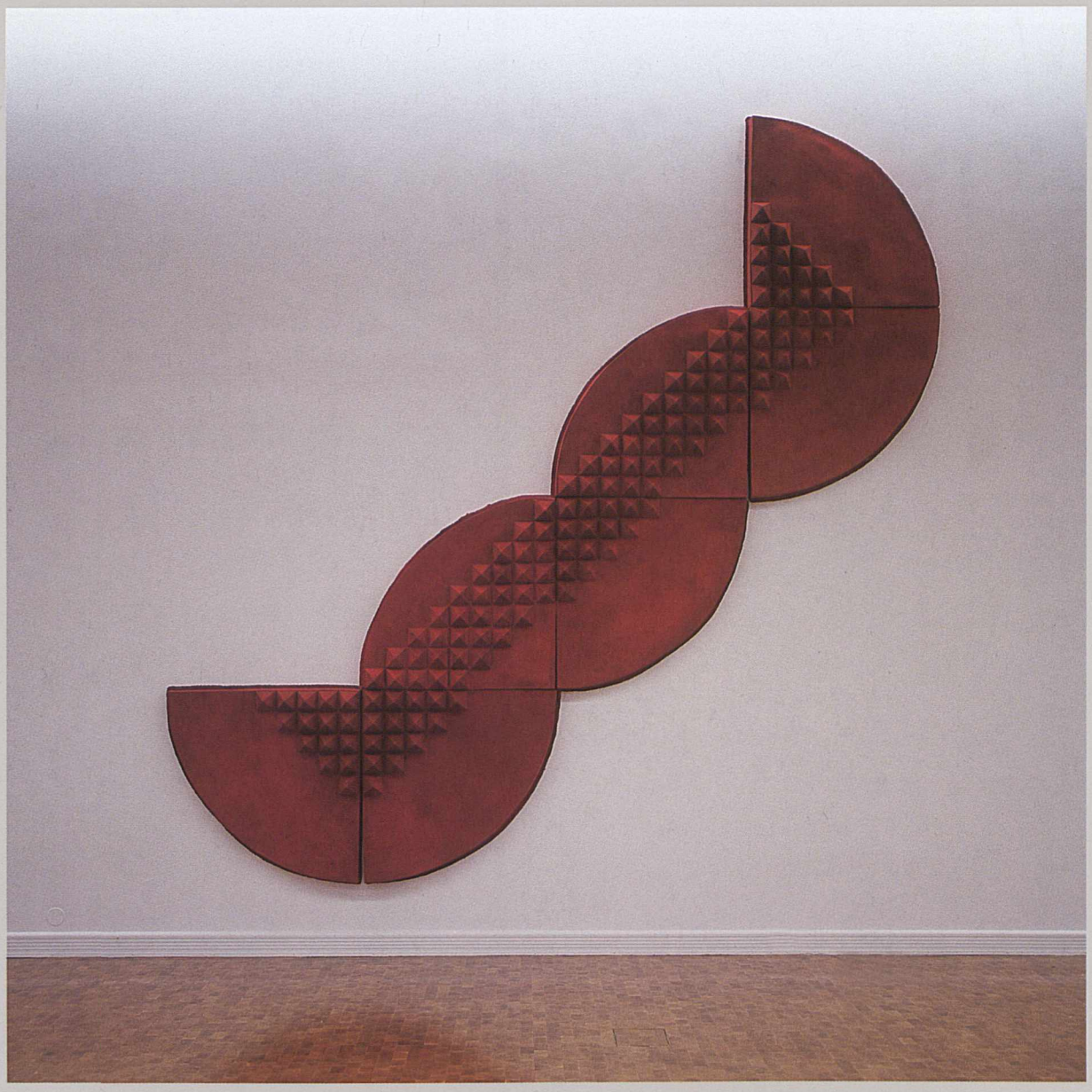
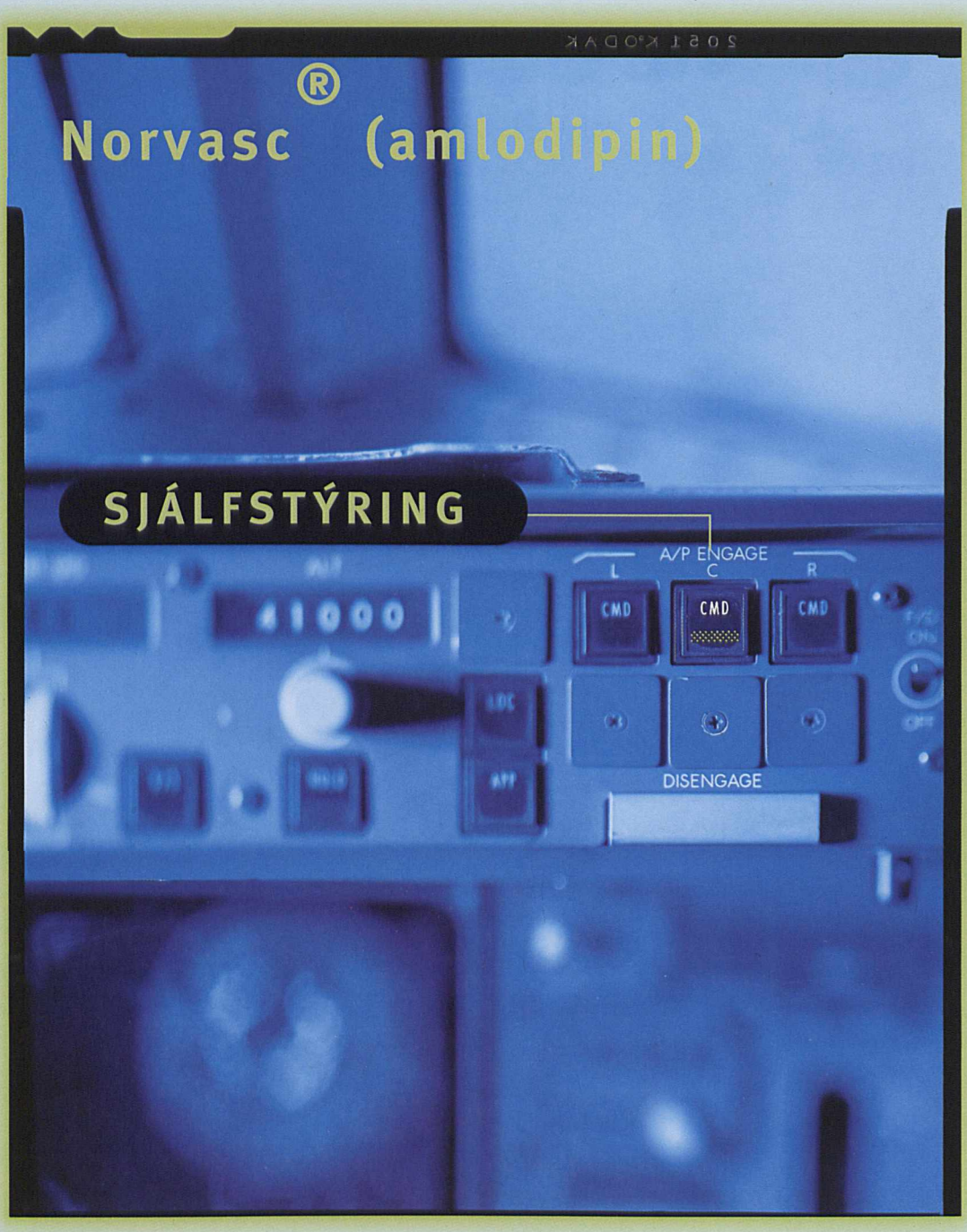
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



4/2000



Með Norvasc® verður meðhöndlun háþrýstings einföld, örugg og árangursrík:

- Engar frábendingar*
- Engar þekktar milliverkanir
- Aukaverkanir eru mildar og yfirstíganlegar
- Ein tafla á dag
- Ábendingar: Háþrýstingur og brjóstverkur
- Hjartabilun er ekki frábending[1]

Tilv.1 PRAISE Effect of Amlodipine on Morbidity and Mortality in Severe Chronic Heart Failure. M Packer et al N Eng J Med; 335: 1107-1114, 1996
***Ofnæmi fyrir lyfinu og skyldum lyfjum, meðganga brjóstagjöf.**



Ábendingar: Háþrýstingur, hjartaöng. Eiginleikar: Norvasc® er kalsíumblokkari, af flokki dihýdrópýridína, með löngum helmingunartíma. Lækkar blóðþrýsting, vegna beinna slakandi áhrifa á slétta vöðva í æðum. Frábendingar: Ofnæmi fyrir lyfinu og skyldum lyfjum. Meðganga og brjóstagjöf. Aukaverkanir: Ökklabjúgur, höfuðverkur, svimi, roði og hiti í andliti, þróttleysi. Milliverkanir: Ekki þekktar. Skammtastærðir: Upphafsskammtur er 5 mg einu sinni á dag. Ef viðunandi árangur næst ekki eftir 2-4 vikur má auka skammtinn í 10 mg á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum. Pakkningar og verð (1. mars 1999): Töflur 5 mg: 30 stk. (þynnupakkað) -2.929 kr., töflur 5 mg: 100 stk. (þynnupakkað) -7.426 kr., töflur 10 mg: 30 stk. (þynnupakkað) -4.186 kr., töflur 10 mg: 100 stk. (þynnupakkað) -11.713 kr.
Texti sérlyfjaskrár 1998. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðist samkvæmt greiðslufyrirkomulagi B í lyfjaverðskrá. Samningur Pfizer við lyfsala í landinu gerir þeim kleift að veita afslátt af Norvasc®. Þetta þýðir að Norvasc® fæst nú á viðmiðunarverði.

Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf. Hörgatúni 2, 210 Garðabæ,
sími 535 7000 fax 565 9292.

Pfizer

FRÆÐIGREINAR

235 **Ritstjórnargreinar:**
Þing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands
Hannes Petersen

237 **Kransæðavíkkun eða segaleysandi meðferð við bráðri kransæðastíflu?**
Ragnar Danielsen

241 **Árangur kransæðavíkkunaraðgerða á Íslandi 1987-1998**

Ragnar Danielsen, Kristján Eyjólfsson, Axel F. Sigurðsson, Einar H. Jónmundsson

Fyrsta kransæðavíkkunin var framkvæmd hér á landi í maí 1987. Nákvæm skrá hefur verið haldin frá þeim tíma yfir alla sjúklinga sem gengist hafa undir slíkar aðgerðir. Tíðni kransæðavíkkunaraðgerða á Íslandi er með því hæsta sem gerist í Evrópu. Niðurstaða höfunda er sú að hlutfall velheppnaðra aðgerða sé hátt og tíðni fylgikvilla og dauðsfalla eftir aðgerð lág.

251 **Heilsutengd lífsgæði Íslendinga**

Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Erla Grétarsdóttir

Höfundar byggja rannsókn sína á prófi sem þróað hefur verið hér á landi til þess að meta heilsutengd lífsgæði. Prófið er samansett úr ríflega 30 spurningum sem varða heilsutengd lífsgæði. Rannsóknin náði til 2.800 einstaklinga sem valdir voru með lagskiptu slembiúrtaki úr þjóðskrá. Meðal niðurstaðna höfunda er að heilsutengd lífsgæði kvenna séu lakari en karla og almennt minnki heilsutengd lífsgæði með hækkandi aldri.

259 **Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands 6.-7. apríl 2000**

Dagskrá

266 **Ágrip erinda**

282 **Höfundaskrá**

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

4. tbl. 86. árg. Apríl 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.

Listi fyrir sumarið:

Sólgleraugu,
pollabuxur,
bangsasokkar
og **Flixonase!**



Flixonase er áhrifaríkt og hraðvirkt nefúðasteralyf gegn ofnæmisbólgum í nefi. Flixonase er eina nefúðasteralyfið fyrir börn allt niður í 4 ára aldur og getur því átt sinn þátt í því að gera sumarið ánægjulegra og eftirminnilegra fyrir okkur öll.

Nú er rétti tíminn fyrir Flixonase.

GOTT FÓLK • SÍA • 4831

FLIXONASE, GlaxoWellcome NEFÚÐALYF;

1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5mg, Benzalkonii chloridum 0,2mg, Phenethanolum 2,5 mg, hjálparefni og Aqua purificata q.s. ad 1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. Eiginleikar: Lyfið er vatnslausn af flútikasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun en hefur litlar almennar aukaverkanir, þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. Ábendingar: Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Varúð: Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. Aukaverkanir: Þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir.
Skammtastærðir handa fullorðnum: Tvær úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag.
Skammtastærðir handa börnum:
Börn 12 ára og eldri: Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan.
Börn 4-11 ára: Ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. Pakkningar: 16 ml (120 úðaskammtar).

GlaxoWellcome

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

284 **Stjórnað með tilskipunum**
Rætt við Jón Snædal yfirlækni á Landakoti og varaformann LÍ
Þröstur Haraldsson

288 **Persónuvernd við vinnslu heilsufarsupplýsinga í vísindarannsóknum á heilbrigðissviði**
Páll Hreinsson

298 **Meginreglur persónuverndar og alþjóðleg þróun þeirra**
Haraldur Briem

300 **Messías – hinn síðari**
Matthías Kjeld

302 **Endurmenntun**
Guðjón Lárusson

303 **Hollvinafélag læknadeildar Háskóla Íslands**
Sigríður Stefánsdóttir

306 **Sparsemi lækna: Húsdýr læknastéttarinnar**
Árni Björnsson

307 **Reykjavíkurborg kaupir Mýri**

Til lækna – Vinnureglur
Tryggingayfirlæknir

308 **Íðorðasafn lækna 121: Sameinað sjúkrahús**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

309 **Broshornið: Hvar eru húmoristarnir?**
Bjarni Jónasson

310 **Lyfjamál 84**
Frá Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og landlækni

312 **Gömul læknisráð: Á næstu grösum**
Hallgerður Gísladóttir

314 **Ráðstefnur, styrkir og fundir**

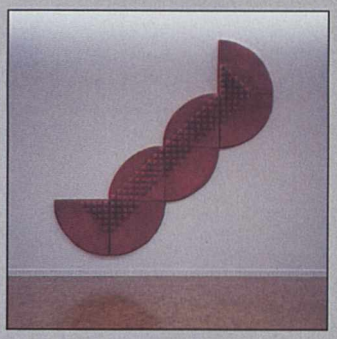
316 **Lausar stöður**

321 **Okkar á milli**

322 **Minnisblaðið**

Sími Læknablaðsins er
564 4104
Bréfsíminn er 564 4106

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Svava Björnsdóttir

Ljósmynd: Guðmundur Ingólfsson

Svava Björnsdóttir (fædd 1952) býr til stóra hola pappírsskúlptúra sem hún litar oftast með dufti svo áferðin verður mött og yfirborðið drekkur í sig ljósið, en það styrkir tilfinningu áhorfandans fyrir efninu og massa verksins. Formin sem hún mótar eru nú orðið einkum byggð á geómetríu og endurtekning þeirra er sterkt einkenni í flestum verkunum. Formrænt séð eru verkin skyld flatarmálsfræðilegum minimalisma en efnisvalið og meðferðin eiga hins vegar meira skylt við aðra tilhneigingu sem verið hefur að þróast í myndlist síðasta árhundraðið, að nota einfalt og jafnvel forgengilegt efni til að túlka listrænar hugmyndir.

Tærleiki og fullkomið samræmi efnis, umfangs og yfirborðs eru helstu einkenni verka Svövu. Hún ögrar bæði sjón og huga áhorfandans með því að tefla fram greinilegum andstæðum: Miklu umfangi sem stangast á við léttleika efnisins, möttum djúpum lit sem samræmist illa hreinum geómetrískum formunum sem hún byggir upp, og hátíðleika í framsetningu sem stangast á við það að við fyrstu sýn líkjast sum verkin einna mest ofvöxnum eggjabökkum. Hárnákvæm meðferð Svövu á þessum andstæðum skapar það fullkomna samræmi sem gerir verk hennar að list.

Verkið á forsíðu blaðsins er frá 1992 og er án titils eins og flest nýrri verk Svövu. Það er gríðarstórt, 300 x 400 cm, og sýnir vel hvernig Svava byggir upp stórar myndir af einföldum formum og tengir saman víddirnar með því að endurtaka líka formin í yfirborði verksins. Verkið var nýlega sýnt á stórri yfirlitssýningu á list Svövu í Listasafni Íslands, en hún er einn yngsti listamaður sem tekinn hefur verið til slíkrar umfjöllunar í safninu.

Jón Proppé

Leiðrétting

Við umfjöllun um forsíðumynd Læknablaðsins í mars, Lykill að hafi eftir Ásu Ólafsdóttur, láðist að geta ljósmyndara. Myndina tók **Magdalena M. Hermanns**.



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 hiðroði. 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

Þing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands



Hannes Petersen

Skurðlæknafélag Íslands var stofnað 19. mars 1957 og gátu félagar þeir einir orðið „... sem hafa sérfræðiviðurkenningu í skurðlækningum, beina- og liðasjúkdómum, kvensjúkdóma- og fæðingafræði og þvagfæraskurðlækningum svo og þeir sem eru að ljúka framhaldsnámi í þessum greinum“, svo vitnað sé í stofnlög félagsins. Af 36 stofnfélögum voru flestir almennir skurðlæknar. Þess ber að geta að á þeim árum er félagið var stofnað var aðgerðaefnisskrá almennra skurðlækna æði fjölbreytt og innihélt meðal annars bæklunaraðgerðir, aðgerðir á grindar-, kviðar- og brjóstholslíffærum svo og aðgerðir á höfði, hálsi og miðtaugakerfi.

Með vaxandi sérhæfingu komu til starfa skurðlæknar, er einvörðungu fengust við aðgerðir á ákveðnum líffærakerfum og með vaxandi fjölda þeirra, litu undirsérgreinafélög dagsins ljós. Þessi undirsérgreinafélög eru þær grunneiningar er standa að Skurðlæknafélagi Íslands sem líta má á sem einskonar regnhlífasamtök þeirra lækna er beita skurðaðgerðum sem meginmeðferðarformi. Í dag eru samtök almennra skurðlækna, æðaskurðlækna, barnaskurðlækna, lýtalækna, bæklunarskurðlækna, hjarta- og brjóstholsskurðlækna, handarskurðlækna, þvagfæraskurðlækna, heila- og taugaskurðlækna, innkirtlaskurðlækna og háls-, nef- og eyrnaskurðlækna aðilar að Skurðlæknafélagi Íslands.

Fyrir utan að tilheyra hópi skerandi lækna eru þessir hópar harla ólíkir. Þarfir þeirra, vinnufyrirkomulag og starfsvettvangur innan sjúkrahúsa og utan eru með mismunandi hætti og því næsta víst að bein aðkoma Skurðlæknafélags Íslands að kjaramálum félagsmanna myndi blása regnhlífina öfuga. Því hefur meginþungi félagsstarfsins verið að sinna fræðigreininni sem slíkri og fræðslumálum skurðlækna, enda var hvatinn að stofnun félagsins sá að mynda félag er gæti staðið fyrir norrænu þingi skurðlækna hér á landi og standa þannig fyrir fræðilegum tengslum íslenskra skurðlækna við skurðlækna erlendis. Einnig var talið brýnt að hlúa að málefnum skurðlækna innanlands eins og fram kom í tilgangi félagsins er skráður var í lögum, „að hafa afskipti af þeim málefnum er snerta íslenska skurðlækna almennt“.

Þannig hefur Skurðlæknafélag Íslands staðið vörð um og verið vettvangur fræðilegrar umræðu um sérgreinina meðal skurðlækna, lækna almennt og annarra. Skurðlæknafélagið hefur einnig bent á sérstöðu skurðlækna, svo sem að sérnám og aðgerðaþjálfun skurðlækna er með því lengsta sem þekkist ásamt því að allt starfsumhverfi skurðlækna er krefjandi á hönd og huga og því takmarkað í eldri endann. Sá liður í starfsemi félagsins sem mest hefur verið áberandi eru fræðslumál skurðlækna og eru hin árlegu fræðsluþing félagsins undirstaða þess vettvangs.

Fyrsta þing Skurðlæknafélagsins var haldið dagana 28. til 30. mars 1972 á Akureyri. Í fyrstu eða til ársins 1986 voru þingin haldin annað hvert ár, jafnt úti á landi sem í Reykjavík en frá árinu 1993 hefur þinghald verið í Reykjavík og hefur það gefist betur, sérstaklega með tilliti til þátttöku. Frá árinu 1998 hafa Félög svæfinga- og gjörgæslulækna og skurðlækna staðið saman að þinghaldi enda starfsemi þessara sérgreina samtvinnuð inni á skurðstofum.

Dagana 6. og 7. apríl næstkomandi verður ársþing Skurðlæknafélags Íslands haldið í 22. sinn í tengslum við þing Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands og er dagskrá ásamt ágripum erinda birt í þessu tölublaði Læknablaðsins. Þingið sem haldið er á Hótel Sögu er öllum opið og er vert að benda á sameiginlegan dagskrárlið félaganna er að þinginu standa, föstudagsmorguninn 7. apríl en þá verður haldið málþing um dæguraðgerðir sem eru að verða snar þáttur aðgerðaforms í dag en voru nánast óþekktar er Skurðlæknafélag Íslands var stofnað fyrir 43 árum.

Höfundur er sérfræðingur í háls-, nef- og eyrnalækningum á Landspítala Fossvogi.

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.

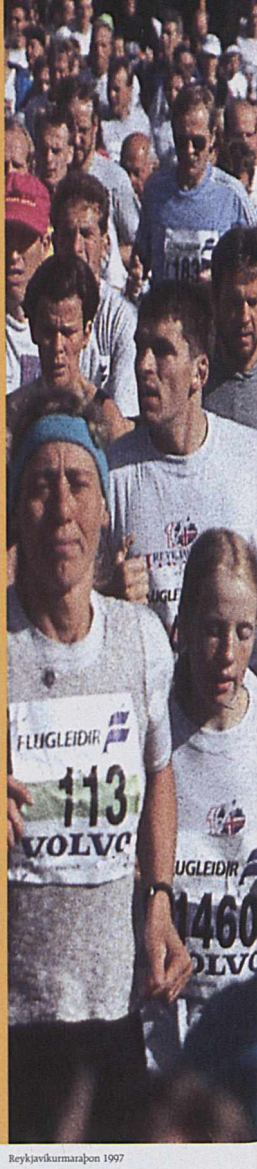
Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknabladid

Umræðuhluti

Vegna páskanna fer maíhefti Læknablaðið óvenju snemma í prentun. **Skilafrestur efnis í umræðuhluta er því 12. apríl.**



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 krampakóst. 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 serótóníupptökuhemla (SSRI): Almennar: Ósjálfráð einkenni þ.m.t. munnþurrkur, aukin svitamyndun, æðavíkkun og kuldahrollur. Ofnæmiseinkenni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Serótóníneinkenni, 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

Kransæðavíkkun eða segaleysandi meðferð við bráðri kransæðastíflu?

Ragnar Danielsen

KRANSÆÐAVÍKKANIR HAFA VERIÐ GERÐAR hér á landi frá 1987. Árangur hefur verið góður og tíðni fylgikvilla og dauðsfalla lág (1). Í völdum tilfellum hafa verið gerðar kransæðavíkkanir hjá sjúklingum með bráða kransæðastíflu og umræða um hvort auka eigi þá þjónustu er vaxandi (2). Erlendis eru skiptar skoðanir um hvort kransæðavíkkun sé betri kostur en segaleysandi lyf sem fyrsta meðferð við kransæðastíflu (3). Við bráða kransæðastíflu skiptir mestu að stöðva sem fyrst þróun á hjartadrepi. Því fyrr sem meðferð er hafin frá því brjóstverkir byrja, þeim mun líklegra er að hægt sé að minnka skemmd á hjartavöðva. Með segaleysandi meðferð er unnt að opna á ný lokaða kransæð og koma á eðlilegu blóðflæði hjá 50-70% sjúklinga, en með kransæðavíkkun hjá 80-95% þeirra. Kransæðavíkkun gerð innan tveggja tíma frá því brjóstverkir hófust skilar bestum árangri hvað varðar minnkun á hjartadrepi og lækkun dánartíðni. Víkkun sem gerð er eftir tvo tíma eða síðar til að enduropna kransæð, einkum hjá sjúklingum með framveggsdrep, minnkar ekki hjartavöðvaskemmd en dregur ef til vill úr stækkun á vinstri slegli og bætir heildarstarfsgetu hans til lengri tíma litið. Einn aðalkostur kransæðavíkkunar fram yfir segalausn er samt sem áður lægri skammtímadánartíðni, minni líkur á heilablóðfalli, einkum hjá sjúklingum sem eru eldri en 65 ára, og betri langtímaárangur í allt að fimm ár (4).

Aðalkostur segaleysandi meðferðar er að hægt er að veita hana nánast hvar sem er innan sem utan sjúkrahúss. Kransæðavíkkanir aftur á móti kalla á sérhæfða aðstöðu og mannafla ef bjóða á slíka þjónustu 24 tíma á sólarhring alla daga ársins. Ef starfsfólk sefur ekki á sjúkrahúsinu tapast tími meðan verið er að kalla það út og undirbúa þræðingarstofu, sem betur væri varið með því að hefja virka segaleysandi meðferð sem fyrst. Ennfremur sýna erlendar rannsóknir að ekki næst sambærilegur árangur og í stærri rannsóknum nema sá læknir sem gerir víkkunina og aðstoðarfólk sé í viðunandi þjálfun. Talið er að nauðsynlegt sé að framkvæma 200 víkkunaraðgerðir á ári á sjúkrahúsi sem sinnir kransæðavíkkunum til þess að viðhalda lágmarksþjálfun (3). Kransæðavíkkanir og segaleysandi meðferð eru í hraðri þróun og hægt að finna rök með og á móti báðum aðferðunum þegar rannsóknir eru metnar. Í GUSTO-IIb rannsókninni reyndist ekki marktækur munur á kransæðavíkkun eða segaleysandi meðferð með tPA (tissue plasminogen activator) hvað varðar lífshorfur eftir 30 daga eða sex mánuði. Ef hins vegar er litið samanlagt á dánarlíkur, nýja kransæðastíflu og alvarlegt heilaáfall, var tíðni þessara þátta lægri við kransæðavíkkun en segalausn eftir 30 daga. Aðrar rannsóknir (PAMI-I) hafa sýnt að víkkun enduropnar kransæð fyrr en segaleysandi meðferð, dánartíðni og líkur á nýrri kransæðastíflu eru minni, og einnig þörf á endurtekinni kransæðaviðgerð. Frekari rannsóknir styðja að hááhættusjúklingar með framveggsdrep, eldri sjúklingar, og þeir sem eru með óstöðuga blóðveitu, hafa betri horfur við kransæðavíkkun. Á hinn bóginn hefur afturskyggn samanburður á stórum gagnagrunnum í Þýskalandi og Frakklandi ekki staðfest að kransæðavíkkun gefi betri árangur en segaleysandi meðferð. Kann það að lýsa hinum hversdagslega raunveruleika eða að sjúklingahóparnir eru einfaldlega ekki sambærilegir (5).

Abciximab (ReoPro®) er hraðvirkur blóðflöguhamlari gefinn í æð sem nýlegar rannsóknir (EPIC, EPILOG, RAPPORT) hafa sýnt að minnkar fylgikvilla og bætir árangur kransæðavíkkana hjá sjúklingum með bráð kransæðaeinkenni eða hjartadrep. Notkun lyfsins minnkaði dánarlíkur, endurstíflu og þörf á endurviðgerð á kransæðinni. Abciximab eykur blóðflæði í stífluðum kransæðum, dregur sennilega úr smásegaskotum lengra út í kransæðabeðinn, og bætir þannig starfsemi vinstri slegils. Ókostur við notkun abciximabs er að það getur valdið auknum blæðingum frá slagæðastungustað (5). Notkun stoðneta við kransæðavíkkanir hjá sjúklingum með bráða kransæðastíflu hefur enn frekar bætt aðgerðarárangur. Slembiraðaðar rannsóknir (PAMI-STENT, FRESCO) hafa leitt í ljós minni þörf fyrir nýja kransæðaviðgerð ef notað er stoðnet í stað venjulegrar belgvíkkunar. Ennfremur hefur EPISTENT rannsóknin sýnt fram á að gjöf abciximabs við ísetningu stoðnets gefur enn betri árangur og þetta hefur einnig verið staðfest í ADMIRAL rannsókninni (4,6).

Í PACT rannsókninni fengu sjúklingar með bráða kransæðastíflu hraðvirkt segaleysandi lyf með stuttan helmingunartíma (rPA) strax á bráðamóttöku og síðan var metið hvort gera þurfti kransæðavíkkun í kjölfarið. Tíminn var þannig nýttur til þess að enduropna kransæðina meðan verið var að kalla út starfsfólk til víkkunaraðgerðar ef ástæða þótti til. Reynt hefur verið að gefa sjúklingum með bráða kransæðastíflu glýkóprótín IIb/IIIa blóðflöguhamlara og segaleys-

Höfundur er sérfræðingur í hjartalækningum á Landspítala Hringbraut.

andi lyf saman. Í minni rannsóknum hefur verið gefinn fullur skammtur af abciximab ásamt hálfum skammti af tPA (TIMI-14-rannsóknin), eða reteplase (SPEED-rannsóknin) og góður árangur náðst hvað varðar enduropnun á kransæðum. Bæði þessi meðferðarform verða metin frekar í stórri slembiraðaðri rannsókn (GUSTO-IV) (7). Í nánustu framtíð mun meðferð við bráðri kransæðastíflu tæpast snúast eingöngu um kransæðavíkkun eða segalausn, heldur þróast í að beitt verði saman segaleysandi lyfjum, glýkóprótín IIb/IIIa hömlurum og kransæðavíkkun, með eða án stoðneta. Staðfesta þarf betur hvaða hlutverki lágmólikúler heparín muni gegna í samanburði við hefðbundna heparínmeðferð (7).

Þótt í sumum tilvikum sé hægt að bjóða sjúklingum með bráða kransæðastíflu upp á kransæðavíkkun er ekki alltaf hægt að koma því við. Mestu skiptir að hefja meðferð sem fyrst í stað þess að tapa meðferðartíma sem leiðir til stærra hjartadreps og er segalausn því oft nærtækust. Af segaleysandi lyfjum hefur streptókínasi mest verið notaður, þótt hann sé óþarflega flókinn í meðförum, enda ódýrastur. Í völdum tilfellum hefur tPA verið gefið, en samkvæmt rannsóknum skiptir meiru að hefja meðferð sem fyrst fremur en hvaða segaleysandi lyf er gefið. Hraðvirkari annarrar kynslóðar segaleysandi lyf sem auðvelt er að gefa með einni inngjöf í æð eru í þróun og brátt munu líklega segaleysandi og blóðflöguhamlandi lyf saman verða ráðandi meðferð. Segaleysandi meðferð er hægt að gefa á öllum sjúkrahúsum, heilsugæslustöðvum, í heimahúsi eða sjúkrabíl. Fyrri ritstjórnargrein hefur fjallað um segaleysandi meðferð í dreifbýli og framtak og árangur á því sviði í Egilsstaðahéraði er til eftirbreytni (8,9). Hugsanlega fá of fáir sjúklingar með kransæðastíflu hér á landi segaleysandi meðferð (10). Brýnt er að endurskoða leiðbeiningar um segaleysandi meðferð og einfalda í samræmi við nýrri rannsóknir. Segalausn mun áfram oft vera fyrsti valkostur en síðan má flytja sjúkling á sjúkrahús með aðstöðu til kransæðavíkkunar ef ástæða og aðstaða er til. Hér á landi þarf því að vera eitt sjúkrahús með góða aðstöðu og vel þjálfað starfsfólk sem í völdum tilfellum getur tekið á móti sjúklingum til bráðrar kransæðavíkkunar, eða til víkkunaraðgerða síðar eftir segaleysandi meðferð. Setja þarf skýrari vinnureglur um ábendingar fyrir bráðri kransæðavíkkun miðað við þær aðstæður og mönnun sem tiltæk er. Með nútíma fjarskiptatækni er hægt að senda hjartarit og fá ráðgjöf um meðferð hjá vakthafandi hjartasérfræðingi á stærri sjúkrahúsum landsins. Mikilvægt er að samhæfa verklag á þessu sviði og eðlilegt að það sé gert í tengslum við sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík og hjartadeilda þeirra, og í samvinnu við heimilislækna.

Heimildir

1. Danielsen R, Eyjólfsson K, Sigurðsson AF, Jónmundsson EJ. Árangur kransæðavíkkunaraðgerða á Íslandi 1987-1998. Læknablaðið 2000; 86: 241-9.
2. Guðnason Þ, Þorgeirsson G, Eyjólfsson K, Jónmundsson EH. Tafarlaus kransæðavíkkun. Nýjung í meðferð bráðrar kransæðastíflu á Íslandi. Læknablaðið 1996; 82: 269-75.
3. Faxon DP, Heger JW. Primary angioplasty. Enduring the test of time [editorial]. N Engl J Med 1999; 341: 1464-5.
4. Zijlstra F, Hoorntje JCA, de Boer M-J, Reiffers S, Miedema K, Ottervanger JP, et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1999; 341: 1413-9.
5. Popma JJ, Piana RN, Prpic R. Clinical trials in interventional cardiology. Curr Opin Cardiol 1999; 14: 412-8.
6. Montalescot G. ADMIRAL study: Abciximab with PTCA and Stent in acute myocardila infarction. Late-breaking clinical trials in interventional cardiology. Presented at the American Collage of Cardiology 48th Scientific Session, March 7-10, 1999. http://www.medscape.com
7. Zeymer U, Neuhaus K-L. Clinical trials in acute myocardial infarction. Curr Opin Cardiol 1999; 14: 392-402.
8. Kristinsson Á. Segaleysandi meðferð í dreifbýli. Læknablaðið 1993; 79: 77-9.
9. Gíslason GH, Baldursson G, Harðarson Þ. Segaleysandi meðferð í Egilsstaðahéraði. Tveggja ára uppgjör. Læknablaðið 1996; 82: 516-20.
10. Kristjánsson JM, Andersen K. Samanburður á horfum sjúklinga með bráða kransæðastíflu á Íslandi árin 1986 og 1996. Læknablaðið 1999; 85: 691-8.

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, ærli í lifur eða saga um ærli í lifur, segarek, saga um segarek eða aðstæður sem valda hættu á því, t.d. truflun á blóðstorkuþáttum, hjartalokusjúkdómar og gáttatitringur, sigðfrumublóðleysi, þekkt ærli eða saga um ærli 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 ströngu 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 kransæðastíflu, 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

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

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 þvagfærasjúkdómum. 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.

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Árangur kransæðavíkkunaraðgerða á Íslandi 1987-1998

Ragnar Danielsen[1]

Kristján Eyjólfsson[1]

Axel F. Sigurðsson[1]

Einar H. Jónmundsson[2]

Ágrip

Markmið: Tilgangur rannsóknarinnar var að meta árangur kransæðavíkkana á Íslandi á tímabilinu 1987-1998. Ennfremur að kanna hugsanlegar breytingar á ábendingum fyrir kransæðavíkkunum og á sjúkdómsbakgrunni þeirra sjúklinga sem komu til aðgerðar og hvort breytingar hefðu orðið á árangri, tíðni fylgikvilla og aðgerðartengdum dauðsföllum.

Efniviður og aðferðir: Frá því fyrsta kransæðavíkkunin var gerð hér á landi í maí 1987 hefur nákvæm skrá verið haldin yfir alla sjúklinga. Skráð voru aðalatriði úr sjúkrasögu, klínískt ástand sjúklings og aðalábending fyrir aðgerð, áættuþættir fyrir kransæðasjúkdómi, niðurstöður kransæðamyndatöku, tæknileg framkvæmd aðgerðarinnar, árangur, fylgikvillar og aðgerðartengd dauðsföll. Á árunum 1987-1998 voru alls gerðar 2440 kransæðavíkkanir. Rannsóknartímabilinu var skipt í þrjú tímaskeið: I. 1987-1992 (471 aðgerð); fyrstu lærdómsárin, II. 1993-1995 (796 aðgerðir); aukinn fjöldi aðgerða og aðferðin fest í sessi, III. 1996-1998 (1173 aðgerðir); vaxandi notkun stoðneta og ný blóðflöguhamlandi lyf notuð.

Niðurstöður: Frá tímabili I til III minnkaði hlutfall valinna víkkunaraðgerða úr 82% í 52% (p<0,001), hálfbráðum víkkunum fjölgaði úr 14% í 44% (p<0,001), bráðum víkkunum úr 0,8% í 3% (p<0,05), og víkkunum í beinu framhaldi af kransæðamyndatöku fjölgaði úr 0,4% í 28% (p<0,001). Þessar breytingar endurspegla aukningu á víkkunaraðgerðum hjá sjúklingum með bráða kransæðasjúkdóma og hlutfall sjúklinga með hvikula hjartaöng jókst einnig úr 15% í 36% (p<0,001). Ennfremur lækkaði hlutfall víkkunaraðgerða á einni kransæð úr 93% í 83%, en jókst á tveimur og þremur æðum úr 7% í 17% (p<0,001). Sjúklingum 70 ára og eldri fjölgaði úr 7% í 27% (p<0,001). Samtímis jókst tíðni velheppnaðra víkkunaraðgerða úr 83% í 93% (p<0,001) og notkun stoðneta frá því að vera engin í 56%. Hlutfall sjúklinga sem komu til víkkunar vegna endurþrengsla lækkaði úr 15% í 12% (p=0,06). Jafnframt lækkaði tíðni

Frá [1]hjartadeild og [2]röntgendeild Landspítalans. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ragnar Danielsen, hjartadeild Landspítala Hringbraut, Reykjavík. Netfang: ragnarda@rsp.is

Frumniðurstöður þessarar rannsóknar voru kynntar á 17. Norræna hjartalæknaþinginu, 9.-11. júní 1999 í Reykjavík og ágrip birtist í Scandinavian Cardiovascular Journal 1999; 33/Suppl. 51: 22.

Lykilorð: *kransæðasjúkdómur, kransæðavíkkanir, árangur, fylgikvillar.*

ENGLISH SUMMARY

Danielsen R, Eyjólfsson K, Sigurðsson AF, Jónmundsson EH

Results of percutaneous coronary interventions in Iceland during 1987-1998

Læknablaðið 2000; 86: 241-9

Purpose: To evaluate potential changes in clinical indications and the composition of the patient population undergoing percutaneous coronary intervention (PCI) in Iceland from 1987 to 1998. Furthermore, to assess changes in success rate and major complications for the procedure during the study interval in a small nation with one PCI centre.

Material and methods: The first PCI was performed in Iceland in May 1987. A registry has been kept from the start that includes clinical and procedural data, and records of complications and mortality. During the study interval a total of 2440 PCIs were performed. The annual procedure rate was low at first, with a steep rise during the last years. Based on procedural changes over the years the study interval was divided into three periods: I. 1987-1992 (471 procedures); the learning years, II. 1993-1995 (796 procedures); increasing number of PCIs and the method established, III. 1996-1998 (1173 procedures); increasing use of stents and new antiplatelet regime used.

Results: From period I to III, the rate of elective PCI declined from 82% to 52% (p<0.001), subacute procedures increased from 14% to 44% (p<0.001), acute PCI from 0.8% to 3% (p<0.05), and ad hoc procedures from 0.4% to 28% (p<0.001). This reflects an increase in PCI on patients with acute coronary syndromes, as the ratio of patiens with unstable angina increased from 15% to 36% (p<0.001). Also, 1-vessel PCI decreased proportionally from 93% to 83%, while 2 and 3 vessel procedures increased from 7% to 17% (p<0.001). The proportion of patients 70 years or older increased from 7% to 27% (p<0.001). Still, the success rate for PCI increased from 83% to 93% (p<0.001) and the use of stents rose sharply from 0% to 56%. The ratio of PCI due to restenosis declined somewhat between period II and III, from 15% to 12% (p=0.06). Simultaneously, the rate of acute coronary bypass surgery after PCI decreased from 4.2% to 0.2% (p<0.001) and significantly fewer patients had elevated creatinine kinase levels (4.0% vs 2.7%, respectively, p<0.05). However, clinical acute myocardial infarction after PCI remained similar at 1.3% and 0.9%, and the in hospital mortality was 0.6% and 0.4%.

Conclusions: On a national basis the rate of PCI in Iceland is amongst the highest in Europe. Thus, in 1998, when the population in Iceland was 275,000, 453 PCIs were done (1647 procedures per million inhabitants). An increased number of subacute and acute PCIs is carried out, more complicated procedures are performed in patients with widespread disease, and the patient population is growing older. Still, the success rate is high and the frequency of complications and mortality relatively low.

Key words: *coronary artery disease, percutaneous coronary intervention, results, complications.*

Correspondence: Ragnar Danielsen. E-mail: ragnarda@rsp.is

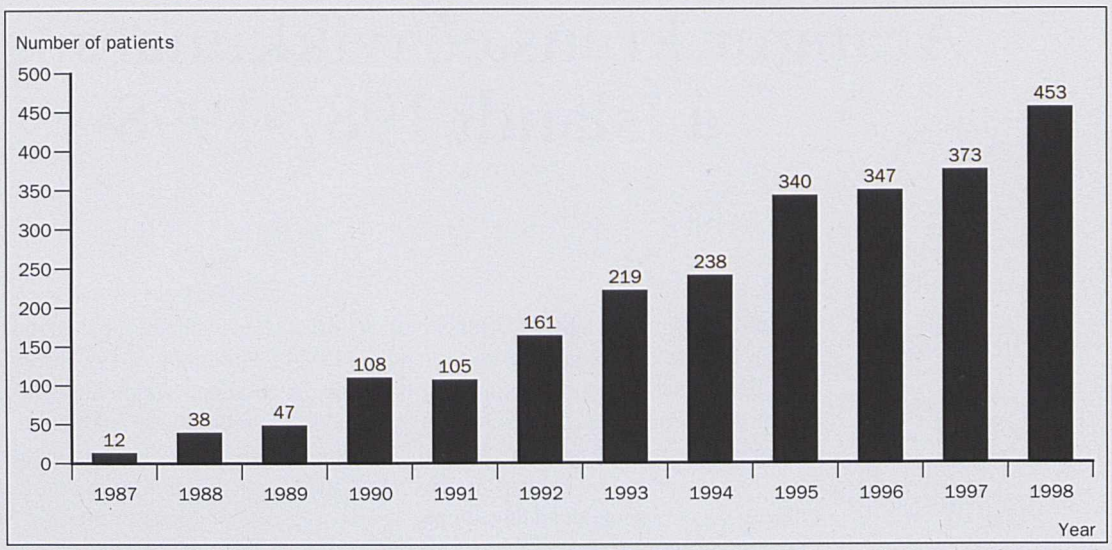


Figure 1. *Number of percutaneous coronary interventions (PCI) in Iceland during 1987-1998.*

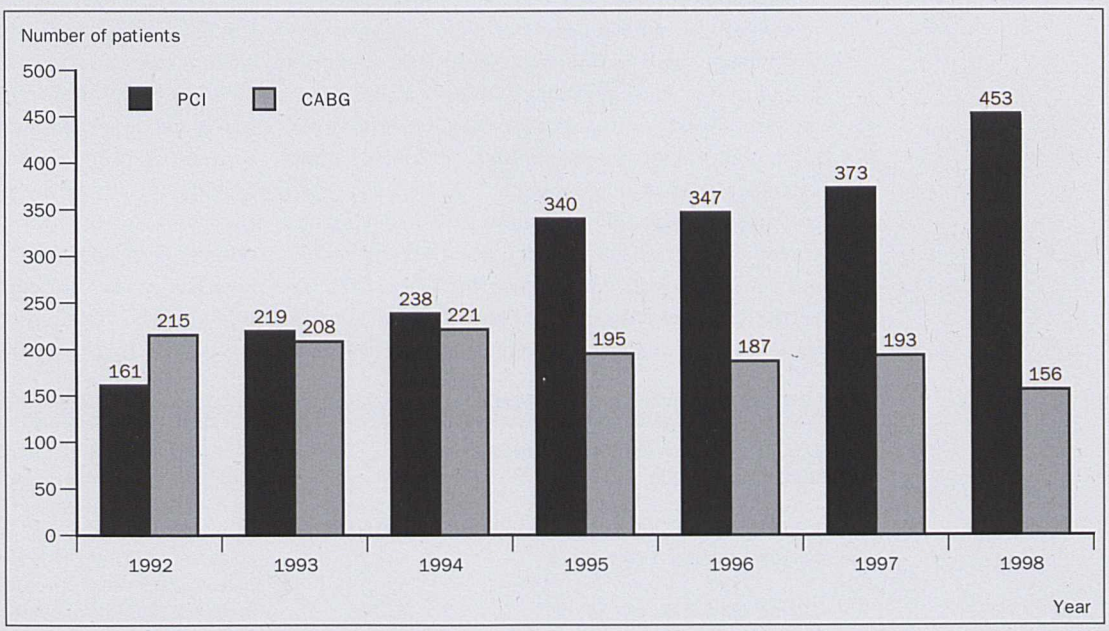


Figure 2. *Comparative number of percutaneous coronary interventions (PCI; B) and coronary artery bypass graft surgery (CABG; B) in Iceland from 1992 to 1998.*

bráðra hjáveituaðgerða vegna fylgikvilla við víkkun úr 4,2% í 0,2% ($p<0,001$), hækkun á hjartaensímum eftir víkkanir minnkaði úr 4,0% í 2,7% ($p<0,05$), en tíðni klínískt staðfests hjartadreps eftir víkkunaraðgerð hélst svipuð, 1,3% og 0,9%, svo og dánartíðni á sjúkrahúsi, sem var 0,6% og 0,4%.

Ályktanir: Miðað við fólksfjölda er tíðni kransæðavíkkunaraðgerða á Íslandi með því hæsta í Evrópu. Árið 1998, þegar fólksfjöldi var 275.000, voru gerðar 453 aðgerðir, sem samsvarar staðlað 1647 aðgerðum á milljón íbúa. Á undanförnum árum hefur fjöldi hálfbráðra og bráðra víkkunaraðgerða aukist, fleiri æðar eru oftar víkkaðar í einu og hlutfall eldri sjúklinga fer vaxandi. Þrátt fyrir þetta er hlutfall velheppnaðra víkkunaraðgerða hátt og tíðni fylgikvilla og dauðsfalla eftir aðgerð lág.

Inngangur

Innanæðaviðgerðir á kransæðum, svokallaðar kransæðavíkkanir, hafa þróast ört síðastliðna tvo áratugi. Fyrsta aðgerðin í heiminum þar sem kransæð var víkkuð með þenjanlegum belg var gerð af þýska lækninum Andreas Grüntzig í september 1977 í Zürich í Sviss (1). Aðferð þessi vakti mikla athygli, henni hafði áður verið beitt á útlægar æðar, til dæmis í ganglimun, en ekki í kransæðum (2). Þessi tækni þróaðist á næstu árum og breiddist hratt út bæði í Evrópu, Bandaríkjunum og víðar og olli byltingu í meðferð kransæðasjúkdóma. Í dag er þessi aðferð ennþá hornsteinn víkkunaraðgerða þó mikil tækniþróun hafi orðið á síðari árum. Ber þar hæst vaxandi notkun stoðneta við víkkunaraðgerðir (3,4), en aðrar aðferðir til innanæðaviðgerða á kransæðum hafa líka séð dagsins ljós (5-9). Fyrsta kransæðavíkkunin hér á landi var gerð á æðarannsóknardeild Landspítalans í maí 1987 af læknunum Kristjáni Eyjólfssyni og Einari H. Jónmundsyni. Fyrstu árin voru gerðar fremur fáar kransæðavíkkanir en með aukinni reynslu hefur fjöldi þeirra farið vaxandi á undanförnum árum.

Meginmarkmið núverandi rannsóknar var að

meta árangur kransæðavíkkana hér á landi á árunum 1987-1998. Ennfremur að kanna hugsanlegar breytingar á ábendingum fyrir kransæðavíkkunum og á sjúkdómsbakgrunni þeirra sjúklinga sem komu til aðgerðar og hvort breytingar hefðu orðið á árangri, tíðni fylgikvilla og aðgerðatengdum dauðsföllum á tímabilinu.

Table I. *Baseline characteristics of patients undergoing percutaneous coronary intervention (PCI) in Iceland during 1987-98.*

	Total study	1987-92 Period I	1993-95 Period II	1996-98 Period III	
Number of patients	2440	471	796	1173	
Men (n (%))	1878 (77)	383 (81)	617 (78)	878 (75)	*
Age 70 years or older (n (%))	509 (21)	33 (7)	159 (20)	317 (27)	***
History of smoking (n (%))					
Never	531 (22)	84 (18)	179 (22)	268 (23)	+
Current	580 (24)	108 (23)	181 (23)	291 (25)	
Previous	1327 (54)	278 (59)	435 (55)	614 (52)	
Hypertension (n (%))	948 (39)	158 (34)	285 (36)	505 (43)	***
Hypercholesterolemia (n (%))	758 (31)	100 (21)	210 (26)	448 (38)	***
Diabetes (n (%))	172 (7)	27 (6)	53 (7)	92 (8)	
Previous myocardial infarct (n (%))	1053 (43)	178 (38)	341 (43)	534 (46)	*
Prior coronary bypass surgery (n (%))	295 (12)	39 (8)	98 (12)	158 (13)	*
Repeated PCI (n (%))	637 (26)	81 (17)	237 (30)	319 (27)	***
– due to restenosis (n (%))	301 (12)	44 (9)	118 (15)	139 (12)	+
Unstable angina pectoris (n (%))	737 (30)	72 (15)	241 (30)	424 (36)	***
Prior thrombolytic therapy (n (%))	330 (14)	50 (11)	121 (15)	159 (14)	+
Coronary anatomy (n (%))					
1-vessel disease	995 (41)	210 (45)	343 (43)	442 (38)	
2-vessel disease	939 (38)	193 (41)	308 (39)	438 (37)	
3-vessel disease	497 (20)	60 (13)	145 (18)	292 (25)	***

Statisatical comparison is for changes over the three periods, exept for restenosis between period II and III. +p<0.10; * p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Efniviður og aðferðir

Frá því fyrsta kransæðavíkkunin var gerð 1987 hefur nákvæm skrá verið haldin yfir alla sjúklinga. Aðgerðirnar hafa allar verið gerðar á æðarannsóknardeild Landspítalans í náinni samvinnu milli röntgen- og hjartadeildar. Fyrir núverandi rannsóknaruppgjör voru eftirfarandi þættir kannaðir í sjúkraskrám: aðalatriði úr sjúkrasögu, klínískt ástand sjúklings og aðalábending fyrir aðgerð, upplýsingar um áhættuþætti, niðurstöður kransæðamyndatöku, tæknileg framkvæmd aðgerðarinnar, árangur, fylgikvillar og aðgerðartengd dauðsföll. Leitað var eftir samþykki tölvunefnar og siðanefndar Landspítalans til að framkvæma rannsóknina.

Á árunum 1987 til 1998 voru gerðar alls 2440 kransæðavíkkanir. Til að auðvelda samanburð er rannsóknartímabilinu í þessu uppgjöri skipt í þrjú tímaskeið: *I. 1987-1992 (471 aðgerð):* Þessi ár voru bernskuskeið kransæðavíkkana hér á landi þegar fáar víkkanir voru gerðar árlega og aðferðin var að festa sig í sessi. *II. 1993-1995 (796 aðgerðir):* Á þessum árum fjölgaði árlegum aðgerðum og verulega reynsla var komin á árangur. *III. 1996-1998 (1173 aðgerðir):* Stoðnet voru tekin í notkun í vaxandi mæli og fjöldi aðgerða jókst enn frekar. Á þessum árum voru líka einfaldari blóðflöguhamlandi lyf tekin í notkun eftir stoðnetsísetningu, tíklópidín (Ticlid®) og asetýlsalisýlsýra (Magnýl®) notuð saman, í stað flóknari blóðþynningar áður með asetýlsalisýlsýru, heparíni, warfaríni og Rheomacrodex®.

Í þessu uppgjöri er fullnægjandi víkkunarárangur skilgreindur sem minni en 50% þvermálsþrengsli eftir aðgerð. Víkkun telst heppnuð að hluta ef fullnægjandi árangur náðist á einum þrengslum, en 50% eða meiri þvermálsþrengsli eru til staðar eftir víkkun á öðrum stað í sömu eða annarri æð. Ófullnægjandi víkkun telst aðgerð þar sem eftir eru 50% eða meiri þvermálsþrengsli. Endurþrengsli eru skilgreind sem 50% eða meiri þvermálsþrengsli við endurmat á æð sem áður hefur verið fullnægjandi víkkuð. Eftir víkkunaraðgerð er klínískt hjartadrep staðfest ef sjúklingur fær brjóstverki, hjartaensím eru marktækt hækkuð og nýjar ST-breytingar koma fram í hjartalínuriti.

Tölfræðilegur samanburður milli hópa var gerður með kíkvaðratsprófi eða Fishers prófi, eftir því sem við átti. Marktækur munur var skilgreindur sem tvíhliða p<0,05.

Niðurstöður

Fjöldi kransæaðvíkkana jókst jafnt og þétt á rannsóknartímabilinu og árið 1998 voru alls framkvæmdar 453 slíkar aðgerðir (mynd 1). Kransæðaviðgerð er unnt að gera bæði með opinni kransæðaaðgerðir (hjáveituaðgerð), eða með kransæðavíkkun og varð veruleg breyting á aðgerðarvali á rannsóknartímabilinu. Árið 1993 var þannig ríflega helmingur allra kransæðaviðgerða gerður með víkkunartækni en árið 1998 var þetta hlutfall komið í 75% (mynd 2). Grunnupplýsingar um þá sjúklinga er komu til kransæðavíkkunar, bæði fyrir hópinn í heild, og á þeim þremur tímaskeiðum sem samanburður rannsóknarinnar nær til eru sýndar í töflu I.

Breytingar á klínískum þáttum frá tímaskeiði I til III: Hlutfall karla er komu til kransæðavíkkunar lækkaði úr 81% í 75% (p<0,05), en hlutfall sjúklinga 70 ára og eldri jókst úr 7% í 27% (p<0,001). Í heildina voru núverandi og fyrrverandi reyktóbaksnotendur 24% og 54%. Hlutfall sjúklinga með háþrýsting jókst úr 34% í 43% (p<0,001), tíðni hækkaðs kólesteróls jókst úr 21% í 38% p<0,001), en hlutfall sykursjúkra hélst svipað og var í heildina 7% (tafla I). Hlutfall sjúklinga sem áður höfðu fengið hjartadrep jókst úr 38% í 46% (p<0,05), þeim sem áður höfðu farið í hjáveituaðgerð fjölgaði úr 8% í 13% (p<0,05), og sjúklingum sem áður höfðu farið í kransæðavíkkun fjölgaði úr 17% í 27% (p<0,001). Hins vegar varð hlutfallslega nokkur lækkun milli tímabils II og III á sjúk-

Table II. *Background profile of patients undergoing percutaneous coronary intervention.*

		Elective (n (%))	Subacute (n (%))	Acute (n (%))	Serial (n (%))	Ad hoc (n (%))
Period I 1987-92	(n=471)	385 (82)	64 (14)	4 (0.8)	10 (2)	2 (0.4)
Period II 1993-95	(n=796)	475 (60)	262 (33)	17 (2)	33 (4)	72 (9)
Period III 1996-98	(n=1173)	612 (52) ***	518 (44) ***	35 (3) *	6 (0.5)	332 (28) ***
Total study 1987-98	(n=2440)	1472 (60)	844 (35)	56 (2.3)	49 (2)	406 (17)

Serial: planed percutaneous coronary intervention of more than one vessel on consecutive days.
*p<0.05; ***p<0.001

Table III. *Number of vessels treated during percutaneous coronary intervention.*

		1 vessel (n (%))	2 vessels (n (%))	3 vessels (n (%))
Period I 1987-92	(n=471)	440 (93)	30 (6)	1 (0.2)
Period II 1993-95	(n=796)	737 (93)	58 (7)	1 (0.1)
Period III 1996-98	(n=1173)	970 (83)	195 (17) ***	8 (0.7) ***
Total study 1987-98	(n=2440)	2147 (88)	283 (12)	10 (0.4)

*** p<0.001, for 2 and 3 vessels disease combined.

Table IV. *Success rate after percutaneous coronary intervention.*

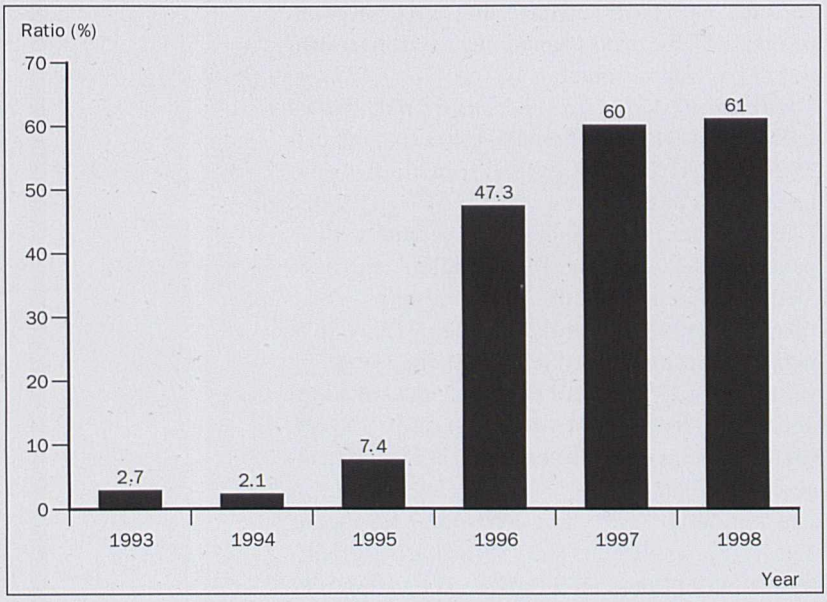
		Total success (n (%))	Partial success (n (%))	Incomplete result (n (%))
Period I 1987-92	(n=471)	390 (83)	27 (6)	54 (11)
Period II 1993-95	(n=796)	725 (91)	37 (5)	34 (4)
Period III 1996-98	(n=1173)	1092 (93)***	28 (2) **	50 (4)***
Total study 1987-98	(n=2440)	2207 (90)	92 (4)	138 (6)

**p<0.01; *** p<0.001

Table V. *Complications after percutaneous coronary intervention.*

		Acute CABG (n (%))	CK > 3 fold (n (%))	Acute MI (n (%))	Mortality (n (%))
Period I 1987-92	(n=471)	20 (4.2)	19 (4.0)	6 (1.3)	3 (0.6)
Period II 1993-95	(n=796)	5 (0.6)	14 (1.8)	9 (1.1)	1 (0.1)
Period III 1996-98	(n=1173)	2 (0.2) ***	32 (2.7) *	22 (0.9)	5 (0.4)
Total study 1987-98	(n=2440)	27 (1.1)	65 (2.7)	37 (1.5)	9 (0.4)

Acute myocardial infarction (MI) during percutaneous coronary intervention (PCI) or in hospital.
Mortality during PCI, acute coronary artery bypass crafting (CABG) or in hospital.
Creatinine kinase (CK) increase over 3 times the baseline value.
* p<0.05; ***p<0.001



lingum sem komu aftur til víkkunar vegna endurþrengsla, úr 15% í 12% (p=0,06). Aftur á móti jókst hlutfall sjúklinga með hvikula hjartaöng úr 15% í 36% (p<0,001). Á kransæðamynd fyrir víkkunaraðgerð greindust í heildina marktæk þrengsli í einni, tveimur eða þremur kransæðakvíslum hjá 41%, 38% og 20% sjúklinga, en hlutfall sjúklinga með þriggja-æða sjúkdóm jókst úr 13% í 25% (p<0,001) (tafla I). Tíðni valinna kransæðavíkkana lækkaði úr 82% í 52% (p<0,001), hálfbráðum víkkunum fjölgaði úr 14% í 44% (p<0,001), og bráðum kransæðavíkkunum fjölgaði úr 0,8% í 3% (p<0,05). Vinnulag milli tímaskeiða I og III breyttist einnig á þann veg að hlutfall sjúklinga þar sem gerð var kransæðavíkkun í beinu framhaldi af kransæðamyndatöku jókst úr 0,4% í 28% (p<0,001) (tafla II). Ennfremur lækkaði hlutfall kransæðavíkkana á einni æð úr 93% í 83%, en aðgerðum á tveimur og þremur æðum fjölgaði úr 7% í 17% (p<0,001) (tafla III).

Breytingar á víkkunarárangri milli tímaskeiða I og III: Hlutfall sjúklinga þar sem víkkunarárangur taldist fullnægjandi jókst úr 83% í 93% (p<0,001) og einnig lækkaði tíðni aðgerða þar sem víkkunarárangur náðist aðeins að hluta til úr 6% í 2% (p<0,01). Hlutfall ófullnægjandi víkkunarárangurs lækkaði að sama skapi úr 11% í 4% (p<0,001) (tafla IV). Notkun stoðneta jókst verulega milli þessara tímaskeiða, frá því að vera engin upp í 56% að meðaltali á síðasta tímaskeiðinu. Árið 1998 var notað stoðnet hjá 61% sjúklinga sem komu í kransæðavíkkun (mynd 3).

Breytingar á fylgikvillum og dánartíðni milli tímaskeiða I og III: Hlutfall sjúklinga sem urðu að fara í bráða opna kransæðaaðgerð í kjölfar misheppnaðrar kransæðavíkkunar lækkaði úr 4,2% í 0,2% (p<0,001) (tafla V). Marktæk hækkun á kreatínkínasa eftir aðgerð vegna blóðþurrðar eða dreps í hjartavöðva, skilgreind sem þreföld hækkun á ensímgildi fyrir aðgerð, lækkaði hlutfallslega úr 4,0 % í 2,7% (p<0,05) , en tíðni klínískt staðfests hjartadreps hélst svipuð, 1,3% og 0,9%, milli tímaskeiða. Dánartíðni inni á sjúkrahúsi eftir kransæðavíkkun hélst einnig óbreytt, 0,6% og 0,4%, og var í heildina 0,4% yfir öll árin (tafla V).

Figure 3. *The increasing use of stents during percutaneous coronary interventions (PCI) in Iceland from 1993 to 1998.*

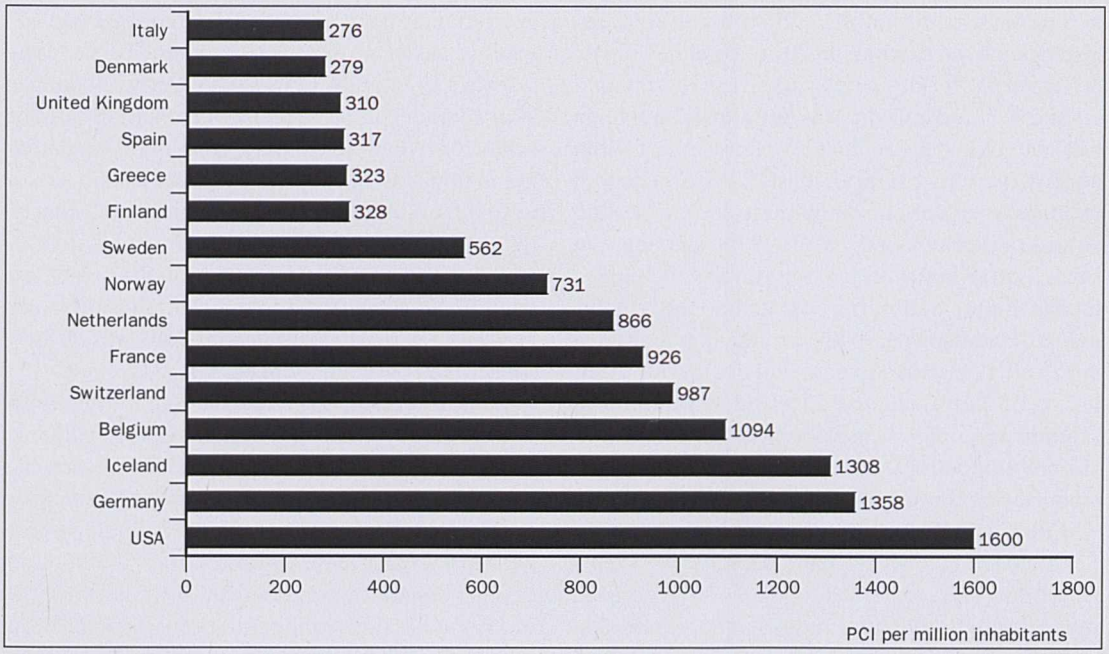


Figure 4. *The relative number of percutaneous coronary interventions (PCI) in Iceland and various countries during the year 1995 (based on reference 10).*

Umræða

Þróun kransæðaviðgerða: Fjöldi kransæðavíkkana hefur aukist ört undanfarin ár hér á landi og miðað við fólksfjölda er tíðni þessara aðgerða með því hæsta sem þekkist (mynd 4) (10). Athyglisverð er sú þróun að árið 1993 var ríflega helmingur allra kransæðaviðgerða hérlendis gerður með víkkunartækni en árið 1998 var þetta hlutfall komið í 75% og er það í takt við svipaða þróun erlendis (10). Ítarlegur samanburður hefur verið gerður á árangri kransæðavíkkana og opnum kransæðaaðgerðum í stórum slembiröðuðum rannsóknum. RITA-I rannsóknin sýndi að árangur kransæðavíkkana í samanburði við opnar kransæðaaðgerðir er góður, dánartíðni eftir rúmlega sex ár var sambærilegur, bæði hjá sjúklingum með þrengsli í einni eða fleiri kransæðum. Hins vegar versnaði hjartaöng oftar hjá sjúklingunum í víkkunarhópnum og algengara var að þeir færu aftur í kransæðavíkkun eða opna kransæðaaðgerð (11). Í BARI rannsókninni reyndist hjartadauði eftir fimm ár algengari hjá sjúklingahópnum sem fór í kransæðavíkkun en hjá þeim sem fóru í hjáveituaðgerð. Þessi munur reyndist þó alfarið vera vegna aukinnar tíðni hjartadauða hjá sykursjúkum sem fóru í kransæðavíkkun, tíðni hjartadauða var sambærileg í hópunum hjá þeim sem ekki voru með sykursýki (12). Þessi rannsókn hefur verið notuð til að rökstyðja það að sykursjúkum henti ekki að fara í kransæaðvíkkun, einkum ef þrengsli eru í mörgum kransæðum (13). Þess ber þó að gæta að hvorki RITA-I eða BARI rannsóknin notuðu stoðnet og þær endurspegla því ekki það vinnulag sem ríkir í dag. Hjá sjúklingum með útbreiddan kransæðasjúkdóm kann versnandi hjartaöng og þörf á enduraðgerð ekki endilega að stafa af endurþrengslum á víkkunarstað heldur allt eins vegna versnunar á æðakölkun og þrengslum á öðrum stöðum í kransæðunum (14). Notkun statínlyfja hjá sjúklingum sem hafa farið í kranæðaviðgerð gæti hins vegar dregið úr líkum á því, þó ekki hafi verið sýnt fram á að þau minnki beint endurþrengsli á víkkunarstað (15).

