanlig godtgjørelse.

Sykehuset driver ambulant virksomhet som etter nærmere avtale inngår som en del av tjenesten.

Avdelingen har egne og velutstyrte laboratorier både for klinisk- og basalmedisinsk forskning. Det foregår for tiden flere interessante forskningsprosjekter innen fysiologi og patofysiologi knyttet til reproduksjonsbiologi, graviditet, gynekologisk urologi og onkologi. Flere av forskningsprosjektene vil lede frem til doktorgradsavhandlinger.

Det forutsettes at den som tilsettes behersker norsk, svensk eller dansk skriftlig og muntlig.

Nærmere opplysninger ved henvendelse til professor I/avd.overlege Jan Martin Maltau, telefon +47 77 62 64 31 eller professor I/overlege Pål Øian, telefon +47 77 62 64 29.

Søknad på søknadsblankett for legestillinger sendes Regionsykehuset i Tromsø, Boks 100, N-9038 Tromsø, **innen 31.03.2000.**

For stillingen gjelder tilsetting på vanlige vilkår, herunder lønn etter overenskomst, pliktig medlemskap i offentlig pensjonsordning med innskudd 2% av regulativlønn.
Fylkets stillinger ligger også på: www.jobbnord.com

CICERO ft

FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI

Staða yfirlæknis á meinafræðideild

Laus er til umsóknar staða yfirlæknis á meinafræðideild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í líffærameinafræði. Á deildinni eru unnin öll venjuleg störf í líffærameinafræði auk réttarkrufninga. Þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta er áskilin og áhersla lögð á rannsóknavinnu. Vaktskylda fylgir starfinu.

Meinafræðideild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri er eina meinafræðideildin á landinu utan höfuðborgarsvæðisins. Á allra næstu árum er áætlað að aðstaða deildarinnar verði bætt og hún flytji í nýtt húsnæði. Um fullt starf er að ræða og veitist staðan frá 1. nóvember 2000.

Nánari upplýsingar veitir Þorgeir Þorgeirsson yfirlæknir í síma 463 0224

Staða sérfræðings í myndgreiningu

Laus er til umsóknar staða sérfræðings við myndgreiningardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í myndgreiningu. Æskilegt er að umsækjandi hafi einnig góða reynslu í myndgreiningu með segulómun. Starfinu fylgir vaktskylda, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og rannsóknavinna.

Við deildina vinna um 20 starfsmenn og fjöldi rannsókna hefur verið um og yfir 22 þúsund síðustu árin. Á deildinni eru auk hefðbundinna rannsókna framkvæmdar tölvusneiðmyndatökur, æðarannsóknir og ómskoðanir ásamt brjóstamyndatöku (hópskoðun og klínískar rannsóknir) og beinþéttnimælingum. Hafinn er undirbúningur að umfangsmikilli endurnýjun tækjabúnaðar (tölvusneiðmyndatæki og fleira) auk fjárfestinga í nýjum rannsóknasviðum (ísótópar, segulómun, stafrænn (digital) skyggnibúnaður og fleira) sem mun standa yfir á næstu árum og því kjörið tækifæri fyrir hæfan einstakling til að taka þátt í framtíðaruppbyggingu deildarinnar. Starfshlutfall er samkomulag. Staðan veitist frá 1. september 2000.

Nánari upplýsingar veitir Pedro Riba forstöðulæknir í síma 463 0260.

Staða sérfræðings í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum

Laus er til umsóknar staða sérfræðings í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum við kvennadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum. Starfinu fylgir vaktskylda á kvennadeild, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þjálfun aðstoðar- og deildarlækna, auk þátttöku í rannsóknavinnu. Starfsskylda er við heilbrigðisstofnanir á Norðurlandi. Stöðuhlutfall er samkomulag. Staðan veitist frá 1. júní 2000 eða eftir samkomulagi.

Nánari upplýsingar veitir Vilhjálmur Andrésson forstöðulæknir í síma 463 0130.

Staða sérfræðings í barnalækningum

Laus er til umsóknar staða sérfræðings í barnalækningum við barnadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í barnalækningum og eftir atvikum einhverja undirsérgrein þeirra.

Barnadeild FSA, sem er eina barnadeild landsins utan Reykjavíkur, mun á yfirstandandi ári flytja í nýtt og rúmgott húsnæði, sem hannað hefur verið með þarfir barna í huga. Deildin veitir alla almenna barnalæknisþjónustu, auk þjónustu við veika nýbura í samvinnu við vökudeild Landspítalans. Þá eru á deildinni framkvæmdar þroskaskoð-

anir og fleira. Í framtíðarhúsnæði deildarinnar er reiknað með rekstri dagdeildar og göngudeildar. Starfinu fylgir vaktskylda á barnadeild, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þjálfun aðstoðar- og deildarlækna auk þátttöku í rannsóknavinnu. Starfsskylda er við heilbrigðisstofnanir á Norðurlandi. Staðan veitist frá 1. ágúst næstkomandi eða eftir samkomulagi. Starfshlutfall er samkomulag.

Nánari upplýsingar veitir Magnús Stefánsson yfirlæknir í síma 463 0888.

Staða sérfræðings í lyflækningum

Staða sérfræðings í lyflækningum við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri er laus til umsóknar. Um er að ræða stöðu sem veitt er til eins árs með mögulegri framlengingu. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í almennum lyflækningum og eftir atvikum í einhverri undirsérgrein lyflækninga. Starfinu fylgir vaktskylda á lyflækningadeild, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þjálfun aðstoðar- og deildarlækna, auk þátttöku í rannsóknavinnu. Starfsskylda er við heilbrigðisstofnanir á Norðurlandi. Starfshlutfall er samkomulag. Staðan veitist frá 1. júní 2000 eða síðar samkvæmt samkomulagi.

Nánari upplýsingar veitir Björn Guðbjörnsson forstöðulæknir í síma 463 0891.

Staða sérfræðings við svæfinga- og gjörgæsludeild

Laus er til umsóknar staða svæfingalæknis við svæfinga- og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í svæfinga- og gjörgæslulækningum. Starfinu fylgir vaktskylda á svæfinga- og gjörgæsludeild, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þjálfun aðstoðar- og deildarlækna, auk þátttöku í rannsóknavinnu. Starfsskylda er við heilbrigðisstofnanir á Norðurlandi. Starfshlutfall er samkomulag. Staðan veitist frá 1. júní eða síðar samkvæmt samkomulagi.

Nánari upplýsingar veitir Girish Hirlekar yfirlæknir í síma 463 0100.

Staða sérfræðings í öldrunarlækningum

Laus er til umsóknar staða sérfræðings í öldrunarlækningum á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í öldrunarlækningum. Starfinu fylgir vaktskylda á Kristnesspítala og hjúkrunardeildinni Seli, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þátttaka í rannsóknavinnu. Starfsskylda er við heilbrigðisstofnanir á Norðurlandi. Starfshlutfall er samkomulag. Staðan veitist frá 1. júní 2000.

Nánari upplýsingar veitir Halldór Halldórsson yfirlæknir í síma 463 1100.

Við ráðningu verður lögð áhersla á faglega þekkingu ásamt hæfileikum á sviði samskipta og samvinnu. Umsóknum skal skilað á þar til gerðum eyðublöðum, sem fást hjá landlæknisembættinu, ásamt fylgiskjölum. Umsóknir skulu vera í tvíriti og berast til Þorvaldar Ingvarssonar, framkvæmdastjóra lækninga, að Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri, Eyrarlandsvegi, 600 Akureyri, sem einnig veitir nánari upplýsingar í síma 463 0109 eða með tölvupósti thi@fsa.is

Starfskjör fara eftir kjarasamningi Læknafélags Íslands við Fjármálaráðuneytið.