Nýleg rannsók (ARTS), þar sem kransæðavíkkun með notkun stoðneta er borin saman við hjáveituaðgerð hjá sjúklingum með þrengsli í mörgum kransæðum, sýndi sambærilegan árangur hvað varðar lífshorfur og líkur á kransæðastíflu eða heilaáfalli. Víkkunarhópurinn þurfti samt nokkru oftar að fara aftur í kransæðavíkkun (12%), en nær helmingi sjaldnar en í eldri rannsóknum sem ekki notuðu stoðnet. Þrátt fyrir það var heildarkostnaður hjá víkkunarhópnum lægri eftir eitt ár en hjá þeim er fóru í hjáveituaðgerð (16). Nýrri rannsóknir hafa líka sýnt betri árangur við kransæðavíkkanir hjá sykursjúkum með notkun stoðneta, þó líkur á endurþrengslum og segastíflu í stoðneti séu hærri en hjá þeim sem ekki eru sykursjúkir (17,18). Ýmsar rannsóknir benda til þess að hjáveituaðgerð gefi betri langtímaárangur hjá sjúklingum með útbreiddan kransæðasjúkdóm og skertan vinstri slegil, og kann þetta sér í lagi að gilda fyrir sykursjúka (12,19).

Val á sjúklingum til víkkunaraðgerðar: Sjúkdómsbakgrunnur þeirra sjúklinga sem komu til kransæðavíkkunar breyttist verulega á rannsóknartímabilinu, áhættuþættir hafa aukist og sjúklingum fjölgaði sem hafa fyrri sögu um hjartadrep eða hafa farið í kransæðaviðgerð áður. Hlutfall sjúklinga með háþrýsting eða hækkað kólesteról jókst á rannsóknartímabilinu. Kann það fyrra að endurspegla aukinn fjölda eldri sjúklinga en hið síðara hert skilmerki fyrir því hvað telst hækkað kólesteról. Tíðni sjúklinga með þrengsli í þremur krans-

æðagreinum hefur aukist, körlum hefur hlutfallslega fækkað, en sjúklingum 70 ára og eldri fjölgað. Áður var í yfir 90% tilfella aðeins gerð víkkun á einni æð en undanfarin ár hefur hlutfall sjúklinga þar sem víkkaðar eru tvær eða fleiri æðar í sömu aðgerð næstum því þrefaldast. Fyrstu árin sem víkkanir voru gerðar var yfirleitt gerð svokölluð valin kransæðavíkkun hjá yfir 80% sjúklinga en þetta hlutfall hefur lækkað um rúmlega helming á meðan hlutur hálfbráðra víkkunaraðgerða hefur aukist. Endurspeglar það vaxandi hóp sjúklinga með bráð kransæðaeinkenni sem ekki lagast á lyfjum og oft þurfa víkkunaraðgerð innan tiltölulega skamms tíma. Er sú meðferðarþróun í samræmi við breytt viðhorf á undanförnum árum og niðurstöður nýlegra rannsókna (20-22).

Kransæðavíkkun við bráða kransæðastíflu: Kransæðavíkkun sem fyrsta meðferð við kransæðastíflu í stað segaleysandi lyfja hefur gefið góða raun í sumum erlendum rannsóknum, aðrar ekki sýnt afgerandi ávinning, en nýleg rannsókn sýndi þó betri langtímaárangur en með segalausn (23-25). Þessi aðferð hefur verið reynd í völdum tilvikum á Landspítalanum en aðstaða til slíkrar meðferðar allan sólarhringinn er þó ekki fyrir hendi (26). Sjúklingar með bráða kransæðastíflu þurfa að fá meðferð sem skjótast og kransæaðvíkkun þarf helst að gera innan tveggja tíma, annars eru litlar líkur á að víkkunaraðgerð bjargi hjartavöðva betur en segaleysandi meðferð (27). Hins vegar, sýna rannsóknir að þó kransæðavíkkun sé gerð allt að 24 tímum eftir ófullnægjandi segaleysandi meðferð þá bætir það starfsemi vinstri slegils en hefur ekki afgerandi áhrif á lífshorfur (28). Nokun stoðneta og blóðflöguhamlandi lyfja eins og abciximab (ReoPro®) hefur verulega bætt árangur við bráðar víkkanir hjá sjúklingum með kransæðastíflu (29,30). Abciximab er einþátta mótefni gegn glýkóprótín IIb/IIIa viðtakanum á blóðflögum sem hefur hraða og kröftuga blóðflöguhamlandi verkun og hindrar þannig segamyndun. Bæði kransæðavíkkanir og segaleysandi meðferð við bráða kransæðastíflu eru í þróun. Alþjóðlegar rannsóknir eru nú í gangi þar sem gefin eru saman abciximab og nýrri segaleysandi lyf og samspil þessara lyfja við kransæðavíkkun, með eða án stoðnetsísetningar, kannað til að fá úr því skorið hvaða meðferð gefi bestan árangur (31,32). Í CADILLAC rannsókninni er gerður slembiraðaður samanburður á belgvíkkun eða ísetningu stoðnets, með eða án abciximabs, hjá sjúklingum með bráða kransæðastíflu. Fyrstu niðurstöður úr milliuppgjöri benda til þess að notkun stoðnets og abciximabs gefi besta blóðflæðið í enduropnaðri kransæð og minni fylgikvilla, en langtímauppgjör er væntanlegt (33).

Árangur og fylgikvillar: Þrátt fyrir það að sjúklingar með erfiðari kransæðasjúkdóm komi til kransæðavíkkunar hefur viðunandi frumárangur við aðgerðina aukist úr 83% í 93% og eru þessar tölur svipaðar og erlendis (34). Einnig þurftu sjúklingar áður stundum að fara í bráða opna hjartaaðgerð ef kransæðavíkkun tókst ekki, eða bráð vandamál komu upp eins og þekjulos og stífla í æðinni, en nú er slíkt fátítt. Aðalskýringin á þessum framförum er líklega aukin reynsla, bætt tækni og vaxandi notkun stoðneta. Kransæðavíkkun er ekki hættulaus en dánartíðni í aðgerð eða inni á sjúkrahúsi eftir aðgerð hefur verið lág hérlendis, um 0,4% yfir öll árin, sem er með því lægsta sem þekkist (34).

Notkun stoðneta og endurþrengsli: Á fyrstu árum kransæðavíkkana var einkum ráðist í víkkanir á einfaldari þrengslum í einni æð og helst á afmörkuðu svæði. Með aukinni reynslu og tækniþróun er nú sífellt tekist á við flóknari tilfelli og gert við fleiri æðar í einu. Tækniframfarir hafa aukið öryggi í aðgerð og ein merkasta byltingin var þróun stoðneta til ísetningar í þrengslasvæðið við víkkun (3,4). Þessi tækni fór hægt af stað á árunum 1993 til 1994 og var þá helst notuð ef æðaþel losnaði og hindraði blóðflæði í æðinni. Eftir 1996 eru stoðnet notuð í auknum mæli hér á landi og nú eru þau sett í um 60% sjúklinga sem fara í kransæðavíkkun, sem er svipað hlutfall og í öðrum rannsóknum (10). Ekki er unnt að meta nákvæmlega endurþrengsli eftir víkkunaðgerð í núverandi uppgjöri þar sem kransæðamynd var ekki endurtekin nema klínískt væri ástæða til þess. Sjúklingum sem komu aftur til víkkunar vegna endurþrengsla virðist þó hlutfallslega hafa fækkað nokkuð með aukinni notkun stoðneta. Samanburðarrannsóknir sýna að notkun stoðneta minnkar líkur á endurþrengslum í víkkunarsvæðinu, en alltaf er nokkur hætta á slíkum endurþrengslum og getur þá þurft að gera víkkun aftur. Áður fyrr voru líkur á endurþrengslum um 30-50% en með tilkomu stoðneta eru þau sjaldgæfari, eða tæplega 15% (35,36). Endurþrengslin koma meðal annars vegna örvefsmyndunar þegar æðaþelið grær eftir víkkunaraðgerðina. Einna mest er hætta á endurþrenglsum hjá sykursjúkum, í litlum æðum og ef þrengslin eru löng og dreifð. Einnig eru þau talin líklegri hjá körlum, ef hvikull kransæðasjúkdómur er fyrir hendi, spasmi í æðinni og hjá sjúklingum sem reykja (18,37). Endurþrengsli virðast líka algengari efst í framveggskvísl vinstri kransæðar, við kransæðaop, í bláæðagræðlingum og ef æðin var áður alveg lokuð (38,39). Reynt hefur verið að hafa áhrif á þróun endurþrengsla með ýmsum lyfjum án sérlegs árangurs (38). Blóðfitulækkandi lyfið próbubúkól var gefið í rannsókn sem sýndi nokkurn árangur en lyfið hefur samt ekki fest sig í sessi og áhrif E-vítamíns til að minnka endurþrengsli hafa ekki sannast (40). Statínlyf hafa í nokkrum minni rannsóknum verið talin minnka

líkur á endurþrengslum en stærri rannsóknir hafa ekki staðfest þetta (15). Unnið er að ítarlegri rannsóknum á örvefsmyndun eftir kransæðavíkkun og hér á landi er verið að kanna áhrif lyfsins tranilast á endurþrengsli með þátttöku í fjölþjóðarannsókn sem kallast PRESTO (41). Undanfarið hefur einnig farið fram þróun á staðbundinni geislameðferð inni í kransæðunum, sem minnkar örvefsmyndun í æðaveggnum og hægt er að beita samhliða víkkun. Vonir standa til að unnt verði að einfalda þessa aðferð og gera hana öruggari og minnka þannig líkur á endurþrengslum eftir víkkunaraðgerð (42).

Önnur tækni við kransæðavíkkanir: Af öðrum tækninýjungum við kransæðavíkkanir sem beitt hefur verið hér á landi má nefna æðaborun (rotablation). Þá er leggur með demantsbor á endanum færður eftir stýrivír í gegnum kransæðaþrengslin og holrúm æðarinnar borað upp. Notkunarsvið borunar er einkum á kalkaðar æðar, við löng og óregluleg þrengsli, í þrengslum við kransæðaop og á endurþrengsli í stoðneti (7). Í völdum tilfellum hefur verið reynt að skafa æðakölkunarskellur innan úr kransæðum (atherectomy) en þeirri aðferð hefur ekki verið beitt á Landspítalanum og notkun hennar erlendis minnkaði með tilkomu stoðneta (5,6). Reynt hefur verið að þróa sérstaka leysimeðferð til þess að opna erfið þrengsli eða jafnvel æðar sem hafa lokast. Svokallaður excimer-leysir hefur verið einna mest notaður, en í samanburðarrannsóknum hefur þessi aðferð þó ekki gefið þann árangur sem vonast var eftir þó hún kunni að henta við vissar aðstæður (8). Segar eru algengir í kransæðum hjá sjúklingum með bráð kransæðaeinkenni og valda oft tæknilegum örðugleikum og auka líkur á fylgikvillum í víkkunaraðgerð. Sérstök tæki hafa verið hönnuð til að soga sega úr kransæðum (Angiojet®) og gefið góða raun í rannsóknum (43). Smásegar geta losnað við kransæðavíkkun og borist lengra út í smáæðar kransæðarinnar, truflað blóðflæði og skemmt hjartavöðva. Eins konar segahlífar, til að setja inn í kransæðar, hafa verið hannaðar til að grípa smásega við víkkunaraðgerð og minnka þannig líkur á blóðflæðistruflun og smádrepi, en þessi tækni er enn í þróun (44).

Innanæðaómun er athyglisverð nýjung sem tekin hefur verið í notkun á Landspítalanum, en þá er fíngerður ómleggur þræddur inn í kransæðina eftir stýrivír. Kransæðaómun sýnir ekki aðeins holrúm æðarinnar heldur einnig útlit æðaveggsins og lög hans sem ekki sjást við venjulega kransæðamynd, sem aðeins er röntgenskuggamynd af holrúmi æðarinnar. Innanæðaómun bætir mat á þrengslum og æðakölkunarskellum, leiðbeinir við val á þeirri tækni sem beita á til viðgerðar á æðinni, auðveldar mat á fylgikvillum við kransæðavíkkun og gefur nákvæmar upplýsingar um hvort stoðnet er nægjanlega vel þanið (45,46).

Lyfjameðferð við kransæðavíkkanir: Samhliða þróun í kransæðavíkkunum hefur einnig orðið breyting á lyfjameðferð. Áður var beitt mun öflugri blóðþynningarmeðferð, einkum við stoðnetsísetningar. Var það gert til þess að minnka líkur á að segamyndun yrði í stoðneti og stíflaði þannig æðina. Kröftug blóðþynningarmeðferð gat leitt til fylgikvilla, einkum alvarlegrar blæðingar frá stungustað á náraslagæð, og leiddi á árum áður venjulega til sjúkrahúsdvalar í fimm til sex daga eftir víkkunaraðgerð. Með notkun nýrra blóðflöguhamlandi lyfja sem minnka verulega líkur á segamyndun í stoðnet er hægt að minnka og einfalda blóðþynningarmeðferð og stytta legutíma sjúklinga svo nú fara flestir þeirra heim daginn eftir kransæðavíkkun (47). Grunnlyf sem allir sjúklingar eftir víkkunarðgerð nota er asetýlsalisýlsýra (Magnýl®) um óákveðinn tíma, en þeir sem fá stoðnet nota að auki önnur kröftugri blóðflöguhamlandi lyf í um þrjár vikur eftir aðgerð. Áður var tíklópidín (Ticlid®) notað, en lyfið gaf alloft aukaverkanir, einkum húðútbrot, en einnig er möguleiki á alvarlegri hvítkornafæð og fækkun blóðflagna við lengri notkun lyfsins. Því hefur nýrra afbrigði af þessum lyfjaflokki, klópídógrel (Plavix®), nýlega verið tekið í notkun en góð verkun þess hefur verið staðfest í samanburðarrannsóknum og aukaverkanir eru mun fátíðari (48). Ef upp koma bráð vandamál við kransæðavíkkun, til dæmis hætta á segamyndun í æð eða stoðneti, er í aðgerð hægt að gefa beint í æð blóðflöguhamlandi lyfið abciximab sem virkar tiltölulega skjótt. Notkun þessa lyfs hefur í nýlegum rannsóknum (EPIC, EPILOG, EPISTENT) verulega aukið öryggi þeirra sjúklinga sem koma í kransæðavíkkun með bráð kransæðaeinkenni eða hjartadrep, og einnig við valdar víkkunaraðgerðir (49-51). Þetta hefur verið ítarlegra staðfest í ADMIRAL rannsókninni frá Frakklandi þar sem 300 sjúklingum með bráða kransæðastíflu var slembiraðað í hópa sem fengu abciximab eða lyfleysu, gefið í neyðarbíl, á bráðamóttöku eða þræðingarstofu (52). Síðan var gerð kransæðavíkkun með eða án ísetningar stoðnets. Þeir sem fengu abciximab reyndust vera með betra blóðflæði í stífluðu kransæðinni sólarhring síðar og hærra útstreymisbrot á vinstri slegli. Besti árangurinn fékkst hjá þeim sem bæði fengu stoðnet og abciximab. Þrjátíu dögum eftir aðgerð voru einnig minni líkur á dauða, endurstíflu og nýrri kransæðaviðgerð, bæði hjá þeim sem fóru í venjulega víkkun eða fengu stoðnet. Abciximab getur hugsanlega líka bætt meðferðarárangur í samspili við segaleysandi meðferð hjá sjúklingum með bráða kransæðastíflu og er unnið að stórri fjölþjóðlegri rannsókn á því sviði (GUSTO IV) (53).

Lokaorð

Þróun kransæðavíkkunaraðgerða hefur verið byltingarkennd undanfarna tvo áratugi. Tíðni þessara aðgerða hérlendis er há miðað við fólksfjölda, árangur hefur verið góður og jafnan kappkostað að taka nýjungar í tækni og lyfjameðferð í notkun þegar þær hafa sannað sig í erlendum rannsóknum. Kransæðavíkkanir eru sérhæfðar hátækniaðgerðir sem eiga eftir að þróast enn frekar á næstu öld. Aukin tækni, reynsla og framfarir í meðferð hafa orðið til þess að sá sjúklingahópur sem gagn hefur af kransæðavíkkun fer ört vaxandi. Mikilvægt er að búið sé vel að þessari meðferð hér á landi og vinnubrögð samhæfð.

Heimildir

1. Grüentzig AR. Transluminal dilatation of coronary artery stenosis [letter to editor]. Lancet 1978; 1: 263.
2. Myler RK, Stertzer SH. Coronary and peripheral angioplasty: historical perspective. In: Topol EJ, ed. Textbook of interventional cardiology. London: WB Saunders Company; 1990: 187-98.
3. Altmann DB, Racz M, Battleman DS, Bergman G, Spokojny A, Hannan EL, et al. Reduction in angioplasty complications after the introduction of coronary stents: results from a consecutive series of 2242 patients. Am Heart J 1996; 132: 503-7.
4. Eeckhout E, Wijns W, Meier B, Goy JJ. Indications for intracoronary stent placement: the European view. Eur Heart J 1999; 20: 1014-9.
5. Topol EJ, Leya F, Pinkerton CA, Withlow PL, Hofling B, Simonton CA, et al. A comparison of direct atherectomy with coronary angioplasty in patients with coronary artery disease. The CAVEAT Study Group. N Engl J Med 1993; 329: 221-7.
6. Baim DS, Cutlip DE, Sharma SK, Ho KK, Fortuna R, Schreiber TL, et al. Final results of the Balloon vs Optimal Atherectomy Trial (BOAT) [see comments]. Circulation 1998; 97: 322-31.
7. Kini A, Marmur JD, Duvvuri S, Dangas G, Choudhary S, Sharma S. Rotational atherectomy: improved procedural outcome with evolution of technique and equipment. Single-center results of first 1,000 patients. Cathet Cardiovasc Intervent 1999; 46: 305-11.
8. Stone GW, de Marchena E, Dageforde D, Foschi A, Muhlestein JB, McIvor M, et al. Prospective, randomized, multicenter comparison of laser facilitated balloon angioplasty versus stand-alone balloon angioplasty in patients with obstructive coronary artery disease. The Laser Angioplasty Versus Angioplasty (LAVA) Trial Investigators. J Am Coll Cardiol 1997; 30: 1714-21.
9. Safian RD, Freed M. Overview of interventional devices. In: Freed M, Grines C, Safian RD, eds. The new Manual of Interventional Cardiology. Birmingham, Michigan: Physicians' Press; 1996: 195-215.
10. Windecker S, Maier-Rudolph W, Bonzel T, Heyndrickx G, Lablanche JM, Morice MC, et al. Interventional Cardiology in Europe 1995. Eur Heart J 1999 20: 484-95.
11. Henderson RA, Pocock SJ, Sharp J, Nanchahal K, Sculpher MJ, Buxton MJ. Long-term results of RITA-I trial: clinical and cost comparison of coronary angioplasty on coronary bypass surgery grafting. Randomised Intervention for Treatment of Angina. Lancet 1998; 352: 1419-25.
12. The BARI Investigators. Comparison of coronary bypass surgery with angioplasty in patients with multivessel disease. N Engl J Med 1996; 335: 217-25.
13. Stein B, Weintraub WS, Gebhart SP, Cohen-Bernstein CL, Grosswald R, Liberman HA, et al. Influence of diabetes mellitus on early and late outcome after percutaneous transluminal coronary angioplasty. Circulation. 1995; 91: 979-89.
14. Kurbaan AS, Bowker TJ, Ilsley CD, Rickards AF. Impact of postangioplasty restenosis on comparison of outcome between angioplasty and bypass grafting: CABRI investigators. Am J Cardiol 1998; 82: 272-6.
15. DeFeyter PJ. Lipids and coronary restenosis: an elusive link [editorial]. Eur Heart J 1999; 20: 1371-4.
16. Van den Brand MJBM, Nreeman A, Rensing B, Boersma E, van den Heuvel P, Penn I, et al. Comparison of the extent of revascularization and event free survival in the angioplasty arms of two randomized trials of coronary angioplasty versus surgery for multivessel coronary artery disease [abstract]. Eur Heart J 1999; 20/Suppl.: 153.
17. Van Belle E, Bauters C, Hubert E, Bodrt JC, Abolmaalik K, Meurice T, et al. Restenosis rates in diabetic patients:a comparison of coronary stenting and balloon angioplasty in native coronary vessels [see comments]. Circulation 1997; 96: 1454-60.
18. Kornowski R, Mintz GS, Kent KM, Pichard AD, Satler LF, Bucher TA, et al. Increased restenosis in diabetes mellitus after coronary interventions is due to exaggerated intimal hyperplasia. A serial intravascular ultrasound study. Circulation 1997; 95: 1366-9.
19. Gum PA, O'Keefe JH, Jr., Borkon AM, Spertus JA, Bateman TM, McGraw JP, et al. Bypass surgery versus coronary angioplasty for revascularization of treated diabetic patients. Circulation 1997; 96/Suppl. 9: II-7-10.
20. The TIMI IIIB Investigators. Effects of tissue plasminogen activator and a comparison of early invasive and conservative strategies in unstable angina and non-Q-Wave myocardial infarction: Results of the TIMI IIIB trial. Circulation 1994; 89: 1545-56.
21. Boden WE, O'Rourke RA, Crawford MH, Blaustein AS, Deedwania PC, Zoble RG, et al. Outcomes in patients with acute non-Q-wave myocardial infarction randomly assigned to an invasive as compared with a conservative management strategy. Veterans Affairs Non-Q-Wave Infarction Strategies in Hospital (VANQWISH) Trial Investigators [see comments]. N Engl J Med 1998; 338: 1785-92.
22. FRISC II Investigators. Invasive compared with non-invasive treatment in unstable coronary-artery disease: FRISC II prospective randomised multicentre study. Lancet 1999; 354: 708-15.
23. Michels KB, Yusuf S. Does PTCA in acute myocardial infarction affect mortality and reinfarction rates? A quantitative overview (meta-analysis) of the randomized clinical trials. Circulation 1995; 91: 476-85.
24. A clinical trial comparing primary coronary angioplasty with tissue plasminogen activator for acute myocardial infarction. The Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO IIb) Angioplasty Substudy Investigators [published erratum appears in N Engl J Med 1997; 337: 287] [see comments]. N Engl J Med 336: 1621-8.
25. Zijlstra F, Hoorntje JCA, de Boer M-J, Reiffers S, Miedema K, Ottervanger JP, et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1999; 341: 1413-9.
26. Guðnason Þ, Þorgeirsson G, Eyjólfsson K, Jónmundsson EH. Tafarlaus kransæðavíkkun. Nýjung í meðferð bráðrar kransæðastíflu á Íslandi. Læknablaðið 1996; 82: 269-75.
27. van't Hof AW, Liem A, Suryapranata H, Hoorntje JC, de Boer MJ, Zijlstra F. Clinical presentation and outcome of patients with early, intermediate and late reperfusion therapy by primary coronary angioplasty for acute myocardial infarction. Eur Heart J 1998; 19: 118-23.
28. Garot J, Scherrer-Crosbie M, Monin JL, Du Pouy P, Bourachot ML, Teiger E, et al. Effect of delayed percutaneous transluminal coronary angioplasty of occluded coronary arteries after acute myocardial infarction. Am J Cardiol 1996; 77: 915-21.
29. Stone GW, Brodie BR, Griffin JJ, Costantini C, Morice MC, St. Goar FG, et al. Clinical and angiographic follow-up after primary stenting in acute myocardial infarction: the Primary Angioplasty in Myocardial Infarction (PAMI) stent pilot trial. Circulation 1999; 99: 1548-54.
30. Brener SJ, Barr LA, Burchenal JE, Katz S, George BS, Jones AA, et al. Randomized, placebo-controlled trial of platelet glycoprotein IIb/IIIa blockade with primary angioplasty for acute myocardial infarction. ReoPro and Primary PTCA Organization and Randomized Trial (RAPPORT) Investigators. Circulation 1998; 98: 734-41.
31. Zeymer U, Neuhaus K-L. Clinical trials in acute myocardial infarction. Curr Opin Cardiol 1999; 14: 392-402.
32. Popma JJ, Piana RN, Prpic R. Clinical trials in interventional cardiology. Curr Opin Cardiol 1999; 14: 412-8.
33. Stone GW. CADILLAC trial. Plenary Session XII. Late-breaking clinical trials. Presented at the American Heart Association 72nd Scientific Sessions, November 7-10, 1999, http://www.medscape.com
34. Maier W, Enderlin MF, Bonzel T, Danchin N, Heyndrickx G, Mühlberger V, et al. Audit and quality control in angioplasty in Europe: procedureal results of the AQUA Study 1997. Eur Heart J 1999; 20: 1261-70.
35. Erbel R, Haude M, Hopp HW, Franzen D, Rupprecht HJ, Henblein B, et al. Coronary-artery stenting compared with balloon angioplasty for restenosis after initial balloon angioplasty. Restenosis Stent Study Group [see comments]. N Engl J Med 1998; 339: 1672-8.
36. Antoniucci D, Valenti R, Santoro GM, Bolognese L, Trapani

M, Cerisano G, et al. Restenosis after coronary stenting in current clinical practice. Am Heart J 1998; 135: 510-8.
37. Schwartz RS. Pathophysiology of restenosis: interaction of thrombosis, hyperplasia, and/or remodeling. Am J Cardiol 1998; 81(7A): 14E-17E.
38. Califf RM, Ohman EM, Frid DJ, Fortin DF, Mark DB, Hlatky MA, et al. Restenosis: The Clinical Issues. In: Topol EJ, ed. Textbook of Interventional Cardiology. London: WB Saunders Company; 1999: 363-94.
39. Sirnes PA, Molstad P, Myreng Y, Golf S. Predictors for restenosis after angioplasty of chronic coronary occlusions. Int J Cardiol 1998; 67: 111-8.
40. Tardif JC, Cote G, Lespèrance J, Bonrassa M, Cambert J, Doucet S, et al. Probucol and multivitamins in the prevention of restenosis after coronary angioplasty. Multivitamins and Probucol Study Group [see comments]. N Engl J Med 1997; 337: 365-72.
41. Kosuga K, Tamai H, Ueda K, Hsu YS, Ono S, Tanaka S, et al. Effectiveness of tranilast on restenosis after directional coronary atherectomy. Am Hear J 1997; 134: 7712-8.
42. Teirstein PS, Massullo V, Jani S, Russo RJ, Cloutier DA, Schatz RA, et al. Two-year follow-up after catheter-based radiotherapy to inhibit coronary restenosis [see comments]. Circulation 1999; 99: 243-7.
43. Hamburger JN, Serruys PW. Treatment of thrombus containing lesions in native coronary arteries and saphenous vein bypass grafts using the AngioJet Rapid Thrombectomy System. Herz 1997; 22: 318-21.
44. Grube E, Gerckens U, Müller R, Rowold S. The SAFE study: Multicenter evaluation of a protection catheter system for distal embolization in coronary venous bypass grafts (SVGs). Am J Cardiol 1999; 84/Suppl. 6A: 19P.
45. Yock PG, Fitzgerald PJ. Intravascular ultrasound: state of the art and future directions. Am J Cardiol 1998; 81(7A): 27E-32E.
46. Colombo A, Kobayashi Y. Intravascular ultrasound-guided PTCA [editorial comment]. Eur Heart J 1998; 19: 196-8.
47. Leon MB, Baim DS, Popma JJ, Gordon PC, Cutlip DE, Ho KKL, et al. A clinical trial comparing three antithrombotic-drug regimens after coronary stenting (STARS-trial). N Engl J Med 1998; 339: 1665-71.
48. Moussa I, Oetgen M, Roubin G, Colombo A, Wang X, Iyer S, et al. Effectiveness of clopidogrel and aspirin versus ticlopidine and aspirin in preventing stent thrombosis after coronary stent implantation. Circulation 1999; 99: 2364-6.
49. The EPIC Investigators. Use of monoclonal antibody directed against the platelet glycoprotein IIb/IIIa receptor in high-risk coronary angioplasty. N Engl J Med 1994; 330: 956-61.
50. Lincoff AM, Tcheng JE, Califf RM, Kereiakes DJ, Kelly TA, Timmis GC, et al. Sustained suppression of ischemic complications of coronary intervention by platelet GP IIb/IIIa blockade with abciximab: one-year outcome in the EPILOG trial. Evaluation in PTCA to Improve Long-term Outcome with abciximab GP IIb/IIIa blockade. Circulation 1999; 99: 1951-8.
51. EPISTENT Investigators. Randomized placebo controlled and balloon angioplasty controlled trial to assess safety of coronary stenting with use of platelet glycoprotein IIb/IIIa blockade. Lancet 1998; 352: 87-92.
52. Montalescot G. ADMIRAL study: Abciximab with PTCA and Stent in acute myocardila infarction. Late-breaking clinical trials in interventional cardiology. Presented at the American Collage of Cardiology 48th Scientific Session, March 7-10, 1999. http://www.medscape.com
53. Califf RM. Glycoprotein IIb/IIIa blockade and thrombolysis: early lessons from SPEED and GUSTO IV trials. Am Heart J 1999; 138: S12-5.

Nýr doktor í læknisfræði

Þann 17. september síðastliðinn lauk **Dóra Lúðvíksdóttir** doktorsprófi í læknisfræði frá Uppsalaháskóla. Doktorsritgerðin ber titilinn *Airway Responsiveness and Exhaled Nitric Oxide. Studies in asthma and Sjögren´s syndrome.* Ritgerðin fjallar um loftvegabólgu og berkjuauðreitni hjá sjúklingum með astma og einstaklingum með heilkenni Sjögrens. Rannsökuð voru tengsl berkjuauðreitni og köfnunarefnisoxíðs (NO) í útöndunarlofti við loftvegaeinkenni og bólguþætti í blóði. Ágrip af ritgerðinni fer hér á eftir.

In this thesis, four different types of provocation agents: methacholine, adenosine 5´-monophosphate (AMP), cold air and dry powder mannitol were used to study different aspects of the airway responsiveness profile in asthma and Sjögren´s syndrome. Exhaled nitric oxide (NO) and markers of eosinophil activation, serum eosinophil peroxidase (S-EPO) and serum eosinophil cationic protein (S-ECP) were measured.

The main findings of this research are that atopic patients with asthma were significantly more hyperresponsive to AMP than nonatopic asthmatic subjects and patients with Sjögren´s syndrome. In atopic subjects with asthma, the airway responsiveness to AMP was correlated with markers of eosinophil activation S-EPO and S-ECP. Furthermore, hyperresponsiveness to cold air was more common in atopic asthmatics compared with patients with Sjögren´s syndrome.

Exhaled NO was almost twice as high in patients with Sjögren´s syndrome and atopic asthmatics compared with healthy controls. In atopic asthmatics exhaled NO was significantly correlated with airway responsiveness to methacholine and was due to an increased NO flux from the airways but not the alveoli. After inhalation of dry powder mannitol the levels of exhaled NO decreased in asthmatics, but increased in healthy individuals.

In conclusion, atopic and nonatopic subjects with asthma and patients with Sjögren´s syndrome have different airway responsiveness profiles for AMP and cold air. Exhaled NO is elevated in patients with Sjögren´s syndrome and in atopic asthmatic subjects while nonatopic asthmatics have normal levels. Using a new bronchial provocation test with dry powder mannitol we showed that healthy subjects can release NO after mannitol provocation, wheras asthmatics can not. More than one type of bronchial provocation may be required to detect different aspects of the airway hyperresponsiveness profile.

Dóra starfar sem sérfræðingur við lungnalækningaskor lyflækningasviðs Landspítala Vífilsstöðum.



Dr. Dóra Lúðvíksdóttir.

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, teófyllín, 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, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, 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

Heilsutengd lífsgæði Íslendinga

Tómas Helgason[1]

Júlíus K. Björnsson[2]

Kristinn Tómasson[3]

Erla Grétarsdóttir[4]

Ágrip

Inngangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga heilsutengd lífsgæði fullorðinna Íslendinga með prófi sem samið hefur verið hér, HL-prófinu, hvort þau væru eins hjá körlum og konum og hvort þau breyttust með hækkandi aldri. Jafnframt var ætlunin að fá almenn viðmið eftir aldri og kyni svo að hægt væri að meta frávik ákveðinna hópa.

Efniviður og aðferðir: HL-prófið var sent til 2800 einstaklinga, lagskipts slembiúrtaks úr þjóðskrá, jafnmargra karla og kvenna á hverju 10 ára aldursbili frá 20-79 ára og 80 ára og eldri. Reiknaðar voru grunneinkunnir fyrir hvern kvarða prófsins og fyrir prófið í heild, fyrir karla og konur í aldurshópunum, 20-49 ára, 50-69 ára og 70 ára og eldri og þeim breytt í staðaleinkunn, T-einkunn.

Niðurstöður: Heildarsvörun var 61%, lægri í yngsta (20-29 ára) og elsta aldursflokknum (80 ára og eldri) en svipuð hjá körlum og konum. Innra brottfall var lítið. Áreiðanleiki prófsins í heild reyndist góður (Cronbachs alfa=0,91).

Heilsutengd lífsgæði kvenna í heild eru greinilega lakari en karla og á flestum kvörðum. Heilsutengd lífsgæði minnka með hækkandi aldri, með undantekningum þó. Áberandi munur er á elsta og yngsta hópnum. Lífsgæði elsta hópsins eru lakari en hinna yngri bæði í heild og á flestum kvörðum nema fjárhag og kvíða. Depurð og samskipti breytast ekki marktækt með aldri. Þeir elstu eru áberandi lakastir á kvörðunum almennt heilsufar, þrek og líkamsheilsa. Svefn versnar með hækkandi aldri, einkum hjá konum.

Fimm meginþættir skýra mest af breytileikanum, almennt heilsufar (23,4%), andleg líðan (20,5%), ánægja (9,0%), svefn (6,9%) og fjárhagur (6,3%).

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að nauðsynlegt er að þeir sem skipuleggja heilbrigðisþjónustu og rannsaka árangur meðferðar taki tillit til mismunandi heilsutengdra lífsgæða karla og kvenna og til þeirra breytinga sem verða með aldrinum.

Inngangur

Þrjár ástæður til að bjóða læknismeðferð eru, lenging lífs, hindrun frekari veikinda og/eða bætt líðan sjúklinganna (1). Einfalt er að mæla árangur með tilliti til tveggja fyrri atriðanna og menn hafa reynt að láta ýmsar lífeðlis- og lífefnafræðilegar mælingar nægja í staðinn fyrir klínískar mælingar á líðan sjúklinganna. En eins og læknar vita er ekki beint samband milli niðurstaðna úr slíkum rannsóknum og þess sem sjúk-

Frá [1]Ríkisspítulum, stjórnunarsviði, [2]Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála, [3]Vinnueftirliti ríkisins, atvinnusjúkdómadeild, [4]geðdeild Landspítalans. Bréfaskipti, fyrirspurnir: Tómas Helgason, Stigahlíð 75, 105 Reykjavík. Netfang: tomashe@isholf.is

Lykilorð: *heilsa, lífsgæði, kyn, aldur, viðmið.*

ENGLISH SUMMARY

Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Grétarsdóttir E

Health-related quality of life among Icelanders

Læknablaðið 2000; 86: 251-7

Objective: To study health-related quality of life (HRQL) among adults in Iceland with a generic Icelandic instrument, IQL (Icelandic Quality of Life), if it is the same among men and women, and if it changes by increasing age. Furthermore, it was intended to find norms for men and women in different age groups in order to evaluate patients' deviation in HRQL.

Material and methods: IQL was sent to 2800 individuals, a random sample from the national registry, stratified by sex in 10 years age groups from 20–79 years and those above 80 years. For each sub-scale on the instrument and for the combined instrument raw scores were calculated for men and women in the age groups 20–49 years, 50–69 years and 70 years and older which were converted to a T-score.

Results: The response rate was 61%, lower among the youngest (20-29 years) as well as among the oldest (80 years and older), but similar for men and women. Internal missing values were few. Reliability of the test was good (Cronbach's alfa=0.91).

HRQL among women in general was worse than that of men both in general as well as on most sub-scales. HRQL decreases with advancing age, however, with certain exceptions. A marked difference was found between the youngest and the oldest. The quality of life in the oldest group is worse than among the younger, both in general and on most sub-scales except finance and anxiety. Depression and social function do not change significantly with age. The oldest are especially worse on the scales general health, energy and physical health. Sleep becomes worse with increasing age, especially among women.

Five factors explain two thirds of the variance, general health (23.4%), mental wellbeing (20.5%), satisfaction (9.0%), sleep (6.9%) and finance (6.3%).

Conclusions: When evaluating HRQL among patients it is necessary for health-care providers and researchers to take into consideration the difference in HRQL between men and women and the changes occurring with age.

Key words: *health, quality of life, sex, age, norms.*

Correspondance: Tómas Helgason. E-mail: tomashe@isholf.is

lingunum finnst. Því hafa verið þróaðir kvarðar, svo sem mat á heilsutengdum lífsgæðum, til viðbótar líffræðilegum mælingum til þess að meta kvartanir, klínísk einkenni, árangur meðferðar og gæði þjónustu (2). Heilsutengd lífsgæði byggja á mati fólks á áhrifum heilsu og sjúkdóma á líðan sína og færni. Þau er nauðsynlegt að skoða sérstaklega vegna þess að ýmis lífsgæði eins og til dæmis mannréttindi og hreint umhverfi breytast ekki eftir heilsufari (3), þó að þau geti haft áhrif á heilsuna. Tilgangurinn með mati á heilsutengdum lífsgæðum er að greina þá, sem lifa við skert lífsgæði vegna heilsubrests, frá öðrum og til að fylgjast með breytingum á lífsgæðum sem verða með eða án meðferðar.

Fyrir þremur árum kynntum við HL-prófið (4), sem var sett saman til að meta heilsutengd lífsgæði fólks nánar en hægt er að gera með hinum einföldu spurningum: hvernig líður þér og hvernig er heilsan? Fyrri spurningin er almenn og varðar persónubundin lífsgæði, svo sem líðan og lífsfyllingu, sem ekki verða metin nema af einstaklingnum sjálfum. Síðari spurningin varðar heilsuna sem hefur meiri áhrif á líðan og lífsfyllingu en flest annað. Báðar saman fjalla þær um heilsutengd lífsgæði, það er áhrif heilsunnar, sjúkdóma, slysa eða meðferðar á líðan einstaklingsins. Heilsutengd lífsgæði skipta sjúklinga og heilbrigðisstarfsmenn miklu þegar verið er að fjalla um einstaka sjúkdóma, meðferð og árangur. Heilsutengd lífsgæði verða hins vegar ekki metin nema með nánari útlistun á svörum við þessum meginspurningum. Til þess að gera slíkar útlistanir sambærilegar er nauðsynlegt að hafa staðlaðar spurningar, sem hægt er að leggja fyrir fólk og nota svörin í kvarða, sem mælir heilsutengd lífsgæði og/eða tiltekna þætti þeirra. Mikill fjöldi slíkra prófa er til (5), ýmist almenn og ætluð til nota fyrir alla sjúklinga eða sérstök fyrir ákveðna sjúklingahópa. Prófin þurfa að greina sjúka frá öðrum og þau þurfa að mæla breytingar sem verða með tímanum, við meðferð eða með hækkandi aldri, og almennu prófin þurfa helst að greina á milli mismunandi sjúklingahópa. Þó að mörg prófin sé hægt að nota í mismunandi löndum er æskilegt að setja saman og staðla próf sem henta í hverju landi fyrir sig og taka tillit til mismunandi menningar og málhefðar.

Fyrir nokkrum árum rannsökuðum við tæplega 150 manns með ýmsum prófum sem notuð hafa verið til að mæla heilsutengd lífsgæði til þess að reyna hvort eitthvert prófanna hentaði hér eða hvort betra væri að setja saman nýtt próf úr þessum spurningum og öðrum, sem einn okkar (KT) hafði notað við eftirrannsókn á sjúklingum sem höfðu verið í áfengismeðferð. Niðurstaðan varð sú, eftir klasa- og atriðagreiningu á spurningum úr öllum prófunum, að við settum saman nýtt próf, HL-prófið (á ensku Icelandic Quality of Life, IQL). HL-prófið var upphaflega samsett af 30 spurningum sem varða 11 hliðar heilsutengdra lífsgæða, almennt heilsufar, depurð, þrek, kvíða, sjálfsstjórn, svefn, líkamsheilsu, verki, almenna líðan, samskipti og fjárhag (4). Síðar var bætt við tveimur spurningum sem varða minni og einbeitingu, sem saman mynda tólftu hliðina. Prófið reyndist áreiðanlegt við endurtekna prófun hjá fólki við óbreytt heilsufar og við athugun á innri samkvæmni með alfastuðli. Réttmæti prófsins í samanburði við annað mælitæki og til þess að greina á milli mismunandi sjúklingahópa reyndist viðunandi (6). Ekki var reynt að meta hvað þættir skiptu sjúklingana mestu máli.

Á undanförnum áratugum hafa lífsgæði verið vaxandi þáttur í umræðunni um meðferð og umönnun sjúklinga, sérstaklega langveikra og fólks með lífshættulega sjúkdóma sem hefur fengið meðferð með miklum aukaverkunum og vanlíðan. Áhrif meðferðar á ýmsa sjúklingahópa (7,8), til dæmis sjúklinga með sortuæxli (9) eða krabbamein í blöðruhálskirtli (10) hafa verið rannsökuð, meðal annars til að athuga hvort meðferðin bæti lífsgæði sjúklinganna. Með nýrri tækni og nýjum lyfjum er oft hægt að bjarga lífi og lengja það. Þegar um er að ræða langvinna sjúkdóma eða banvæna þar sem árangur meðferðar er oft óviss verður æ nauðsynlegra að finna jafnvægi milli lífsgæðanna og árangurs og/eða aukaverkana meðferðar því að flestir vilja ekki aðeins bæta árum við lífið, heldur gæða árin betra lífi (11).

Breytingar á lífsgæðum ákveðinna einstaklinga eða hópa er hægt að meta með endurteknum mælingum án þess að hafa ytri viðmið. Sama er að segja ef ætlunin er að bera saman hópa, en þá er samanburðurinn gerður án þess að taka tillit til lífsgæða fólks almennt. Slíkur samanburður er ófullkominn þar eð hann tekur ekki mið af því að heilsutengd lífsgæði karla og kvenna eru mismunandi og að þau breytast með aldrinum (12-15). Til þess að skýra þýðingu mælinganna og tengja þær við veruleikann er nauðsynlegt að vita hvernig almenningur metur heilsutengd lífsgæði sín. Frávikin sýna þörf fyrir þjónustu og hvort viðunandi árangur hafi náðst með meðferð (16). Ef heilsutengd lífsgæði almennings eru þekkt er unnt að fá staðlaðar niðurstöður miðað við kyn og aldur. Þannig er hægt að bera lífsgæði sjúklinga af mismunandi kyni og aldri saman við heilsutengd lífsgæði almennings. Slíkur samanburður er nauðsynlegur til þess að sýna hverju þurfi að ná með lækningum.

Heilsutengd lífsgæði almennings hafa ekki verið rannsökuð hér á landi áður. Skoðanakannanir Gallup hafa sýnt að Íslendingar væru með hamingjusamari þjóðum. Niðurstöður úr fjölþjóðlegri rannsókn árið 1990 (17) sem byggja á spurningu um hvernig fólk meti „ánægju sína með lífið þessa

dagana" eru túlkaðar sem mat á lífsgæðum almennt (18). Mælt á 10-kvarða virðast Íslendingar mjög ánægðir með líf sitt, konur ívið ánægðari en karlar og aldraðir heldur ánægðari en fólk almennt, þótt ekki muni miklu. Í sömu rannsókn töldu aðeins 5% úrtaks Íslendinga á aldrinum 18–80 ára sig vera við slæma heilsu og 7% töldu sig þunglynda (17). Niðurstöður þessarar rannsóknar að því er varðar karla og konur og aldraða stangast á við niðurstöður úr þeim erlendu rannsóknum sem hér hafa verið nefndar að framan (12-15).

Tilgangur rannsóknar okkar var að rannsaka heilsutengd lífsgæði meðal fullorðinna Íslendinga með HL-prófinu til þess að athuga hvernig þau væru hjá körlum og konum og hvort þau breyttust með hækkandi aldri. Jafnframt var ætlunin að fá almenn viðmið eftir aldri og kyni. Í fyrri rannsókn okkar með HL-prófinu á litlum hópi sjúklinga fundust fjórir meginþættir með þáttagreiningu (principal component analysis). Þeir skýrðu nærri 66% af breytileika svara sjúklinganna sem þá voru rannsakaðir. Nauðsynlegt er að afla vitneskju um hvort sömu þættir skýra niðurstöður prófsins hjá fólki almennt. Tvær spurningar HL-prófsins eru sambærilegar við spurningarnar í fjölþjóðlegu rannsókninni sem nefnd er hér að ofan (17), það er um álit á eigin heilsufari og ánægju með lífið og verða svör við þeim skoðuð sérstaklega til samanburðar.

Efniviður og aðferðir

Að fengnum leyfum siðanefndar Landspítalans og tölvunefndar var HL-prófið sent til 2800 einstaklinga 20 ára og eldri og þeir beðnir að svara nafnlaust. Fengið var lagskipt slembiúrtak úr þjóðskrá, þannig að jafnmargir karlar og konur voru á hverju 10 ára aldursbili, 400 manns á hverju aldursbili frá 20-79 ára og jafnmargir í hópnum 80 ára og eldri. Ekkert var vitað um heilsufar fólksins, en gert ráð fyrir að það væri eins og gerist og gengur. Fólkinu var sent HL-prófið í pósti og það beðið um að svara spurningunum og endursenda svarið í pósti. Þar eð öll prófin voru nafnlaus var nauðsynlegt að senda tvívegis þakkar- og áminningarkort til að reyna að bæta svörunina. Prófið var birt í Læknablaðinu 1997 (4).

Við tölfræðilega útreikninga var SPSS forritið (19) notað. Öll svör voru slegin inn í SPPS-skrá og reiknaðar grunneinkunnir fyrir hvern kvarða prófsins. Því lakari sem fólk metur lífsgæði sín þeim mun lægri einkunn á HL-prófinu og hverjum þætti þess. Einkunnum var síðan breytt í staðaleinkunn, T-einkunn, með meðaleinkunn 50 og staðalfrávikinu 10 fyrir hvern kvarða prófsins. Þegar slíkar einkunnir eru reiknaðar fyrir allan hópinn er unnt að sjá breytingar á lífsgæðum eftir aldri og kyni. Með sömu aðferð voru fengin almenn viðmið fyrir karla og konur í 10 ára aldurshópunum. Þar sem ekki reyndist munur innan aldurshópanna 20-49 ára, 50-69 ára og 70 ára og eldri eru niðurstöður sýndar með tilliti til þeirra. Reiknuð var fylgni milli einstakra kvarða (Pearson's r) og fylgni hvers kvarða við prófið í heild auk þess sem reiknuð var innri samkvæmni. Samanburður á milli hópa var gerður með óþöruðum t-prófum, kíkvaðratsprófi, dreifigreiningu (ANOVA) eða fjölbreytu dreifigreiningu (MANOVA), eftir því sem við átti. Ennfremur var gerð þáttagreining (principal components analysis) til þess að kanna hvort færri þættir skýrðu breytileika milli hópa en hinir 12 upphaflegu kvarðar prófsins. Notast var við svokallaðan „varimax" snúning í því skyni að skýra þættina og miðað var við að hver þáttur yrði að hafa eigingildi hærra en 1,0.

Niðurstöður

Af þeim sem voru í úrtakinu reyndust átta látnir, níu bjuggu erlendis eða skildu ekki íslensku og 61 treysti sér ekki til að svara vegna veikinda eða aldurs, svo að lokaúrtak var 2722. Heildarsvörun var 61%, lægri í yngsta (20-29 ára) og elsta aldursflokknum (80 ára og eldri) en svipuð hjá körlum og konum. Innra brottfall, það er svör vantaði við einstökum spurningum, var 0,2-4,2%. Upplýsingar vantaði um kyn og/eða aldur hjá 52 þátttakendum. Brottfallið var áberandi mest hjá fólki yfir sjötugt við sjö spurningum, mest 6% við spurningum um ánægju með heilsu og stöðu og 8% við spurningu um starfshömlun.

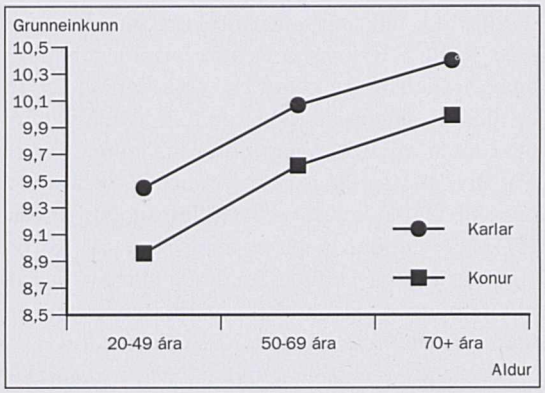
Fylgni einstakra spurninga við eigin kvarða og við prófið í heild reyndist í öllum tilvikum marktæk og viðunandi, sem bendir til einsleitni prófsins, þó að það mæli mismunandi hliðar heilsutengdra lífsgæða (tafla I). Fylgni fjárhags við aðra kvarða og við heilsutengd lífsgæði í heild eru lægst, þótt þau séu marktæk. Áreiðanleiki prófsins í heild miðaður við innri samkvæmni (Cronbach's alfa) var góður 0,91 og einnig viðunandi að því er varðar einstaka þætti, frá 0,59-0,90, lægstur að því er varðar einbeitingu og sjálfsstjórn, en hæstur fyrir þrek og depurð (tafla I).

Marktæk fylgni er á milli einstakra kvarða prófsins. Hún er þó minnst á milli svefns og annarra kvarða, 0,27-0,48, og á milli fjárhags og annarra þátta, 0,28-0,46 (tafla II).

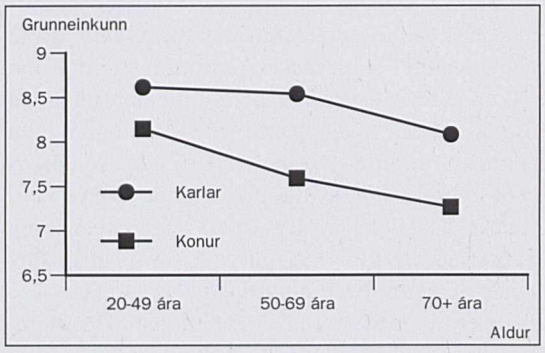
Heilsutengd lífsgæði eru breytileg eftir aldri og kyni. Á myndum 1 og 2 eru sýndar grunneinkunnir fyrir tvo þætti, kvíða og svefn. Á þeim sést að lífsgæðin breytast með hækkandi aldri, kvíði minnkar en svefn versnar. Mynd 3 sýnir að lífsgæði kvenna eru greinilega lakari í heild og á flestum ($p<0,0001$) kvörðum nema samskiptum ($p<0,05$), fjárhag og minni og einbeitingu ($p>0,05$), auk þess sem konur yfir sjötugt telja sig hafa betri stjórn á eigin lífi en þær sem yngri eru. Mynd 4 sýnir staðaleinkunnir í þremur aldursflokkum karla og kvenna fyrir alla 12 kvarðana og lífsgæðin í heild.

Tafla I. *Spurningar sem mynda kvarða HL-prófsins, innri samkvæmni (áreiðanleiki) kvarðanna og prófsins í heild (Cronbach's alfa) og fylgni (Pearson's r) spurninga við eigin kvarða og prófið í heild.*

Kvarði	Spurningar (númer og efni)	Alfa	Fylgni spurningar við eigin kvarða	Fylgni spurningar við lífsgæðakvarðann
Heilsufar	1 Heilsa almennt	0,82	0,82	0,68
	12 Mat á eigin heilsufari		0,83	0,70
	13 Vinnuhömlun		0,65	0,52
	15 Góð heilsa		0,86	0,70
	29 Ánægja með heilsuna		0,91	0,80
Einbeiting	5 Gleymska	0,59	0,82	0,47
	22 Einbeiting		0,87	0,65
Depurð	6 Leiði	0,88	0,85	0,73
	7 Kjark-/vonleysi		0,83	0,68
	18 Lengd leiða		0,88	0,74
	19 Lengd vonleysis		0,82	0,68
	20 Depurð		0,76	0,64
Samskipti	3 Samgangur	0,71	0,59	0,65
	30 Ánægja með stöðu		0,90	0,74
	31 Ánægja með frístundir		0,90	0,69
Fjárhagur	25 Endar ná saman	0,86	0,94	0,49
	26 Fjárhagsáhyggjur		0,94	0,47
Þrek	8 Virkni	0,90	0,86	0,75
	16 Þróttur		0,95	0,80
	17 Orka		0,95	0,79
Kvíði	9 Róleg(ur)/spennt(ur)	0,80	0,91	0,61
	10 Kvíði og áhyggjur		0,92	0,70
Líkamsheilsa	14 Líkamleg störf	0,66	0,82	0,56
	23 Líkamleg líðan		0,94	0,74
Sjálfsstjórn	11 Jafnvægi/öryggi	0,63	0,87	0,69
	24 Stjórn á lífinu		0,84	0,61
Svefn	21 Erfitt að sofna	0,80	0,91	0,51
	27 Svefngæði		0,92	0,57
Líðan	4 Hress og fjörmikil(l)	0,75	0,73	0,77
	28 Ánægja með lífið		0,88	0,75
	32 Líðan		0,90	0,84
Verkir	2 Verkir			0,59
Heilsutengd lífsgæði		0,91		



Mynd 1. *Kvíði minnkar með hækkandi aldri bæði hjá körlum og konum.*



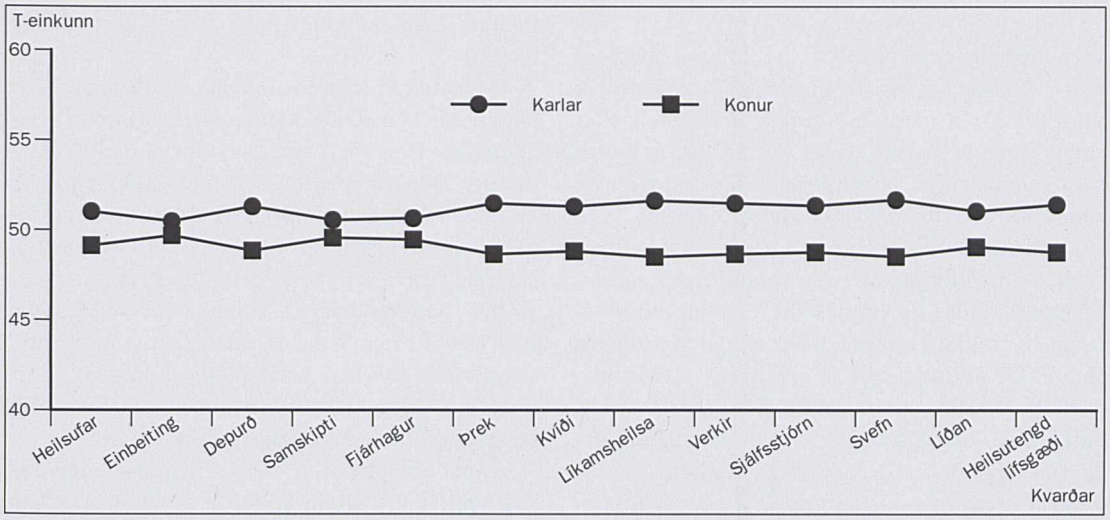
Mynd 2. *Svefn versnar með hækkandi aldri, meira hjá konum en körlum.*

Heilsutengd lífsgæði minnka með hækkandi aldri, með undantekningum þó. Áberandi munur er á elsta og yngsta hópnum. Lífsgæði elsta hópsins eru lakari en hinna yngri bæði í heild og á flestum kvörðum ($p<0,0001$) nema fjárhag og kvíða þar sem þeir eldri meta líðan sína betri en þeir yngri ($p<0,0001$). Lífsgæði kvenna mælast lakari en karla á öllum aldri nema konur yfir sjötugt virðast eiga betra en karlar með að láta enda ná saman fjáhagslega. Depurð og samskipti breytast ekki marktækt með aldri, þó að samskiptaþátturinn lækki eftir 70 ára aldur hjá konum. Þeir elstu eru áberandi lakastir á kvörðunum almennt heilsufar, þrek og líkamsheilsa eins og við er að búast. Svefn verður lakari með hækkandi aldri, einkum hjá konum. Samspilið milli kyns og aldurs staðfestir að flestar hliðar heilsutengdra lífsgæða eru lakari hjá konum en körlum á öllum aldri að fjárhag undanteknum ($p<0,05$) sem konur meta betri eftir sjötugt. Aldurshópurinn 50-69 ára er á flestum þáttum á milli hinna hópanna.

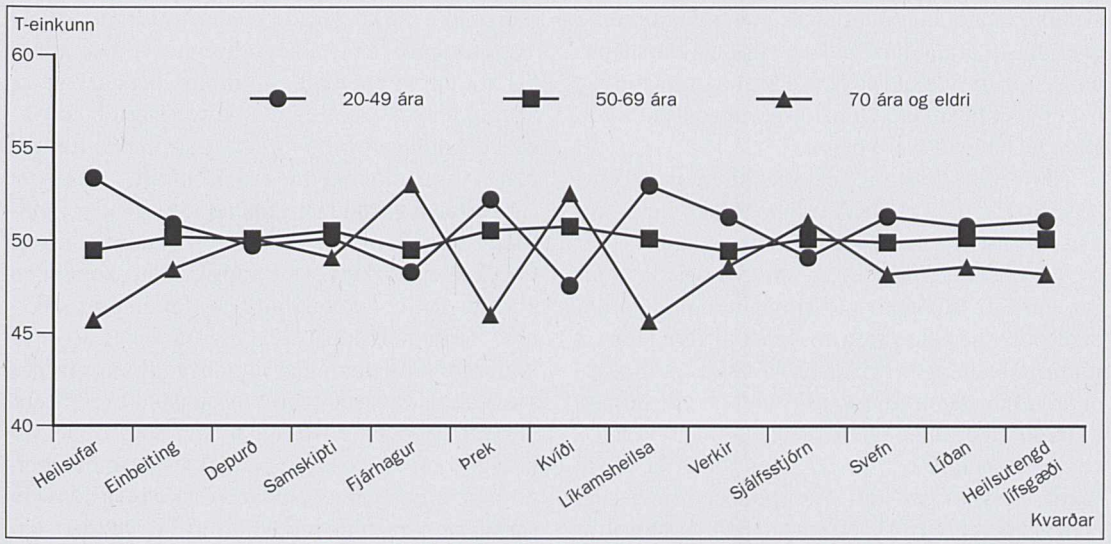
Við þáttagreininguna komu fram fimm meginþættir sem skýra 66,3% af breytileikanum, al-

Tafla II. *Fylgni (Pearson's r) kvarða prófs um heilsutengd lífsgæði (HL-prófsins) við hvern annan og við prófið í heild.*

	Kvíði	Einbeiting	Depurð	Þrek	Fjárhagur	Heilsufar	Líðan	Verkir	Líkams-heilsa	Sjálfsstjórn	Svefn	Samskipti	Heilsutengd lífsgæði
Kvíði	-	0,49	0,76	0,52	0,42	0,43	0,61	0,37	0,37	0,70	0,42	0,54	0,71
Einbeiting	-	-	0,59	0,57	0,28	0,49	0,54	0,36	0,46	0,54	0,43	0,49	0,66
Depurð	-	-	-	0,64	0,43	0,55	0,73	0,42	0,50	0,74	0,46	0.65	0.84
Þrek	-	-	-	-	0,29	0,78	0,73	0,52	0,72	0,56	0,43	0,60	0,84
Fjárhagur	-	-	-	-	-	0,28	0,45	0,20	0,24	0,46	0,27	0,43	0,51
Heilsufar	-	-	-	-	-	-	0,75	0,58	0,80	0,49	0,46	0,64	0,84
Líðan	-	-	-	-	-	-	-	0,47	0,64	0,67	0,48	0,79	0,91
Verkir	-	-	-	-	-	-	-	-	0,59	0,35	0,38	0,40	0,59
Líkamsheilsa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,47	0,47	0,51	0,75
Sjálfsstjórn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,40	0,59	0,75
Svefn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,37	0,58
Samskipti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,83



Mynd 3. *Konur telja heilsutengd lífsgæði sín marktækt lakari í heild en karlar og á öllum kvörðum nema samskiptum, einbeitingu og fjárhag.*



Mynd 4. *Heilsutengd lífsgæði versna í heild með hækkandi aldri, sérstaklega heilsufar almennt, þrek og líkamsheilsa.*

Tafla III. *Niðurstöður þáttagreiningar sem sýna hvað skýrir mest af breytileika niðurstaðna prófsins.*

Þáttur	Skýrður breytileiki %	Skýrt alls %
Almennt heilsufar	23,5	23,5
Andleg líðan	20,5	44,0
Ánægja	9,1	53,1
Fjárhagur	6,9	60,0
Svefn	6,3	66,3

mennt heilsufar (23,4%), andleg líðan (20,5%), ánægja (9,0%), svefn (6,9%) og fjárhagur (6,3%) (tafla III). Í almennu heilsufari felast nokkurn veginn sömu atriði og í prófþáttunum almenn heilsa, líkamsheilsa og þrek. Andleg líðan nær fyrst og fremst til depurðar, kvíða og sjálfsstjórnar. Fjárhagur og svefn byggist aðallega upp af sömu þáttum og áður. Í þættinum ánægja vega þyngst spurningar um ánægju með lífið í dag, ánægju með félagslega stöðu og ánægju með frístundir.

Til samanburðar við fjölþjóðlegu könnunina sem áður er getið voru athuguð sérstaklega svör við spurningunum um heilsufar og „ertu ánægð(ur) með líf þitt eins og það er í dag?“. Samkvæmt þeim eru karlar að meðaltali ívið ánægðari en konur, mælt á kvarðanum 1-10 (karlar 7,48, konur 7,19; p=0,033). Ánægjan minnkar með hækkandi aldri (20-49 ára 7,53; 50-69 ára 7,26 og 70 ára og eldri 7,07; p=0,008). Rúmlega 5% svarenda töldu heilsufar sitt slæmt, marktækt fleiri konur en karlar (p=0,006) og fleiri eftir því sem þeir voru eldri (p<0,0001).

Umræða

Þeir sem leitað var til í rannsókninni voru fundnir sem tilviljunarúrtak úr ákveðnum aldurshópum í þjóðskrá. Niðurstöðurnar er því ekki hægt að skoða sem mælingu á heilsutengdum lífsgæðum hjá heilbrigðu fólki, heldur er um að ræða mat meðal-Íslendings, sem er fær um og vill svara spurningalista sem lagður eru fyrir hann, á heilsutengdum lífsgæðum sínum. Til þess að prófið sé nothæft þurfa mælingarnar að vera réttmætar, áreiðanlegar og næmar fyrir breytingum. Mismunandi lífsgæði skilgreindra hópa (4,6) og breytingar á lífsgæðum sem mælast með prófinu sýna réttmæti þess. (Óbirtar niðurstöður úr rannsókn sem verið er að vinna að.)

Það er auðvitað miður að svörun skuli ekki vera meiri en raun ber vitni, þó að segja megi að hún sé eins og við var að búast miðað við að svörin voru algerlega nafnlaus og þar af leiðandi ekki hægt að senda fleiri ítrekanir eða hringja til þeirra sem ekki svöruðu. Svörunin var álíka og í svipaðri rannsókn í Svíþjóð fyrir nokkrum árum (13). Innra brottfall í þeirri rannsókn var einnig svipað og hér var. Ætla má að meiri munur hefði verið á lífsgæðum eldra og yngra fólks, ef svörunin hefði verið betri. Vitað er um nokkra meðal þeirra eldri sem ekki treystu sér til að svara vegna veikinda. Meðal aldraðra eru líka mun fleiri sem dvelja á stofnunum til umönnunar vegna aðstæðna sem skerða lífsgæði þeirra mikið og gera þeim ókleift að svara spurningalistum í pósti. Til þess að vega upp á móti þeim vanda sem af þessu leiðir var ákveðið að nota lagskipt úrtak með jafnmörgum í hverjum 10 ára aldursflokki. Í yngsta aldurshópnum eru fleiri á faraldsfæti, svo sem námsmenn, og hafa því ef til vill ekki fengið spurningalistana eða síður hirt um að svara þeim.

Áhrif innra brottfalls skiptir litlu nema að því er varðar kyn og aldur. Verkjakvarðinn hefur aðeins eina spurningu og er því einnig viðkvæmur fyrir brottfalli. Upplýsingar um kyn og/eða aldur vantaði í 52 tilvikum. Við athugun á aldursdreifingu þeirra sem gleymdu að skrá kyn kom í ljós að rúmlega helmingur þeirra var yfir sjötugt. Nokkrum atriðum var oftar ósvarað hjá fólki yfir sjötugt, til dæmis spurningu um hvort heilsan hafi komið í veg fyrir að fólk hafi getað sinnt vinnu, ef til vill vegna þess að því hafi ekki þótt spurningarnar eiga við sig af því að viðkomandi hafi verið hættur vinnu. Ekki verður séð að innra brottfallið sé kerfisbundið að öðru leyti, en þó vantaði svör hjá sama fjölda við báðum spurningunum sem vörðuðu fjárhag og við báðum spurningunum um svefn. Eins og sjá má er brottfallið mjög lítið og hefur það því ekki áhrif á viðmiðin.

Áreiðanleiki prófsins hefur áður verið sýndur með endurprófun fólks sem var við óbreytt heilsufar og reyndist fylgni niðurstaðna milli skipta góð (Pearsons r =0,76). Við útreikning á innri samkvæmni reyndist alfastuðull alls prófsins 0,95 (6). Alfastuðull alls prófsins reyndist einnig mjög hár að þessu sinni eða 0,91. Fylgni einstakra kvarða prófsins hvers við annan og einstakra spurninga við niðurstöður prófsins í heild í þessari rannsókn var alltaf marktæk, og yfirleitt mikil milli einstakra spurninga og heildarniðurstöðu prófsins.

Áður hefur verið sýnt fram á réttmæti prófsins, annars vegar gagnvart ytra viðmiði og hins vegar að því er varðar getu þess til aðgreiningar á mismunandi sjúklingahópum (6). Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja einnig sundurgreiningarréttmæti prófsins, sem greinir milli karla og kvenna og milli mismunandi aldurshópa eins og gert var ráð fyrir.

Heilsutengd lífsgæði í heild og flestar hliðar þeirra versna með hækkandi aldri samkvæmt mælingum prófsins með veigamiklum undantekningum þó. Depurð breytist ekki með aldri og kvíði minnkar með hækkandi aldri, þrátt fyrir að almennu heilsufari hraki. Tekjur eldra fólks eru mun lægri en þeirra sem yngri eru (20). Þrátt fyrir það virðast fjárhagsáhyggjur minnka með aldrinum. Það skýrist sennilega af minni skuldbindingum aldraðra vegna framfærslu fjölskyldu sem hvílir þyngra á yngri aldurshópunum og að eldra fólk lagar sig að breyttum aðstæðum og eyðir minnu.

Konur lifa lengur en karlar. En heilsutengd lífsgæði þeirra eru lakari en karla á öllum kvörðum og á öllum aldri nema að því er varðar einbeitingu, sem er jöfn hjá körlum og konum á aldrinum 50-69 ára, auk þess sem fjárhagsáhyggjur virðast minni hjá konum yfir sjötugt en körlum. Sérstaklega er áberandi hvað líkamsheilsa og svefn eru mun lakari hjá konum eftir fimmtugt og svefninn eftir sjötugt. Þessar niðurstöður eru að mestu í samræmi við það sem vænta mátti miðað við erlendar rannsóknir (12-15) og að vitað er að konur leita meira til lækna en karlar (21). Einnig er fleiri konum en körlum ávísað svefnlyfjum, og munurinn eykst með hækkandi aldri (22). Undrun vekur að elstu konurnar hafa minni fjárhagsáhyggjur en karlar á sama aldri. Það gæti tengst því að laun kvenna eru yfirleitt lægri og að þær hafi því alltaf búið við þrengri kost en karlarnir og hafi orðið að fara betur með og eigi þar af leiðandi léttara með að sætta sig við og nýta minnkandi fjárráð á efri árum.

Hvers vegna breytingarnar á ánægju með lífið eftir aldri og munurinn á ánægju karla og kvenna er öðru vísi í þessari rannsókn en fjölþjóðlegu rannsókninni (18) sem vikið var að í inngangi er ekki alveg ljóst. Skýringarinnar gæti verið að leita í samhengi við aðrar spurningar sem lagðar voru fyrir samtímis í rannsóknunum. Fjölþjóðlega rannsóknin fjallar um skoðanir fólks á ýmsum efnum. Aðeins ein spurning er um ánægju með heilsufar, önnur um ánægju með fjárhagsafkomu sem var mun minni en ánægja með lífið almennt (23). HL-prófið fjallar um líkamlega, andlega og félagslega líðan þar með talið ánægju með lífið og þar af leiðandi er líklegt að svörin við þessari ákveðnu spurningu greini öðru vísi mun á milli kynja og breytingar með aldri en spurningin ein í fjölþjóðlegu rannsókninni. Hér við bætist að munurinn milli kynja er ekki mikill þó að hann nái 5% marktækni í báðum rannsóknunum. Lagskipt úrtak þessarar rannsóknar er miklu stærra en íslenska slembiúrtakið fyrir fjölþjóðlegu rannsóknina, sérstaklega meðal aldraðra og byggir á rúmlega tvisvar sinnum fleiri þátttakendum. Konur eru

ekki eins ánægðar með lífið og karlar og eldra fólk er ekki eins ánægt og það yngra, gagnstætt niðurstöðum fjölþjóðlegu rannsóknarinnar, en hvort tveggja er í samræmi við mat fólks á heilsutengdum lífsgæðum sínum í heild og svör þess við spurningunni um álit á eigin heilsufari.

Í fyrri rannsókn okkar skýrði þátturinn andleg líðan mest af breytileika niðurstaðna. Í þeirri rannsókn voru rúm 40% sjúklinganna alkóhólistar og aðrir geðsjúklingar. Niðurstöðurnar hjá fólki almennt eru verulega öðru vísi, þar sem andleg líðan skýrir ekki nema rúm 20%, en almennt heilsufar 23% af breytileika svaranna. Svefn og fjárhagur skýra 6-7% hvor þáttur. Kominn er til nýr þáttur, ánægja, sem skýrir 9% af breytileikanum. Í rannsókn sem við erum að vinna að á miklu stærri sjúklingahópi en áður var rannsakaður verður kannað hvort breytileikinn skýrist eins og í þessari rannsókn eða hvort ánægjan er eitthvað sem aðeins þeir heilbrigðu njóta.

Í mælingum á heilsutengdum lífsgæðum og í öðrum klínískum mælingum er nauðsynlegt að hafa viðmið svo að hægt sé að meta frávik sem mælingarnar sýna og til að meta hvort endurteknar mælingar benda til bata eða versnunar. Til að afla slíkra viðmiða þarf mælingar á stóru þýði af almenningi án tillits til heilbrigðisástands enda er þá gert ráð fyrir að almenningur sé yfirleitt nokkurn veginn heilbrigður. Hvorki er hægt né viðeigandi að setja einhver fátækramörk á heilsutengd lífsgæði og segja að þau megi ekki vera undir þeim mörkum. Og örðugt er að nálgast fullkomna viðmiðið, bestu lífsgæði, vegna þess hversu mismunandi fólk er og hversu mismunandi það metur líðan sína og aðstæður sem hafa áhrif á hana. Viðmið verður því meðaltal heilsutengdra lífsgæða fólks á svipuðum aldri. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru tilraun til að nálgast meðaltal þar sem vægi aldraðra og þeirra veiku er heldur meira en ef tekið hefði verið tilviljunarúrtak úr þjóðskrá. Þær má nota til aldurs- og kynleiðréttingar við mælingar á einstökum sjúklingum eða sjúklingahópum svo að þær verði sambærilegar við það sem gerist almennt á viðkomandi aldursskeiði.

Rannsóknin sýnir nauðsyn þess að taka tillit til mismunar heilsutengdra lífsgæða hjá körlum og konum og til breytinga sem verða á þeim með aldrinum, þegar þarfir ýmissa hópa fyrir heilbrigðisþjónustu eru metnar.

Þakkir

Öllum sem svöruðu spurningalistanum kunnum við bestu þakkir. Guðný Ísaksen aðstoðaði við gagnasöfnun. Vísindasjóður Landspítalans styrkti rannsóknina.

Prófið ásamt viðmiðum til kyn- og aldursstöðlunar er hægt að fá hjá höfundum.

Heimildir

1. Guyatt GH, Naylor D, Juniper E, Heyland DK, Jaeschke R, Cook DJ. User's Guides to the Medical Literature. XII. How to use articles about Health-Related Quality of Life. JAMA 1997; 2277: 1232-7.
2. Rose MS, Koshman ML, Spreng S, Sheldon R. Statistical Issues Encountered in the Comparison of Health-Related Quality of Life in Diseased Patients to Published General Populations Norms: Problems and Solutions. J Clin Epidemiol 1999; 52: 405-12.
3. Guyatt GH, Feny DH, Patrick DL. Measuring Health-Related Quality of Life. Ann Int Med 1993; 118: 622-9.
4. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson S. Heilsutengd lífsgæði. Læknablaðið 1997; 83: 492-502.
5. Jambon B, LeGal M, Pilate C. Quality of life in insomnia. Validation study for a specifically designed questionnaire. Eur Psychiatry 1995; 10/Suppl. 3: 87-9.
6. Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson S, Helgason T. Health-related quality of life of psychiatric and other patients in Iceland: psychometric properties of the IQL. Nord J Psychiatry 1997; 51: 183-91.
7. Keilen M, Treasure T, Schmidt U, Treasure J. Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: are they comparable? J Royal Soc Med 1994; 87: 441-4.
8. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of Quality-of-Life measurements [review]. JAMA 1994; 272: 619-26.
9. Sigurðardóttir V. Quality of Life of Patients with Generalised Malignant Melanoma on Chemotherapy [disp.]. Stockholm: The Psychosocial Unit, Department of Oncology, Radiumhemmet, Karolinska Hospital; 1996.
10. Helgason Á. Prostate Cancer Treatment and Quality of Life – a Three Level Epidemiological Approach [disp.]. Stockholm: Karolinska Institute; 1997.
11. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1986; 314: 657-64.
12. Brazier JE, Harper R, Jones NMB, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 survey questionnaire: new outcome measure for primary care. BMJ 1992; 305: 160-4.
13. Brorsson B, Ifver J, Hays RD. The Swedish Health-Related Quality of Life Survey (SWED-Qual). Quality of Life Research 1993; 2: 33-45.
14. Jenkinson C, Coulter A, Wright L. Short-form 36 (SF 36) health survey qustionnaire: normative data on adults of working age. BMJ 1993; 306: 1437-40.
15. Hjermstad MJ, Fayers PM, Bjordal K, Kaasa S. Health-Related Quality of Life in the general Norwegian population assessed by the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality-of-Life Questionnaire. J Clin Oncol 1998; 16: 1188-96.
16. Anonymous. Health Related Quality-of-Life Measures – United States 1993. JAMA 1995; 273: 1084-5.
17. Jónsson HF, Ólafsson S. Lífsskoðun í nútímaþjóðfélögum. Reykjavík: Félagsvísindasstofnun Háskóla Íslands; 1991.
18. Ólafsson S. Íslenska leiðin. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins, Háskólaútgáfan; 1999.
19. Norusis M. SPSS base, advanced and professional guides. Chicago: SPSS Inc.; 1993.
20. Sigurðsson K. Kjör Íslendinga. Efnahagur einstaklinga og fjölskyldna 1996. Reykjavík: Félagsvísindastofnun; 1997.
21. Einarsson I, Magnússon G, Ólafsson Ó. Könnun á heilsugæsluþjónustu 16.-21. október 1981. Læknablaðið 1984; 70: 225-36.
22. Helgason T, Björnsson JK, Zoëga T, Þorsteinsson HS, Tómasson H. Psychopharmacoepidemiology in Iceland: effects of regulations and new medications. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1997; 247: 93-9.
23. Ólafsson S. Hugarfar og hagvöxtur. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands; 1996.

Nýtt



Þökkum frábærar viðtökur

OCULAC

Oculac (við augnþurrki)

Oculac (inniheldur bæði nauðsynlegar jónir og povidon-gervislím)

Oculac (er til bæði án rotvarnarefna í einnota skammtahylkjum og í handhægum flöskum með rotvarnarefnum)

Oculac
Ciba Vision, 970496
AUGNDROPAR MEÐ ROTVÖRN; S 01 X A 20 LE
1 ml inniheldur: Povidonum K25 50 mg, Acidum boricum 2 mg, Natrii chloridum 5,4 mg, Natrium lactas 0,2 mg, Kalii chloridum 1,5 mg, Calcii chloridum 0,15 mg, Magnesii chloridum 0,2 mg, Bensalkonii chloridum 0,05mg, Aqua sterilisata ad 1ml.
AUGNDROPAR ÁN ROTVARNAR; S 01 X A 20 LE
1 ml inniheldur: Povidonum K25 50 mg, Acidum boricum 2 mg, Natrii chloridum 5,4 mg, Natrium lactas 0,2 mg, Kalii chloridum 1,5 mg, Calcii chloridum 0,15 mg, Magnesii chloridum 0,2 mg, Aqua sterilisata ad 1ml.
Ábendingar: Augnþurrkur. Skammtar og lyfjagjöf: Einn dropi í tárasekk augans 4 sinnum á dag, eða eftir þörfum, eftir því hversu alvarlegur sjúkdómurinn er.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins (t.d. rotvarnarefnum).
Sérstök varúð og varúðarreglur fyrir notkun: Augndropar með rotvörn: Snertilinsur skal fjarlægja fyrir notkun. Eftir notkun þurfa að líða 30 mínútur áður en snertilinsur eru settar aftur í. Almennt er ekki mælt með notkun augnlinsa ef augnþurrkur er til staðar.
Milliverkanir við önnur lyf og aðrar tegundir milliverkana: Ef önnur augnlyf eru notuð (t.d. gegn gláku) eiga að líða a.m.k. 5 mínútur á milli lyfjagjafa. Oculac á alltaf að nota síðast.
Meðganga og brjóstagjöf: Engin reynsla er af notkun Oculac augndropa á meðgöngu og samtímis brjóstagjöf. Þess vegna er ekki mælt með notkun lyfsins á meðgöngu og af konum með barn á brjósti nema brýna nauðsyn beri til.
Akstur: Ef sjón verður þokukennd á ekki að aka bíl eða stjórna vélknúnu ökutæki.
Aukaverkanir: Einstaka sinnum verður vart við sviða eða tilfinningu um samloðun í augum. Erting eða ofnæmi koma fyrir í einstaka tilvikum.
Ofskömmtun: Engar upplýsingar liggja fyrir um ofskömmtun.
Verkunarháttur og verkanir: Lyfið inniheldur ekki virk efni. Vegna lífeðlisfræðilegra eiginleika má nota vatnsleysanlegar fjölliður sem ekki valda ertingu sem rakagefandi og mýkjandi efni fyrir yfirborð augans.
Lyfjahvörf: Póvídon til inntöku með mólþunga 12600 útskilst hratt í þvagi, mest á 11 klst. Eftir gjöf í æð má forðast langtíma uppsöfnun á póvídon með því að minnka hlutfall póvídons sem hefur mólþunga hærri en 25000. Vegna þess hve póvídon er tiltölulega stór sameind er ólíklegt að hún komist í gegnum hornhimnu.
Blöndun: Hár saltstyrkur, t.d. natríum súlfat í kulda og natríum klóríð í hita, getur leitt til þess að póvídon falli út. Háð jónastyrk lausnarinnar geta metýl- og própýlhýdroxýbensóöt auðveldlega myndað komplexa við póvídón. Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins Oculac augndropa með rotvarnarefni verður að nota innan mánaðar eftir að umbúðir eru rofnar. Ónotuðu innihaldi á að farga. Órotvarða augndropa (í einnota skammtahylki) verður að nota strax eftir að umbúðir eru rofnar, ónotað innihald má ekki geyma.
Pakkningar og verð:
Ocular (með rotvörn) plastglas 10 ml 195 kr.
Ocular án rotvarnar plasthylki 0,4 ml x 20 383 kr.
Umboðsaðili: Thorarensen-Lyf, Vatnagörðum 18, sími 530 7100. September 1999.

Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

6.–7. apríl 2000 að Radisson SAS Hotel Saga, 2. hæð

Dagskrá þings Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

Fimmtudagur 6. apríl	9:20	**Sameiginleg þingsetning: Hannes Petersen formaður Skurðlæknafélags Íslands**
ERINDI **Fundarstjóri:** **Aðalbjörn Þorsteinsson**	11:00-11:15	S01 **Mat á tveimur mismunandi aðferðum við ísetningu utanbastsleggja og fylgikvillum sem fram komu við þær** ***Ingi Hauksson,*** *Gísli Vigfússon, Ástríður Jóhannesdóttir, Jón Sigurðsson*
	11:15-11:30	S02 **Fitusegareksheilkenni. Sjúkratilfelli** ***Helga Kristín Magnúsdóttir,*** *Ingiríður Sigurðardóttir, Girish Hirlekar*
	11:30-11:45	S03 **Hefur staðsetning utanbastsleggjar, tæknileg vandkvæði við lögn hans og samvinna við sjúkling áhrif á árangur verkjameðferðar eftir aðgerðir?** ***Gísli Vigfússon,*** *Oddur Fjalldal, Þorsteinn Sv. Stefánsson, Jón Sigurðsson*
	11:45	**Kaffihlé**
Fundarstjóri: **Oddur Fjalldal**	12:00-12:15	S04 **Verkjameðferð með morfínsídreypi á skurðdeild Barnaspítala Hringsins. Árangur og fylgikvillar** ***Sigurður Guðjónsson,*** *Gísli Vigfússon, Aðalbjörn Þorsteinsson, Guðmundur Bjarnason*
	12:15-12:30	S05 **Eins árs samantekt á miðbláæðarleggjum á FSA** ***Helga Kristín Magnúsdóttir,*** *Ingiríður Sigurðardóttir, Girish Hirlekar*
	12:30	**Matarhlé**
	14:00-17:00	**Aðalfundur Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands**
Föstudagur 7. apríl **MÁLÞING**	8:30-13:00	**Dæguraðgerðir, sjá auglýsingu í dagskrá skurðlæknaþings**
	13:00	**Matarhlé**
ERINDI **Fundarstjóri:** **Bjarni Valtýsson**	14:00-14:15	S06 **Líðan kvenna heima eftir ófrjósemiaðgerð** ***Girish Hirlekar,*** *Helga K. Magnúsdóttir, Ingiríður Sigurðardóttir*
	14:15-14:30	S07 **Hafa reykingar forspárgildi á ógleðitíðni og tíma útskriftar eftir dagaðgerðir? Úttekt á 93 dagaðgerðum í Domus Medica** ***Gísli Vigfússon***
ACTA-FYRIRLESTUR	14:45-15:30	**Acta Anaesthesiologica Scandinavica** **Preventing postoperative complications** ***Paul White***

Dagskrá þings Skurðlæknafélags Íslands

Fimmtudagur 6. apríl

ERINDI

Fundarstjóri: Gunnar Gunnlaugsson

9:20 **Sameiginleg þingsetning: Hannes Petersen formaður Skurðlæknafélags Íslands**

9:30-9:40 E 01 **Kransæðaaðgerðir án hjarta- og lungnavélar**
Andri Konráðsson, *Bjarni Torfason*

9:40-9:50 E 02 **TMR leysimeðferð bætir líðan hjartasjúklinga**
Bjarni Torfason

9:50-10:00 E 03 **Klínísk og líffræðileg áhrif bláæða kraga á æðasammynningu (Vein Cuff Anastomosis)**
Georg Steinþórsson

10:00-10:10 E 04 **Uppgjör á carotis endarterectómíum framkvæmdum á árunum 1987-1996 á Sjúkrahúsi Reykjavíkur**
Þórir Ragnarsson, ***Hjalti Már Þórisson,*** *Bjarni Hannesson, Kristinn Guðmundsson*

10:10-10:20 E 05 **Áhrif ísvatnskælingar á verki eftir hálskirtlatöku**
Arnar Þ. Guðjónsson, *Hannes Petersen, Kristinn Sigvaldason, Ragnar Finnsson*

10:20-10:30 E 06 **Tvískauta rafsnörun kverkeitla**
Eiríkur Páll Sveinsson

10:30-10:40 E 07 **Leysiburtnám á Zenkers sarpi**
Hannes Hjartarson, *Hannes Petersen*

10:40 **Kaffihlé**

Fundarstjóri: Þórarinn Guðmundsson

11:00-11:10 E 08 **Um faraldsfræði lófakreppusjúkdóms**
Kristján G. Guðmundsson, *Reynir Arngrímsson, Þorbjörn Jónsson*

11:10-11:20 E 09 **Skarð í vör og klofinn gómur á Íslandi 1993-1999 og meðferð þeirra**
Ólafur Einarsson, ***Andri Konráðsson***

11:20-11:30 E 10 **Kviðsjá við enduraðgerðir á þindaropi**
Margrét Oddsdóttir, *Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon*

11:30-11:40 E 11 **Kviðsjáraðgerðir vegna „paraesophageal" þindarhauls**
Margrét Oddsdóttir, *Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon.*

11:40-11:50 E 12 **Aðgerðir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1990-1999 vegna offitu**
Gunnar Pétursson, *Eiríkur Orri Guðmundsson, Jóhannes M. Gunnarsson, Tryggvi B. Stefánsson*

11:50-12:00 E 13 **Samgatanir á ristli á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1995-1999**
Eiríkur Orri Guðmundsson, *Gunnar Pétursson, Páll Hallgrímsson, Tryggvi B. Stefánsson*

12:00-12:10 E 14 **Endurtenging eftir Hartmanns aðgerð með kviðarholsjártækni**
Elísabet S. Guðmundsdóttir, *Páll Helgi Möller, Tómas Jónsson*

12:10 **Kaffihlé**



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

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. ** I 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, tíðruhægðir. 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.

GESTAFYRIRLESTUR

12:30-13:10 **Colorectal liver metastases, diagnosis and treatment**
Karl-Göran Tranberg *prófessor við handlækningadeild Háskólasjúkrahússins í Lundi*

Fundarstjóri: Jónas Magnússon

13:10 **Matarhlé**

ERINDI

Fundarstjóri: Tómas Jónsson

14:00-14:10 E 15 **Aðgerðir á Landspítalanum 1997-1999 vegna steina í gallvegum**
Kristín Huld Haraldsdóttir, *Tómas Jónsson, Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon, Margrét Oddsdóttir*

14:10-14:20 E 16 **Bráð briskirtilsbólga á Landspítalanum. Framskyggn rannsókn**
Helgi Birgisson, *Páll Helgi Möller, Ásgeir Thoroddsen, Sigurður V. Sigurjónsson, Sigurbjörn Birgisson, Jón Jóhannes Jónsson, Jónas Magnússon*

14:20-14:30 E 17 **Bráð briskirtilsbólga í Bergen. Einkenni, orsök og þættir sem hafa forspágildi um alvarleika sjúkdóms**
Hjörtur Gíslason, *Arild Horn, Asgaut Viste*

14:30-14:40 E 18 **Holsjár þrengisnám við bráða gallsteinabriskirtilsbólgu**
Hjörtur Gíslason, *Arild Horn, Asgaut Viste*

14:40-14:50 E 19 **Heilkenni aukins kviðarholsþrýstings. Áhrif aukins kviðarholsþrýstings á blóðþrýsting og blóðflæði í meltingarfærum**
Fjölnir F. Guðmundsson, *Hjörtur Gíslason*

14:50 **Kaffihlé**

Fundarstjóri: Bogi Jónsson

15:20-15:30 E 20 **Slysaskrá Íslands**
Sigurður Guðmundsson, *Brynjólfur Mogensen, Aðalheiður Sigursveinsdóttir*

15:30-15:40 E 21 **Faraldsfræði beinbrota í Reykjavík 1998**
Guðmundur Örn Guðmundsson, *Brynjólfur Mogensen, Gunnar Sigurðsson*

15:40-15:50 E 22 **Sprengjuáverkar um áramót**
Ásgeir Thoroddsen, *Brynjólfur Mogensen*

15:50-16:00 E 23 **Handarslys Reykvíkinga árið 1998**
Andri Kristinn Karlsson, *Brynjólfur Mogensen*

16:00-16:10 E 24 **Hestaslys**
Björn Pétur Sigurðsson, *Brynjólfur Mogensen*

16:10-16:20 E 25 **Brot á brothálsi upphandleggs meðhöndluð með Haukeland pinnum**
Yngvi Ólafsson, *Brynjólfur Mogensen*

16:20-16:30 E 26 **Sementlausir gerviliðir í mjöðm. Nýr valkostur á Íslandi. Kynning og fyrsti árangur**
Ríkarður Sigfússon, *Svavar Haraldsson, Halldór Jónsson jr.*

16:30-16:45 E 27A **Beinbrot meðal reykvískra karla. Skráning beinbrota í hóprannsókn Hjartaverndar**
Brynjólfur Y. Jónsson, Kristín Siggeirsdóttir, Brynjólfur Mogensen, Gunnar Sigurðsson, Helgi Sigvaldason, Halldór Jónsson jr.

E 27B **Beinbrotahætta meðal karla í hóprannsókn Hjartaverndar**
Brynjólfur Y. Jónsson, Kristín Siggeirsdóttir, Brynjólfur Mogensen, Gunnar Sigurðsson , Helgi Sigvaldason, Halldór Jónsson jr.

16:45 **Kaffihlé**

Fundarstjóri:
Hafsteinn Guðjónsson

17:00-17:10 E 28 **Steinbrjótsmeðferð í börnum**
Snorri Björnsson, *Guðjón Haraldsson, Guðmundur Vikar Einarsson, Egill Jakobsen*

17:10-17:20 E 29 **Tuna. Ný meðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli**
Ársæll Kristjánsson, *Eiríkur Jónsson, Guðmundur Geirsson, Þorsteinn Gíslason, Geir Ólafsson*

17:20-17:30 E 30 **Holmium leysir í þvagfæraskurðlækningum**
Guðmundur Vikar Einarsson, *Guðjón Haraldsson*

17:30-17:40 E 31 **Meðferð góðkynja blöðruhálskirtilsstækkunar á Íslandi**
Sigmar Jack, *Guðmundur Geirsson, Jónas Hallgrímsson*

17:40-17:50 E 32 **Nýgengi og afdrif sjúklinga sem greindust með krabbamein í þvagblöðru á tímabilinu 1986-1988**
Magnús Hjaltalín Jónsson, *Eiríkur Jónsson, Ársæll Kristjánsson, Kjartan Magnússon, Hrafn Tulinius*

17:50-18:00 E 33 **Afdrif 14 sjúklinga frá Suður-Svíþjóð með krabbamein í þvagblöðru fimm árum eftir brottnám þvagblöðru og nýmyndun þvagfæra**
Ársæll Kristjánsson, *Bengt Uvelius, Thomas Davidsson, Wiking Månsson*

Föstudagur 7. apríl
MÁLÞING UM DÆGURAÐGERÐIR

Fundarstjóri:
Hannes Petersen

9:00-9:15 **Dæguraðgerðir. Sjónarmið neytenda**
Sigurður Guðmundsson *landlæknir*

9:15-10:00 **Fast-track concepts in surgery**
Dr. Paul White

10:00 **Kaffihlé**

10:15-10:30 **Dæguraðgerðir á háskólasjúkrahúsi**
Magnús Pétursson *forstjóri Landspítala háskólasjúkrahúss*

10:30-10:45 **Dæguraðgerðir á SHR. Framtíðarhorfur á Landspítala Fossvogi**
Viðar Hjartarson *yfirlæknir*

10:45-11:00 **Ferliverk, valaðgerðir**
Árni Sverrisson *framkvæmdastjóri St. Jósefsspítala Hafnarfirði*

11:00-11:15 **Bætt þjónusta og möguleikar við dæguraðgerðir**
Stefán Karlsson / Ágúst Kárason *bæklunarskurðlæknar*

11:15-11:30 **Stefna Heilbrigðisráðuneytisins í framtíðarskipan skurðaðgerða**
Sveinn Magnússon *læknir skrifstofustjóri Heilbrigðismálaráðuneytinu*

11:30 **Kaffihlé**

11:45-12:00 **Kennslu- og þróunarþáttur án dagkírurgíu?**
Jónas Magnússon *prófessor í handlæknisfræði*

12:00-13:00 **Umræður, ályktun**
Stjórnandi: ***Jóhanna Vigdís Hjaltadóttir***

13:00 **Matarhlé**

ERINDI

Fundarstjóri: Þorvaldur Jónsson

14:00-14:10 E 34 **Krabbamein á vélinda/maga mótum. Óskurðtækt við greiningu en skurðtækt eftir lyfjameðferð. Sjúkratilfelli**
Gísli Jens Snorrason, *Friðbjörn Sigurðsson, Hjörtur Gíslason*

14:10-14:20 E 35 **Brottnám krabbameins úr barkakýliskoki og endursköpun með fríum sveifarflipa**
Elísabet Guðmundsdóttir, *Rafn Ragnarsson, Hannes Hjartarson*

14:20-14:30 E 36 **Slagæðarof við olnbogaliðhlaup**
Hjalti Már Björnsson, *Sigurgeir Kjartansson*

14:30-14:40 E 37 **Fyrirburi með fyrirferð í lifur. Sjúkratilfelli**
Anna Gunnarsdóttir, *Guðmundur Bjarnason, Kristrún R. Benediktsdóttir, Atli Dagbjartsson*

Fundarstjóri: Kristján Guðmundsson

14:40-14:50 E 38 **Áunnin fiskihúð. Sjúkratilfelli**
Theodór Ásgeirsson, *Páll Helgi Möller, Hjörtur Gíslason, Steingrímur Davíðsson*

14:50 **Kaffihlé**

15:10-15:20 E 39 **Húðþyrmandi brottnám brjósts vegna krabbameins og tafarlaus endursköpun**
Sigurður E. Þorvaldsson, *Þorvaldur Jónsson*

15:20-15:30 E 40 **Bráð hálsfellsbólga með drepi**
Einar Ólafsson, *Hannes Petersen*

15:30-15:40 E 41 **Meðferð æðaáverka til efri útlima**
Brynhildur Eyjólfsdóttir, *Georg Steinþórsson, Gunnar H. Gunnlaugsson*

15:40-15:50 E 42 **Upphaf gerviliðaaðgerða í mjöðm á Íslandi**
Ásgeir Guðnason, *Höskuldur Baldursson, Þorvaldur Ingvarsson, Halldór Jónsson jr.*

15:50-16:00 E 43 **Tvö tilfelli af þvagfæraskurðdeildinni. Bleikfrumuæxli í báðum nýrum og þvagálsstífla vegna rauðkyrningsíferðar**
Geir Tryggvason, *Birna Guðmundsdóttir, Eiríkur Jónsson, Ársæll Kristjánsson, Hafsteinn Guðjónsson, Óskar Einarsson, Magnús Lúðvíksson, Sigfús Nikulásson, Jón Gunnlaugur Jónasson*

SÝNINGAR- OG STYRKTARAÐILAR

Lyfja- og áhaldasýning verður haldin í tengslum við þingið og er hún opin meðan á þinginu stendur.

A Karlsson hf.
AstraZeneca
Austurbakki hf.
Bedco & Mathiesen ehf.
Delta hf.
Farmasía ehf.
GlaxoWellcome ehf.
Globus hf.
Heimilistæki hf.
Hekla hf. – GE Medical System
Inter ehf.
Lyfjaverslun Íslands hf.
Nýherji hf.
Ó Johnson & Kaaber hf.
Pharmaco hf. HTH deild
Smith & BNorland hf.
Stoð hf
Strengur hf.
Thorarensen Lyf ehf.
Ýmus ehf.
Össur hf.

ERINDI

S 01 **Mat á tveimur mismunandi aðferðum við ísetningu utanbastsleggja og fylgikvillum sem fram komu við þær**

Ingi Hauksson, Gísli Vigfússon, Ástríður Jóhannesdóttir, Jón Sigurðsson

Frá svæfingadeild Landspítalans

Inngangur: Um fjögurra ára skeið hefur svæðisbundin þriggja lyfja utanbastsmeðferð verið notuð til verkjameðferðar eftir stærri aðgerðir á handlækningadeildum Landspítalans. Læknar deildarinnar beita mismunandi tækni við ísetningu utanbastsleggja. Sumir nota nær alltaf miðlínutækni (median), aðrir hliðlæga (paramedian) tækni og enn aðrir beita ýmist mið- eða hliðlægri tækni. Tilgangur rannsóknarinnar var annars vegar að kanna hvaða tækni læknar notuðu við að finna utanbastsbil Th3-9 og Th9-L4 og hins vegar könnun á tíðni fylgikvilla miðlínu og hliðlægu tækninnar.

Efniviður og aðferðir: Könnunin náði yfir eitt ár og var framkvæmd á handlækningadeild Landspítalans. Alls voru 332 sjúklingar með í úttektinni. Eftirtalin atriði voru skráð.

1. Miðlæg eða hliðlæg stefna nálar við ísetningu leggjar í utanbastsbilin Th3-9 og Th9-L4.
2. Rótarskot (paraesthesia) í miðlínu eða hliðlínu.
3. Mænuvökvaástunga í miðlínu eða hliðlínu.
4. Blæðing í nál eða legg í miðlínu eða hliðlínu.
5. Kvartanir sjúklings.

Niðurstöður: Hjá 210 sjúklingum var leggur lagður með miðlínustefnu og hjá 122 með hliðlægri stefnu.

Tafla I

	Th_{3-9}	Th_{9-L4}
Miðlínutækni	36	174
Hliðlæg tækni	40	82

Tafla II

	Rótarskot N (%)	Mænuvökvastunga N (%)	Blæðing í nál eða legg N (%)	Sjúklingakvörtun N (%)
Miðlínutækni	15 (7,1)	2 (0,95)	21 (10)	12 (5,7)
Hliðlæg tækni	19 (15,5)	1 (0,81)	8 (6,5)	6 (4,9)

Ályktanir: Um þriðjungur allra utanbastsleggja var lagður með hliðlægri tækni og fór það hlutfall yfir helming þegar deyft var á mið- eða efri hluta brjósthryggjar og er það í samræmi við það sem mælt er með (1). Minni hætta virðist vera á mænuvökvastungu og blæðingu í nál við hliðlæga tækni og mætti skýra það að nokkru með því að þeirri tækni var fremur beitt á mið- og efri hluta brjósthryggs (1). Rótarskot voru fleiri við hliðlæga tækni sem skýrist hugsanlega af annarri innkomu leggjar inn í utanbastsrúmið.

Heimild

1. Gieber M. Anesthesiology 1997; 86: 55-63.

S 02 **Fitusegareksheilkenni. Sjúkratilfelli**

Helga Kristín Magnúsdóttir, Ingiríður Sigurðardóttir, Girish Hirlekar

Frá svæfinga og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Sjúkratilfelli: Sextíu og níu ára gömul kona með sögu um háþrýsting og gigt var lögð inn til gerviliðaaðgerðar á mjöðm. Lögð var mænudeyfing. Mídazólam, fentanýl og própófól dreypi var notað til slæfingar. Aðgerðin gekk vel, blæðing lítil og sjúklingur var fluttur vakandi og við góða líðan á gjörgæsludeild. Um það bil einni klukkustund eftir að konan kom á gjörgæslu versnaði skyndilega súrefnismettunin, hún varð rugluð og missti síðan meðvitund. Þrátt fyrir aðstoðaða öndun og eðlilega súrefnismettun vaknaði hún ekki. Fljótlega varð vart vaxandi blæðingar frá skurðsári og í kera. Merki dreifðrar blóðstorknunar (DIC syndrome) komu fram í blóðprufum. Ástand versnaði er líða tók á daginn og fékk sjúklingur mikið magn blóðhluta og vökva fyrsta sólarhringinn. Eftir það var blóðrás og öndun stöðug. Hún var áfram meðvitundarlaus. Sneiðmynd af höfði sýndi aukinn þrýsting í heilabúinu og eftir nokkurra daga meðferð í öndunarvél var ástandið metið aftur. Sjúklingur var úrskurðaður heiladáinn á 10. degi eftir aðgerð. Krufning leiddi í ljós dreift fiturek í smáæðum heilans og heilabjúg.

Umræða: Fitusegareksheilkenni hefur verið lýst frá 1879 og þá helst í sambandi við áverka á löngum beinum og við fjöláverka en hefur einnig verið lýst í sambandi við aðgeðir á beinum sem innihalda mikinn blóðmyndandi vef. Eitthvert fitusegarek verður alltaf í liðskiptaaðgerðum bæði á mjöðm og hné en einkenni af þeim sökum eru afar sjaldgæft (0,1%). Þeir sem eru með slæma lungnastarfsemi hafa meiri áhættu á að fá einkenni. Reynt hefur verið að minnka þrýstinginn í mergholinu í þessum aðgerðum í von um að minnka áhættuna.

S 03 **Hefur staðsetning utanbastsleggjar, tæknileg vandkvæði við lögn hans og samvinna við sjúkling áhrif á árangur verkjameðferðar eftir aðgerðir?**

Gísli Vigfússon, Oddur Fjalldal, Þorsteinn Sv. Stefánsson, Jón Sigurðsson

Frá svæfingadeild Landspítalans

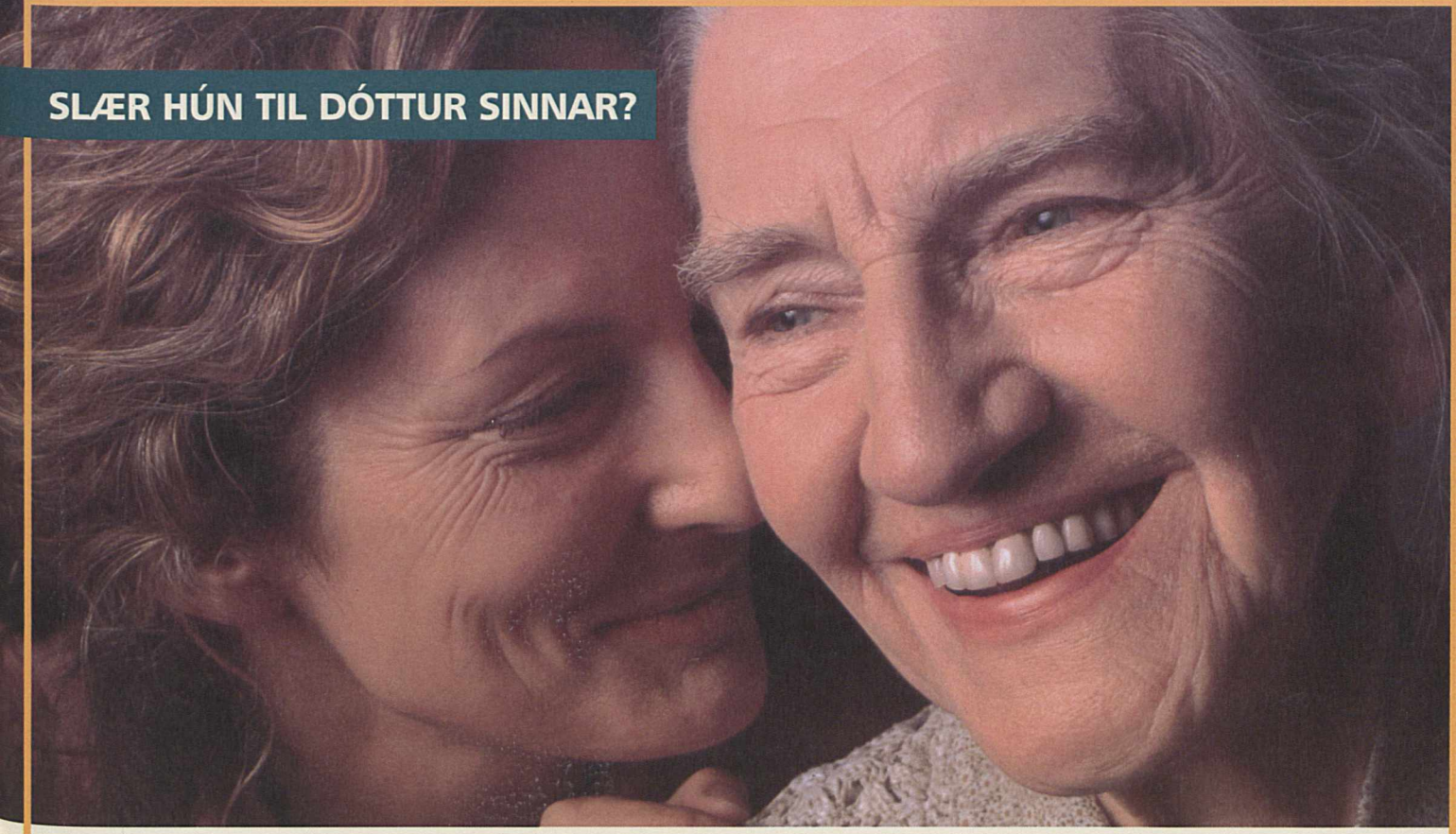
Inngangur: Forsenda góðs árangurs þriggja lyfja utanbastsmeðferðar eftir aðgerðir er nákvæm staðsetning leggjar sem næst viðtæki verkjaboðs í afturhorni mænu. Ýmsir aðrir þættir geta haft áhrif á árangur eins og tæknileg vandkvæði við lögn leggjar og samvinna við sjúkling. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort staðsetning leggjar, tæknileg vandkvæði við lögn hans og samvinna við sjúkling á meðan á lögn stæði hefði áhrif á árangur verkjameðferðar eftir aðgerð.

Efniviður og aðferðir: Könnunin náði yfir eitt ár og var framkvæmd á handlækningadeild Landspítalans. Borin var saman sá hópur sjúklinga sem lauk fyrirhugaðri verkjameðferð (305 sjúklingar) við þann hóp (27 sjúklingar) þar sem hætta varð við meðferð vegna ónógrar verkjastillingar. Metið var annars vegar hvort tengsl væru milli endurvals á utanbastsbili, vandkvæðum við að finna það (viðnámshvarf, loss of resistance) og þræðingu leggjar í það svo og samvinnu við sjúkling og hins vegar árangri verkjameðferðar eftir aðgerð.

Niðurstöður: Hætta varð meðferð hjá 27 (8,1%) sjúklingum vegna ófullnægjandi verkjastillingar. Þrjú hundrað og fimm (91,9%) sjúklingar luku fyrirhugaðri meðferð eða hætta varð henni af öðrum orsökum.

	Annað utanbastsliðbil valið N (%)	Óvíst utanbastsviðnámshvarf N (%)	Treg þræðing leggjar N (%)	Slæm samvinna N (%)
Fullnægjandi meðferð	57 (18,6)	37 (11,1)	14 (4,2)	14 (4,2)
Ófullkomin meðferð	10 (37,0)	8 (29,6)	2 (7,4)	3 (11,1)

Ályktanir: Niðurstöður benda til þess að sjúklingur fái verri verkja-



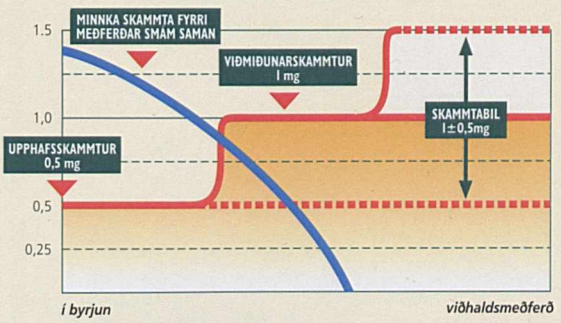
Risperdal TRADEMARK RISPERIDONE – gefur ÞEIM BETRI stundir saman

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-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 sáðlláti. 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.

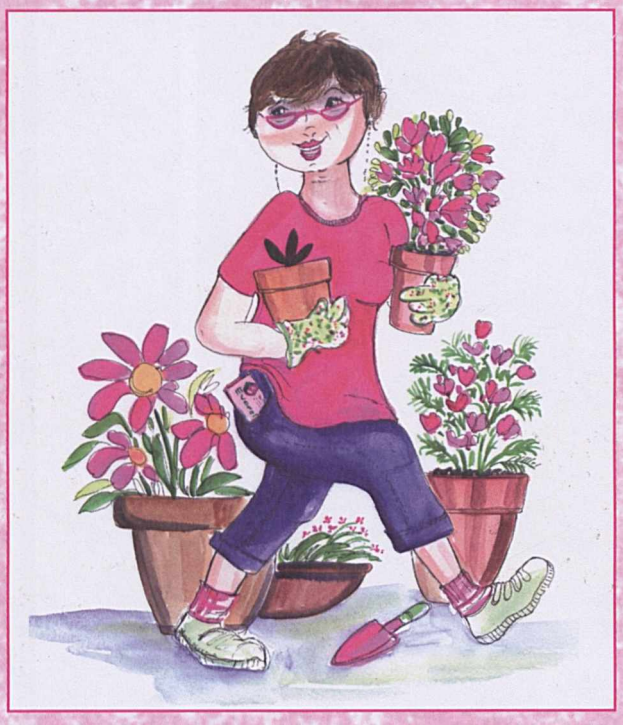
1. Goldberg RJ, Goldberg J. Antipsychotics for dementia-related behavioral disturbances in elderly institutionalized patients. Clinical Geriatrics. 1996;4(2): 58-68.
2. Goldberg RJ. Risperidone for dementia-related disturbed behavior in nursing home residents: A clinical experience. International Psychogeriatrics, 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



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

Evorel® Conti

Samfelld meðferð



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 18 · 104 Reykjavík · Sími: 530 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. Íhuga 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 kvið 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.

stillingu ef leggur er staðsettur í öðru utanbastsliðbili en fyrirhugað er. Við óvíst viðnámshvarf og tregðu við ísetningu versnuðu möguleikarnir á góðri verkjastillingu verulega svo og ef samvinna var ekki góð við sjúkling. Til að bæta árangur verkjameðferðar er mikilvægt að upplýsa sjúklinga vel um utanbastsverkjameðferð, leggja áherslu á val á réttu utanbastsliðbili og leita eftir dæmigerðu viðnámshvarfi.

S 04 **Verkjameðferð með morfínsídreypi á skurðdeild Barnaspítala Hringsins. Árangur og fylgikvillar**

Sigurður Guðjónsson[1], Gísli Vigfússon[1], Aðalbjörn Þorsteinsson[1], Guðmundur Bjarnason[2]

Frá [1]svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítalans, [2]skurðdeild Barnaspítala Hringsins

Inngangur: Á undanförnum árum hefur verið lögð aukin áhersla á góða verkjameðferð eftir skurðaðgerðir. Fleiri meðferðarmöguleikar og betra eftirlit hafa stórlega bætt andlega og líkamlega líðan sjúklinga eftir stærri aðgerðir og geta stytt legutíma og minnkað kostnað.

Sjúklingastýrð verkjameðferð (PCA) hefur lengi verið notuð með góðum árangri. Eitt form þeirrar meðferðar, sem eingöngu er notað hjá börnum, er að gefa ákveðið magn morfíns í sídreypi miðað við þyngd sjúklings og gefa aukaskammta sé þess þörf.

Um nokkurra ára skeið hefur sídreypi morfíns verið notað til verkjameðferðar eftir aðgerðir á skurðdeild Barnaspítala Hringsins og var tilgangur rannsóknarinnar að kanna árangur og fylgikvilla þessarar meðferðar.

Efniviður og aðferð: Árangur og fylgikvillar voru metnir hjá 93 börnum sem fengu morfínsídreypi eftir skurðaðgerðir á þriggja ára tímabili. Árangur verkjameðferðar var metinn með aðstoð Visual Analog Scale (VAS), annars vegar í hvíld og hins vegar við hreyfingu og hósta. Tíðni ógleði og kláða var skráð og metin sem engin, væg eða slæm. Fylgikvillar töldust slæmir ef þeir kröfðust meðferðar.

Niðurstöður: Af 93 sjúklingum voru 57 (60%) sem höfðu gengist undir kviðarholsaðgerðir. Flestar aðrar aðgerðir voru bæklunaraðgerðir. Meðalaldur sjúklinga var 5,8 ár. Meðaldreypihraði var 0,34 mg/klst (0,1mg/ml). Meðferðarlengd var 3,3 dagar (2-8). Í hvíld fengu 96% sjúklinga fullnægjandi verkjastillingu (VAS 1-3). Hjá einum sjúklingi þurfti að stöðva sídreypi vegna misheppnaðrar verkjastillingar. Í einu tilfelli kom upp öndunarletjun. Árangur verkjameðferðar og fylgikvillar kemur að öðru leyti fram í töflu.

Verkir við hreyfingu og hósta		Ógleði		Kláði	
VAS 1-3 vægir	VAS 4-6 meðalsterkir	Væg	Slæm	Vægur	Slæmur
81%	18%	21%	28%	14%	2%

Ekki reyndist vera munur á tíðni á ógleði hjá þeim sem gengust undir kviðarholsaðgerðir samanborið við aðrar aðgerðir.

Ályktanir: Í hvíld var verkjameðferðin metin fullnægjandi hjá 96% sjúklinga en fór niður í 81% við hreyfingu og hósta. Slæm ógleði kom fyrir hjá 28% sjúklinga. Þar sem enginn munur var á tíðni ógleði hjá þeim sem fóru í kviðarholsaðgerð samanborið við aðrar aðgerðir bendir það til þess að morfín eigi stóran þátt í henni. Ógleði er helsti fylgikvilli þessarar meðferðar. Ógleðin veldur sjúklingum óþægindum, hindrar eðlilega næringarinntöku og seinkar útskrift. Meðferð barna með morfínsídreypi gefur góða verkjastillingu en há tíðni ógleði af hennar völdum er óásættanleg.

S 05 **Eins árs samantekt á miðbláæðarleggjum á FSA**

Helga Kristín Magnúsdóttir, Ingiríður Sigurðardóttir, Girish Hirlekar

Frá Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri

Inngangur: Miðbláæðarleggur er notaður hjá sjúklingum með slæmar æðar, til næringar, langtímalyfjameðferðar og til mælingar miðbláæðaþrýstings. Hann er einfaldur í uppsetningu og þægilegur í notkun. Það má ekki gleyma að bæði uppsetning og langtímanotkun geta valdið fylgikvillum sem í einstaka tilfellum geta verið lífshættulegir. Tilgangur þessarar könnunar var að kanna tíðni fylgikvilla á FSA og einnig að kanna sýklavöxt á stungustað og æðaleggsenda.

Efniviður og aðferðir: Allir sjúklingar sem fengu miðbláæðarlegg á tímabilinu 1. apríl 1998 til 31. mars 1999 á FSA voru skráðir á sérstakt skráningarblað. Þar sem skráning misfórst var sjúkraskrá skoðuð. Skráð var ástæða innlagnar, hvar leggurinn var settur, fylgikvillar ísetningar, vandamál á notkunartíma og ástæða þess að leggur var fjarlægður. Útlit stungusvæðis var metið, húðstrok og æðaleggsendi voru send í ræktun er leggur var fjarlægður. Skráð var notkun sýklalyfja á tímabilinu.

Niðurstöður: Samtals voru lagðir 94 miðbláæðarleggir á árinu. Skráningarblöð skiluðu sér frá 72 sjúklingum eða 77%. Vandamál við ísetningu voru skráð hjá fimm sjúklingum, engin alvarleg. Vegna gruns um sýkingu eða vegna tæknilegra vandamála voru 10 leggir fjarlægðir áður en áætlað var. Ræktunarsvör bárust frá 56 sjúklingum eða 60%. Jákvæðar ræktanir reyndust hjá 36% sjúklinga og uxu hvítir klasahnettlar í 87% tilfella. Blóðeitrun greindist hjá einum sjúklingi. Merki sýkingar á stungustað sáust hjá fjórum sjúklingum og voru jákvæðar ræktanir hjá þremur þeirra. Aðrir sjúklingar með jákvæðar ræktanir voru einkennalausir. Af þeim sem voru á sýklalyfjum (43 af 52) voru 40% með jákvæðar ræktanir. Þeir sem ekki voru á sýklalyfum (13 af 52) höfðu aðeins jákvæðar ræktanir í 15% tilvika.

Umræða: Niðurstöðuna verður að skoða í ljósi þess að hér er um fáa einstaklinga að ræða. Á þessu ári voru ekki skráðir neinir alvarlegir fylgikvillar fyrir utan eina blóðeitrun. Minni sýklavöxtur virðist vera hjá þeim sem ekki nota sýklalyf en þetta er ekki tölfræðilega marktækur munur sökum smæðar úrtaksins.

S 06 **Líðan kvenna heima eftir ófrjósemiaðgerð**

Girish Hirlekar, Helga K. Magnúsdóttir, Ingiríður Sigurðardóttir

Frá svæfinga-og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Inngangur: Fjöldi ferlisjúklinga er ört vaxandi víða um heim. Á FSA er hlutfall þeirra liðlega 50%. Lítið hefur verið skrifað um líðan ferlisjúklinga eftir heimkomu og þótti okkur áhugavert að athuga hana betur.

Efniviður og aðferðir: Skurðaðgerð var framkvæmd með kviðsjártækni og notaðar voru klemmur til að loka fyrir eggjaleiðara. Aðgerð var framkvæmd í svæfingu og allar konur jöfnuðu sig á vöknun eftir aðgerðina áður en þær fóru heim. Hringt var daginn eftir aðgerð og spurt um almenna líðan, verki og ógleði aðgerðarkvöldið og einnig um kl. 10:00 daginn eftir. Auk þess var spurt um svefn nóttina eftir aðgerð.

Niðurstöður: Fjörutíu og níu konur fóru í ófrjósemiaðgerð á FSA á árinu 1999. Meðalaldur var 38 ár. Meðaltími á vöknun var 4,11 klukkustundir 43 konur svöruðu en ekki náðist í sex konur.

	Á aðgerðarkvöldi (kl. 22:00). Hlutfall þeirra sem svöruðu		Daginn eftir (kl. 10:00). Hlutfall þeirra sem svöruðu	
Almenn líðan	n=43	%	n=42	%
Góð		11,62		28,57
Bærileg		65,11		61,90
Slæm		23,27		9,53
Verkir (VAS)	n=38		n=39	
<3		39,47		56,76
3-5		26,32		27,03
>5		34,21		16,21
Ógleði	n=43		n=40	
Engin		62,79		81,58
Lítil		23,26		15,79
Mikil		13,95		2,63
Svefn			n=40	
Eðlilegur				77,50
Andvaka				5,00
Andvaka vegna verkja				17,50

Umræða: Meiriháttar fylgikvillar eru sjaldgæfir eftir ferliaðgerðir en vanlíðan, verkir, ógleði og svefntruflanir eru afskaplega algeng. Við sem störfum við ferliþjónustu fréttum lítið af þessum vandamálum og ef til vill er of lítið gert úr þeim. Líðan eftir heimkomu hefur eflaust áhrif á álit sjúklinga á ferliverkaþjónustunni. Finna þarf leiðir til að bæta líðan sjúklinga eftir útskrift.

Ályktanir: Byggja þarf upp kerfi til að fylgjast betur með ferlisjúklingum eftir að þeir koma heim. Enn fremur þarf að bæta verkjameðferð og meðferð við ógleði. Betri fræðsla til sjúklinga um skurðaðgerðir og betri undirbúningur gæti bætt líðan ferlisjúklinga eftir útskrift.

S 07 Hafa reykingar forspárgildi á ógleðitíðni og tíma útskriftar eftir dagaðgerðir? Úttekt á 93 dagaðgerðum í Domus Medica

Gísli Vigfússon

Frá Domus Medica

Inngangur: Ógleði og uppköst eru algeng vandamál eftir aðgerðir. Fyrir utan að valda vanlíðan, geta einkennin valdið truflun á saltbúskap, hindrað eðlilega næringarinntöku og valdið skaða á aðgerðarsvæði. Ógleði eftir dagaðgerðir hindra oft að sjúklingar geti útskrifast til síns heima. Þekkt er að áhættan eykst við ákveðnar aðgerðir og svæfingar, notkun ópíat verkjalyfja og er hærri hjá konum en körlum svo og hjá þeim sem ekki reykja. Ógleðitíðni og tími útskriftar var könnuð hjá 93 sjúklingum eftir dagaðgerðir og þeir sem reyktu voru bornir saman við þá sem ekki reyktu.

Efniviður og aðferðir: Níutíu og þrír sjúklingar voru með í úttektinni. Um var að ræða ungar konur, sem allar fóru í sambærilega aðgerð. Þær voru allar í áhættuflokki I (ASA I) og voru á aldrinum 16-47 ára gamlar. Skráðar voru reykingavenjur sjúklinga. Þegar sjúklingar töldust útskriftarhæfir voru útskriftartími, ógleði, uppköst og svimi í sitjandi stöðu metin. Í þeim tilfellum þar sem sjúklinga svimaði var oftast beðið með útskrift og þeim gefinn vökvi í æð.

Niðurstöður: Í þeim hópi sem ekki reykti voru 40 sjúklingar, meðalaldur 27,5 ára (16-41). Reykingafólk voru 53, meðalaldur 30,9 ára (18-47). Í þeim hópi sem ekki reykti höfðu 14 (35%) ógleði á móti fimm (9,4%) í reykingahópnum. Fimm (12,5%) sjúklingar köstuðu upp í þeim hópi sem ekki reykti á móti tveimur (3,8%) í reykingahópnum. Svimi var hjá 11 (27,5%) sjúklingum sem ekki reyktu á móti fjórum (7,5%) í þeim hópi sem reykti. Þeir sem ekki reyktu útskrifuðust að meðaltali 120 (30-285) mínútum eftir að aðgerð lauk á móti 105 (30-240) mínútum í reykingahópnum.

Ályktanir: Greinileg fylgni virðist vera á milli reykinga og tíðni ógleði og uppkasta eftir dagaðgerðir. Reykingarfólk virðist hafa aukið þol gegn ógleðivaldandi þáttum svæfingalyfja sem styttir dvöl þess á vöknun eftir aðgerðir. Við tímasetningu aðgerða mætti því taka mið af reykingavenjum sjúklinga.

E 01 Kransæðaaðgerðir án hjarta- og lungnavélar

Andri Konráðsson, Bjarni Torfason

Frá handlækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: andrikon@rsp.is

Stöðvun hjartans og notkun hjarta- og lungnvéla og við kransæðaaðgerðir tryggir flutning súrefnismettaðs blóðs til vefja og hjartavöðva meðan á aðgerð stendur og gerir mögulegt að sauma áveituæðar til kransæða. Fylgikvillar vélanna eru þó umtalsverðir, svo sem möguleg súrefnissþurrð í hjartavöðva, hætta á heilaslagi og þörf fyrir blóðgjöf.

Hjartaaðgerðir á sláandi hjarta hafa því lengi þótt fýsilegur kostur en helsti annmarki slíkra aðgerða er að tæknilega er mjög erfitt að sauma græðlinga á hjarta sem slær. Fyrir nokkrum árum hófu menn að gera hjáveituaðgerðir án hjarta- og lungnavélar gegnum lítinn brjóstholsskurð en með þeirri tækni var aðeins hægt að veita á eina æð, framveggskvísl.

Í lok árs 1999 hófst á Landspítalanum notkun á nýju tæki, svokölluðum Octopus (Medtronic, Inc., Minneapolis, Minn.) en það er armur með sogskálum sem festast á hjartað og kyrrsetja það. Þannig að hægt er að sauma græðlingana á án truflunar frá samdrætti hjartans. Með þessu tæki er nú mögulegt í völdum tilfellum að gera hjáveitu á fleiri kransæðar í gegnum bringubeinsskurð án hjarta- og lungnavélar og losna þannig við það mikla inngrip sem notkun þeirra er.

Farið var yfir ábendingar og árangur þeirra aðgerða sem hafa verið gerðar til þessa með þessari nýju tækni og könnuð tíðni fylgikvilla og afdrif sjúklinga.

Niðurstöðurnar verða kynntar á þinginu.

E 02 TMR leysimeðferð bætir líðan hjartasjúklinga

Bjarni Torfason

Frá hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítalans
Fyrirspurnir: bjarnito@rsp.is

Inngangur: Meðferð með hjartaleysi (TMR) er fólgin í því að göt eru skotin gegnum hjartavöðvann með leysigeisla. Við það minnka brjóstverkir hjá kransæðasjúklingum sem þjást af verkjum þrátt fyrir hefðbundna meðferð. Á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítalans hafa verið gerðar fimm slíkar TMR aðgerðir, fjórar þar sem hjartaleysi (EXIMER) var beitt eingöngu og ein þar sem beitt var hjartaleysi og kransæðahjáveitu á sláandi hjarta (OPCABG) samtímis. Tilgangur þessarar rannsóknar er að skoða skammtímaárangur nýrrar meðferðar á Landspítalanum.

Efniviður og aðferðir: Frá 15.12.1998 til 11.01.2000 fengu fimm sjúklingar TMR meðferð (meðalaldur 70,2 ár), allir sjúklingarnir höfðu áður farið í kransæðaskurðaðgerð eina til þrjár auk kransæðavíkkana. Fyrir aðgerðina höfðu fjórir hjartaöng NYHA class IV

og einn NYHA class III. Allir voru með útstreymisbrot meira en 30%. Sjúklingunum var fylgt eftir með viðtali við lækni.
Niðurstöður: Eitt dauðsfall varð einum mánuði frá aðgerð vegna óskylds sjúkdóms eftir aðgerðina. Hjá þeim fjórum sem lifðu lengur en 30 daga komu ekki fram neinar meiriháttar aukaverkanir; meðallegutími á gjörgæslu var 21,5 klukkustundir, sjúkrahúslega eftir aðgerð var að meðaltali 9,8 dagar, við eftirlit einum og hálfum til fjórum mánuðum eftir aðgerð var einn sjúklingur í NYHA class III, tveir í NYHA class II og einn í NYHA class I, eða alveg laus við brjóstverki.
Ályktanir: TMR hjartaleysir er gagnleg viðbót við hefðbundna meðferð kransæðasjúkdóms. Skammtímaárangur á Landspítalanum af TMR, er mjög góður eða svipaður og búist var við, miðað við erlendar rannsóknir.

E 03 Klínísk og líffræðileg áhrif bláæða kraga á æðasammynningu (Vein Cuff Anastomosis)

Georg Steinþórsson

Frá æðaskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: georgs@shr.is

Í hjáveituaðgerðum fyrir neðan nára skiptir mestu máli varðandi langtímaárangur, hvað var notað sem hjáveita. Sjálfsköpuð (autogenous) slagæð eða bláæð eru best þegar um er að ræða hjáveitur til lítilla lokaðra slagæða. Bláæðar eru eini veituefniviðurinn sem til staðar er í einhverri lengd og eru hafðar til viðmiðunar þegar rætt er um aðrar gerðir af efnum (material) til hjáveitna. Bláæðahjáveitur hafa langbesta langtímaárangur þegar gerðar eru hjáveitur fyrir neðan hné og þær standast segamyndur og sýkingar mun betur en gervihjáveitur.

Sjálfsköpuð bláæð endist lengst í hjáveitum fyrir neðan hné með opnun um 63-80% á fimm ára tímabili. Töluverður hluti af sjúklingum, í sumum greinum allt að einum þriðja, hafa ekki bláæðar sem notanlegar væru til hjáveitna.

Mest notaða gervihjáveitan í aðgerðum fyrir neðan nára er polytetrafluoroethylene (PTFE). Langtímaárangur með PTFE hjáveitur fer eftir lengd hjáveitunnar, staðsetningu, stærð markslagæðarinnar (target vessel) og gæði fráflæðis.

Besti langtímaárangur fæst með hjáveitu fyrir ofan hné þar sem árangur er sambærilegur við bláæðahjáveitu á fimm ára tímabili, notkun tvíþátta ómunar til eftirlits með bláæðahjáveitum og viðgerð á þrengingum getur þó aukið muninn þar á milli.

Þegar PTFE er notað fyrir neðan hné er árangurinn mun verri en ef sjálfsköpuð bláæð er notuð, eða færri en 50% opnir eftir tvö ár ef hjáveitan er til hnésbótaslagæðar. Þegar hjáveitan nær til sköflungsæða er opnunartími PTFE enn styttri eða um 20% á tveggja ára tímabili. Rannsóknir í æðaskurðlækningum hafa meðal annars beinst að því hvernig lengja megi líftíma fjarlægra hjáveitna þegar bláæð er ekki til staðar.

Farið verður yfir sum þau líffræðilegu atriði sem þekkt eru að hafi áhrif á lokun hjáveitna, lýst verður sumum þeim aðgerðum sem gerðar hafa verið til að breyta geometriu sammynninga (anastomosis) og rætt hugsanlegar skýringar fyrir bættum árangri.

E 04 Uppgjör á carotis endarterectómíum framkvæmdum á árunum 1987-1996 á Sjúkrahúsi Reykjavíkur

Þórir Ragnarsson[1], Hjalti Már Þórisson[2], Bjarni Hannesson[3], Kristinn Guðmundsson[3]

Frá [1]Center for Neurosciences, Orthopaedics and Spine, Sioux City IO, USA, [2]læknadeild HÍ, [3]heila- og taugaskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur.
Fyrirspurnir: hjaltith@hotmail.com

Inngangur: Heilaslag er þriðja algengasta dánarorsök Íslendinga. Hluta heilablóðþurrðar má rekja til lokunar á innri hálsslagæð eða rekamyndun frá henni. Ekki er lengur um það deilt að carotis endarterectomía (CEA) hjá sjúklingum með marktæk innri hálsslagæðaþrengsl er betri meðferð en lyfjameðferð eingöngu svo framarlega sem tíðni fylgikvilla aðgerðar sé innan ákveðinna marka og réttar ábendingar séu fyrir aðgerð. Árangur af aðgerð vex eftir því sem þrengslin eru meiri og ef einkenni eru til staðar.
Efniviður og aðferðir: Farið var yfir aðgerðarlýsingar og læknabréf allra þeirra sem fóru í CEA hjá einum höfunda (ÞR) á tímabilinu 1987-1996. Könnuð var tíðni fylgikvilla og þeir flokkaðir með hliðsjón af alvarleika. Einnig var skráð hver ábendingin var fyrir aðgerð og tæknilegir þættir aðgerðarinnar.
Niðurstöður: Framkvæmdar voru 66 aðgerðir á 60 einstaklingum á aldrinum 48-82 ára, 25 konum og 35 körlum, meðalaldur var 65,5 ár. Ábendingar fyrir aðgerð voru: veruleg þrengsl (60% eða meiri) ásamt einu af eftirtöldu; heilablóðfall (24), TIA (20), amourosis fugax (níu) og einkennalaus þrengsli (13). Tíðni alvarlegra fylgikvilla var 1,5% (einn lést eftir aðgerð), tíðni minniháttar fylgikvilla var 10,6% (tveir með TIA, einn eftir minniháttar heilablóðfall og þrír fóru aftur í aðgerð vegna blæðingar).
Umræða: Tíðni fylgikvilla CEA framkvæmdar af einum höfunda (ÞR) á Sjúkrahúsi Reykjavíkur á árunum 1987-1996 var vel innan þeirra marka sem sett eru af erlendum rannsóknum til að tryggja ávinning af aðgerð. Ábendingar fyrir aðgerð samræmdust erlendum viðmiðunum.