Umsóknarfrestur fyrir allar framangreindar stöður er til 30. mars n.k.

Öllum umsóknum um störfin verður svarað.

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Heilsugæsla Rangárþings Hellu og Hvolsvelli

Heilsugæslulæknir

Staða heilsugæslulæknis við Heilsugæslu Rangárþings er laus til umsóknar.

Heilsugæsla Rangárþings samanstendur af heilsugæslustöðvunum á Hellu og Hvolsvelli og er þriggja lækna stöð.

Æskilegt er að umsækjandi hafi viðurkenningu sem sérfræðingur í heimilislækningum. Um er að ræða stöðu sem unnin er bæði á Hellu og Hvolsvelli. Staðan er laus frá júníbyrjun eða samkvæmt samkomulagi. Umsóknarfrestur er til 31. mars næstkomandi.

Nánari upplýsingar veita Þórir B. Kolbeinsson læknir í síma 487 5123, Hrafn V. Friðriksson læknir í síma 487 8126 eða Hrafnhildur Kristjánsdóttir framkvæmdastjóri í síma 487 5123.

Umsóknum skal skilað á viðeigandi eyðublöðum, sem fást á skrifstofu landlæknis, til stjórnar Heilsugæslu Rangárþings, Suðurlandsvegi 3, 850 Hellu.

LÆKNABLAÐIÐ
Sími: 564 4104 - Bréfsími: 564 4106

www.jobbmed.com
Ledige legestillinger i hele Norden

Universitetsklinikken
Det Norske Radiumhospital
Montebello – 0310 Oslo

OVERLEGE

Avdeling for Radiologi har ledig overlegestilling. Avd. for Radiologi har 17 overordnede og 8 underordnede leger og et professorat II ved universitetet i Oslo. Det er for tiden 8-delt bakvaktordning.

Avdelingens overleger er i dag delvis organisert i tverrfaglige grupper med fokus på sykdomsgrupper og delvis organisert med bakgrunn i modaliteter. Det foregår en omorganisering i sykehuset som også vil virke inn på avdeling for Radiologi og gi nye muligheter i fremtiden. Det er nylig installert to nye spiral-CT'er, to nye MR-maskiner og to nye Ultralydapparater.

Lønn etter Statens regulativ, ltr. 53-60 som utgjør nkr 344.331 - 390.831,- pr. år. I tillegg kommer ltr. 20 på tilleggslønnstabellen (B20) som utgjør nkr 16.000 pr. år, godtgjørelse for pliktig utvidet arbejdstid (PUA), ltr. B29 som utgjør nkr 23.200 pr. år og rekrutteringstillegg for rekrutteringssvake områder, ltr. B75 som utgjør nkr 60.000,- pr. år. For øvrig betaling for frivillig utvidet arbejdstid (FUA) etter avtale, jfr. Særavtale mellom Staten og Den Norske Lægeforening.

Nærmere informasjon ved henv. til avdelingsoverlege Kirsti-M. Evers Solheim, tlf. +47 22 93 48 39.

Søknad merket «1142/22» sendes Det Norske Radiumhospital, Personalavdelingen, Montebello, N-0310 Oslo **innen 22.03.00**.

Søknadsblankett for legestillinger må benyttes. Attester og vitnemål returneres ikke.

www.dnr.org/stillinger/stillinger.htm eller www.jobbnord.com

CICERO tms

Universitetsklinikken
Det Norske Radiumhospital
Montebello – 0310 Oslo

OVERLEGE

Avdeling for Radiologi har ledig stilling fra 01.06.2000. (ULS nr 7150).
Det Norske Radiumhospital og Institutt for kreftforskning er det største kreftsenter i Nord-Europa. Institusjonen har store pasientmaterialer, velegnet for klinisk forskning. Avdeling for Radiologi har 17 overleger og 8 assistentleger. En af overlegene er professor II ved universitetet i Oslo.

Avdelingens overleger er i dag delvis organisert i tverrfaglige grupper med fokus på sykdomsgrupper og delvis organisert med bakgrunn i modaliteter. Det foregår en omorganisering i sykehuset som også vil virke inn på avdeling for Radiologi og gi nye muligheter i fremtiden. Det er nylig installert to nye spiral-CT'er, to nye MR-maskiner og to nye Ultralydapparater.

Det søkes etter en overlege som har ansvaret på vår CT-seksjon. Det er to ultramoderne maskiner hvorav den ene har multislice funksjon. Det er ønskelig at søkeren har vilje til å utvikle seksjonen og har interesse for forskning. Hvis seksjonfunksjonen besettes internt blir en vanlig overlegestilling ledig.

Lønn etter Statens regulativ, ltr. 53-60 som utgjør nkr 344.331 - 390.831,- pr. år. I tillegg kommer ltr. 20 på tilleggslønnstabellen (B20) som utgjør nkr 16.000 pr. år, godtgjørelse for pliktig utvidet arbejdstid (PUA), ltr. B29 som utgjør nkr 23.200 pr. år og rekrutteringstillegg for rekrutteringssvake områder, ltr. B75 som utgjør nkr 60.000,- pr. år. For øvrig betaling for frivillig utvidet arbejdstid (FUA) etter avtale, jfr. Særavtale mellom Staten og Den Norske Lægeforening.

Nærmere informasjon ved henv. til avdelingsoverlege Kirsti-M. Evers Solheim, tlf. +47 22 93 48 39.

Søknad merket «397/5» sendes Det Norske Radiumhospital, Personalavdelingen, Montebello, N-0310 Oslo **innen 22.03.00**.

Søknadsblankett for legestillinger må benyttes. Attester og vitnemål returneres ikke.