E 05 Áhrif ísvatnskælingar á verki eftir hálskirtlatöku

Arnar Þ. Guðjónsson[1], Hannes Petersen[1], Kristinn Sigvaldason[2], Ragnar Finnsson[2]

Frá [1]háls-, nef- og eyrnadeild og [2]svæfinga- og gjörgæsludeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hpet@shr.is

Inngangur: Hálskirtlataka er algeng aðgerð og ætla má að nálægt 1.000 slíkar aðgerðir séu framkvæmdar hérlendis á ári hverju. Ný aðgerðartækni við hálskirtlatöku hefur rutt sér til rúms á undanförnum árum. Byggir tæknin á því að nota bipolar-brennslupincettu við töku hálskirtla í stað sérstakrar sköfu. Þykir nýja aðferðin bera af hvað varðar lága blæðingatíðni, sérstaklega í aðgerðinni sjálfri sem og eftir aðgerð. Galli nýju aðferðarinnar hefur hins vegar verið talinn sá að meiri verkjavandamál fylgi aðgerðum þar sem henni er beitt. Líkleg skýring á auknum verkjum gæti verið vegna vefjabruna í hálskirtlabeðnum.

Kæling á brunasár er vel þekkt aðferð til að reyna að lágmarka vefjaskemmdir og verki vegna brunaáverka. Því var afráðið að kanna á framskyggnan hátt hvaða áhrif ísvatnskæling á hálskirtlabeðum, strax eftir hálskirtlatöku, gæti haft á verki sjúklinga sem gangast undir þessa algengu aðgerð.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknarefni voru sjúklingar 18 ára og

eldri sem gengust undir hálskirtlatöku á háls-, nef- og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur á tímabilinu frá mars til október 1998. Einn höfunda (HP) framkvæmdi allar aðgerðirnar, og í öllum tilvikum lá fyrir upplýst samþykki sjúklinga til þátttöku í rannsókninni.

Sjúklingum var skipt í tvo hópa. Annar hópurinn fékk ísvatnskælingu, en hinn hópurinn fékk venjulega saltvatnsmeðferð. Verkjalyfjanotkun eftir aðgerðina var skráð, auk þess sem verkir, kynging, ógleði og bólgutilfinning fyrstu fimm klukkustundir eftir aðgerðina voru skráð og voru þessir þættir metnir á ákveðnum verkjaskala frá 0 til 10. Einnig voru skráðar allar endurkomur sjúklinga sem þátt tóku í rannsókninni vegna verkja og eða annarra fylgikvilla aðgerðar sem upp geta komið, svo sem blæðinga og sýkinga.

Niðurstöður: Í rannsóknarhópnum var alls 51 sjúklingur. Þar af fengu 25 sjúklingar ísvatnskælingu, en 26 sjúklingar í samanburðarhópi fengu saltvatnsmeðferð.

Verkjaskor sjúklinga í ísvatnshópi fyrstu fimm klukkustundirnar eftir aðgerð var að meðaltali 3,2, en í samanburðarhópnum var verkjaskor sjúklinga 4,0. Bólgutilfinning fyrstu fimm klukkustundirnar eftir aðgerð var 3,7 hjá sjúklingum í ísvatnshópi á móti 3,8 hjá sjúklingum í samanburðarhópi. Kyngingaróþægindi fyrstu fimm klukkustundirnar eftir aðgerð voru 3,9 hjá sjúklingum í ísvatnshópi, en 4,6 hjá sjúklingum í samanburðarhópi.

Alls komu sex sjúklingar úr rannsóknarhópnum á göngudeild vegna verkja. Þar af voru þrír í ísvatnshópi, en þrír úr samanburðarhópi komu á göngudeild vegna verkja. Innlagnir úr rannsóknarhópnum vegna verkja og þurrkunar (dehydration) voru tvær. Enginn sjúklingur í ísvatnshópi þurfti innlagnar við, en tveir sjúklingar úr samanburðarhópi voru lagðir inn vegna þessa.

Þrír sjúklingar úr rannsóknarhópnum voru lagðir inn vegna blæðinga, en auk þess komu þrír sjúklingar á göngudeild vegna blæðinga. Af þeim sem lagðir voru inn voru þrír sjúklingar í ísvatnshópi, en enginn í samanburðarhópi var lagður inn vegna blæðinga. Af þeim sjúklingum sem komu á göngudeild vegna blæðinga voru tveir í ísvatnshópi, en einn í samanburðarhópi.

Úr rannsóknarhópnum fengu þrír sjúklingar sýkingu eftir aðgerð. Af þeim var einn úr ísvatnshópnum, en tveir úr samanburðarhópi.

Ályktanir: Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar virðast verkir og önnur óþægindi sjúklinga sem fengu ísvatnsmeðferð minni en samanburðarhópsins, en tíðni fylgikvilla var svipuð í báðum hópunum. Nú er unnið að frekari úrvinnslu tölfræðilegra niðurstaðna og verða endanlegar niðurstöður kynntar og ræddar á skurðlæknaþingi í apríl næstkomandi.

E 06 **Tvískauta rafsnörun kverkeitla**

Eiríkur Páll Sveinsson

Frá háls-, nef- og eyrnadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri
Fyrirspurnir: eirikur@mail.fsa.is

Inngangur: Kverkeitlanám er ein af algengustu aðgerðum háls-, nef- og eyrnalækna vítt um jarðir. Sá fyrsti, sem lýsti kverkeitlanámi, var Aulus Cornelius Celsus, sem var uppi á fyrsta árhundraði e. Kr. Notkun rafbrennslu við kverkeitlanám var fyrst lýst af Goycoolea og félögum (1982). Andrea (1993) lýsti fyrst notkun tvískauta rafsnörunar á 265 sjúklingum frá 1989-1992. Tvískauta rafsnörun kverkeitla var tekin upp á háls-, nef- og eyrnadeild FSA árið 1997.

Efniviður og aðferðir: Frá byrjun september 1997 til maíloka 1998 voru 84 sjúklingar af biðlista E-deildar og einn sjúklingur með kverkakýli, alls 85 sjúklingar, teknir í kverkeitlanám og eingöngu var notuð tvískauta rafsnörun við aðgerðirnar. Ákveðið var að kanna afdrif þeirra eftir aðgerðina. Aldur þeirra var frá þremur árum til 52 ára, 47 karlar og 38 konur. Allar aðgerðirnar voru gerðar í svæfingu með barkaþræðingu. Sjúklingarnir lágu á skurðborðinu án hangandi höfuðs og höfundur við höfðalagið. Allir sjúklingar voru boðaðir í endurskoðun fjórum vikum eftir aðgerðina og þá var gengið úr skugga um verki, blæðingar, sýklalyf, leifar og/eða bjúg á skurðsvæðinu.

Niðurstöður: Engar leifar af kverkeitlavef fundust við eftirskoðun. Bjúgur á skurðsvæðum fannst hjá 13 sjúklingum eða 13% eftir fjórar vikur. Átta sjúklingar eða rúm 9% fengu sýklalyf nokkrum dögum eftir aðgerðina. Notaður var verkjakvarði 1-10 við verkjamatið. Tuttugu og þrír sjúklingar, eða 27%, greindu frá blæðingu úr hálsi eftir aðgerðina. Fjórtán blæðinganna voru smávægilegar og gengu yfir heima. Níu sjúklingar, eða rúm 10%, komu á slysavarðstofuna. Þrír sjúklinganna, eða rúm 3%, voru með meiri blæðingu sem leiddi til enduraðgerðar á skurðstofu og innlagnar.

Ályktanir: Það er engin almenn samstaða um bestu aðferðina við kverkeitlanám. Á flestum stöðum er snörum (dissection) kverkeitla samt notuð í dag og aflagðar gömlu aðferðirnar. Ef við tökum þessa 85 sjúklinga, sem hér er greint frá og fóru í tvískauta rafsnörun kverkeitla, og veltum fyrir okkur árangri, verður niðurstaðan eftirfarandi:

Engar leifar fundust af kverkeitlavef í eitilbeðum við endurskoðun. Sýkingar voru sjaldgæfar eftir aðgerð. Verkir voru litlir fyrst eftir aðgerðina og leið sjúklingunum vel fyrsta sólarhringinn. Sjúklingarnir greindu frá verkjum síðar og trúlega nokkru lengur en við eldri aðferðir. Eftirblæðingar virðast koma seinna. Aðferðin er þægilegri, þegar tökum er náð á henni, nær engin blæðing er og hún tekur styttri tíma. Tvískauta rafsnörun kverkeitla gerir því bæði gagn fyrir sjúklinginn og lækninn og er unnt að mæla með aðferðinni.

E 07 **Leysiburtnám á Zenkers sarpi**

Hannes Hjartarson, Hannes Petersen

Frá háls-, nef og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hpet@shr.is

Zenkers sarpur, stundum kallað „hypopharyngeal diverticulum“ eða kok-poki, er svokallaður þan-sarpur (pulsions diverticle) er myndast ofan við efri hringvöðva vélinda (m. cricopharyngeus) og því ranglega flokkaður sem sarpur í vélinda.

Helstu einkenni eru tilfinning eins og um aðskotahlut í koki væri að ræða ásamt ertingu sem síðar, þegar pokinn stækkar, veldur bakflæði á ómeltum mat í munn og kyngingartruflun. Vandamálið er algengara meðal karlmanna og eldri einstaklinga. Meðferð felst í skurðaðgerð sem hingað til hefur verið gerð með ytri aðkomu um hálsskurð og burtnámi á poka.

Kynnt er holsjár (endoskopic-) CO^2 leysimeðferð á Zenkers sarpi, kostir og gallar ræddir.

E 08 **Um faraldsfræði lófakreppusjúkdóms**

Kristján G. Guðmundsson[1], Reynir Arngrímsson[2], Þorbjörn Jónsson[3]

Frá [1]Heilsugæslunni Blönduós, [2]Urði, Verðandi, Skuld, [3]Ónæmisfræðistofnuninni (IMMI), Rikshospitalet, Osló
Fyrirspurnir: kristgud@isholf.is

Inngangur: Lófakreppa (Dupuytren´s contracture) einkennist af hnútamyndun í lófa sem síðar veldur kreppu á fingrum. Algengi

sjúkdómsins er hátt á Norðurlöndum og 40% eldri karla hafa einhver einkenni sjúkdómsins. Talið er að sjúkdómurinn erfist með ókynbundnum ríkjandi hætti.

Markmið: Markmið þessarar rannsóknar var að kanna nýgengi, þróun og faraldsfræðilega þætti lófakreppusjúkdóms.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknarstöð Hjartaverndar gerði rannsókn á lófakreppusjúkdómi á árunum 1981-1982. Nítján árum seinna voru 122 karlar með lófakreppu kallaðir til nýrrar skoðunar og samtímis var einnig kallaður inn samanburðarhópur, sem var paraður fyrri hópnum með tilliti til aldurs og reykinga.

Niðurstöður: Af þeim sem voru kallaðir inn komu 193 til skoðunar eða tæp 80%. Þar af voru 92 frá upprunalega lófakreppuhópnum og 101 úr samanburðarhópnum. Af 101 þáttakenda án lófakreppu í fyrri rannsókninni voru samtals 16 (15,8%) með krepptan fingur. Þetta þýðir tæplega 1% nýgengi á ári. Af 75 körlum með minniháttar einkenni, hnút í lófa eða streng með húðfellingum í fyrri rannsókninni 1981-1982, voru samtals 25 (33,3%) með fingurkreppu eða höfðu farið í aðgerð (P=0,001). Að hafa fengið sjúkdóminn yngri en 40 ára var tengt verri sjúkdómi (P<0,001). Af lófakreppu körlum höfðu 7,3% farið í áfengismeðferð og 6,6% til viðbótar voru ofdrykkjumenn, samanborið við 10,7% og 3,6% í hópi þeirra sem ekki voru með sjúkdóminn (N.S.). Ættarsaga um lófakreppu var nátengd sjúkdómnum (P=0,002).

Ályktanir: Nýgengi lófakreppu er nálægt 1% á ári hjá miðaldra og eldri karlmönnum. Sjúkdómurinn hefur mikla framþróun (progression) og virðist sterklega tengdur við ættarsögu. Sjúkdómurinn virðist hins vegar ekki tengjast áfengisnotkun.

E 09 **Skarð í vör og klofinn gómur á Íslandi 1993-1999 og meðferð þeirra**

Ólafur Einarsson, Andri Konráðsson

Frá lýtalækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: andrikon@rsp.is

Á tilgreindu sjö ára tímabili komu 78 ný tilfelli barna (kk/kvk = 39/39) til mats og meðferðar vegna ofannefndra og skyldra ágalla (11,14 á ári). Hjá fimm barnanna var gómurinn stuttur og olli talörðugleikum. Eftir standa því 73 eiginleg „skarðabörn" (kk/kvk = 37/36), það er 10,43 börn á ári að meðaltali, eða 2,43 tilfelli af hverjum 1.000 lifandi fæddum börnum á tímabilinu. Skipting ágallanna er sýnd í töflu.

Öll handlæknismeðferð fer fram á Landspítalanum eftir ákveðinni aðferðarlýsingu (protocol). Þessi börn geta þurft frá einni og upp í sjö til átta aðgerðir eða fleiri eftir alvarleika fæðingargallans. Fyrrgreindur hópur barna gekkst undir 141 aðgerð í 133 svæfingum á tilgreindu tímabili og skiptust aðgerðirnar á hópana þrjá eins og sýnt er í töflu.

ICD	Ágalli	Fjöldi sjúklinga	Fjöldi svæfinga	Fjöldi aðgerða
Q35	Klofinn gómur (þar af þrír með Pierre Robins)	27 (37,0%)	26 (19,5%)	26 (18,4%)
Q36	Skarð í vör (17 með defect í tanngarði og sjö án þess)	24 (32,9%)	31 (23,3%)	32 (22,7%)
Q37	Skarð í vör og klofinn gómur (þar af báðum megin níu (40,9%))	22 (30,1%)	76 (57,2%)	83 (58,9%)
	Alls	**73 (100%)**	**133 (100%)**	**141 (100%)**

Börnum með klofinn góm er hættara við eyrnabólgum og þar með skertri heyrn en öðrum og sum hver þeirra eiga við talörðugleika að stríða vegna gómgallans.

Öll börnin eru skráð hjá Heyrnar- og talmeinastöð Íslands (HTÍ) og þar er þeim fylgt eftir hvað tal og heyrn varðar. HNE-læknisþjónusta er veitt af mismunandi sjálfstætt starfandi HNE-læknum, oft þó í samvinnu við HTÍ. Talþjálfun er veitt af fjórum til fimm talkennurum sem flestir starfa í Reykjavík. Tannréttingar inna þrír til fjórir tannréttingalæknar af hendi, þar af einn starfandi á Akureyri.

Um það bil fjórum til sex sinnum á ári eru haldnir fundir á HTÍ þar sem mæta HNE-læknir, lýtalæknir, talmeinafræðingur, talkennarar og tannréttingalæknar. Sjúklingar eru skoðaðir og metnir sameiginlega og áframhald meðferðar skipulagt og hún útskýrð fyrir sjúklingi og aðstandendum.

E 10 **Kviðsjá við enduraðgerðir á þindaropi**

Margrét Oddsdóttir, Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon

Frá handlækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: margreto@rsp.is

Endurteknar aðgerðir við þindaraop geta verið erfiðar og árangur þeirra óviss. Til að athuga útkomu endurtekinna aðgerða við þindarop um kviðsjá, var árangur skoðaður meðal annars með tilliti til fyrri aðgerðar (opnar vs. lokaðar).

Frá febrúar 1996 til september 1999 hafa verið gerðar aðgerðir við þindarop á 13 sjúklingum sem áður höfðu farið í aðgerð á svæðinu um kviðsjá og á 10 sem áður höfðu farið í opnar aðgerðir. Nítján höfðu áður farið í aðgerð vegna vélindabakflæðis, tveir í hnitrof (HSV), einn fegið sultaról og hnitrof (HSV) og í einum hafði stór blaðra (cyst) sem lá upp að efri hluta maga og vélinda verið fjarlægð úr vinstri lifrarlappa. Hjá þeim 13 sem áður höfðu farið í aðgerð um kviðsjá tók enduraðgerðin að meðaltali 158 mínútur (90-215 mínútur), en hjá þeim 10 sem áður höfðu farið í opna aðgerð 210 mínútur (195-315 mínútur). Í kviðsjárhópnum þurfti aldrei að breyta yfir í opna aðgerð, í þremur tilfellum hjá hinum. Hjá kviðsjárhópnum voru engir meiriháttar fylgikvillar í eða eftir aðgerð, en í þeim opna var eitt magarof, ein blæðing og eitt dauðsfall á fjórða degi eftir aðgerð. Í tveimur tilfellum sem opna þurfti hafði fyrsta aðgerð verið hnitrof. Meðallegutími eftir endurteknar aðgerðir um kviðsjá var 2,5 dagar (tveir til þrír dagar), en hjá þeim þremur sem þurfti að opna sex dagar (fimm til sjö dagar). Árangurinn var mjög góður hjá níu af 13 og góður hjá fjórum af 13 sem áður höfðu farið í kviðsjáraðgerð. Hjá þeim sem áður höfðu farið í opna aðgerð var árangurinn mjög góður hjá sjö af 10, góður hjá einum, einn góður eftir útvíkkun á vélindis/magamótum og einn lést.

Enduraðgerðir við þindarop um kviðsjá eru mun aðgengilegri ef fyrsta aðgerð var gerð um kviðsjá, þær taka styttri tíma og hafa færri fylgikvillar. Hins vegar er í flestum tilfellum hægt að gera kviðsjáraðgerð þó fyrsta aðgerð hafi verið gerð opin, en miðað við ofangreinda reynslu er aðgengið hvað erfiðast eftir opið hnitrof.

E 11 **Kviðsjáraðgerðir vegna „paraesophageal" þindarhauls**

Margrét Oddsdóttir, Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon

Frá handlækningadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: margreto@rsp.is

„Paraesophageal" þindarhaular er fremur sjaldgæft form af þindarhaulum, eða um það bil 5-10% þeirra, og koma aðallega í eldra fólk.

Hins vegar er talið rétt að laga „paraesophageal" þindarhaula þegar þeir greinast, því stór hluti þeirra hefur tilhneigingu til að valda alvarlegu ástandi eins og magahindrun (obstruction), blæðingum og kreppuhaul (strangulation). Undanfarin ár hefur kviðsjáraðgerð á „paraesophageal" þindarhaulum orðið ráðandi meðferðarform.

Hér á landi hafa „paraesophageal" þindarhaular verið lagaðir með kviðsjáraðgerð síðan 1995. Árangur þeirra aðgerða og afdrif sjúklinga var skoðaður. Frá apríl 1995 til apríl 1999 voru gerðar 24 kviðsjáraðgerðir vegna „paraesophageal" þindarhauls á Landspítalanum. Af þeim var 21 með gerð III (55-85 ára, meðalaldur 70 ár), ein með gerð II (56 ára), ein með eftiraðgerðar (post-op) „paraesophageal" þindarhaul (27 ára) og ein með „parahiatal" þindarhaul (49 ára). Flestir, eða 22, leituðu læknis vegna óþæginda eftir máltíðir, en 18 af þessum 22 gáfu einnig sögu um vélindisbakflæði. Þrír komu til aðgerðar vegna bráðra vandamála, tveir með magahindrun og einn með endurteknar lugnabólgur og öndunarbilun. Tveir gáfu eingöngu sögu um vélindisbakflæði. Fjórir af 24 voru með blóðskort, einn þeirra með stórt magasár. Átta sjúklinganna gáfu sögu um endurtekin köst af magahindrunum. Öllum aðgerðum var lokið um kviðsjá, meðalaðgerðartími var 183,9 mínútur (105-300 mínútur). Í öllum tilfellum var haullinn dregin niður, sekkurinn fjarlægður og þindaropinu lokað. Auk þess var „fundoplication" gerð í 22 en magafesting (gastropexy) í tveimur. Vandamál í og eftir aðgerð (perioperative) voru fátíð. Átján útskrifuðust á öðrum til fjórða degi eftir aðgerð, fimm á 5.-10. degi og einn beint á lungnadeild. Fjórir hafa haft kyngingarvandamál. Einn hefur þarfnast endurаðgerðar, einn lagaðist við útvíkkun á efra magaopi, en hjá tveimur eru einkennin ekki það slæm að inngripa sé þörf.

Aðgerð á „paraesophageal" þindarhaulum um kviðsjá er það meðferðarform sem mælt er með í dag, því auk þess að gefa sambærilegan árangur og opnu aðgerðirnar, þá er það til hagsbóta fyrir þennan hóp sjúklinga að inngripið sé sem minnst. Árangurinn hérlendis er góður og stenst fyllilega erlendan samanburð.

E 12 **Aðgerðir á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1990-1999 vegna offitu**
Gunnar Pétursson, Eiríkur Orri Guðmundsson, Jóhannes M. Gunnarsson, Tryggvi B. Stefánsson

Frá skurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur

Inngangur: Offita er alvarlegur sjúkdómur með aukna dánartíðni og aukna tíðni ýmissa sjúkdóma. Dánartíðni og tíðni fylgikvilla lækkar við lækkað body max index (BMI; þyngd/hæð^2).

Aðgerðir vegna offitu hafa verið gerðar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur (SHR) síðan 1990. Gagnsemi þessara aðgerða hefur hins vegar verið umdeild.

Tilgangur rannsóknarinnar var að meta afturskyggnt árangur offituaðgerða á SHR á árunum 1990-1999.

Efniviður og aðferðir: Sjúkraskrár voru lesnar með tilliti til afdrifa sjúklings við og eftir aðgerð og þyngdartaps. Hringt var í alla sjúklinga til að kanna afstöðu þeirra til aðgerðarinnar. Í aðgerð fóru 28 sjúklingar (15 konur og 13 karlar), meðalaldur 42 ár (15-63). Í vertical gastric banding (VGB) fóru 14 og í gastric banding (GB) 14.

Niðurstöður: Allir sjúklingarnir eru á lífi. Einn sjúklingurinn fékk djúpa sýkingu eftir aðgerð. Tuttugu og fimm sjúklingar hafa látist. Í upphafi var miðgildi BMI 28 sjúklinga 44,5 (35-58) og í lok árs 1999 36,2 (23-48).

Átján sjúklingar mættu til reglulegs eftirlits til áramóta 1999. Enginn þeirra þyngdist og 10 léttust meira en BMI 10. Meðallækkun BMI var 12,5. Tíu sjúklingar hurfu úr reglulegu eftirliti innan eins árs. Sá hópur sýndi lakari árangur, eða meðallækkun BMI 5,2. Tuttugu og sjö sjúklingar voru ánægðir með að hafa valið aðgerð.

Ályktanir: VGB og GB eru áhrifaríkar aðgerðir til megrunar. Reglulegt eftirlit stuðlar að bættum árangri. Nauðsynlegt er að geta valið úr þá sjúklinga sem líklegri eru til að halda sér í eftirliti.

E 13 **Samgatanir á ristli á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 1995-1999**
Eiríkur Orri Guðmundsson, Gunnar Pétursson, Páll Hallgrímsson, Tryggvi B. Stefánsson

Fyrirspurnir: eirikurg@shr.is

Inngangur: Einn alvarlegasti fylgikvilli ristilskurðar er leki á tengingu. Tilgangur þessarar rannsóknar var að finna fjölda og hugsanlega orsakavalda leka á ristiltengingum gerðum á Sjúkrahúsi Reykjavíkur á árunum 1995-1999.

Efniviður og aðferðir: Sjúkraskrár allra sjúklinga þar sem gerð var ristiltenging voru lesnar. Leitað var eftir mögulegum orsakaþáttum í meingerð samgötunarrofs, svo sem hitastigi í aðgerð, blóðþrýstingi í og eftir aðgerð, blóðgildum, blóðgjöf og sýkingum.

Niðurstöður: Framkvæmdar voru 257 aðgerðir. Í 30 (11,7%) tilfellum kom upp rof í samgötun, sex (20,0%) þeirra sjúklinga létust. Alls létust 13 (5,1%) sjúklingar.

Ályktanir: Rof á samgötun er alvarlegur fylgikvilli ristilskurðar. Leki eykur mjög dánartíðni.

E 14 **Endurtenging eftir Hartmanns aðgerð með kviðarholsjártækni**
Elísabet S. Guðmundsdóttir, Páll Helgi Möller, Tómas Jónsson

Frá handlækningadeild Landspítalans. Fyrirspurnir: pallm@rsp.is

Inngangur: Við dausgarnarrof og dausgarnarstíflu er oft gerð aðgerð þar sem dausgörn er fjarlægð, gerð ristilrauf og endagarnarstúfi lokað (Hartmanns aðgerð). Sjúklingar hafa því þurft að gangast undir aðra opna kviðarholsaðgerð nokkrum mánuðum síðar þar sem ristilrauf er tekin niður og tenging gerð við endagörn. Lýst hefur verið aðferð þar sem endurtenging er gerð með kviðarholsjártækni og kynnum við nú fyrstu fimm tilfellin á Landspítalanum þar sem þessari aðferð er beitt.

Efniviður og aðferðir: Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengust undir endurtengingu ristils með kviðarholsjártækni á Landspítalanum á tímabilinu apríl 1996 til maí 1999.

Niðurstöður: Fimm sjúklingar, fjórar konur og einn karl, gengust á tímabilinu undir endurtengingu ristils með kviðarholsjártækni og var meðalaldur þeirra 65 (41-79) ár. Fjórir sjúklingar fóru í Hartmanns aðgerð vegna dausgarnarrofs og einn vegna stíflandi dausgarnaræxlis. Endurtengingin var gerð að meðaltali 6,2 (4-8) mánuðum síðar. Hjá einum sjúklingi þurfti að breyta yfir í opna aðgerð vegna rofs á endagörn og annar fékk rof í smágirni í aðgerðinni. Meðalaðgerðartíminn var 172 (150-350) mínútur. Sjúklingarnir voru allir farnir að drekka fljótandi fæði á fyrsta til öðrum degi eftir aðgerð og útkrifuðust að meðaltali 12 (6-28) dögum eftir aðgerð.

Umræða: Þessi fyrsta reynsla okkar bendir til að endurtenging ristils með kviðarholsjártækni sé vel framkvæmanleg og einföld og örugg aðgerð. Aðgerðar- og legutíminn er hins vegar langur. Samkvæmt stærri erlendum uppgjörum hafa þessir sjúklingar minni verki eftir aðgerð, garnir eru fyrr í gang og legutími þar af leiðandi styttri heldur en þegar opinni aðgerð er beitt.

E 15 **Aðgerðir á Landspítalanum 1997-1999 vegna steina í gallvegum**

Kristín Huld Haraldsdóttir, Tómas Jónsson, Höskuldur Kristvinsson, Jónas Magnússon, Margrét Oddsdóttir

Frá skurðdeild Landspítalans

Inngangur: Ef gallvegamynd er gerð sem regla, finnast steinar í gallvegum í allt að 10% tilfella. Undanfarin ár hefur tækni til að fjarlægja þá í gallkögun þróast. Hægt er að skipta þeim aðferðum sem notaðar eru í þrennt. Í fyrsta lagi er hægt að fjarlægja steinana með körfu í gegnum gallblöðrupípuna (ductus cysticus), í öðru lagi með örfínu speglunartæki um gallblöðrupípuna og í þriðja lagi með því að opna gallpípuna (choledochotomia) og fjarlægja þá þannig. Á Landspítalanum hafa þessar aðgerðir verið framkvæmdar frá árinu 1997. Í þessu erindi munum við segja lítillega frá þessum aðferðum og árangri aðgerðanna á Landspítalanum.

Efniviður og aðferðir: Aðgerðarlýsingar sjúklinga sem gengist höfðu undir aðgerð á gallgöngum, samhliða gallkögun á tímabilinu 1997-1999 voru skoðaðar. Um var að ræða 19 sjúklinga. Fundnar voru sjúkraskrár þeirra og farið yfir aðgerðarlýsingar, gang eftir aðgerð, blóðprufur og legutíma.

Niðurstöður: Um var að ræða 16 konur og þrjá karla. Meðalaldur var 48 ár. Meðallegutími voru níu dagar, minnst tveir dagar, en mest 20 dagar. Fimmtán sjúklingar voru með óeðlileg lifrarpróf fyrir aðgerð. Allir sjúklingarnir höfðu steina í gallvegum utan lifrar. Fimm sjúklingar gengust undir aðgerð þar sem steinarnir voru fjarlægðir um gallblöðrupípu, 11 sjúklingar með aðstoð speglunartækis um gallblöðrupípu og þrír þar sem gallpípa var opnuð. Breyta þurfti í opna aðgerð hjá tveimur sjúklingum. Sogdren var sett í 17 sjúklinga, en dren í gallganga var sett í sjö sjúklinga. Fylgikvillar komu upp hjá fjórum sjúklingum.

Ályktanir: Steina í gallvegum er hægt að fjarlægja samhliða gallkögum eða með ERC fyrir eða eftir aðgerðina. Kostir þess að fjarlægja steinana í aðgerð eru að sjúklingur gengst undir eitt inngrip og legutími lengist lítið. Árangur þessara aðgerða á Landspítalanum er sambærilegur við erlend uppgjör, fylgikvillar fáir og engir meiriháttar.

E 16 **Bráð briskirtilsbólga á Landspítalanum. Framskyggn rannsókn**

Helgi Birgisson[1], Páll Helgi Möller[1], Ásgeir Thoroddsen[1], Sigurður V. Sigurjónsson[2], Sigurbjörn Birgisson[3], Jón Jóhannes Jónsson[4], Jónas Magnússon[1]

Frá [1]handlækninga-, [2]lyflækninga-, [3]myndgreiningar- og [4]rannsóknastofu í meinefnafræði Landspítalanum. Fyrirspurnir: pallm@rsp.is

Tilgangur: Að meta orsakir, alvarleika, stigun og horfur sjúklinga með bráða briskirtilsbólgu á Landspítalanum.

Efniviður og aðferðir: Allir sjúklingar sem greindust með bráða briskirtilsbólgu á Landspítalanum á tímabilinu 1. október 1998 til 31. september 1999. Við greiningu var tekin saga og sjúklingur skoðaður. Blóðprufur, ómskoðun af lifur, gallvegum og brisi og tölvusneiðmynd af kviði var fengin af öllum sjúklingum. Sjúklingar voru stigaðir að hætti Ranson, Imrie og APACHE II. Balthazar-Ranson stigunarkerfi var notað við úrlestur tölvusneiðmynda.

Niðurstöður: Fimmtíu og tveir sjúklingar (28 karlar og 24 konur) á aldrinum 19-85 ára greindust með bráða briskirtilsbólgu. Orsakir reyndust vera gallsteinar hjá 21 (40%), áfengi hjá 17 (32%), aðrar orsakir 11 (21%) og hjá fjórum (8%) sjúklingum var orsökin óþekkt. Tólf sjúklingar höfðu áður fengið briskirtilsbólgu, þar af lögðust átta sjúklingar inn með endurtekna briskirtilsbólgu. Fjórir (8%) sjúklingar fengu alvarlega briskirtilsbólgu og létust tveir.

Ályktanir: Niðurstöðurnar eru í samræmi við erlendar rannsóknir. Í samanburði við fyrri rannsókn hérlendis eru færri með ógreindar orsakir briskirtilsbólgu sem skýrist af því að hér er um framskyggna skráningu að ræða.

E 17 **Bráð briskirtilsbólga í Bergen. Einkenni, orsök og þættir sem hafa forspágildi um alvarleika sjúkdóms**

Hjörtur Gíslason, Arild Horn, Asgaut Viste

Frá skurðdeild Haukeland sjúkrahúsi, Bergen, Noregi
Fyrirspurnir: hjorturg@shr.is

Tilgangur: Nýgengi bráðrar briskirtilsbólgu er breytileg eftir landssvæðum. Gerð er framskyggn rannsókn til að meta nýgengi, orsakir, einkenni og þætti sem geta haft forspágildi um alvarleika briskirtilsbólgu í Bergen.

Efniviður og aðferðir: Hjá öllum sjúklingum sem greindust með bráða briskirtilsbólgu á Haukeland sjúkrahúsi á tímabilinu 1986-1995 var gerð stöðluð skráning á einkennum við komu. Einkenni og rannsóknir voru skoðaðar með tilliti til þess hve lengi sjúklingur hafði verið veikur og hvort briskirtilsbólgan varð alvarleg. Leitast var fyrir um orsök og gert ERCP hjá 67% sjúklingana.

Niðurstöður: Á tímabilinu voru 757 innlagnir vegna bráðrar briskirtilsbólgu hjá 478 sjúklingum. Nýgengi bráðrar briskirtilsbólgu var metin 40,4. Meðalaldur var 64 ár og 52% sjúklinga voru karlar. Alvarleg briskirtilsbólga þróaðist hjá 20% sjúklinga (96/487), oftar hjá körlum (25%) og 3% (16/487) létust. Orsök briskirtilsbólgu voru gallsteinar 49%, alkóhól 19% og hjá 12% sjúklinga fannst engin orsök. Endurteknar briskirtilsbólgur sáust oftast hjá sjúklingum með pancreas divisum, eftir ofnotkun alkóhóls og hjá sjúklingum með háar blóðfitur. Klínísk einkenni um lífhimnubólgu, hátt sermi CRP, CK, LDH, hvít blóðkorn og kreatínín og lágt sermi kalsíum við komu gáfu vísbendingu um að alvarlegur sjúkdómur væri að þróast. CRP hækkaði einnig marktækt meira fyrsta sólarhringinn hjá sjúklingum sem fengu alvarlegan sjúkdóm. TS af kviðarholi reyndist áreiðanlegur mælikvarði á alvarleika sjúkdóms.

Ályktanir: Klínísk einkenni og rannsóknir við komu gefa góða vísbendingu um hvort alvarlegur sjúkdómur sé að þróast og ber þá snarlega að hefja stuðningsmeðferð á gjörgæsludeild til að sporna gegn líffærabilun. Þörf er á nýjum meðferðarúrræðum til að sporna við bólgu og drepi í/við briskirtil á fyrstu stigum sjúkdóms.

E 18 **Holsjár þrengisnám við bráða gallsteinabriskirtilsbólgu**

Hjörtur Gíslason, Arild Horn, Asgaut Viste

Frá skurðdeild Haukeland sjúkrahúsi, Bergen, Noregi
Fyrirspurnir: hjorturg@shr.is

Inngangur: Orsök bráðrar briskirtilsbólgu á Norðurlöndum er í um helmingi tilfella gallsteinar. Á flestum sjúkrahúsum er mælt með að gera gallkögun í kjölfar bráðrar briskirtilsbólgu. Ef gallkögun er ekki gerð eru 30-50% líkur á endurtekinni briskirtilsbólgu og nýtt kast kemur venjulega innan eins mánaðar. Flestir mæla því með gallkögun er kast er gengið yfir, áður en sjúklingur er útskrifaður. Gerð er framskyggn rannsókn þar sem kannaður var árangurinn af

holsjár þrengisnámi (endoscopic sphincterotomy, ES) sem einu meðferðinni við bráðri galsteinabriskirtilsbólgu (ekki gerð gallkögun). Sjúklingum er fylgt eftir og metið hve stór hluti þeirra þarfnast gallkögunar og athugað hve margir fá endurtekna briskirtilsbólgu.

Efniviður og aðferðir: Á tímabilinu 1991-1996 voru 130 sjúklingar með briskirtilsbólgu af völdum gallsteina teknir inn í rannsóknina. ERCP og holsjár þrengisnám var gert hjá öllum. Hjá 62 sjúklingum voru gallsteinar fjarlægðir frá gallpípu (d. choledochus) með holsjá og hjá 68 sjúklingum var gert fyrirbyggjandi þrengisnám (prophylactic sphincterotomy). Gallkögun var ekki fyrirhuguð hjá neinum sjúklinganna.

Niðurstöður: Sjúklingum var fylgt eftir í rúm þrjú ár (miðgildi 39 mánuðir (23-62)). Tíðni endurtekninnar briskirtilsbólgu var 1% (1/109) og reyndist sá sjúklingur vera með nýja steina í gallpípu. Átján prósent sjúklinga (20/109) fóru síðar í gallkögun vegna einkenna frá gallvegum og höfðu 23% (25/109) haft væg einkenni sem gætu stafað frá gallvegum. Það var engin munur á einkennum hjá sjúklingum hvort sem gallpípusteinn hafði verið fjarlægður eða ekki. Fimmtíu og átta prósent sjúklinga (63/109) sem voru meðhöndlaðir með holsjár þrengisnámi voru án einkenna frá gallvegum.

Ályktanir: Ef holsjár þrengisnám er notuð sem einasta meðferð við bráðri gallsteinabriskirtilsbólgu eru 58% sjúklinga alveg laus við einkenni frá gallvegum, 1% fá endurtekna briskirtilsbólgu og 18% þarfnast aðgerðar. Við álítum þetta kjörmeðferð hjá gömlum sjúklingum með gallsteinabriskirtilsbólgu, en teljum rétt að gerð sé gallkögun að auki hjá ungum, að öðru leyti frískum, einstaklingum.

E 19 **Heilkenni aukins kviðarholsþrýstings – Áhrif aukins kviðarholsþrýstings á blóðþrýsting og blóðflæði í meltingarfærum**

Fjölnir F. Guðmundsson[1], Hjörtur Gíslason[2]

Frá [1]handlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [2]handlækningadeild Haukeland sjúkrahúsi, Bergen, Noregi
Fyrirspurnir: hjorturg@shr.is

Inngangur: Heilkenni aukins kviðarholsþrýstings er ástand sem menn hafa gefið meiri gaum á undanförnum árum. Þetta sést til dæmis við garnastíflu, sprunginn æðagúl á ósæð og við alvarlegar brisbólgur. Tilgangur rannsóknarinnar er að reyna að varpa betra ljósi á lífeðlisfræði aukins kviðarholsþrýstings hvað varðar meltingarfæri.

Efniviður og aðferðir: Tuttugu og fimm grísir voru lagðir í svæfingu. Lærisslagæð og hálsblóðæð (v. jug) voru þræddar til mælingar á meðalslagæðaþrýstingi, hjartslætti og miðblóðæðaþrýstingi. Lagður var leggur inn í þvagblöðru til mælingar á þvagmagni. Flæðinemi (transit time flow probe) var lagður umhverfis portblóðæð og vinstri nýrnaslagæð. Portblóðæð og vinstri nýrnablóðæð voru þræddar til mælingar á blóðþrýstingi. Lagður var leggur gegnum kviðvegg til innhellingar á Ringers lausn og til þrýstingsmælinga. Þrýstingur var aukinn í 20 mmHg (sjö grísir), 30 mmHg (sjö grísir) 40 mmHg (fjórir grísir) og án þrýstings (sjö grísir). Þessum kviðarholsþrýstingi var haldið í 180 mínútur og síðan var lausninni hleypt út og eðlilegum þrýstingi haldið í 50 mínútur. Litakúlur (microspheres) voru gefnar inn í hjartað til mælinga á flæði í einstökum líffærum. Mælt var se-mjólkursýra (se-laktat) og se-endothelin í portblóði og renínvirknin í blóði nýrnablóðæðar.

Niðurstöður: 20mmHg þrýstingur í kviðarholi olli ekki marktækum breytingum á blóðþrýstingi eða flæði í meltingarfærum. Þvagútskilnaður hættir við þrýsting milli 20-30 mmHg, mælist þá verulega aukin se-renínvirkni í nýrnablóðæðarblóði og verulega hækkuð mótstaða í nýrnaslagæðakerfi. Við 30mmHg varð marktækt fall í hjartaútfalli (CO), og fall í flæði portblóðæðar og líffæraflæði í meltingarfærum sem má setja í samband við minnkaðan gegnflæðisþrýsting. Blóðflæði minnkaði mest (50-70%) í slímhimnum maga og mjógirnis og í briskirtli. Se-endothelin myndun óx verulega við 30 mmHg þrýsting í kviðarholi. 40mmHg þrýstingur olli miklu breytingum hjá dýrunum, verulegum mjólkursýruútskilnaði í portblóð og tvö dýr dóu úr losti í endurgegnflæðisfasanum er dregið var úr þrýstingi.

E 20 **Slysaskrá Íslands**

Sigurður Guðmundsson[1], Brynjólfur Mogensen[2], Aðalheiður Sigursveinsdóttir[1]

Frá [1]landslæknisembættinu, [2]slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: postur@landlaeknir.is

Inngangur: Í lögum um Slysavarnaráð frá árinu 1995 segir að tilgangur ráðsins sé að stuðla að fækkun slysa. Þeim tilgangi skal ráðið ná með því meðal annars að móta reglur sem miða að því að slys séu skilmerkilega skráð og sú skráning sé samræmd, jafnframt því sem séð verði um úrvinnslu þeirra upplýsinga og útgáfu á slysatölum.

Í þessum fyrirlestri verður kynnt hvernig ráðið hefur leitast við að ná þessum markmiði. Kynnt verður uppbygging og innviðir Slysaskrár Íslands. Þá verður sýnt hvernig skráning ólíkra aðila fer fram. Skráningin verður tölvuvædd og skráð eftir atburðanúmerum. Samstundis flytjast tölfræðiupplýsingar í miðlægan banka sem gefa marga möguleika á úrvinnslu og ekki síður nýja möguleika á þekkingu í forvarnastarfi.

Umræða: Þrátt fyrir að margir aðilar sjái um skráningu slysa á Íslandi hafa upplýsingar um slys ekki reynst vera nægjanlega góðar að flestra mati. Þetta stafar af því að skráningarkerfi og upplýsingar sem skráðar eru, eru ekki sambærilegar. Enginn einn aðili hefur haldið utan um upplýsingar um heildarfjölda slysa og yfirsýn á tíðni og eðli slysa hefur vantað þrátt fyrir mikla skáningu á slysum. Auk þessa hefur þeim aðilum er skrá slys ekki borið saman um tíðni slysa.

Til samstarfs eru fengnir allir aðilar í landinu sem skrá slys. Þar má nefna öll sjúkrahús og aðrar heilbrigðisstofnir, lögreglu um allt land, Tryggingastofnun ríkisins, Vinnueftirlitið, tryggingafélög, Umferðarráð og Slysavarnafélagið. Ákveðið var að reyna að finna einfalda lausn á þessu vandamáli sem gæti hentað öllum skráningaraðilum. Við teljum að einföld lausn hafi fundist. Um er að ræða tölfræði gagnabanka sem útdeilir hverju slysi kennitölu. Afleiðingar atburðarins eru síðan skráðar eftir þessari kennitölu. Lágmarksupplýsingar, eingöngu tölfræðilegar, fara í þennan gagnabanka. Þær eru hins vegar nægjanlegar til þess að kanna tíðni og eðli slysa.

Nánar verður fjallað um hvaða möguleika þessi grunnur gefur, hvernig skáningu í hann er háttað og hvernig ólíkir aðilar geta notað sama skráningarform.

Lokaorð: Allt síðasta ár fór í forathuganir og kynningar á þessu verkefni. Í haust verður byrjað að skrá samkvæmt þessu fyrirkomulagi og verður kerfið í fyrstu sett upp hjá þremur aðilum til reynslu. Áætlað er að allir skráningaraðilar verði farnir að nota nýtt kerfi um áramótin 2000-2001.

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. Ihuga 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:* Migreni. *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 lifsins 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 aldraða 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. **Greiðsluþátttaka:** 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: Simvastatínum 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 veljaskemmda og nýrra stiflna..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 óþekktri 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 gemfíbrózíl og önnur fíbröt og blóðfitulækkandi skammtar ((1g/dag) af nikótínsýru. 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 cýklóspórín, fíbröt eða nikótínsýru 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. cýklóspórini; ítrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni og þunglyndislyfinu 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 simvastatins. **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 cíklóspórins, mibefradils, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makrólíðsýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fíbrata 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 cíklóspórín, fíbröt eða nikótínsýru 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

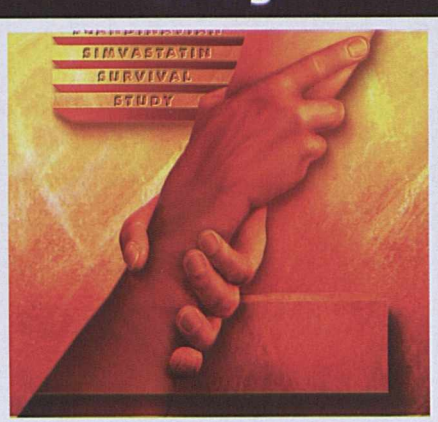
En takmarkið er að auka lífslíkur

EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

Nýr styrkleiki 80 mg.

ZOCOR®* 20-40 mg

Auknar lífslíkur og langtímaöryggi [1,2]



Heimburger MedCom 0998

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

E 21 **Faraldsfræði beinbrota í Reykjavík 1998**

Guðmundur Örn Guðmundsson[1], Brynjólfur Mogensen[2], Gunnar Sigurðsson[3]

Frá [1]bæklunarlækningadeild,[2]slysa- og bráðasviði, [3]lyflækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur.
Fyrirspurnir: gudmundg@shr.is

Inngangur: Tíðni beinbrota í Reykjavík er óþekkt. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna faraldsfræði beinbrota í Reykjavík árið 1998.

Efniviður og aðferðir: Gerð var tölvuúrvinnsla lögskráðra íbúa í Reykjavík sem leitað höfðu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur árið 1998 og greindir voru með beinbrot samkvæmt alþjóðasjúkdómaskránni, ICD 10. Upplýsingar um íbúafjölda voru fengnar frá Hagstofu Íslands.

Niðurstöður: Árið 1998 greindust 2867 brot á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur (26,6 brot á 1000 íbúa). Hjá körlum greindust 1557 brot en 1310 hjá konum (1,19/1). Brot voru algengari hjá körlum í öllum aldurshópum að 50-54 ára aldri, en brot voru algengari hjá konum í öllum aldurshópum, frá 55-59 ára aldri. Mesti munur á milli kynjanna var í aldurshópnum yfir 80 ára þar sem 184 konur brotnuðu á móti 43 körlum (4,3/1). Minnstur munur var í aldurshópnum 55-59 ára, 40 konur á móti 38 körlum (1,05/1). Næst minnsti munur kynja, 194 karlar á móti 181 konu (1,07/1) var í fjölmennasta brotahópnum, 10-14 ára. Í þriðja algengasta brotahópnum, 15-19 ára, var hins vegar næst mesti munur kynjanna, 206 karlar á móti 55 konum (3,7/1).

Brot voru algengust í þremur aldurshópum undir tvítugu, 10-14 ára, eða 375 brot (13,1%); hjá 5-9 ára, 276 brot (9,6%) og hjá 15-19 ára 261 brot (9,1%). Fæst brot voru í aldurshópnum 55-59 ára, 78 brot (2,7%). Eftir það fjölgaði brotum aftur en komst þó ekki nálægt brotafjölda unglingsára.

Algengustu brotin reyndust vera: brot á fjærenda geislungs, 421 (14,7%); fingurbrot, 381 (13,3%); rifbrot, 292 (10,2%); ökklabrot, 192 (6,7%) og miðhandarbrot, 186 (6,5%). Samtals voru 10 algengustu brotin um 2/3 brotanna.

Langflestir, eða 2263 (78,5%) fóru heim af slysa- og bráðamóttöku en 485 sjúklingar (16,9%) lögðust inn á sjúkrahús.

Umræða: Beinbrot eru tiltölulega algeng (26,6/1000). Í flestum tilfellum er ekki um mjög alvarlega áverka að ræða. Brot eru mjög algeng í aldurshópnum frá 5-19 ára. Athygli vekur að brotin eru nánast jafn algeng hjá 10-14 ára drengjum og stúlkum, en í næsta aldurshóp, 15-19 ára eru brot 3,7 sinnum algengari hjá piltum. Eftir unglingsárin lækkar tíðnin jafnt og þétt þar til hún eykst aftur um sextugt.

Þekking á faraldsfræði brota er mikilvæg til fræðslu og forvarna.

E 22 **Sprengjuáverkar um áramót**

Ásgeir Thoroddsen, Brynjólfur Mogensen

Frá slysa- og bráðasviði Sjúkrahúss Reykjavíkur

Inngangur: Um hver áramót er tíðrætt um slys sem verða vegna sprengigleði landsmanna. Ekki er vitað um algengi eða umfang þessara slysa. Markmið rannsóknarinnar var að kanna fjölda og áverka slasaðra sem komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur yfir áramótin 1999-2000 vegna sprengjuslysa.

Efniviður og aðferðir: Skoðaðar voru komur allra sjúklinga á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur frá kl. 12:00 á gamlársdag 1999 til kl. 12:00 á nýársdag 2000 vegna áverka eftir sprengjuslys. Sjúkraskrár voru skoðaðar með tilliti til aldurs og kyns, staðsetningar og alvarleika áverka, sjúkdómsgreiningar og hvort innlagnar var þörf. Blys, tertur, sprengjur og flugeldar sem ollu áverkum voru flokkaðir og skoðað hvort öryggisbúnaður var notaður.

Niðurstöður: Það komu 147 manns á slysa- og bráðamóttöku á þessum sólarhring. Þar af komu 102 (69%) vegna áverka, 45 (31%) vegna veikinda og 14 komu í fylgd lögreglu vegna gruns um ölvunarakstur. Af þeim sem komu vegna áverka reyndust 23 (23%) hafa slasast vegna blysa-, tertu-, sprengju- eða flugelda. Flestir með sprengjuáverka komu kl. 00:00-01:00 eða 14 en enginn kom eftir 03:30. Karlmenn voru í meiri hluta (18) og hinir slösuðu voru á aldrinum 3-47 ára. Flestir voru í aldurshópnum 3-10 ára (9) og 37-47 ára (10). Áverkar í andliti voru algengastir 13 og/eða augum sex eða í samtals 83% tilvika en hendur og fingur í 4% tilvika. Nær alltaf var um einhvern bruna að ræða en 11 hlutu sár eða skurði og fimm beinbrot. Flestir hlutu samkvæmt AIS minni háttar áverka en þrjá slasaða þurfti að leggja inn á sjúkrahús. Af hinum slösuðu voru 10 einstaklingar áhorfendur. Enginn slasaðra hafði notað hlífðargleraugu og aðeins einn hafði notað leður- eða hlífðarhanska. Flugeldar áttu þátt í níu slysum, tertur í fjórum, sprengjur í fimm, blys, handblys eða kínverjar í tveimur en hjá tveimur var tegund óljós. Tívolísprengjur orsökuðu alvarleg slys í tveimur tilvikum.

Umræða: Ekki er vitað um nákvæmt magn sprengja (blys, tertur, sprengjur, flugeldar) sem notað var á þjónustusvæði Sjúkrahúss Reykjavíkur. Það virðist þó sem hlutfallslega fáir slasist. Hinir slösuðu skiptust annars vegar í börn undir 10 ára aldri og heimilisfeður um fertugt. Ekki virtist vera um áberandi klaufaskap að ræða en hinir slösuðu notuðu ekki hefðbundinn öryggisbúnað eins og hlífðargleraugu og hanska. Langflestir sluppu þó með fremur litla áverka en sprengjurnar orsökuðu alvarlegustu áverkana. Niðurstöðurnar gefa til kynna að með því að nota hlífðargleraugu og hanska megi fækka áverkunum enn frekar.

E 23 **Handarslys Reykvíkinga árið 1998**

Andri Kristinn Karlsson, Brynjólfur Mogensen

Frá Sjúkrahúsi Reykjavíkur

Inngangur: Handarslys eru talin algeng. Tíðni handarslysa í Reykjavík er óþekkt. Tilgangur þessarar rannsóknar er að athuga tíðni handarslysa hjá Reykvíkingum.

Efniviður og aðferðir: Gerð var tölvuvinnsla lögskráðra íbúa Reykjavíkur sem leituðu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur á tímabilinu 01.01.1998-31.12.1998 vegna handarslysa. Tölur um fjölda Reykvíkinga eru fengnar frá Hagstofu Íslands.

Niðurstöður: Alls komu 3.854 slasaðir Reykvíkingar á slysa- og bráðamóttökuna með handaráverka árið 1998, sem er um 36 handaráverkar á hverja 1.000 íbúa. Karlar voru 2.470 (64,1%) og konur 1.384 (35,9%). Meðalaldur var 29 ár. Algengustu orsakir áverkanna voru sár á hendi 1.655 (43%), tognanir 765 (20%), brot á handarbeinum eða fingrum 636 (17%) og mar 635 (17%). Algengustu orsakir áverkanna voru skerandi hlutir 1.006 (26%), reka hendi eða fingur í 799 (21%), kramning 579 (15%) og fall 451 (12%). Heim fóru 3.689 sjúklingar en 50 lögðust inn. Aðrir fóru annað eða afdrif þeirra voru ekki skráð.

Umræða: Handaráverkar eru algengir meðal Reykvíkinga. Algengi virðist vera svipað og hjá öðrum. Fremur fáir þurftu á innlögn að

halda. Með aukinni þekkingu á handaráverkum er von til að auka vitund fólks um slíka áverka og efla forvarnarstarf.

E 24 **Hestaslys**

Björn Pétur Sigurðsson[1], Brynjólfur Mogensen[2]

Frá [1]bæklunarlækningadeild og [2]slysa- og bráðasviði Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: bjornps@shr.is

Inngangur: Lítið er vitað um tíðni og gerð hestaslysa á Íslandi. Áverkar eftir hestaslys geta verið margs konar. Markmið rannsóknarinnar var að athuga fjölda slysa og gerð áverka þeirra, sem komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur árin 1998 og 1999 eftir hestaslys.
Efniviður og aðferðir: Leitað var í norræna slysaskráningarkerfinu að öllum, sem komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur frá 1. janúar 1998 til og með 31. desember 1999 eftir hestaslys.
Niðurstöður: Alls leituðu 339 sjúklingar á deildina eftir hestaslys. Reykvíkingar voru 168 en aðrir 171. Konur voru 184 og karlmenn 155. Kynjadreifing í sérhverjum aldursflokki er nokkuð jöfn nema hjá táningum, þar sem slys á stúlkum eru fjórfalt algengari en á piltum. Flest urðu slysin í júní (66) en fæst í desember (3). Óræktað land var vettvangur flestra slysanna (98), en að minnsta kosti sex slys urðu á vegum. Algengustu einstöku greiningarnar voru mar á neðanverðu baki og mjaðmagrind (30), brot á rifjum (28) og hálstognun (26). Beinbrot voru alls 108. Í 24 tilfellum leiddu slysin til innlagnar á sjúkrahús.
Umræða: Hestaslys eru algeng ástæða fyrir komu á slysa- og bráðamóttöku Sjúkrahúss Reykjavíkur. Um helmingur slasaðra eru Reykvíkingar. Flest verða slysin á vorin og snemmsumars, þegar eldi er í hestunum og umgengni við þau mikil, en fæst þegar þau eru í vetrarhaga. Beinbrot eru hlutfallslega algeng og slysin oft alvarleg. Þörf er á öflugri fræðslu og forvarnarstarfi til þess að fækka hestaslysum.

E 25 **Brot á brothálsi upphandleggs meðhöndluð með Haukeland pinnum**

Yngvi Ólafsson, Brynjólfur Mogensen

Frá bæklunarlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur

Inngangur: Brot á nærenda upphandleggs eru algeng. Flest öll er hægt að meðhöndla án þess að grípa til aðgerðar. Mjög hliðruð brot á brothálsi þarf þó að rétta og festa. Ýmsum aðferðum hefur verið beitt með misjöfnum árangri. Haukeland pinnar eru sérhannaðir til þess að meðhöndla hliðruð brot á brothálsi upphandleggs. Hægt er að rétta og auka stöðugleika brotanna með percutan skurðtækni.
Efniviður og aðferðir: Haukeland pinnar voru teknir í notkun á Sjúkrahúsi Reykjavíkur 30. mars 1999 til þess að auðvelda meðhöndlun mikið hliðraðra brota á brothálsi upphandleggs. Kannaður var fjöldi sjúklinga á fyrstu níu mánuðunum, aldur, kynjaskipting, brotgerð og frumárangur meðferðar.
Niðurstöður: Frá 30. mars 1999 til 1. janúar 2000 voru Haukeland pinnar notaðir hjá átta sjúklingum til þess að rétta og festa hliðruð brot á brothálsi upphandleggs. Um er að ræða fimm konur og þrjá karla að meðaltali 80 ára (63-93) ára. Í helmingi tilvika var um brotaflokk NEER 3-4 að ræða. Notaðir voru tveir pinnar hjá fimm sjúklingum en þrír hjá þremur. Brotin lágu í vel viðundandi stöðu eftir aðgerð. Við síðasta eftirlit voru fjórir að fullu grónir. Allir sjúklingarnir voru hvattir til þess að hreyfa öxlina í kjölfar aðgerðar. Legutími var langur eða frá 1-79 daga vegna félagslegra aðstæðna. Ekki þurfti að fjarlægja pinna hjá neinum sjúklingi.
Umræða: Haukeland pinnarnir hafa þann kost að hægt er að rétta og festa brot á brothálsi upphandleggs á einfaldan hátt. Pinnunum er sökkt og gengjurnar eru það grófar að þær fá viðunandi festu þótt bein sé farið að gisna. Reynslan af notkun þessara pinna á Sjúkrahúsi Reykjavíkur lofar góðu.

E 26 **Sementlausir gerviliðir í mjöðm. Nýr valkostur á Íslandi. Kynning og fyrsti árangur**

Ríkarður Sigfússon, Svavar Haraldsson, Halldór Jónsson jr.

Frá bæklunarskurðdeild Landspítalans

Sementeraðir heilliðir í mjöðm hafa verið í notkun frá 1962. Þeir eru festir með methyl-methacrylat efni, sem tannlæknar höfðu áður notað með góðum árangri. Í upphafi var árangur mjög góður, en 10 árum síðar byrjuðu þessir liðir að losna milli beins og sements. Þá gekk verulega á beinmassann og lítið bein var eftir til þess að festa nýjan gervilið. Menn reyndu því að finna málma sem beinið gat vaxið að og þannig fest. Þá komu sementlausir gerviliðir á markað í lok áttunda áratugarins. Árangur með þá er ekki sannanlega betri en við notkun beinsements. Kosturinn er hins vegar sá að sjúklingurinn heldur betur beini og það auðveldar næstu aðgerð. Notkun slíkra liða er því heppileg hjá ungu fólki með gott bein.

Á Landspítalanum hafa tvær tegundir sementlausra gerviliða í mjöðm verið í notkun frá maí 1999. Þetta eru annars vegar svokallað CLS (Compressive Locking System) skaft og skálarhlutar sem hafa verið í notkun frá 1983 ásamt SL (Self Locking) skálarhluta og hins vegar svokallað Cone skafthlutar sem hafa verið í notkun síðastliðin sjö til átta ár.

Alls hafa níu gerviliðir verið settir í átta sjúklinga, fimm konur og þrjá karla. Meðalaldur er 41 (22-53) ár. Orsök slitgigtar var prímer hjá tveimur og sekúnder hjá sex sjúklingum. Þeir fimm sjúklingar sem fóru í aðgerð í byrjun maí 1999 eru allir verkjalausir og hafa engin merki um hreyfingu eða los á gerviliðahlutum.

E 27A **Beinbrot meðal reykvíska karla. Skráning beinbrota í hóprannsókn Hjartaverndar**

Brynjólfur Y. Jónsson[1], Kristín Siggeirsdóttir[2], Brynjólfur Mogensen[2], Gunnar Sigurðsson[3,4], Helgi Sigvaldason[4], Halldór Jónsson jr.[5]

Frá [1]handlækningadeild Sjúkrahúss Akraness, [2]slysadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [3]lyflækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [4]Hjartavernd, [5]bæklunarskurðdeild Landspítalans. Fyrirspurnir: brynjons@mmedia.is

Hóprannsókn Hjartavendar hófst 1967 og var ætlað að finna og fylgjast með áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma. Einstaklingar voru valdir með slembiúrvali úr íbúaskrá Reykjavíkur og voru þeir fæddir á árunum 1907-1934. Meðalaldur karlmanna við þátttöku í hóprannsókninni var 48,2 ár (33-64).

Í fyrsta áfanga 1967-1968 var 2.942 karlmönnum boðin þátttaka og 2.203 tóku þátt (75%). Í öðrum áfanga 1970-1971 var 2.608 körlum til viðbótar boðin þátttaka og svöruðu 2.189 (84%). Samtals voru skýrslur 4.392 karla skoðaðar.

Öll brot frá byrjun hóprannsóknarinnar fram að 31. desember 1996 voru skráð. Meðalfylgitíminn var 21 ár.

Sjúkraskýrslur karlanna á öllum þremur sjúkrahúsum borgarinnar voru athugaðar. Einnig voru skýrslur einstaklinganna á slysa-

deild kannaðar. Beinbrot vegna æxla og gömul brot voru útilokuð. Kraftur áverka var áætlaður samkvæmt E-númerum. Einnig voru athugaðar skýrslur röntgendeildar og myndir ef þess gerðist þörf.

Alls fundust 1.195 beinbrot í 822 einstaklingum (19%). Samtals voru 573 einstaklingar með eitt beinbrot, 168 fengu tvö beinbrot, það er að segja það var 30% áhætta á öðru broti. Þeir sem sem höfðu fengið tvö brot voru í 32% áhættu á að fá þriðja brotið (53 karlar). Þannig var áhættan á fleiri brotum tvöföld miðað við fyrsta brot. Fleiri brot samtímis fundust í 61 tilfelli, í 24 tilfellum var áverkinn af lágorkugerð (fall í sama plani). Handarbrot voru algengust eða 222, þar á eftir voru úlnliðsbrot 167 en mjaðmarbrot voru 96.

Brotatíðnin í þessari athugun var svipuð og í Svíþjóð en hærri en á Bretlandseyjum og í Ástralíu. Samkvæmt þessari athugun má gera ráð fyrir að fimmtungur 33-64 ára reykvískra karla fái beinbrot á næstu 20 árum.

E 27B **Beinbrotahætta meðal karla í hóprannsókn Hjartaverndar**

Höfundar sömu og í 27A

Við innritun í hóprannsókn Hjartaverndar (sjá ágrip E 27A) 1968-1972 svöruðu allir einstaklingar spurningalistum um heilsufar, lyfjanotkun og félagsstöðu.

Við Poisson-aðhvarfsgreiningu, með leiðréttingu fyrir aldur, kom í ljós 20-97% aukin brotahætta meðal karla með astma, nýrnasteina, fyrri áverkasögu, slen, óróleika og þyngdartap. Regluleg taka svefn- og verkjalyfja jók einnig brotahættuna. Brotahættan jókst um 1% fyrir hvern 1 cm líkamshæðar.

Við athugun á þeim 259 körlum sem fengu síðar beinþynningarbrot orsökuð af lágorku (fall í sama plani) reyndust astmi, nýrnasteinar, fyrri áverkar, óróleiki og slappleiki hafa forspárgildi um seinni beinbrot. Reykingar, svefn- og verkjalyfjataka voru einnig tengd aukinni beinþynningarbrotahættu. Bílaeign, atvinnurekstur og þátttaka í íþróttum minnkuðu áhættuna um 30%. Ofangreindir áhættuþættir voru til staðar en ekki eins sterkir meðal þeirra 563 karla með sögu um önnur brot en beinþynningarbrot eftir lágorkuáverka.

Samband virðist vera milli sjúkdóma, lífsstíls og áhættu á seinni beinbrotum í körlum. Mögulegt ætti að vera að nota breytilegan lífsstíl karla sem líkan til að rannsaka áhrifin á beinþynningu.

E 28 **Steinbrjótsmeðferð í börnum**

Snorri Björnsson, Guðjón Haraldsson, Guðmundur Vikar Einarsson, Egill Jacobsen

Frá þvagfæraskurðdeild Landspítalans

Ágrip: Níu börn hafa þurft steinbrjótsmeðferð vegna nýrnasteina síðustu ár. Skoðaðar eru orsakir fyrir nýrnasteinum. Steinbrjótsmeðferðin sjálf og hvernig börnum vegnaði eftir steinbrjótsmeðferð.

Efniviður og aðferðir: Greiningar á nýrnsteinum hjá börnum í sjúkraskrám á Landspítalanum voru athugaðar, síðan steinbrjótsmeðferð hófst það er 1994. Leitað var upplýsinga um aldur, staðsetningu steins, síðu, stærð, fjölda, meðferðarform í steinbrjóti, orsök og útkomu eftir steinbrjótsmeðferð.

Niðurstöður: Tíu tilfelli fundust og voru börnin á aldrinum 21 mánaðar og upp í 15 ára. Öll voru þau með einn stein og í nær öllum tilfellum var orsökin metabólísk, það er hyperclasiuria, hypocitrauria og hypomagnesuria. Einnig var sýking orsök eins steins og erfðafræðileg orsök fyrir öðrum. Meðferð í steinbrjóti fór eftir aldri, þyngd og stærð steins. Allir steinarnir brotnuðu og í eftirlitsmynd eftir steinbrjótsmeðferð var ekki hægt að sýna fram á neina steina. Steinbrjótsmeðferðinni fylgdu engar aukaverkanir.

Ályktanir: Efnaskiptalegar truflanir eru helstu orsakir nýrnasteina í börnum (hér á landi). Steinbrjótsmeðferð er bæði árangursrík gegn nýrnasteinum og hefur ekki miklar aukaverkanir. Allir steinar voru brotnir og á þvagfærayfirlitsmyndum sem teknar voru þremur vikum eftir meðferð greindust engir steinar.

E 29 **Tuna. Ný meðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli**

Ársæll Kristjánsson, Eiríkur Jónsson, Guðmundur Geirsson, Þorsteinn Gíslason, Geir Ólafsson

Frá þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: arsaellk@shr.is

Inngangur: Miklar breytingar í meðferð góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli hafa átt sér stað á undanförnum árum. Auk hefðbundinnar aðgerðar (TURp) sem ennþá er álitin „gold standard" hefur lyfjameðferð verið beitt við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli með einkennum. Á allra síðustu árum hefur ný tækni verið þróuð til að meðhöndla sjúklinga með góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli samfara einkennum. Markmið slíkrar tækni er að minnka áhættu fyrir sjúklinga samfara aðgerðinni, stytta legutíma og minnka einkenni sjúklinga.

Efniviður og aðferðir: Við TUNA (Transurethral needle ablation) meðferð eru lágtíðni útvarpsbylgjur (465 kHz) notaðar til að hita blöðruhálskirtilinn. Tveimur nálum er stungið í kirtilinn á fyrirfram ákveðnum stöðum og hann hitaður upp í 90-100°C á svæðum kringum nálarendana. Við það verður drep í kirtlinum á ákveðnum svæðum. Haustið 1999 var TUNA meðferðin tekin í notkun. Meðferðin er gefin í staðdeyfingu í þvagrás auk róandi/verkjastillandi lyfja í æð og fer fram á göngudeild.

Niðurstöður: Sjúklingar útskrifast nokkrum tímum eftir meðferðina með þvaglegg sem er fjarlægður næsta dag. Tveir sjúklingar þurftu að leggjast inn vegna blóðmigu sem hreinsaðist upp á tveimur til fjórum dögum. Báðir höfðu tekið aspirin® fram að meðferð. Lýst verður breytingum á einkennum og þvagflæði fyrir og þremur mánuðum eftir aðgerð.

Umræða: TUNA meðferð er áhættulítil fyrir sjúklinga og hentar því vel þar sem TURp aðgerð er áhættusöm. Stuttur legutími eftir aðgerð minnkar kostnað verulega samanborið við TURp. Erlendar rannsóknir sýna góðan árangur tveimur árum eftir aðgerð. Lengra eftirlit þarf til að meta árangur meðferðarinnar hérlendis. TUNA meðferð eykur valmöguleika við meðferð á góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli samfara einkennum.

E 30 **Holmium leysir í þvagfæraskurðlækningum**

Guðmundur Vikar Einarsson, Guðjón Haraldsson

Frá þvagfæraskurðdeild Landspítalans
Fyrirspurnir: gudmein@rsp.is

Inngangur: Nokkrar tegundir leysa (lasers) eru notaðar í skurðlækningum. Bylgjulengdin fer eftir tegund vefs eða aðskotahlutar (steins), í hvaða umhverfi er unnið og hvort aðgerðin sé í gegnum holsjár (endoscopisk tæki) eða ekki. Í þvagfæraskurðlækningum er leysir notaður oftast í holsjám. CO_2 leysir er einnig notaður á penis. Nd:YAG leysir var notaður á blöðruæxli og blöðruhálskirtil. Holmium leysir kom síðar og hefur þann mikla kost að geta bæði brotið steina og skorið vef.

Efniviður og aðferðir: Skýrt er frá notkun og reynslu af Holmium leysi í þvagfæraskurðlækningum á Landspítalanum fyrsta árið. Fjöldi aðgerða var 33. Þær skiptust í þvagrásarskurð (11), blöðruhálskirtilsúrnám og -skurð (10), blöðrusteinar brotnir (7) og brotnir steinar í þvagál (5).

Þvagrásarskurðir (urethrotomia interna) gengu vel og var notuð fremur lítil orka, eða 15-20 wött. Flestir voru með þvaglegg í fimm daga. Blöðruhálskirtilsúrnám og -skurður (prostata resectio og incisions) gengu vel en valdir voru litlir blöðruhálskirtlar og blöðruhálsþrengingar. Notuð var há orka, eða 50-80 wött. Flestir höfðu þvaglegg í tvo til þrjá daga. Blöðrusteinar voru brotnir (vesicolithotripsy) með mjög góðum árangri og notuð lágorka. Með þvagálssjá er auðvelt að nota til dæmis 200 µ leysiþráð og gekk vel að brjóta þvagálssteina (ureterolithotripsy) með lágorku, eða 2,5-8 wött.

Niðurstöður: Kosturinn við Holmium leysi er breytilegt orkusvið þar sem hægt er að nota lágorku á steina, miðháa orku á þrengsli (strictura) og háa orku á blöðruhálskirtil (prostata) og blöðruháls. Engar aukaverkanir urðu sem rekja má til orkugjafans. Holmium leysirinn kemur að góðum notum við þvagrásarþröng en endurkomur þrengsla verða ekki metnar á svo stuttum tíma. Notkun hans við þvagrásarþröng barna er kjörin. Holmium leysirinn verkar mjög vel á steina og kemur sérstaklega að góðum notum í þvagálssteinum þar sem leiðarinn er mjór og orkan er lítil svo að þvarfæraþekjan skemmist ekki. Besta aðgerðin við blöðruhálskirtilsstækkun er enn talin vera TURP. Blöðruhálskirtilsúrnám með leysi hefur þó ákveðna kosti. Lítil blæðing er við leysiaðgerðina og hægt að hjálpa einstaklingum sem eru í áhættuhópi.

Ályktanir: Erfitt er að draga miklar ályktanir af svo litlum efniviði á svo stuttum tíma. Aukaverkanir eru fáar og Holmium leysirinn er umhverfisvænn. Hann er afgerandi í skurð á vef í gegnum holsjár eins og í þvagrásarþröng og blöðruhálskirtli. Hann brýtur steina vel og sem viðbót við ESWL höggbylgjusteinbrjótinn kemur hann að góðum notum við þvagáls- og nýrnasteina.

E 31 **Meðferð góðkynja blöðruhálskirtilsstækkunar á Íslandi**

Sigmar Jack[1], Guðmundur Geirsson[2], Jónas Hallgrímsson[3]

Frá [1]læknadeild HÍ, [2]þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [3]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði
Fyrirspurnir: gg@shr.is

Inngangur: Á síðasta áratugi hafa orðið verulegar breytingar á meðferð góðkynja blöðruhálskirtilsstækkunar (BPH). Fjöldi brottnámsaðgerða á blöðruhálskirtli um þvagrás (TURP) hefur minnkað verulega, á sama tíma sem meðferð með lyfjum af gerð α_1-blokka og 5-α redúktasa hemjara, hefur aukist mikið.

Markmið rannsóknarinnar var að taka saman tíðnitölur og meta kostnað varðandi ofangreindar breytingar á meðferð vegna góðkynja blöðruhálskirtilsstækkunar. Einnig hvort ábendingar fyrir brottnámsaðgerðum á blöðruhálskirtli um þvagrás hafi breyst eftir tilkomu nýrra lyfja.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar um fjölda sjúklinga á Íslandi á árunum 1984-1999, sem fóru í brottnámsaðgerðir á blöðruhálskirtli um þvagrás, voru fengnar frá Rannsóknastofu HÍ í meinafræði og frá FSA og upplýsingar um lyfjanotkun frá Tryggingastofnun. Yfirfarnar voru sjúkraskrár þeirra sem gengust undir þessar aðgerðir á Landakoti og SHR á tímabilunum 1988-1989 og 1998-1999 og bornar voru saman ábendingar fyrir aðgerðum á hvoru tímabili fyrir sig.

Niðurstöður og ályktanir: Fjöldi aðgerða náði hámarki árið 1992 þegar þær voru 454 talsins en síðan þá hefur þeim fækkað árlega og voru á liðnu ári 231 en það er tæplega 50% fækkun á átta árum. Á sama tímabili hefur lyfjameðferð og kostnaður vegna hennar margfaldast.

Lagt verður mat á mismun kostnaðar þessara tveggja meðferðartegunda við góðkynja blöðruhálskirtilsstækkun og upplýsingar um hugsanlega breyttar ábendingar fyrir brottnámsaðgerðum á blöðruhálskirtli um þvagrás verða kynntar ásamt þeim ályktunum sem af niðurstöðum kunna að vera dregnar.

E 32 **Nýgengi og afdrif sjúklinga sem greindust með krabbamein í þvagblöðru á tímabilinu 1986-1988**

Magnús Hjaltalín Jónsson[1], Eiríkur Jónsson[2], Ársæll Kristjánsson[2], Kjartan Magnússon[3], Hrafn Tulinius[4]

Frá [1]læknadeild HÍ, [2]þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [3]krabbameinsdeild Landspítalans, [4]Krabbameinsfélagi Íslands
Fyrirspurnir: arsaellk@shr.is

Inngangur: Árlega greinast á Íslandi milli 40 og 50 einstaklingar með krabbamein í þvagblöðru sem er þriðja algengasta krabbameinið hjá íslenskum karlmönnum. Nýgengi þessa æxlis hefur vaxið verulega síðastliðna áratugi hérlendis (1). Ástæður þessarar aukningar eru að mestu ópekktar.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn og náði til greiningaráranna 1986-1988. Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands var notuð til að finna einstaklinga með greininguna krabbamein í þvagblöðru. Meingerð, gráða æxlisins og stigun voru skoðuð úr gögnum Rannsóknastofu HÍ í meinafræði. Núverandi ástand sjúklinga fram til 31. desember 1998 var metið úr gögnum Hagstofu Íslands, dánarvottorðum og krufningarskýrslum. Afdrif sjúklinga er gengust undir brottnám þvagblöðru eða geislameðferð voru athuguð sérstaklega.

Niðurstöður: Flestir höfðu æxlismeingerðina transitional cell carcinoma (TCCA) eða 114 (97,4%). Meðalaldur við greiningu var 67 ár, þriðjungur voru konur. Tíu árum eftir greiningu var þriðjungur karlanna og fjórðungur kvennanna látinn úr sjúkdómnum. Taflan sýnir skiptingu TCCa eftir æxlisstigi.

T-stig	Fjöldi	Hlutfall greindra (%)	Fimm ára lifun (%)	Tíu ára lifun (%)	LVS* (%)
Ta	66	(56,4)	(98,3)	(92,5)	(6,0)
Tis	4	(3,4)	(100,0)	(75,0)	(50,0)
T_1	15	(12,8)	(57,4)	(49,2)	(47,0)
T_2	18	(15,4)	(27,3)	(0,0)	(78,0)
T_3	2	(1,7)	(0,0)	–	(100,0)
T_4	8	(6,8)	(0,0)	–	(100,0)

*LVS: látinn vegna sjúkdóms.
Ta: papillary yfirborðslæg æxli; Tis: setmein (cancer in situ); T_1: innvöxtur í submucosa; T_{2-3}: ífarandi vöxtur í vöðvalög; T_4: vöxtur í nærliggjandi líffæri.

Nítján fengu geislameðferð í lækningarskyni og af þeim létust 13 (68,4%) af völdum sjúkdómsins. Sjö gengust undir brottnám þvagblöðru. Einn lést innan mánaðar frá aðgerð en aðrir létust af völdum sjúkdómsins.

Umræða: Einstaklingar með æxli einungis bundin við yfirborðslög þvagblöðru hafa góðar lífshorfur. Slík æxli hafa þó ákveðna tilhneigingu til að vaxa ífarandi og versna lífshorfur einstaklinga þá til muna. Einstaklingar með ífarandi æxlisvöxt á þessu tímabili höfðu slæmar lífshorfur.

Heimild

1. Íslenska Krabbameinsskráin; 1998.

E 33 **Afdrif 14 sjúklinga frá Suður-Svíþjóð með krabbamein í þvagblöðru fimm árum eftir brottnám þvagblöðru og nýmyndun þvagfæra**

Ársæll Kristjánsson[1], Bengt Uvelius[2], Thomas Davidsson[3], Wiking Månsson[2]

Frá [1]Sjúkrahúsi Reykjavíkur, [2]Háskólasjúkrahúsinu Lundi, [3]Háskólasjúkrahúsinu Malmö
Fyrirspurnir: arsaellk@shr.is

Inngangur: Brottnám þvagblöðru með eða án lyfjameðferðar og/eða geislameðferðar er beitt á mörgum stöðum við krabbamein sem er illa þroskað og vex útbreitt í þvagblöðru og/eða vex inn í vöðvalög þvagblöðrunnar. Við nýmyndun þvagfæranna er þvagi safnað í poka á kviðinn eða í nýja blöðru gerða úr görn. Í Lundi gengust 60 sjúklingar með krabbamein í þvagblöðru á tímabilinu 1994-1996 undir síka aðgerð. Gerð er grein fyrir árangri meðferðar hjá 14 sjúklingum.

Efniviður og aðferðir: Hjá 12 karlmönnum og tveimur konum með krabbamein í þvagblöðru, meðalaldur 66 (59-74) ár, var klínísk stigun: T1, G3 (útbreitt) fjórir sjúklingar; T2 fimm sjúklingar; T3a fimm sjúklingar; NO 14 sjúklingar og MO 14 sjúklingar. Tveir sjúklingar (T3) fengu geislameðferð fyrir aðgerð (20 Gy í fimm daga). Eftir brottnám þvagblöðru og blöðruhálskirtils hjá karlmönnum var þvag leitt út á kviðinn hjá átta sjúklingum með hluta smágirnis (15-20 cm) og safnað í poka. Hjá sex sjúklingum var ný blaðra mynduð úr digurgirni (right colon). Nýja blaðran var tengd við þvagrásina (urethra) hjá fjórum sjúklingum og hjá tveimur var hluti smágirnis (terminal ileum) notaður milli nýju blöðrunnar og húðar og þvagleggur notaður við tæmingu.

Niðurstöður: Hjá 12 sjúklingum var aðgerðin dæmd radical og af þeim höfðu tveir vöxt í fituvef utan við þvagblöðru (T3b). Eitlameinvörp fundust ekki hjá neinum. Fylgikvilla stuttu eftir aðgerð fengu fjórir sjúklingar og fjórir fengu síðkomna fylgikvilla. Tíu sjúklinganna (71%) eru á lífi fimm árum eftir aðgerð.

Umræða: Fjöldi sjúklinga með krabbamein í þvagblöðru sem þarfnast brottnáms og nýmyndunar blöðru er vaxandi (1,2). Aldur er ekki frábending meðferðar. Fylgikvillar geta komið mörgum árum eftir aðgerð og því er reglulegt eftirlit með þessum sjúklingum nauðsynlegt.

Heimildir

1. The Swedish Cancer Registry; 1995.
2. Íslenska Krabbameinsskráin; 1998.

E 34 **Krabbamein á vélinda/maga mótum. Óskurðtækt við greiningu en skurðtækt eftir lyfjameðferð. Sjúkratilfelli**

Gísli Jens Snorrason, Friðbjörn Sigurðsson, Hjörtur Gíslason

Frá skurð- og krabbameinslækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hjorturg@shr.is

Inngangur: Krabbameini á maga/vélinda mótunum er vaxandi vandamál á Vesturlöndum, og þörf er á betri meðferðarmöguleikum. Meinvörp í eitlum eru ekki frábending aðgerðar og hafa rannsóknir sýnt að með aðgerð með víðtæku eitlanámi er hægt að lækna sjúklinga í 10-20% tilfella. Auk þess getur aðgerð lengt líftíma og haft líknandi gildi.

Sjúkratilfelli: Tuttugu og þriggja ára gamall maður var lagður inn í byrjun september 1999 með sex vikna sögu um kyngingarörðugleika og brjóstsviða. Speglun sýndi krabbamein neðst í vélinda. TS sýndi fyrirferðaraukningu (tumor) og grun um meinvörp í eitlum. Við aðgerð fannst stórt æxli á mótum vélinda og maga (cardiasvæði magans) sem var samvaxið eitlaberði frá vélindaopi og niður að brisi. Sjúkdómurinn var dæmdur óskurðtækur, tekin voru sýni og skurði lokað. Sjúklingur fékk síðan krabbameinslyfjameðferð í þrjá mánuði með epírúbícíni, cisplatíni og 5-FU (ECF), þar sem 5-FU var gefið í sídælu. CEA var 180 en í lok meðferðar hafði það lækkað í 18. Að lokinni lyfjameðferð var TS rannsókn eðlileg. Gerð var ný aðgerð um miðjan desember 1999 og fundust nokkuð stækkaðir eitlar við vinstri magaslagæð og meginlifrarslagæð en æxli vart þreifanlegt. Maginn var tekinn ásamt neðri tveimur þriðja hluta vélinda og víðtæku eitlabrottnámi og Roux-Y endurtengingu. Vefjaskoðun sýndi meinvörp í sjö af 21 eitli og sár og örvefssvæði á cardia/vélindasvæðinu með lítilsháttar æxlisvexti. Gangur eftir aðgerð var eðlilegur og útskifaðist sjúklingur á 12. degi. ECF lyfjameðferð er síðan fyrirhuguð í þrjá til fjóra mánuði.

Ályktanir: Góð svörun við lyfjameðferð gerði sjúkling skurðtækan. Rannsóknir eru í gangi til að kanna hvort samhnýtt lyfja- og skurðaðgerð auki lifun í þessum sjúklingahópi.

E 35 **Brottnám krabbameins úr barkakýliskoki og endursköpun með fríum sveifarflipa.**

Elísabet Guðmundsdóttir[1], Rafn Ragnarsson[1], Hannes Hjartarson[2]

Frá [1]handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]háls-, nef og eyrnadeild Landspítala Fossvogi

Inngangur: Aðgerðir vegna krabbameina í barkakýliskoki sem og endursköpun á þessu svæði eru flóknar og tæknilega erfiðar. Með tilkomu smásjárskurðlækninga og flutnings frírra flipa hafa orðið miklar framfarir í endursköpun á hálsi og andlitssvæði eftir aðgerðir vegna krabbameina. Notkun frís sveifarflipa við endursköpun barkakýliskoks og vélinda var fyrst lýst árið 1985, en mörgum árum áður var farið að nota bæði stilkaða og fría ásgarnarflipa.

Við kynnum hér fyrstu þrjú tilfellin á Íslandi þar sem frír sveifarflipi var notaður í þessum tilgangi.

Efniviður og aðferðir: Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengist höfðu undir aðgerð þar sem frír sveifarflipi var notaður við endursköpun barkakýliskoks.

Niðurstöður: Á þriggja ára tímabili, frá september 1996 til október 1999 gengust þrír sjúklingar undir aðgerð þar sem barkakýliskok var fjarlægt og frír sveifarflipi notaður við endursköpun. Sjúklingarnir voru karlmenn á aldrinum 52, 60 og 67 ára. Í öllum tilfellum var um flöguþekjukrabbamein að ræða og höfðu allir sjúklingarnir gengist undir geislameðferð 70 Gy. á svæðið fyrir aðgerð.

Einn flipi drapst í kjölfar sýkingar 13 dögum eftir aðgerð. Tveim vikum seinna var framkvæmd vel heppnuð enduraðgerð með sams konar flipa. Sjúklingarnir fengu allir talventil með viðunandi árangri og voru farnir að nærast um munn að meðaltali sjö dögum eftir aðgerð. Fistlar eða þrengsli mynduðust ekki hjá neinum sjúklinganna.

Umræða: Aðgerðir á barkakýlkiskoki og vélindasvæði vegna krabbameins eru vegna flókinnar starfsemi þessara líffæra vandasamar aðgerðir. Fimm ára lifun sjúklinga sem einungis fá geislameðferð við þessum sjúkdómi er um 20%. Með aðgerð eins og að ofan er lýst má búast við mun betri lífslíkum, eða allt að 50%. Vel heppnuð endursköpun koks og vélinda eykur mjög lífsgæði þessara sjúklinga og er mikilvægt við aðgerðir af þessum toga að til sé samhæft teymi háls-, nef og eyrnaskurðlækna og lýtalækna.

Sjúklingar með flöguþekjukrabbamein á þessu svæði hafa í öllum tilfellum fengið fulla geislameðferð fyrir aðgerð. Með flutningi frís flipa til endursköpunar fer vel gegnumblæddur vefur á svæði þar sem fyrir er geislaður vefur með lélega blóðræsingu. Inngripið

sem þarf til að ná sveifarflipanum er lítið miðað við frían ásgarnarflipa sem er ótvíræður kostur. Samkvæmt stóru erlendu uppgjöri eru fistlar og þrengingar algengari hjá sjúklingum með sveifarflipa en með ásgarnarflipa, en hjá okkar sjúklingum voru engir slíkar fylgikvillar. Í sama uppgjöri voru sýkingar og drep algengari í ásgarnarflipum, en við fengum drep í einn flipa í kjölfar sýkingar.

Við teljum að endursköpun koks með fríum sveifarflipa, sé góður kostur og vel framkvæmanlegur.

E 36 **Slagæðarof við olnbogaliðhlaup**
Hjalti Már Björnsson, Sigurgeir Kjartansson

Frá skurðlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hmb@centrum.is

Æðasköddun við olnbogaliðhlaup er sjaldgæfur áverki. Árið 1985 hafði aðeins verið lýst 20 tilfellum í enskum fagbókmenntum. Af þeim hafði æðin verið saumuð hjá þremur með viðunandi árangri. Hnýtt var fyrir enda æða eða beðið án aðgerðar hjá sjö, þar af með viðunandi árangri hjá tveimur en ekki getið um árangur hinna fimm. Bláæðaígræðslu í slagæð var fyrst lýst 1966 og var henni beitt hjá hinum 11 og er nú almennt viðtekin aðgerð vegna slagæðarofs án tillits til eðlis áverka.

Lýst er sjúkrasögu 23 ára manns sem fór úr olnbogaliði í fótbolta. Við komu á slysadeild fundust ekki púlsar í sveifarslagæð (a. radialis) eða upparmsslagæð (brachialis) og því vaknaði grunur um að æð væri klemmd. Olnboga var kippt í liðinn á bráðamóttöku án erfiðleika og röntgenmynd sýndi engin merki um brot. Þar sem handleggur var kólnandi með dofa og fölva á fingrum var tekin æðamynd sem sýndi stíflaða upparmsslagæð neðan við miðjan upphandlegg, en fylling sást við kvíslun hennar neðan við olnboga. Var æðin könnuð í aðgerð þar sem í ljós kom rof á slagæðinni og var efri hluti æðarinnar kraminn á um 7 cm bili. Tekinn var hæfilegur bútur af innanarmsbláæð (v. basilica) og saumaður viðsnúinn í upparmsslagæð og fékkst þannig gott flæði og púls niður á úlnlið.

Á þriðja degi var vaxandi bjúgur með dofa fram í fingur með minnkandi dopplerpúls. Þar sem ljóst var að rýmisheilkenni (compartment-) var hlaupið í handleggsvöðva var skurðurinn opnaður á ný, græðlingurinn snyrtur og æðin víkkuð neðan við tengingu. Jafnframt var gerð vöðvafellspretta (fasciotomia) á fram- og upphandlegg, æðagræðlingur þakinn með jarðarmensflipa og vöðvi á aftanverðum upphandlegg síðar þakinn með húðgræðlingi. Eftirmeðferð var tíðindalaus með daglegri gæslu og háþrýstisúrefnismeðferð og við skoðun þremur mánuðum síðar varð ekki vart taugaskaða, lítið vantaði á hreyfingu í olnbogalið og höndin var vel blóðvædd.

E 37 **Fyrirburi með fyrirferð í lifur. Sjúkratilfelli**
Anna Gunnarsdóttir[1], Guðmundur Bjarnason[2], Kristrún R. Benediktsdóttir[3], Atli Dagbjartsson[4]

Frá [1]handlækningadeild Landspítalans, [2]Barnaspítala Hringsins barnaskurðdeild, [3]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði, [4]Barnaspítala Hringsins vökudeild.

Tuttugu og sex ára fjölbyrja leitaði á fæðingadeild Landspítalans eftir 36 vikna eðlilega meðgöngu vegna tveggja daga sögu um minnkandi fósturhreyfingar. Sónarskoðun leiddi í ljós gríðarstóra fyrirferð í kviðarholi fósturs. Eftir að barnið hafði verið tekið með keisaraskurði staðfesti tölvusneiðmynd af kviðarholi stóra fyrirferð í lifur, 8 cm í mesta þvermál. Æxlið var fjarlægt á fyrsta sólarhring með skurðaðgerð. Skurðbrúnir á æxli voru ekki fríar. Í síðasta eftirliti 10 mánuðum eftir aðgerð var barnið almennt hraust og á tölvusneiðmynd sáust ekki merki um æxlisvöxt.

Lifraræxli eru afar sjaldgæf hjá börnum og eru um 2/3 þeirra illkynja. Erfitt reyndist að vefjagreina æxlið en þó virtist vera um að ræða góðkynja mesenchymal hamartoma.

Er það í fyrsta skipti sem slíkt greinist hérlendis.

Sjúkratilfellið verður kynnt og fjallað um mismunagreiningar.

E 38 **Áunnin fiskihúð. Sjúkratilfelli**
Theodór Ásgeirsson[1], Páll Helgi Möller[1], Hjörtur Gíslason[1], Steingrímur Davíðsson[2]

Frá [1]handlækninga- og [2]húð- og kynsjúkdómadeild Landspítalans
Fyrirspurnir: pallm@rsp.is

Paraneoplastísk heilkenni geta komið fram í ýmsum líffærakerfum svo sem innkirtlakerfi, taugakerfi, blóð og húð. Áunnin fiskihúð (ichthyosis) er eitt af mörgum paraneoplastískum heilkennum í húð sem getur sést í tengslum við illkynja sjúkdóma. Fimmtán prósent þeirra sem greinast með áunna fiskihúð hafa illkynja sjúkdóm, en algengastir þeirra eru Hodgkins sjúkdómur, önnur eitilfrumukrabbamein og kirtilfrumukrabbamein.

Hér er fjallað um 78 ára gamlan karlmann sem lagðist inn til aðgerðar vegna kirtilfrumukrabbameins í maga en hann hafði nokkurra mánuða sögu um megrun og slappleika. Síðar kom einnig í ljós að á sama tíma hafði sjúklingur tekið eftir vaxandi þurrki í húð. Eftir aðgerð var fengið álit húðsjúkdómalæknis og reyndist hér vera um dæmigerða fiskihúð að ræða en hún var mest áberandi á fótleggjum.

Meðferð beinist að einkennum sjúklings (húðþurrki) sem annars hverfa eftir því sem lengra líður frá brottnámi krabbameinsins. Okkar sjúklingur var meðhöndlaður með rakakremi en þurrkurinn hvarf á nokkrum vikum eftir aðgerð.

Mikilvægt er að vera vakandi fyrir paraneoplastískum heilkennum, því þau geta gefið grun um illkynja sjúkdóm. Hægt er að nota heilkenni til að fylgjast með klínískum gangi sjúkdóms.

E 39 **Húðþyrmandi brottnám brjósts vegna krabbameins og tafarlaus endursköpun**
Sigurður E. Þorvaldsson[1], Þorvaldur Jónsson[2]

Frá [1]lýtalækningadeild Landspítalans, [2]skurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: sthorval@rsp.is

Skurðaðgerðir við brjóstakrabbameini hafa þróast í átt til minna ágengra aðgerða. Þannig er hlutabrottnám (fleygskurður) með geislameðferð á eftirstæðan brjóstvef nú viðtekin meðferð, einkum við meðferð á litlum æxlum sem ekki eru miðlæg í brjósti. Miðlæg æxli, þó lítil séu, eða útbreitt setkrabbamein (carcinoma-in-situ) krefjast oftast fullkomins brjóstabrottnáms (mastectomy) ef öryggi á ekki að vera fórnað.

Síðustu ár hefur húðþyrmandi brottnám (skin-sparing mastectomy) verið viðurkenndur aðgerðarkostur hjá sjúklingum í þessum hópum sem óskað hafa eftir endursköpun brjósts um leið og brottnám er gert. Húðþyrmandi brottnám innifelur að fjarlægður er vörtubaugur með geirvörtu og um það bil 5 mm af húð umhverfis vörtubaug auk alls brjóstkirtilvefs. Meginhluti brjóstahúðar er þannig skilinn eftir til að nota við endursköpunina. Valkostir þar eru þeir sömu og við síðbúna endursköpun, það er sílíkoninnlegg, latissimus dorsi flipi eða TRAM flipi.

Líkega er enginn þáttur í endursköpun brjósts þýðingarmeiri en

húðin sem umlykur brjóstkirtilinn, mótar útlínu brjóstsins og skapar fellinguna þar sem brjóstið fellur frá brjóstveggnum.

Við höfum beitt þessari aðferð hjá tveimur sjúklingum þar sem húðþyrmandi brottnám var talinn öruggur kostur frá krabbameinslækningasjónarmiði. Báðir sjúklingarnir voru ungar grannholda konur með lítil brjóst. Þær voru fyrir aðgerð taldar hafa útbreitt setkrabbamein en lítinn eða engan ífarandi æxlisþátt. Umfang sjúkdómsins í hlutfalli við brjóstastærð gaf ekki kost á fleygskurði. Þeim var því boðin húðþyrmandi brottnámsaðgerð og endursköpun með sílíkoninnleggi undir brjóstvöðva i sömu aðgerð. Vefjarannsókn í báðum tilfellum staðfesti að brottnámsaðgerðin var fullnægjandi.

Lokaorð: Í völdum tilfellum getur verið rétt að yfirvega húðþyrmandi brottnám brjósts. Þessar aðgerðir eru enn eitt skref í þróun meðferðar við krabbameini í brjóstum. Að fullnægðum kröfum um krabbameinslækningu þá er endursköpun brjósts og tilraun til þess að skila sjúklingum aftur út í daglegt líf með sem eðlilegastan líkama krafa dagsins í dag.

E 40 **Bráð hálsfellsbólga með drepi**

Einar Ólafsson, Hannes Petersen

Frá háls-, nef og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: hpet@shr.is

Bráðri hálsfellsbólgu með drepi (necrotising fasciitis) var fyrst lýst í tímaritsgrein árið 1952 sem sýkingu er breiðist út með fellslögum líkamans til dæmis á hálssvæði, en algengara er að sjá þessa sýkingu í kviðvegg eða í nára. Um er að ræða bakteríusýkingu sem breiðist hratt út eftir fellslögum háls en engin eiginleg ígerðar- (abscess) myndun verður. Oft er um að ræða fleiri en eina bakteríutegund. Mikil eyðilegging verður á því svæði sem sýkingin herjar á, ef ekki er gripið í taumana með viðeigandi meðferð. Skurðaðgerð er lykilatriði í að hindra útbreiðslu sýkingarinnar.

Lýst er þremur tilfellum sem greind hafa verið á háls-, nef- og eyrnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur á síðastliðnum 10 árum. Um er að ræða eina konu og þrjá karlmenn. Farið verður í einkenni, greiningu og meðferð sjúkdómsins.

E 41 **Meðferð æðaáverka til efri útlima**

Brynhildur Eyjólfsdóttir, Georg Steinþórsson, Gunnar H. Gunnlaugsson

Frá æðaskurðlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur
Fyrirspurnir: brynhild@shr.is

Inngangur: Alvarlegir áverkar á meginæðum til efri útlims eru sjaldgæfir hér á landi.

Oft á tíðum eru þessir áverkar mjög alvarlegir og geta leitt til lífshættulegra blæðinga, eða blóðþurrðar og getur það valdið varanlegum skaða. Lýst verður þremur sjúkratilfellum, farið í greiningaraðferðir, meðferð og árangur.

Efniviður: *Sjúkratilfelli 1:* Nítján ára karlmaður sem við togáverka fékk lokun á A. axillaris og skaða á N. axillaris. Greindist eftir tvo mánuði, æðin saumuð saman með góðum árangri.

Sjúkratilfelli 2: Nítján ára karlmaður sem fékk skotsár efst á brjóstkassa, mánuði seinna greindist hann með falskan æðagúl og var gert við það með bláæðabút.

Sjúkratilfelli 3: Fjörutíu og eins árs karlmaður sem var stunginn með hnífi. Hlaut áverka á A. axillaris og töluverðan taugaskaða. Gert við æðina með bláæðabút og fékkst góð blóðrás á eftir.

Umræða: Umræddir áverkar eru sjaldgæfir á Íslandi, oftast er um að ræða yngra fólk. Með auknu ofbeldi má búast við að þessum áverkum komi til með að fjölga.

Notkun æðamyndatöku er mikilvæg til staðfestingar og staðsetningar áverka og gæti hugsanlega í völdum tilfellum verið notuð sem meðferðartækni. Þegar þessir áverkar eru meðhöndlaðir snemma er varanleg örorka vegna blóðþurrðar sjaldgæf. Þrátt fyrir að aflimunartíðni sé mjög lág eftir viðgerð á æðaáverka er starfræn örorka oftast tengd meðfylgjandi taugaáverka.

E 42 **Upphaf gerviliðaaðgerða í mjöðm á Íslandi**

Ásgeir Guðnason[1], Höskuldur Baldursson[1], Þorvaldur Ingvarsson[2], Halldór Jónsson jr.[1]

Frá [1]bæklunarskurðdeild Landspítalans, [2]bæklunarskurðdeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Inngangur: Gerviliðaaðgerðir í mjöðm eru í dag algengustu og best þekktu bæklunarskurðaðgerðir í heiminum. Talið er að Smith Petersen í Boston hafi gert fyrstu gerviliðaaðgerðina árið 1923 með því að klæða glerbolla yfir liðkúluna, svokallaða „cup arthroplasty". Árið 1938 komu vitallium málmbollar á markaðinn og varð notkun þeirra kjöraðgerð við slitgigt í mjaðmarliðum. Um 1950 kom Judet í Frakklandi með fyrsta hálfliðinn, sem var akrýlkúla á stilk. Í kjölfarið komu Austin Moore og Fred Thompson með stálkúlu á stilk. Þessar aðgerðir, svokallaðar „hemi-arthroplasty", urðu kjörmeðferð við brot á lærleggshálsi. Fyrsta gerviliðaaðgerðin á Íslandi var gerð með vitallium bolla af prófessor Snorra Hallgrímssyni á Landspítalanum árið 1945. Fyrsta bæklunarskurðdeildin á Íslandi var opnuð á Landspítalanum árið 1972. Tilgangur rannsóknarinnar var að rekja þróun gerviliðaaðgerða á Íslandi frá upphafi og fram til 1972 og vekja athygli á breytingum tengdum brautryðjendum.

Efniviður og aðferðir: Farið var í gegnum handskrifaðar innlagnar- og aðgerðarbækur sem varðveittar eru á Landspítalanum. Þessu til staðfestingar var farið í gegnum sambærileg læknabréf. Auk þess var haft samband og rætt við lækna og aðstandendur sem muna eftir og varðveita minningar og gögn frá þessum tíma.

Niðurstöður: Verða kynntar á þinginu.

E 43 **Tvö tilfelli af þvagfæraskurðdeildinni. Bleikfrumuæxli í báðum nýrum og þvagálsstífla vegna rauðkyrningsíferðar**

Geir Tryggvason[1], Birna Guðmundsdóttir[2], Eiríkur Jónsson[2], Ársæll Kristjánsson[2], Hafsteinn Guðjónsson[3], Óskar Einarsson[4], Magnús Lúðvíksson[5], Sigfús Nikulásson[6], Jón Gunnlaugur Jónasson[6]

Frá [1]læknadeild HÍ, [2]þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [3]þvagfæraskurðdeild Sjúkrahúss Akraness, [4]lyflækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [5]röntgendeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [6]Rannsóknastofu HÍ í meinafræði
Fyrirspurnir: geirt@centrum.is

Bleikfrumuæxli (oncocytoma) er góðkynja æxli í nýra sem hefur svipað útlit og nýrnafrumukrabbamein á myndgreiningu. Afar sjaldgæft er að hafa slík æxli í báðum nýrum hvað þá fleira en eitt í hvoru nýra (multifocal). Lýst er tilfelli 67 ára gamalls karlmanns með slíkan fund og fór hann í hlutabrottnám á vinstra nýra en æxlin í hægra nýra skilin eftir þegar ljóst var á sýnatökum í aðgerð að um góðkynja æxli var að ræða.

Eósínfíkils þvagálsbólga er afar sjaldgæft ástand og er lýst tilfelli 62 ára karlmanns með blóðmigu og síðuverki frá vinstri þvagálsstíflu nærri þvagblöðru. Hann fór í hlutabrottnám á þvagálnum og endurtengingu á þvagál í blöðru. Meinafræðiskoðun leiddi í ljós rauðkyrningsíferð í þvagálinn sem orsakaði umrædda stíflu.

Ofannefndum tilfellum er lýst og gerð grein fyrir algengi þeirra á heimsvísu.

Höfunda-skrá

S = erindi á þingi svæfinga- og gjörgæslulækna
E = erindi á þingi skurðlækna

Aðalbjörn Þorsteinsson ..... S 04
Aðalheiður Sigursveinsdóttir ..... E 20
Andri Konráðsson ..... E 01, E 09
Andri Kristinn Karlsson ..... E 23
Anna Gunnarsdóttir ..... E 37
Arild Horn ..... E 17, E 18
Arnar Þ. Guðjónsson ..... E 05
Asgaut Viste ..... E 17, E 18
Atli Dagbjartsson ..... E 37
Ársæll Kristjánsson ..... E 29, E 32, E 33, E 43
Ásgeir Guðnason ..... E 42
Ásgeir Thoroddsen ..... E 16, E 22
Ástríður Jóhannesdóttir ..... S 01

Bengt Uvelius ..... E 33
Birna Guðmundsdóttir ..... E 43
Bjarni Hannesson ..... E 04
Bjarni Torfason ..... E 01, E02
Björn Pétur Sigurðsson ..... E 24
Brynhildur Eyjólfsdóttir ..... E 41
Brynjólfur Mogensen ..... E 20, E 21, E 22, E 23, E 24, E 25, E 27A, E 27B
Brynjólfur Y. Jónsson ..... E 27A, E 27B

Egill Jacobsen ..... E 28
Einar Ólafsson ..... E 40
Eiríkur Jónsson ..... E 29, E 32, E 43
Eiríkur Orri Guðmundsson ..... E 12, E 13
Eiríkur Páll Sveinsson ..... E 06
Elísabet S. Guðmundsdóttir ..... E 14, E 35

Fjölnir F. Guðmundsson ..... E 19
Friðbjörn Sigurðsson ..... E 34

Geir Ólafsson ..... E 29
Geir Tryggvason ..... E 43
Georg Steinþórsson ..... E 03, E 41
Girish Hirlekar ..... S 02, S 05, S 06
Gísli Jens Snorrason ..... E 34
Gísli Vigfússon ..... S 01, S 03, S 04, S 07
Guðjón Haraldsson ..... E 28, E 30
Guðmundur Bjarnason ..... S 04, E 37
Guðmundur Geirsson ..... E 29, E 31
Guðmundur Vikar Einarsson ..... E 28, E 30
Guðmundur Örn Guðmundsson ..... E 21
Gunnar H. Gunnlaugsson ..... E 41
Gunnar Pétursson ..... E 12, E 13
Gunnar Sigurðsson ..... E 21, E 27A, E 27B

Hafsteinn Guðjónsson ..... E 43
Halldór Jónsson jr. ..... E 26, E 27A, E 27B, E 42
Hannes Hjartarson ..... E 07, E 35
Hannes Petersen ..... E 05, E 07, E 40
Helga Kristín Magnúsdóttir ..... S 02, S 05, S 06
Helgi Birgisson ..... E 16
Helgi Sigvaldason ..... E 27A, E 27B
Hjalti Már Björnsson ..... E 36
Hjalti Már Þórisson ..... E 04
Hjörtur Gíslason .... E 17, E 18, E 19, E 34, E 38
Hrafn Tulinius ..... E 32
Höskuldur Baldursson ..... E 42
Höskuldur Kristvinsson ..... E 10, E 11, E 15

Ingi Hauksson ..... S 01
Ingiríður Sigurðardóttir ..... S 02, S 05, S 06

Jóhannes M. Gunnarsson ..... E 12
Jón Gunnlaugur Jónasson ..... E 43
Jón Jóhannes Jónsson ..... E 16
Jón Sigurðsson ..... S 01, S 03
Jónas Hallgrímsson ..... E 31
Jónas Magnússon ..... E 10, E 11, E 15, E 16

Kjartan Magnússon ..... E 32
Kristinn Guðmundsson ..... E 04
Kristinn Sigvaldason ..... E 05
Kristín Huld Haraldsdóttir ..... E 15
Kristín Siggeirsdóttir ..... E 27A, E 27B
Kristján G. Guðmundsson ..... E 08
Kristrún R. Benediktsdóttir ..... E 37

Magnús Hjaltalín Jónsson ..... E 32
Magnús Lúðvíksson ..... E 43
Margrét Oddsdóttir ..... E 10, E 11, E 15

Oddur Fjalldal ..... S 03
Ólafur Einarsson ..... E 09
Óskar Einarsson ..... E 43

Páll Hallgrímsson ..... E 13
Páll Helgi Möller ..... E 14, E 16, E 38

Rafn Ragnarsson ..... E 35
Ragnar Finnsson ..... E 05
Reynir Arngrímsson ..... E 08
Ríkarður Sigfússon ..... E 26

Sigfús Nikulásson ..... E 43
Sigmar Jack ..... E 31
Sigurbjörn Birgisson ..... E 16
Sigurður E. Þorvaldsson ..... E 39
Sigurður Guðjónsson ..... S 04
Sigurður Guðmundsson ..... E 20
Sigurður V. Sigurjónsson ..... E 16
Sigurgeir Kjartansson ..... E 36
Snorri Björnsson ..... E 28
Steingrímur Davíðsson ..... E 38
Svavar Haraldsson ..... E 26

Theodór Ásgeirsson ..... E 38
Thomas Davidsson ..... E 33
Tómas Jónsson ..... E 14, E 15
Tryggvi B. Stefánsson ..... E 12, E 13

Wiking Månsson ..... E 33

Yngvi Ólafsson ..... E 25

Þorbjörn Jónsson ..... E 08
Þorsteinn Gíslason ..... E 29
Þorsteinn Sv. Stefánsson ..... S 03
Þorvaldur Ingvarsson ..... E 42
Þorvaldur Jónsson ..... E 39
Þórir Ragnarsson ..... E 04

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 berkjuvikkun. 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

Stjórnað með tilskipunum

Rætt við **Jón Snædal** yfirlækni á Landspítala Landakoti og varaformann LÍ um niðurskurð á sjúkrahúsum og áhrif hans á starfsumhverfið. Hver ber ábyrgðina?



Jón Snædal.

EFTIR ÁRAMÓTIN SÍÐUSTU hófst mikil umræða um niðurskurð á sjúkrahúsunum. Að sögn stjórnmálamanna hafði útgjaldaaukningin til heilbrigðiskerfisins farið úr böndunum og við því þurfti að bregðast. Úrræðin voru gamalkunnug: lokun deilda, lenging sumarlokana og jafnvel lokun til frambúðar. En helst mátti þetta þó ekki bitna á þjónustustiginu.

Þær deildir sem helst lentu í skotlínunni að þessu sinni voru geðdeild og bráðadeild fyrir aldraða á Landspítala Fossvogi (áður Sjúkrahúsi Reykjavíkur, þar áður Borgarspítalanum). Töluvert hefur verið fjallað um lokun geðdeildarinnar og læknar og aðrir gengið fram fyrir skjöldu til varnar deildinni. Minna hefur hins vegar farið fyrir umræðu um boðaða lokun bráðadeildar fyrir aldraða. Það kann að stafa af því að menn trúa því almennt ekki að stjórnvöld ætli sér í raun og veru að loka þessari deild því með því væri verið að vega alvarlega að því fyrirkomulagi sem komið var á í sjúkrahúsþjónustu við aldraða fyrir þremur árum og mikil sátt hefur ríkt um.

Jón Snædal yfirlæknir og varaformaður LÍ er einn þeirra sem tók þátt í að koma á því kerfi sem nú er starfað eftir og Læknablaðinu lék forvitni á að vita hvernig hann metur þær tillögur sem fram hafa komið um lokun bráðadeildarinnar.

Virkasti hlutinn skorinn burt

„Það hefur náðst góð sátt um starfsemi okkar. Við teljum okkur vera komin með nokkuð góðan ramma utan um þá þjónustu sem við veitum og það ríkir sátt um það hvaða þjónustu við eigum að veita. Starfsemin er annars vegar fólgin í bráðastarfsemi á deildunum við Hringbraut og í Fossvogi og hins vegar endurhæfingu og langtímameðferð hér á Landakoti. Við reynum að taka við fjölveiku fólki af bráðadeildum, einkum þegar fólk er í ruglástandi og öldruðum sem umhverfið hefur gefist upp á að sinna. Við höfum hins vegar búið lengi við þann vanda að fráflæðið frá okkur hefur verið skert vegna þess að það ríkir skortur á hjúkrunarheimilum.

En það sem nú bætist við kippir nánast fótunum undan starfsemi okkar. Það er tekin ákvörðun um það í framkvæmdastjórn sjúkrahússins með blessun ráðuneytisins að steypa saman æðaskurðdeildunum tveimur og stjórnendum í Fossvogi falið að finna henni pláss. Eftir að hafa skoðað það mál ákveða þeir að setja hana niður í húsnæði öldrunardeildarinnar og loka henni þar með. Í stað 25 plássa koma sex rúm inni á annarri deild á forræði annarra.

Við eigum mjög erfitt með að sjá hvernig við getum brugðist við þessu. Við höfum rætt þá leið að koma á sjúkrahústengdri heimaþjónustu en engin ákvörðun verið tekin og í raun finnst okkur að slíkt eigi að ákveða án tillits til afdrifa deildarinnar í Fossvogi. Við höfum sagt að við getum ekki tekið þessari skerðingu án þess að það komi niður á þjónustunni. Við skerðum því þjónustuna við bráðadeildirnar og færum vandann yfir á þær. Það er verið að taka af okkur virkasta hlutann af starfseminni."



Landspítali Fossvogi þar sem verið er að sameina æðaskurðdeildir að því er virðist á kostnað bráðadeildar fyrir aldraða.

Niðurskurður í kjölfar þjónustusamnings

– Hver ber ábyrgð á þessari ákvörðun?

„Framkvæmdastjórn spítalans tekur þá ákvörðun að koma æðaskurðdeildinni fyrir á þessum stað. Síðan er okkur falið að vinna úr því. Við vitum ekki til þess að til standi að auka plássið á bráðadeildinni við Hringbraut, það pláss sem þar losnar verður notað í annað.

Ábyrgðin hlýtur að liggja hjá framkvæmdastjórninni. Það er erfitt að halda því fram að þau hafi ekki vitað hvað þau voru að gera vegna þess að undanfarna mánuði hefur verið unnið að gerð þjónustusamnings við okkur þar sem þjónusta okkar er vel skilgreind. Það liggur ljóst fyrir hverjar skyldur okkar eru við samfélagið og einstaklingana og hver staða okkar er í þessu flókna fyrirbæri sem sjúkrahúsið er. Þessi ákvörðun er tekin rétt eftir að búið er að kortleggja þetta allt saman betur en oft hefur verið gert áður.

Í þessu sambandi má nefna að öldrunarlækningar eru ein sú yngsta af stóru sérgreinunum innan læknisfræðinnar og greinin hefur gert dálítið sem hinar hafa ekki gert, það er að rannsaka hvort greinin hefur eitthvað fram að færa, hvort þekking okkar og framlag til læknisþjónustunnar gagnist. Það liggja fyrir haldgóðar sannanir fyrir því að við gerum gagn og að það er þeim mun meira sem við erum sjálfstæðari. Starfsemin verður virkari ef við störfum í sjálfstæðum einingum en undir forræði annarra."

Tvö erfið sumur framundan

– Hvernig hafið þið brugðist við?

„Við mótmæltum þessu að sjálfsögðu og mótmæli okkar hafa náð vissri áheyrn. Það er verið að endurskoða þessa ákvörðun en hvert sú endurskoðun leiðir okkur vitum við ekki. Þessi ákvörðun á að vera komin til framkvæmda 1. október í haust og raunar er þegar búið að taka af okkur nokkur rúm en það hefur ekki haft mikið að segja vegna þess að við höfum hvort eð er ekki getað nýtt þau vegna manneklu.

Það bendir hins vegar hver á annan þegar kemur að því að finna þann sem ber ábyrgð á þessari ákvörðun. Ráðuneytið segir: Þetta er ekki okkar ákvörðun. Þið áttuð ekki að gera þetta. Þið hljótið að geta fundið einhverja aðra lausn. Stjórnin svarar: Þið fóluð okkur að finna lausn og þetta er eina lausnin sem við gátum fundið.

Það gilda að sumu leyti dálítil frumskógarlögmál í heilbrigðiskerfinu. Þeir sem á hverjum tíma hafa áheyrn stjórnvalda fá úrlausn sinna mála sem er þá á kostnað annarra. Það er ekki verið að auka við eða stækka rammann heldur endurraða innan hans. Það er ekki verið að auka plássið eða þjónustuna hjá æðaskurðdeildinni heldur bara verið að færa hana til.

Við horfum fram á tvö mjög erfið sumur því það bætast ekki við ný hjúkrunarheimili fyrr en haustið 2001. Vandamálin eru því að aukast á sama tíma og verið er að skerða möguleika okkar á að takast á við þau."

Auk þessa niðurskurðar er Landakoti gert að spara 20 milljónir króna í rekstrinum. Það er gert með því að lengja sumarlokun þriggja deilda úr fimm vikum í sex, auk þess sem lokunartíminn yfir jólahátíðirnar lengist lítillega.

Ekki raunverulegur sparnaður

Á undanförnum árum hefur verið algengt að ráðuneytið sendi tilskipanir um sparnað til sjúkrahúsanna. Starfsfólkið segist vera búið að hagræða og spara eins og hægt er en samt er því skipað að spara meira. Finnst ykkur ekki stundum eins og verið sé að segja að þið séuð að sóa peningum?

„Við eigum erfitt með að sjá hvernig hægt er að hagræða frekar. Síðasta hagræðingin sem skilaði raunverulegum sparnaði án þess að bitna á þjónustunni var þegar við breyttum sjö daga deild í fimm

daga deild. Það gerði okkur kleift að endurskipuleggja svolítið hér innanhúss.

Sumarlokanirnar hafa þau áhrif að við þurfum að hefja undirbúning þeirra að áliðnum marsmánuði en þær hefjast svo í lok maí. Þessar lokanir hafa því áhrif á starfsemi okkar stóran hluta af árinu.

Það má minna á að fyrir allmörgum árum þegar við vorum enn hluti af Landspítalanum þá gerði BSRB hagfræðilega úttekt á sumarlokunum hjá okkur. Sú úttekt sýndi að allur sparnaður sem náðist fram hjá Ríkisspítölum var uppétinn annars staðar í kerfinu. Lokanirnar höfðu í för með sér aukið álag á heimahjúkrun, fjölgun innlagna á bráðasjúkrahús og aukinn kostnað við lyf og hjálpartæki sem lenti á Tryggingastofnun. Af 10 milljóna króna sparnaði stóð eftir um hálf milljón og þá var ótalinn aukinn kostnaður heimilanna og álag á ættingja."

Getum veitt meiri þjónustu

– Því hefur jafnvel heyrst haldið fram að niðurskurðurinn á sjúkrahúsunum leiði til þess að lögin um réttindi sjúklinga séu brotin á hverjum degi. Er það rétt?

„Það sem menn eiga væntanlega við er það ákvæði laganna að sjúklingar eigi rétt á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem völ er á. En það eru einmitt þessi fjögur síðustu orð – sem völ er á – sem veita stjórnvöldum þann sveigjanleika sem þau þurfa. Það er greinilegt að löggjafinn hefur hlustað á framkvæmdavaldið þegar þessi lög voru samin. Hins vegar sýnist mér liggja ljóst fyrir að lög um málefni aldraðra séu brotin því þar er kveðið á um að aldraðir skuli fá þá þjónustu sem þeir þurfa á að halda. Það er ljóst að við veitum ekki fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem mannafli, húsnæði og þekking gera okkur kleift að veita."

– Hefur það ekki áhrif á ykkur að geta ekki veitt fólki fullkomna þjónustu?

„Jú, því fylgir töluverð vanmetakennd að geta ekki veitt alla þá þjónustu sem hægt væri að veita og þurfa að fleyta fólki áfram á loforðum um úrlausn seinna sem við vitum ekki hvort eða hvenær við getum staðið við. Óvissan sem fylgir þessum tilskipunum um sparnað getur líka leitt til trúnaðarbrests milli okkar og skjólstæðinga okkar."

Kerfið gleypir ábyrgðina

– Hver hafa afskipti Læknafélags Íslands og annarra stéttarfélaga verið af niðurskurðinum? Gæti félagið ekki beitt sér meira?

„Læknafélagið hefur átt í vissum erfiðleikum með því að blanda sér í deilur sem oft snúast um það hvernig kökunni er skipt innan heilbigðiskerfisins. Við höfum hins vegar reynt að beita okkur gagnvart stjórnvöldum í þá veru að kakan þurfi að vera stærri og lagt á það áherslu að vaxtarbroddurinn í þekkingu, nýrri meðferð og nýjum úrræðum sem alltaf miðast við það að gera hlutina á einfaldari hátt, skemmri tíma og með minna álagi, sé á forræði lækna þótt aðrar stéttir hafi vissulega lagt fram sinn skerf."

– En hafa stjórnmálamenn ekki komist nógu lengi upp með það að gefa út tilskipanir um sparnað sem þið eigið að framkvæma þannig að það komi sér ekki illa fyrir ráðherrann í næstu kosningum?

„Það má segja að í heilbrigðiskerfinu hafi tíðkast í allt of ríkum mæli að stjórna með rússneskum tilskipunum. Þær felast í því að menn taka ákvarðanir um sparnað út frá hagkvæmni sem reiknuð er út við skrifborðið en á sér litla stoð í veruleikanum.

Stjórnmálamenn eru kallaðir til ábyrgðar í kosningum en margir þeirra eru ekki mjög nálægt vandanum þegar kemur að kosningum. Í kerfinu sem við búum við er mjög erfitt að kalla einstaka menn til ábyrgðar. Kerfið getur tekið á sig mikla ábyrgð og gleypt hana eins og svampur án þess að nokkur sæti ábyrgð.

Stjórnmálamenn guma af því að þeir hafi aukið mjög fjárveitingar til heilbrigðiskerfisins en að við séum samt að kvarta. Það er alveg rétt en á sama tíma hafa orðið miklar launahækkanir hjá starfsfólki heilbrigðisstofnana og vegna þess að laun eru 70-80% af kostnaði við kerfið. Niðurstaðan er sú að auknar fjárveitingar hafa varla gert meira en að standa undir þeim launahækkunum sem stjórnin samdi um. Auknar fjárveitingar hafa því ekki leitt til aukinna afkasta heldur hafa afköstin aukist í krafti þess að starfsfólk hefur aukið þekkingu sína og meðferð sjúkdóma," sagði Jón Snædal.

–ÞH

PULMICORT TURBUHALER Draco, 880157
INNÚÐADUFT; R 03 B A 02 **R B**
Hver úðastaukur inniheldur 200 úðaskammta. Hver úðaskammtur inniheldur: Budesonidum INN 100 míkróg, 200 míkróg eða 400 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er afbrigði af prednisólóni (sykursteri). U.þ.b. 20-40% af gefnum skammti kemst til lungna eftir innöndun. Af því magni, sem kyngt er, verður u.þ.b. 90% óvirkt eftir fyrstu umferð um lifur. Lyfið hefur því litlar almennar steraverkanir. Hámarksþéttni í plasma eftir innöndun á 1 mg af búdesóníði er u.þ.b. 3,5 nmól/l og næst eftir um 20 mínútur. **Ábendingar:** Asthma bronchiale. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefni lyfsins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Forðast ber að gefa lyfið meðan á meðgöngu stendur nema brýna nauðsyn beri til. Ef ekki er hægt að komast hjá gjöf sykurstera á meðgöngu, er mælt með notkun innúðalyfs vegna lítilla almennra áhrifa þess miðað við sykurstera til inntöku.
Aukaverkanir:
Algengar (>1%): *Öndunarvegur:* Sveppasýkingar í munni og koki. Erting í hálsi. Hósti, hæsi.
Mjög sjaldgæfar (<0,1%): *Húð:* Ofsakláði, útbrot, húðbólgur svo og aukin tíðni marbletta. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi.
Í einstaka tilvikum hafa taugaveiklun, órói og þunglyndi komið fram við notkun á búdesoníði sem og öðrum sykursterum. Til að draga úr hættu á sveppasýkingum og almennum steraverkunum er ráðlagt að skola lyfið vel úr munni og koki með vatni strax eftir notkun.
Milliverkanir: Samtímis gjöf címetidíns veldur vægri hækkun á blóðgildum búdesóníðs og aðgengi þess. Líklega hefur þetta þó ekki klínískа þýðingu.
Varúð: Varúð þegar sjúklingar með lungnaberkla og sveppa- og veirusýkingar í öndunarvegi eru meðhöndlaðir. Skammtastærðir handa fullorðnum: Í byrjun meðferðar á astma eða þegar verið er að reyna að ná astma-sjúklingi af barksterum gefnum til inntöku, er skammtur 200-1.600 míkróg á sólarhring, skipt í 2-4 skammta. Viðhaldsskammtur er einstaklingsbundinn og reynt að finna þann skammt, sem heldur einkennum alveg niðri. Oftast er þó nóg að gefa lyfið kvölds og morgna, en ef dagsskammtur er lágur (200-400 míkróg) er mögulegt að gefa lyfið einu sinni á sólarhring. Ef astmi versnar má auka skammtatíðnina. Nokkrar vikur geta liðið þar til full verkun fæst. Sé mikil slímsöfnun í berkjum kann að vera, að lyfið nái ekki til berkju-slímhúðar og er þá ráðlagt að gefa sterakúr til inntöku í stuttan tíma (ca. 2 vikur) samhliða notkun lyfsins. **Athugið:** Þar sem nýting búdesóníðs er betri með Turbuhalerúðatæki en með þrýstingsinnúða, kann að vera unnt að lækka skammta, þegar skipt er um lyfjaform.
Skammtastærðir handa börnum: Börn 6-12 ára: 200-800 míkróg daglega, skipt í 2-4 skammta. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 6 ára.

Pakkningar og verð:
Innúðaduft 100 míkróg/úðaskammt:
200 skammta úðastaukur. – 5.796- kr.
Innúðaduft 200 míkróg/úðaskammt:
200 skammta úðastaukur. – 7.776- kr.
Innúðaduft 400 míkróg/úðaskammt:
200 skammta úðastaukur. – 12.310- kr.
50 skammta úðastaukur
(sjúkrahúspakkning)- 4.043- kr.
Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun úðatækisins og varnaðarorð.
Greiðslufyrirkomulag: 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.



Eini innöndunarsterinn sem nægir að taka einu sinni á dag!*

„Mjög einfaldur og áhrifaríkur"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Pulmicort® Turbuhaler® er fyrsti og eini innöndunarsterinn gegn astma sem mörgum nægir að taka einu sinni á dag ● Pulmicort er öruggur og áhrifaríkur innöndunarsteri.** ● Með því að laga skammtinn að einstaklingnum má ná góðu valdi á sjúkdómnum*** ● Hentar börnum jafnt sem fullorðnum. Ábendingar: Astmi. *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*



Um 30% af gefnum skammti nær til lungna með Turbuhaler.® Það er meira en þú færð með nokkru öðru lyfi.**** Einfaldur í notkun, einfalt að kenna notkun - aðeins að snúa, smella og anda inn.

AstraZeneca

annt um líf og líðan

* Heimild: Sérlyfjskrá 1999 **Heimild: Davis KC, Small RE Pharmacotherapy 1998;18(4):720-8. ***Heimild: Pauwels RA, Löfdahl CG, Postma DS, Tattersfield AE, O'Byrne P, Barnes PJ, Ullman A N Engl J Med 1997;337(20):1405-11. ****Heimild: Fass 1999.

Persónuvernd við vinnslu heilsufars-upplýsinga í vísindarannsóknum á heilbrigðissviði

Páll Hreinsson

1. Inngangur

Mikið hefur verið rætt og ritað um meðferð og eignarhald á heilsufarsupplýsingum. Ekki er þó svo að skilja að menn hafi ekki deilt um þær fyrr (1). Deilur síðustu ára hafa þó verið undir öðrum formerkjum. Það kemur til af því að heilsufarsupplýsingar hafa síðustu ár orðið verðmætar vegna notagildis þeirra við vísindarannsóknir. Það er því eðlilegt að menn leiði hugann að því hver eigi sjúkraskrár sem læknum og öðrum heilbrigðisstarfsmönnum er skylt að halda.

Í 1. mgr. 16. gr. læknalaga nr. 53/1988, sbr. 3. gr. laga nr. 50/1990, var kveðið svo á, að sjúkraskrá væri *eign* heilbrigðisstofnunar þar sem hún væri færð eða læknis sem hana færði. Þetta ákvæði læknalaga var áréttað í 3. mgr. 1. gr. reglugerðar nr. 227/1991, um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál. Þegar frumvarp til laga um réttindi sjúklinga var lagt fyrir Alþingi var kveðið svo á í 1. mgr. 14. gr. að sjúkraskrá væri eign heilbrigðisstofnunar þar sem hún væri færð eða læknis eða annarra heilbrigðisstarfsmanna sem hana færðu á eigin starfsstofu. Þessu ákvæði frumvarpsins var að tillögu heilbrigðis- og tryggingaefndar Alþingis breytt á þá lund að sjúkraskrá skyldi *varðveita* á heilbrigðisstofnun þar sem hún væri færð eða hjá lækni eða öðrum heilbrigðisstarfsmanni sem hana færði á eigin starfsstofu. Um leið var fyrrnefnt ákvæði 1. mgr. 16. gr. læknalaga fellt niður og þess í stað vísað þar til ákvæða laga um réttindi sjúklinga að því er varðar skyldu læknis og annarra, sem færðu sjúkraskrá, til þess að afhenda sjúklingi eða umboðsmanni hans afrit skrárinnar, í heild eða að hluta.

Eftir framangreindar lagabreytingar virðist ljóst að heilbrigðisstofnun eða sá heilbrigðisstarfsmaður sem færir sjúkraskrá sé ekki *eigandi* hennar í lögfræðilegri merkingu, heldur *vörslumaður*. Þótt framangreindar lagabreytingar hafi haft í för með sér að heilbrigðisstofnanir og læknar eigi ekki lengur sjúkraskrár, verður vart litið svo á að við það hafi eignarrétturinn færst yfir til sjúklinga (2), enda eignarrétturinn ekki í orði kveðnu færður yfir til þeirra í lagatextanum. Auk þess er almennt viðurkennt að sjúklingar geta hvorki krafist afhendingar á frumritum sjúkraskráa sinna né eyðileggingar þeirra, þótt lög veiti þeim að öðru leyti ákveðinn rétt í tengslum við sjúkraskrár sínar. Með setningu laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, virðist Alþingi því hafa gengið svo frá málum að sjúkraskrár séu ekki lengur í *eigu* neins í lögfræðilegri merkingu þess orðs. Á hinn bóginn stjórnar löggjafinn því með almennum lögum innan þeirra valdmarka, sem stjórnarskrá afmarkar, hvaða reglur gildi um sjúkraskrár, þar með talið hverjir hafi aðgang að þeim og hvernig megi nota upplýsingar úr þeim.

Stjórnarskráin setur löggjafanum ekki aðeins mörk um það hvaða reglur heimilt er að setja um sjúkraskrár. Hún leggur einnig þá kvöð á löggjafann að setja reglur um ákveðna þætti í vinnslu persónuupplýsinga. Í 1. mgr. 71. gr. stjórnarskrárinnar, sbr. 9. gr. stjórnarskipunarlaga nr. 97/1995, er mælt svo fyrir að *allir skuli njóta friðhelgi einkalífs, heimilis og fjölskyldu*. Í friðhelgi einkalífs felst í fyrsta lagi réttur manna til þess að ráða yfir lífi sínu og líkama. Í öðru lagi réttur til að njóta friðar um lífshætti sína og einkahagi og í þriðja lagi er litið svo á að tilfinningalíf og tilfinningasambönd við aðra njóti verndar samkvæmt ákvæðinu (3). Í athugasemdum við 9. gr. frumvarps þess, er varð að stjórnarskipunarlögum nr. 97/1995, er tekið fram að þetta ákvæði geri ráð fyrir því að skylda hvíli á ríkinu til að forðast afskipti af einkalífi manna og persónulegum högum. Það sé þó ekki nægilegt til þess að menn fái í reynd notið friðhelgi einkalífs því hættan á að slík friðhelgi sé rofin stafi ekki eingöngu frá ríkinu, heldur einnig frá einstaklingum og öðrum einkaaðilum. Af þessum sökum er krafan um friðhelgi einkalífs ekki eingöngu talin fela í sér að ríkið gangi ekki á þennan rétt, heldur einnig að því sé skylt að lögfesta reglur til verndar einstaklingum í innbyrðis samskiptum þeirra. Að vissu marki eigi það einkum við um skyldu til að þessum réttindum einstaklinganna sé veitt vernd með ákvæðum refsilaga sem gera brot annarra einstaklinga á þessum réttindum refsiverð. Skyldur ríkisins í þessum efnum eru þó ekki bundnar við að veita refsivernd, heldur er ríkið einnig talið bera skyldu til að binda í löggjöf skýrar reglur um öflun, skráningu og meðferð persónuupplýsinga, hvort sem um er að ræða meðferð stjórnvalda eða einkaaðila á slíkum upplýsingum, og um rétt einstaklinga til aðgangs að upplýsingum um sig sjálfa. Í skýringum við framangreindar stjórnarskrárbreytingar var ennfremur bent á, að þörf á ákveðnum reglum um þetta svið hefði aukist mjög á undanförnum áratugum samhliða ört vaxandi tækni við öflun og meðferð persónuupplýsinga. Við því hafi verið brugðist með setningu laga um meðferð og skrán-

Höfundur er dósent í lögum og formaður tölvunefndar.

ingu persónuupplýsinga, nr. 121/1989, þar sem fram komi skýrar reglur um þessi efni og eftirlit með framkvæmd laganna sé falið sérstakri nefnd, tölvunefnd (4,5).