www.dnr.org/stillinger/stillinger.htm eller www.jobbnord.com

CICERO tms

Nuvelle (Schering)
TÖFLUR; G 03 F B 01 **R, E**
Hver pakkning inniheldur 16 hvítar og 12 bleikar töflur.
Hver hvít tafla inniheldur: Estradiolum INN, valerat, 2 mg.
Hver bleik tafla inniheldur: Estradiolum INN, valerat, 2 mg, Levonorgestrelum INN 75 míkróg.
Eiginleikar: Nuvelle inniheldur estradíól valerat (valerinsýru ester af náttúrulega estrógen kvenhormóninu, estradíól) og samtengt prógestogen, levónorgestrel. Estradíól valerat bætir upp minnkaða estrógenframleiðslu í líkamanum við tíðahvörf. Levónorgestrel viðbót á síðari hluta hvers tímabils viðheldur reglulegum tíðahring og vinnur gegn ofvexti í legslímhúð. Estradíól valerat og levónorgestrel frásogast vel frá meltingarvegi og koma fram í blóði innan 15 mín. Við frásog og fyrstu umferð um lifur klofnar estradíól valerat í estradíól og valerin sýru. Á sama tíma umbrotnar estradíól áfram og er virkasta umbrotsefnið estrón. Próteinbinding estradíóls er 97%. Estradíól valerat er ekki útskilið á óbreyttu formi umbrotsefni estradíóls eru skilin út í þvagi og galli. Levónorgestrel er útskilið sem óvirk umbrotsefni í þvagi og saur.
Ábendingar: Uppbótarmeðferð við einkennum estrógenskorts við tíðahvörf. Til varnar beinþynningu hjá konum með aukna áhættu á beinþynningu (þ.e. eftir brottnám eggjastokka, snemmbær tíðahvörf, ættgeng tilhneiging til beinþynningar, skert hreyfigeta og langvinn meðferð með sterum og konur undir kjörþyngd). Nuvelle dugir ekki sem getnaðarvörn.
Frábendingar: Þungun, truflun á lifrarstarfsemi, gula eða þrálátur kláði á fyrri meðgöngu, Dubin-Johnsons heilkenni, Rotor heilkenni, segabláæðabólga eða blóðsegamyndun eða saga um það, sigðfrumublóðleysi, grunur um hormónatengda sjúkdóma eða æxli í legi og brjóstum, ógreind óregluleg blæðing frá legi, truflun á blóðfituefnaskiptum, saga um meðgöngubólu (herpes gestationis), otosclerosis sem hefur versnað við fyrri meðgöngu, endometriosis, alvarleg sykursýki með æðabreytingum, brjóstakvilli (mastopathy).
Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið á hvorki að nota á meðgöngutíma né af konum með barn á brjósti.
Aukaverkanir: Langvarandi einhliða meðferð með estrógenum getur hugsanlega aukið líkur á illkynja æxlum í legbolsslímhúð og brjóstum, en sú hætta minnkar við notkun estrógen-gestagen blöndu, sem líkir eftir hormónaferli tíðahringsins.
Fyrstu mánuði meðferðarinnar getur borið á milliblæðingum og spennu í brjóstum. Þetta eru venjulega tímabundin einkenni og hverfa við áframhaldandi meðferð.
Algengar (>1%): Brjóstaspenna, höfuðverkur, blæðingatruflanir.
Sjaldgæfar (0,1-1%): Bjúgur, vökvasöfnun, uppþemba og aukin matarlyst.
Önnur einkenni sem geta komið fram eru: kvíði, hjartsláttarónot, depurð, svimi, meltingatruflanir, verkir í fótum, breytingar á kynhvöt, ógleði, útbrot, uppköst, þyngdarbreyting. Uppbótarmeðferð með östrógenum eykur hættu á blóðsegamyndun.
Milliverkanir: Hætta skal notkun á hormónagetnaðarvörnum þegar meðferð hefst með Nuvelle og nota getnaðarvarnir sem ekki innihalda hormón. Lyf sem virkja lifrarenzým, t.d. barbitúröt, flogaveikilyf og rífampicín, geta dregið úr verkunum lyfsins.
Varúð: Hætta skal töku lyfsins þegar í stað ef grunur er um þungun, ef mígreni eða slæm höfuðverkjarköst byrja eða versna við töku, ef slys, sjúkdómur eða ráðgerð skurðaðgerð eru talin geta aukið hættu á segamyndun, við gulu, lifrabólgu, versnun á flogaveiki og við verulega hækkun á blóðþrýstingi, við merki um blóðtappa, bláæðabólgu eða segarek. Fyrirliggjandi sléttvöðvahnútar í legi geta stækkað vegna áhrifa frá estrógenum. Ef þetta kemur í ljós á að hætta meðferð.
Hjá sjúklingum með vægan langvinnan lifrarsjúkdóm á að fylgjast með lifrarstarfsemi á 8-12 vikna fresti. Endurtekin milliblæðing á meðan á meðferð stendur kallar á athugun á legslímu og jafnvel töku vefjasýnis.
Örsjaldan hafa komið fram góðkynja og enn sjaldnar illkynja æxli í lifur við notkun hormónalyfja af svipuðu tagi og Nuvelle. Af þessum sökum skal hafa lifraræxli í huga við greiningu ef kviðverkir, stækkuð lifur eða merki um blæðingar í kviðaholi koma fyrir.
Athugið: Lyfið skal einungis gefið eftir nákvæma almenna læknisskoðun og kvenskoðun. Slíka skoðun á að endurtaka a.m.k. einu sinni á ári við langtímameðferð, en að auki í hvert sinn sem ber á truflunum á blæðingum. Áður en meðferð hefst þarf að útiloka að þungun sé til staðar.
Skammtastærðir handa fullorðnum: 1 tafla daglega. Meðferð hefst á 5. degi tíða eða á hvaða degi sem er eftir tíðahvörf. Fyrstu 16 dagana eru hvítu töflurnar teknar og síðari 12 dagana bleiku töflurnar. Blæðing, lík tíðum, kemur 2-3 dögum eftir að byrjað hefur verið á nýrri pakkningu. Ekki er gert hlé á milli pakkninga.
Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum.
Læknum skal bent á að lesa varnaðarorð og varúðarreglur í nýjustu útgáfu sérlyfjaskrár.
Pakkningar: 28 stk. (þynnupakkað) x 1; 28 stk. (þynnupakkað) x 3.
Heimildir: Marslew. U.et al. „Two new combinations of estrogen and progestogen for prevention of postmenopausal bone loss: long term effects on bone, calcium and lipid metabolism, climacteric symptoms and bleeding." Obst.Gyn.1992; 79(2); 1-9. 2. Kenemans. P. et al. „Practical HRT". Medical Forum Int.1996. 3. Whitehead. M.I. „Prevention of endometrial abnormalities" Acta Obstet. Gynaecol. Scand. 1996; 134: 81-91.
UIS-00-18 – 15.02.2000

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100 · Fax 530 7101

nuvelle®

ÖSTRADÍÓLVALERAT + LEVÓNORGESTREL

Við breytingaskeið



Ákjósanleg lágskammtameðferð
með östrogeni í 28 daga
að viðbættu gestageni í 12 daga.

SCHERING

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. júní 1995**	35,00
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 1999**	165,00
	frá 1. janúar 2000	170,00

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 1999	207.000,00
	frá 1. janúar 2000	214.245,00
A liður 2	frá 1. janúar 1999	181.125,00
	frá 1. janúar 2000	187.464,00
B liður	frá 1. júlí 1999	166.247,00
	frá 1. janúar 2000	170.826,00
D liður	frá 1. mars 1998	92.534,00
	frá 1. mars 1999	99.234,00
E liður 1-6	frá 1. júlí 1997	208,59
	frá 1. janúar 1998	210,26
E liður 7	frá 1. júlí 1997	417,18
	frá 1. janúar 1998	420,23

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222,00

Kílómetragjald frá 1. október 1999

Almennt gjald	41,65
Sérstakt gjald	47,90

Dagpeningar frá 1. október 1999
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	8.500,00
Gisting eina nótt	4.500,00
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	4.000,00
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.000,00

Dagpeningar frá 1. júní 1999

Erlendis	**SDR**	
	Gisting	Annað
Bretland	128	90
New York	126	74
Asía	130	105
Annars staðar	95	90

Hef opnað lækningastofu

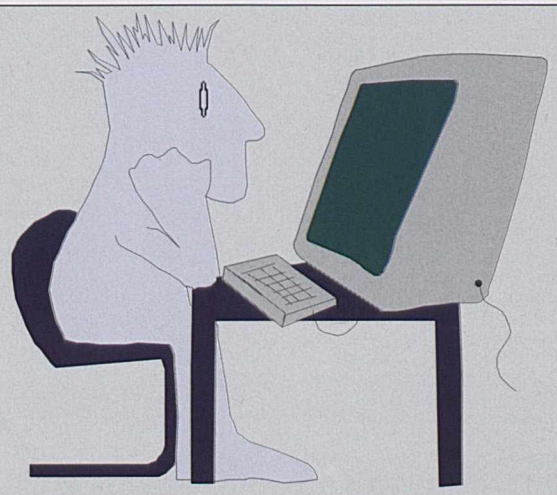
í Domus Medica, Egilsgötu 3.
Tímapantanir í síma 563 1062
frá kl. 9:00-17:00.