Markmið laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, er að tryggja mönnum vernd gegn hættu á misnotkun upplýsinga um einkamálefni þeirra sem skráðar hafa verið með kerfisbundnum hætti (6). Hér á eftir verður fjallað lögfræðilega um það hvernig þessi lög horfa við vísindarannsóknum og vinnslu heilsufarsupplýsinga við slíkar rannsóknir. Umfjöllunin verður einskorðuð við *almennar reglur* á þessu sviði. Af þeim sökum verður hér ekki vikið að lögum sem hafa að geyma sérreglur á þessu sviði eins og lög nr. 139/1998 um gagnagrunn á heilbrigðissviði.

2. Gildissvið laga nr. 121/1989 um skráningu og meðferð persónuupplýsinga

Samkvæmt 1. málsl. 1. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, taka lögin til hvers konar kerfisbundinnar skráningar og annarrar meðferðar á persónuupplýsingum. Af ákvæðinu er ljóst að nánari afmörkun á gildissviði laganna felst í túlkun á því hvað talist geti *kerfisbundin skráning* annars vegar og *persónuupplýsingar* hins vegar.

Samkvæmt 2. mgr. 1. gr. laganna er með *kerfisbundinni skráningu* upplýsinga átt við söfnun og skráningu ákveðinna og afmarkaðra upplýsinga í skipulagsbundna heild. Kerfisbundin skráning í skilningi laganna tekur bæði til vélrænnar skráningar og handunninnar, sbr. 2. málsl. 1. mgr. 1. gr. laganna. Í því felst að í lögunum er ekki gerður greinarmunur á aðferðinni við söfnun og skráningu upplýsinga, enda er tilgangur laganna fyrst og fremst sá að veita vernd gegn óheimilli skráningu þeirra upplýsinga er lögin taka til hver svo sem aðferðin er (7).

Með *persónuupplýsingum* er átt við upplýsingar sem varða einkamálefni, fjárhagsmálefni eða önnur málefni einstaklinga, stofnana, fyrirtækja eða annarra lögpersóna sem sanngjarnt er og eðlilegt að leynt fari, sbr. 3. mgr. 1. gr. laganna. Sem dæmi um persónuupplýsingar má nefna upplýsingar um fjölskyldumálefni manna, heilsuhagi, kynlíf, brotaferil, skoðanir á trúmálum og stjórnmálum, ágreining og átök innan fjölskyldu sem eðlilegt er að leynt fari og lífsvenjur manna (8). Utan gildissviðs laganna falla aftur á móti skrár sem eingöngu hafa að geyma nöfn manna og heimilisföng, símanúmer og stöðu (9), sbr. þó ákvæði VI. kafla laganna um nafnalista.

Samkvæmt 4. mgr. 1. gr. laganna eiga ákvæði þeirra við upplýsingar um einkamálefni er varða tiltekinn aðila jafnvel þótt hann sé ekki nafngreindur, ef hann er sérgreindur með kennitölu eða öðru skráningarauðkenni sem unnt er að persónugreina með eða án greiningarlykils.

Lög nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, taka ekki einungis til þess, þegar *stjórnvöld* skrá persónuupplýsingar kerfisbundinni skráningu, heldur einnig til annarra þátta ríkisvaldsins, svo sem Alþingis og stofnana á vegum þess, svo og dómstóla. Þá taka lögin einnig til þess þegar *einkaaðilar* skrá slíkar upplýsingar, svo sem fyrirtæki og félög (10).

Í 2. gr. laga 121/1989 er tæmandi talið hvaða skráningarstarfsemi falli utan við gildissvið laganna (11). Þar er annars vegar um að ræða skráningu samkvæmt lögum nr. 30/1956, um skráningu Íslendinga til stuðnings mannfræði- og ættfræðirannsóknum hér á landi, og hins vegar skráningu í þágu ættfræðirannsókna og æviskrárrita. Þótt þessar skrár falli utan gildissviðs laga nr. 121/1989 þarf eigi að síður að gæta sjónarmiða um friðhelgi einkalífs, heimilis og fjölskyldu við ættfræðirannsóknir og gerð æviskrárrita (12), sbr. 1. mgr. 71. gr. stjórnarskrárinnar.

Með lögum nr. 76/1997 voru gerðar breytingar á lögum nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga. Samkvæmt þeirri breytingu eiga lög nr. 121/1989 einnig við um skýrslur sálfræðinga og félagsfræðinga, án tillits til þess hvort þær teljist skrár í skilningi 2. mgr. 1. gr. laganna. Um heimildir til aðgangs að slíkum skýrslum fer því í öllum tilvikum eftir lögum nr. 121/1989.

Í 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er mælt svo fyrir að tölvunefnd sé heimilt samkvæmt lögum nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, að veita aðgang að upplýsingum úr sjúkraskrám, *þar með töldum lífsýnum*, vegna vísindarannsókna, enda uppfylli rannsókn skilyrði vísindarannsóknar, sbr. 4. mgr. 2. gr. laganna. Unnt er að binda slík leyfi þeim skilyrðum sem metin eru nauðsynleg hverju sinni. Hér á landi hafa enn ekki verið sett lög um lífsýni og lífsýnasöfn, þannig að almenna stefnumörkun af hálfu Alþingis skortir um nokkra þýðingarmikla þætti erfðarannsókna. Frumvarp til laga um lífsýnasöfn var lagt fram á Alþingi hinn 15. október 1998 (þskj.121) en var ekki afgreitt úr heilbrigðis- og tryggingarnefnd.

3. Heimild til þess að skrá heilsufarsupplýsingar

Upplýsingar um kynlíf manna og heilsuhagi, lyfja-, áfengis- og vímuefnanotkun svo og upplýsingar um önnur svipuð einkalífsatriði teljast sérstaklega viðkvæmar persónuupplýsingar í skilningi 1. mgr. 4. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga. Samkvæmt 4. gr. laganna *er óheimilt að skrá* slíkar upplýsingar nema:

1. Hinn skráði (sjúklingur) hafi veitt upplýsingarnar og ekki dulist að ætlunin hafi verið að skrá viðkomandi upplýsingar eða hafi veitt til þess upplýst samþykki.
2. Sérstök heimild sé til þess í öðrum lögum.
3. Tölvunefnd hafi veitt heimild til skráningar upplýsinganna.

Hér á landi er færsla sjúkraskráa byggð á lagaheimildum. Nokkur lagaákvæði mæla fyrir um að læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn skuli færa sjúkraskrár (13). Þannig er gert ráð fyrir þeirri skyldu í 16. gr. læknalaga nr. 53/1988 og mælt skýrlega fyrir um hana í 14. gr. laga nr. 38/1985 um tannlækningar. Þessi skylda er áréttuð í 2. gr. reglugerðar nr. 227/1991, um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál. Sjúkraskrá er safn sjúkragagna sem unnin eru eða fengin annars staðar frá *vegna meðferðar sjúklings hjá lækni* eða í heilbrigðisstofnun, sbr. 1. gr. reglugerðar nr. 227/1991. Í 2. mgr. 5. gr. reglugerðarinnar er mælt svo fyrir að læknar, hjúkrunarfræðingar og ljósmæður skuli færa í sjúkraskrá nauðsynlegar upplýsingar um ástand sjúklings og meðferð jafnóðum og þær liggi fyrir. Ennfremur skuli aðrar heilbrigðisstéttir sem vinna að greiningu og meðferð færa upplýsingar í sjúkraskrá um samskipti sín við sjúkling. Hver og einn er ábyrgur fyrir því sem hann skráir í sjúkraskrá, sbr. 2. mgr. 5. gr. reglugerðarinnar. Í 14. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er mælt svo fyrir að sjúkraskrá skuli varðveita á heilbrigðisstofnun þar sem hún er færð eða hjá lækni eða öðrum heilbrigðisstarfsmanni sem hana færir á eigin starfsstofu.

Sérstök ástæða er til þess að benda á að ekki er fyrir að fara sérstakri lagaheimild til þess að safna heilbrigðisupplýsingum um sjúklinga og skrá á skipulagsbundinn hátt *í þágu vísindarannsókna*. Af þeim sökum

þarf að afla leyfis tölvunefndar og eftir atvikum upplýsts samþykkis sjúklings til þess að mega skrá skipulagsbundið heilbrigðisupplýsingar í þágu vísindarannsókna.

Skrái maður skipulagsbundið persónugreinanlegar heilbrigðisupplýsingar án þess að heimild standi til þess samkvæmt framansögðu, getur það varðað fésektum eða fangelsi allt að þremur árum, sbr. a-lið 1. mgr. 37. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga.

4. Hverjum er heimill aðgangur að sjúkraskrám?

Sjúkraskrár eru haldnar vegna þess að skipulagsbundin skráning heilsufarsupplýsinga um sjúklinga er ein af forsendum þess að hægt sé að veita vandaða og nútímalega læknismeðferð og hjúkrun. Aðgangur að sjúkraskrá helgast af þessu markmiði. Samkvæmt 7. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, er heimilt að veita lækni eða tannlækni, sem hefur mann til læknismeðferðar, upplýsingar úr sjúkraskrá hans. Þá er og heimilt að veita lækni upplýsingar um aðra menn en þann sem er til meðferðar, einkum vandamenn hans, þegar það er talið skipta máli vegna læknismeðferðar hans. Lækni er heimilt að veita þeim heilbrigðisstarfsmönnum sem starfa á ábyrgð hans aðgang að nauðsynlegum upplýsingum úr sjúkraskrá svo þeir geti rækt störf sín, svo og öðrum heilbrigðisstarfsmönnum sem annast nauðsynlegar þjónusturannsóknir samkvæmt löglegri beiðni hans, sbr. 7. gr. og 5. mgr. 15. gr. læknalaga nr. 53/1988 svo og 2. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga. Í 1. og 2. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er áréttað að þess skuli gætt við aðgang að sjúkraskrám að þær hafa að geyma viðkvæmar persónuupplýsingar og að upplýsingar í þeim séu trúnaðarmál. Þá skuli þess gætt að einungis þeir starfsmenn sem nauðsynlega þurfi á þeim að halda, í samræmi við framangreindar reglur, hafi aðgang að þeim.

Eins og nánar verður vikið að hér á eftir getur yfirlæknir og sjálfstætt starfandi læknir bakað sér fébóta-, stjórnsýslu- og refsiábyrgð með því að láta af hendi heilsufarsupplýsingar til *óviðkomandi manna*. Til þess að stuðla að því að læknar láti ekki af hendi upplýsingar úr sjúkraskrá til manna sem ekki eiga rétt til aðgangs að þeim hefur almennt verið talið mikilvægt að skýrar reglur gildi um aðgang að sjúkraskrám. Þegar framangreindum heimildum um aðgang að sjúkraskrá sleppir getur réttur annarra til aðgangs að sjúkraskrá tiltekins manns einvörðungu byggst á þrenns konar heimildum. Samkvæmt 1. og 2. mgr. 5. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, má ekki veita aðgang að heilsufarsupplýsingum nema

1. með samþykki hins skráða eða einhvers sem hefur heimild til að skuldbinda hann,
2. á grundvelli sérstakrar lagaheimildar eða
3. á grundvelli sérstaks leyfis tölvunefndar.

Til nánari útskýringar á þessum reglum má nefna afgreiðslu tölvunefndar á máli nr. 335/1999. Þar leitaði Tannlæknafélag Íslands álits tölvunefndar á því hvort tannlæknum væri skylt að verða við erindi tryggingayfirtannlæknis Tryggingastofnunar ríkisins um að afhenda afrit af sjúkraskrám sjúklinga sinna. Af hálfu Tryggingastofnunar ríkisins var minnt á að samkvæmt 3. mgr. 4. gr. laga nr. 117/1993 væri heimilt að ráða tannlækni til að hafa eftirlit með framkvæmd ákvæða laganna. Í lagaákvæðinu er á hinn bóginn ekki tekið fram að tryggingayfirtannlæknir eigi rétt til aðgangs að sjúkraskrám tryggðra manna hjá stofnuninni til að sannreyna efni innsendra reikninga. Í áliti tölvunefndar var tekið fram að enda þótt opinberri stofnun væri að lögum falið að hafa á hendi eftirlit fæli slíkt ákvæði ekki í sér sjálfkrafa heimild til þess að fá aðgang að gögnum. Þar sem ákvæði 1. og 2. mgr. 5. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, væri ætlað að slá skjaldborg um sérstaklega viðkvæmar persónuupplýsingar, svo sem heilsufarsupplýsingar, og áskilja í því skyni þrenns konar heimildir fyrir aðgang að slíkum upplýsingum væri Tryggingastofnun ríkisins ekki heimill aðgangur að sjúkraskrám, nema stofnunin gæti byggt kröfu sína um aðgang á einni af þessum heimildum. Eins og málið hafði verið lagt upp af hálfu stofnunarinnar uppfyllti hún ekkert af skilyrðunum. Af þeim sökum taldi tölvunefnd í áliti sínu frá 4. febrúar 2000 að stofnunin hefði ekki sýnt fram á að hún hefði að svo stöddu heimild til milliliðalauss aðgangs að sjúkraskrám tryggðra manna hjá stofnuninni vegna almenns eftirlits með að efni innsendra reikninga væri rétt.

5. Hver er að lögum bær til að taka ákvörðun um hvort veittur skuli aðgangur að sjúkraskrám?

Samkvæmt 9. gr. reglugerðar nr. 227/1991, um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál, ber *yfirlæknir* á deild eða ódeildaskiptri heilbrigðisstofnun ábyrgð á vörslu og meðferð sjúkraskráa meðan sjúklingur dvelur þar. Forstöðumenn bera ábyrgð á skjalavörslu sjúkrastofnana. *Læknar* sem starfa á eigin vegum bera ábyrgð á vörslu og meðferð sjúkraskráa vegna starfa sinna. Aðrir heilbrigðisstarfsmenn sem starfa á eigin vegum og færa sjúkraskrár bera ábyrgð á vörslu og meðferð sjúkraskráa sem þeir færa.

Á grundvelli þessa reglugerðarákvæðis, meginreglu 2. mgr. 29. gr. laga nr. 97/1990, um heilbrigðisþjónustu, svo og 2. og 3. mgr. 14. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, hefur verið talið að yfirlæknir á deild eða ódeildaskiptri heilbrigðisstofnun og læknar sem starfa á eigin vegum *séu bærir* til þess að taka ákvörðun um hvort lagaskilyrði séu uppfyllt til að veita aðgang að sjúkraskrá sem þeir eru vörslumenn að, enda sé ekki á annan veg mælt í sérlögum. Þetta gildir jafnt um sjúkraskrá þeirra sjúklinga sem eru til meðferðar, hafa verið til meðferðar og þeirra sem látnir eru.

Áður en læknir veitir öðrum aðgang að sjúkraskrá verður hann að fullvissa sig um að hlutaðeigandi hafi fullnægjandi heimild til aðgangs að sjúkraskránni *lögum samkvæmt*. Ef aðgangurinn að sjúkraskránni er ekki í þágu læknismeðferðar eða hjúkrunar, yrði læknir jafnan að ganga eftir því að fyrir lægi 1. skriflegt samþykki sjúklings, 2. tilvísun til lagaheimildar er ótvírætt veitti heimild til aðgangs að sjúkraskránni eða 3. skriflegt leyfi tölvunefndar til aðgangs að sjúkraskránni. Þegar veittur er aðgangur að sjúkraskrá á grundvelli upplýsts samþykkis sjúklings eða leyfis tölvunefndar, verður læknir að ganga úr skugga um að sá er aðgangs óskar sé sá sem samþykkið eða leyfið var veitt til. Verði rétturinn til aðgangs að sjúkraskránni ekki studdur við eina af þessum þremur heimildum er lækni óheimilt að veita aðgang að sjúkraskránni. Veiti læknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður einhverjum aðgang að sjúkraskrá án þess að einhver af framangreindum heimildum sé fyrir hendi, hefur þagnarskylda verið rofin sem varðað getur viðurlögum, svo sem nánar verður vikið að í næsta kafla.

Í 1. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er áréttað að þess skuli gætt við aðgang að sjúkraskrám að þær hafa að geyma viðkvæmar persónuupplýsingar og að upplýsingar í þeim eru trúnaðarmál. Í 2.

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 vægа 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 getnaðarvörn. 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

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, hemihýdrat, samsvarandi Paroxetinum INN 10 mg, 20 mg eða 30 mg.

Ábendingar: Geðdeyfð, árátta-þráhyggjusýki. Ofsahræðsla, með eða án víðáttufælni **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 tá 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 ihuga það þegar hætta skal meðferð (sjá aukaverkanir eftir að meðferð er hætt). **Skammtar handa fullorðnum:** Geðdeyfð: Byrjunarkammtur 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 ihuga að auka skammtinn smám saman upp í 40 mg á dag. Ráðlagður hámarks-skammtur er 50 mg á dag. **Árátta-þráhyggjusýki:** Byrjunarskammtur skal vera 20 mg á dag. Ráðlagður skammtur við meðferð á árátta-þráhyggjusýki er 40 mg á dag. Hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 40 mg daglegum skammti á fullnægjandi hátt, skal ihuga 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 ihuga að auka skammtinn smám saman. Ráðlagður hámarksskammtur er 60 mg á dag. **Tilteknir sjúklingahópar allar ábendingar:** Aldraðir; Ihuga 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 lækningalegu 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 gefa 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 oflætistasann (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 jafntramt 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 serótóníninviðtaka- 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 wartaríns 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 haegt á umbroti lyfja, sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms, t.d. sumra þríhringlaga geðdeyfðarlyfja (imipramíns, desipramíns, amitriptýlíns, nortriptýlíns), sterkra geðlyfja af flokki fenótíazína (t.d. perfenazíns og tíoríðazíns) auk lyfja við hjartsláttartruflunum í flokki 1C (t.d. flekaíníðs og própafenóns). Milliverkanir á lyfjahvörfum með þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum hafa sést við notkun allra sérhæfðra serótóníninviðtaka-hemla og skal því gæta varúðar við gjöf paroxetíns með þessum lyfjum. Áhrif af samtímis notkun paroxetíns og sterkra geðlyfja og lyfja við hjartsláttartruflunum hafa ekki verið rannsökuð, og skal því einnig gæta varúðar við notkun þessara lyfja samtímis. Í rannsókn á milliverkunum in-vivo þar sem gefin voru samtímis (við stöðuga þéttni) paroxetín og terfenadín (enzýmhvartefni fyrir cýtókróm CYP3A4) komu engin áhrif af paroxetíni fram á lyfjahvörf terfenadíns. Ekki er talið að samtímis notkun paroxetíns og annarra efna, sem eru enzýmhvartefni fyrir CYP3A4, hafi neina hættu í för með sér. Í rannsókn á flogaveikisjúklingum sem voru meðhöndlaðir (langtímameðferð) með karbamazepíni, fenýtóíni 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 æskilegar verkanir. Ekki er nauðsynlegt að breyta upphafsskömmtum þegar þessi lyf eru gefin samtímis; skömmtum skal breyta með hliðsjón af klínískum áhrifum. Samtímis notkun címetidíns 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 serótóníninviðtaka-hemla getur samtímis notkun paroxetíns og serótóníninvirkra efna (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. Áhætta við notkun paroxetíns með öðrum efnum sem verka á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið. Ber því að gæta varúðar ef nauðsynlega þarf að gefa 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. **Öndunarfæri:** Geispar. **Miðtaugakerfi:** Svefnhöfgi, svefnleysi, þróttleysi, seinkun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum, skjálfti, svimi, æsingur, vöðvatitringur, taugaveiklun. **Þvag- og kynfæri:** Þvaglátstruflanir. **Augu:** Þokusýn. **Húð:** Aukin svitamyndun. Sjaldgæfar (<1%): **Almennar:** Bjúgur (á útlimum og í andliti), þorsti. **Miðtaugakerfi:** Vægt oflæti/oflæti, tilfinningasveiflur, minnkuð kynhvöt hjá konum. **Blóðras:** Æðavikkun. **Meltingarkerfi:** Tannagnistur, kyngingarörðugleikar **Húð:** Útbrot, kláði. **Augu:** Ljósopsstærring (mydriasis). **Eyru:** Suð fyrir eyrum. **Stoðkerfi:** Vöðvaslappleiki. **Hjarta- og æðakerfi:** Gúlshraðsláttur (sinus trachycardia). Mjög sjaldgæfar(<0,1%) **Almennar:** illkynja sefunarheilkenni (neuroleptic malign syndrome). Blóð: Oeðlilegar blæðingar (aðallega blóðhlaup í húð (ecchymosis) og purpuri) hafa einstaka sinnum verið skráðar, blóðflagnafæð. **Miðtaugakerfi:** Rugl, krampar. **Innkirtlar:** Einkenni lík ofmyndun prólaktíns, mjólkurflæði. **Húð:** Ljósnæmi. **Lifur:** Tímabundin hækkun á lifrarenzýmum. **Taugakerfi:** Extrapýramídal 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 paroxetínmeðferð, 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 snöggalega af meðferð geta komið fram aukaverkanir eins og svimi, geðsveiflur, svefntruflanir, kvíði, æsingur, ógleði og svitaköst. 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-hýdroxý-tryptamín, 5-HT) endurupptökuhemill. Þessi verkun lyfsins á taugafrumur í heila er talin vera undirstaða verkunar þess á geðdeyfð sem og á árátta-þráhyggjusýki og ofsahræðslu. Paroxetín er fenýlpíperidín afleiða sem er efnafræðilega óskyld þríhringlaga og fjórhringlaga geðdeyfðarlyfjum. Í rannsóknum á bindingu við viðtaka, hafði paroxetín ekki marktæka sækni í adrenvirka ((1, (2, þ), dópamínvirka, serótóníninvirka (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 skiljast 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

mgr. 15. gr. laganna er sérstaklega áréttað að sjúkraskrár skuli geymdar á tryggum stað. Í 28. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, er mælt svo fyrir að beita skuli virkum ráðstöfunum er komi í veg fyrir að upplýsingar séu misnotaðar eða komist til óviðkomandi manna. Eins og áður segir er tekið fram í 1. mgr. 9. gr. reglugerðar nr. 227/1991 um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál að forstöðumenn bera ábyrgð á skjalavörslu sjúkrastofnana. Þetta ákvæði er samhljóða 2. mgr. 6. gr. laga nr. 66/1985, um Þjóðskjalasafn Íslands, um ábyrgð forstöðumanna á skjalasöfnum stofnana sem þeir stýra. Ef skjalastjórnun, umbúnaði skjalasafna og aðgangi að þeim er verulega áfátt, getur forstöðumaður bakað sér ábyrgð og sætt áminningu, frávikningu og eftir atvikum refsingu, ef sakir eru miklar. Svo framangreindum lögum og reglugerð sé í framkvæmd fylgt, verða að vera í gildi skýrar verklagsreglur á hverri stofnun um það hver hafi aðgang að skjalasafni þar sem sjúkraskrár eru varðveittar og ljóst sé hver er bær að lögum til þess að taka afstöðu til erinda sem berast um aðgang að sjúkraskrám í þágu vísindarannsókna og þess háttar. Sjá verður til þess með virkum úrræðum að festa sé í framkvæmd slíkra reglna og þeim fylgt eftir með innra eftirliti.

Samkvæmt lokamálsgrein 15. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga ber vörslumanni að skrá í sjúkraskrá í hvert sinn sem hún er skoðuð vegna vísindarannsóknar. Væntanlega ber að lágmarki að skrá hverjum veittur var aðgangur að sjúkraskránni, hvenær það var gert, á grundvelli hvaða heimildar og loks hver hafi heimilað aðganginn.

6. Þagnarskylda lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna um efni sjúkraskráa

Á opinberum starfsmönnum hvílir þagnarskylda um upplýsingar um viðkvæma einka- og almannahagsmuni sem þeir komast að í starfi sínu eða vegna starfs síns. Samkvæmt 18. gr. laga nr. 70/1996, um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins, er hverjum starfsmanni skylt að gæta þagmælsku um atriði er hann fær vitneskju um í starfi sínu og leynt skulu fara samkvæmt lögum, fyrirmælum yfirmanna eða eðli málsins. Þagnarskylda helst þótt látið sé af starfi.

Í 15. gr. læknalaga nr. 53/1988, 10. gr. laga nr. 38/1985, um tannlækningar, 6. gr. hjúkrunarlaga nr. 8/1974, 7. gr. ljósmæðralaga nr. 67/1984, 9. gr. laga nr. 58/1976, um sjúkraþjálfun, 6. gr. laga nr. 58/1984, um sjúkraliða, 9. gr. laga nr. 75/1977, um iðjuþjálfun, og 7. gr. laga nr. 99/1980, um meinatækna, er til dæmis kveðið svo á að viðkomandi skuli gæta þagmælsku um upplýsingar um sjúkdóma og önnur einkamál eða atriði sem hlutaðeigandi heilbrigðisstarfsmaður fær vitneskju um í starfi sínu og leynt skulu fara samkvæmt lögum eða eðli málsins.

Í 12. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er að finna ítarlegri reglur um þagnarskyldu en fyrrnefnd lög hafa að geyma. Þar er kveðið svo á að starfsmaður í heilbrigðisþjónustu skuli gæta fyllstu þagmælsku um allt það sem hann hefur komist að í starfi sínu um heilsufar sjúklings, ástand, sjúkdómsgreiningu, horfur og meðferð ásamt öðrum persónulegum upplýsingum.

Þeim sem koma að meðferð, hjúkrun eða þjónusturannsóknum, sem ætlað er að fyrirbyggja, greina eða lækna sjúkdóm hjá tilteknum sjúklingi, er almennt heimilt að vinna með nauðsynlegar heilsufarsupplýsingar um sjúklinginn. Aðgangur þessara heilbrigðisstarfsmanna að *nauðsynlegum* heilsufarsupplýsingum um sjúkling í þessu skyni undir lögmætri stjórn og eftirliti er ekki brot á þagnarskyldu, enda eru sjúkraskrár beinlínis haldnar í þessum tilgangi.

Með vísan til þess sem rakið var í kafla 4 og 5 hér að framan er ljóst að það er heldur ekki brot á þagnarskyldu:

1. Að láta sjúkling sjálfan fá aðgang að sjúkraskrá sinni eða fyrirsvarsmenn hans svo sem forsjármenn barns, sbr. 14. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga og 3. mgr. 29. gr. barnalaga nr. 20/1992.
2. Að veita öðrum aðgang að sjúkraskrá, hafi sjúklingur sem orðinn er 16 ára veitt upplýst samþykki til þess enda sé hann nægilega heill heilsu til þess að gera sér grein fyrir þýðingu og afleiðingum þess, sbr. 1. mgr. 5. gr. laga nr. 121/1989 um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, 2. mgr. 13. gr. laga nr. 74/1997 um réttindi sjúklinga og 3. mgr. 15. gr. læknalaga nr. 53/1988.
3. Að veita öðrum aðilum aðgang að sjúkraskrá mæli lög svo skýrlega fyrir, sbr. 2. mgr. 5. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, 1. mgr. 13. gr. og 2. málsl. 2. mgr. 14. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, og 2. mgr. 15. gr. læknalaga nr. 53/1988. Hér verða ekki tæmandi talin slík lagaákvæði.
4. Að veita manni aðgang að sjúkraskrá á grundvelli leyfis tölvunefndar, sbr. 2. mgr. 5. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, og 3. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga.

Heilbrigðisstarfsmenn hafa jafnan gætt þess að *aðrir en* heilbrigðisstarfsmenn hafi ekki aðgang að sjúkraskrám. Minni aðgæsla virðist oft viðhöfð um að óviðkomandi heilbrigðisstarfsmenn, (það er þeir sem *ekki* hafa umræddan sjúkling til meðferðar eða hjúkrunar), fái ekki aðgang að heilsufarsupplýsingum um hann. Þannig getur kaffistofuhjal um heilsufar nafngreindra sjúklinga við heilbrigðisstarfsmenn sem ekki koma að meðferð eða hjúkrun þeirra talist brot á þagnarskyldu, enda teljast þessar upplýsingar þeim óviðkomandi.

Þegar þagnarskylda hvílir á starfsmanni um upplýsingar má hann hvorki tjá sig um þær né láta þær af hendi við óviðkomandi aðila eða notfæra sér þær sjálfur til að afla sér óréttmæts ávinnings. Staðfesting upplýsinga, sem fyrirspyrjandi ber undir þagnarskyldan mann getur verið brot á þagnarskyldu (14). Þá hvílir almennt skylda á þagnarskyldum starfsmönnum að gera nauðsynlegar ráðstafanir til þess að upplýsingar sem þagnarskylda ríkir um berist ekki óviðkomandi mönnum eftir öðrum leiðum, sbr. 1. mgr. 28. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga.

Ef opinber starfsmaður brýtur þagnarskyldu getur það varðað *hann stjórnsýsluviðurlögum*, svo sem áminningu eða brottvikningu/uppsögn, ef sakir eru miklar eða brot ítrekað. Ennfremur getur reynt á réttindasviptingu svo sem afturköllun starfsleyfis. Slíkt brot getur einnig varðað refsingu skv. 136. gr. almennra hegningarlaga nr. 19/1940 hafi ásetningur staðið til verknaðarins, sbr. 18. gr. laganna (15,16). Samkvæmt 1. mgr. 136. gr. almennra hegningarlaga skal opinber starfsmaður sæta varðhaldi eða fangelsi allt að einu ári, hafi hann sagt frá nokkru sem leynt á að fara og hann hefur fengið vitneskju um í starfi sínu eða varðar embætti hans eða sýslan. Hafi opinber starfsmaður veitt upplýsingar samkvæmt framansögðu til þess að afla sér eða öðrum óréttmæts ávinnings, eða notað slíka vitneskju í því skyni má beita fangelsi allt að þremur árum. Samkvæmt 2. mgr. 136. gr. sömu laga skal sá sæta sömu refsingu sem látið hefur af opinberu starfi og eftir það segir frá eða misnotar á ofangreindan hátt

vitneskju sem hann hafði fengið í starfi sínu og leynt átti að fara.

Samkvæmt 27. og 28 gr. læknalaga nr. 53/1988 má áminna eða svipta lækni leyfi brjóti hann gegn ákvæðum læknalaga svo sem með lausmælgi um einkamál sem hann hefur komist að sem læknir. Brot gegn ákvæðum læknalaga varða auk sviptingar lækningaleyfis sektum eða fangelsi allt að tveimur árum, sbr. 30. gr. laganna.

Þá getur brot á þagnarskyldu bakað þeim aðila *fjártjón* er hinar viðkvæmu upplýsingar snertu. Af því tilefni getur hann krafist *skaðabóta* ef uppfyllt eru önnur bótaskilyrði almennu sakarreglunnar (17,18). Hann kann einnig að geta krafið vinnuveitanda hins brotlega um skaðabætur á grundvelli vinnuveitendaábyrgðar. Loks kann aðili að eiga rétt til bóta fyrir *miska* skv. 26. gr. skaðabótalaga nr. 50/1993.

7. Samtenging skráa með heilsufarsupplýsingum

Lög nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, kveða ekki einvörðungu á um hvenær heimilt er að skrá kerfisbundið persónuupplýsingar heldur kveða lögin einnig á um skilyrði fyrir ákveðinni vinnslu. Þannig er lagt bann við því að skrár séu samtengdar nema um sé að ræða skrár sama skráningaraðila, sbr. 1. mgr. 6. gr. laga nr. 121/1989. Með sama aðila er hér átt við sama einstakling, fyrirtæki, félag eða stofnun hins opinbera. Með samtengingu er jafnt átt við vélræna sem handunna færslu upplýsinga milli skráa. Ef ætlunin er við vísindarannsókn að tengja saman heilsufarsupplýsingar frá fleiri en einni stofnun eða sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanni þarf því sérstakt leyfi tölvunefndar standi ekki sérstök lagaheimild til samtengingarinnar eða upplýst samþykki viðkomandi sjúklinga.

Frá framangreindri reglu er þó sú undantekning að heimilt er að tengja við skrá upplýsingar um nafn, nafnnúmer, kennitölu, fyrirtækjanúmer, heimilisfang, aðsetur og póstnúmer enda þótt slíkar upplýsingar séu sóttar í skrár annars aðila.

Tölvunefnd getur veitt sérstaka heimild til að tengja saman skrár þar sem lög heimila það ekki sérstaklega. Skal þá ótvírætt að þeir hagsmunir, sem ætlunin er að vernda með samtengingunni vegi þyngra en tillitið til hagsmuna hinna skráðu. Tölvunefnd getur bundið heimild til samtengingar nánari skilyrðum þar með talið skilyrðum um það hvernig upplýsingarnar verði notaðar og að skýra beri hinum skráða frá því að samtenging kunni að fara fram.

Brot á bannákvæðum laga nr. 121/1989 við samtengingu skráa varða fésektum eða fangelsi allt að þremur árum nema þyngri refsing liggi við samkvæmt öðrum lögum, sbr. a-lið 1. mgr. 37. gr. laganna.

8. Flutningur heilsufarsupplýsinga úr landi

Kerfisbundin söfnun og skráning persónuupplýsinga, þar með talin lífsýni, hér á landi til geymslu eða úrvinnslu erlendis er óheimil. Tölvunefnd getur þó heimilað hana ef sérstaklega stendur á. Skrá eða frumgögn, sem geyma sérstaklega viðkvæmar persónuupplýsingar, svo sem heilsufarsupplýsingar, má heldur ekki láta af hendi til geymslu eða úrvinnslu erlendis nema samþykki tölvunefndar komi til, sbr. 27. gr. laga nr. 121/1989. Tölvunefnd má því aðeins veita framangreind leyfi að hún telji að afhending skráa eða gagna skerði ekki til muna þá vernd sem lög nr. 121/1989 búa skráðum mönnum eða lögpersónum.

Brot á framangreindum ákvæðum varða fésektum eða fangelsi allt að þremur árum nema þyngri refsing liggi við samkvæmt öðrum lögum, sbr. f-lið 1. mgr. 37. gr. laga nr. 121/1989.

9. Leyfi tölvunefndar til vinnslu heilsufarsupplýsinga í þágu vísindarannsókna

9.1. Inngangur

Til þess að mega stunda vísindarannsókn á heilbrigðissviði getur heilbrigðisstarfsmaður þurft nokkur leyfi, allt eftir eðli rannsóknarinnar. Þannig þarf heilbrigðisstarfsmaður til dæmis að afla sér leyfis vísindasiðanefndar eða siðanefndar sjúkrahúss eða heilsugæslustöðvar allt eftir ákvæðum reglugerðar nr. 552/1999 um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði. Í 4. mgr. 2. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er tekið fram að mat vísindasiðanefndar eða siðanefndar á rannsókninni verði að hafa leitt í ljós að vísindaleg og siðfræðileg sjónarmið mæli ekki gegn framkvæmd hennar. Ef um klínískar rannsóknir á lyfjum er að ræða þarf að afla leyfis lyfjanefndar ríkisins, sbr. 4. tölul. 3. mgr. 4. gr. lyfjalaga nr. 93/1994. Ef óskað er aðgangs að sjúkraskrám í þágu vísindarannsóknar þar sem upplýst samþykkis sjúklings er ekki krafist, hefur í framkvæmd yfirleitt verið áskilið af hálfu tölvunefndar að fyrir liggi samþykki bærs vörslumanns sjúkraskráa um að hann samþykki að veita aðgang að sjúkraskrám í þágu umræddrar vísindarannsóknar. Loks þarf til leyfi tölvunefndar.

Fyrst þegar heilbrigðisstarfsmaður hefur aflað sér *allra* nauðsynlegra leyfa er honum heimilt að hefja vísindarannsókn á heilbrigðissviði. Nái hann ekki að afla allra tilskilinna leyfa heldur einvörðungu sumra er heilbrigðisstarfsmanni óheimilt að framkvæma vísindarannsóknina.

Hér á eftir verður einvörðungu vikið að þeim leyfum er tölvunefnd veitir til vísindarannsókna. Umfjöllunin afmarkast þó við þá þætti sem hafa verið ofarlega á baugi síðustu misseri.

9.2. Hvað er vísindarannsókn?

Í 4. mgr. 2. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, kemur fram skilgreining á hugtakinu *vísindarannsókn* í skilningi þeirra laga. Þar segir að vísindarannsókn sé rannsókn, sem gerð er til að auka við þekkingu, sem meðal annars geri það kleift að bæta heilsu og lækna sjúkdóma.

Íslensk lög hafa ekki að geyma eina almenna skilgreiningu á hugtakinu „vísindarannsókn". Í störfum sínum á undanförnum árum og fyrir setningu laga um réttindi sjúklinga hefur tölvunefnd lagt til grundvallar að *vísindarannsóknir*, sem eru leyfisskyldar samkvæmt ákvæðum laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, séu rannsóknir á mönnum eða háttsemi þeirra, sem framkvæmdar eru til þess að skapa nýja þekkingu eða auka við þekkingu sem fyrir er (19).

Í framkvæmd hefur komið upp vafi um afmörkun á vísindarannsóknum annars vegar og hins vegar öðrum rannsóknum, sem mögulega geta talist þáttur í stjórnsýslu þeirra sem sjá um meðferð og hjúkrun sjúklinga.

Yfir allan vafa er hafið að *þjónusturannsóknir* sem gerðar eru til þess að fyrirbyggja eða greina sjúkdóm hjá *tilteknum sjúklingi*, hjúkra honum eða veita honum meðferð, eru að sjálfsögðu ekki leyfisskyldar samkvæmt lögum nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsingar.

Meiri vafi hefur hins vegar komið upp um rannsóknir sem mögulega geta talist þáttur í stjórnsýslu heilbrigðisstofnunar, til dæmis rannsóknir sem taldar eru liður í gæðastjórnun hlutaðeigandi stofnunar.

Rannsóknir og eftirlit sem talist getur liður í *hefðbundinni* stjórnsýslu heilbrigðis-



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 óæskilega spennutilfinningu í brjóstum þrátt fyrir að hún sé á meðferð við óþægindum af völdum tíðahvarfa.

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

Er spennutilfinning í brjóstum vandamál?

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. segabláæðabólga, 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 fíbrínsundrun 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 töflum 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

stofnana eru almennt ekki taldar leyfisskyldar samkvæmt lögum nr. 121/1989. Þannig er skráning upplýsinga er varða umfang starfsemi svo sem fjölda sjúklinga með ákveðna sjúkdóma sem leita til læknis eða á tiltekna deild eða stofnun, legutíma þeirra og kostnað af meðferð, ekki leyfisskyld samkvæmt lögum nr. 121/1989.

Gæðakannanir eða gæðarannsóknir eru hugtök sem *ekki* eru byggð á sömu viðhorfum og ákvæði laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, og lög nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, sem afmarka það hvenær um leyfisskylda vísindarannsókn er að ræða. Þótt um gæðarannsókn sé að ræða í skilningi gæðastjórnunar er því þannig ósvarað hvort hún er leyfisskyld. Þannig eru sumar gæðarannsóknir ekki leyfisskyldar þótt aðrar kunni að vera það. Þar ræður miklu hvert markmið gæðarannsóknar er og hvernig það tengist stjórnsýslu hlutaðeigandi stofnunar eða læknis. Afmörkunarvandinn liggur í hnotskurn í því að gæðarannsókn getur stundum aukið við þekkingu, sem meðal annars gerir það kleift að bæta heilsu og lækna sjúkdóma, en þá fellur rannsóknin að skilgreiningu vísindarannsóknar í skilningi 4. mgr. 2. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga.

Tölvunefnd hefur litið svo á að ákveðnar gæðarannsóknir teljist ekki leyfisskyldar enda séu þær eðilegur þáttur í stjórnsýslu stofnunar. Sem dæmi um slíkar rannsóknir má nefna ákveðnar rannsóknir á því hvort lækningar hafi farið fram með eðlilegum hætti til dæmis hvort um óeðlilega tíðni fylgikvilla sé að ræða. Þá getur eftir atvikum verið eðlilegt að læknir fylgist með sjúklingum eftir meðferð til að fylgjast með fylgikvillum sem tengjast sjúkdómnum eða meðferð sem hann hlaut, til dæmis sýkingum í sárum eftir skurðaðgerðir sem upp kunna að koma eftir útskrift.

Ein af forsendum þess að gæðarannsókn sé ekki leyfisskyld er að niðurstöður hennar séu ópersónugreinanlegar og á tölfræðilegu formi. Ef vafi leikur á hvort gæðarannsókn teljist jafnframt vísindarannsókn skal bera erindið undir tölvunefnd.

9.3. Umsókn um vísindarannsókn til tölvunefndar

Efni umsókna til tölvunefndar um heimild til skráningar og meðferð persónuupplýsinga í þágu vísindarannsókna má með töluverðri einföldun skipta í fernt:

1. Í fyrsta lagi lúta slíkar umsóknir oft að því að afla leyfis til *söfnunar og skráningar persónuupplýsinga, þar með talin lífsýni.*
2. Í öðru lagi hafa slíkar umsóknir oft að geyma beiðni um *aðgang að þegar skráðum persónuupplýsingum* í skrám, svo sem heilsufarsupplýsingum í sjúkraskrá, þar með töldum lífsýnum eða heilsufarsupplýsingum í öðrum skrám.
3. Í þriðja lagi hafa slíkar umsóknir oft að geyma ósk um leyfi til að *samtengja persónuupplýsingar úr ólíkum skrám*, en með samtengingu er jafnt átt við rafræna sem handunna færslu upplýsinga milli skráa.
4. Í fjórða lagi getur í umsókn verið farið fram á heimild til þess að *flytja upplýsingar úr landi* til frekari úrvinnslu, eftir atvikum í samvinnu við erlenda vísindamenn eða vísindastofnanir (20).

Fyrir kemur að ein og sama umsóknin lúti að öllum þessum fjórum atriðum.

Tölvunefnd hefur látið útbúa stöðluð eyðublöð sem umsækjendur um heimild til vísindarannsókna geta notað kjósi þeir svo en tafir geta orðið séu ekki veittar nægilega ítarlegar upplýsingar í umsókn.

Samkvæmt lögum nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, gilda ólík lagaskilyrði um veitingu leyfa, eftir því um hvern af framangreindum fjórum þáttum er að ræða.

1. Samkvæmt 3. mgr. 4. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónupplýsinga, getur tölvunefnd heimilað skráningu heilsufarsupplýsinga ef ótvírætt er að skráningaraðila sé brýn nauðsyn á því vegna starfsemi sinnar. Þá er mælt svo fyrir að tölvunefnd geti bundið heimild til slíkrar skráningar þeim skilyrðum sem hún metur nauðsynleg hverju sinni.
2. Samkvæmt 2. mgr. 5. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, getur tölvunefnd heimilað aðgang að heilsufarsupplýsingum ef sýnt er fram á að brýnir almannahagsmunir eða hagsmunir einstaklinga, þar með taldir hagsmunir hins skráða, krefjist þess. Skal þá ótvírætt að þörfin á að fá upplýsingarnar vegi þyngra en tillitið til þess að þeim sé haldið leyndum. Tölvunefnd getur bundið slíkt leyfi skilyrðum, sbr. 35. gr. laganna. Í 3. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er áréttað að tölvunefnd hafi heimild samkvæmt lögum um skráningu og meðferð persónuupplýsinga til að veita aðgang að upplýsingum úr sjúkraskrám, þar með töldum lífsýnum, vegna vísindarannsókna, enda uppfylli rannsókn skilyrði vísindarannsóknar, sbr. 4. mgr. 2. gr. þeirra laga. Tekið er fram að unnt sé að binda slíkt leyfi þeim skilyrðum sem metin séu nauðsynleg hverju sinni. Framangreindar heimildir gilda hvort heldur sjúkraskrá er í vörslu sjúkrastofnunar, sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanns eða Þjóðskjalasafns Íslands.
3. Það er ein af grundvallarreglum laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, að óheimilt er að samtengja heilsufarsupplýsingar eins og vikið var að í kafla 7. Samkvæmt 3. mgr. 6. gr. laga nr. 121/1989 getur tölvunefnd veitt undaþágu frá samtengingarbanni laganna ef sýnt er fram á að brýnir almannahagsmunir eða hagsmunir einstaklinga, þar með taldir hagsmunir hins skráða, krefjist þess. Skal þá ótvírætt að þeir hagsmunir sem ætlunin er að vernda með samtengingunni vegi þyngra en tillitið til hagsmuna hinna skráðu. Tölvunefnd getur bundið heimild til samtengingar nánari skilyrðum, þar með talið skilyrðum um það hvernig upplýsingarnar verði notaðar, og að skýra beri hinum skráða frá því að samtenging kunni að fara fram.
4. Samkvæmt 3. mgr. 27. gr. laga nr. 121/1989, um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, getur tölvunefnd veitt leyfi til kerfisbundinnar söfnunar og skráningar heilsufarsupplýsinga hér á landi til geymslu eða úrvinnslu erlendis ef talið verður að afhending skráa eða gagna skerði ekki til muna þá vernd sem lög nr. 121/1989 búa skráðum mönnum eða lögpersónum.

9.4. Hvenær er upplýst samþykki sjúklings áskilið?

Um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði gilda þær reglur að afla verður upplýsts samþykkis þátttakenda í rannsókninni. Í 10. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er mælt svo fyrir að sjúklingur skuli fyrirfram samþykkja með formlegum hætti þátttöku í vísindarannsókn. Áður en slíkt samþykki er veitt skuli gefa honum ítarlegar upplýsingar um vísindarannsóknina, áhættu sem henni kunni að fylgja og hugsanlegan ávinning og í hverju þátttakan sé fólgin. Sjúklingi skal gerð grein fyrir því að hann geti hafnað

þátttöku í vísindarannsókn og hann geti hvenær sem er hætt þátttöku eftir að hún sé hafin.

Tölvunefnd hefur í fleiri tilvikum en greinir hér að framan áskilið upplýst samþykki við vísindarannsóknir. Á grundvelli 2. málsl. 3. mgr. 15. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, hefur tölvunefnd áskilið upplýst samþykki við sumar afturskyggnar rannsóknir, þar sem veittur er aðgangur að upplýsingum úr sjúkraskrám, þar með töldum lífsýnum, vegna vísindarannsókna.

Ekki er þó krafist upplýsts samþykkis við vísindarannsóknir þar sem slíkt er ekki gerlegt til dæmis þar sem óskað er aðgangs að sjúkraskrám sjúklinga sem látnir eru eða aðstæður torvelda mjög öflun upplýsts samþykkis og það er útskýrt frambærilega í umsókn. Tölvunefnd hefur tekið tillit til sérstöðu mikilvægra faraldsfræðilegra rannsókna ef líkur eru á að þær tapi gildi sínu þegar ekki er hægt að framkvæma þær á óbrenglaðan hátt, það er að segja ef höfnun þátttöku getur leitt til afdrifaríkrar skekkju í niðurstöðum (21). Slík leyfi hafa oftast verið bundin því skilyrði að eftir að upplýsingum hefur verið safnað úr sjúkraskrám eða að lífsýnum úr sjúklingum hefur verið safnað, verði tengsl persónueinkenna við upplýsingarnar eða lífsýnin rofin með óafturtækum hætti áður en vísindaleg úrvinnsla fer fram (22). Í undantekningartilvikum hefur tölvunefnd heimilað að lykill persónugreiningar að dulkóðuðum persónuupplýsingum og heilsufarsupplýsingum sé geymdur með tryggilegum hætti í takmarkaðan tíma ef veigamiklir vísindahagsmunir eru í húfi.

9.5. Skilyrði sem leyfishafa ber að fylgja við vísindarannsóknir á heilbrigðissviði

Eins og vikið var að í kafla 9.3. hefur tölvunefnd heimild til að binda leyfi sem hún veitir skilyrðum. Það er efni í aðra grein að tíunda venjubundna stjórnsýslu tölvunefndar varðandi þær og hvaða skilyrði hún bindur ólíka flokka vísindarannsókna. Þess skal þó getið að tölvunefnd hefur í störfum sínum tekið mið af tilmælum ráðherraráðs Evrópuráðsins nr. R(97)5 um vernd læknisfræðilegra gagna. Í 12. gr. tilmælanna er til dæmis kveðið svo á, að vísindarannsóknir skuli gera á ópersónugreinanlegum gögnum, sé þess nokkur kostur, og að vísindamönnum sem og opinberum eftirlitsaðilum beri að þróa tækni til að gera slíkt mögulegt.

Í lögum nr. 121/1989 um skráningu og meðferð persónuupplýsinga, er mælt fyrir um ákveðnar skyldur sem virða ber við vísindarannsóknir á heilbrigðissviði. Skal nokkurra þeirra getið hér:

1. Ef vísindarannsókn felur í sér viðhorfskönnun hjá sjúklingum, aðstandendum þeirra eða heilbrigðisstarfsmönnum verður að virða ákvæði 3. mgr. 24. gr. laga nr. 121/1989, en þar er mælt svo fyrir um eftirtaldar skyldur:
   a) Gera skal þeim sem spurður er grein fyrir því að honum sé hvorki skylt að svara einstökum spurningum né spurningalistanum í heild.
   b) Ef svör eru ekki eyðilögð að könnun lokinni skulu þau geymd þannig frágengin að ekki megi rekja þau til ákveðinna aðila.
   c) Aldrei skal spyrja annarra spurninga en þeirra sem hafa greinilegan tilgang með hliðsjón af viðfangsefni því sem verið er að kanna.
   d) Óheimilt er að nota upplýsingar þær sem skráðar hafa verið til annars en þess sem var tilgangur könnunar.
   e) Óheimilt er að veita öðrum aðgang að upplýsingum þeim sem skráðar hafa verið.
2. Sá sem þátt tekur í vísindarannsókn, þar sem skráðar eru persónugreinanlegar upplýsingar um hann, á rétt á því að fá vitneskju um það hvort hann er á tilteknni skrá og hvaða upplýsingar eru þar um hann skráðar, sbr. 9. gr. laga nr. 121/1989. Ef þátttakandi í vísindarannsókn telur að upplýsingar um hann í skrá séu rangar eða villandi, getur hann krafist þess að þær séu leiðréttar eða afmáðar, ef um er að ræða upplýsingar sem óheimilt var að skrá, sbr. 14. gr. laga nr. 121/1989. Komi upp ágreiningur um framangreind atriði á tölvunefnd úrskurðarvald í málinu, sbr. 13. og 14. gr. laga nr. 121/1989.
   Í þessu sambandi er rétt að geta þess að í 2. mgr. 14. gr. laga nr. 74/1997, um réttindi sjúklinga, er mælt svo fyrir að lækni og öðrum sem færa sjúkraskrá sé skylt að sýna hana sjúklingi eða umboðsmanni hans, í heild eða hluta, og afhenda þeim afrit skrárinnar sé þess óskað. Í 14. gr. laganna er nánar fjallað um málsmeðferð við afgreiðslu slíkra erinda.
3. Ef sá sem fengið hefur leyfi til vísindarannsóknar á heilbrigðissviði lætur tölvuvinna heilsufarsupplýsingar hjá öðrum aðila verður sá aðili að hafa starfsleyfi tölvunefndar skv. 25. gr. laga nr. 121/1989.
4. Ábyrgðarmanni rannsóknar ber að beita virkum úrræðum til að koma í veg fyrir að upplýsingar sem unnið er með verði misnotaðar eða komist til óviðkomandi manna, sbr. 28. gr. gr. laga nr. 121/1989.

10. Úrræði tölvunefndar ef brotið er í bága við lög nr. 121/1989 eða skilyrði í leyfi tölvunefndar

Tölvunefnd hefur eftirlit með þeim sem framkvæma vísindarannsóknir á heilbrigðissviði um þau atriði sem falla undir valdsvið hennar varðandi slíkar rannsóknir. Ef ekki er farið að ákvæðum laga nr. 121/1989 eða ákvæðum leyfa tölvunefndar getur nefndin gripið til ýmisskonar úrræða á grundvelli 33. gr. laganna. Nefndin getur til dæmis mælt svo fyrir að upplýsingar skuli afmáðar eða skrár í heild sinni eyðilagðar. Þá getur tölvunefnd bannað skráningaraðila að viðhafa tiltekna aðferð við söfnun, skráningu og miðlun upplýsinga. Ef aðili sinnir ekki fyrirmælum tölvunefndar um framangreind efni getur nefndin afturkallað starfsleyfi, samþykki eða heimild sem hún hefur veitt samkvæmt ákvæðum laganna. Þá getur það varðað refsingu að fara ekki að fyrirmælum tölvunefndar, sbr. 2. mgr. 37. gr. laga nr. 121/1989.

11. Ný lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga

Lagt hefur verið fyrir Alþingi frumvarp um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga. Verði frumvarpið að lögum breytist hluti þeirra reglna er gildir um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði. Þá hefur jafnframt verið hafinn undirbúningur að endurskoðun reglugerðar nr. 227/1991, um sjúkraskrár og skýrslugerð varðandi heilbrigðismál.

Reykjavík 14. mars 2000.

Heimildir

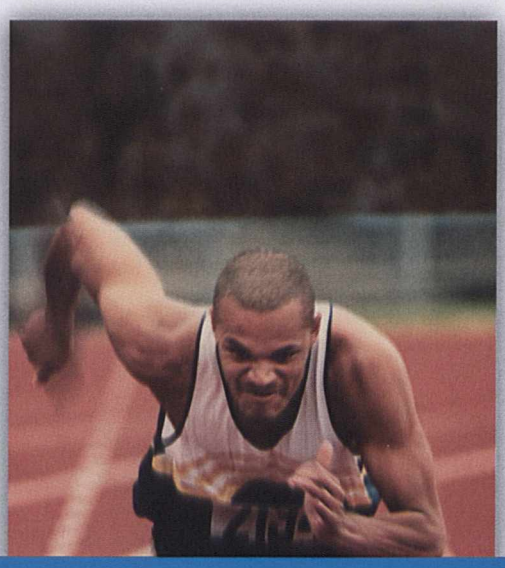
1. Sjá til dæmis dóm Hæstaréttar, H 1931: 29. Þar var deilt um eignarrétt að sjúkraskrám. Fráfarandi forstöðumaður á Kleppi hafði tekið með sér hluta af „sjúkdómslýsinga- og meðalaskrám" er hann lét af störfum. Dóms- og kirkjumálaráðherra höfðaði þá mál og krafðist innsetningar í gögnin. Í dómi Hæstaréttar segir meðal annars svo: „Þótt áfrýjanda hafi ekki verið settar neinar reglur um bókfærslu sjúkdómslýsinga, er hann var skipaður forstöðumaður nýja spítalans á Kleppi, verður það þó eftir hlutarins eðli að teljast embættisskylda forstöðumanna slíkra stofnana að halda sjúkdómslýsingaskrá um hvern sjúkling spítalans, svokallaðan Journal, enda eru slíkar upplýsingar mjög hentugar, ef ekki nauðsynlegar fyrir áframhaldandi

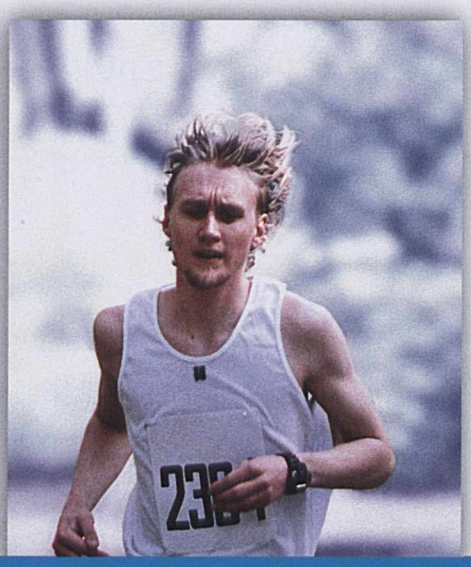
rekstur slíkra stofnana, er forstöðumannaskipti verða snögglega. Verða þá slíkar skrár að sjálfsögðu að fylgja spítalanum við mannaskipti."
2. Örlygsson Þ. Meðferð persónuupplýsinga í vísindarannsóknum – Helstu efnis- og málsmeðferðarreglur. Reykjavík 1998: 12.
3. Sbr. Alþingistíðindi 1994-1995, A-deild, 2099.
4. Sbr. Alþingistíðindi 1994-1995, A-deild, 2099-100.
5. Örlygsson Þ. Skráning persónuupplýsinga og friðhelgi einkalífs – Stjórnarskrárvernduð mannréttindi. Skæðagrös. Skrif til heiðurs Sigurjóni Björnssyni sjötugum 25. nóvember 1996. Reykjavík 1997: 235-82.
6. Alþingistíðindi 1988-1989, A-deild, 1754.
7. Í (6): 1757.
8. Í (6): 1756.
9. Í (6): 1757.
10. Samkvæmt lögum nr. 121/1989 er einstaklingum aftur á móti óheimil kerfisbundin skráning þeirra upplýsinga sem undir lögin falla, sbr. Alþingistíðindi 1988-1989, A-deild, 1757.
11. Í (6): 1758.
12. Má í þessu sambandi minna á dóm Hæstaréttar, H 1968: 1007. Við gerð æviágripa lækna á Íslandi öfluðu höfundar ritsins sér upplýsinga um, hverjir væru kynforeldrar kjörbarns læknisins A og hugðust birta í ritinu. A fékk þá lagt lögbann við því að umræddar upplýsingar um kynforeldra kjörbarns síns yrðu birtar. Dæmt var að samkvæmt grunnreglum laga um þagnarvernd einkalífs ætti A rétt á því að nöfn kynforeldra kjörbarns hans yrðu ekki birt í fyrrgreindu riti.
13. Sjá hér dóm Hæstaréttar H 1990: 1360 þar sem læknir var ákærður fyrir að hafa ekki haldið sjúkraskrá.
14. Þórmundsson J. Hlutverk og réttarstaða verjanda. Úlfljótur, tímarit lögfræðinga 1986 (4): 239.
15. Greve V, Larsen BU, Lindegaard P. Kommenteret straffelov – speciel del. 4. ed., Kaupmannahöfn 1988.
16. Hurwitz S. Kriminalret – speciel del. Kaupmannahöfn 1955. Hafi ekki staðið ásetningur til verknaðarins getur komið til greina að heimfæra tilvikið undir 141. gr. almennra hegningarlaga.
17. Vogter J. Offentlighedsloven. Kaupmannahöfn 1992.
18. Frihagen A. Offentlighedsloven I. Kaupmannahöfn: 211.
19. Örlygsson Þ. Í (2): 3.
20. Örlygsson Þ. Í (2): 7.
21. Briem H. Vernd upplýsinga í heilsufarsgögnum. Úlfljótur, tímarit lögfræðinga 1997 (2): 491-9.
22. Unlinked Anonymous Screening for the Public Health Surveillance of HIV-infection. Proposed International Guidelines. Geneva: World Health Organization, Global Program on AIDS 1989.

Aðrar heimildir

Andersen J. Lov om aktindsigt i helbredsoplysninger med kommentarer. Friðrikshöfn 1994.
Andersen J. Tavshedspligt i forvaltningen. Juristen 1988: 159-80.
Betænkning om tavshedspligt nr. 998. Kaupmannahöfn 1984.
Þórmundsson J. Brot gegn friðhelgi einkalífs. Úlfljótur, tímarit lögfræðinga 1976 (4): 147-67.
Vogter J. Forvaltningsloven. Kaupmannahöfn 1992.
Örlygsson Þ. Meðferð persónuupplýsinga. Úlfljótur, tímarit lögfræðinga 1997 (2): 483-90.

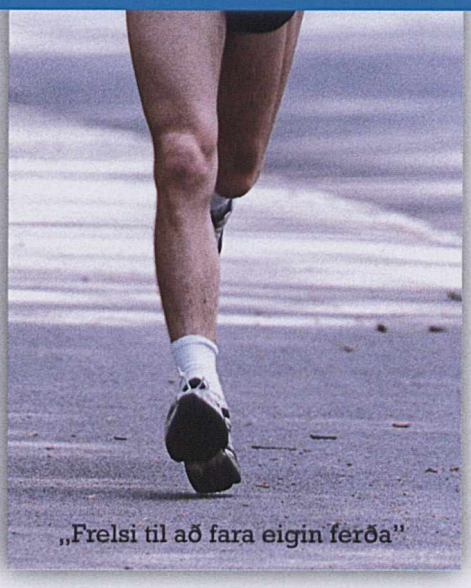
OXIS® TURBUHALER® Draco, (960107)
INNÚÐADUFT; R 03 A C 13
Hver mældur skammtur inniheldur: Formoterolum INN, fúmarat tvíhýdrat 6 míkróg, sem samsvarar 4,5 míkróg/úðaskammt eða 12 míkróg sem samsvarar 9 míkróg/úðaskammt, Lactosum, einhýdrat. **Eiginleikar:** ***Verkunarháttur:*** Formóteról er öflugur sértækur beta2-örvi sem veldur slökun á sléttum vöðvum í berkjum. Formóteról hefur þess vegna berkjuvíkkandi áhrif hjá sjúklingum með tímabundna þrengingu í öndunarvegum. Berkjuvíkkun hefst fljótt, innan 1-3 mín. eftir innúðun og verkunarlengd er að meðaltali 12 klst. eftir einn skammt. **Lyfjahvörf:** Frásog: Innúðað formóteról frásogast hratt. Hámarksþéttni í plasma næst um 15 mín. eftir innúðun. Í rannsóknum hefur komið fram að meðalmagn af formóteróli sem berst til lungna eftir innúðun með Turbuhalertæki er um 21-37% af mældum skammti. Heildaraðgengi (sýstemískt) fyrir það magn sem berst til lungna er um 46%. **Dreifing og umbrot:** Plasmapróteinbinding er um 50%. Formóteról er umbrotið með beinni glúkúróníðtengingu og O-afmetýleringu. Ensímið sem veldur O-afmetýleringu hefur ekki verið greint. Heildarplasmaklerans og dreifingarrúmmál hafa ekki verið ákvörðuð. Útskilnaður: Formóteról skilst að mestu leiti út sem umbrotsefni. Eftir innúðun, útskilst 6-10% af gefnum skammti í þvagi á óbreyttu formi. Um 20% af skammti gefnum í æð skilst út í þvagi á óbreyttu formi. Lokahelmingunartími eftir innúðun er áætlaður 8 klst.
Ábendingar: Einkenni um berkjuþrengingu hjá sjúklingum með astma. Oxis Turbuhaler má gefa til að lina berkjuþrengingu þegar meðferð með barksterum hefur ekki reynst árangursrík. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir formóteróli. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins hjá konum á meðgöngutíma. Í dýrarannsóknum á formóteróli hefur það valdið fylgjulosi sem og dregið úr lífslíkum nýbura og fæðingarþyngd. Þessi áhrif komu fram við talsvert hærri þéttni lyfsins en fást við klíníska notkun Oxis Turbuhaler. Þar til frekari upplýsingar liggja fyrir skal einungis nota Oxis Turbuhaler á meðgöngutíma að vel íhuguðu máli. Ekki er vitað hvort formóteról berst í brjóstamjólk kvenna. Oxis Tubuhaler skal því ekki gefa konum með barn á brjósti. Formóteról hefur fundist í litlu mæli í mjólk rotta. **Varúð:** Astmasjúklingar, sem þurfa meðferð með beta2-örva, ættu einnig að fá hæfilega bólgueyðandi meðferð með barksterum. Sjúklingum skal ráðlagt að taka áfram bólgueyðandi lyf eftir að meðferð með Oxis Turbuhaler er hafin, jafnvel þó að dragi úr einkennum. Ef einkennin hverfa ekki, eða ef auka þarf skammta af beta2-örvum, bendir það til þess að sjúkdómurinn sé að versna og að endurmeta skuli astmameðferðina. Hvorki skal hefja meðferð né auka skammta við versnun sjúkdóms. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skjaldvakaóhóf (thyrotoxicosis) eða alvarlega hjarta og æðasjúkdóma eins og blóðþurrðar hjartasjúkdóma (ischemic heart diseases), hraðsláttarglöp (tachyarrhythmias) og alvarlega hjartabilun. Í byrjun er mælt með tíðari blóðsykursmælingum hjá sykursjúkum vegna hættu á blóðsykurshækkun af völdum beta2-örva. Alvarleg kalíumþurrð getur orðið við beta2-örva meðferð. Sérstakrar varúðar skal gæta hjá sjúklingum með bráðan alvarlegan astma, þar sem sú hætta sem er til staðar getur aukist við súrefnisskort (hypoxia). Kalíumþurrð getur aukist við samtímis meðferð með xantínafleiðum, sterum og þvagræsilyfjum. Þess vegna skal fylgjast með kalíumgildum í sermi. Oxis Turbuhaler inniheldur 450 µg af mjókursykri í hverjum skammti. Þetta magn hefur venjulega ekki í för með sér hættu fyrir sjúklinga með mjólkursykuróþol. Engin gögn eru fyrirliggjandi um notkun Oxis Turbuhaler hjá börnum. Áhrif skertrar lifrar eða nýrnastarfsemi á lyfjahvörf formóteróls og lyfjahvörf hjá öldruðum eru óþekkt. Þar sem brotthvarf formóteróls byggist aðallega á umbrotum má búast við hærri gildum hjá sjúklingum með alvarlega skorpulifur. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): ***Miðtaugakerfi:*** Höfuðverkur. ***Hjarta og æðakerfi:*** Hjartsláttarónot. ***Beinagrindarvöðvar:*** Skjálfti. Sjaldgæfar (0,1-1%): ***Miðtaugakerfi:*** Æsingur, eirðarleysi, svefntruflanir. ***Beinagrindarvöðvar:*** Vöðvakrampar. ***Hjarta og æðakerfi:*** Hraðsláttur. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): ***Húð:*** Útbrot, ofsakláði. ***Öndunarvegir:*** Berkjusamdráttur. ***Efnaskipti:*** Kalíumþurrð/blóðkalíumhækkun. Skjálfti og hjartsláttarónot geta komið fram en eru venjulega væg og minnka við áframhaldandi notkun. Eins og við á um alla meðferð með innúðalyfjum, getur þverstæður (paradoxial) berkjusamdráttur komið fram í einstaka tilvikum. **Milliverkanir:** Engar sértækar rannsóknir á milliverkun hafa verið gerðar á Oxis Turbuhaler. Samtímis meðferð með öðrum adrenvirkum lyfjum getur aukið óæskileg áhrif Oxis Turbuhaler. Samtímis meðferð með xantínafleiðum, sterum eða þvagræsilyfjum geta aukið hættuna á kalíumþurrð við notkun beta2-örva. Kalíumþurrð getur aukið hættu á hjartsláttartruflunum hjá sjúklingum á meðferð með digitalis. Kínidín, dísópýramíð, prókaínamíð, fentíazín, andhistamín (terfenadín) og þríhringlaga geðdeyfðarlyf geta lengt QT-bilið og aukið hættu á sleglahjartsláttartruflunum. Betablokkarar geta dregið úr eða komið í veg fyrir verkun Oxis Turbuhaler. Oxis Turbuhaler skal þess vegna ekki gefa samtímis betablokkurum (þ.m.t. augndropar) nema brýna nauðsyn beri til. **Ofskömmtun:** Engin reynsla er á meðferð ofskömmtunar. Að líkindum leiðir ofskömmtun til áhrifa sem eru einkennandi fyrir beta2-örva: Skjálfti, höfuðverkur, hjartsláttarónot og hraðsláttur. Lágþrýstingur, efnaskiptablóðsýring (metabolic acidosis), kalíumþurrð og blóðsykurshækkun geta einnig komið fyrir. Veita skal stuðningsmeðferð og meðferð gegn einkennum. ***Skammtastærðir handa fullorðnum:*** Venjulegir skammtar: 4,59 µg einu sinni til tvisvar á dag. Skammtinn má gefa að morgni og/eða að kvöldi. Skammt að kvöldi má gefa til þess að koma í veg fyrir að sjúklingur vakni vegna einkenna næturastma. Sumir sjúklingar geta þurft 18 µg einu sinni eða tvisvar á dag. Forðast skal stærri skammta en 18 µg. Í klínískum rannsóknum hefur verið sýnt fram á að verkunarlengd lyfsins er um 12 klst. Ávallt skal leitast við að gefa lágmarks skammt sem verkar. ***Skammtastærðir handa börnum:*** Engin gögn eru fyrirliggjandi um notkun Oxis Turbuhaler hjá börnum. **Athugið:** Oxis Turbuhaler er tæki sem er drifið með innöndun. Það þýðir að þegar sjúklingur andar að sér í gegnum munnstykki tækisins berst lyfið með innöndunarloftinu til loftvega. Mikilvægt er að leiðbeina sjúklingum um að anda kröftuglega og djúpt að sér í gegnum munnstykkið til þess að tryggja hámarksskammt. Þar sem lítið magn af lyfinu er gefið í hverjum skammti, er mögulegt að sjúklingur finni hvorki bragð né verði á annan hátt var við lyfið við gjöf. Upplýsingar um lyfið fylgja hverri pakkningu þess. **Geymsla:** Lyfið skal geyma í umbúðunum vandlega lokuðum.
Pakkningar og verð:
Innúðaduft 4,5 míkróg/úðaskammt: 60 úðaskammtar í Turbuhaler-úðatæki. Kr. 3.751.
Innúðaduft 9 míkróg/úðaskammt: 60 úðaskammtar í Turbuhaler-úðatæki. Kr. 4.527.
Umboð á Íslandi: Pharmaco hf. AstraZeneca, Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Sími: 535 7151 Fax: 565 7366





Hraðvirkni og langvirkni í einu og sama lyfinu!!





EFLIR / HNOTSKÓGUR

Oxis® í Turbuhaler® er langvirkur $ß_2$ -agonisti sem verkar strax - innan 1-3 mínútna og í 12 klst.*
● Auðveldur og þægilegur í inntöku ● Fólk þolir lyfið vel.** Ábendingar: Einkenni um berkjuþrengingu hjá sjúklingum með astma. *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*



Um 30% af gefnum skammti nær til lungna með Turbuhaler.® Það er meira en þú færð með nokkru öðru lyfi.*** Einfaldur í notkun, einfalt að kenna notkun - aðeins að snúa, smella og anda inn.

AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Heimild: Sérlyfjaskrá 1999 **Heimild: Tötterman KJ, et. al. Eur Respir J 1998;12:573-9 ***Heimild: Fass 1999

Meginreglur persónuverndar og alþjóðleg þróun þeirra

Haraldur Briem

Upphaf umræðna um persónuvernd

UMRÆÐUR UM PERSÓNU- OG GAGNAVERND hófust í lýðræðisríkjum, bæði vestan hafs og austan, af alvöru á sjötta áratugnum. Fyrir því voru margar ástæður svo sem fyrirsjáanleg tölvuvæðing, vitneskja um gróf mannréttindabrot liðinna áratuga og óhugnanleg framtíðarsýn, sem meðal annars birtist í bók George Orwells *1984* en hún var fyrst gefin út árið 1949.

Fyrsta hugmyndin um víðtækan, miðlægan gagnagrunn um viðkvæmar persónuupplýsingar, sem næði til heillar þjóðar, kom fram í tillögum Rannsóknaráðs félagsvísinda í Bandaríkjunum árið 1966 (1). Hugmynd þessi náði ekki fram að ganga. Hún vakti hins vegar mikla tortryggni sem náði út fyrir Bandaríkin enda var talið líklegt að svipaðar hugmyndir mundu vakna meðal annarra þjóða.

Hvers vegna einkalíf?

Eðlilegt er að spurt sé hvers vegna þörf sé á að vernda einkalíf (privacy). Bent hefur verið á að þótt ástæðan sé tilfinningalegs eðlis þá sé hún til staðar og raunveruleg. Ekki sé um eina afmarkað ástæðu að ræða heldur margar og þeim megi skipta í þrjá meginþætti (2).

Í fyrsta lagi er það **mannlegur þáttur**, sem snýr að rétti til einveru (solitude), það er réttinum til að fá að vera í friði, helgun (intimacy), það er réttinum til að fá að deila vissum tilfinningum og gerðum innan takmarkaðs hóps, óþekkjanleika (anonymity) réttinum til að þekkjast ekki, til dæmis á almannafæri, og friðhelgi (reserve) réttinum til að reisa sér sálfræðilega múra gegn óvelkominni ágengni (3).

Í öðru lagi er það hinn **pólitíski þáttur**. Í ljósi reynslunnar er fyrir hendi ótti við að valdstjórnin geti orðið að harðstjórn. Um þennan þátt hefur verið fjallað af fræðimönnum. „Tölvan hefur gefið skifræðinu tæki til alfræði, ef ekki algetu, með því að fá því í hendur þekkingarkraft. Engar staðreyndir óskráðar, engu gleymt, engu fyrirgefið“ (4). Einnig hefur verið bent á að fram sé komið nýtt Parkinsonslögmál í skrifræði og upplýsingatækni. „Framförum í upplýsingatækni hefur fylgt sú tilhneiging að stunda óhóflega meðferð og greiningu á skráðum upplýsingum. Það hefur svo leitt til þess að sóst er eftir söfnun gagna með vaxandi fjölda á breytum sem leiðir til þess að sóst er eftir æ umfangsmeiri upplýsingum um einstaklinga (5).“

Í þriðja lagi er það svo **tæknilegur eða skipulagslegur þáttur** sem liggur að baki þörfinni á að vernda einkalíf manna. Bent hefur verið á mikilvægi heildarskipulags einkalífs og takmörkun ráðstöfunar persónuupplýsinga. *Rétta fólkið* á fara með upplýsingarnar, það er þeir sem þurfa upplýsingarnar í sértækum tilgangi og þeim tilgangi einum, *réttu gögnin* séu notuð, það er þau séu nákvæm, heildstæð, skipti máli og séu tímanleg og að *tilgangurinn sé réttur* tilgangur, það er sem samþykktur er af viðkomandi eða sé studdur lögum (6).

Þróun lagasetningar, alþjóðlegra tilmæla og tilskipana

Þrátt fyrir mismunandi lagahefð, uppbyggingu stofnana hinna ýmsu þjóðfélaga og almenn viðhorf hafa vestræn lýðræðissamfélög komist að býsna samhljóma niðurstöðum um persónuvernd. Í janúar 1991 höfðu 17 OECD þjóðir sett lög um persónuvernd og sex aðrar voru með slíka löggjöf á döfinni. Svíar riðu fyrstir á vaðið árið 1973 en íslensk löggjöf um efnið var í fyrsta sinn samþykkt af Alþingi árið 1981. Núgildandi lög um skráningu og meðferð persónuupplýsinga eru frá árinu 1989 (7). Þá voru persónuverndarákvæði tekin upp í stjórnarskrá lýðveldisins Íslands árið 1995, sbr. 71. gr. Í 3. mgr. 71. gr. segir að takmarka megi friðhelgi einkalífs, heimilis eða fjölskyldu *með sérstakri lagaheimild ef brýna nauðsyn ber til vegna réttinda annarra.*

Drifkraftur persónuverndar í Evrópu hefur verið Evrópusáttmálinn (8). Árið 1990 höfðu allar aðildarþjóðirnar undirritað sáttmálann. Fram til ársins 1990 hafði Evrópuráðið forgöngu um málefni persónuverndar en eftir það tók Evrópusambandið æ meir að láta til sín taka. Átti Schengensamkomulagið frá árinu 1985, sem gerði ráð fyrir upplýsingakerfum og skiptum á upplýsingum yfir landamæri, ríkan þátt í þeirri þróun. Árið 1989 hvatti ráðstefna gagnaverndarfulltrúa sambandsins Evrópusambandið til þess að lögfesta grundvallarreglur persónuverndar Evrópusáttmálans og þar með skuldbinda allar þjóðir Evrópusambandsins (og EES) ásamt stofnunum þeirra til að fylgja reglunum. Leiddi þessi hvatning til þess að árið 1995 var samþykkt tilskipun Evrópusam-

Höfundur er sóttvarnalæknir hjá landlæknisembættinu.

bandsins um persónuvernd og frjálst flæði upplýsinga (9). Íslendingum bar að setja lög um persónuvernd í samræmi við tilskipunina eigi síðar en í árslok 1999.

Evrópuráðið hefur einnig gefið út tilmæli um verndun upplýsinga á ýmsum sviðum svo sem tilmæli um DNA rannsóknir í þágu sakamála nr. R(92)1 (10) og um verndun heilsufarsupplýsinga (11).

Þá má að lokum geta þess að Sameinuðu þjóðirnar hafa gefið út leiðbeiningar um verndun persónuupplýsinga (12).

Grundvallarreglur persónuverndar

Þróun hugmyndafræði persónuverndar undanfarna áratugi, sem meðal annars hefur verið rakin til skoðana Johns Stuarts Mills þess efnis að í frjálsu samfélagi hafi hver maður fullt vald yfir sjálfum sér, líkama sínum og sál (13) hefur leitt til þess að hægt er að setja fram grundvallarreglur persónuverndar sem hafa alþjóðlega skírskotun (14,15).

1. Meðalhófsreglan
Samræmis verður að gæta milli þeirra óska sem liggja að baki vinnslu með skrár með persónuupplýsingum og skilgreindum markmiðum með skránni.

2. Takmörkunarregla söfnunar
Söfnun upplýsinga skal taka til þess sem máli skiptir fyrir skilgreind markmið með sanngjörnum og lögmætum hætti og ekki að vera umfram það sem þörf krefur. Ekki skal afla upplýsinga til öryggis um eitthvað sem kann að eiga sér stað einhvern tímann í framtíðinni.

3. Tilgangsreglan eða takmörkunarregla notkunar
Ekki má nota upplýsingar til annars en upphaflega var ætlunin að gera og er í samræmi við upprunaleg markmið upplýsingasöfnunarinnar.

4. Gæðareglan
Einungis ber að skrá réttar upplýsingar.

5. Reglan um aðgengi og leiðréttingu
Aðgengi er nauðsynlegt hinum skráða til að komið verði við leiðréttingu. Reglan er af sama toga og gæðareglan enda falla slíkar leiðréttingar undir gæðamál.

6. Öryggisreglan
Komið verði í veg fyrir að óviðkomandi hafi aðgang að persónuupplýsingum og að hann geti nýtt sér þær. Reglan er tæknilegs eðlis og er í eðli sínu til styrktar öðrum grundvallarreglum persónuverndar. Tæknimál upplýsingamiðlunar eru þó mun víðtækari en vélbúnaðurinn eingöngu. Eftirfarandi skilgreining hefur verið gefin: „Tölvutækni er flókið samsett kerfi sem samanstendur af fólki (það er notendum, tölvunarfræðingum og stjórnendum), tækjabúnaði það er vélbúnaði og tengibúnaði; hugbúnaði, svo sem stýrikerfi og notendabúnaði og gögnum) og tækni (það er fyrirkomulag, starfsreglur og skipulagsmál) (16).“

7. Tímatakmörkunarreglan
Ekki skal varðveita upplýsingar eftir að þær hafa þjónað þeim markmiðum sem sett voru við stofnun skráar.

8. Gegnsæisreglan
Tilvist skráa verður að vera öllum kunn, í það minnsta öllum þeim sem gögnum er safnað um. Öðru vísi verður ekki hægt að beita reglunni um aðgengi og leiðréttingu.

Niðurstöður

Af framansögðu má sjá að það er grundvallaratriði persónuverndar að söfnun á viðkvæmum persónuupplýsingum og vinnsla með þær verður að vera sanngjörn, málefnaleg og lögmæt. Þessar grunnhugmyndir eru í samræmi við ákvæði 3. mgr. 71. gr. Stjórnarskrár lýðveldisins Íslands, en þar segir að með sérstakri lagaheimild megi takmarka friðhelgi einkalífs, heimilis og fjölskyldu ef brýna nauðsyn beri til vegna réttinda annarra. Því er mikilvægt í allri lagasetningu sem snertir frumréttindi manna til frelsis og friðhelgis einkalífs að yfirvegað mat á hagsmunum fari ávallt fram og gætt sé vandaðra vinnubragða og sanngirnis áður en vinnsla viðkvæmra persónuupplýsinga er leyfð með lögum. Í þeim undantekningartilvikum þar sem vinnsla viðkvæmra persónuupplýsinga er leyfð með lögum, án þess að fyrir þurfi að liggja upplýst samþykki, verður að ganga tryggilega svo frá að slíkar upplýsingar séu fengnar í yfirlýstum, skýrum, málefnalegum tilgangi og þá ekki umfram það sem nauðsynlegt er miðað við tilgang vinnslunnar. Miklu skiptir að tryggt sé að slíkar upplýsingar verði ekki unnar frekar í öðrum og ósamrýmanlegum tilgangi, auk þess sem mæla verður fyrir um nægjanlegt öryggi við vinnsluna.

Að gildandi lögum er tölvunefnd falið eftirlit með skráningu og meðferð persónuupplýsinga, sbr. 31. gr. laga nr. 121/1989. Nefndin hefur við skýringu og fyllingu matskenndra lagaákvæða meðal annars litið til framangreindra meginreglna persónuverndar.

Heimildir

1. U.S. House of Representatives, The Computer and the Invasion of Privacy, Hearings before the Special Subcommittee on Invasion of Privacy of the Committee on Government Operations, House of Representatives, 89th Cong., 2nd sess. Washington D.C.: Government Printing Office; 1966: 195.
2. Bennett CJ. Regulaing Privacy. London: Cornell University Press; 1992: 23-37.
3. Westin AF. Privacy and Freedom. New York: Atheneum; 1967: 31-2.
4. Stone MG, Warner. Politics, Privacy, and Computers. The Political Quarterly 1969; 40: 260.
5. Miller AR. The Assault on Privacy: Computers, Data Banks, and Dossiers. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1971: 21.
6. Sieghart P. Privacy and Computer. London: Latimer; 1976: 76.
7. Lög um skráningu og meðferð persónuupplýsinga 1989 nr. 121.
8. Convention for the Protection of Individuals with Regards to Automatic Processing of Personal Data. Strasbourg: Council of Europe; 1981.
9. Directive of the European Parliament and of the Council on the Protection of Individuals with Regard to the Processing of Personal Data and on the Free Movement of Such Data. EC 95/46.
10. Recommendation No R(92)1 of the Committee of Ministers to Member States on the Use of Analysis of Deoxyribonucleic Acid (DNA) within the Framework of the Criminal Justice System.
11. Recommendation No R(97)5 of the Committee of Ministers to Member States on the Protection of Medical Data.
12. UN Guidelines Concerning Compurized Personal Data Files. Transnational Data and Communication Report 12, 1989: 35-6.
13. Mill JS. On Liberty [frumúgáfa]. London: Parker; 1859. Frelsið, í íslenskri þýðingu Jóns Hnefils Aðalsteinssonar og Þorsteins Gylfasonar. Hið íslenska bókmenntafélag: Reykjavík; 1978: 45.
14. Bennett CJ. Regulating Privacy. London: Cornell University Press; 1992: 23, 101-11.
15. Blume P, Hartlev M. Registrering av dna-profiler. Ugeskrift for Retsvesen 1999; 1: 1-6.
16. Danziger JN, et al. Computers and Politics: High Technology in American Local Governments. New York: Colombia University Press; 1982: 4-5.

Messías – hinn síðari

„ – og tvö þúsund árum síðar komst þú, komst þú – “

Matthías Kjeld

Íslenskur prófessor við læknadeild Kings College í London, Ingvar Bjarnason, vakti upp nokkra umræðu um stöðuveitingar í læknadeild Háskóla Íslands rétt fyrir síðustu jól. Í kjölfarið urðu nokkrar umræður í rafpósti (e-mail) milli nokkurra helstu leikara í leikritinu *Prófessorsstaða í lífefnafræði* sem fært var upp fyrir nokkrum árum. Ekki er með vissu vitað hver er höfundur verksins enda ekki útilokað að hann hafi verið undir áhrifum æðri máttarvalda og því erfitt um vik að eigna sér eða hafna stykkinu. Umsækjendum um stöðuna var ýmist boðið að sækja um hana ellegar að þeir gerðu það af hollustu við hefðir samfélagsins, þar á meðal undirritaður.

Var nú skipuð þriggja manna dómnefnd sem deildarforseti talaði lítið við. Dómnefndin (matsnefndin) mun því hafa fengið vitrun og sá strax að hún gæti ekki notað jarðbundnar leiðbeiningar læknadeildar, sem þá giltu, um val í kennarastöður. Samþykkti hún því sínar eigin leiðbeiningar (guidelines) sem birtust á ensku, en einn nefndarmanna, kappsfullur sameindalífefnafræðingur, var Breti, nú starfandi í Ástralíu, horfinn frumsýningarströndum.

Guidelines for the evaluation committee

(Lausleg íslensk þýðing)

„Matsnefndin hefur samþykkt eftirfarandi leiðbeiningar:

Lífefnafræðideild Háskólans hefur möguleika á að verða brennipunktur læknisfræðilegra grunnrannsókna fyrir allt Ísland, ekki aðeins í lífefnafræði heldur einnig í sameindaerfðafræði svo og klínískri erfðafræði, læknisfræðilegri líftækni og sameindafræðilegri meinafræði. Það þýðingarmesta kann þó að vera að svið lífefnafræðinnar er að færast út og með tilkomu sameindalíffræði og erfðafræði verður það nú aflmikið fag sem verður að vökva og eiga samskipti við mörg önnur klínísk og meinafræðileg fög.

Með þetta í huga verður auðveldara að ákveða persónu þá sem ætti að verða ráðin. Hann eða hún ætti auðvitað að hafa til að bera hinar venjulegu dyggðir þess sem hefur getið sér mikils orðstírs á sviði lækna- og lífvísinda, með áhuga á lífefnafræði/sameindalíffræði/sameindaerfðafræði. Hann eða hún ætti að vera góður uppfræðari og kennari. Vegna tengsla við árið 1994 og Háskóla Íslands er samt sem áður um frekari nauðsyn að ræða – ráðningu framsýnnar manneskju sem á auðvelt með tjáskipti og getur haft forystu fyrir mörgum á öðrum sviðum, án þess að hóta þeim með því að láta líta svo út sem hún muni óska eftir að „taka allt yfir til sín“ eða framkvæma hluti án skilnings á heildaráhrifum þess fyrir Háskólann og þjóðina alla. Þegar besti umsækjandinn er kosinn verða einstaklingsbundin færni og alhliða forystuhæfileikar jafn mikilvæg og vísindaleg eða læknisfræðileg sérkunnátta sem slík.

Líklegt er að persóna sú sem kosin verður hafi unnið bæði á Íslandi og erlendis á sviði sem hefur framtíðarmöguleika. Bestu umsækjendurnir eru ekki líklegir til að vera eldri en 45 ára og ekki yngri en 35 ára nema um algera undantekningu sé að ræða. Þeir ættu að hafa í ritskrá sinni merki um stöðugan fjölda af árlegum ritrýndum greinum sem birst hafa í góðum vísindatímaritum. Vænta mætti þess að umsækjendur hefðu stjórnunarreynslu. Ef til vill er þó mikilvægast af öllu að fram komi vitnisburður um að umsækjandinn hafi til að bera sveigjanleg og þróttmikil tök á líf- og læknisfræðilegum vísindum til þess að tryggja að sá sem ráðinn verður geti hámarkað forystuhlutverk sitt á víðum grunni næstu tvo áratugina.“

Eftir lestur þessarar hógværu samþykktar fyrir næstu tuttugu ár kemur manni í hug kvæði Steins Steinarrs, *Mannkynssaga fyrir byrjendur:*

Og sjö þúsund árum síðar
kom Ghagga Ghú.
Um Ghagga Ghú finnst hvergi
nein heimild nú.

Og sjö þúsund árum síðar
komst þú, komst þú.

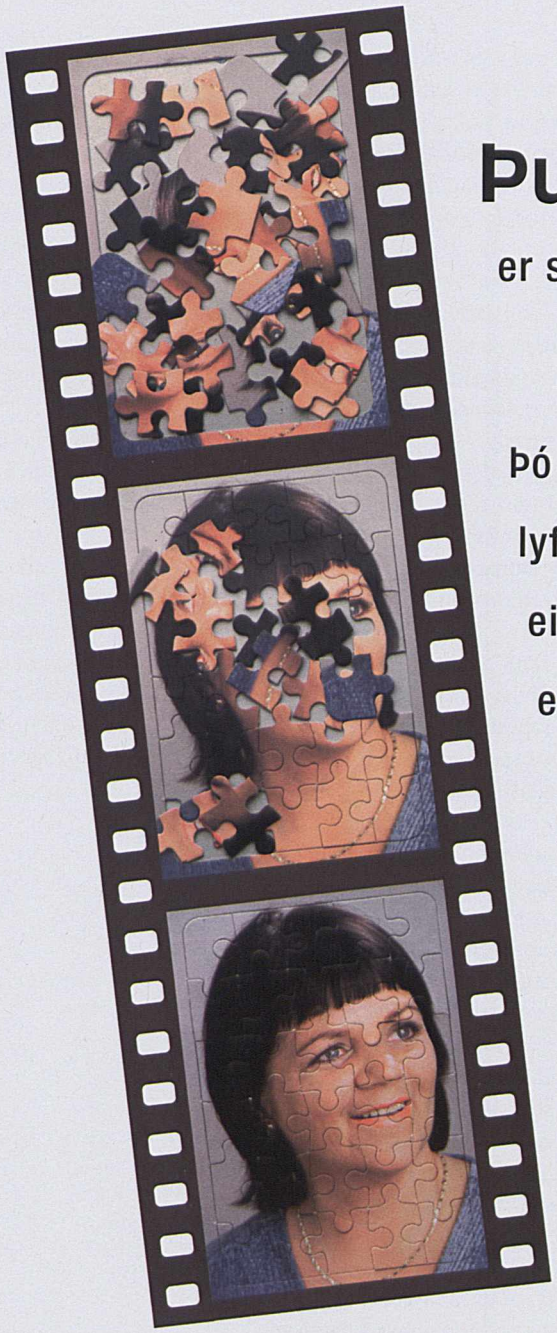
Á flugi nær sólu hitar mjök svo sem reyna mátti Ikarus forðum áður en hann féll í sjóinn, eins og prófessorstaðan gerði nú. Sóknarhiti leiksins kann að valda nokkru um að erfitt er að ráða í hvort að baki framangreindum leiðbeiningum hefur staðið innblástur eða – útblástur, ellegar þá önnur tegund blásturs sem líka var þekkt á tímum Sing Sing Hó.

Höfundur er sérfræðingur í meinefnafræði á rannsóknastofu Landspítala Hringbraut.

FORÐAHYLKI; N 06 A A 22R Hvert forðahylki inniheldur: Venlafaxinum INN, klóríð, samsvarandi Venlafaxinum INN 75 mg eða 150 mg. Ábendingar: Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kvíðatengt þunglyndi. Skammtar: Efexor Depot ætti að taka með mat. Hylkin skal gleypa heil. Efexor Depot ætti að gefa einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf er unnt að auka skammtinn upp í 150 mg á dag að u.þ.b. hálfum mánuði liðnum. Hámarksskammtur er 225 mg einu sinni á dag. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatíninklerans er minni en 30 ml/mín. eða við meðal alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meira. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í eina viku að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Frábendingar: Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum. Varnaðarorð og varúðarreglur: Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Vanmeðhöndluð flogaveiki, lækkaður krampaþröskuldur. Þegar skipt er frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi. Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru geðlægð. Hætta á sjálfsvígi fylgir geðlægð og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (hlébþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að fylgst sé með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tviskauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðlægðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir: Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af lítíum, díasepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir í tilraunaglasi benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega in vivo. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar Efexor er gefið ásamt lyfjum svo sem kínidíni og paroxetíni. Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla CYP3A3/4. CYP3A3/4 hemlar er t.d. ketókónasól. Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur: Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. Aukaverkanir Algengar (>1%): Almennt: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitaköst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavikkun, hjartsláttarónot. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar: Almennt: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarensím í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar(<0,1%) Almennt: Hálfdvali. Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gáttasleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun í geðlægð er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Ofskömmtun og eitranir: Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Verkunarháttur og verkanir: Efexor Depot inniheldur venlafaxín sem virkt efni og er það blanda tveggja handhverfa (racemat). Lyfið dregur úr geðdeyfð. Báðar handhverfur venlafaxíns og virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín hafa lyfjafræðileg áhrif. Áhrifin koma fyrst og fremst fram við hömlun á endurupptöku serótóníns og noradrenalíns í miðtaugakerfinu, en einnig kann að koma fram veik hömlun á endurupptöku dópamíns. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín draga úr næmi beta-adrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín sýnir enga sækni í kólínvirka(muskarín-), histamínvirka eða alfa1-adrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíasepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensímsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor Depots næst eftir u.þ.b. 6 klst. (4,5-7,5 klst.) og helmingunartími í blóði er u.þ.b. 15 klst. (9-21 klst.). Hámarks blóðþéttni virka umbrotsefnisins O-desmetýlvenlafaxíns næst eftir 9 klst. (6,5-11 klst.). Mikill munur sést milli einstaklinga. Próteinbinding venlafaxíns í plasma er u.þ.b. 27% en 30% fyrir O-desmetýlvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Umbrot venlafaxíns í O-desmetýlvenlafaxín gerast fyrir tilstilli CYP2D6. Í þeim einstaklingum, þar sem debrisokín umbrotnar hægt, fæst tvísvar til þrisvar sinnum meira aðgengi fyrir venlafaxín og tvisvar til þrisvar sinnum minna aðgengi fyrir virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín. Aðeins u.þ.b. 5% (1-13%) af skammti sem tekinn hefur verið inn skilst óbreyttur út með þvagi. Umbrotsefnin skiljast fyrst og fremst út um nýrun. Neysla matar samtímis lyfinu hefur engin áhrif á aðgengi. Útlit: Forðahylki 75 mg:. Fölbleik hylki, 19 x 6 mm, merkt W 75 í rauðum lit. Forðahylki 150 mg: Rauðbrún hylki, 23 x 7 mm, merkt W 150 í hvítum lit. Pakkningar: Þynnupakkning (PVC/ál): 14 hylki, 28 hylki og 98 hylki. Pólýetýlenflaska: 100 hylki. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1. janúar 2000, hámarks útsöluverð úr apótekum: Efexor Depot forðahylki 75mg: 14stk 2.962 kr., 28stk 5.296 kr., 98stk 15.296 kr., 100stk 14.590 kr.. Efexor Depot forðahylki 150mg: 14stk 5.296 kr., 28stk 9.407 kr., 98stk 28.928 kr., 100stk 27.579 kr.

HVERS VEGNA

EFEXOR DEPOT ...



Þunglyndi

er skelfilegur sjúkdómur

Þó sjúklingur svari lyfjameðferð geta einkenni sjúkdómsins ennþá verið íþyngjandi

Sjúklingur sem náð hefur bata getur snúið aftur til fyrra lífs

... þess vegna

mælum við árangur meðferðar með hlutfalli sjúklinga sem náð hafa bata.

Hlutfall sjúklinga sem náð hafa bata eftir 8 vikna meðferð*

EFEXOR DEPOT EFEXOR	SSRI
43%	33%

*Entsuah R, Rudolph R, Salinas E, A comparative pooled analysis between venlafaxine and SSRIs on remission for patients with major depression. Poster presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D.C., May 1999.

EFEXOR DEPOT
HVERS VEGNA BÍÐA

Endurmenntun

Guðjón Lárusson

Um síðustu áramót bárust þær fréttir, að læknar á Sjúkrahúsi Reykjavíkur hefðu tekið upp sérstakt endurmenntunarkerfi. Byggist það á því, að vissum fjölda punkta er safnað yfir ákveðinn tíma. Svo og svo margir punktar fást fyrir samningu og flutning fyrirlestrar, svo og svo margir fyrir að sitja námskeið eða þing, innlend eða erlend. Þetta svokallaða **punktakerfi** hefur árum saman verið vel þekkt í Bandaríkjunum.

Tilgangurinn með þessu er sá að reyna að tryggja sem best endurmenntun lækna og er að öllu leyti lofsverður. Ekki er þó alveg ljóst um viðurlög, ef einhverjum þætti of mikið á sig lagt.

Þetta frumkvæði gaf mér tilefni til að rifja upp nokkur atriði úr sögu St. Jósefsspítala á Landakoti.

Formlegir, skráðir fræðslufundir hófust þar **2. október 1965**, svonefndir **laugardagsfundir**, kl. 8.15 þótt stakir fundir og fyrirlestrar hafi verið haldnir þar áður.

Læknaráð var stofnað **1968**, hið fyrsta á íslenskum spítala. Samhliða því var krafist 75% skyldumætingar á læknaráðsfundi og laugardagsfundi. Viðurlögin voru einföld: missir starfsleyfis á spítalanum, eða eins og segir í upprunalegu reglugerð læknaráðs: „Starfandi sérfræðingum spítalans er skylt að sækja læknaráðsfundi. Sæki þeir ekki 3/4 hluta funda yfir árið, nema forföll hamli, sem stjórn læknaráðs tekur gild, er litið svo á, að sá sérfræðingur óski eftir að hætta störfum við spítalann. Sama gildir um nefndarfundi og vikulega fundi um læknisfræðileg efni (laugardagsfundi).“

Kvaðir þessar voru augljóslega settar til þess að tryggja annarsvegar þátttöku allra lækna í starfsemi læknaráðs, en tilgangurinn með stofnun þess, var að bera faglega ábyrgð á staðli spítalans. Á þeim tíma voru ekki allir læknar Landakots, frekar en annars staðar, sammála um að þörf væri á slíkum staðli. Hinsvegar sá að tryggja eftir mætti, að læknarnir héldu menntun sinni við.

Í **september 1973** samþykkti læknaráð viðauka við reglugerðina, þar sem bætt var inn skilyrði um að sérfræðingarnir „...noti nokkuð af efniviði spítalans og þá væntanlega fyrst og fremst eigin sjúklinga til rannsóknarstarfa, *og er það skilyrði til þess að halda vinnuaðstöðu við sjúkrahúsið* (leturbreyting GL). Þykir hæfilegt lágmark að hver læknir skili einu verki fyrir hver þrjú ár, sem hann starfar við spítalann. Skili hann fleiri verkum en einu á þriggja ára fresti, hefur hann unnið af sér þrjú ár fyrir hvert fullgilt verk, sem hann skilar. Þetta eru fullgild verk:

1. Grein birt í viðurkenndu læknariti.
2. Erindi flutt á læknaþingi.
3. Erindi flutt á almennum fundi í LR og sé það byggt á eigin efniviði en ekki yfirlitserindi... .“

Á árinu **1978** voru endurmenntunarákvæði læknaráðs endurskoðuð og tekið upp **punktakerfi**. Krafist var að lágmarki 100 punkta á tveimur árum.

Árið **1986** var punktakerfið endurskoðað og læknunum þá gert að safna 150 punktum á tveimur árum. Fræðslunefnd læknaráðs fylgdist reglulega með því að ákvæðin voru uppfyllt og kom aldrei til vandræða vegna þess.

Þessar hugleiðingar eru ekki skrifaðar til að gera lítið úr framtaki lækna á Sjúkrahúsi Reykjavíkur, sem er hið besta mál. Vonandi leggst það ekki af við sameiningu spítalanna.

Mér fannst þó ástæða til að leggja áherslu á, að endurmenntunarkerfi var við lýði á Landakoti fyrir meir en 30 árum og punktakerfi fyrir meir en 20 árum. Mér er ekki kunnugt um, að slík ákvæði hafi verið til á neinum öðrum íslenskum spítala þá eða fyrr en nú, eða að nein önnur heilbrigðisstétt – eða yfirleitt neinir aðrir – hafi lagt svipaðar kvaðir á sjálfa sig.

Höfundur er sérfræðingur í efnaskipta- og innkirtlalækningum.

Hollvinafélag læknadeildar Háskóla Íslands

Sigríður Stefánsdóttir framkvæmdastjóri Hollvinasamtaka HÍ

HOLLVINAFÉLAG LÆKNADEILDAR Háskóla Íslands var stofnað 15. nóvember 1996. Fyrsti formaður félagsins var Árni Björnsson en núverandi formaður er Örn Bjarnason. Aðrir í stjórn eru Guðmundur Bjarnason, Helga Erlendsdóttir, Sveinn Magnússon og Vilhelmína Haraldsdóttir. Fulltrúi stúdenta í stjórn er Hjalti Már Þórisson. Hollvinafélagið hefur unnið að margvíslegum verkefnum á liðnum árum, hæst ber þó hina vinsælu fyrirlestraröð „Undur líkamans – furður fræðanna" sem haldin var veturinn 1997-1998. Hollvinafélagið var einnig aðili að opnu húsi og fyrirlestraröð í Læknagarði síðastliðið haust og á hverju vori veitir félagið viðurkenningu þeim læknakandídat sem hæsta einkunn hlýtur við brautskráningu. Nýlega ákvað stjórn félagsins að styrkja norræna ráðstefnu læknanema sem haldin verður hér með vorinu.

Rétt er að geta þess að félagar í Hollvinasamtökunum og hollvinafélögunum njóta marghátt-aðra fríðinda og fá reglulega upplýsingar um innra starf Háskólans og læknadeildar.

Við viljum sérstaklega benda afmælisárgöngum á að hægt er að fá aðstoð skrifstofu Hollvinasamtakanna við að ná til gamalla skólafélaga þar sem samtökin hafa skrár yfir alla kandídata sem brautskráðir hafa verið frá HÍ.

Núverandi stjórn Hollvinafélags læknadeildar hefur ákveðið að gera átak til að fjölga félagsmönnum en þeir eru aðeins 127 talsins. Í því sambandi er birtur hér listi yfir félagsmenn og er þeim velunnurum læknadeildar sem ekki hafa enn gengið til liðs við Hollvinafélagið bent á að hafa samband við skrifstofu Hollvinasamtakanna í síma 551 4374, eða á netfang sigstef@hi.is. Rétt er að geta þess að nokkrir læknar eru félagar í Hollvinasamtökunum án þess að hafa gengið í Hollvinafélag læknadeildar og geta þeir sömuleiðis snúið sér til skrifstofunnar ef þeir vilja að félagsgjald þeirra renni til stuðnings læknadeildar.



Agnes Smáradóttir undirritar læknaeiðinn við hátíðlega athöfn sumarið 1995.

Stofnskrá Hollvinafélags læknadeildar HÍ

Félagið heitir Hollvinafélag læknadeildar Háskóla Íslands. Markmið félagsins er að auka tengsl læknadeildar við fyrrum nemendur sína og aðra velunnara deildarinnar. Skal þess gætt að félagsmenn hafi greiðan aðgang að starfsemi og þjónustu deildarinnar og að tekjum félagsins sé ráðstafað til uppbyggingar lærdóms og rannsókna í læknadeild.

Félagar í Hollvinafélagi læknadeildar eru sjálfkrafa félagar í Hollvinasamtökum Háskóla Íslands. Félagar í Hollvinasamtökum Háskóla Íslands geta gerst meðlimir í Hollvinafélagi læknadeildar með því að greiða sérstaka upphæð til félagsins, eða óska eftir því að hluti árgjalds til Hollvinasamtakanna gangi til Hollvinafélags læknadeildar, samanber stofnskrá Hollvinasamtakanna.

Framlög til Hollvinafélags læknadeildar má merkja ákveðinni starfsemi. Óskilyrtum fjárframlögum ráðstafar stjórn Hollvinafélags læknadeilar í samræmi við markmið félagsins.

Með fjármál, félagaskrá og samskipti við hollvini skal farið í samráði við stjórn Hollvinasamtaka Háskóla Íslands og skrifstofu þeirra, sem sér um þjónustu við hollvinafélög.

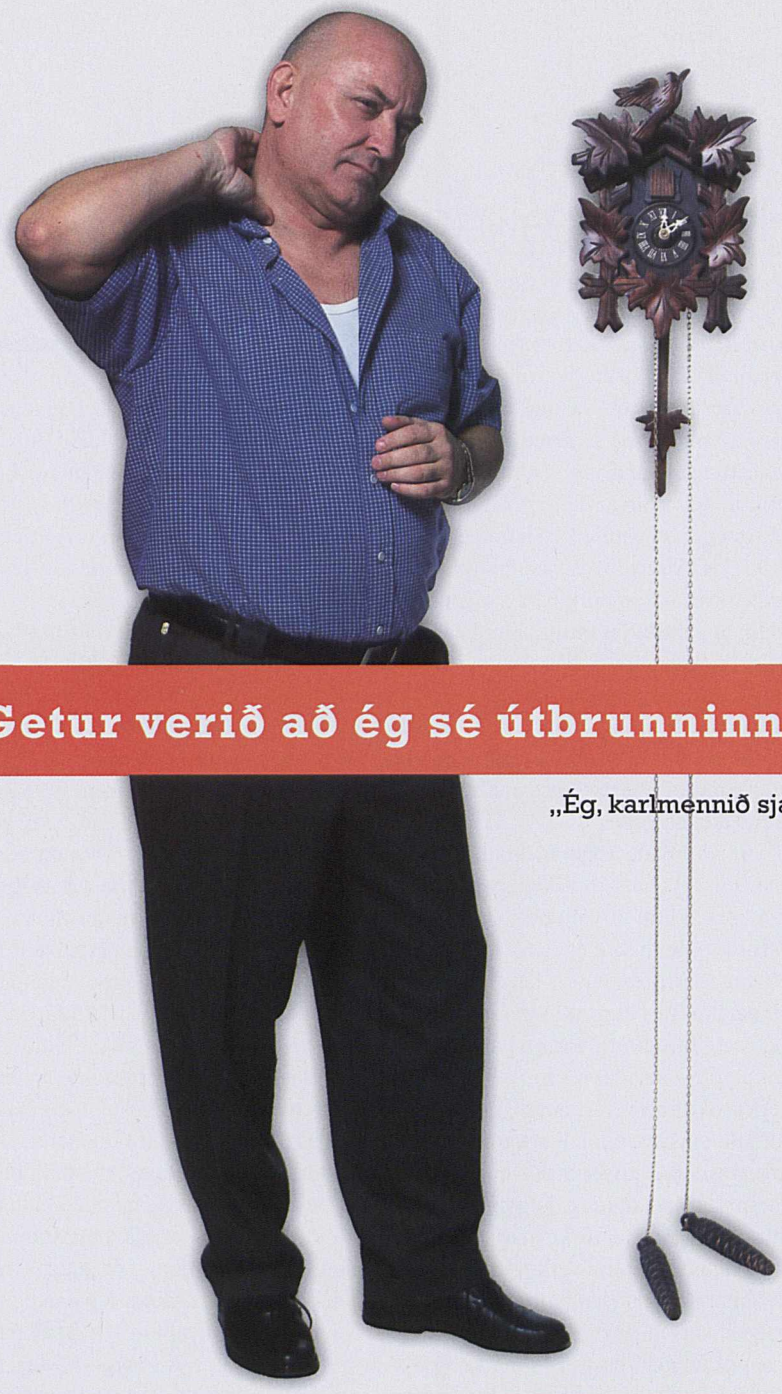
Stjórn Hollvinafélags læknadeildar skal skipuð fimm mönnum kjörnum á aðalfundi. Stjórnin skiptir með sér verkum. Aðalfund skal halda í október ár hvert. Formaður situr í fulltrúaráði Hollvinasamtaka Háskóla Íslands.

Félagar í Hollvinafélagi læknadeildar HÍ

Andri Már Þórarinsson
Anna Jóhannsdóttir
Arna Guðmundsdóttir
Atli Árnason
Atli Dagbjartsson
Árni Kristinsson
Ásgeir Haraldsson
Ásmundur Brekkan
Bjarni A. Agnarsson
Bjarni Þjóðleifsson
Björn Guðmundsson
Bogi Andersen
Bragi Guðmundsson
Bryndís Þórðardóttir

Brynjólfur Mogensen
Dóra Einarsdóttir
Edda Guðmundsdóttir
Edda Sigrún Ólafsdóttir
Egill Ágúst Jacobsen
Einar Hjaltason
Einar Stefánsson
Eiríkur Örn Arnarson
Elín Bjarnadóttir
Emil L. Sigurðsson
Geir Karlsson
Gestur Pálsson
Gísli Einarsson
Guðjón Vilbergsson
Guðmundur Bjarnason
Guðmundur Björnsson
Guðmundur Georgsson
Guðmundur S. Jónsson
Guðmundur Pétursson
Guðmundur Þorgeirsson
Guðrún Agnarsdóttir
Gunnar Biering
Gunnar H. Gunnlaugsson
Gunnar Rafn Jónsson
Gunnar Þór Jónsson
Gunnar Sigurðsson
Gunnar Wiig
Gunnhildur Guðnadóttir
Gunnlaugur Geirsson
Gunnlaugur Snædal
Gylfi Haraldsson
Halldór Kolbeinsson
Hannes Blöndal
Hannes Pétursson
Hannes Þórarinsson
Haukur Valdimarsson
Helga Erlendsdóttir
Helga Hannesdóttir
Helga M. Ögmundsdóttir
Helgi J. Ísaksson
Helgi Kr. Sigmundsson
Helgi Sigurðsson
Helgi Valdimarsson
Hjalti Már Þórisson
Hjördís Claessen
Hjördís Harðardóttir
Hjördís Smith
Hrafn Tulinius
Högni Óskarsson
Ingibjörg Harðardóttir
Ingvar Þóroddsson
Ingveldur Birna Björnsdóttir
Jakob Kristinsson
Jóhann Ágúst Sigurðsson
Jóhannes Nordal
Jón Ívar Einarsson
Jón Aðalsteinn Jóhannsson
Jón Eyjólfur Jónsson
Jón Lárus Sigurðsson
Jón G. Stefánsson
Jón Þorsteinsson
Jónas Björn Magnússon
Karl G. Kristinsson
Katrín Fjeldsted
Kristinn Þ. Sigurðsson
Kristín Einarsdóttir
Kristján Erlendsson
Leifur Dungal
Magnús Gottfreðsson
Magnús Jóhannsson
Magnús Karl Pétursson
Oddur Ólafsson
Ólafur Ó. Guðmundsson
Ólafur Kjartansson
Ólafur F. Mixa
Ólafur H. Oddsson
Ólafur Steingrímsson
Ólöf Sigurðardóttir
Ómar Ragnarsson
Páll Pálsson
Pálmi V. Jónsson
Pétur Heimisson
Pétur Skarphéðinsson
Reynir Tómas Geirsson
S. Hugrún Ríkarðsdóttir
Sigmundur Magnússon
Sigurður Árnason
Sigurður Björnsson
Sigurður Guðmundsson
Sigurður Yngvi Kristinsson
Sigurður Thorlacius
Sigurlaug Karlsdóttir
Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir
Sólrún Jónsdóttir
Stefán Carlsson
Stefán E. Matthíasson
Stefán Þórarinsson
Sunna Snædal
Sveinbjörn Gizurarson
Sveinn Magnússon
Sverrir Bergmann
Sverrir Harðarson
Tómas Helgason
Tómas Á. Jónasson
Tómas Zoëga
Tryggvi Helgason
Vilhelmína Haraldsdóttir
Vilhjálmur Rafnsson
Víkingur Arnórsson
Þorgerður Sigurðardóttir
Þorsteinn Jóhannesson
Þorsteinn Njálsson
Þorsteinn Svörfuður Stefánsson
Þorvaldur Veigar Guðmundsson
Þorvaldur Jónsson
Þór Eysteinsson
Þórdís Guðmundsdóttir
Örn Bjarnason

ATMOS; AstraZeneca, 950188
Forðaplástur; G 03 B A 03
Hver forðaplástur inniheldur: Testosteronum INN 12,2 mg (gefur frá sér 2,5 mg/24 klst.) eða 24,3 mg (gefur frá sér 5 mg/24 klst.) et constit. q.s. **Eiginleikar:** Atmos er forðaplástur, sem inniheldur hormónið testósterón. Lyfið bætir upp minnkaða testósterónframleiðslu í líkamanum hjá karlmönnum með kynkirtlavanseytingu (hypogonadism). Eðlilegur styrkur testósteróns næst strax á fyrsta sólarhring meðferðar. Með því að setja plástur á á kvöldin er líkt eftir eðlilegri sólarhringssveiflu testósteróns í blóði. Umbrot á sér fyrst og fremst stað í lifur. Stærsti hluti umbrotsefna skilst út með þvagi sem glúkúróníð eða súlfatefnasambönd.. Engin uppsöfnun á sér stað í líkamanum. **Ábendingar:** Uppbótarmeðferð við testósterónskorti hjá karlmönnum með kynkirtlavanseytingu. **Frábendingar:** Krabbamein í blöðruhálskirtli. **Varúð:** Í upphafi meðferðar skal fylgjast með breytingum á blóðþrýstingi hjá sjúklingum með óstöðugan blóðþrýsting. Hjá sjúklingum með rauðkornadreyra (polyglobulia) eða skerta lungnastarfsemi skal fylgjast með Hb-gildum, þar sem meðferð með testósteróni getur aukið rauðkornamyndun. Hjá sjúklingum með skerta hjartastarfsemi, nýrnasjúkdóma eða lifrarskemmdir, skal fylgjast með mögulegri vökvasöfnun og bjúg. Reynsla af notkun lyfsins til þess að koma af stað kynþroska hjá piltum liggur ekki fyrir. Atmos er ekki ætlað konum. **Aukaverkanir:** Tímabundnar og staðbundar húðbreytingar þar sem plásturinn er settur á koma fram hjá um 50% sjúklinga. Algengar (>1%): ***Húð:*** Hörundsroði með eða án blöðrumyndunar, ofnæmisútbrot, kláði. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): ***Almennar:*** Þreyta, höfuðverkur. ***Miðtaugakerfi:*** Þunglyndi, óróleiki. ***Innkirtlakerfi:*** Brjóstastækkun. ***Húð:*** Bólur. Við langtímameðferð geta andrógenar valdið skerðingu á eistnastarfsemi (tímabundið). **Milliverkanir:** Andrógenar milliverka við cíklóspórín og fenóbarbital. Meðferð með andrógenum getur dregið úr insúlínþörf sykursjúkra.
Skammtastærðir:
Skömmtun lyfsins er einstaklingsbundin og er háð þeim testósteróngildum sem nást. Venjulegur skammtur er tveir plástrar 2,5 mg/24 klst. eða einn plástur 5 mg/24 klst. einu sinni á sólarhring (sett á að kvöldi). Testósterónglidin eru í hlutfalli við líkamsþyngd og sjúklingar þyngri en 120 kg geta þurft stærri skammta. Þar sem upptaka testósteróns er háð snertingu húðar og plásturs skal setja plásturinn á þurra, slétta og hreina húð, helst á baki, upphandlegg, bol, læri eða sitjanda. Ef plástur er settur á mjóalegg eða efri hluta brjóstkassa getur borist minna af testósteróni til líkamans. Velja skal stað þar sem plásturinn er settur á þannig að sama svæði sé ekki notað nema á 7 daga fresti. Plásturinn má hafa á þegar farið er í bað eða sturtu. Ef plástur losnar af að nóttu eða fyrri hluta dags skal setja nýjan plástur á. Ef plástur losnar síðar um daginn skal setja nýjan plástur á venjulegum skiptitíma.
Athugið: Opnuð pakkning: Plástur skal nota strax og hann hefur verið tekinn úr innri umbúðunum. Fleygja skal skemmdum plástrum.
Pakkningar:
Forðaplástur 2,5 mg/24 klst.: 60 stk. – 8.267 kr.
Forðaplástur 5 mg/24 klst.: 30 stk. – 8.267 kr.
Greiðslufyrirkomulag : E
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, 15. júlí 1998.



Getur verið að ég sé útbrunninn?

„Ég, karlmennið sjálft!"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Testósterónskortur hjá körlum upp úr miðjum aldri er að hluta vangreint vandamál. Spurning um lífsgæði 20% - 50% karla yfir 65 ára aldri.* Einkenni: þreyta ● framtaksleysi ● depurð ● dvínandi vöðvastyrkur ● aukin fitusöfnun ● minnkandi beinþéttni ● kyndeyfð ● ristruflanir.



Atmos® forðaplásturinn gefur frá sér 5 mg af testósteróni á sólarhring - á líkan hátt og þegar eistun seyta hormóninu út í blóðið. Höfuðkosturinn er að testósterónmagn viðkomandi er alltaf innan eðlilegra marka og jafn dagskammtur kemur í veg fyrir óæskilegar sveiflur í testósteróni. Ábendingar: uppbótarmeðferð við testósterónskorti hjá karlmönnum með kynkirtlavanseytingu. *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*

AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Heimild: Andrologi, under redaktion av Bengt Fredriksson och Åke Pousette. Almquist & Wiksell Medicin, Liber utbilding, 1994.

Sparsemi lækna

Húsdýr læknastéttarinnar



Árni Björnsson
skrifar
tæpitungulaust

KOMINN Á EFRI ÁR OG HÆTTUR LÆKNINGUM renni ég huganum oft til baka, því framtíðin er stutt, og skoða eigin störf og störf læknastéttarinnar á Íslandi og reyni að meta það sem setur svip sinn á stéttina og einstaklinga hennar sem ég hef kynnst. Læknastéttin hefur notið virðingar í þjóðfélaginu og svo er enn, en völd hennar hafa minnkað jafnt og þétt og hún á í vök að verjast gagnvart sívaxandi miðstýringu stjórnvalda, skrifræði og öðrum heilbrigðisstéttum. Læknastéttin er samsett af mismunandi einstaklingum, sem njóta mismunandi hylli sjúklinga og kollega en ég efast um að margar starfsstéttir geti státað af að hafa, í tímanna rás, átt jafnmarga mæta einstaklinga innan raða sinna. Sem stendur er erfitt að meta stöðu hennar en ýmislegt hefur gerst á síðustu árum sem gæti virkað á báða vegu.

Við að skoða sögu Læknafélags Reykjavíkur á liðnu sumri fann ég ýmislegt sem kom mér á óvart þó flest breytti litlu um álit mitt á stéttinni. Þó var einn þáttur í sögunni sem ég hafði ekki metið að gildi svo og hver áhrif þessi þáttur hefur haft á starfsemi stéttarinnar, viðhorf einstaklinga í stéttinni og viðhorf almennings til stéttarinnar, en það eru kjaramálin. Sem kunnugt er var aðalhvatinn að stofnun Læknafélags Reykjavíkur að vera samningsaðili lækna við, þá nýstofnað, Sjúkrasamlag Reykjavíkur (SR). Fyrir þann tíma voru embættislæknar einir launaðir af ríkinu en launin voru smánarleg, jafnvel á mælikvarða þeirra tíma. Aðrir starfandi læknar urðu að bjarga sér á greiðslum fyrir unnin verk frá sjúklingum sínum. Það var almenn fátækt í landinu og því innheimtust greiðslur fyrir verkin bæði seint og illa. Því voru læknar almennt fátækir, þó fátækt þeirra væri skör hærri en fátækt alþýðunnar. Einhver málamyndargjaldskrá var til fyrir læknisverk og fyrstu samningarnir við SR fólust meðal annars í því að semja um afslátt af þeirri gjaldskrá. Á móti kom trygging fyrir greiðslu. Þrátt fyrir það voru laun lækna áfram lág þó einstaka duglegir og vinsælir læknar yrðu sæmilega bjargálna.

Það var ekki fyrr en á sjöunda áratugi aldarinnar sem læknar náðu svipuðum föstum launum og tæknimenntaðar stéttir í þjóðfélaginu, til dæmis flugmenn. En læknum tókst að semja sig niður aftur. Hversvegna? Ég lít svo á að ástæðan hafi verið að þeir héldu fast í það sem ég kalla sporslukerfi en í skjóli þess hafa einstaklingar innan stéttarinnar allt frá upphafi félagslegra kjarasamninga getað náð mun hærri launum en meðallæknirinn með því að taka að sér mörg störf og á stundum fleiri störf en þeir hafa ráðið við með góðu móti og oft hafa greiðslur fyrir þessi störf verið duldar. Þessi stefna hefur valdið sundrungu innan stéttarinnar og gert hana tortryggilega í þjóðfélaginu. Á einstaklinga innan stéttarinnar hefur hún haft þau áhrif að áhugi þeirra hefur beinst að því að halda dauðahaldi í sporslurnar í stað þess að taka sameiginlega á og gera laun fyrir aðalstörf lífvænleg. Vegna þess að flestir læknar hafa stundað hluta af námi sínu erlendis bera þeir sig að sjálfsögðu saman við erlenda kollega en í stað þess að reka launastefnu sem stefnir að jafnræði við þá hafa flestir látið sporslurnar nægja, hinir hafa bara haldið áfram að vera óánægðir. Sporslukerfið hefur líka valdið því að viðhorf lækna til kjaramála og heilbrigðismála almennt hefur einkennst af stefnuleysi. Einstaklingar sem hafa séð grilla í matarholur virðast jafnan hafa verið tilbúnir til að nálgast þær eftir eigin leiðum án tillits til heildarinnar þó þeir hinir sömu hafi aldrei hafnað kjarabótum sem náðst hafa með samstöðu. Matarholurnar hafa þó hingað til hvorki verið svo stórar né matarmiklar að þær hafi, nema með fáum undantekningum, leitt lækna til að bregðast umbjóðendum sínum, sjúklingunum. Það var ekki fyrr en gullasni var leiddur inní samfélag íslenskrar læknisfræði, að menn blinduðust svo af gullbjarmanum að þeir misstu sjónar á gömlum gildum læknisfræðinnar, enda var asninn sveipaður hulu læknavísinda.

Gullasninn hefur skipt íslensku læknastéttinni í þrjá hópa. Í fyrsta hópnum eru hinir trúuðu sem trúa á gullasnann með hulu og öllu saman og gullmolarnir hafa styrkt þá í trúnni. Í öðrum og líklega stærsta hópnum eru hinir tvístígandi. Gullbjarminn hefur ekki blindað þá alveg og þeir sjá göt á hulunni. Afstaða þeirra er dæmigerð fyrir viðhorf hins venjulega íslenska borgara í dag, sem er hræðsla við að taka afstöðu. Það gæti verið að málmurinn væri ekta og að rimpa mætti saman götin á hulunni og svo veit maður aldrei hvar gullmolarnir lenda. Þetta er ekki sérlega hetjuleg afstaða en hetjur á Íslandi eru nú aðeins þeir sem villast á fjöllum í tilgangslausu vetrarflakki. Í þriðja hópnum eru þeir sem þykjast sjá sora í málminum og að hulan sé gagnsæ eða aðeins hverful mýrarljós og svo vantreysta þeir þeim sem teymdi asnann inn.

Því verður trauðla trúað á læknastéttina að meðlimir hennar hlýði að óreyndu þeirri skipun heilbrigðisyfirvalda að rjúfa læknaeiðinn og afneiti, í skjóli þeirra, skyldunni til að varðveita trúnað við sjúklinga sína. Þá brjóta þeir aldagamlar siðareglur lækna sem segja að þeir megi ekki afhenda þriðja aðila trúnaðarupplýsingar, ekki sýst þegar sá aðili er ekki úr heilbrigðisstétt. Því þarf að fá úr því skorið hvort gullasninn (gagnagrunnurinn) sé æðri en rétt-

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

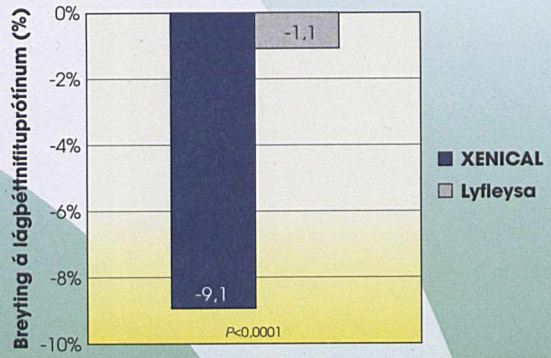
Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

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]

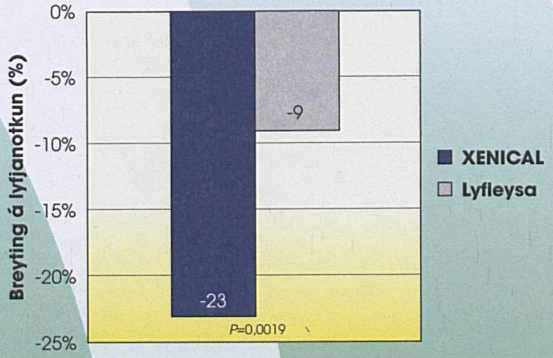
Lækkunin er umfram það sem ætla má vegna þyngdartapsins eingöngu[1]:



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 einglýserið.

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/m^2 (BMI) eða yfirþyngdar-sjúklingum (BMI 28 kg/m^2) 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 óll 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. 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 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 fibrata, 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 pravastatíns, þ.á.m. rákvöðvasundrun, vegna aukinnar blóðþéttni pravastatíns. Það getur þurft að breyta skammti pravastatíns.
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), hægðaávottur með vindgangi (24% sjúklinga), bráð þörf fyrir hægða-losun (22% sjúklinga), fitugar/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. *Ónæmisfræði:* 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.

Greiðsluþyrirkomulag: 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 Conultation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Roche
Hoffmann - La Roche

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 - 104 Reykjavík - Sími 530 7100

indi sjúklinga og æðri stjórnarskrá lýðveldisins. Ef hann reynist ekki vera það geta læknar, sem afhenda gögn sjúklinga sinna án upplýsts samþykkis sjúklinga, átt á hættu lögsókn, jafnvel þó þeir afhendi gögnin í skjóli opinberra stofnana. Félagið Mannvernd hefur ráðið lögfræðing til að prófa réttarstöðu lækna og sjúklinga gagnvart (gullasnanum) gagnagrunnslögunum. Mannvernd hefur einnig leitað til lækna um fjárframlög til að kosta væntanleg málaferli. Undirtektir hafa verið dræmar. Má vera að læknar, hvort sem þeir eru meðmæltir eða andvígir gagnagrunninum, vilji ekki vita um réttarstöðu sína gagnvart lögunum og vilji heldur eiga á hættu að vera kærðir eða kæri sig ekki um að verja rétt sjúklinga sinna sem þeim ber að gera samkvæmt læknaeiðnum? Getur verið að sporslusiðferðið sé orðið svo rótgróið í stéttinni að menn tími eða þori ekki að reiða af höndum fé til að komast að raun um réttarstöðu sína? Getur verið að gullasninn sé að verða húsdýr læknastéttarinnar?



Reykjavíkurborg kaupir Mýri

Um miðjan marsmánuð var gengið frá sölu húseignarinnar Mýri í Litla-Skerjafirði sem verið hefur í eigu Læknafélags Reykjavíkur í rúman áratug. Kaupandi er Reykjavíkurborg sem hyggst starfrækja þar áfram leikskóla með óbreyttu sniði, í bili að minnsta kosti.

Læknafélag Reykjavíkur keypti húsið árið 1989 en árið áður höfðu konur í röðum unglækna gert kröfu til félagsins um að það brygðist við ófremdarástandi sem þá ríkti í dagvistarmálum í borginni. Magni Jónsson var þá formaður og stjórn hans brá við hart, lét gera könnun á ástandinu meðal félagsmanna og í ljósi hennar var ráðist í kaupin á húsinu. Þetta var ekki óumdeilt en húsið var engu að síður keypt og meðal annars fjármagnað með aukaálagi sem lagðist ofan á félagsgjöld lækna.

Húsið var innréttað og settur þar á stofn leikskóli. Gerður var samningur við Reykjavíkurborg til 10 ára um kaupin en foreldrafélag leikskólans sá um rekstur-inn. Þegar samningurinn rann út síðastliðið haust höfðu aðstæður lækna breyst sem og staðan í dagvistarmálum í borginni. Þá voru einungis tvö læknabörn í leikskólanum og forsendur fyrir þátttöku LR í rekstrinum brostnar að flestra mati.

Húsið var sett á söluskrá og bárust tvö tilboð í það, bæði frá fólki sem hugðist halda áfram rekstri leikskóla í húsinu. Á endanum gekk Reykjavíkurborg inn í hærra tilboðið og keypti húsið fyrir 32 milljónir króna.

Að sögn Ólafs Þórs Ævarssonar formanns LR ríkir mikil ánægja með þessa sölu í röðum félagsmanna. „Eftir að áhvílandi skuldir hafa verið gerðar upp verður til sjóður sem nemur rúmlega 20 milljónum króna. Honum hefur ekki verið ráðstafað en við höfum hug á að nýta hann til að styrkja starf félagsins að kjaramálum, svo sem með því að kaupa ráðgjöf og annan stuðning við samninganefnd félagsins," sagði Ólafur Þór. **–ÞH**

Til lækna

■ Hjálagðar eru vinnureglur Tryggingastofnunar ríkisins um útgáfu lyfjaskírteina fyrir terbínafín (Lamisil).

Eins og kunnugt er var felld niður greiðsluþátttaka TR í þessu lyfi frá og með áramótum, samkvæmt reglugerðarbreytingu Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Niðurfelling greiðsluþátttökunnar hefur mætt mikilli andstöðu lækna, einkum sérfræðinga í húðsjúkdómum, sem hafa fært rök fyrir því, að nauðsynlegt sé að koma til móts við sjúklinga með alvarlegar og langvinnar sveppasýkingar í húð og nöglum.

Vinnureglurnar eru settar í samráði við HTR og skýra sig sjálfar. Vakin er athygli á því, að sjúklingi er ætlað að greiða að fullu fyrir lyfið fyrstu tvo mánuði meðferðarinnar og skal læknir votta, að þeirri meðferð sé lokið.

Áður innsend vottorð verða endurskoðuð með tilliti til vinnureglnanna og óskað eftir frekari upplýsingum sé þeirra þörf.

Tryggingayfirlæknir

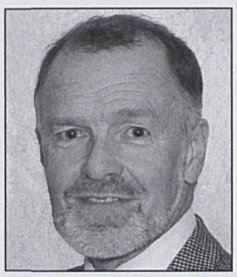
Vinnureglur

■ Útgáfa lyfjaskírteina fyrir sveppalyf, lyfjaflokkur D01BA02 (terbínafín), vegna sveppasýkinga í nöglum og/eða húð.

1. Í umsókn um lyfjaskírteini (læknisvottorði) skal læknir votta, að sjúklingur hafi þegar lokið tveggja mánaða meðferð með lyfinu (1). Jafnframt skulu fylgja niðurstöður ræktunar og/eða smásjárskoðunar, sem staðfesta greiningu.
2. Gefið er út lyfjaskírteini, sem heimilar afgreiðslu á 30 daga skammti, E merkt. Gildistími skírteinis er sex mánuðir frá útgáfudegi.

1. Sjúklingur greiðir að fullu fyrir fyrstu tvo mánuðina.

Sameinað sjúkrahús



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@rsp.is

Ríkisspítalar og Sjúkrahús Reykjavíkur hafa verið sameinuð. Leitað var til starfsfólks á sjúkrahúsunum og einhverra fleiri aðila um hugmyndir að nafni á hina nýju stofnun. Í fréttasafni á heimasíðu Ríkisspítala má finna lista yfir þær 84 tillögur sem bárust. Spaugfuglar gripu tækifærið (*Báknið, Hús Andanna, Landskotaspítalinn, Selskapssjúkrahúsið*), ekki síður en aðrir (*Háskólasjúkrahús Íslands, Háskólaspítalar Íslands, Landssjúkrahúsið, Ríkisspítalar*). Hugmyndaauðgi tillögusmiða virðast engin takmörk hafa verið sett (*Björg, Ból, Fjöl, Hörn, Tögg, Vermir, Vör, Þor, Þöll* og *Öflga*), en úrskurðarnefnd var skipuð og niðurstaða fékkst. Í reglugerð Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins, nr. 127/2000 frá 2. mars 2000, kemur fram að hin nýja stofnun ber nafnið **Landspítali, háskólasjúkrahús**.