Trausti Valdimarsson
Sérgrein: lyflækningar og meltingarsjúkdómar

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **http://www.icemed.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is**
Formaður LR: **olaaevar@rsp.is**
Formaður FÍH: **katfjel@ismennt.is**
Formaður FUL: **thorira@hotmail.com**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Félag íslenskra landsbyggðarlækna:
www.icemed.is/felog_laekna/fill.htm
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍN: **www.is/filin**
FÍLÍS: **sigurdur.sigurdsson@swipnet.se**
FILumHeil: **http://www.se/~gks/FILumHeil.html**
Magnús Jóhannsson: **http://www.hi.is/~magjoh/**
Klínísk eðlisfræði, æðarannsóknir: **http://www.hi.is/~lpa**
Landspítalinn: **http://www.rsp.is**
Barnaspítali Hringsins: **http://www.rsp.is/hringur**
Sjúkrahús Reykjavíkur: **http://www.shr.is**
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið:
http://www.stjr.is/htr
Landlæknisembættið: **http://www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun ríkisins: **http://www.tr.is**
Lyfjaeftirlit ríkisins: **http://www.ler.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan: **http://www.nhv.se**
Orðabanki Íslenskrar málstöðvar:
http://www.ismal.hi.is/ob/index.html
Ráðstefnur á netinu:
http://www.pslgroup.com/confdisease.htm
Doctor's Guide to the Internet:
http://www.pslgroup.com/DOCGUIDE.HTM
Golfklúbbur lækna: **http://www.come.to/doctorgolf**
Medscape – vefrit um læknisfræði:
http://www.medscape.com
Norsk upplýsingasíða fyrir lækna:
http://www.legeforeningen.no/info/index.htm

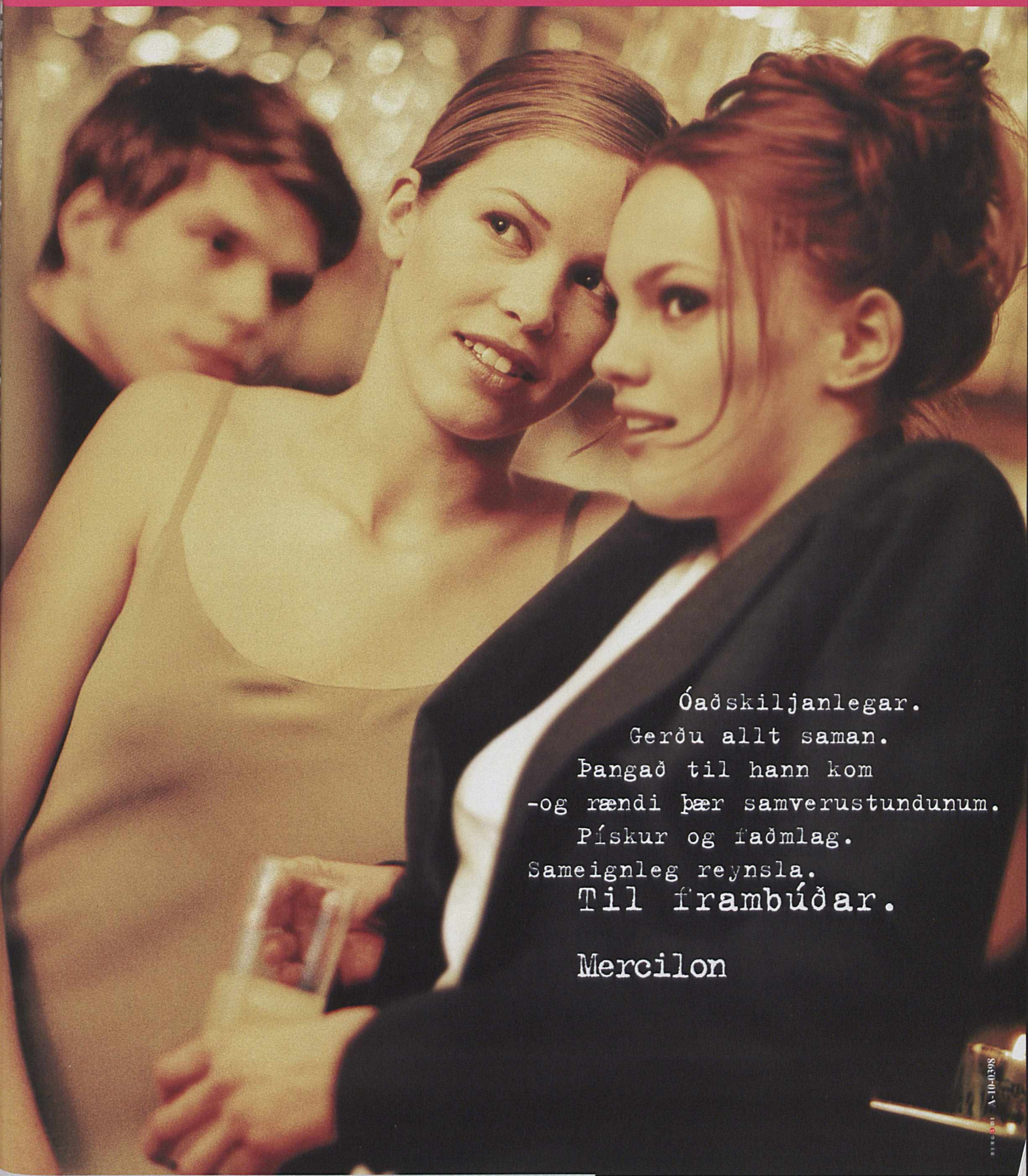
Sendið inn upplýsingar um heimasíður og netföng sem ástæða er til að hafa fast inni í Læknablaðinu.



Læknablaðið á Netinu:

http://www.icemed.is/laeknabladid

Mercilon - lágskammta, mikið öryggi, góð stjórnun á tíðahring ... og tvær milljónir ánægðra notenda.



Organon

Organon, 880091

TÖFLUR: G 03 A A 09 R 0

Hver tafla inniheldur: Desogestrelum INN 0,15 mg, Ethinylestradiolum INN 20 míkróg.

Eiginleikar: Blanda af östrógeni og gestageni í litlum skömmtum. Við langtímameðferð veitir lyfið jafngóða getnaðarvörn og þegar stærri hormónaskammtar eru notaðir. Desógestrel hefur gestagenverkun, en hefur jafnframt minni andrógenverkun en flest skyld lyf. Lyfið kemur í veg fyrir getnað með því að hindra egglos, hindra festingu eggs við legslímhúð og breyta eiginleikum slíms í leghálsopi.

Ábendingar: Getnaðarvörn.

Frábendingar: Þar sem lyfið eykur storknunartilhneigingu blóðs, á ekki að gefa það konum með æðabólgur í fótum, slæma æðahnúta eða sögu um blóðrek. Lifrarsjúkdómar. Öll æxli, illeða góðkynja, sem hormón geta haft áhrif á. Sykursýki og háþrýstingur geta versnað. Tíðatruflanir af óþekktri orsök. Grunur um þungun.

Aukaverkanir: *Vægar:* Bólur (acne), húðþurrkur, bjúgur, þyngdaraukning, ógleði, höfuðverkur, mígreni þunglyndi, kynkuldi, sveppasýkingar (candidiasis) í fæðingarvegi, útferð, milliblæðing, smáblæðing, eymsli í brjóstum. Porfyria. *Alvarlegar:* Æðabólgur og stíflur, segarek (embolia) til lungna, treg blóðrás í bláæðum. Háþrýstigur. Sykursýki. Tíðateppa í pilluhvíld.

Varúð: Konum, sem reykja, er miklu hættara við alvarlegum aukaverkunum af notkun getnaðarvarnataflna, en öðrum.

Milliverkanir: Getnaðarvarnatöflur hafa áhrif á virkni ýmissa lyfja, t.d. blóðþynningarlyfja, lyfja gegn sykursýki o.fl. Barbitúrsýrusambönd, lyf gegn flogaveiki og rífampicín geta hins vegar minnkað virkni getnaðarvarnataflna, séu þau gefin samtímis. Einnig hafa getnaðarvarnalyf áhrif á ýmsar niðurstöður mælinga í blóði, svo sem hýdrókortisóns, skjaldkirtilshormóns, blóðsykurs o.fl.

Skammtastærðir: Meðferð hefst á 1. degi tíðablæðinga, og er þá tekin ein tafla á dag í 21 dag samfleytt á sama tíma sólarhringsins. Síðan er 7 daga hlé, áður en næsti skammtur er tekinn á sama hátt og áður.

Pakkningar og verð 1. febrúar 2000: 21x 3 (þynnupakkað) — kr. 1.952.-

Skráning lyfsins er bundin því skilyrði, að leiðarvísir á íslenzku fylgi hverri pakkningu með leiðbeiningum um notkun þess og varnaðarorð.

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf. Hörgatún 2, 210 Garðabæ.

Mercilon

20 µg ethinylestradiol og 150 µg desogestrel er nok

Öldugadeild LÍ

Ferðalög á vormánuðum

Öldungadeild LÍ boðar til dagsferðar að Skálholti, laugardaginn 18. mars næstkomandi. Farið verður með rútu frá skrifstofu LÍ að Hlíðasmára 8, Kópavogi kl. 10.00. Áætluð heimkoma kl. 16.30. Prófessor Pétur Pétursson mun fræða okkur um sögu staðarins og fjalla sérstaklega um Þórð biskup Þorláksson (1674-1697). Snæddur verður veislumatur að hætti Þórðar biskups. Áætlaður kostnaður kr. 4.000 á manninn (hádegisverðurinn innifalinn, einnig mjöður og mysa að vild). Lágmarksfjöldi er 25 manns. Þátttaka tilkynnist til skrifstofu LÍ, í síma 564 4100 eigi síðar en þriðjudaginn 14. mars næstkomandi.

Fyrirhugaðar eru tvær aðrar ferðir á vegum öldungadeildar á vormánuðum:

1. **Orkuverið í Svartsengi** skoðað í apríllok næstkomandi. Kollega okkar Grímur Sæmundsen mun jafnframt fræða okkur um Bláa lónið. Færi gefst á sundspretti í lóninu og hádegisverður snæddur.
2. **Fuglaskoðunarferð á Krísuvíkurbjarg** um mánaðamótin maí–júní. Hægt er að aka alveg fram á bjargsbrún.

STJÓRNIN

Fræðslustofnun lækna

Ársfundur Fræðslustofnunar lækna verður haldinn samkvæmt reglugerð **13. apríl næstkomandi** í Hlíðasmára 8 og hefst **kukkan 20:30**.

Dagskrá:
1. Umfjöllun um styrkveitingar (samkvæmt reglugerð)
2. Fjárhagsstaða og starfsemi Fræðslustofnunar lækna
3. Umfjöllun um símenntun á Læknadögum 2000
4. Önnur mál

Stjórn Fræðslustofnunar lækna

Hef opnað lækningastofu

í Lækningu ehf, Lágmúla 5, 108 Reykjavík. Tekið er við tímapöntunum í síma 533 3131 alla virka daga kl. 9-17.

Georg Steinþórsson
Sérgrein: æðaskurðlækningar og almennar skurðlækningar

Hef opnað lækningastofu

í Lækningu ehf, Lágmúla 5, 108 Reykjavík. Tekið er við tímapöntunum í síma 533 3131 alla virka daga kl. 9-17.

Hjörtur Georg Gíslasson
Sérgrein: almennar skurðlækningar og meltingarfæraskurðlækningar

Ráðstefnur og fundir

Þau sem koma þurfa á framfæri í þennan dálk upplýsingum um fundi, ráðstefnur o.fl. eru beðin að hafa samband við Læknablaðið.

16.-19. mars
Í Feneyjum. Conference Plus. GP Refresher Conference. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

18.-25. mars
Í Havana. CONFERENCE PLUS. A study tour in Cuba. Í samstarfi við the British & Cuban Ministry of Health. Nánari upplýsingar í netfangi: *info@conference plus.co.uk* og hjá Læknablaðinu.

2.-8. apríl
Í Oxford. Better Hospital Management for better health. Á vegum British Council. Nánari upplýsingar á slóðinni: *www.britishcouncil.org/networkevents* og hjá Læknablaðiðnu.

4.-7. apríl
Í Newcastle upon Tyne. International Psychogeriatric Association and Royal College of Psychiatrists' Faculty of Old Age. „Non-Alzheimer Cognitive Impairment". Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

5.-7. apríl
Í Kaupmannahöfn. Skandinavisk Selskap for Psykofarmakologi, 41. Årsmöde. Nánari upplýsingar í síma: +45 98 33 21 55, bréfsíma: +45 98 33 22 72 og slóð: *www.ssp-nordic.org*

6.-7. apríl
Í Reykjavík. Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands. Nánari upplýsingar veitir Gunnhildur Jóhannsdóttir í síma 560 1330. Netfang: *gunnhild@rsp.is*

9. -11. apríl
Í Árósum. Undervisningskonference 2000. Aarhus Universitet og Nordisk Federation for Medicinsk Undervisning. Nánari upplýsingar hjá Tina Jakobsen í síma: +45 89 42 29 62, netfang: admitij @adm.aau.dk og hjá Læknablaðinu.

9.-13. apríl
Í Reykjavík á Hótel Íslandi. Námskeið í heilsuvernd starfsmanna. Haldið á

DDB Needham



ÞUNGLYNDI ER SJALDNAST EITT Á FERÐ



- U.þ.b. 15-20% Íslendinga geta búist við að fá þunglyndi einhvern tímann á lífsleiðinni. 60-90% þeirra sem þjást af þunglyndi þjást jafnframt af kvíðasjúkdómum á borð við felmtursröskun, árátttu- og þráhyggjuröskun, almenn kvíðaröskun, félagsfælni og víðáttufælni.[1]

- Sjúklingar sem þjást af fleiri en einum geðrænum sjúkdómi verða mun veikari en aðrir, fá fleiri einkenni, þarfnast kröftugri og flóknari meðhöndlunar og reyna oftar sjálfsvíg.[2]

Hvenær sem þunglyndi og kvíði birtast saman ber að geta þess að ástandið er lífshættulegt og skal meðhöndla áður en það reynist of seint.[3]

MEÐHÖNDLUN ÞUNGLYNDIS OG KVÍÐA

- Seroxat® paroxetin er með mest rannsökuðu þunglyndislyfjum heims.

- Seroxat® er viðurkennt lyf til meðferðar á þunglyndi, árátttu- og þráhyggjuröskun og felmtursröskun.

ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKAR ÞESS:

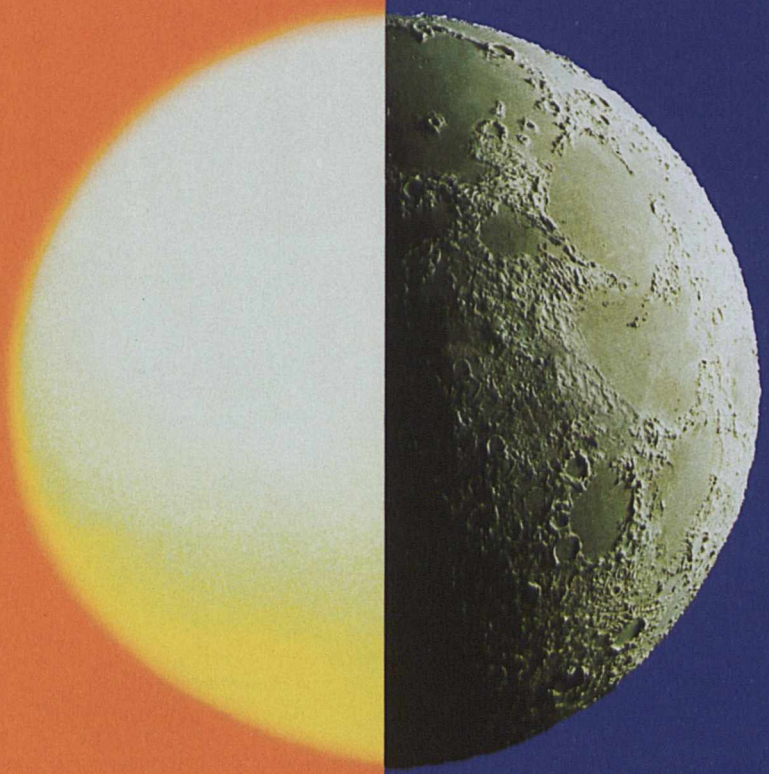
Þunglyndir einstaklingar þjást oft jafnframt af öðrum kvíðasjúkdómum á borð við felmtursröskun, árátttu- og þráhyggjuröskun, almenna kvíðaröskun, félagsfælni og víðáttufælni. Þar að auki er hætta á ýmsum öðrum sjúkdómum og vandamálum tengdum áfengis og lyfjamisnotkun og félagslegum erfiðleikum. Mikilvægt er að sjúklingurinn fái viðhlýtandi meðferð tímanlega svo hann eigi það ekki á hættu að festast í vítahring fyrir lífstíð.

Seroxat® Paroxetin

ÞEGAR MEÐHÖNDLA SKAL ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKA ÞESS

Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, 22,88 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. Ábendingar: þunglyndi. Árátttu og þráhyggjusýki. Felmturköst (ofsakvíði, panic disorders) Félagslegur ótti/félagsleg fælni **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Östöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu liða a.m.k. 14 dagar milli þess sem þessi lyf eru gefin. Aukin blæðingarhætta getur sést samtímis gjöf warfarins og annarra kúmarínlyfja. Lyfið getur hindrað niðurbrot annarra lyfja svo sem neuroleptica af fentiazínflokki og lyfja við hjartsláttartruflun af flokki IC (flekaínið) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetíns. Paroxetin hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytóíns, móklóbemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. **Frá miðtaugakerfi:** Svefnleysi, æsingur, vöðvatitringur, óróa, taugaveiklun. Skortur á einbeitingu og náladofi. Truflun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum. Frá meltingarvegi: Ógleði, uppköst, niðurgangur, munnþurrkur, lystarleysi og breytingar á bragðskyni. **Frá öndunarfærum:** Geispar. **Þvagfæri:** þvaglátatruflanir. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Bjúgur og þorsti. **Miðtaugakerfi:** Tilfinningalegar truflanir. Mania. Minnkuð kynhvöt hjá konum. **Frá meltingarfærum:** Kyngingarörðugleikar. Sjúklingar gnista tönnum, einkum í svefni. **Frá húð:** Kláði og útbrot. **Frá eyrum:** Suða fyrir eyrum. **Annað:** Vöðvaslappleiki. **Skammtastærðir handa fullorðnum: Við þunglyndi:** Venjulegur skammtur er 20 mg/dag. Þennan skammt má auka í 50 mg/dag eftir klínískri svörun sjúklings. Hjá öldruðum má hugsanlega byrja með lægri skammta en ekki skal gefa öldruðum hærri skammt en 40 mg/dag. Meðferðarlengd a.m.k. 3 mánuðir. **Við árátttu og þráhyggjusýki:** Byrjunarskammtur er 20 mg/dag venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarkskammtur er 60 mg/dag. **Við felmturköstum:** Byrjunarskammtur er 10 mg/dag (hálf tafla), skammtinn má auka um 10 mg/dag á viku fresti. Venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarksskammtur er 60 mg/dag. Mælt er með lágum upphafsskammti í felmtursröskunarmeðferð til að minnka hættu á versnun sjúkdómsins í byrjun meðferðar. Við félagslegum ótta/félagslegri fælni: Mælt er með 20 mg skammti á dag, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum **Pakkningar og verð jan´2000** 20 stk. 2768,- 60 stk. 9863,- 100 stk. 15.298,- kr **Einkaumboð á Íslandi:** Thorarensen-Lyf, Vatnagörðum 18, Reykjavík. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðslufyrirkomulag: B **Heimildir:** 1)Fawcett J et al, J Clin Psychiatry 1983; 44(8, sec 2):8-11. 2)Angst J., 1993 Int. Clin. Psychopharmacology, Vol 8, suppl. 1, 21-25. 3)Humble M, Acta Psychiatri Scand 1987, 76 (suppl 335), 15-30. 4) Dunbar GC et al. Acta Psychiatr. Scand 1993; 87:302-5. 5) Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC, Eur Neuropsychopharmacol 1995 Mar; 5: 5-13.

SB SmithKline Beecham Pharmaceuticals



NÝTT

AUGMENTIN

tvisvar á dag

MIXTÚRA & TÖFLUR

SmithKline Beecham

Nævt.../THO 01-11.99

AUGMENTIN (SmithKline Beecham 870191) **Ábendingar:** Sýkingar af völdum sýkla, sem eru næmir fyrir lyfjablöndunni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir beta-laktam lyfjum, t.d. penicillíni og cefalóspórínsamböndum. Mononucleosis. Saga um gulu eða skerta lifrarstarfsemi, sem tengist gjöf á Augmentin eða skyldum lyfjum. **Aukaverkanir:** Við venjulega skömmtun lyfsins má búast við aukaverkunum hjá 5% sjúklinga. Aukaverkanir frá meltingarvegi svo sem linar hægðir, ógleði, uppköst og meltingartruflanir eru þó algengari ef hærri skammtar eru gefnir. Virðast þessar aukaverkanir algengari við gjöf þessa lyfs en við amoxicillíns eins sér. ***Algengar (1%):*** Meltingarvegur: Linar hægðir. Húð: útbrot, kláði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Blóð: Afturkræf hvítfrumnafæð, afturkræf blóðflagnafæð. Meltingarvegur: Ógleði, uppköst. Húð: Ofsakláði. **Milliverkanir:** Próbenecíð seinkar útskilnaði amoxicillíns, en ekki útskilnaði klavúlansýru. Því er ekki mælt með samtímis gjöf próbenecíðs og Augmentin. Samtímis gjöf amoxicillíns og allópúrínóls getur aukið líkur á ofnæmisútbrotum í húð. Engar upplýsingar eru um samtímis gjöf Augmentin og allópúrínóls. Eins og önnur breiðvirk sýklalyf getur Augmentin dregið úr virkni getnaðarvarnataflna. **Varúð:** Við skerta nýrnastarfsemi (kreatínínklerans < 30 ml/mín.) þarf að minnka skammta fyrir 250 mg + 125 mg töflur og 500 mg + 125 mg töflur og ekki á að nota 875 mg + 125 mg töflur. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Vegna aspartaminnihalds mixtúrunnar skal gæta varúðar hjá sjúklingum með fenýlketonureu. Lenging á prótrombín tíma hefur verið lýst í einstaka tilvikum hjá sjúklingum sem fá Augmentin. Þegar blóðþynningarlyf eru gefin samtímis skal viðeigandi eftirliti vera framfylgt. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Venjulegur skammtur er ein tafla 250 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag. Við alvarlegum efri loftvegasýkingum og lungnasýkingum ein tafla 500 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag eða ein tafla 875 mg + 125 mg tvisvar sinnum á dag. - Æskilegt er að gefa lyfið við upphaf máltíðar. **Skammtastærðir handa börnum:** ***Mixtúra 80/10,5 mg/ml (1 ml mixtúra = 80 mg amoxicillín):*** Dagsskammtur 25/3,6 mg/kg - 45/6,4 mg/kg. **Athugið:** Fullbúin mixtúra hefur 7 daga geymsluþol í ísskáp (2-8°C). **Pakkningar: Mixtúruduft 80 mg + 11,4 mg/ml:** 70 ml verð kr. 2465,-. **Töflur 875 mg + 125 mg:** 12 stk. (þynnupakkað) verð kr. 2546,-. **Thorarensen lyf.** Vatnagarðar 18, 104 Reykjavík. Sími 568 6044.

vegum NIVA. Námskeiðið mun kosta um 33.500 krónur. Nánari upplýsingar á heimasíðu NIVA: *www.niva.org* og hjá atvinnusjúkdóma- og heilsugæsludeild Vinnueftirlits ríkisins í síma: 550 4600.

12.-16. apríl
Í Kaliforníu. A Continuing Medical Education Summit on the Practices, Opportunities and Priorities for the New Millennium. Sheration Universal Hotel, Universal City. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

13.-15. apríl
Í Tartu, Eistlandi. International Conference "Intergration of General Practice/Family Medicine Reform in Polyclinic System". Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og ritara þingsins: *peremed@ut.ee*

6.-10. maí
Í Tampere, Finnlandi. 27th European Symposium on Calcified Tissues. Nánari upplýsingar í netfang: *secretariat@congcreator.com* og hjá Læknablaðinu.

15.-30. maí
Í Peking. Conference Plus. GP Refresher Course. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

17.-20. maí
Í Árósum. 34. ársþing European Society for Clinical Investigation. Nánari upplýsingar í síma + 31 30 250 8787, bréfsíma +31 30 251 5724, netfang: *esci@digd.azu.nl*

4.-7. júni
Í Reykjavík. The AFAR biomedical aspects of osteoporosis and dementia and the Scientific Congress of the Nordic Gerontological Society. Nánari upplýsingar í bréfsíma 562 3345; netfang: *congrex @itb.is*

9.-11. júní
Á Egilsstöðum. XIV. þing Félags íslenskra lyflækna. Nánari upplýsingar í netfangi: *birna@icemed.is*

12.-15. júní
Í Björgvin. Fyrsta norræna ráðstefnan í faraldsfræði. Upplýsingar um ráðstefnuna fást á slóðinni: *nofe.uib.no/Bergen2000* og einnig hjá Læknablaðinu.

14.-16. júní
Í Gautaborg. Protection Prevention Promotion on the Development and Future of Child Health Services. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

18.-21. júní
Í Jerúsalem. 2nd International Meeting on Intensive Cardiac Care. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á slóð: *www.isas.co.il*

28. júní -1. júlí
Í Viktoríu, Kanada. Pacific International Medical Congress 2000. A Vision Of The Future: Medicine For The New Millennium. Nánari upplýsingar í síma: (604) 688 3787, netfang: *jwood@woodwest.com*

28. júní-1. júlí
Í Reykjavík. 28. þing Norræna lýtalæknafélagsins. Upplýsingar veitir Rafn A. Ragnarsson, netfang: *rafna@rsp.is*

1. -8. júlí
Í Cannes. The 21st Wold Medical Games. Nánari upplýsingar á netfangi: info@medigames.com og hjá Læknablaðinu.

2.-9. júlí
Í Alaska. Glacier Cruise. Pacific International Medical Congress 2000 post conference event. Vision of Healing: Intergration of Complementary Medicine into our Traditional Medicine. Nánari upplýsingar í síma (604) 684 7327 og hjá Læknablaðinu.

6.-10. ágúst
Í Helsinki. 13th World Congress on Medical Law. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

6.-10. ágúst
Í Chicago, alþjóðleg ráðstefna um tóbak eða heilsu (11th World Conference on Tobacco or Health). Nánari upplýsingar á Læknablaðinu eða hjá Pétri Heimissyni í síma 471 1400 netfang: *peturh@eldhorn.is*

12.-13. ágúst
Í Reykjavík. Physiological Mechanisms in Diabetes. Hliðarráðstefna í tengslum við sameiginlega ráðstefnu American Physiological Society og Scandinavian Physiological Society sem fram fer í Stokkhólmi 16.-19. Nánari upplýsingar: Ráðstefnur og fundir ehf., s. 554 1400 og Rafn Benediktsson læknir, netfang: *rafnbe@shr.is*

13.-16. ágúst
Í Kaupmannahöfn. Norræna heimilislæknaþingið.

27.-30. ágúst
Í Beer Sheve, Ísrael. AMEE 200 Conference. Horizon Scanning in Medical Education: 2020 Vision. Nánari upplýsingar hjá AMEE Office University of Dundee, Mrs. Pat Lilley, sími: +44 (0) 1382 631967, netfang: p.m.lilley@ dundee.ac.uk. og hjá Læknablaðinu.

2.-5. september
Í Edinborg. Á vegum The Royal College of Physicians of Edinburgh. Healthcare for Older People: The UK Experience. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

21.-24. september
Í London. Fifth World Congress of Bioethics. Imperial College. Nánari upplýsingar í netfangi: enquiries@ inanyeventuk.com og hjá Læknablaðinu.

2.-5. nóvember
Í Hong Kong. Second International Congress. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

22.-24. nóvember
Í Amsterdam. 3rd International Conference On Priorities In Health Care. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

3.-7. júní 2001
Í Tampere. Wonca Europe.

24.-27. júní 2001
Í Kaupmannahöfn. Europace 2001. The European Working Groups on Cardiac Pacing and Arrhythmias. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

1.-6. júlí 2001
Í Berlín. 7th World Congress of Biological Psychiatry. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

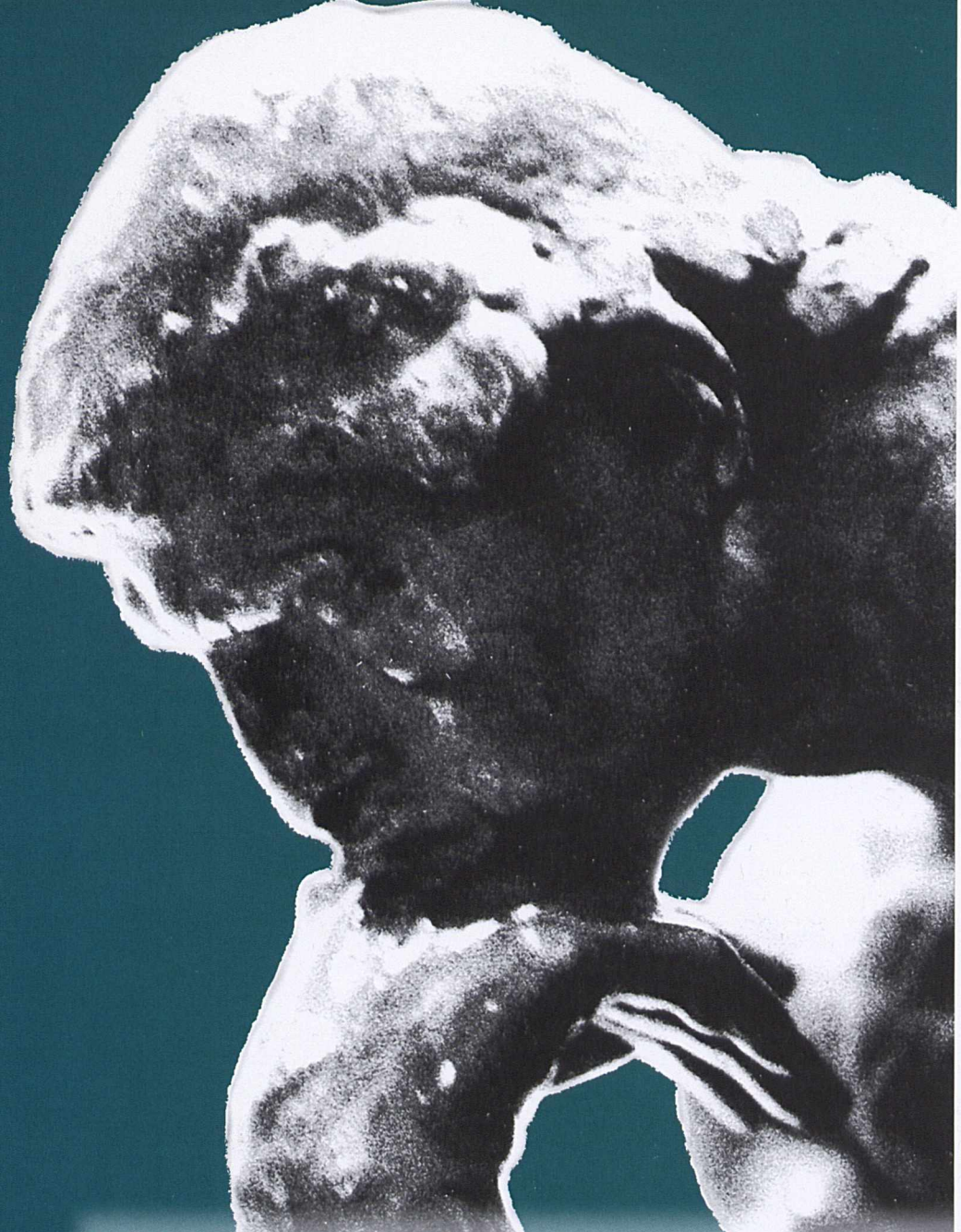
1.-6. júlí 2001
Í Vancouver. World Congress of Gerontology. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

9.-14. september 2001
Í Akrópolis. 10th Congress of The International Psychogeriatric Association. Bridging the gap between brain and mind. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

13.-17. maí 2002
Í Durban. Alþjóðlega Wonca ráðstefnan.

Félagsstarfið

Læknar í AA
halda fundi alla fimmtudaga í fundarherbergi Domus Medica á 2. hæð kl. 18.00–19.00.



Vandlega íhuguð blóðfitumeðferð



Öflugt



Víðtækt



Einfalt

ZARATOR - Pfizer. Hver tafla inniheldur: Atorvastatinum INN, kalsíumsalt (þríhýdrat), samsvarandi Atorvastatinum INN 10 mg, 20 mg eða 40 mg. **Ábendingar:** Of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B og þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, arfgenga (fjölskyldutengda) kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (svo sem IIa- og IIb-gerð skv. flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. **Skammtar handa fullorðnum:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi mataræði áður en honum er gefið atorvastatín og ætti að halda því áfram á meðan á meðferð með atorvastatíni stendur. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á dag. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiða meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Skammta skal aðlaga (leiðrétta) með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka hvenær sólarhringsins sem er með eða án fæðu. Ekki þarf að breyta skömmtum vegna aldurs eða nýrnastarfsemi. **Börn:** Takmörkuð reynsla er af notkun atorvastatíns hjá börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins, virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi þreföld hækkun á transamínösum í blóði, vöðvakvillar (myopathia), meðganga, brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri verða að nota getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Áhrif á lifur: Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva atorvastatín gjöf. Nota skal atorvastatín með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. Áhrif á beinagrindarvöðva: Skýrt hefur verið frá venjulegum vöðvaþrautum hjá sjúklingum, sem eru á atorvastatín meðferð. Komi fram greinileg hækkun á CPK-gildum eða ef vöðva-kvilli eða grunur um vöðvakvilla greinist skal hætta atorvastatín meðferð. Mæla skal CPK-gildi hjá þeim sjúklingum sem sýna merki eða einkenni um vöðvakvilla. Sé stöðug, greinileg hækkun á CPK-gildum er mælt með því að minnka skammta eða stöðva atorvastatín gjöf (sjá Milliverkanir). **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla eykst við meðferð með öðrum lyfjum í þessum flokki ef cýklóspórín, fíbröt, erýtrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvasundrunar (rhabdomyolysis) auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu (myoglobinuria). Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4 og skal því gæta varúðar þegar Zarator er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli (t.d. cýklóspórini, makrólíðsýklalyfjum og azól-sveppalyfjum). Áhrif efna, sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampicín eða fenýtóín), á atorvastatín eru ekki þekkt. Blóðþéttni dígoxíns, noretíndróns og etinýlestradíóls eykst við samtímis notkun atorvastatíns. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. Blóðþéttni atorvastatíns lækkar þegar kólestípól eða sýrubindandi lyf, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð eru gefin samtímis. Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. **Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið getur valdið fósturskemmdum** og meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun atorvastatíns. Konur á barneignaraldri eiga að nota öruggar getnaðarvarnir. **Aukaverkanir:** Algengar(>1%): Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir, kviðverkir. Sjaldgæfar (0,1-1%): Höfuðverkur, ógleði, vöðvaþrautir, þróttleysi, niðurgangur og svefnleysi. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hækkun á transamínósum í blóði, oftast væg og tímabundin. Hækkun á serumkreatín fosfókínasa (CPK)-gildum. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið skráðar í rannsóknum með atorvastatín, en óvíst um orsakatengsl: vöðvakrampar, vöðvaþroti, vöðvakvilli, tilfinningaglöp, kvilli í útlægum taugum, brisbólga, lifrarbólga, gallteppugula, lystarleysi, uppköst, hárlos, kláði, útbrot, getuleysi, blóðsykurshækkun og blóðsykurslækkun. Verkir fyrir brjósti, svimi og ofnæmi hafa einnig verið skráð í einstaka tilvikum. **Pakkningar:** Töflur 10 mg: 30 stk. (þynnupakkað), verð 4.409 kr.; 100 stk. (þynnupakkað), verð 12.562 kr. Töflur 20 mg: 30 stk. (þynnupakkað), verð 6.300 kr.; 100 stk. (þynnupakkað), verð 18.256 kr. Töflur 40 mg: 30 stk. (þynnupakkað), verð 9.331 kr.; 100 stk. (þynnupakkað), verð 27.965 kr. Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðist samkv. greiðslufyrirkomulagi 0 í lyfjaverðskrá. **Frekari upplýsingar um lyfið er að finna í texta Sérlyfjaskrár 1998.**

Pfizer

Zarator®
atorvastatin