Tillögusafnið fékk að sjálfsögðu einnig umfjöllun spekinganna í matsalnum. Þar sýndist sitt hverjum og varð hin besta skemmtun af. Ein af spurningunum, sem þar komu fram, er tilefnið að umfjöllun á þessum vettvangi: *Hvers vegna heitir spítalinn „Landspítali" en ekki „Landsspítali"?*

Málfræði orðmyndunar

Ýmsir halda því fram að nafnið „Landspítali" sé ekki rétt myndað og að um villu sé að ræða, „s"-in eigi að vera tvö en ekki eitt. Því er til að svara að þarna er um svonefnda **stofnsamsetningu** að ræða, þegar stofn fyrra orðsins er tengdur við síðara orðið „spítali" til að mynda heitið, **Landspítali**. Stofn orðsins „land" finnst í þolfalli, en orðið er eins í nefnifalli og þolfalli. Þessi orðmyndun er því málfræðilega rétt, en jafnrétt er hins vegar að nota **eignarfallssamsetningu** til að búa til heitið **Landsspítali**.

Í símaskrá „Landssímans" eru eignarfallssamsetningar nafna sem byrja á „Land-" heldur fleiri (dæmi: *Landsafl, Landsbanki, Landsbjörg, Landsbókasafn, Landsnefnd, Landssamband, Landsvirkjun*) en stofnsamsetningar (dæmi: *Landbúnaðarráðuneyti, Landgræðsla, Landlæknir, Landmælingar, Landvari, Landnáma, Landvernd*).

Í ritinu Leiðbeiningar fyrir orðanefndir (Íslensk málstöð 1991) er sagt frá því að eignarfallssamsetningar séu miklu algengari, en um val á samsetningarleiðum er þetta sagt: *„Best er að taka mið af hliðstæðum orðum eða hefð og láta máltilfinningu ráða."*

Merkingarlega getur verið um mun að ræða eftir því hvor samsetningaraðferðin er notuð. Nægir að taka sem dæmi orðin **landmaður** (starfsmaður sem vinnur að afla í landi) og **landsmaður** (íbúi, borgari lands). Merkingarmunurinn þarf ekki að vera fyllilega rökréttur, en byggist að hluta á því að orðhluti hafi nokkrar mismunandi merkingar. Land merkir til dæmis *þurrlendi, árbakki, vatnsbakki, strönd, ríki, landareign, landsvæði, flatur hluti e-s*.

Þá kemur einnig fram ábending um að forðast þær „samhljóðasamsetningar" á liðamótum samsettra orða, sem óþægilegar verða í framburði. Dæmið, sem þar er tekið um óþægilega eignarfallssamsetningu, er „fisksbúð" í stað hinnar hefðbundnu og lipru stofnsamsetningar „fiskbúð". Nafnið Landspítali er óneitanlega þægilegra í framburði en Landsspítali.

Landspítali

Í ritmálsskrá Orðabókar Háskólans má finna bæði orðin: **landsspítali** (heimild frá 1863) og **landspítali** (frá 1896). „Landsspítali" virðist því upprunalegri orðmynd, en ljóst er að snemma hefur það gerst að annað „s"-ið hafi stundum fallið brott. Í ritmálsskrána hafa einnig verið skráð nokkur margsamsett orð, sem ýmist innihalda eitt „s" eða tvö: *landsspítalahugmynd, landspítalamál, landsspítalamál* (frá 1917), *landspítalasjóður* (frá 1927), *landsspítalastofnun* (frá 1897), *landspítalaskortur* (frá 1897) og *landsspítalaþörf* (frá 1917). Ákveðin hefð virðist því ekki hafa myndast á þessum árum.

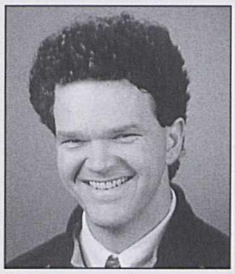
Vilmundur Jónsson, landlæknir, fjallar ítarlega um stofnun Sjúkrahúss Reykjavíkur árið 1866 (Lækningar og saga 1969) og rekur margt úr þeirri umræðu sem fram fór á næstu áratugum um stofnun kennslusjúkrahúsa. Í þeirri umfjöllun er alltaf notað heitið „landsspítali".

Gunnar M. Magnús segir frá því í Landspítalabókinni (Ríkisspítalar 1981) að á fyrsta almenna læknafundinum í Reykjavík (árið 1896) hafi eitt af dagskrármálunum verið „Landsspítali" og að rúmum 30 árum seinna, þegar spítalinn hafði verið reistur, var sett lágmynd á burst hans sem bar áletrunina „Landsspítali Íslands". Þessi áletrun sést nú ekki en yfir suðurdyrum er áletrunin „Landsspítalinn". Sjálfur notar Gunnar heitið „Landspítali" í umfjöllun sinni en gefur ekki neina vísbendingu um það hvenær „s"-ið hafi fallið brott. Lengra komst undirritaður ekki með þessa sögulegu athugun og veit ekki enn hvort eða hvenær tekin hafi verið formleg ákvörðun um breytinguna.

Ákveðinn greinir eða ekki?

Í fundargerð stjórnar sjúkrahúsanna í Reykjavík þann 1. mars 2000 segir frá því að greidd hafi verið atkvæði um þá valkosti sem þannig er lýst: „Land(s)spítali(nn)" og „Háskólasjúkrahús(ið)". Sá kostur að láta stofnunina heita „Landspítalinn" fékk ekki brautargengi. Vera má að ætlunin hafi verið sú að hið nýja nafn yrði með formlegri og virðulegri blæ en hið eldra. Forvitnilegt verður að fylgjast með því hvort almenningur tekur ástfóstri við hið nýja nafn eða heldur áfram að tala um „Landspítalann" eins og gert er við „Landsbankann" sem ber hið formlega nafn „Landsbanki Íslands".

Hvar eru húmoristarnir ?



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.

ÞEGAR BROSHORNINU VAR HLEYPT AF STOKKUNUM fyrir tveimur mánuðum leyfði pistilskrifari sér að vitna um það eftir áratuga starf sem læknir *„að fáar ef nokkrar starfsgreinar geta státað af jafn mörgum og jafn miklum húmoristum og læknar.“* Svo mörg voru þau orð. Sannfæringin er enn sú sama en sennilega eru lítillæti og hæverska ríkari þættir í fari manna en reiknað var með.

Á þessum tíma hafa verið sagðir nokkrir brandarar án þess að þeim væri beinlínis ætlað pláss í Broshorninu og nokkrir hafa sent hreyfimyndir með tölvupósti. **Einn** kollega hefur þó sent inn gamansögu og birtist hún í þessu tölublaði. Hafi hann kæra þökk fyrir það.

Kollegar, látið ekki hógværðina hefta ykkur. Verið með og sendið efni í pistilinn.

Tvær í speglun

Mágkonur á miðjum aldri hittust í fermingarveislu og tóku tal saman. Eftir að þær höfðu lokið við allt af kökudiskunum barst talið að heilsunni. „Ég er búin að vera svo ansi slæm í meltingunni undanfarið, að læknirinn minn ætlar að láta spegla á mér ristilinn.“ „Hvað segirðu,“ sagði hin „veistu að ég er búin að vera alveg afleit líka og það á að gera hjá mér stutta ristilspeglun eftir helgina.“ „Átt þú kannski að fara í HEILASPEGLUN?“

Frjósemi

Karl á besta aldri kom til læknis og vildi fara í ófrjósemiaðgerð. „Við hjónin höfum verið gift í sjö ár og konan hefur eignast barn á hverju ári. Við höfum komist að þeirri niðurstöðu, að getnaðarvarnir séu gagnslausar fyrir okkur.

Nú síðast ráðlagðir þú konu minni að nota það sem þú kallaðir „örugga tímabilið“. Við bjuggum þá hjá tengdaforeldrum mínum og þurftum að bíða í þrjár vikur þangað til gömlu hjónin skruppu í bíó. Það var fyrst þá sem við áttum „öruggt tímabil“. Þessi aðferð reyndist okkur hins vegar ekki sem skyldi og Bjössi litli kom undir.“

Úr læknabréfum

„Var í bíl sínum kyrrstæðum er á hana keyrði bíll, jeppi þannig að hún kastaðist á kyrrstæðan bíl fyrir framan sig, sem einnig var jeppi.“

Æðahnútar, aðgerðarlýsing

„Eftir upplýsingar og samþykki í kviðlegu farið inn í nokkrum snittum beggja vegna…“



– Loksins fann ég sjúkraskrána þína. Ég hafði sett hana í skúffu með skrám um látna sjúklinga.

Einn heitur

Það var einu sinni alveg ótrúlega heitfengur læknir, sem hafði hitann svo lágt stilltan á stofunni hjá sér að útöndunarloftið í samstarfsfólkinu myndaði gufu og það varð að klæðast þykkum dúnúlpum í vinnunni. Þegar fólkið þurfti að hlýja sér fór það út úr húsinu. Það eyddi svo miklum tíma í að kvarta um kulda að starfsemin var í algjöru lágmarki.

Dag nokkurn kom sjúklingur á stofuna með 42°C hita. Farið var með hann beint niður í kjallara og hann skilinn þar eftir um stund til þess að hann gæti hitað upp húsið.

Morgunbæn læknisins

Þakka þér góði Guð fyrir að hafa hjálpað mér að hafa stjórn á skapi mínu það sem af er þessum dásamlega degi. Ég hef hvorki verið hranalegur við konuna mína né fundið að neinu við blessuð börnin. Ég hef ekki heldur öskrað á eina einustu hjúkku eða skammað einn einasta sjúkling.

Nú þarf ég hins vegar á hjálp þinni að halda það sem eftir er dagsins, því ég ætla framúr rúminu eftir eina mínútu og beint á fætur.

Lyfjamál 84

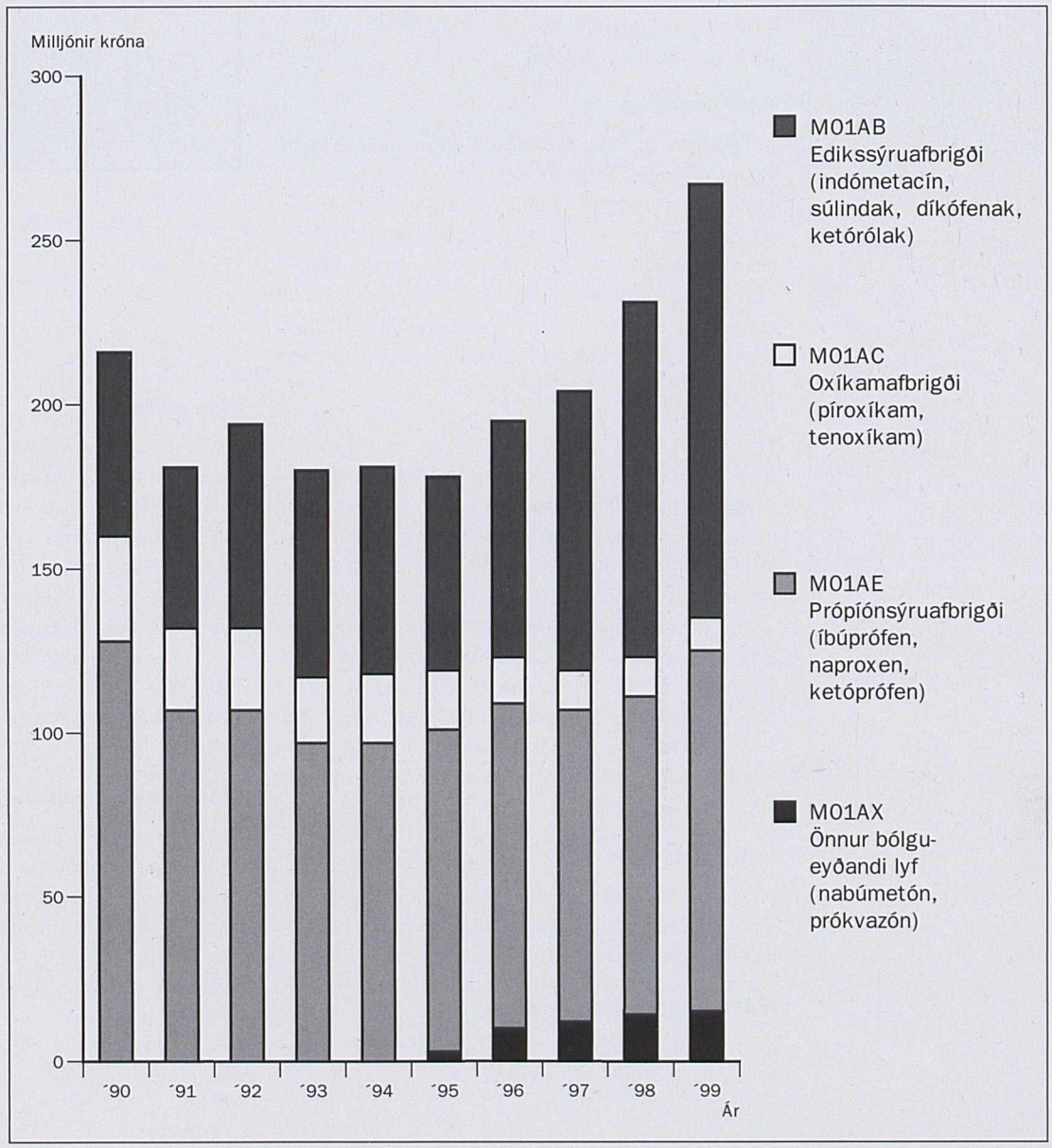
Sala bólgueyðandi lyfja (ATC-M01A) á Íslandi 1990-1999

Meðfylgjandi mynd sýnir sölu bólgueyðandi lyfja undanfarin 10 ár. Eftir nokkuð stöðugt tímabil 1991-1995 hefur kostnaður farið ört vaxandi. Notkun oxíkamafbrigða og própíónsýruafbrigða fer lítið eitt minnkandi og mikil samkeppni samheitalyfja og lækkandi verð hefur einnig sitt að segja. Kostnaðaraukningin liggur að mestum hluta í vaxandi notkun díklófenaks í nýju formi, Voltaren rapid.

Skilgreindur dagskammtafjöldi á 1000 íbúa á dag 1990 og 1999.

	1990	1999	Breyting
M01A	34,14	46,76	+37%
Oxíkamafbrigði	2,91	1,43	-51%
Própíónsýruafbrigði	24,39	23,77	-3%
Edikssýruafbrigði	6,79	19,96	+194%
Díklófenak	2,72	18,23	+570%

Sala bólgueyðandi lyfja, M01A 1990-1999



estrogel
estradiol

Estrogel
Leiras, 940247
Hlaup; G 03 C A 03
1 g inniheldur: Estradiolum hemihydratum samsvarandi Estradiolum INN 0,6 mg, Carbomer 934, Triethanolaminum, Ethanolum, Aqua Purificata ad 1 g.
Ábendingar: Uppbótarmeðferð á einkennum estrógenskorts við tíðahvörf. Til varnar beinþynningu eftir tíðahvörf.
Skammtar: 2,5-5,0 g af hlaupinu er borið á húðina einu sinni á dag. Dreifa skal hlaupinu á stórt svæði, en ekki á brjóstin eða kynfæri.
Frábendingar: Brjóstakrabbamein. Krabbamein í legslímhúð. Langvinnir lifrarsjúkdómar. Blóðsegasjúkdómar. Meðganga og brjóstagjöf.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Mikil aðgát skal höfð, ef lyfið er gefið konum með háþrýsting, sykursýki, offitu, sléttvöðvaæxli. Vegna ábendingarinnar „Til varnar beinþynningu hjá konum eftir tíðahvörf" eiga eftirfarandi upplýsingar að koma fram: Erfitt er að tilnefna sjúklingahópa, þar sem hætta á beinþynningu á tímabilinu eftir tíðahvörf eykst í þeim mæli, að ástæða þyki til þess að meðhöndla með estrógenum eða estrógen/gestagen samsetningu með tilliti til hættu á aukaverkunum af völdum meðferðarinnar. Þar til frekari vitneskja liggur fyrir falla eftirfarandi hópar undir þessa ábendingu lyfsins: Konur sem hafa gengist undir aðgerð til að fjarlægja eggjastokka, ótímabær tíðahvörf, tilhneiging í fjölskyldu til beinþynningar, skert hreyfigeta og langvinn sængurlega, almenn meðferð með nýrnahettubarkarhormónum, undirþyngd. Langvarandi meðferð með estrógenum eykur að öllum líkindum hættu á illkynja æxlum í legslímhimnu og brjóstum. Áhættan getur hugsanlega minnkað við notkun estrógen/gestagen samsettra lyfja þar sem verkun líkist tíðahringnum. Sjúklinga á að skoða reglulega á meðan á meðferðinni stendur, einnig á að framkvæma kvenskoðun t.d. einu sinni á ári og einnig ef blæðingatruflanir halda áfram. Áhrif ýmissa hormóna á blóðfitu eru óljós. Rannsóknir er skýra meðferðartíma eru ekki fyrirliggjandi. Faraldsfræðilegar rannsóknir hafa bent til þess að uppbótarmeðferð með hormónum auki hættu á segareki í bláæðum en hætta á hjartasjúkdómum með blóðþurrð minnkar. Hormónauppbót á ekki að gefa konum með sögu um segarek í bláæðum. Íhuga skal að hætta meðferð smám saman 4 vikum fyrir fyrirhugaða skurðaðgerð. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um það hvort munur sé á áhættuþáttum eftir því hvort lyfið er gefið í inntöku eða um húð.
Milliverkanir: Efni sem örva lifrarensím, t.d. barbítúröt, fenýtoín, karbamazepín eða rifampicín geta dregið úr virkni estrógena. Ekki er vitað hversu mikið östradíól milliverkar þegar lyfið er gefið um húð.
Meðganga og brjóstagjöf : Má ekki nota.
Akstur: Engin varúðarmerking.
Aukaverkanir: Spenna í brjóstum, blæðing frá leggöngum, þyngdaraukning, ógleði, bjúgur og höfuðverkur. Staðbundin erting og ofnæmi (roði og kláði). Hætta er á ofvexti og krabbameini í legslímhúð.
Ofskömmtun: Spenna í brjóstum og/eða milliblæðingar.
Lyfhrif: Lyfjafræðilegir eiginleikar lyfsins eru þeir sömu og fyrir estrógen í inntöku.
Klínísk áhrif lyfsins við meðferð á einkennum tíðahvarfa eru sambærileg við estrógen í inntöku. Í samsetningu með medroxýprógesterónacetati lækkar heildarþéttni kólesteróls án þess að gildi HDL-kólesteróls lækki. Meðferð með lyfinu varnar beinþynningu eftir tíðahvörf.
Lyfjahvörf: Frásog í gegnum húð er um 10% af skammti. 2,5 g af hlaupi samsvara því 150 míkróg af estradíóli. Blóðþéttni 17-beta-estradíóls eftir inntöku hjá konum eftir tíðahvörf er um 80 píkóg/ml að meðaltali, sem er sambærilegt estrón/estradíól hlutfalli hjá konum á frjósemisaldri.
Ákvæði um meðferð lyfsins: Dreifa skal hlaupinu á stórt svæði, báða handleggi, upphandleggi og axlir. Einnig á kvið og innanverð læri ef vill. Forðast ber svæðin í kringum brjóst og leggöng. Þar sem hlaupið inniheldur etanól á ekki að bera það beint á slímhúð.
Pakkningar: Hlaup; 80 g túpa
80 g flaska með skammtadæla.

Lyfjanefnd ríkisins, 19. janúar 2000. UIS 0040

Útvortis uppbótarmeðferð við östrógenskorti

Ný skammtadæla

auðveldar nákvæma skömmtun



SCHERING

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

Á næstu grösum



Hallgerður Gísladóttir skrifar

Í KVERI JÓNS JÓNSSONAR GARÐYRKJUMANNS frá 1880 um nytsemi íslenskra jurta segir um „mosategund" þá er fjallagrös nefnast: „hún styrkir, dregur saman, mýkir vallgang (vallgangur=hægðir, – athugasemd höfundar), nærir, hreinsar blóðið og drepur orma. Fjallagrös eru því góð móti lungnaveiki og hósta, lífsýki, blóðsótt, harðlífi og innanmeinum, ormum, uppþembingi, matarólyst og kraptleysi."

Íslendingar notuðu fjallagrös gríðarmikið á fyrri öldum til að drýgja naumt kornmeti í brauð og grauta. Auk þess voru þau mikill læknisdómur, eins og sést í tilvitnuninni hér að ofan og þannig eru þau notuð enn í dag, hér á landi og víðar. Vorið 1972 var send út frá þjóðháttadeild Þjóðminjasafns spurningaskrá um fjallagrös þar sem meðal annars var spurt um grasaferðir, frágang og flutning á grösum, þurrkun, geymslu, hreinsun og notkun fjallagrasa til matar og lækninga. Áttatíu og sex svör bárust úr öllum landshlutum. Ég athugaði hvernig þeir sem svöruðu, allflestir fæddir nálægt aldamótunum 1900, höfðu vanist því að fjallagrös væru notuð til lækninga. Allir þekktu til þess og langalgengustu kvillarnir sem grösin áttu að lækna voru í öndunarfærum og meltingarvegi. Það var mjög algengt að sterkt seyði af grösum og kandíssykri var til á bæjum, eins konar hóstasaft – eða brjóstsaft, eins og margir nefndu þennan drykk – til að gefa við kvefi, hæsi eða þyngslum fyrir brjósti. Oft drukku þeir sem voru lasnir þetta sjóðandi heitt að kveldi og dúðuðu sig svo niður í rúm á eftir – helst undir þrjár sængur, eins og einn heimildarmanna tók til orða. Dæmi voru um að engifer eða vallhumall væri soðinn með grösunum í þetta lyf. Og stundum var sletta af víni látin út í. Sjálf á ég ekki alltof góðar minningar um að hafa verið sem barn látin drekka í veikindum rótsterkt heitt grasaseyði kryddað með brennsluspíritus. Satt að segja afleitt á bragðið. Um lækningarmáttinn skal ég ekki dæma en enginn véfengdi hann þá.

Heimildarmaður úr Suður-Múlasýslu lýsir þessum lækningum á eftirfarandi hátt:

„…ef fólk hafði vont kvef eða hósta, þótti gott að drekka sterkt grasate, byrgja sig síðan vel niður í rúm, helst svo menn gætu svitnað. Halldór Benediktsson, stórbóndi á Skriðuklaustri í Fljótsdal hafði það fyrir sið er hann var að alast upp (fæddur 1852) að sjóða svokallað grasalím, þ.e. mikið af grösum var soðið í vatni þangað til að það hljóp saman eins og ostur er það kólnaði. Var svo kúfuð teskeið af þessu límí hrærð út í bolla af sjóðheitu vatni og þeir sem voru illa haldnir af kvefi eða hósta látnir drekka það eins heitt og menn þoldu, byrgja sig síðan vel undir yfirsæng og sofna. Þótti þetta gefast vel."

Annar Sunnmýlingur hafði það eftir móður sinni að hún hefði læknað föður hans af lungnabólgu með því að hella í hann sterku fjallagrasaseyði dag og nótt.

Og þetta er úr Mýrdal: „Grösin voru soðin í vatni og ekki styttri tíma en eina til eina og hálfa klukkustund, voru þau þá að mestu komin í mauk og seyðið orðið rammbeiskt á bragðið. Voru nú grösin síuð og seyðið látið aftur í pottinn, í það látinn sykur, best þótti að nota til þess brúnan „kandís". Var nú suðan látin koma aftur upp á pottinum, en potturinn síðan tekinn af eldi og seyðið sem nú var búið að ávinna sér nafnið „heiðargrasaseyði" látið kólna þangað til það var orðið hæfilega heitt að hella því á flöskur. Oft þurfti að hræra í seyðinu meðan það var að kólna, því annars vildi það verða að hlaupi. Ekki þótti rétt að láta tappa í flöskurnar fyrr en seyðið var orðið vel kalt, því annars þótti geta myndast í því miður heppileg gerjun."

Hornstrendingur segir um grösin: „Þau voru notuð þannig við brjóstveiki og lungnabólgu. Þau voru soðin í 2 klukkustundir, grösin síuð frá grasavatninu, það látið í flöskur og tekið inn 3svar á dag. Við magaveiki voru þau líka notuð. Það meðal var búið þannig til að 4 lítrar af nýmjólk voru látnir í pott ásamt dálítið stórri visk af fjallagrösum. Þetta var soðið í 4 klukkustundir, en þá var það orðið aðeins 1 og hálfur pottur (eða 1 1/2 lítri). Þetta var orðið svo gott meðal að það jafnvel læknaði víst 2 sjúklinga sem voru með spænsku veikina 1918, norður í Hælavík. Þeir höfðu áður langan tíma fengið meðul frá þrem læknum, en ekkert af þeim dugði."

Hornstrendingurinn, sem var 16 ára þegar spænska veikin gekk, segir þarna frá grasameðali sem notað var við magaveiki, mjólk sem var seydd lengi með fjallagrösum. Þannig var afar algengt að nota grösin við meltingarfærakvillum. Þingeyingur sem lýsir svipaðri tilreiðslu kallar þetta „grasastellu": „Þegar þetta kólnaði varð það eins og frekar þykkt hlaup og þótti mjög gott við niðurgangi. Vissi ég að minnsta kosti tvö dæmi til þess að börnum með slæman og þrálátan niðurgang batnaði af þessu. Líka var lömbum gefið þetta við sótt, rennt niður í þau með skeið."

„Ég sem þessar línur rita hef þá persónulegu reynslu af fjallagrösum að þau hafa læknað mig af langvarandi magaveiki frá því ég var barn á fyrsta ári og fram undir tvítugsaldur," segir Dalamaður. „Grösin voru soðin í mjólk þar til að hún var orðin rauðseydd, þá var ég látinn borða hana."

Ýmis orðtæki tengjast grösum og grasaferðum svo sem „að vera á næstu grösum" og svo „ótíndur er öllum leiður" sem vísar til þess hversu matur úr illa hreinsuðum grösum gat verið andstyggilegur. Það var nefnilega talað um að „tína" grös, þegar þau voru hreinsuð og orðið ótíndur, til dæmis í samhenginu ótíndur glæpamaður kann að draga merkingu sína þaðan.

Höfundur er sagnfræðingur.



Remeron • mirtazapin
Stuttur biðtími – Skjótvirk áhrif

Þegar þunglyndissjúklingi er gefið Remeron koma áhrif lyfsins mjög fljótt í ljós. Batamerki á þunglyndi koma fram þegar að viku liðinni.[1] Einu aukaverkanirnar sem greina má marktækt miðað við lyfleysu, eru munnþurrkur, svefnhöfgi, slen og aukin matarlyst/þyngd. Aukaverkanir svo sem ógleði, kynlífsdeyfð, þyngdartap og höfuðverkur hafa aðeins komið fram í klínískum rannsóknum í sama mæli og af lyfleysu.[2] Remeron er máttugt lyf 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 ónóg. 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. Bremner, James D., A double-blind comparison of Org. 3770, Amitriptyline and placebo in Major depression. J. Clin. Psych. 56: 11, Nov. 1995.
2. Montgomery S.A. Safety of mirtazapine: A review. Clin. Psyk. Vol. 10, suppl. 4. Dec. 1995.

REMERON MIRTAZAPIN
Máttugt & Milt

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. Gestafyrirlesari verður Guðmundur Jóhannsson sem fjalla mun um vaxtarhormón.
Skilafrestur fyrir ágrip erinda og veggspjalda er **15. apríl**. Höfundar taki strax fram:



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

- 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 með hvaða forriti.
- Gefi upp netfang.

Veggspjöld: Stærð veggspjalda er 90x120 cm. Höfundar komi með veggspjöld tilbúin til uppsetningar.
Ágrip: 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 with spaces). Ágrip skal senda í tölvupósti sem viðhengi til framkvæmdastjóra þingsins Birnu Þórðardóttur, sjá netfang að neðan. Ágrip sem ekki er unnt að senda rafrænt sendist á disklingi með útprenti til BÞ, 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.
Skráning: Framkvæmdastjóri tekur við skráningu, þátttakendur er hvattir til að skrá sig tímanlega.
Þátttökugjald: Þátttökugjald er kr. 13.000 fullt gjald, kr. 10.000 fyrir unglækna og kr. 3000 fyrir læknanema, greiðist við skráningu á þingstað. Innifalið í þátttökugjaldi er hádegisverður laugardag og sunnudag. Auk þess sem þátttakendum er boðið til kvöldverðar bæði á föstudags- og laugardagskvöldi. Ekki er tekið við greiðslukortum, en hraðbankar eru á staðnum.
Gisting: Gist verður á fjórum hótelum á Egilsstöðum, Hótel Eddu, Gistihúsinu, Valaskjálf og Hótel Héraði. Í tveggja manna herbergi kostar nóttin frá kr. 4.400 að kr. 5.800 fyrir einstakling. Gistingu skal panta hjá framkvæmdastjóra þingsins frá og með 17. apríl næstkomandi, sjá síma að neðan.
Flug: Flogið er með Flugfélagi Íslands, verð kr. 10.430. Flugfar pantar hver og einn fyrir sig. Taka skal fram að um sé að ræða þátttakendur á þing Félags íslenskra lyflækna.
Framkvæmdastjóri þingsins: Birna Þórðardóttir, símar: 564 4104 (v) / 552 9075 (h) / 862 8031, netfang: birna@icemed.is

Félag Íslenskra gigtarlækna

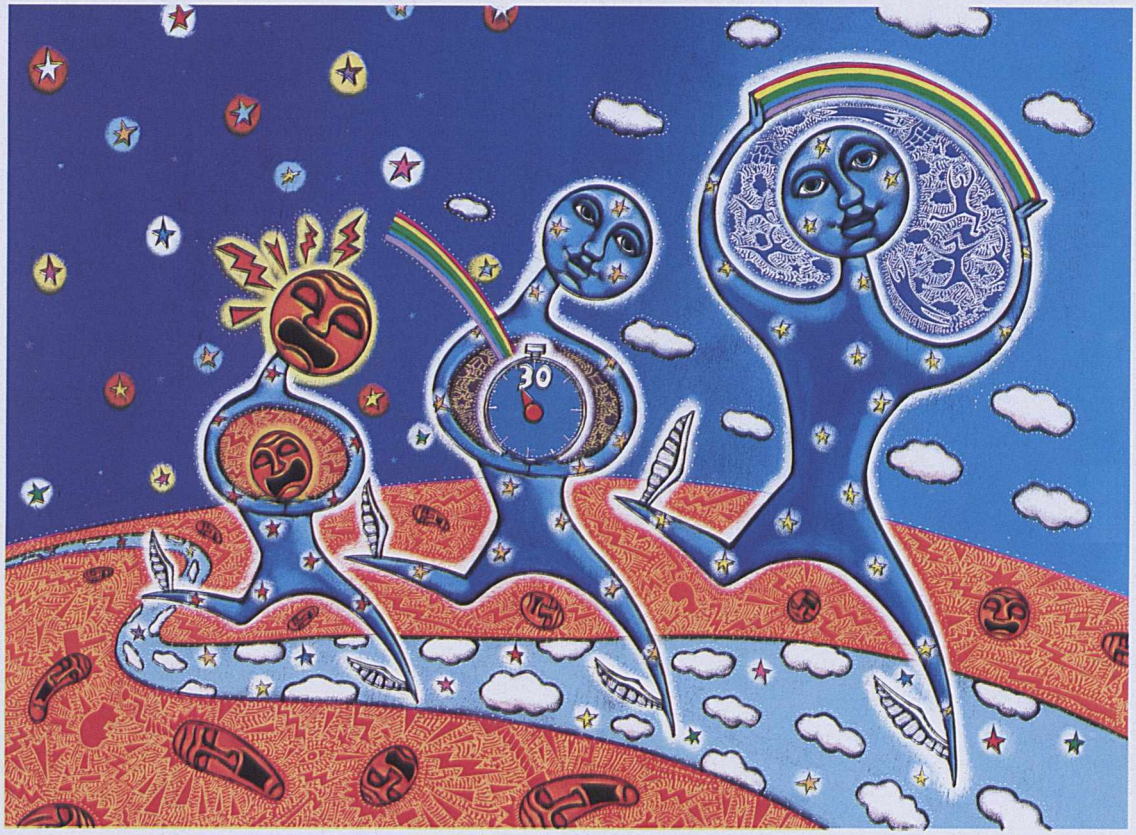
auglýsir til umsóknar 1-2 styrki samtals að upphæð kr. 400 þúsund. Styrkurinn er einkum ætlaður læknum sem eru í eða hafa nýlokið sérnámi í gigtarlækningum og stunda gigtarrannsóknir á Íslandi. Einnig geta læknanemar og unglæknar sem stunda gigtarrannsóknir undir handleiðslu gigtarlækna sótt um styrkinn.

Umsóknum með lýsingu á verkefni,kostnaðaráætlun og ferilsskrá umsækjanda skal skila til stjórnar FÍG c/o **Árni Jón Geirsson** lyfjadeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík, **fyrir 01.05. 2000**.

NÝTT

Maxalt® 10 mg

(rizatriptan, MSD)



08-99-MXT-98-SCAN-002-J

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.

1 TAFLA Á DAG SINGULAIR® (MONTELÚKAST, MSD)

1 tafla á dag stuðlar að betri stjórn á astma.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

Hádegisfundir Lífeðlisfræðistofnunar

Eftirfarandi erindi verða flutt á næstu vikum:

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

Dr. Alfreð Árnason erfðafræðingur, Rannsóknarstofu í erfðafræði, Landspítala Hringbraut, – 13. apríl: **Erfðafræðirannsóknir á Íslandi síðastliðin 30 ár.**

Próf. Stefán B. Sigurðsson líffeðlisfræðingur, Líffeðlisfræðistofnun H.Í., Læknagarði – 27. apríl: **Hvort minni kennsla sé betri kennsla?**

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

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

Þorgeir Pálsson yfirverkfræðingur, eðlisfræðideild Landspítala Hringbraut – 18. maí: **Fjargreining og fjarkennsla.**

Hans G. Þormar líffræðingur, Lífefna- og sameindalíffræðistofu, Læknagarði – 25. maí: **Svipgerðareinun á samupprunaröðum.**

Dr. Margrét Árnadóttir sérfræðingur í nýrnasjúkdómum, lyflækningadeild Landspítala Hringbraut – 8. júní: **ACTH og blóðfita; nýjar hliðar á verkun ACTH.**

Erla Dóris Halldórsdóttir hjúkrunarfræðingur/sagnfræðingur, Landspítala Fossvogi – 9. júní: **Holdsveikraspítalinn í Laugarnesi – miðstöð rannsókna.**

Jóhannes Helgason líffeðlisfræðingur, Líffeðlisfræðistofnun H.Í., Læknagarði – 15. júní: **Áhrif lactate jónar á öndun.**

Helga Bjarnadóttir líffræðingur, Lífefna- og sameindalíffræðistofu, Læknagarði – 22. júní: **Smíði á genaferju byggðri á MVV.**

Dr. Sigurjón B. Stefánsson geðlæknir og sérfræðingur í klínískri taugalíffeðlisfræði, taugadeild Landspítala Hringbraut – 29. júní: **P-bylgjur í heilariti.**

Sigríður Hafsteinsdóttir B.S. nemi, Líffeðlisfræðistofnun H.I., Læknagarði – 6. júlí: **Glákulyf og samdráttargeta og slökun portaæðar.**

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

Hjartabilun

Meðferð og endurhæfing

Námskeið á vegum Endurmenntunarstofnunar í samvinnu við Félag fagfólks um hjarta- og lungnaendurhæfingu. Námskeiðið er þverfaglegt og ætlað öllum heilbrigðisstéttum.

Efni
Á námskeiðinu verður meðal annars fjallað um

- orsakir og líffeðlisfræði hjartabilunar,
- lyfjameðferð og aðra meðferðarmöguleika,
- hjartsláttartruflanir og skyndidauða,
- þjálfun, eftirlit og næringu,
- mat á lífsgæðum og
- áhrif langvinnra veikinda á einstaklinginn og fjölskyldu hans

Umsjón: **Ingveldur Ingvarsdóttir** MA, yfirsjúkraþjálfari endurhæfingardeild Landspítala Hringbraut

Fyrirlesarar eru:
Axel F. Sigurðsson hjartasérfræðingur Landspítala Hringbraut,
Áslaug Þóra Karlsdóttir hjúkrunarfræðingur Landspítala Fossvogi,
Birgit Erikssen næringarráðgjafi Landspítala Hringbraut,
Lawrence P. Cahalin clinical professor Physical Therapy Dept. Boston University,
Charles Cline yfirlæknir á hjartadeild Malmö Allmänna Sjukhus,
Davíð O. Arnar hjartasérfræðingur Landspítala Hringbraut,
Kolbrún Ragnarsdóttir iðjuþjálfi,
Már Viðar Magnússon sálfræðingur Landspítala Fossvogi og
Sigríður Jónsdóttir iðjuþjálfi Reykjalundi

Verð: 14.800 kr.

Tími: 8. og 9. maí kl. 9:00-16:00

Skráning og nánari upplýsingar á skrifstofu Endurmenntunarstofnunar Háskóla Íslands, Dunhaga 7, 107 R.
Sími: 525 4923, bréfsími: 525 4080, netfang: endumenntun@hi.is

Vísindasjóðir Félags íslenskra heimilislækna

Umsóknir um vísindastyrki fyrir vorúthlutun 2000 þurfa að berast sjóðnum fyrir 1. maí 2000 og séu stílaðar á undirritaðan.
Umsóknum ber að skila á þar til gerðum eyðublöðum ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum. Hægt er að sækja eyðublöðin og sjá lög Vísindasjóðsins á heimasíðu FÍH: http://www. heimilislaeknar.is

Fyrir hönd stjórnar Vísindasjóðs FÍH
Þórir B. Kolbeinsson formaður
Þrúðvangi 22, 850 Hellu
Netfang: thorbk@vortex.is

NCU Styrkir Norrænu krabbameins-samtakanna

Norrænu krabbameinssamtökin, samtök norrænu krabbameinsfélaganna, auglýsa styrki fyrir árið 2001. Þeim er ætlað að styðja og örva samstarf í krabbameinsrannsóknum á Norðurlöndunum (lágmark: samstarf tveggja landa). Rannsóknaverkefnin verða að vera á krabbameinssviði, vera einstaklega fallin til þess að framkvæma þau einmitt á Norðurlöndum og áhrif samstarfsins þurfa að vera gagnvirk.
Fjármögnun slíkra samstarfsverkefna takmarkast við: 1) faraldsfræðilegar rannsóknir þar sem notaðar eru krabbameinsskrár viðkomandi lands, 2) klínískar rannsóknir, 3) skipulagning slíkra rannsókna og frumverkefni (til dæmis innan undirbúningshópa á Norðurlöndum).

Mat umsókna er í höndum Norrænu vísindanefndarinnar.

Umsókn, rituð á ensku skal innihalda:

- umsóknareyðublað
- kostnaðaráætlun verkefnis
- verkefnalýsingu (hámark 10 A4 blaðsíður)
- stutta starfsferilslýsingu (1-2 A4 blaðsíður)
- meðmæli
- lista yfir birtar fræðigreinar

Umsókn skal senda í sex eintökum til:
Cancerfonden
Forskningsavdelningen
S-101 55 Stockholm
Sverige

Umsóknarfrestur er til 10. maí næstkomandi.

Umsóknareyðublöð liggja frammi hjá Krabbameinsfélagi Íslands, Skógarhlíð 8, 105 Reykjavík, s. 540 1900.

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland sentralsykehus
Personalavd. N-8092 Bodø. Tlf. +47 75 53 40 00

Sentralsykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by. Byen er omgitt av fantastisk natur med rike jakt og fiskemuligheter rett utenfor stuedøren, men er også rik på restauranter og travle forretninger. Internasjonal flyplass - flytid Bodø-Oslo 1 time og 15 minutter.

Radiologisk avdeling

Overlege

Ved Radiologisk avdeling (avd.ovl. Randi Brendberg) er det ledig stilling for overlege - hjemmel nr. 9 - Uls - id.nr. 989.

Avdelingen har 12 legestillinger - 7 overordnede og 5 underordnede og er moderne utstyrt med bla. CT-ultralyd og mammograf. I løpet av året vil MR bli installert. Avdelingen har sentralsykehusfunksjon for Nordland fylke (6 lokalsykehus) med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehusansvar med ca 74.000 innbyggere.

Lønn- og øvrige betingelser i henhold til gjeldende overenskomst mellom Den norske lægeforening og Kommunenes Sentralforbund.

Sykehuset vil være behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter nærmere regler.

Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Innsendte papirer returneres ikke. Se sykehusets hjemmesider: www.nss.nl.no. **Søknad sendes Personalavdelingen innen 22. mai 2000.**
Fylkets stillinger ligger også på www.jobbnord.com

Røykfritt miljø
CICERO ev

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland sentralsykehus
Personalavd. N-8092 Bodø. Tlf. +47 75 53 40 00

Sykehuset er sentralsykehus for Nordland fylke med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehus for Salten-regionen med ca. 74.000 innbyggere og har alle de kliniske avdelinger man forventer å finne i et sentralsykehus.

Revmatologisk avdeling

Avdelingsoverlege/ overlege

Ved revmatologisk avdeling er det ledig stilling for avdelingsoverlege/overlege hjemmel nr. 1 og 2 - Uls - id.nr. 997 og 998. Søker bør angi om søknaden også gjelder avdelingsoverlegefunksjonen.

Avd. er en egen selvstendig enhet, har 3 overlege- og 3 assistentlegestillinger og har egen vaktording.

Avdelingen har egen sengepost med 14 senger og poliklinikk med ca. 3000 kontroller pr. år. Sengepost og poliklinikk ligger i samme etasje. Avdelingen har en stabil personalstab og egne fysioterapeuter, ergoterapeut og sosionom som arbeider i tverrfaglig team. Den har også et utmerket samarbeid med ortopedisk avdeling, hvor vi har reumakirurgisk profilerte ortopeder.

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig.

Sykehuset vil være behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter nærmere regler.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til sjeflegen. Lønn etter avtale.

Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Innsendte papirer returneres ikke. Se sykehusets hjemmesider: www.nss.nl.no. **Søknad sendes Personalavdelingen innen 22. mai 2000.**
Fylkets stillinger ligger også på www.jobbnord.com

Røykfritt miljø
CICERO ev

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, segablæðabólga 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

nuvelle®
ÖSTRADÍÓLVALERAT + LEVÓNORGESTREL

Við breytingaskeið



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

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

SCHERING

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 vanjulegum 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 transamínösum 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®
atorvastatín

Hjá Guðjóni© '98

Heilsugæslulæknir

Staða heilsugæslulæknis við Heilsugæslustöðina á Akureyri er laus til umsóknar. Staðan veitist frá 1. júlí næstkomandi eða eftir samkomulagi. Krafist er sérfræðiviðurkenningar í heimilislækningum.

Nánari upplýsingar gefa **Bolli Ólafsson** framkvæmdastjóri og **Pétur Pétursson** yfirlæknir í síma 460 4600. Umsóknir um stöðuna, á sérstökum eyðublöðum frá landlæknisembættinu, berist fyrir 26. apríl 2000.

Vakin er atygli á veffangi stöðvarinnar: http://www.akureyri.is/stjorns/svid/hak/

Heilbrigðisstofnunin Vestmannaeyjum

auglýsir eftirfarandi stöður lausar til umsóknar:

Yfirlæknir heilsugæslusviðs

Staða yfirlæknis heilsugæslusviðs er laus til umsóknar.
Staðan er laus frá 1. júní 2000 og er æskilegt að umsækjendur geti hafið störf eigi síðar en þá. Laun samkvæmt úrskurði Kjaranefndar.
Auglýst er eftir lækni með sérfræðimenntun á sviði heimilislækninga. Um er að ræða 100% starf auk bakvakta en við heilsugæslusvið stofnunarinnar eru fjögur stöðugildi lækna.

Yfirlæknir lyflæknisdeildar

Staða yfirlæknis lyflæknisdeildar er laus til umsóknar.
Staðan er laus nú þegar. Laun samkvæmt samningi LÍ og ríkissjóðs.
Auglýst er eftir lækni með sérfræðimenntun á sviði lyflækninga. Um er að ræða 100% starf auk bakvakta en við sjúkrahússvið stofnunarinnar eru þrjú stöðugildi sérfræðinga.

Umsóknir um ofangreindar stöður sendist Heilbrigðisstofnuninni í Vestmannaeyjum, Pósthólf 400, 902 Vestmannaeyjar.
Allar nánari upplýsingar veitir framkvæmdastjóri í síma 481 1955.

Universitetsklinikken
Det Norske Radiumhospital
Montebello - 0310 Oslo

OVERLEGE

Avdeling for Radiologi har ledig stilling f.o.m. snarest (ULS nr. 7146).

Avdeling for Radiologi hat 17 overordnede og 8 underordnede leger og et professorat II ved Universitetet i Oslo. Det er for tiden 8-delt bakvaktordning. Søkere som ikke ønsker å gå i vakt er også aktuelle.

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 NOK 344.500 - 391.000 pr. år. I tillegg kommer ltr. 20 på tilleggslønnstabellen (B20) som utgjør NOK 16.000 pr. år, godtgjørelse for pliktig utvidet arbeidstid (PUA), ltr. B29 som utgjør NOK 23.200 pr. år og rekrutteringstillegg for rekrutteringssvake områder, ltr. B75 som utgjør NOK 60.000 pr. år. Forøvrig betaling for frivillig utvidet arbeidstid (FUA) etter avtale, jfr. Særavtale mellom Staten og Den norske lægeforening.

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

Søknad merket «402/11» sendes
Det Norske Radiumhospital, Personalavdelingen, Montebello, N-0310 OSLO **innen 22.04.2000.**

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

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

CICERO tt

www.jobbmed.com
Lausar stöður á Norðurlöndunum

INFIRMARIUM ACADEMICUM
LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Sérfræðingar í geðlækningum

Tvær stöður sérfræðinga í geðlækningum við áfengisskor geðdeildar Landspítala eru lausar til umsóknar. Í báðum tilfellum er um að ræða fullt starf. Æskilegt er að umsækjendur hafi nokkra reynslu af meðferð áfengissjúklinga.

Skriflegar umsóknir ásamt upplýsingum um námsferil og fyrri störf, þar með talið kennslu og vísindavinnu, berist til **Jóhannesar Bergsveinssonar**, yfirlæknis áfengisskorar, sem jafnframt veitir upplýsingar í síma 560 1770, netfang: johannes@rsp.is

Mat stöðunefndar byggist á innsendum umsóknargögnum. Umsóknarfrestur er til 16. apríl 2000.

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland sentralsykehus

Personalavd. N-8092 Bodø. Tlf. +47 75 53 40 00

Sykehuset er sentralsykehus for Nordland fylke med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehus for Salten-regionen med ca. 74.000 innbyggere og har alle de støttefunksjoner man forventer å finne i et sentralsykehus. Sentralsykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by. Byen er omgitt av fantastisk natur med rike jakt og fiskemuligheter rett utenfor stuedøren, men er også rik på restauranter og travle forretninger. Internasjonal flyplass - flytid Bodø-Oslo 1 time og 15 minutter.

Medisinsk avdeling

Geriater eller spesialist i generell indremedisin med interesse for slag og geriatri

Ved medisinsk avd. (avd.ovl. Marit Eskeland) skal det tilsettes geriater eller spesialist i generell indremedisin med interesse for slag og geriatri. Hjemmel nr. 17. Spesialist i allmennmedisin kan også søke, med slik ansettelse forutsettes godkjenning fra NR.

Søkere som er spesialist i indremedisin eller allmennmedisin med interesse for fagfeltet geriatri og slag vil også komme i betraktning.

Ved medisinsk avdeling er det seksjoner for cardiologi, gastroenterologi, nefrologi, hematologi og lungesykdommer. Driften dekker innleggelse av 4300 pasienter årlig og en poliklinikk på ca. 8000 pasienter. Vi har 13,5 stillinger for overordnede og 11 underordnede legestillinger. Avdelingen utdanner spesialister i indremedisin (gruppe I), og har tellende tjeneste fra 6 måneder til 1,5 år i grensespesialistutdanningene.

Da sykehuset ikke har hatt geriater tidligere forutsettes det at søker er interessert i å delta aktivt i utvikling av funksjoner som skal tillegges geriatri: Drift av slagenheten som økes fra 4 til 9 senger samt geriatrisk poliklinikk. Dersom en ansetter lege som ikke er ferdig geriater vil sykehuset legge forholdene til rette for nødvendig videreutdanning etter nærmere avtale.

Foruten pasientrettet arbeid skal det gis undervisning og veiledning til personell på NSS og etter hvert hjemmetjeneste. Seksjonen vil i tillegg til bemanning knyttet til sengeposten, etter planen disponere et geriatrisk team med geriatrisk sykepleier, slagsykepleier, ergoterapeut og fysioterapeut. Disse stillingene vil etter planen fylles etter at lege er ansatt.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avdelingsoverlegen. Lønn og øvrige betingelser i henhold til gjeldende hovedoverenskomst mellom Den norske lægeforening og Kommunenes Sentralforbund. Sykehuset er behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter nærmere regler.

Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Innsendte papirer returneres ikke. Se sykehusets hjemmesider: www.nss.nl.no. **Søknad sendes Personalavdelingen innen 22. mai 2000.**

Fylkets stillinger ligger også på www.jobbnord.com

Røykfritt miljø CICERO ev

Heilsugæslan í Reykjavík

Afleysingastaða læknis

við Heilsugæslustöðina í Efstaleiti

Laus er til umsóknar staða afleysingalæknis við Heilsugæslustöðina Efstaleiti, Reykjavík, frá 1. maí næstkomandi í eitt ár.
Umsóknir ásamt upplýsingum um læknismenntun og læknisstörf sendist starfsmannasviði Heilsugæslunnar í Reykjavík á eyðublöðum sem þar fást.
Umsóknarfrestur er til 15. apríl næstkomandi.
Nánari upplýsingar veitir **Gunnar Helgi Guðmundsson** yfirlæknir í síma 585 1800.

Heilsugæslan í Reykjavík, starfsmannasvið
Barónsstíg 47, 101 Reykjavík
Sími 585 1300 – Bréfsími 585 1313
Veffang: www.hr.is

ST. JÓSEFSSPÍTALI
HAFNARFIRÐI

Deildarlæknir við lyflækningadeild

Staða deildarlæknis er laus frá og með 1. júní næstkomandi. Ráðningartími gæti þó hafist síðar eftir nánara samkomulagi. Vaktþjónusta er fyrir heilsugæslusvæði Hafnarfjarðar og Garðabæjar. Vakt þessari er deilt með öðrum unglæknum.
Æskilegur ráðningatími allt að einu ári eða eftir samkomulagi. Staðan býður upp á vísindavinnu í tengslum við starfandi sérfræðinga spítalans.
Nánari upplýsingar gefur yfirlæknir lyflækningadeildar, **Gunnar Valtýsson** í síma 555 0000. Einnig tekið á móti fyrirspurnum á netfang: gunnarv@simnet.is

Framkvæmdastjóri

LÆKNABLAÐIÐ
Sími: 564 4104 – Bréfsími: 564 4106

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

Ný stjórn

Aðalfundur Félags yfirlækna á heilsugæslustöðvum var haldinn föstudaginn 3. mars síðastliðinn. Kosin var ný stjórn sem er þannig skipuð: **Margrét Georgsdóttir**, Heilsugæslustöð Miðbæjar, formaður, **Kristmundur Ásmundsson**, Heilsugæslustöð Suðurnesja, varaformaður og **Pétur I. Pétursson**, Heilsugæslustöðinni á Akureyri, ritari.

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.

Íbúðaskipti

Gautaborg/Reykjavík og nágrenni

Sænsk-íslensk fjölskylda er býr í Gautaborg vill gjarnan skiptast á íbúðum í júlímánuði við aðra fjölskyldu í Reykjavík eða nágrenni. Um er að ræða þriggja herbergja íbúð skammt frá miðborg Gautaborgar. Hún er í gömlu hverfi, Majorna. Íbúðin er í svokölluðu „landshövdingshus".
Best væri ef skiptin gætu farið fram í júlímánuði en einnig má ræða júní eða ágúst.
Skipti á bílum koma einnig til greina.
Ef skipti koma ekki til greina erum við opin fyrir öllum leigutilboðum!
Kveðjur, hafið samband við:
Hrólf Brynjar Ágústsson, Svanebäcksgatan 12a, 414 52 Gautaborg, Svíþjóð.
Sími: 004631/7 75 29 12. Vinnusími: 004631/64 21 64. Bréfsími í vinnu: 51 02 94. Netfang: hrolfur.agustsson@swipnet.se

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.

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 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.

7.-10. maí
Í Madrid. 3rd European Congress of Chemotherapy. Nánari upplýsingar á netfangi: www.congrex.com.ecc 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*

8.-10. júni
Í Chicago. Credentialing Physician Specialists: A Wold Perspective. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

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

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

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

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

25.-28. júni
Í Reykjavík. XIV Nordiske Kongres I Retsmedicin. Nánari upplýsingar á netfangi: congrex@icelandtravel.is, asah@icelandtravel.is og hjá Læknablaðinu.

28. júni -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. júni-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.

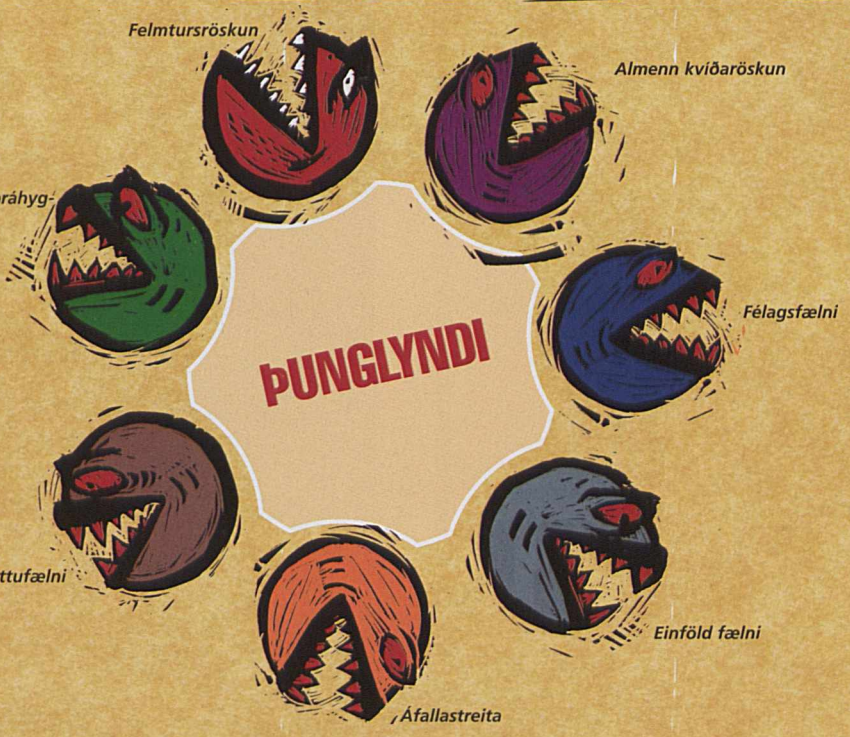
27.-30. ágúst
Í Beer Sheve, Ísrael. AMEE 200 Conference. Horizon Scanning in Medical Education: 2020 Vision. Nánari upplýsingar hjá AMEE Office University of Dundee, Mrs. Pat Lilley, sími: +44 (0) 1382 631967, netfang: p.m.lilley@ dundee.ac.uk. og hjá Læknablaðinu.

31. ágúst-1. september
Í Stokkhólmi. Berzelius Symposium 54.

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, áráttu- 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:

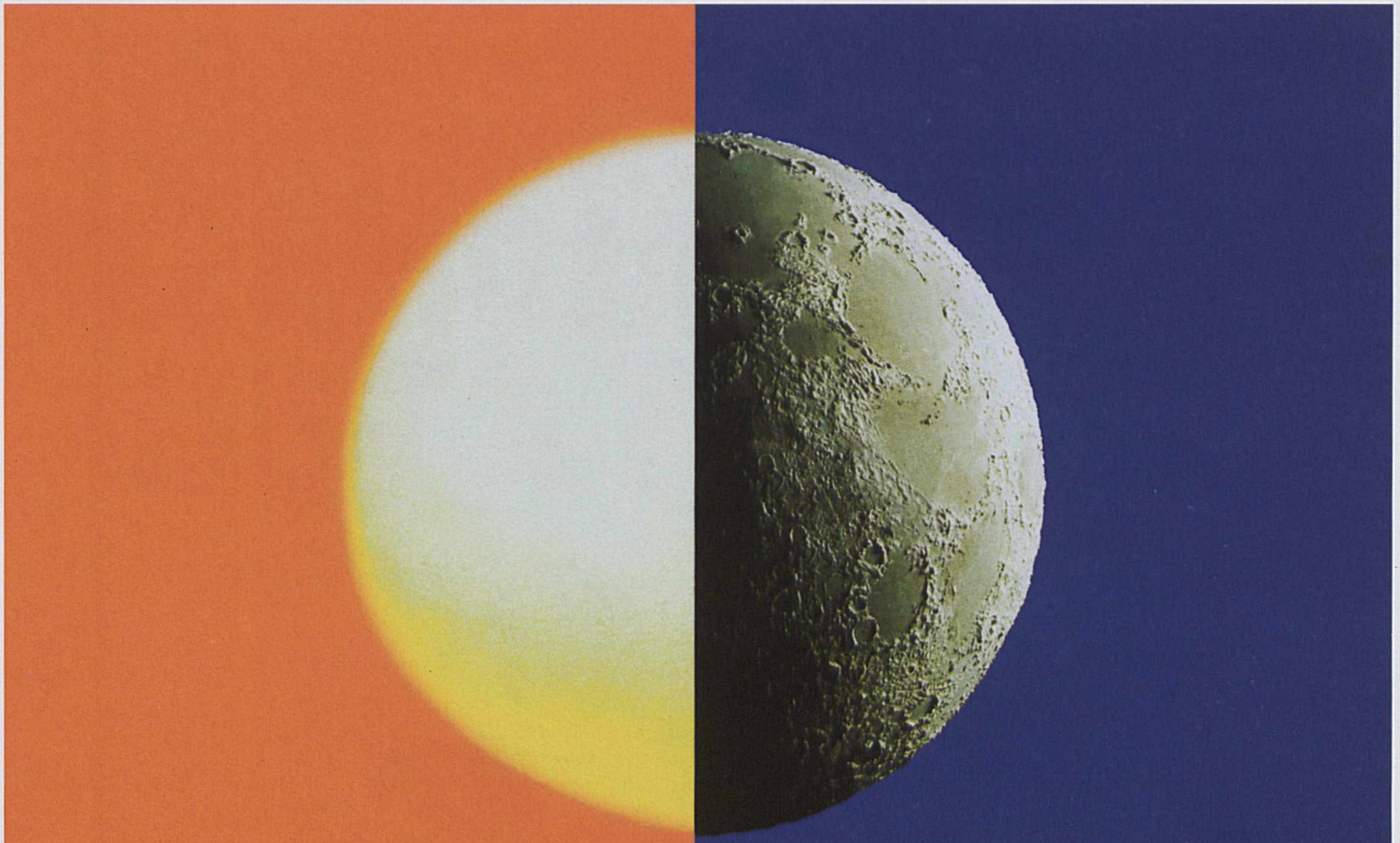
Þunglyndir einstaklingar þjást oft jafnframt af öðrum kvíðasjúkdómum á borð við felmtursröskun, áráttu- og þráhyggjuröskun, almenna kvíðaröskun, félagsfælni og víðáttufælni. Þar að auki er hætta á ýmsum öðrum sjúkdómum og vandamálum tengdum áfengis og lyfjamisnotkun og félagslegum erfiðleikum. Mikilvægt er að sjúklingurinn fái viðhlýtandi meðferð timanlega 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. Áráttu og þráhyggjusýki. Felmturköst (ofsakvíði, panic disorders) Félagslegur ótti/félagsleg fælni **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Óstöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu líða 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. Paroxetín 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 upprétti 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 B, 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

Nánst.../ 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.

The Swedish Society of Medicine. Nánari upplýsingar á netfangi: www.svls.se/media.html 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.

6.-9. september
Í Tampere, Finnlandi. 3rd Nordic Health Promotion Research Conference. Outcomes in Health Promotion. Nánari upplýsinar á netfangi: www.uta.fi/laitokset/tsph/conference og hjá Læknablaðinu.

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

8.-12. október
Í Istanbul. International Congress On Public Health: "Health 21" in Action. Nánari upplýsingar í netfangi: dekon@ dedeman.com.tr 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 síðasta fimmtudag hvers mánaðar kl. 5 síðdegis í fundarherbergi Domus Medica á 2. hæð. **Athugið** breyttan fundartíma.

Til sölu

Hyfagcator (brennslutæki) ónotað til sölu.
Upplýsingar hjá **Ágústi N. Jónssyni** í síma 553 3421.

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

Formannaráðstefna LÍ

verður haldin 12. og 13. maí næstkomandi.
Fyrirhuguð umræðuefni á ráðstefnunni eru
símenntun lækna og
samskiptareglur við lyfjafyrirtæki.

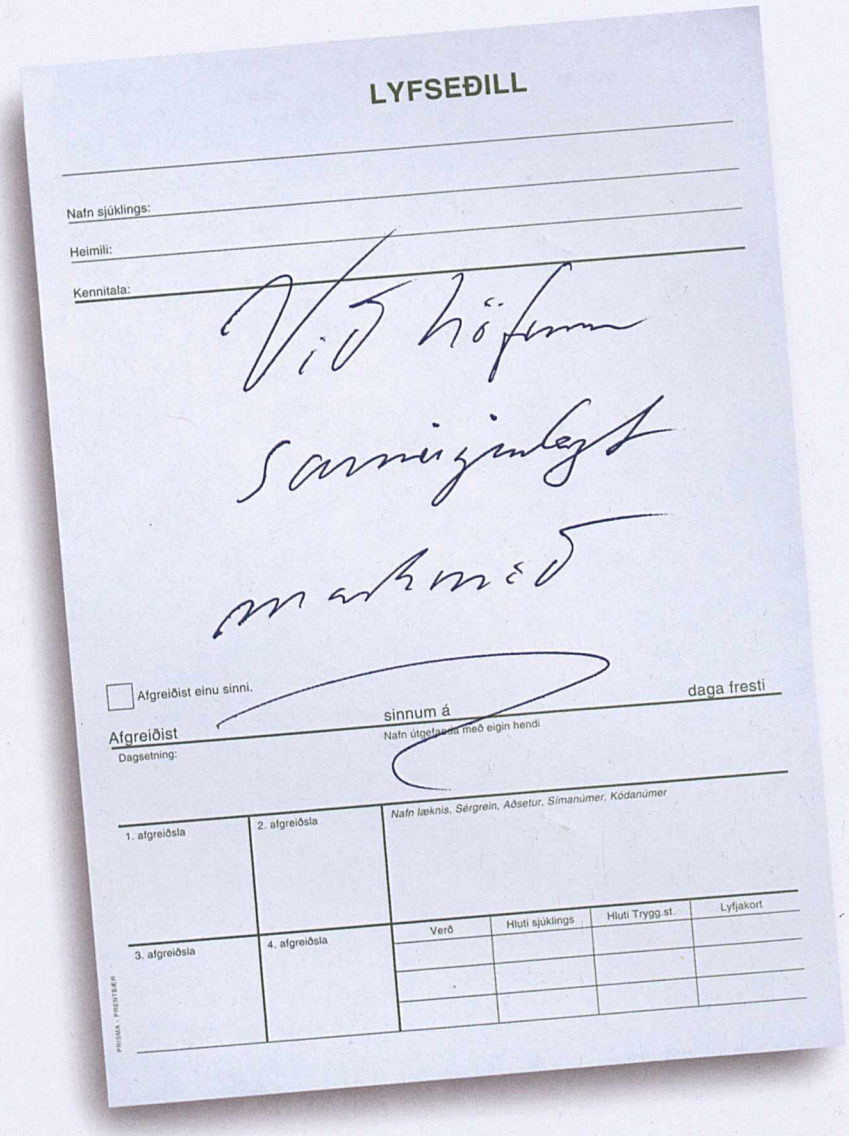
Aðalfundur LÍ 2000

verður haldinn **á Ísafirði** dagana
25.-27. ágúst næstkomandi.

Íbúðaskipti

Uppsalir/Reykjavík og nágrenni

Sænsk-íslensk fjölskylda er býr í Uppsölum vill gjarnan skiptast á íbúðum í júlímánuði við reykvíska fjölskyldu.
Í boði er stórt einbýlishús. Skipti á bílum koma einnig til greina.
Ef skipti koma ekki til greina erum við opin fyrir leigutilboðum í staðinn.
Ef áhugi er fyrir hendi, vinsamlegast hafið samband við:
Jóhannes Ágústsson, Dalbovägen 34b, 756 53 Uppsala, Svíþjóð.
Sími: 004618/32 04 86. Netfang: johannes.agustsson@alfa.telenordia.se



Lífið er okkar lífsstarf

Pfizer er rannsóknarfyrirtæki í lyfjaframleiðslu sem hefur það
að markmiði að auka lífsgæði og bæta líðan fólks um víða veröld.
Þegar hámarksgæði og hagstætt verð lyfja fylgjast að opnast nýir möguleikar,
bæði við hefðbundna lækningameðferð og forvarnir.

Pfizer

Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA