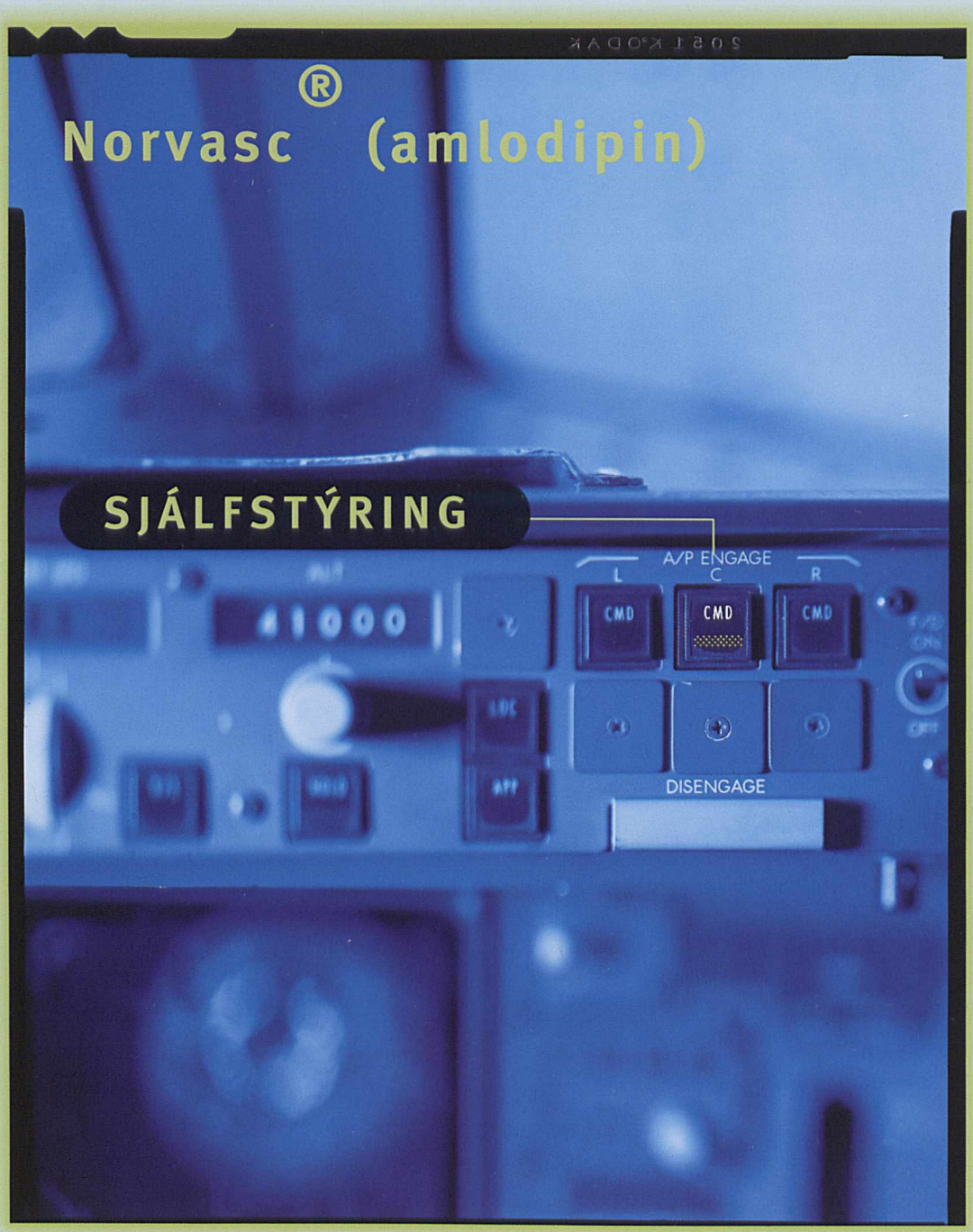
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



6/2000



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

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

407 **Ritstjórnargreinar:**
Nýtt líf í læknanámi
Hannes Petersen

409 **Geðheilbrigðisþjónusta fyrir börn og unglinga**
Ólafur Ó. Guðmundsson

413 **Ofvirkniröskun. Yfirlitsgrein**
Gísli Baldursson, Ólafur Ó. Guðmundsson, Páll Magnússon
Höfundar gera ítarlega grein fyrir þeim heilkennum einkenna sem falla undir ofvirkniröskun. Þeir þættir sem helst einkenna þessa tegund persónuleikaröskunar eru mikil virkni, einbeitingarerfiðleikar og erfiðleikar við að stjórna eigin hegðun. Höfundar rekja greiningarskilmerki sem og meðferðarúrræði og gefa yfirlit yfir nýlegar rannsóknir.

422 **Heilsutengd lífsgæði sjúklinga fyrir og eftir meðferð**
Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Erla Grétarsdóttir, Halldór Jónsson jr., Tómas Zoëga, Þórður Harðarson, Guðmundur Vikar Einarsson
Sett hefur verið saman sérstakt mælitæki eða próf til að meta heilsutengd lífsgæði einstaklinga. Prófið samanstendur af 32 spurningum, sumum með fleiri en einum svarmöguleika. Í rannsókninni sem hér er greint frá var leitað til 1195 sjúklinga, á nokkrum deildum Landspítalans, og þeir beðnir að svara spurningalistanum. Þremur mánuðum síðar var aftur leitað til sömu sjúklinga. Höfundar telja að með prófinu sé unnt að afla þekkingar sem nýta megi til að bæta og skipuleggja heilbrigðisþjónustuna.

428 **Doktorsvörn: Bolli Bjarnason**

429 **Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum**

431 **Smásjáraðgerðir í heila- og taugaskurðlækningum. Þróun sjónglerja og notkun þeirra við skurðaðgerðir**
Kristinn R. G. Guðmundsson
Talið er að gleraugu hafi fyrst verið fundin upp í Kína eins og margt annað er síðar barst til Evrópu. Höfundur rekur sögu sjónglerja, sjónauka og smásjáa og hvernig skurðsmásjáin þróaðist út frá þeim. Rakin er saga smásjáraðgerða hér á landi og sérstaklega í heila- og taugaskurðlækningum.

436 **Sjúkratilfelli mánaðarins: Risafrumuæxli í hálshrygg**
Guðrún Guðmundsdóttir, Garðar Guðmundsson
Sjúkratilfellið lýsir afar sjaldgæfri tegund af góðkynja æxli, sem oftast finnst í löngum beinum líkamans. Höfundar rekja sjúkdómssögu, auk þess að lýsa almennum einkennum og úrræðum.

6. tbl. 86. árg. Júní 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
Hildur Harðardóttir
Karl Andersen
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.

Gegn ristli og herpes simplex sýkingum

VALTREX
VALACICLOVIR

Vinnur á einkennunum

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



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

Kreatínínklerans ml/mín	*Skömmtun*
15-30 ml/mín	1 g tvisvar/dag
< 15 ml/mín	1 g / dag

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

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

GlaxoWellcome
Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

440 **Formannaráðstefna læknasamtakanna. Símenntun og sameining sjúkrahúsanna**
Þröstur Haraldsson

441 **Aðalfundur LÍ 2000**

Aðalfundur Lífeyrissjóðs lækna. Aldurstengdu réttindakerfi komið á
Þröstur Haraldsson

443 **Bæklingur um heilsufar kvenna**

Læknar á Íslandi. Nýtt Læknatal komið út
Birna Þórðardóttir

444 **Sjálfskipuðum siðapostula svarað**
Högni Óskarssson

Athugasemd við grein Högna
Árni Björnsson

445 **Opinn gluggi til Evrópu**
Katrín Fjeldsted

448 **Yfirlýsing um sjálfsforræði lækna**
Örn Bjarnason þýddi

449 **Vandamiðað nám – Stöðug þekkingaröflun**
Rætt við Stewart P. Mennin prófessor
Birna Þórðardóttir

451 **Stéttaskiptingin á Indlandi er heilbrigðisvandamál**
Rætt við Iniyan Elango geðlækni og baráttumann fyrir réttindum indverskra stéttleysingja
Birna Þórðardóttir

453 **Könnun á tóbaksnotkun íslenskra lækna**
Pétur Heimisson

456 **Eineygðir samverjar eða félagshyggjulæknar með pólitíkusinn í maganum?**
Þröstur Haraldsson

459 **Sjúkraflug með miðstöð á Akureyri boðið út**

Sýning á læknislist fornmanna

Klínískar leiðbeiningar. Vinnuhópar á vegum landlæknisembættisins

461 **Heimilislæknirinn. Tegund í útrýmingarhættu**
Árni Björnsson

463 **Broshornið. Að elska, reykja, drekka og dufla...**
Bjarni Jónasson

465 **Íðorðasafn lækna 123. Follow-up time**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

467 **Lyfjamál 86**
Frá Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og landlækni

468 **Ráðstefnur og þing**

471 **Lausar stöður**

472 **Okkar á milli**

474 **Minnisblaðið**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Ragna Róbertsdóttir

Ljósmynd: Jonni

Ragna Róbertsdóttir (fædd 1945) hefur nokkuð lengi unnið fyrst og fremst með stein og steinefni í verkum sínum. Steinunum raðar hún upp á ýmsan hátt, setur þá í margs konar samhengi, eða þá hún festir steinsallann beint á vegg til að mynda eins konar steinflöt líkt og í verkinu sem nú er á forsíðu blaðsins. Andinn í þessum verkum er í ætt við naumhyggju eða minimalisma. Efnið er látið tala fyrir sig og upprööun myndhluta, formin eða samhengið miða fyrst og fremst að því að undirstrika eiginleika efnisins og þyngd. Í sumum verkum sínum hefur Ragna notað mýkri efni, til dæmis skorinn grassvörð, til mótvægis við harðan og þungan steininn. Í þeim myndast þannig eins konar samræða milli mýktar og hörku, milli steinsins og lifandi jarðarinnar. Ragna forðast yfirleitt að tengja nokkra sögu eða hugmyndafræði við verk sín, uppstillingin er hljóð og það er aðeins efnið sem talar.

Verkið á forsíðunni er úr röð **Heklumynda** sem Ragna sýndi í Gerðarsafni fyrir skömmu. Efnið er vikur úr Heklu sem hún hefur fest beint á vegg sýningarsalarins til að mynda stóran ferning. Hér nýtir Ragna sér landslagið með því að tengja verkið beint við staðinn, við Heklu sem gnæfir þung og ógnvekjandi yfir Suðurlandinu, og þannig má jafnvel segja að verkið umbreytist í eins konar landslagsmynd, taki á sig tilvísun í landið og sögu þess og verði eins og frásögn af fjallinu og fólkinu sem hefur búið í nágrenni þess. Samt er þessar tilvísanir hvergi að finna nema í efninu sjálfu og vitneskju okkar um uppruna þess. Ferningsformið og veggurinn leggja ekkert til málanna. Einmitt þannig verka bestu verk Rögnu á áhorfandann. Í þögulli framsetningu þeirra kviknar einhvers konar skilningur sem áhorfandinn ber með sér heim.

Jón Proppé



Flixonase -nú er rétti tíminn

Fluticasone propionate 50µg/sk



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.

Flixonase -líklega mest rannsakaða lyf sögunnar gegn bólgum í nefi [1].

GlaxoWellcome

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930
www.glaxowellcome.is

Flixonase, Glaxo Wellcome
NEFÚÐALYF; RE 1g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5mg, Benzalkonii chloridum 0,2mg, Phenethanolum 2,5mg, hjálparefni og Aqua purificata q.s. ad1g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútíkasóni 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:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** *Börn 4ra 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 og verð:** 16 ml (120 úðaskammtar) Verð: 2888 krónur. 13. 03. 00
Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslenzku með leiðbeiningum um notkun þess.

Heimildir:
1. Risk-Benefit Assessment of Fluticasone Propionate in the Treatment of Asthma and Allergic Rhinitis. Stroms WW. Journal of Asthma 1998;35(4);313-336.

Nýtt líf í læknanámi

Hannes Petersen

Í HUGUM MARGRA ERU HÁSKÓLAR íhaldssamar stofnanir. Fyrir þá sem til þekkja og hafa þar numið, hefur kennslan verið forn og tekið litlum breytingum þrátt fyrir miklar hugmyndafræðilegar og efnislegar breytingar í samfélaginu. Kennslan hefur byggst á staðreyndum þannig að sá sem mest getur munað vinnur og oftast hafa hjálpartækin er tengjast kennslunni í mesta lagi verið tafla og krít, eða í flóknasta lagi myndvarpi. Þetta er ef til vill ekki svo slæmt því til eru þeir sem gera þá kröfu að háskólinn sé í eðli sínu íhaldssamur, að hann standi vörð um fornar hefðir og þekkingu, sé eins konar musteri hins liðna.

Sem betur fer er megnið af þessum staðreyndum og hugmyndum á undanhaldi. Háskólinn hefur seilst inn í tækniveröldina og inn í atvinnulífið, inn í líf fólksins í landinu og gefið sig að lausnum vandamála þeirra samhliða óháðri vísindaiðkun. Samhliða þessu hefur hátæknibúnaður verið að ryðja sér til rúms í tengslum við nám og kennslu ásamt því að nýjar aðferðir við kennslu hafa verið að sjá dagsins ljós. Ein af þeim er svokallað vandamiðað nám eða kennsla, sem á ensku er kallað Problem Based Learning (PBL). Læknadeild HÍ lagði af stað á síðasta kennsluvetri með að kynna þessa tegund náms fyrir nemendum og kennurum og er þess vænst að þessi aðferðafræði ryðji sér til rúms í námi læknanema á næstu árum. Í byrjun ársins fór hópur kennara vestur um haf, á viku námskeið hjá dr. Stewart Mennin sem er mikill frumkvöðull vandamiðaðs náms í Bandaríkjunum, en hann starfar við læknaháskólann í Albuquerque í New Mexico. Dr. Mennin fylgdi þessu síðan eftir með því að heimsækja Ísland í byrjun maí og hélt þá fyrirlestra og námskeið fyrir hóp nemenda og kennara við læknadeild HÍ.

Vandamiðað nám byggir á því að kynna fyrir nemendum, eins snemma í náminu og kostur er, vandamál er tengjast framtíðarstarfsvettvangi þeirra. Nemendurnir fá þjálfun í að leysa úr vandamálum á rökrænan hátt með því að læra að skilgreina vandamálin og tengja þau á rökrænan hátt þekkingu með kenningarsmíði sem síðan er varin eða hrakin með staðreyndum sem leitað er uppi í gagnabönkum svo sem á bókum eða vefnum. Nám af þessu tagi fer fram í litlum hópum þar sem kennarinn er fyrst og fremst leiðbeinandi um aðferðafræðina, mun fremur en lifandi uppsláttarbók á þekkingarvísu. Þar sem vandamiðað nám hefur verið tekið inn í kennslumynstur skóla hefur það gefist vel. Nemendur eru mun meðvitaðri um takmörk þekkingarinnar er liggur að baki þeirrar fræðigreinar er þeir stunda og þær breytingar er verða á þekkingu manna á ýmsum fyrirbærum er tengjast fræðigreininni komast mun fyrr til skila en hjá þeim sem lært hafa á hefðbundinn hátt. Nám af þessu tagi gerir meiri kröfur til nemendanna en hefðbundið nám og er samfelldara sjálfsnám staðreynd hjá þeim nemendum er taka þátt í vandamiðuðu námi. Þeir sem til þekkja segja að námið verði léttara í ljósi þeirra hagnýtu tengsla er felast í lausn vandamálanna. Að auki er því haldið fram að kennslan verði meira lifandi og líkari þeim starfsvettvangi sem nemendurnir eiga eftir að kynnast síðar sem læknar. Það er ólíkt þeirri kennslu sem boðið er upp á í dag, þar sem fyrstu þremur árunum er varið í kennslu í grunnvísindum, oftast án tengsla við framtíðarstarfsvettvang.

Til eru læknaskólar í Bandaríkjunum og Evrópu sem byggðir hafa verið upp frá grunni í kringum aðferðarfræði vandamiðaðs náms, en til eru einnig þeir skólar sem hafa, í rólegheitunum, innan frá, gert þær breytingar sem krafist er til að veita vandamiðaða kennslu og er Háskólinn í Albuquerque dæmi um það. Kröfurnar eru fyrst og fremst á nemendur og kennara, að þeir vilji og kunni að tileinka sér vandamiðaða aðferðafræði í starfi. Einnig er viss krafa á læknadeild HÍ að sjá til þess að aðstaða sé fyrir hendi bæði í heildarskipulagningu læknanámsins og í því að ráða nægilegan fjölda starfsmanna til verksins og að til sé hentugt húsnæði. Vonast er til að þetta brautryðjendastarf, sem hófst í byrjun þessa árs, sé upphafið að gagngerum breytingum á kennsluháttum læknadeildar sem miða að því að kennslan verði meira vandamiðuð. Til þess þurfa sem flestir læknar, sem að kennslu koma, svo og aðrir sérfræðingar er starfa á á hinum ýmsu sjúkrastofnunum, að kynnast þessari aðferðafræði og tileinka sér hana, enda er falið í vinnu við þessa kennsluaðferð, töluverður endurmenntunarþáttur er gagnast öllum læknum.

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.

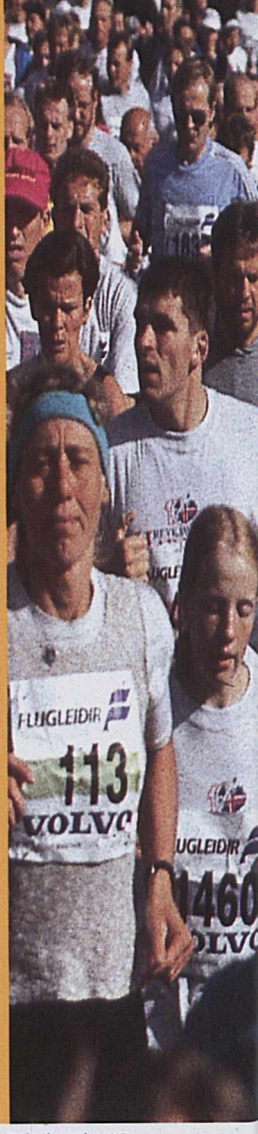
Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknabladid

Umræðuhluti

Skilafrestur efnis í umræðuhluta er 20. hvers mánaðar nema annað sé tekið fram.



Sigurvegarar hversdagsins



Reykjavíkurmaraþon 1997

FONTEX®

FLUOXETIN

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

Ábendingar: Þunglyndi, ICD 10: Til meðferðar á vægum - erfiðum geðdeyfðarköstum, með eða án kvíða. Lotugræðgi. Áhrif af meðferð við lotugræðgi í meira en 8-12 vikur er óviss. Þráhyggjusýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fyrir fullorðna: Við þunglyndi, með eða án kvíða: 20 mg einu sinni á dag. Við lotugræðgi: 60 mg á dag. Við þráhyggjusýki: 20 mg á dag, ef ekki næst viðunandi árangur, má auka skammtinn eftir 3-4 vikur. Allar ábendingar: Skammta má hækka eða lækka. Skammtar yfir 80 mg/dag hafa ekki verið rannsakaðir. Aldraðir: Rannsóknir benda ekki til þess að nauðsyn sé á skammtabreytingum hjá öldruðum. Fyrir börn: Upplýsingar um reynslu og áhrif skortir. Flúoxetín má taka án tillits til máltíða. Ekki er nauðsynlegt að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt, þar sem flúoxetín og virka umbrotsefnið norflúoxetín hafa langan helmingunartíma. Við alvarlega skerta lifrarstarfsemi og/eða ef lyfið er gefið samtímis öðrum lyfjum: Til greina kemur að gefa þessum sjúklingum lægri eða færri skammta. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir flúoxetíni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. Sérstakrar varúðar ber að gæta við flogaveiki, alvarlega nýrnabilun, lifrarsjúkdóma, nýlegt hjartadrep og hjá öldruðum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Forðast skal samtímis meðferð með MAO-hemli, vegna hættu á serótóníneilkenni. 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 verið 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, díazepams, 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 (serótóníneilkenni). Einkennin hverfa þegar meðferð er hætt. Gæta skal varúðar við skömmtun þessara lyfja og fylgjast með klínísku ástandi. Flúoxetín er mikið próteinbundið og því getur samtímis notkun lyfja sem eru mikið próteinbundin, haft áhrif á blóðþéttni þeirra beggja. Við samtímis notkun flúoxetíns og warfaríns hefur í einstaka tilfellum komið fram breyting í segavarnandi áhrifum. Fylgjast skal með sjúklingum í warfarín meðferð í upphafi eða við lok flúoxetín meðferðar. Samtímis notkun flúoxetíns og raflostsmeðferðar (ECT) hefur í einstaka tilfellum lengt krampaköst. Ef gefa á lyf sem hafa milliverkanir við flúoxetín eða virka umbrotsefnið norflúoxetín eftir að meðferð lýkur, er mikilvægt að hafa í huga langan helmingunartíma þeirra. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkilyfja, ef sjúklingur er samtímis í meðferð með insúlíni og/eða sykursýkilyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota tryptófan með lyfinu. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi aukaverkanir tengjast verkunarhætti sérhæfðra serótónínupptökuhemla (SSRI): Almennar: Ósjálfráð einkenni þ.m.t. munnþurrkur, aukin svitamyndun, æðavíkkun og kuldahrollur. Ofnæmiseinkenni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Serótóníneilkenni, 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. Manía. 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

Geðheilbrigðisþjónusta fyrir börn og unglinga

Ólafur Ó. Guðmundsson

Þjónusta barna- og unglingageðdeildar, nú Landspítala Dalbraut (BUGL), hefur breyst mikið á þeim 30 árum sem deildin hefur starfað. Fyrstu árin var megináherslan lögð á þjónustu á dag- og legudeildum við tiltölulega fá börn með alvarleg geðræn- og þroskavandamál svo sem einhverfu en í dag fá hundruð barna og unglinga þjónustu á göngudeild. Auk göngudeildar eru á þremur innlagnardeildum BUGL 21 pláss, 15 sólarhringsrými, þar af tvö bráðarými og sex dagrými.

Frá 1998 hafa árlega borist um 500 nýjar tilvísanir til barna- og unglingageðdeildarinnar sem er mikil aukning frá árunum á undan. Um það bil fjórar af hverjum fimm tilvísunum verða að klínískum viðfangsefnum en í öðrum tilvikum hætta foreldrar við eða hafa fengið einhverja úrlausn á vandanum á meðan beðið er eftir þjónustu sem getur verið frá dögum upp í fáeina mánuði eftir eðli vandans. Þó að tilvísunum hafi fjölgað hefur biðtími eftir þjónustu ekki lengst heldur frekar styst, en hér ræður mestu innra skipulag, fjöldi fagfólks og hvers konar þjónusta er veitt. Þrátt fyrir mikilvægi teymisvinnu verður ekki framhjá því litið að hlutur lækna við mat og meðferð geðraskana verður alltaf sá möndull sem teymisvinnan snýst um. Hér kemur til þekking lækna á frávikum í líkamlegri og andlegri starfsemi þeirrar heildar sem manneskjan er og áralöng þjálfun í markvissum aðferðum til að meta og meðhöndla frávik sem flokkast sem sjúkleg samkvæmt áreiðanlegum og gildum greiningaraðferðum. Sérfræðilæknar kosta meira í launum, bæði í dagvinnu og vegna vaktþjónustu, en þegar upp er staðið er nægur fjöldi sérfræðilækna til að tryggja gæði og faglega þjónustu, grundvöllur allrar sérhæfðrar sjúkrahúsþjónustu. Ef þennan þátt vantar eða hann er ófullnægjandi, er hætt við að þjónustan verði ómarkvissari, lakari að gæðum og þegar upp er staðið, mun dýrari fyrir alla aðila. Þetta á ekki síst við í barna- og unglingageðlækningum en skortur á sérfræðingum í greininni hefur verið stærsta vandamálið við uppbyggingu sérfræðiþjónustunnar. Margt bendir til að breyting sé að verða á og áhugi unglækna sé að vakna fyrir mikilvægi og möguleikum þessarar sérgreinar bæði hérlendis og erlendis. Aukin áhersla á grundvallaratriði læknisfræðinnar um vinnubrögð sem byggja á faglegri þekkingu og rannsóknum, læknislistinni og -fræðinni, eru líklegust til að vekja áhuga læknanema og unglækna.

Þjónusta stofnana samfélagsins við börn og unglinga í vanda, sérstaklega þeim sem tengist hegðun, líðan og vímuefnaneyslu, hefur töluvert verið til umræðu undanfarin ár. Yfirvöld hafa brugðist við og kallað saman starfshópa sem skilað hafa niðurstöðum og tillögum meðal annars um framkvæmdaáætlun um markvissa uppbyggingu þjónustunnar á mismunandi stigum en slík áætlun liggur þó enn ekki fyrir (1-4). Þann 10. október 1998 skilaði starfshópur um stefnumótun í málefnum geðsjúkra skýrslu til heilbrigðisráðherra. Í kaflanum um börn og unglinga eru tillögur í 10 liðum til úrbóta og starfshópurinn var sammála um að gera þessar tillögur að forgangsmáli allrar skýrslunnar. Tvö atriði eru að koma nú til framkvæmda, komið hefur verið á fót 25% lektorsstöðu í barna- og unglingageðækningum við læknadeild og með nýlega undirrituðum samningi BUGL, Barnaverndarstofu og SÁÁ er opnað fyrir formlegt samstarf þessara aðila með hætti sem ekki hefur áður verið reyndur. Einnig var á síðasta ári gerð breyting á reglugerð sjúkratrygginga til hagsbóta fyrir fjölskyldur barna með geðraskanir sem leita eftir þjónustu utan stofnana. Loks hefur skýrsla starfshóps landlæknis um þjónustu utan stofnana litið dagsins ljós nú í maí 2000 þar sem fram koma ítarlegar tillögur til úrbóta á þeim vettvangi. Má þar nefna tillögu um endurvakningu á embætti skólayfirlæknis og leiðir til að auka þátt heilsugæslunnar í geðheilbrigðisþjónustu við börn og ungmenni (5).

Foreldrar geta leitað með vandamál tengd geðheilsu barna og unglinga til heilsugæslulækna eða skólinn leitar til þessara sömu lækna í hlutverki skólalækna. Heilsugæslan væri betur í stakk búin að sinna þessum vanda ef tengsl við sérfræðiþjónustuna væru betri og flæði upplýsinga á milli markvissara svo sem með læknabréfum. Einnig þyrfti að koma til aukin áhersla á teymisvinnu innan heilsugæslunnar til dæmis milli læknis, hjúkrunarfræðings og sálfræðings. Sumar stöðvar hafa tekið frumkvæðið í þessum efnum og má nefna sem dæmi samvinnu heilsugæslunnar og skólaskrifstofunnar á Akranesi með handleiðslu BUGL um þjónustu við ofvirk börn og þróunarverkefnið *Nýja barnið* við Heilsugæslustöðina á Akureyri fyrir barnshafandi konur.

Geðlæknar sjá tengslin milli geðræns vanda foreldris og barns en beita flestir fyrst og fremst einstaklingsbundnum meðferðarúrræðum sem einfaldari eru í framkvæmd en geta auðvitað hjálpað barninu í fjölskyldunni óbeint en samband milli geðheilsu for-

Höfundur er yfirlæknir barna- og unglingageðdeildar Landspítala Dalbraut.

eldris, sérstaklega móður, og barns er vel þekkt (6).

Barnalæknar bæði á einkastofum og sjúkrahúsunum sinna miklvægum hluta þeirrar þjónustu sem börn fá vegna geðheilsuvanda, sérstaklega þegar um þroskafrávik er að ræða.

Það er því ekki hlutverk sérhæfðrar sjúkrahúsþjónustu eins og þeirrar sem veitt er á BUGL að koma með beinum hætti að vanda allra barna og unglinga með geðraskanir. Til staðar þarf að vera lagskipt þjónusta þar sem fyrst er leitað til þeirra fagaðila sem líklegastir eru til að þekkja aðstæður barnsins svo sem til heilsugæslunnar, sálfræðiþjónustu skóla og félagsþjónustunnar sem síðan þurfa að eiga greiðan aðgang að sérfræðiþjónustu utan og innan sjúkrahúsanna. Mesta misræmið er í sérfræðiþjónustu utan stofnana við börn og unglinga með geðraskanir samanborið við fullorðna, þjónusta sálfræðinga er ekki niðurgreidd og framboð á þjónustu barnageðlækna er afar takmarkað en hins vegar er þjónusta sjálfstætt starfandi barnalækna umtalsverð. Þetta endurspeglast meðal annars í því sem fram kemur í grein í síðasta hefti Læknablaðsins (7) að á einu ári komu 54% tilvísana til ofvirkniteymis barna- og unglingageðdeildarinnar frá barnalæknum, 13% frá barnageðlæknum en aðeins 8% frá heimilislæknum. Niðurstöður þeirrar rannsóknar, ítarleg yfirlitsgrein um stöðu þekkingar á ofvirkniröskun sem birt er í þessu tölublaði Læknablaðsins (8) ásamt niðurstöðum starfshópa þeirra sem nefndir eru að ofan, endurspegla aukna vitund og þekkingu á þeim vanda sem við er að kljást. Ekki síður mikilvægt er að geta sýnt fram á að sú þjónusta sem læknar standa fyrir hér á landi er byggð á þekkingu sem grundvallast á viðurkenndum vinnubrögðum læknisfræðinnar.

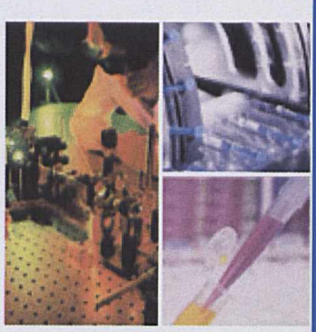
Heimildir

1. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Stefnumótun í málefnum geðsjúkra. Skýrsla starfshóps; 10. október 1998: 93-4.
2. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Forgangsröðun í heilbrigðismálum, rit 2, 1998, áherluatriði: 8.
3. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Drög að heilbrigðisáætlun til ársins 2005, vinnuhandrit; 18. mars 1999: 34.
4. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Skýrsla nefndar um stefnumótun í málefnum langveikra barna; júní 1999: 22-3.
5. Skýrsla starfshóps Landlæknis. Börn og ungmenni með geðræn vandamál – þjónusta utan sjúkrastofnana; maí 2000: 5.
6. Tamplin A, Goodyer IM, Herbert J. Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. J Affective Disorders 1998; 48: 1-13.
7. Baldursson G, Magnússon P, Guðmundsson ÓÓ. Greiningar og meðferðarúrræði 102 barna og unglinga sem komu til barna- og unglingageðdeildar Landspítalans vegna ofvirknieinkenna frá 1. júní 1998 til 31. maí 1999. Læknablaðið 2000; 86: 337-42.
8. Baldursson G, Guðmundsson ÓÓ, Magnússon P. Ofvirkniröskun. Yfirlitsgrein. Læknablaðið 2000; 86: 413-20.

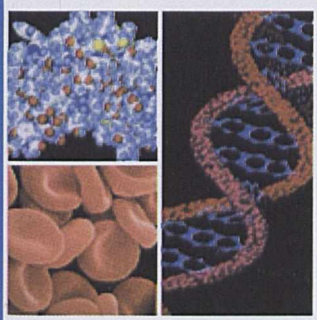
Aventis

AVENTIS ER EITT AF ALLRA STÆRSTU LYFJAFYRIRTÆKJUM HEIMS

Nafnið Aventis kallar fram hugmyndir um nýjungar, þróun, vísindi og stöðugar framfarir. Aventis er auðvelt í framburði hvar sem er í heiminum.



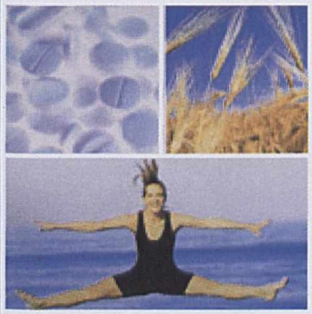
Fyrsta táknið stendur fyrir nákvæmni og vísar til tækni og ögunar vísindanna. Ljósblái liturinn táknar sérstöðu og nýsköpun.



Miðjutáknið, röð depla á hreyfingu, táknar byggingu sameinda og lyf. Blái liturinn táknar styrk og stöðugleika.



Þriðja táknið - pensilstroka - táknar sköpunargleði mannsins sem er uppspretta vísindanna. Lífræn lögun þess minnir á vöxt og viðhald. Græni liturinn gefur til kynna þann þrótt sem uppgötvanir hafa í för með sér.



Hringurinn sameinar og fullkomnar merkið. Saman mynda táknin heild sem stendur fyrir samtvinnun lífs og vísinda.

Aventis var stofnað í desember 1999 með sameiningu fyrirtækjanna **Hoechst Marion Roussel og Rhône-Poulenc Rorer**.

Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf.
Hörgatúni 2 • 210 Garðabæ • Sími 535 7000 • Fax 565 6485

NONNI OG MANNI • 1020 / SÍA.IS

Aventis

áhrifaríkt[1]

andhistamín

aukin lífsgæði[2]

ekki slævandi áhrif[3]

Telfast®
fexofenadin



NONNI OG MANNI • NM01045 / SÍA.IS

Telfast töflur: ATC- flokkur R06 A X 26. *Hver 120 mg tafla inniheldur:* Fexofenadinum hydrocloricum 120 mg. *Hver 180 mg tafla inniheldur:* Fexofenadinum hydrocloricum 180 mg. Töflurnar innihalda litarefnin títantvíoxíð (E-171) og járnoxíð (E-172) gult og rautt. **Ábendingar:** *Töflur 120 mg:* Gegn árstíðabundnu ofnæmiskvefi (seasonal allergic rhinitis). *Töflur 180 mg:* Draga úr einkennum sem koma fram vegna langvinns ofsakláða (chronic idiopathic urticaria). **Skammtar:** *Fullorðnir og börn 12 ára og eldri.* ***Ofnæmiskvef:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadín hýdróklóríði fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára, er 120 mg einu sinni á dag. ***Einkenni vegna langvinns ofsakláða:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadín hýdróklóríði fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára er 180 mg einu sinni á dag. *Börn yngri en 12 ára:* Virkni og öryggi fexófenadín hýdróklóríðs hefur ekki verið rannsakað hjá börnum yngri en 12 ára. *Sérstakir áhættuhópar:* Rannsóknir á sérstökum áhættuhópum (öldruðum, sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi) hafa sýnt að ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum fexófenadín hýdróklóríðs hjá þessum sjúklingum. **Frábendingar:** Lyfið er ekki ráðlagt sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eins og gildir um flest ný lyf eru einungis til takmarkaðar upplýsingar um notkun lyfsins hjá öldruðum og sjúklingum sem hafa skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við gjöf fexófenadín hýdróklóríðs hjá þessum hópum. **Milliverkanir:** Fexófenadín er ekki umbrotið í lifur og hefur því ekki áhrif á önnur lyf sem eru umbrotin þar. Komið hefur í ljós að gjöf fexófenadín hýdróklóríðs og erýthrómýcíns eða ketókónazóls samtímis leiðir til þess að þéttni fexófenadíns í blóði verður tvisvar til þrisvar sinnum meiri. Breytingarnar leiddu ekki til áhrifa á QT bilið og ekki til aukinna aukaverkana, borið saman við lyfin gefin sitt í hvoru lagi. Dýratilraunir hafa sýnt að aukin þéttni fexófenadíns í blóði eftir samhliða gjöf erýthrómýcíns og ketókónazóls virðist vera vegna aukins frásogs í meltingarvegi og annaðhvort minnkunar á útskilnaði með galli eða minnkunar á seytingu í meltingarvegi. Engar milliverkanir milli fexófenadíns og ómeprazól hafa komið fram. Hins vegar veldur inntaka sýrubindandi lyfja sem innihalda ál- eða magnesíum hýdroxíð hlaup 15 mínútum fyrir inntöku fexófenadín hýdróklóríðs minnkun í aðgengi, líklega vegna bindingar í meltingarveginum. Ráðlagt er að láta 2 klst. líða á milli inntöku fexófenadín hýdróklóríðs og sýrubindandi lyfja sem innihalda ál og magnesíum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin reynsla er af notkun fexófenadín hýdróklóríðs hjá barnshafandi konum. Eins og á við um önnur lyf ætti ekki að nota fexófenadín hýdróklóríð á meðgöngu, nema að tilætlaður árangur sé mikilvægari en möguleg áhætta fyrir fóstrið. Engar upplýsingar eru fyrir hendi um innihald móðurmjólkur kvenna eftir töku fexófenadín hýdróklóríðs. Engu að síður kom í ljós, þegar terfenadín var gefið mjólkandi mæðrum, að það útskilst í brjóstamjólkinni. Því er konum sem hafa börn á brjósti ekki ráðlagt að taka fexófenadín hýdróklóríð. **Akstur:** Með tilliti til verkunar og verkunarháttar sem og þekktra aukaverkana er ekki líklegt að fexófenadín hýdróklóríð töflur hafi áhrif á aksturshæfni eða hæfni til að stjórna vélbúnaði. Í hlutlægum prófunum hefur Telfast ekki haft marktæk áhrif á starfsemi miðtaugakerfisins. Þetta þýðir í raun að sjúklingar mega aka og vinna störf sem þarfnast einbeitingar. Engu að síður er mikilvægt, þar sem fólk getur brugðist óvenjulega við lyfjum, að kanna viðbrögð hvers og eins áður en farið er að aka eða vinna margbrotin störf. **Aukaverkanir:** Í klínískum samanburðarrannsóknum voru algengustu aukaverkanirnar sem komu fram eftirfarandi: höfuðverkur (7,3%), sljóleiki (2,3%), ógleði (1,5%), svimi (1,5%) og þreyta (0,9%). Tíðni þessara aukaverkana af fexófenadíni var svipuð og af lyfleysu. Í einstaka tilvikum hefur verið greint frá útbrotum, ofsakláða og kláða. **Ofskömmtun og eitranir:** Engin bráð eitrunartilvik af völdum fexófenadíns eru þekkt. Staðlaðar aðferðir skal nota til að fjarlægja lyf sem ekki hefur frásogast. Blóðskilun fjarlægir fexófenadín hýdróklóríð ekki fullkomlega úr blóði. **Lyfhrif:** Fexófenadín hýdróklóríð er H_1-andhistamín án róandi áhrifa. Fexófenadín er lyfjafræðilega virkt umbrotsefni terfenadíns. **Lyfjahvörf:** Fexófenadín hýdróklóríð frásogast fljótt út í blóðið eftir inntöku, með T_{max} u.þ.b. 1-3 klukkustundum eftir inntöku. Meðalgildi C_{max} var u.þ.b. 494 ng/ml eftir 180 mg skammt einu sinni á dag. Fexófenadín er 60-70% bundið plasmapróteinum. Umbrot fexófenadíns er hverfandi (í lifur eða utan lifrar), en það var eina efnið sem fannst í þvagi og saur dýra og manna. Blóðþéttni fexófenadíns lækkar samkvæmt tveggja fasa ferli með helmingunartíma útskilnaðar frá 11 til 15 klukkustundum eftir endurtekna skammta. Lyfjahvörf fexófenadíns eftir einn skammt sem og eftir endurtekna skammta eru línuleg allt að 120 mg skammti tvisvar á dag, 240 mg skammtur tvisvar á dag olli aðeins meira en línulegri aukningu (8,8%) í AUC í jafnvægi, sem bendir til þess að lyfjahvörf fexófenadíns séu því sem næst línuleg við þessa skammta á milli 40 mg og 240 mg daglega. Talið er að útskilnaður sé aðallega með galli en allt að 10% af þeim skammti sem tekinn er inn skilst út óbreytt með þvagi. **Útlit:** Töflur 120 mg, ferskjulitaðar og aflangar 16 mm lengd, merktar 012. Töflur 180 mg ferskjulitaðar og aflangar, 17.6 mm lengd, merktar 018. **Pakkningastærðir og hámarksverð (1. apríl 2000):** Töflur 120 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 1.969 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 5.062 kr. Töflur 180 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 2.498 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 6.455 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E

Heimildir:
1) Day JH. Et al. Ann Allergy Asthma Immunol 1997; 79: 553-60
2) Meltzer EO. Et al. Ann Allergy Asthma Immunol 1999; 83: 311-17
3) Howarth PH. Et al. J Allergy Clin Immunol 1999; 927-33

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Ofvirkniröskun

Yfirlitsgrein

Gísli Baldursson

Ólafur Ó. Guðmundsson

Páll Magnússon

Ágrip

Ofvirkniröskun er heilkenni einkenna á sviði hreyfiofvirkni, hvatvísi og athyglisbrests sem eru í ósamræmi við aldur og þroska. Þrátt fyrir aukna þekkingu á líffræðilegum og sálfræðilegum þáttum röskunarinnar hefur ekki tekist að finna sértæka orsök. Við greiningu er nákvæm sjúkrasaga mikilvæg en einnig er stuðst við staðlaða einkennamatskvarða, sálfræðilegt mat og læknisfræðilega skoðun. Aukning í greiningu og meðferð röskunarinnar hefur verið til umræðu, bæði meðal almennings og fagfólks. Í þessari yfirlitsgrein er reynt að gera röskuninni skil á sem hagnýtastan hátt, bæði varðandi greiningu og meðferð en ekki er farið nákvæmlega í fylgiraskanir eða mismunagreiningar.

Sögulegt yfirlit

Elsta þekkta læknisfræðilega heimild um ofvirkniröskun hjá börnum er frá breska lækninum George Still sem árið 1902 lýsti hópi 43 barna. Hegðun barnanna einkenndist af of mikilli virkni, erfiðleikum í einbeitingu og vandkvæðum við að hafa viðeigandi stjórn á hegðun sinni til að laga hana að siðareglum samfélagsins (moral control of behaviour). Still lýsti því einnig að drengir væru mun fleiri en stúlkur í hópi ofvirku barnanna og hann áleit að í sumum tilvikum stafaði fyrirbærið af heilaskaða á fósturskeiði eða eftir fæðingu, en í öðrum tilfellum væri líklegast um að ræða erfðabundna tilhneigingu til hömlulítillar hegðunar (1).

Áhugi Bandaríkjamanna á ofvirkniröskun er rakinn til heilabólgufaraldurs sem geisaði í landinu á árunum 1917-1918. Í fari margra þeirra barna sem lifðu af komu fram einkenni í hegðun og hugsun sem virtist mega rekja til sjúkdómsins. Einkum var lýst einbeitingarskorti og eirðarleysi, skertri stjórn virkni og hvata, og truflunum á vitsmunasviðinu, ekki síst í minni. Út frá athugunum á þessum börnum mótaðist hugmyndin um heilaskaðaða barnið sem síðan endurspeglaðist á sjötta og sjöunda áratugi aldarinnar í hugtökunum vægur heilaskaði og væg truflun á heilastarfi (Minimal Brain Damage, Minimal Brain Dysfunction, MBD). Einkenni þessarar röskunar á heilastarfi voru talin margvísleg, bæði í hegðun sem og í vitsmunum og á tilfinningasviðinu. Eins og í fyrri lýsingum fól röskunin í sér einbeitingarerfiðleika, ofvirkni og hvatvísi, en einnig námserfiðleika, slaka samhæfingu hreyfinga, árásargirni og miklar sveiflur í tilfinningalífi.

Frá göngudeild barna- og unglingageðdeildar Landspítalans. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ólafur Ó. Guðmundsson, göngudeild barna- og unglingageðdeildar Landspítala Dalbraut 12, 105 Reykjavík. Sími: 560 2500. Netfang: olafurog@rsp.is

Lykilorð: *of irkniröskun, athyglisbrestur, yfirlit.*

ENGLISH SUMMARY

Hyperkinetic disorder. A review

Baldursson G, Guðmundsson ÓÓ, Magnússon P

Læknablaðið 2000; 86: xx-yy

Attention-deficit/hyperactivity disorder or hyperkinetic disorder is a clinically defined syndrome characterised by age inappropriate deficits in sustained attention, impulsivity and overactivity. Despite extensive investigation, a specific neuroanatomical, physiological, biochemical, or psychological origin has not been identified. Diagnosis is based on detailed medical and developmental history, symptom rating scales, psychological assessment and medical evaluation. Increases in diagnosis and treatment of the disorder have elicited public and professional concern. The main focus in this article is on this disorder in children and adolescents and includes practical information on assessment and treatment. Other disorders, which may be either comorbid with or mistaken for hyperkinetic disorder, are reviewed in less detail.

Keywords: *hyperkinetic disorder, attention deficit hyperactivity disorder, review.*

Undir lok sjötta áratugarins urðu þær gagnrýniraddir æ háværari sem töldu MBD hugtakið of vítt og ósérhæft og gagnrýndu jafnframt að greindur væri heilaskaði þó sjaldnast væri unnt að sýna fram á það með beinum athugunum á miðtaugakerfi. Á sama tíma beindist athyglin í ríkara mæli að hreyfiofvirkni barnanna (2) og fram kom hugtakið *Hyperactive child syndrome*. Annan mikilvægan áfanga í þróun þekkingarinnar má telja rannsóknir Virginia Douglas við McGill háskólann í Kanada á fyrri hluta áttunda áratugarins (1) sem vörpuðu ljósi á mikilvægi athyglisbrests (attention deficit) meðal einkenna ofvirku barnanna.

Um 1980 má segja að í meginatriðum sé mótaður sá skilningur á ofvirkni sem enn er ríkjandi í dag, sem er að heilkennið samanstandi af þremur meginflokkum einkenna, það er einkennum athyglisbrests, hreyfiofvirkni og hvatvísi. Í þriðju útgáfu DSM greiningarkerfisins (3) er fyrirbærinu valið heitið athyglisbrestur með ofvirkni (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD). Rannsóknir seinustu ára hafa reyndar rennt stoðum undir þá hugmynd að réttara sé að líta svo á að um sé að ræða tvo einkennaflokka, einkenni athyglisbrests og einkenni hreyfiofvirkni/

Table I. *Practical approach for evaluating children with a presumed diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder or hyperkinetic disorder.*

Assess Medical and Family History	• Explore history of potential brain injury • Identify syndromes: Fragile X, Williams, fetal alcohol • Explore family history of ADHD, learning disabilities • Ask about parents reading ability
Qualify and Quantify Behavior	• Behavior related more to inattention and impulsiveness than noncompliance • Driven quality to behavior • Behaviors have persisted over time • Behaviors occur in multible settings
Assess Cognitive Skills	• History of language delay • Documented learning disability • Assess grades and academic performance • Identify split or scatter on psychological testing • Assess reading and phonetic analysis
Assess Motor Skills	• History of hypotonia in infancy • Survey general motor coordination • Assess athletic ability • Assess handwriting

* Adopted from The Pediatrics Clinics of North America 1999 (19).

hvatvísi. Ýmsir fræðimenn á sviðinu hafa leitt líkum að því að rannsóknir muni sýna fram á að athyglisbrestur sé sérstök röskun, aðskilin frá hreyfiofvirkni/hvatvísi (1).

Greining

Sjúkdómsgreining á ofvirkniröskun byggist á nákvæmri sjúkrasögu, en hegðunarmatskvarðar og taugasálfræðileg próf gegna einnig mikilvægu hlutverki (4). Tafla I sýnir helstu atriðin í greiningarvinnu vegna barns sem er grunað um ofvirkniröskun. Megineinkennin eru á sviði athyglisbrests, hvatvísi og hreyfiofvirkni. Einkennin koma fram við mismunandi aðstæður, svo sem heima og í skóla.

Talsverður munur var áður á greiningarskilmerkjum ofvirkniröskunar samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) sem gefur út ICD-10 (5) greiningarkerfið og bandarísku geðlæknasamtökunum (APA) sem gefa út DSM-IV kerfið (6). Síðustu útgáfurnar eru þó líkari en áður var. Samkvæmt ICD-10 þurfa einkenni að vera fyrir hendi á öllum þessum sviðum til að greind sé ofvirkniröskun (hyperkinetic disorder). Samsvarandi greiningarflokkur í DSM-IV er ADHD Combined Type, en auk þessa aðalgreiningarflokks gerir DSM-IV kerfið ráð fyrir tveimur undirflokkum; annars vegar flokki þar sem einkenni athyglisbrests eru ráðandi og hins vegar flokki þar sem einkenni hreyfiofvirkni/hvatvísi eru ráðandi. Bæði kerfin leggja áherslu á að áreiðanlegar upplýsingar komi fram um að hamlandi einkenni séu til staðar við að minnsta kosti tvennar aðstæður og að einkenni séu komin fram fyrir sjö ára aldur. Í ICD-10 er forgangsröðun þannig að kvíðaraskanir, lyndisraskanir og gagntækar þroskaraskanir útiloka ofvirkniröskun, en í DSM-IV kerfinu er gert ráð fyrir að þessar fylgiraskanir geti verið fyrir hendi jafnframt athyglisbresti með eða án hreyfiofvirkni. Algengitölur eru því mismunandi eftir því við hvaða greiningarskilmerki er miðað (7). Tafla II sýnir greiningarskilmerki samkvæmt DSM-IV greiningarkerfinu.

Sérstök greiningarviðtöl eru víða notuð til greiningar (4). Við göngudeild barna- og unglingageðdeildar Landspítala Dalbraut er viðtal tekið við foreldra barnsins. Viðtalið byggir á greiningarskilmerkjum DSM-IV og er hannað af Barkley og félögum við University of Massachusetts Medical Center (8). Af hálfu ofvirkniteymis hafa verið gerðar breytingar á viðtalinu, sniðnar að ICD-10 greiningarkerfinu. Helstu hegðunarmatskvarðar sem notaðir eru við greiningu á ofvirkniröskun hér á landi eru *Ofvirknikvarðinn* (9), kvarðinn *Hegðun á heimili* (10) og *Spurningalisti yfir atferli barna og unglinga á aldrinum 4-16 ára* (11). Að hluta eru til íslenskar viðmiðunartölur fyrir kvarðana (12), en þar sem þær skortir hefur verið stuðst við erlend normalgildi. Taugasálfræðileg próf eru gagnleg við að meta ýmis frávik í taugaþroska sem oft eru fylgifiskar ofvirkniröskunar (13,14).

Á Norðurlöndum hefur hugtakið DAMP (deficits of attention, motor control and perception) verið áberandi í umfjöllun um börn með ofvirkniröskun og á Íslandi hefur hugtakið misþroski stundum verið notað sem samheiti þessa hugtaks. Samkvæmt rannsóknum C. Gillberg prófessors í Gautaborg er veruleg skörun milli DAMP og athyglisbrests með ofvirkni (15). Öll börn sem greinast með DAMP hafa miðlungs eða alvarleg einkenni athyglisbrests og helmingur þeirra fullnægir greiningarskilmerkjum ofvirkniröskunar. Börn með DAMP hafa að auki röskun í samhæfingu hreyfinga sem í meginatriðum samsvarar því sem í ICD-10 er skilgreint sem sértæk samhæfingarröskun (specific developmental coordination disorder).

Flöktandi einbeiting, mikil virkni og hvatvísi eru oft til staðar hjá börnum á leikskólaaldri og greining ofvirkniröskunar því oft erfið (16). Í framskyggnri rannsókn Palfrey og félaga var niðurstaðan að grunur um ofvirkniröskun væri einungis fyrir hendi hjá 3% barna undir 14 mánaða aldri. Á milli 14 og 29 mánaða aldurs var niðurstaðan hins vegar 13% (17). Í þroskasögu kemur oft fram að mæður lýsa því að á meðgöngu hafi ofvirka barnið sparkað óvenjumikið og hreyft sig. Um þriggja til fjögurra ára aldurinn eru hreyfiofvirkni/hvatvísieinkennin orðin nokkuð skýr í því formi sem þeim er lýst í greiningarskilmerkjum. Athyglisbrestseinkennin virðast koma fram heldur seinna eða um fimm til sjö ára aldurinn (18).

Mikilvægt er að greining á ofvirkniröskun sé aldrei sett á grunni meðferðarsvörunar einnar því lyfjameðferð getur einnig haft áhrif á einbeitingu hjá börnum sem ekki greinast með ofvirkniröskun (19).

Algengi

Rannsóknir á algengi ofvirkniröskunar, sem eingöngu byggjast á tíðni einkenna sem metin eru með einkennamatskvörðum, hafa venjulega sýnt tiltölulega háar tölur um algengi (20-22). Íslensk athugun á algengi með þessari aðferð sýnir þó lægri tölur eða 5,8% samkvæmt mati kennara og 4,7% samkvæmt mati foreldra sex og átta ára barna í Reykjavík (12). Tiltölulega háar algengitölur úr rannsóknum af þessu tagi stafa af því að einungis er miðað við fjölda einkenna, en ekki önnur greiningarskilyrði svo sem byrjunaraldur eða skerta aðlögun vegna einkennanna.

Í rannsóknum sem byggjast á greiningarviðtölum og ítarlegri matsaðferðum og taka tillit til allra skilmerkja greiningarkerfanna eru niðurstöður á tvo vegu. Bandarískar rannsóknir sem byggjast á DSM-IV sýna algengitölur á bilinu 3-5% meðal barna á grunnskólaaldri (4). Rannsóknir sem miða við skilmerki ICD-10 sýna hins vegar algengi á bilinu 1-2% (23).

Þó að ofvirkniröskun komi fyrir í öllum stéttum hafa vissar rannsóknir sýnt fram á áhrif félagslegra þátta í algengi ofvirkniröskunar. Hins vegar hafa þessar sömu rannsóknir sýnt að sé tekið tillit til fylgiraskana, eins og hegðunarröskunar, hverfur þessi munur. Ástæðan er að hegðunarröskun er algengari í hópum sem eiga við félagslega erfiðleika að stríða og þeim börnum því oftar vísað til meðferðar (24,25).

Ofvirkniröskun er algengari meðal drengja og er meðaltal faraldsfræðilegra rannsókna 3,4:1 (24,25). Þó er talið að þessi munur fari minnkandi með hækkandi aldri vegna þess að hreyfiofvirkni- og hvatvísieinkenni ásamt hegðunartruflunum eru meira áberandi meðal yngri drengja en stúlkna (23).

Orsakir

Arfgengi er mjög mikilvægur þáttur í meingerð ofvirkni en það hefur endurtekið komið fram í tvíbura-, ættleiðingar- og fjölskyldurannsóknum. Algengi ofvirkniröskunar meðal fyrstu gráðu ættingja hefur sýnt sig vera fimm- til sexföld og mun hærri meðal eineggja en tvíeggja tvíbura (26,27). Á síðari árum hafa sameindarannsóknir einkum beinst að breytileika í genum fyrir dópamín- DRD-4 viðtakann og dópamínflutningsprótínið (DAT1) (28,29). Auk þess sem ofvirkniröskun er algengari hjá einstaklingum með breytileika í DRD-4 viðtakageninu virðast einkenni þeirra meiri.

Á undanförnum áratugum hafa komið fram margar kenningar um líffræðilega orsakaþætti ofvirkniröskunar. Talið hefur verið að skemmd í *basal ganglia* heilans leiddi til taugalífefnafræðilegra frávika sem hefðu áhrif á dópamínframleiðslu í taugaendum (30). Á síðari árum hefur ennfremur verið sýnt fram á afbrigðilega virkni á *frontal* og *fronto-striatal* svæðum heilans bæði með taugagreiningu og taugasálfræðilegum aðferðum (31-33). Með myndgreiningu sem bæði tekur til útlits og starfsemi kemur fram mismunur milli einstaklinga með ofvirkniröskun og viðmiðunarhóps (32,33). Einnig hefur verið sýnt fram á við segulómun að stærð *corpus callosum* og *caudatus* er hlutfallslega minni en í viðmiðunarhópi (34,35).

Truflun í starfsemi katekólamína er talin meginorsök í meingerð ofvirkni (32). Hefur meginathyglin beinst að dópamíni en ljóst er að noradrenalín sem myndast frá dópamíni kemur einnig inn í þetta ferli. Lyfjameðferð beinist því að þessum boðefnum (36,37).

Table II. *DSM-IV criteria for ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).*

A Either (1) or (2):

1 six (or more) of the following symptoms of **inattention** have persisted for at least six months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Inattention

a often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or other activities
b often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities
c often does not seem to listen when spoken to directly
d often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not due to oppositional behavior or failure to understand instructions)
e often has difficulties organizing tasks and activities
f often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (such as school work or homework)
g often loses things necessary for tasks or activities (e.g., toys, school assignments, pencils, books, or tools)
h is often easily distracted by extraneous stimuli
i is often forgetful in daily activities

2 six (or more) of the following symtoms of **hyperactivity-impulsivity** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Hyperactivity

a often fidgets with hands or feet or squirms in seat
b often leaves seat in classroom or in other situation in which remaining seated is expected
c often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents or adults, may be limited to subjective feelings of restlessness)
d often has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly
e is often „on the go" or often acts as if „driven by a motor"
f often talks excessivly

Impulsivity

a often blurts out answers before the questions have been completed
b often has difficulty awaiting turn
c often interrupts or intrudes on others (e.g, butts into conversations or games)

B Some hyperactive-impulsive or inattentive symtoms that caused impairment were present before age of 7 years.

C Some impairment from the symtoms is present in two or more settings (e.g, at school or work and at home

D There must be clear evidence of clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning.

E The symtoms do not occur exclusively during course of Pervasive Developmental disorder, Schizophrenia, or other Psychotic Disorder, and are not better accounted for by another mental disorder (e.g., Mood disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, and Personality Disorder).

* Adopted from American Psychiatric Association 1994 (6).

Meðferð

Af meðferðaraðferðum í ofvirkni hefur lyfjameðferð lengst verið stunduð á markvissan máta og byggir á ítarlegustum rannsóknaniðurstöðum, en rannsóknir á áhrifum örvandi lyfja á ofvirknieinkenni hófust á árunum 1937-1941 (1).

Örvandi lyf eru í dag algengasta lyfjagerðin í meðferð ofvirkni. Þetta eru adrenhermandi lyf sem líkjast katekólamímum. Hér á landi eru í dag tvö slík lyf skráð. Ritalin eða metýlfenýdat er langmest notað. Áhrif þess koma fram innan 30 mínútna með hámarki eftir eina til þrjár klukkustundir og eru yfirleitt ekki merkjanleg eftir fimm klukkustundir (36). Lyfið hefur áhrif á ofvirknieinkennin, bæði á sviði athyglisbrests og hreyfiofvirkni/hvatvísi (36). Amfetamín er mun sjaldnar notað. Rannsóknir hafa endurtekið staðfest áhrif þessara lyfja en hjá allt að 30% barnanna hafa þau ekki tilætluð áhrif (38).

Aukaverkanir koma fram hjá 4-6% barnanna. Algengast er svefnleysi, lystarleysi, kviðverkir, höfuðverkur og pirringur (36,38). Umdeildari eru vaxtarseinkunaráhrif (39), tilkoma kækja (40) og versnun hegðunar (symtom rebound) þegar lyfin fara úr líkamanum (41). Niðurstöður nýrri rannsókna hafa sýnt að lyfin hafa ekki áhrif á endanlegan beinvöxt (36). Þar sem um amfetamínskyld lyf er að ræða má ætla að misnotkunarhætta sé til staðar (42). Rannsóknir hafa hins vegar endurtekið sýnt að séu þessi lyf notuð í læknisfræðilegum skömmtum við meðferð ofvirkniröskunar leiða þau ekki til ávana eða misnotkunar heldur þvert á móti geti þau dregið úr vímuefnamisnotkun á unglingsárum (43-45) .

Lyfjameðferð getur verið nauðsynleg hjá börnum á leikskólaaldri en mjög ung börn, sérstaklega undir þriggja ára aldri, virðast næmari fyrir aukaverkunum örvandi lyfja og því ber að gæta sérstakrar varúðar (16,46).

Næstalgengasti lyfjaflokkur í meðhöndlun ofvirkni eru þríhringlaga þunglyndislyf (47). Fjöldi rannsókna hefur sýnt fram á virkni þessara lyfja (36). Helstu aukaverkanirnar eru munnþurrkur, hægðatregða, hraður hjartsláttur, svefntruflanir og þyngdarbreyting. Talsverð umræða hefur verið vegna skyndidauða hjá nokkrum börnum sem fengu desipramín (48,49) en tilfellin eru hins vegar mjög fá og seinni rannsóknir hafa dregið þátt lyfjanna í dauðsföllunum í efa (50).

Mónóamínoxíðasa hemjarar hafa einnig verið notaðir. Notkun þeirra hefur hins vegar verið takmörkuð vegna alvarlegra aukaverkana. Þessi lyfjaflokkur er minna rannsakaður, en sýnt hefur verið fram á áhrif þessara lyfja í nokkrum rannsóknum (51,52). Sérhæfðari mónóamínoxiðasa hemjarar hafa mun minni aukaverkanir og þolast yfirleitt vel. Algengustu aukaverkanirnar eru meltingarfæraeinkenni og höfuðverkur. Hér á landi er móklóbemíð skráð.

Klónidín sem er alfa-adrenergur agónisti hefur einnig verkun við ofvirkni (53). Ef lyfið er einungis gefið í lágum skömmtum eru áhrif þess á blóðþrýsting og púls væg en þreyta er hins vegar algeng. Gæta verður að hætta ekki gjöf lyfsins skyndilega (54,55). Venlafaxín er lyf sem bæði hefur serótónín- og noradrenerga verkun. Lyfið er ekki mikið rannsakað í meðferð ofvirkniröskunar en nokkrar rannsóknir hafa sýnt marktæka verkun (56,57).

Geðrofslyf hafa væg áhrif á hegðunareinkenni en ekki á aðra þætti ofvirkniröskunar. Aukaverkanir, sérstaklega hætta á langtímafylgikvillum, hefur takmarkað notkun þeirra (58). Önnur lyf sem hafa verið notuð en eru ekki á markaði á Íslandi eru gúanfacín og búprópríon. Ekki hefur verið sýnt fram á að þunglyndislyf sem hindra endurupptöku á serótóníni (SSRI lyf) hafi áhrif í meðferð ofvirkniröskunar (58).

Samsett lyfjameðferð hefur orðið æ algengari í meðferð ofvirkniröskunar (59). Ýmsar ástæður liggja því til grundvallar, til dæmis ef ekki næst nægur árangur með einu lyfi eða til staðar er fylgiröskun sem þarfnast annars konar lyfjameðferðar. Vegna þess hve helmingunartími metýlfenýdats er stuttur getur stundum gagnast að gefa lyf með lengri helmingunartíma samhliða (54).

Margar tilraunir hafa verið gerðar til að hafa áhrif á ofvirknieinkenni með breyttu mataræði, svo sem fæði án litar- og rotvarnarefna og sykurs. Einnig hafa verið reyndir háir skammtar af vítamínum, steinefnum svo og ýmis svokölluð fæðubótarefni. Ekki liggja fyrir rannsóknir sem sýna fram á áhrif breytts mataræðis á einkenni ofvirkniröskunar (60).

Hvað varðar sálfélagslega (psychosocial) meðferð á ofvirkni byggja aðferðir atferlismótunar mest á rannsóknum á meðferðarárangri (14,61,62). Stutt meðferð af þessu tagi breytir ekki atferli ofvirkra barna til langframa, heldur þarf að breyta uppeldisumhverfi barnsins þannig að uppeldisaðferðir byggist til lengri tíma á aðferðum atferlismótunar (8). Þetta er gert meðal annars með því að halda svokölluð þjálfunarnámskeið fyrir foreldra þar sem foreldrum er kennt að beita viðeigandi uppeldisaðferðum, meðal annars umbunarkerfum. Kennarar þurfa á sama hátt að fá ráðgjöf og fræðslu um atferlismótunaraðferðir sem beita má í skólastofum (62). Jafnframt er talið mikilvægt að foreldrar, kennarar og eftir atvikum barnið sjálft, fái fræðslu um athyglisbrest með ofvirkni, einkenni, orsakir, horfur og meðferðaraðferðir (14).

Ýmis önnur meðferðarúrræði hafa verið reynd, svo sem hugræn meðferð og félagshæfniþjálfun, en rannsóknir hafa ekki sýnt fram á árangur þessara aðferða þótt þær virðist geta gert nokkurt gagn ef þær eru notaðar samhliða öflugri atferlismótun (60). Rannsóknir benda ekki til þess að hefðbundin samtalsmeðferð eða leikmeðferð hafi áhrif á einkenni ofvirkniröskunar (60).

Fylgiraskanir

Geðrænar fylgiraskanir eru mjög algengar meðal barna með ofvirkniröskun. Í veigamikilli faraldsfræðilegri rannsókn Szatmari og félaga reyndust 44% með eina geðræna fylgiröskun, 32% tvær og 11% þrjár (24). Hafa rannsóknir frá Massachusetts General Hospital sýnt algengi lyndisraskana (affective disorder) vera 20-36% og 27-30% greinast með kvíðaraskanir (63-65). Börn með ofvirkniröskun eiga oft við veruleg hegðunarvandkvæði að etja. Í niðurstöðum rannsókna hefur komið fram að 54-67% uppfylla greiningarskilmerki mótþróaþrjóskuröskunar (oppositional defiant disorder) og 20-56% barna og 44-50% unglinga greiningarskilmerki alvarlegrar hegðunarröskunar (66,67).

Meðalgreindarvísitala í hópum barna með ofvirkniröskun fellur innan sviðs meðalgreindar en er heldur lægri en hópa sem ekki eiga við ofvirkniröskun að stríða (16). Þó að námserfiðleikar séu algengir meðal barna með ofvirkniröskun eru niðurstöður rannsókna nokkuð mismunandi eða frá 10-92% (68,69) sem að hluta til skýrist af mismunandi greiningarskilmerkjum.

Ofvirkni hjá fullorðnum

Rannsóknir síðustu ára sýna að allt að 50-80% barna með ofvirkniröskun eiga enn við hamlandi einkenni að stríða á fullorðinsárum (70,45). Einkennamyndin breytist þannig að hreyfiofvirknin minnkar en önnur frávik eru hins vegar oft viðvarandi, til dæmis skipulagserfiðleikar, dagdraumar, gleymni, óstundvísi og einbeitingarerfiðleikar (71). Fjölmörg greiningartæki hafa verið þróuð til að auðvelda greiningu ofvirkniröskunar hjá fullorðnum en margt getur torveldað greiningarferlið. Til dæmis er erfiðleikum bundið að fá áreiðanlega sögu um einkenni í barnæsku hjá fullorðnum einstaklingi. Aðrir geðsjúkdómar sem oft eru samfara ofvirkniröskun gera mismunagreiningu einnig erfiða. Í grundvallaratriðum byggir þó greining ofvirkniröskunar hjá fullorðnum á sömu atriðum og hjá börnum. Þannig er nauðsynlegt að taka nákvæma sjúkrasögu og styðjast við staðlaða einkennamatskvarða. Sálfræðipróf eru ekki nauðsynleg en geta verið gagnleg með sama hætti og hjá börnum.

Lyfjameðferð við ofvirkniröskun hjá fullorðnum er mun minna rannsökuð en hjá börnum og árangur ekki fyllilega sambærilegur. Einungis fáar samanburðarrannsóknir á verkun örvandi lyfja hjá fullorðnum með ofvirkniröskun hafa verið gerðar (72). Í þessum rannsóknum er meðferðarsvörun mun breytilegri en hjá börnum eða frá 25-78%. Önnur ofvirkniröskunarlyf hafa enn minna verið rannsökuð, þó fyrst og fremst noradrenerg þunglyndislyf en einnig þar er meðferðarárangur mjög breytilegur (72). Nauðsynlegt er því að taka mið af þeirri staðreynd að rannsóknir á árangri lyfjameðferðar fullorðinna eru mun skemmra á veg komnar en hjá börnum.

Framvinda og horfur

Svo sem áður er getið koma einkenni ofvirkniröskunar fram fyrir sjö ára aldur. Um 8-10 ára aldur fer oft heldur að draga úr hreyfiofvirkni en síður úr athyglisbrestseinkennum. Þessi minnkun einkenna er þó ekki meiri en svo að á unglingsárum hafa 70-80% enn einkenni í þeim mæli að þau séu hamlandi og í ósamræmi við aldur og þroska (70). Cantwell álíktar í yfirlitsgrein að greina megi þrjá hópa einstaklinga með ofvirkniröskun sem fylgt hefur verið með rannsóknum fram á fullorðinsár. Þrjátíu af hundraði eru einkennalausir eða hafa ekki einkenni að því marki að valdi marktækri hömlun. Fjörutíu af hundraði hafa ofvirkniröskunareinkenni sem valda nokkurri starfrænni hömlun og eiga að auki við að etja nokkra erfiðleika í félagslegri og tilfinningalegri aðlögun. Í þriðja hópnum, sem telur 30%, eru einstaklingar sem hafa enn alvarlegri einkenni athyglisbrests með ofvirkni og jafnframt alvarlegar fylgiraskanir, svo sem áfengis- og fíkniefnamisnotkun og andfélagslega persónuleikaröskun (73). Ofvirkniröskun er þó ekki ein og sér talin áhættuþáttur gagnvart áfengis- og fíkniefnamisnotkun en aukin tíðni fylgiraskana, einkum hegðunarröskunar veldur því að þessi börn eru í aukinni hættu (74). Ný langsniðsrannsókn bendir til að á þrítugsaldri greinist 22% úr ofvirkum hópi með andfélagslega persónuleikaröskun, 28% með alvarlega geðlægð og 14% með jaðarpersónuleikaröskun (60).

Erfitt er að segja fyrir um forspárgildi einstakra þátta gagnvart langtímahorfum. Fjöldi einkenna, vitsmunaþroski og fylgiraskanir skipta máli. Geðrænir sjúkdómar hjá foreldrum og þjóðfélagsleg staða virðast einnig hafa áhrif. Enginn einn þáttur sker sig þó úr heldur virðist um samspil bæði líffræðilegra þátta og umhverfisþátta að ræða. Enn skortir langsniðsrannsóknir til að sýna fram á meðferðarárangur til lengri tíma. Þó sýnir nýleg rannsókn Gillbergs og félaga sem fylgdu hópi barna eftir í yfir eitt ár betri árangur Ritalins en lyfleysu (75).

Nýlega hafa verið að birtast niðurstöður nýrrar umfangsmikillar langsniðsrannsóknar frá N-Ameríku þar sem meðal annars er borinn saman árangur lyfjameðferðar og atferlismeðferðar þegar þeim er beitt einum sér og samtímis á 14 mánaða tímabili hjá sjö til níu ára börnum með ofvirkniröskun. Sýna þær betri árangur lyfjameðferðar en atferlismeðferðar en þegar til dæmis kvíðaraskanir og fjölskylduerfiðleikar bætast við er árangur bestur þegar bæði meðferðarformin eru notuð saman. Fyrir börn með ofvirkniröskun án hliðarkvilla getur lyfjameðferð því verið nægjanleg en atferlismeðferð gefur lakari en ásættanlegan árangur fyrir þá sem ekki vilja lyf (76). Niðurstöður þessarar rannsóknar sem meðal annars voru kynntar á norrænni ráðstefnu um ofvirkni hér á landi síðastliðið haust hafa vakið mikla athygli. Slíkar rannsóknir eiga að vega þungt við skipulagningu á þjónustu við börn með ofvirkniröskun og fjölskyldur þeirra.

Heimildir

1. Barkley RA. History. In: Barkley RA, ed. Attention Deficit/ Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford; 1998: 3-40.
2. Chess S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. J Med 1960; 60: 2379-85.
3. American Psychiatric Associat. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
4. Barkley RA. Primary symptoms, diagnostic criteria, prevalence and gender differences. In: Barkley RA, ed. Attention Deficit/ Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford; 1998: 56-96.
5. World Health Organization. The International Classification of Diseases, 10th revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
7. Tripp G, Luk SL, Schaughency EA, Singh R. Dsm-iv and icd-10: a comparison of the correlates of adhd and hyperkinetic disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 156-64.
8. Barkley RA. Defiant children. A clinician's manual for assessment and parent training. New York: Guilford Press; 1997.
9. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopolous AD, Reid R. ADHD Rating Scale-IV. Checklists, norms and clinical interpretation. New York: Guilford Press; 1998.
10. Barkley RA, Edelbrock C. Assessing situational variation in children´s problem behaviours: The Home and School Situations Questionnaires. In: Prinz RJ, ed. Advances in Behavioural Assessment of Children and Families. Greenwich, CT: JAI Press Inc; 1987: 157-67.
11. Achenbach T. Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, & TRF Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
12. Magnússon P, Smári J, Grétarsdóttir H, Þrándardóttir H. Attention-deficit/hyperactivity symptoms in icelandic school children: assessment with the attention deficit/hyperactivity rating scale-iv. Scand J Psychol 1999; 40: 301-6.
13. Gordon M, Barkley RA. Tests and observational mesures. In: Barkley RA, ed. Attention Deficit/Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford; 1998: 294-311.
14. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American academy of child and adolescent psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 85S-121S.
15. Landgren M, Kjellman B, Gillberg C. Attention deficit disorder with developmental coordination disorders. Arch Dis Child 1998; 79: 207-12.
16. Blackman JA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in preschoolers. Does it exist and should we treat it? Pediatr Clin North Am 1999; 46: 1011-25.
17. Palfrey JS, Levine MD, Walker DK, Sullivan M. The emergence of attention deficits in early childhood: A prospective study. J Dev Behav Pediatr 1985; 6: 339-48.
18. Barkley RA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: Mash EJ, Barkley RA, eds. Child Psychopathology. New York: Guilford; 1996: 63-112.
19. Morgan AM. Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in the office. Pediatr Clin North Am 1999; 46: 871-84.
20. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 629-38.
21. Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1036-45.
22. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 319-24.
23. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998; 351: 429-33.
24. Szatmari P, Offord DR, Boyle MH. Ontario child health study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. J Child Psychol Psychiatry 1989; 30: 219-30.
25. Barkley RA. Etiologies. In: Barkley RA, ed. Attention Deficit/Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford; 1998: 164-85.
26. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and pediatrically referred samples. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 728-38.
27. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Toward guidelines for pedigree selection in genetic studies of attention deficit hyperactivity disorder. Genet Epidemiol 2000; 18: 1-16.
28. Swanson JM, Sunohara GA, Kennedy JL, Regino R, Fineberg E, Wigal T, et al. Association of the dopamine receptor d4 (drd4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (adhd): a family-based approach. Mol Psychiatry 1998; 3: 38-41.
29. Smalley SL, Bailey JN, Palmer CG, Cantwell DP, McGough JJ, Del'Homme MA, et al. Evidence that the dopamine d4 receptor is a susceptibility gene in attention deficit hyperactivity disorder [see comments]. Mol Psychiatry 1998; 3: 427-30.
30. Lou HC. Etiology and pathogenesis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): significance of prematurity and perinatal hypoxic-haemodynamic encephalopathy. Acta Paediatr 1996; 85: 1266-71.
31. Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P, Marsh WL, Vaituzis AC, Kaysen D, et al. Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 1994; 151: 1791-6.
32. Zametkin AJ, Liotta W. The neurobiology of attention-deficit/ hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry 1998; 59/Suppl 7: 17-23.
33. Semrud-Clikeman M. Evidence from imaging on the relationship between brain structure and developmental language disorders. Semin Pediatr Neurol 1997; 4: 117-24.
34. Giedd JN, Castellanos FX, Casey BJ, Kozuch P, King AC, Hamburger SD, et al. Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder [see comments]. Am J Psychiatry 1994; 151: 665-9.
35. Hynd GW, Semrud-Clikeman M, Lorys AR, Novey ES, Eliopulos D, Lyytinen H. Corpus callosum morphology in attention deficit-hyperactivity disorder: morphometric analysis of mri. J Learn Disabil 1991; 24: 141-6.
36. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donnell D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 409-32.
37. Cyr M, Brown CS. Current drug therapy recommendations for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. Drugs 1998; 56: 215-23.
38. Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K. Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. Pediatrics 1990; 86: 184-92.
39. Safer D, Allen R, Barr E. Depression of growth in hyperactive children on stimulant drugs. N Engl J Med 1972; 287: 217-20.
40. Lowe TL, Cohen DJ, Detlor J, Kremenitzer MW, Shaywitz BA. Stimulant medications precipitate Tourette's syndrome. JAMA 1982; 247: 1729-31.
41. Johnston C, Pelham WE, Hoza J, Sturges J. Psychostimulant rebound in attention deficit disordered boys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 806-10.
42. Llana ME, Crismon ML. Methylphenidate: increased abuse or appropriate use? J Am Pharm Assoc (Wash) 1999; 39: 526-30.
43. Loney J, Kramer J, Milich RS. The hyperactive child grows up: predictors of symtoms, delinquency and achievement at follow-up. In: Gadow KD, Loney J, eds. Psychosocial Aspects of Drug Treatment for Hyperactivity. Boulder, CO: Westview Press; 1981: 381-416.
44. Hechtman L. Adolescent outcome of hyperactive children treated with stimulants in childhood: a review. Psychopharmacol Bull 1985; 21: 178-91.
45. Weiss G, Hectman L. Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents and adults. 2nd ed. New York: Guilford; 1993.
46. Musten LM, Firestone P, Pisterman S, Bennett S, Mercer J. Effects of methylphenidate on preschool children with adhd: cognitive and behavioral functions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1407-15.
47. Daly JM, Wilens T. The use of tricyclic antidepressants in children and adolescents. Pediatr Clin North Am 1998; 45: 1123-35.
48. Riddle MA, Geller B, Ryan N. Another sudden death in a child treated with desipramine [see comments]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 792-7.
49. Geller B, Reising D, Leonard HL, Riddle MA, Walsh BT. Critical review of tricyclic antidepressant use in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 513-6.

Fungoral®
ketókónazól

Áhrifaríkt lyf
við flösu, flösueksemi og litbrigðamyglu!



Mild ilmefnalaus sápa á húð og hár

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

Fungoral Janssen-Cilag
SÁPA; D 01 A C 08 **UE**
1 ml inniheldur: Ketoconazolum INN 20 mg, Natrii laurylaethersulfas, Dinatrii monolaurylaethersulfosuccinas, Kókoshnetufitusýrudíetanólamín, Laurdimonoium hýdrólýserað dýracollagen, Macrogolum 120 metýlglúkósudíóleat, Imidurea, Acidum hydrochloricum, Natrii hydroxium, Natrii chloridum, litarefni, Aqua purificata ad 1 ml.
Eiginleikar: Sveppalyf af ímídazól-flokki. Er virkt gegn flestum candida stofnum auk ýmissa annarra sveppa-tegunda, þar með talið húðsveppa eins og Tricophyton, Epidermophyton, Microsporum og pityriasis versicolor. Áhrif á flösuexem eru talin stafa af áhrifum á pityrosporum ovale við staðbundna meðferð. Lyfið frásogast ekki, jafnvel eftir langtímanotkun ketókónazóls.
Ábendingar: Sýkingar í húð þar sem gersveppurinn pityrosporum ovale er til staðar, eins og litbrigðamygla (pityriasis versicolor), flasa með bólgu í hársverði (seborrhoeic dermatitis) og almenn flasa.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins.
Varúð: Forðist að sápan berist í augu. Ef það gerist á að skola augun vandlega með vatni.
Aukaverkanir:
Algengar (>1%): *Húð:* Staðbundin erting. Þurr stökk hár. Lítils háttar hárlos.
Sjaldgæfar (<0,1%): *Húð:* Upplitun hárs. Snertiofnæmi.
Einstaka sinnum hefur verið greint frá upplitun á hári, aðallega gráu, lituðu og permanent hári.
Ofskömmtun:
Sápa: Ef sápan er tekin inn fyrir slysni skal veita stuðningsmeðferð. Til að forðast að sápan berist í lungu (aspiration) skal hvorki framkalla uppsölu né gera magaskolun.
Notkun (bæði hjá fullorðnum og börnum):
Sápa: Þvoið hárið með sápunni og látið hana liggja á í 3-5 mín. áður en skolað er.
Litbrigðamygla (Tinea veriscolor): Sápan notist daglega í mest 5 daga.
Flasa með bólgu í hársverði og almenn flasa: Sápan notist tvisvar sinnum í viku í 2-4 vikur og síðan eftir þörfum. Til þess að koma í veg fyrir að einkenni versni aftur eftir langtíma meðferð með útvortis sterum er mælt með því að vægur steri sé notaður að morgni og Fungoral sápa að kvöldi og draga síðan úr sterameðferðinni smám saman á 2-3 vikum.
Pakkningar og verð 1. apríl 2000:
Sápa 20 mg/g: 60 ml kr. 1.260; 120 ml kr. 2.361.

Heimilt er að selja takmarkað magn lyfsins í formi sápu í lausasölu, ef hlítt er gildandi fyrirmælum þar að lútandi, sbr. ákvæði í viðauka 4 við reglugerð nr. 421/1988 um gerð lyfseðla og ávísun lyfja, afgreiðslu þeirra og merkingu.

60 ml fást án lyfseðils í apótekum

Þarft þú skjóta og öfluga verkun gegn frjóofnæmi?

Livostin®

(levókabastín)

Augndropar og nefúði

Staðbundin meðferð við ofnæmisbólgum í nefi og augum.

Fæst nú án lyfseðils

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

Livostin (Janssen-Cilag,) ; NEFÚÐALYF (50 míkróg/skammt) ; R 01 A C 02 AUGNDROPAR (0.5 mg7ml) ; S 01 G X 02 U E

Eiginleikar: Levókabastín er histamínblokkari (H1-blokkari) með sérhæfa, kröftuga og langa verkun. Verkun lyfsins byrjar innan 15 mínútna og stendur í margar klukkustundir.

Ábendingar: Ofnæmisbólgur í nefi og augum.

Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins.

Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið veldur fósturskemmdum í dýratilraunum og ætti því ekki að nota á meðgöngutíma. Lyfið skilst út í móðurmjólk, en áhrif á barnið eru ólíkleg við venjulega skömmtun.

Aukaverkanir: Tímabundin erting í nefi strax eftir gjöf lyfsins er algeng (um 5% sjúklinga). Tímabundin erting í augum, strax eftir gjöf lyfsins er algeng (um 16% sjúklinga). Þreyta kemur fyrir. Ofnæmi hefur í einstaka tilvikum komið fram.

Milliverkanir: Engar þekktar.

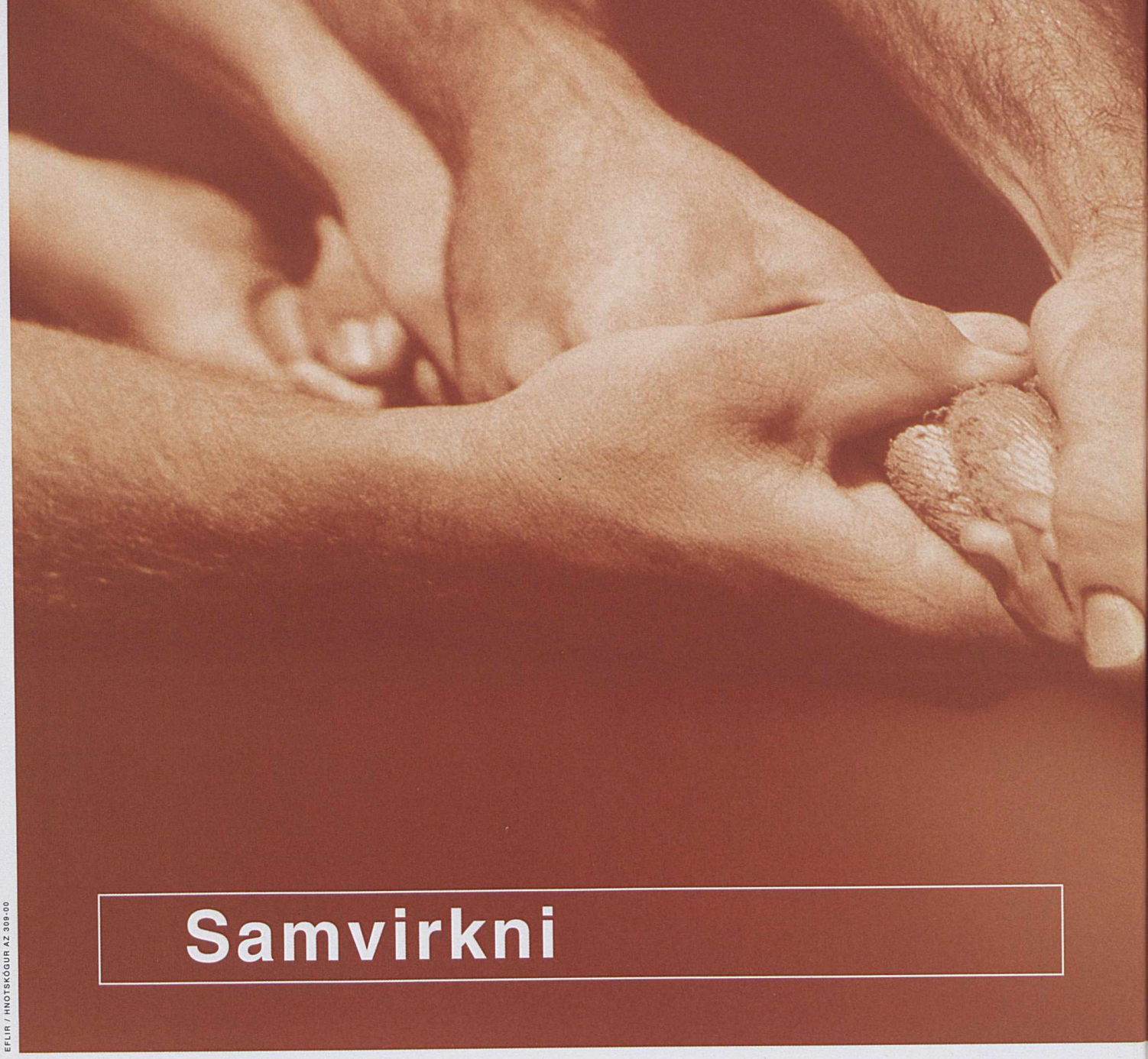
Varúð: Varúðar skal gæta hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Lyfið (nefúði) getur, hjá vissum sjúklingum skert viðbragðsflýti og þar með hæfileikann að stjórna vélum og ökutækjum.

Skammtastærðir handa fullorðnum: Nefúði: Venjulegir skammtar eru 2 úðaskammtar í hvora nös tvisvar á dag. Hver úðaskammtur inniheldur nálægt 50 míkróg af levókabastíni. Halda má meðferð áfram eins lengi og þörf krefur. Sjúklingurinn á að snýta sér vel áður en lyfinu er úðað, með höfuð í uppréttri stöðu, og anda skal inn gegnum nefið á meðan. Augndropar: Venjulegir skammtar eru 1 dropi í hvort auga tvisvar á dag. Náist ekki tilætlaður árangur má auka skammta í 1 dropa í hvort auga fjórum sinnum á dag. Hver dropi inniheldur u.þ.b. 15 míkróg af levókabastíni.

Skammtastærðir handa börnum: Venjulegir skammtar handa börnum eru þeir sömu og handa fullorðnum.

Pakkningar og verð 1.4.2000: 150 skammta nefúðastaukur (15 ml) - 2.126 kr; (15 mlx2) - 3.218 kr, augndropar (4 ml) - 1.499 kr.

50. Biederman J, Thisted RA, Greenhill LL, Ryan ND. Estimation of the association between desipramine and the risk for sudden death in 5- to 14-year-old children. J Clin Psychiatry 1995; 56: 87-93.
51. Jankovic J. Deprenyl in attention deficit associated with Tourette's syndrome. Arch Neurol 1993; 50: 286-8.
52. Zametkin A, Rapoport JL, Murphy DL, Linnoila M, Karoum F, Potter WZ, et al. Treatment of hyperactive children with monoamine oxidase inhibitors. II. Plasma and urinary monoamine findings after treatment. Arch Gen Psychiatry 1985; 42: 969-73.
53. Hunt RD, Minderaa RB, Cohen DJ. Clonidine benefits children with attention deficit disorder and hyperactivity: report of a double-blind placebo-crossover therapeutic trial. J Am Acad Child Psychiatry 1985; 24: 617-29.
54. Silver LB. Alternative (nonstimulant) medications in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. Pediatr Clin North Am 1999; 46: 965-75.
55. Connor DF, Fletcher KE, Swanson JM. A meta-analysis of clonidine for symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 1551-9.
56. Olvera RL, Pliszka SR, Luh J. Tatum R. An open trial of venlafaxine in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;6: 241-50.
57. Pleak RR, Gormly LJ. Effects of venlafaxine treatment for adhd in a child [letter]. Am J Psychiatry 1995;152: 1099.
58. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2000; 9: 77-97.
59. Wilens TE, Spencer T, Biederman J, Wozniak J, Connor D. Combined pharmacotherapy: an emerging trend in pediatric psychopharmacology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 110-2.
60. Barkley RA. Developmental course, adult outcome, and clinic-referred adhd adults. In: Barkley RA, ed. Attention Deficit/Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford; 1998: 186-224.
61. Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. J Abnorm Child Psychol 1993; 21: 581-96.
62. Pelham Jr WE, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol 1998; 27: 190-205.
63. Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 361-8.
64. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. Am J Psychiatry 1991; 148: 564-77.
65. Munir K, Biederman J, Knee D. Psychiatric comorbidity in patients with attention deficit disorder: a controlled study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987; 26: 844-8.
66. Barkley RA, DuPaul GJ, McMurray MB. Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. J Consult Clin Psychol 1990; 58: 775-89.
67. Barkley RA, Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1204-10.
68. Silver LB. The relationship between learning disabilities, hyperactivity, distractibility, and behavioral problems: a clinical analysis. J Am Acad Child Psychiatry 1981; 20: 385-97.
69. Halperin JM, Gittelman R, Klein DF, Rudel RG. Reading-disabled hyperactive children: a distinct subgroup of attention deficit disorder with hyperactivity? J Abnorm Child Psychol 1984; 12: 1-14.
70. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 546-57.
71. Hart EL, Lahey BB, Loeber R, Applegate B, Frick PJ. Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. J Abnorm Child Psychol 1995; 23: 729-49.
72. Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. Pharmacotherapy Of Adult ADHD. In: Barkley RA, ed. Attention Deficit/Hyperactivity disorder. A handbook for diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Guilford 1998: 552-63.
73. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 978-87.
74. Biederman J, Wilens T, Mick E, Faraone SV, Weber W, Curtis S, et al. Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 21-9.
75. Gillberg C, Melander H, von Knorring AL, Janols LO, Thernlund G, Hagglof B, et al. Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1997; 54: 857-64.
76. The MTA cooperative group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal treatment study of children with adhd. Arch Gen Psychiatry 1999; 56: 1097-9.

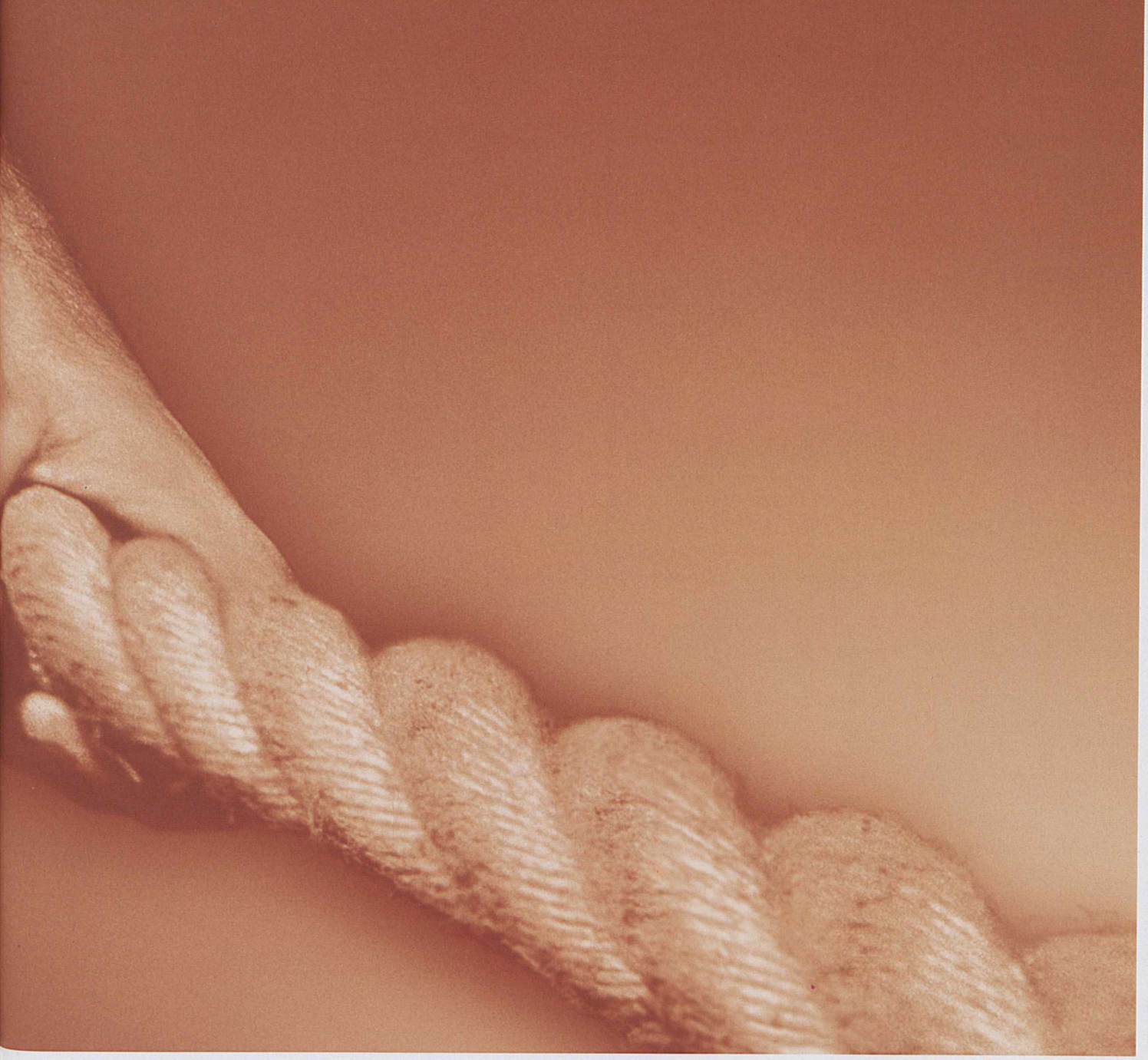


Samvirkni

Hlutverk AstraZeneca er að stuðla að bættri heilsu og líðan landsmanna og auka þannig lífsgæði í samfélaginu. Til að þetta ætlunarverk gangi eftir þurfa margir að koma að málum. Árangurinn fer eftir samstarfi heildarinnar.

AstraZeneca starfar náið með íslenskum heilbrigðisstéttum. Þær hafa reynst dugandi samherjar sem í krafti kunnáttu sinnar mynda víðtæka þjónustukeðju í landinu. Líkt og keðjan verður aldrei sterkari en einstakir hlekkir hennar, stendur heilbrigðisþjónusta á Íslandi með þeim sem að málum koma. Reynslan sýnir að þessi keðja er sterk. Með samruna Astra og Zeneca á síðasta ári, varð til eitt af öflugustu lyfjafyrirtækjum heims, AstraZeneca. Styrkur sameiningarinnar er táknrænt

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 309-00



fólginn í framtaki einstaklingsins. Hann birtist ekki síst í því að sýn okkar verður víðari og gleggri ef við njótum sjónarmiða og þekkingar fleiri. Við erum frumkvöðlar að framþróun og mikilvægustu samlegðaráhrifin koma fram í auknum krafti okkar til rannsóknar- og þróunarstarfs.

Árangursríkt vísindasamstarf AstraZeneca við íslenskar heilbrigðisstéttir hefur vakið athygli að undanförnu. Ljóst er að þessi þátttaka Íslendinga í fjölþjóðlegum rannsóknum skilar íslensku samfélagi ávinningi í formi fjármagns, atvinnu, þekkingar og ekki síst betri heilsu og betra lífi í framtíðinni.

AstraZeneca

annt um líf og líðan

Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Hörgatúni 2, 210 Garðabæ • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • Fax pantanamóttöku 565 5628 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is

Heilsutengd lífsgæði sjúklinga fyrir og eftir meðferð

Tómas Helgason[1]

Júlíus K. Björnsson[2]

Kristinn Tómasson[3]

Erla Grétarsdóttir[4]

Halldór Jónsson jr.[5]

Tómas Zoëga[4]

Þórður Harðarson[6]

Guðmundur Vikar Einarsson[7]

Ágrip

Tilgangur: Heilsutengd lífsgæði (HL) hafa í vaxandi mæli verið notuð til að meta þörf fyrir læknismeðferð, árangur hennar og gæði umönnunar. Tilgangur rannsóknarinnar var að bera saman heilsutengd lífsgæði nokkurra sjúklingahópa fyrir og eftir meðferð með HL-prófinu og athuga frekar réttmæti þess og getu til að mæla breytingar á líðan fólks.

Efniviður og aðferðir: Sjúklingar sem biðu hjartaþræðingar, aðgerða á bæklunar- eða þvagfæraskurðdeild, voru í meðferð á göngudeild geðdeildar eða voru að byrja í meðferð vegna áfengissýki, samtals 1195 sjúklingar, voru beðnir að svara HL-prófinu. Þremur mánuðum eftir meðferð voru þeir beðnir að svara prófinu aftur. Niðurstöður prófanna voru staðlaðar samkvæmt viðmiðum eftir kyni og aldri svo að hægt væri að sjá beint hvernig þær viku frá því sem almennt gerist.

Niðurstöður: Heildarsvörun var 75% í hvorri umferð. Allir sjúklingarnir voru með skert lífsgæði á öllum þáttum prófsins miðað við jafnaldra þeirra, hjarta- og þvagfærasjúklingar minna en bæklunar- og geðsjúklingar. Skerðingin var sérkennandi fyrir hvern hóp, sérstaklega aðgreindust bæklunar- og geðsjúklingarnir greinilega hvor frá öðrum og frá hinum. Eftir meðferð bötnuðu lífsgæðin eða einhverjir þættir þeirra hjá öllum hópunum, mest þeir sem höfðu verið lakastir fyrir.

Ályktanir: Með rannsóknum á heilsutengdum lífsgæðum er unnt að afla frekari þekkingar sem nýtist við skipulagningu og framkvæmd heilbrigðisþjónustu. HL-prófið er einfalt tæki til slíkra rannsókna, réttmætt og áreiðanlegt.

ENGLISH SUMMARY

Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Grétarsdóttir E, Jónsson H jr., Zoëga T, Harðarson Þ, Einarsson GV

Health-related quality of life of patients before and after treatment

Læknablaðið 2000; 86: xx-yy

Objective: Health-related quality of life (HRQL) is increasingly used to estimate needs for medical treatment, to evaluate its outcome and quality of care. The aim of this study was to compare the HRQL of several diagnostic groups before and after treatment with the HL-test (HL = IQL, Icelandic Quality of Life test) and to study its validity for measuring changes in quality of life.

Material and methods: Patients on waiting lists for coronary catheterization, orthopedic or urologic operations, patients in psychiatric out-patient treatment and patients entering treatment for alcohol dependence were asked to fill in the HL-test, a total of 1195 patients. Three months after treatment they were retested. The results of tests were standarized with population norms available to make them directly comparable with those of the general population.

Results: The response rate was 75% in each round. The HRQL of all patients was reduced in all aspects compared to that of the general population, that of the heart and urology patients less so than that of the orthopedic and psychiatric patients. Each group had a specific profile, especially marked for the orthopedic and psychiatric patients. Following treatment the HRQL or some aspects of it improved in all groups, especially for those which it had been most impaired.

Conclusions: Studies of HRQL provide information useful for planning and delivery of health services. The HL-test is an instrument with good validity and reliability which is easy to use for such studies.

Key words: *HL-test, patients, quality of life, treatment, outcome.*

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

Inngangur

Hefðbundið hlutverk læknisins er að lækna, líkna og lina þjáningar. Á seinni tímum hefur vaxandi áhersla verið lögð á heilsuverndarhlutverk læknisins, forvarnir á ýmsum stigum og endurhæfingu. Jafnframt hefur verið lögð síaukin áhersla á árangursmat og gæðaeftirlit. Árangursmatið er hægt að framkvæma með ýmsum stikum heilbrigðisfræðinnar. Árangurinn er þegar best lætur fólginn í lækningu, algerum bata, en mjög oft verður að sætta sig við eitthvað minna, sérstaklega að því er varðar langvinna sjúkdóma, sem mest eru áberandi nú á tímum, svo sem ýmsa geðsjúkdóma, hjarta- og æðasjúkdóma, krabbamein, gigt og hrörnunarsjúkdóma. Aðalmarkmið heilbrigðisþjónustu fyrir slíka sjúklinga er að ná eins mikilli virkni og vellíðan og hægt er. Mælingar á virkni og vellíðan geta spáð fyrir um kostnað vegna heilbrigðisþjónustu og dauða. Marga þessa sjúkdóma er hægt að ráða verulega við með nútíma aðferðum, þó að þeir verði ekki læknaðir. Slíkt er hægt að mæla líffræðilega sem lengingu lífs, breytingu á starfsgetu, en mestu máli skiptir líðan sjúklingsins og lífsfylling, að hann njóti viðunandi lífs eftir meðferð, það er að heilsutengd lífsgæði hans aukist eftir meðferðina.

Frá [1]Ríkisspítölum, stjórnunarsviði, [2]Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála, [3]Vinnueftirliti ríkisins, atvinnusjúkdómadeild, [4]geðdeild, [5]bæklunarskurðdeild, [6]lyflækningadeild og [7]þvagfæraskurðdeild Landspítalans. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Tómas Helgason, Stigahlíð 75, 105 Reykjavík. Netfang: tomashe@isholf.is

Lykilorð: *HL-prófið, sjúklingar, lífsgæði, meðferð, árangur.*

Mat á þeim bætir upp aðrar mælingar á bata. Heilsutengd lífsgæði hafa í vaxandi mæli verið notuð til að meta gagn og árangur meðferðar og til að meta gæði umönnunar. Án upplýsinga um áhrif meðferðar á heilsutengd lífsgæði geta hvorki læknir né sjúklingur valið meðferð af þekkingu. Sjúklingarnir gera kröfu til að þeim líði betur og/eða að þeir lifi lengur. Markmið heilbrigðisþjónustunnar ættu því að vera: heilsuvernd, lækningar, endurhæfing og bætt heilsutengd lífsgæði, það er að bæta árum við lífið og gæða árin lífi.

Á undanförnum árum hefur farið fram mikil umræða um kostnað við heilbrigðisþjónustu, biðlista og forgangsröðun og hefur sitt sýnst hverjum. Á bæklunarskurð-, hjarta-, og þvagfæraskurðdeildum hafa verið langir biðlistar og vilji til að stytta þá, en gengið hægar en skyldi. Reynt hefur verið að draga úr kostnaði við meðferð áfengis- og annarra geðsjúklinga og lögð hefur verið áhersla á dag– og göngudeildarþjónustu. Þó að menn hafi vitað um örkuml bæklunarsjúklinganna, hugsanlega lífshættu hjartasjúklinganna og mikil óþægindi þvagfærasjúklinganna hefur vantað vitneskju um líðan sjúklingahópanna svo að hægt væri að bera þá saman. Allt hefur þetta verið án þess að menn vissu raunverulega, hversu mikil áhrif sjúkdómarnir hefðu á lífsgæði sjúklinganna.

Fyrir tæpum tveimur árum kynntum við mælitæki, HL-prófið, sem gert er fyrir íslenskar aðstæður og er bæði réttmætt og áreiðanlegt. Prófið er samsett úr 32 spurningum, 22 eru með þremur til sex gefnum svarmöguleikum, en sjónskalar fylgja 10 spurningum. Það aðgreindi þá veikari frá þeim minna veiku og fötluðum. Einstakir þættir prófsins aðgreindu sjúklingahópana hvern frá öðrum og mikil fylgni var milli heilsufars- og félagslegra þátta prófsins og milli heilsufars og vellíðunar. Heilsufarsþættir prófsins eru: heilsufar, depurð, þrek, kvíði, verkir, líkamleg heilsa, einbeiting og svefn. Félagslegu þættirnir eru: samskipti, fjárhagur, sjálfsstjórn og líðan. Nú hefur mælitækið verið staðlað á slembiúrtaki fólks yfir tvítugt svo að hægt er að bera heilsutengd lífsgæði einstakra sjúklinga saman við það sem almennt gerist. Almenn mælitæki eins og HL-prófið hafa reynst gagnleg til að fylgjast með framgangi og bata sjúklinga með langvinna sjúkdóma. Þau eru talin hafa ýmsa kosti fram yfir mælitæki sem eru sérstaklega gerð fyrir ákveðna sjúkdóma. Þau sýna hvað skiptir sjúklingana mestu og eru gagnleg fyrir sjúklinga með marga sjúkdóma og til að bera saman sjúklingahópa með mismunandi sjúkdóma.

Tilgangur með þeirri rannsókn sem hér verður kynnt var að athuga heilsutengd lífsgæði: 1. Sjúklinga sem biðu eftir að komast í aðgerð og hvernig þau breyttust eftir aðgerð eða á næstu sex mánuðum án aðgerðar. 2. Áfengissjúklinga, sem voru að koma í meðferð og breytingar á lífsgæðum þeirra eftir eitt ár. 3. Sjúklinga sem voru í göngudeildarmeðferð á geðdeild Landspítalans og hvort lífsgæði þeirra bötnuðu á næstu þremur til fjórum mánuðum. 4. Athugun á réttmæti HL-prófsins samanborið við niðurstöður þess hjá fólki almennt og næmi þess fyrir breytingum. 5. Loks var ætlunin að bera saman lífsgæði mismunandi sjúklingahópa og athuga sérstaklega þá þætti þeirra sem tengjast áberandi sjúkdómseinkennum hjá ákveðnum sjúklingum, einkum geðsjúklingum og bæklunarsjúklingum.

Sjúklingar og rannsóknaraðferð

Að fengnu samþykki siðanefndar Landspítalans var leitað til fimm sjúklingahópa og þeir beðnir að svara spurningum HL-prófsins. Þetta voru sjúklingar, sem biðu eftir hjartaþræðingu, aðgerð á bæklunarskurðdeild eða þvagfæraskurðdeild, auk vímuefnasjúklinga og annarra geðsjúklinga eins og að ofan greinir. Vímuefnasjúklingarnir voru ekki látnir svara spurningalistanum fyrr en bráðaeinkenni fráhvarfs voru horfin. Þeir sem ekki fóru í aðgerð voru beðnir að svara spurningalistunum á ný eftir sex mánuði til þess að rannsaka hvort heilsutengd lífsgæði þeirra hefðu versnað á biðtímanum. Annars voru þeir, sem svöruðu spurningunum, beðnir um að svara þeim aftur eftir þrjá til fjóra mánuði eða þremur til fjórum mánuðum eftir aðgerð. Þó var ekki leitað til vímuefnasjúklinganna fyrr en ári eftir að þeir komu í meðferð. Samtals var óskað þátttöku 1195 sjúklinga. Ef svar hafði ekki borist var tvívegis sent ítrekunarbréf eftir eina til tvær vikur og loks hringt til sjúklinganna og þeim boðin aðstoð, sérstaklega í seinni umferðinni. Svörin voru kóðuð, slegin inn í SPSS gagnaskrá, fundnar staðaleinkunnir samkvæmt viðmiðunartöflum eftir kyni og aldri (8), þannig að einkunnir eru sambærilegar við það sem gerist hjá fólki almennt á sama aldri og af sama kyni, en meðaleinkunn (T-einkunn) þess er 50 með staðalfrávikinu 10. Meðaleinkunn hópa almennings hefur 95% vikmörk sem eru mjög þröng (±0,5) það bendir til að geta prófsins til að greina á milli hópa með mismunandi lífsgæði sé góð. Einkunnir undir 50 benda til skertra lífsgæða. Við samanburð milli tveggja sjúklingahópa á einstökum þáttum og lífsgæðum í heild var notað óparað t-próf, en við samanburð fyrir og eftir meðferð var notað parað t-próf án leiðréttingar fyrir fjölda samanburða þar eð líta má sjálfstætt á hvern þátt. Við samanburð á fleiri hópum var beitt dreifigreiningu (ANOVA). Marktækni mismunar á milli hópa eða breytinga eftir meðferð er sýnd með ** fyrir $p<0,01$ og * fyrir $p<0,05$.

Niðurstöður

Svör bárust frá 75% hópsins í fyrstu umferð (tafla I). Svarshlutfallið var hæst hjá vímuefnasjúklingunum, enda voru þeir í meðferð inni á deild, en lægst hjá geðsjúklingum á göngudeild. Í seinni umferð svöruðu 75% þeirra sem svarað höfðu áður, heldur fleiri

Tafla I. *Fjöldi á biðlistum eða í meðferð* og svörun í hundraðshlutum.*

	Fjöldi	Svörun (%)
Bæklunarsjúklingar	304	(87,2)
Hjartasjúklingar	109	(89,0)
Þvagfærasjúklingar	109	(71,6)
Áfengissjúklingar á dagdeild*	227	(97,8)
Aðrir geðsjúklingar á göngudeild*	446	(52,7)
Samtals	**1195**	**(75,1)**

Tafla II. *Fjöldi sem hefur verið í meðferð og svörun eftir þrjá til fjóra mánuði, fjöldi sem bíður enn eftir sex mánuði og svörun í hundraðshlutum.*

	Meðferð /fjöldi	Svörun (%) eftir 3-4 mán.	Bíða enn /fjöldi	Svörun (%) eftir 6 mán.
Bæklunarsjúklingar	92	(83,7)	171	(73,7)
Hjartasjúklingar	79	(87,3)	17	(76,5)
Þvagfærasjúklingar	18	(83,3)	60	(66,7)
Áfengissjúklingar	222	(63,1*)		
Aðrir geðsjúklingar	233	(82,4)		
Samtals	**644**	**(76,6)**	**248**	**(72,2)**

*Svörun eftir eitt ár

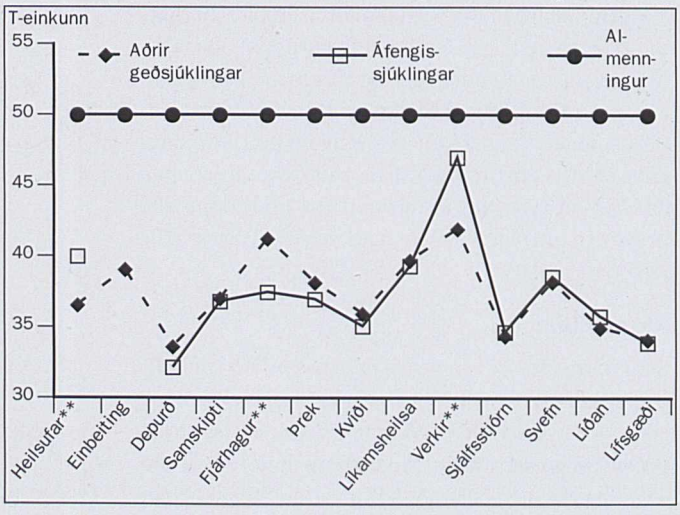
Tafla III. *Meðalaldur svarenda, staðalfrávik og hundraðshluti kvenna.*

	Aldur	Staðalfrávik	Konur %
Bæklunarsjúklingar	52,9	18,4	57,5
Hjartasjúklingar	64,3	8,7	26,8
Þvagfærasjúklingar	65,0	13,8	28,2
Áfengissjúklingar	37,9	14,9	43,6
Aðrir geðsjúklingar	39,8	13,9	63,7

hjartasjúklingar sem farið höfðu í aðgerð, en tiltölulega fæstir vímuefnasjúklingar (tafla II).

Meðalaldur sjúklingahópanna var mjög mismunandi, lægstur hjá vímuefnasjúklingunum og öðrum geðsjúklingum, en hæstur hjá hjarta- og þvagfærasjúklingunum. Einnig var kynjaskipting hópanna mismunandi, flestar konur voru meðal geðsjúklinga á göngudeild og bæklunarsjúklinga, en fæstar meðal hjarta- og þvagfærasjúklinga (tafla III). Meðalaldur sjúklinga sem höfðu farið í meðferð og svöruðu í seinni umferð var svipaður og hjá þeim sem svöruðu í fyrri umferð. Eins og sjá má af staðalfráviki meðalaldurs var aldursdreifing hjartasjúklinganna minnst. Meira en helmingur bæklunar- og þvagfærasjúklinganna beið enn eftir aðgerð sex mánuðum eftir að fyrri rannsóknin var gerð.

Á mynd 1 sést að lífsgæði vímuefnasjúklinga og annarra geðsjúklinga voru verulega skert í heild og á öllum þáttum, nema verkjum hjá vímuefnasjúklingunum. Hjá síðastnefnda hópnum vantar þáttinn einbeitingu vegna þess að í þá útgáfu prófsins, sem var lagt fyrir hann, vantaði þær spurningar. Lífsgæði hinna hópanna (mynd 2) voru minna skert nema hjá bæklunarsjúklingunum þar sem lífsgæðin í heild og þátturinn heilsufar voru lítið betri en hjá geðsjúklingunum. Eins og vænta mátti voru einbeiting, depurð, kvíði og stjórn á eigin lífi þeir þættir sem mest voru skertir hjá geðsjúklingunum. Þeir voru einnig verulega skertir hjá bæklunarsjúklingunum, sem voru langverst haldnir hvað varðar líkamsheilsu og verki.



Mynd 1. *Heilsutengd lífsgæði áfengis- og annarra geðsjúklinga voru verulega skert miðað við það sem gerist hjá almenningi. Heilsufar og verkir voru marktækt (**p<0,01) lakari hjá öðrum geðsjúklingum, en fjárhagur hjá áfengissjúklingum.*

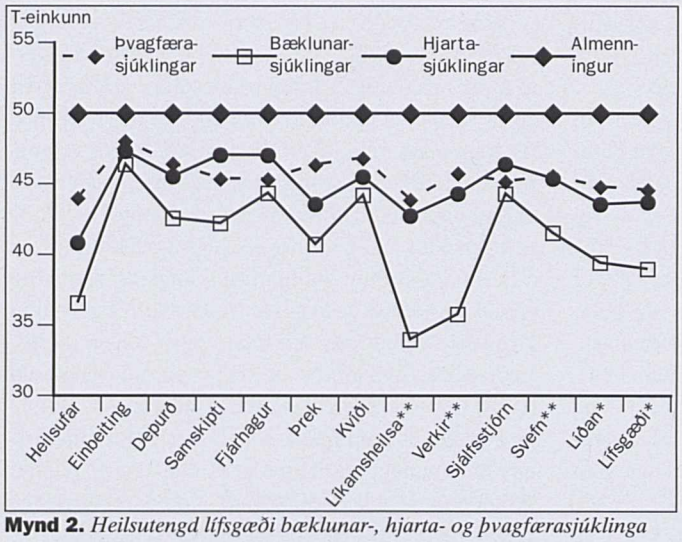
Myndir 3-7 sýna hvaða breytingar urðu á ýmsum þáttum heilsutengdra lífsgæða eftir meðferð. Lífsgæði sjúklinga sem voru lökust fyrir bötnuðu mest eftir meðferð, það er áfengissjúklinga (mynd 3), annarra geðsjúklinga (mynd 4) og bæklunarsjúklinga (mynd 5). Hjá áfengissjúklingunum bötnuðu allir þættir nema verkir, sem ekki voru verulegir fyrir meðferðina. Hjá öðrum geðsjúklingum bötnuðu allir þættir nema fjárhagur. Allir þættir bötnuðu hjá bæklunarsjúklingunum nema einbeiting, sem var lítið skert fyrir, en mest bötnuðu þeir þættir sem varða líkamsheilsu og almenna vellíðan. Lífsgæði sjúklinga sem fóru í aðgerð á þvagfærum bötnuðu á flestum þáttum (mynd 6), en vegna þess hversu fáir sjúklingar höfðu farið í aðgerð reyndist breytingin ekki tölfræðilega marktæk nema á tveimur þáttum, almennri heilsu og vekjum, og fyrir lífsgæðin í heild. Lífsgæði hjartasjúklinganna voru best fyrir aðgerð (kransæðaútvíkkun) og breyttust minnst nema þátturinn heilsufar sem batnaði marktækt. Flestir hjartasjúklingarnir (50) fóru einungis í hjartaþræðingu. Lífsgæði þeirra breyttust lítið eftir rannsóknina nema heilsufar þeirra batnaði, en þó minna en þeirra sem gerð var kransæðavíkkun hjá (mynd 7).

Lífsgæði þeirra sem voru enn á biðlista eftir sex mánuði voru að kalla óbreytt.

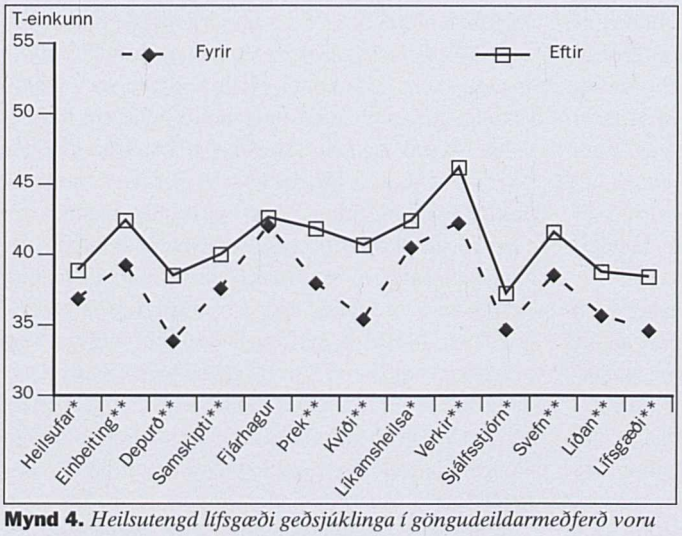
Lauslegur samanburður á lífsgæðum þeirra sem fóru í aðgerð og hinna sem enn voru á biðlistum bendir til að tekist hafi að veita þeim sem verst voru haldnir nokkurn forgang, þó að það hafi ekki verið yfirlýst markmið þeirra sem sjá um innköllun sjúklinga.

Umræða

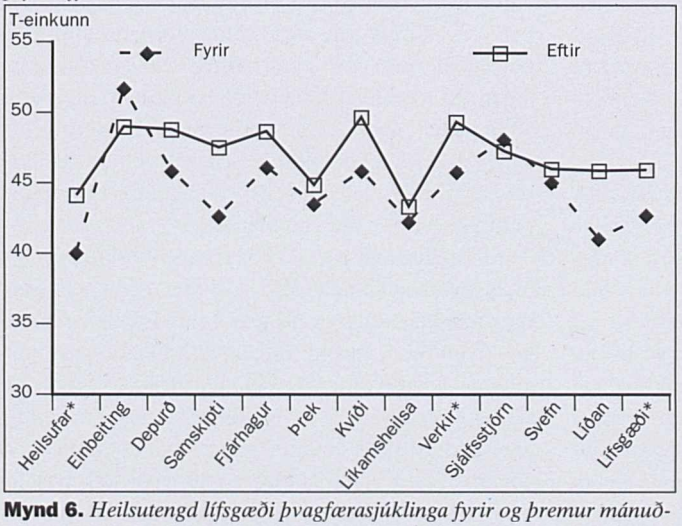
Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að þegar tekið hefur verið tillit til kyns og aldurs voru heilsutengd lífsgæði allra sjúklinganna mun lakari en almennt gerist. Þau bötnuðu eftir meðferð án þess þó að ná almenn-



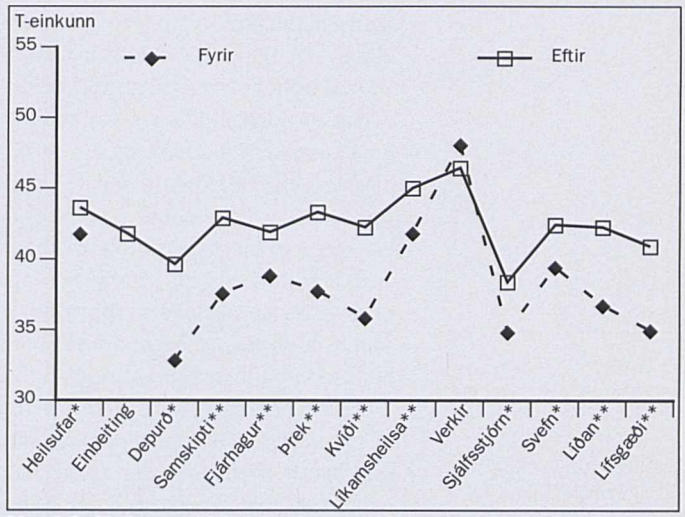
Mynd 2. *Heilsutengd lífsgæði bæklunar-, hjarta- og þvagfærasjúklinga voru skert miðað við það sem gerist hjá almenningi, marktækt meira hjá bæklunarsjúklingum en öðrum sjúklingum að því er varðar líkamsheilsu, verki, svefn (**p<0,01), líðan og í heild (*p<0,05).*



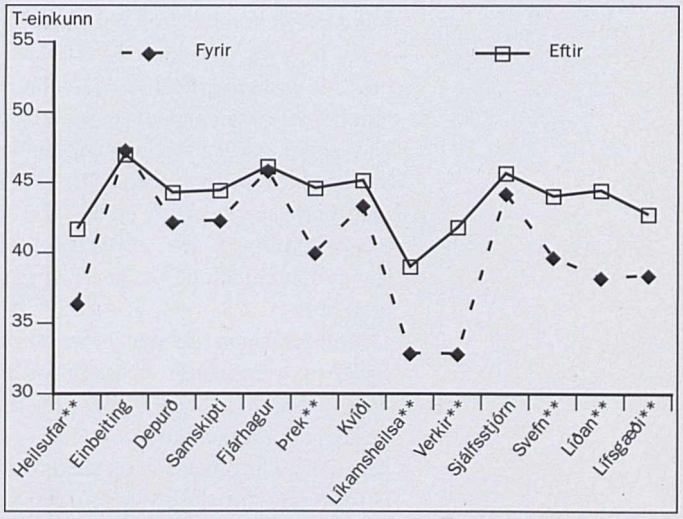
Mynd 4. *Heilsutengd lífsgæði geðsjúklinga í göngudeildarmeðferð voru marktækt betri á öllum þáttum (*p<0,05; **p<0,01) nema fjárhag eftir þrjá til fjóra mánuði.*



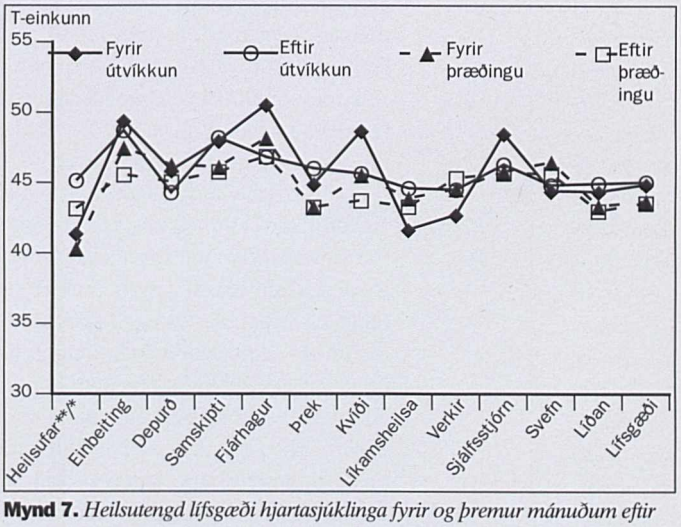
Mynd 6. *Heilsutengd lífsgæði þvagfærasjúklinga fyrir og þremur mánuðum eftir aðgerð. Marktækur munur (*p<0,05) á þáttunum heilsufar og verkir og lífsgæðum í heild.*



Mynd 3. *Heilsutengd lífsgæði áfengissjúklinga voru marktækt betri á öllum þáttum (*p<0,05; **p<0,01) nema verkjum einu ári eftir að þeir leituðu meðferðar.*



Mynd 5. *Heilsutengd lífsgæði bæklunarsjúklinga fyrir og þremur mánuðum eftir aðgerð. Marktækur munur (**p<0,01) var á þáttunum heilsufar, þrek, líkamsheilsa, verkir, svefn, líðan og á lífsgæðunum í heild.*



Mynd 7. *Heilsutengd lífsgæði hjartasjúklinga fyrir og þremur mánuðum eftir aðgerð. Marktækur munur á heilsufari þeirra 19 sem höfðu farið í kransæðaútvíkkun (**p<0,01) og þeirra 50 sem höfðu aðeins farið í þræðingu (*p<0,05).*

um viðmiðunarmörkum. Það er því verulegt áhyggjuefni hve margir þurfa að bíða lengi eftir aðgerð (tafla II) sem bætir heilsutengd lífsgæði þeirra mikið.

Kröfur fólks til lífsgæða eru misjafnar, einkum til hinna efnislegu lífsgæða, en einnig til annarra þátta lífsgæðanna. Fatlaðir og sjúklingar með langvinna sjúkdóma laga sig margir að aðstæðum og sætta sig við krappari kjör og ýmis óþægindi og meta því lífsgæði sín betri en þeir sem aðstoða þá gera. Því er erfitt að finna algildan mælikvarða annan en þann sem hver einstakur leggur á heilsutengd lífsgæði sín, enda ekki á annarra færi að segja hvernig þeim líður.

Eins og greinilega sést af línuritunum er ekki nóg að meta lífsgæði út frá heildareinkunn. Kvartanir sem benda til skertra lífsgæða vegna sjúkleika geta einnig sérkennt ákveðna sjúkdóma í mismiklum mæli og nægir að minna á kvartanir um verki, kvíða og depurð, sem allar geta verið afleiðingar mismunandi sjúkdóma, en eru einnig sérkennandi fyrir ákveðnar sjúkdómsgreiningar. Þær hafa mikil áhrif á heilsutengd lífsgæði, en vega mismikið í heildareinkunninni. Því er nauðsynlegt að skoða fleiri þætti lífsgæðanna ef bera á saman lífsgæði sjúklinga með mismunandi sjúkdóma. Ennfremur má benda á ýmsa fleiri þætti en þá, sem notaðir eru í HL- prófinu, sem skipta máli þegar verið er að meta lífsgæði sjúklinga, til dæmis kynlíf, en við gerð prófsins reyndust þeir skipta minna máli og eru því ekki með í endanlegri gerð þess.

Þótt þeir fimm sjúklingahópar sem hér hefur verið fjallað um eigi margt sameiginlegt hver um sig er nauðsynlegt að minna á að innan hvers hóps eru sjúklingar með mismunandi sjúkdóma sem hafa áhrif á lífsgæði sjúklinganna eins og þeir meta þau sjálfir. Því hefði verið ástæða til að skýra nánar frá áhrifum einstakra sjúkdómsgreininga á lífsgæði sjúklinganna og áhrifum meðferðar á þau. Hjartasjúklingarnir voru einsleitasti hópurinn hvað sjúkdómsgreiningu varðar, þeir biðu allir eftir hjartaþræðingu til frekari sjúkdómsgreiningar eða meðferðar. En með því að hér er fyrst og fremst verið að bera saman lífsgæði stórra sjúkdómaflokka til þess meðal annars að varpa ljósi á þjónustuþörfina fyrir þá, verður ekki að sinni fjallað um einstakar sjúkdómsgreiningar.

Svörun var í heild dágóð, en þó mismunandi eftir sjúkdómaflokkum og aðstæðum ýmist í upphafi eða við eftirrannsóknina. Þannig var svörun geðsjúklinga á göngudeild lökust í fyrri umferð, en áfengissjúklinga og þvagfærasjúklinga sem ekki höfðu farið í meðferð í seinni umferð. Leiða má líkum að því að þeir sem ekki svöruðu í þessum hópum hafi búið við lakara heilsufar og því bendi niðurstöður um lífsgæði þessara hópa frekar til að þau hafi mælst betri heldur en verið hefði ef allir hefðu svarað. Svörun í hinum hópunum er hins vegar það góð að líklegt verður að telja að niðurstöðurnar gefi rétta mynd af þeim svo langt sem þær ná.

Við samanburð á lífsgæðum sjúklingahópanna er nauðsynlegt að hafa í huga að sjúklingarnir hafa verið mjög mismunandi lengi veikir. Gera má ráð fyrir að því lengur sem fólk hafi verið veikt þegar mæling fer fram þeim mun lakari séu lífsgæði þeirra. Áfengissjúklingarnir og aðrir geðsjúklingar, sem voru yngstu hóparnir, hafa sennilega verið lengst veikir og getur það átt þátt í að lífsgæði þeirra mældust lökust á flestum kvörðum, en hjartasjúklingarnir sem voru næstelstir, karlmenn að miklum meirihluta, hafa sennilega verið veikir í stystan tíma og því líklegt að lífsgæði þeirra hafi mælst betri, þó að spurningarnar miðist við líðan síðustu eina til fjórar vikur.

Hversu illa haldið fólk er af langvinnum sjúkdómum er breytilegt og má því gera ráð fyrir að gangur sjúkdómanna geti valdið því að lífsgæði breytist með eða án meðferðar. Sjúklingar leita læknis þegar þeim líður verst og þeim sem mest kvarta er sennilega sinnt fyrst. Til þess að meta áhrif meðferðar er því nauðsynlegt að hafa samanburðarhóp sem ekki hefur fengið meðferð. Slíkt var hægt að gera í þessari rannsókn að því er varðaði bæklunar- og þvagfærasjúklinga þar sem í ljós kom að þeir sem enn voru á biðlistum eftir sex mánuði bjuggu við jafnslæm heilsutengd lífsgæði og áður. Hins vegar bötnuðu lífsgæði þeirra sem höfðu farið í aðgerð verulega, einkum bæklunarsjúklinganna. Hjá hjartasjúklingunum er hægt að sjá að þátturinn heilsufar batnaði ívið meira hjá þeim sem gerð var kransæðaútvíkkun hjá, heldur en hinum sem aðeins fóru í rannsókn með hjartaþræðingu. Að öðru leyti var lítill munur á lífsgæðum þessara tveggja hópa fyrir og eftir aðgerð. Sama á við um kransæðaútvíkkun og um aðgerðir á þvagfærum að vera kynni að marktækar breytingar hefðu fundist á öðrum þáttum en þegar hafa verið nefndir ef fleiri hefðu farið í aðgerð.

Samanburðarhópa vantaði fyrir vímuefnasjúklingana og aðra geðsjúklinga, enda örðugt að finna þá og siðfræðilega erfitt að réttlæta slíka rannsókn. Því verður ekki sagt með sömu vissu og um aðra hópa að lífsgæði þeirra hafi batnað vegna meðferðarinnar. Þó að meðferðinni verði ekki með vissu þakkaður sá bati sem þessir sjúklingar fengu verður að leggja áherslu á þörf þeirra fyrir aðstoð eins og hún birtist í mjög lélegum heilsutengdum lífsgæðum þeirra þegar þeir leita meðferðar.

Mislangur tími þarf að líða frá meðferð til þess að meta hvort sjúklingar hafi náð eins góðum heilsutengdum lífsgæðum og hægt er. Í sumum tilvikum eru þrír mánuðir of stuttur tími, en í öðrum kann það að vera of langur tími. Heilsutengd lífsgæði sjúklinga sem skipt hefur verið um mjaðmarliði hjá batna mjög afgerandi á fyrstu þremur til sex mánuðunum eftir aðgerð. Aðrir hafa fundið að lífsgæði þeirra sem skipt hefur verið um mjaðmar- eða hnéliði hjá eru enn betri eftir sex mánuði en þrjá, en höfðu ef til vill heldur rýrnað eftir tvö ár.

Áður hefur verið sýnt að kransæðaútvíkkun bætir heilsutengd lífsgæði sjúklinga með hjartaöng meira heldur en meðferð með lyfjum. Þrír mánuðir geta hins vegar verið of langur tími eftir kransæðaútvíkkun. Í fjölþjóðlegri rannsókn þar sem borin voru saman afdrif sjúklinga fyrsta árið eftir kransæðaútvíkkun eða opna kransæðaaðgerð kom í ljós að fleiri í fyrrnefnda hópnum þurftu á endurtekinni aðgerð að halda. Hins vegar höfðu heilsutengd lífsgæði hópanna batnað álíka mikið ári eftir aðgerð. Þvagfærasjúkdómar eru þekktir að því að draga úr heilsutengdum lífsgæðum, því meira sem sjúklingarnir eru eldri og verr haldnir. Aðgerðir vegna þvagteppu bæta lífsgæði sjúklinga verulega. Hjá eldri körlum, sem voru meirihluti þeirra sem gengust undir aðgerð, má því reikna með að lífsgæðin batni fljótt eftir aðgerð, en geti versnað aftur ef of langur tími líður þangað til þau eru mæld á ný.

Í þessari rannsókn reyndust heilsutengd lífsgæði geðsjúklinga lökust. Er það í samræmi við niðurstöður Spitzers og félaga, sem rannsökuðu heilsutengd lífsgæði sjúklinga sem leituðu heimilislækna. Þeir leiðréttu sínar niðurstöður fyrir áhrifum sem aðrir sjúkdómar sjúklinganna höfðu samtímis á þá. Það hefur ekki verið gert hér, en gera má ráð fyrir sjúklingar í öllum hópunum hafi fleiri en einn sjúkdóm sem kunna að hafa áhrif á lífsgæði þeirra. Fjölkvillar draga úr lífsgæðum meira en aðeins einn sjúkdómur. Þó að ekki verði fullyrt að breytingin til batnaðar á lífsgæðum geðsjúklinganna sé vegna meðferðar sem þeir fengu, benda ýmsar erlendar rannsóknir til að svo geti verið.

Lítill munur var á heilsutengdum lífsgæðum áfengissjúklinga og annarra geðsjúklinga, nánast enginn munur var á þáttunum depurð, samskipti, kvíði, sjálfsstjórn og vellíðan og raunar enginn munur á lífsgæðunum í heild. Meðalaldur annarra geðsjúklinga var tveimur árum hærri og meðal þeirra voru fleiri konur, en fleiri karlar voru meðal áfengissjúklinganna. Niðurstöður nýlegra erlendra rannsókna eru svipaðar, það eru einkum þættirnir sem varða geðheilsu sem skýra léleg heilsutengd lífsgæði áfengissjúklinganna sem eru því lakari sem áfengisneyslan er meiri. Mælingar á heilsutengdum lífsgæðum má nota til að mæla bata áfengissjúklinga eins og annarra sjúklinga og til að meta áhrif meðferðar ef hæfilegur hópur er til samanburðar.

HL-prófinu var yfirleitt vel tekið af sjúklingunum, svarprósenta var há, og þeim reyndist létt að svara því. Það aðgreinir vel sjúklinga, sem vitað er að þurfa meðferð, frá fólki almennt. Það aðgreinir einnig mismunandi sjúklingahópa eins og áður hefur verið sýnt, sérstaklega þá sem lengi hafa verið veikir, frá þeim sem skemur hafa fundið fyrir veikindum sínum. Prófið er næmt fyrir breytingum sem verða hjá sjúklingunum, næmara því lakari sem lífsgæðin voru fyrir meðferð.

Samkvæmt niðurstöðum okkar og fyrri rannsókna á prófinu (5,6,8) er prófið vel nothæft til rannsókna á heilsutengdum lífsgæðum Íslendinga, sjúklinga og annarra, og til að meta breytingar sem verða við meðferð. Æskilegt er að rannsaka fleiri sjúklingahópa og árangur meðferðar þeirra með prófinu. Þannig er unnt að afla ítarlegri þekkingar sem nýtist við skipulagningu og framkvæmd heilbrigðisþjónustunnar.

Þakkir

Öllum sem svöruðu spurningalistanum kunnum við bestu þakkir. Sigrún Sigurgeirsdóttir og Guðný Ísaksen aðstoðuðu við gagnasöfnun. Vísindasjóður Landspítalans og Rannsóknasjóður Háskóla Íslands styrktu rannsóknina.

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

Heimildir

1. Stewart AL, Greenfielld S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional Satus and Well-being of Patients With Chronic Conditions. JAMA 1989; 262: 907-13.
2. Croog SH, Sol L, Testa MA, Byron B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1983; 314: 1657-64.
3. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. JAMA 1995; 273: 59-65.
4. Guyatt GH, Naylor D, Juniper E, Heyland DK, Jaescke R, Cook DJ, et al. Users' Guides to the Medical Litterature. XII. How to Use Articles About Health-Related Quality of Life. JAMA 1997; 277: 1232-7.
5. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson S. Heilsutengd lífsgæði. Læknablaðið 1997; 83: 492-502.
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. Helgason T. Heilsutengd lífsgæði. Leiðrétting. Læknablaðið 1998; 84: 227.
8. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Grétarsdóttir E. Heilsutengd lífsgæði Íslendinga. Læknablaðið 2000; 86: 251-7.
9. Norusis M. SPSS base, advanced and professional guides. Chicago: SPSS Inc.; 1993.
10. Björnsson JK. Könnun á aðstæðum, umhverfi og heilsutengdum lífsgæðum gesta í Vin, athvarfi Rauða Kross Íslands fyrir geðfatlaða. Rannsóknarskýrsla unnin fyrir Rauða Kross Íslands. Reykjavík: Rauði Kross Íslands; 1995.
11. Katschnig H. How Useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. Quality of Life in Mental Disorders. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons; 1997: 3-16.
12. Towheed TE, Hochberg MC. Health-related quality of life after total hip replacement. Semin Arthritis Rheum 1996; 26: 483-91.
13. Shields RK, Enloe LJ, Leo KC. Health related quality of life in patients with total hip or knee replacement. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 572-9.
14. Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Slätis P, Paavolainen P. Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: A prospective study. Quality of Life Research 1996; 5: 56-64.
15. Strauss WE, Fortin T, Hartigan P, Folland ED, Parisi AF. A comparison of quality of life scores in patients with angina pectoris after angioplasty compared with after medical therapy. Outcomes of a randomized clinical trial. Veterans Affairs Study of Angioplasty Compared to Medical Therapy Investigators. Circulation 1995; 92:1710-9.
16. Wärborg P. Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. Eur Heart J 1999; 20: 653-8.
17. Girman CJ, Jacobsen SJ, Tsukamoto T, Richard F, Garraway WM, Sagnier PP, et al. Health-related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries. Urology 1998; 51: 428-36.

18. MacDonagh R. Quality of life and its assessment in urology. Br J Urol 1996; 78: 485-96.
19. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FVI. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 study. JAMA 1995; 274: 1511-7.
20. Xuan J, Kirchdoerfer LJ, Boyer JG, Norwood GJ. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: an analysis of clinical trial data. Clin Ther 1999; 21: 383-403.
21. Becker M, Diamond R. New Developments in Quality of Life Measurement in Schizophrenia. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. Katschnig, Heins Freeman, Hugh Sartorius, Norman. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons; 1997: 120-33.
22. Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. Am J Drug Alcohol Abuse 1988; 24: 685-94.
23. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. Alcohol Clin Exp Res 1997; 21: 899-905.

Doktorsvörn

Nýr doktor í húð- og kynsjúkdómalæknisfræði



Bolli Bjarnason HÚÐ- OG KYNSJÚKDÓMALÆKNIR varði þann 16. desember síðastliðinn doktorsritgerð sína við læknadeild Karolinska Institutet í Stokkhólmi. Ritgerðin ber heitið **Laser Doppler imaging of patch tests – a methodological and comparative study with visual assessments**. Ritgerðinni tengjast níu vísindagreinar. Leiðbeinandi Bolla var prófessor Torkel Fischer og andmælandi prófessor Chris Anderson frá Ástralíu.

Ritgerðin fjallar um húðofnæmi sem er erfitt heilsufarsvandamál sem getur meðal annars leitt til starfsskipta eða varanlegrar örorku, til skertra lífsgæða og til sálrænna vandamála. Oft má koma í veg fyrir afleiðingar húðofnæmis með skjótri greiningu ofnæmisvaka. Ofnæmisgreiningin er algengt og erfitt vandamál í húðlækningum, ekki síst vegna mikils fjölda þekktra ofnæmisvaka og skorts á þekkingu hvað prófтækni hinna ýmsu ofnæmisvaka varðar. Hluti prófтækninnar er sjónrænn aflestur prófa, en þar gætir mikils munar milli húðlækna þrátt fyrir staðlað matskerfi.

Ritgerð Bolla leggur fram heimsstaðal fyrir notkun nýrrar leysitækni til rannsókna á húðsvörunum ofnæmisframkallandi og ertandi efna. Stöðlunin byggir á yfir 100.000 tilraunamælingum utan líkama og meira en 40.000 mælingum á húðofnæmis- eða húðertissvörunum hjá sjúklingum. Í ritgerðinni eru bornar saman niðurstöður aflestra snertiprófa (patch tests) með leysitækninni og með berum augum. Í ritgerðinni eru einnig könnuð áhrif ýmissa þátta prófтækni á niðurstöður prófa og besta aðferðafræði könnuð fyrir próf með algengum ofnæmisvökum fyrir báðar aflestraraðferðirnar.

Nýjung með leysitækninni er, að unnt er að meta ofnæmi með mælingum á blóðflæði án snertingar við húð. Í ritgerðinni er sýnt fram á að unnt er að lækka prófskammt algengra ofnæmisvaka og stytta lengd prófunar með leysitækninni. Þetta eykur sértækni prófa og minnkar jafnframt líkur á að sjúklingar hljóti ofnæmi af prófunum sjálfum. Sérstök nýjung er mæling á ofnæmissvari í gegnum þunnar gegnsæjar plasthimnur og prófefni á húðinni meðan á ofnæmisprófi stendur. Í ritgerðinni er lagður grunnur að þróunarverkefni Evrópusambandsins um hátæknibúnað í læknisfræði þar sem hlutverk Bolla hefur verið beiting tækninnar við húðpróf.

Um 20 kynningar hafa farið fram á rannsóknum Bolla á fjölda ráðstefna víðsvegar um heim. Hann hefur notið styrkja frá fjölmörgum aðilum, þar á meðal Karolinska Institutet, sænska læknafélaginu, sænsku astma- og ofnæmissamtökunum og Evrópusambandinu. Hann hefur haft leyfi frá störfum á Karolinska sjúkrahúsinu til að gegna kennslu og grunnrannsóknum í húðofnæmi og krabbameini við húðdeild Háskólans í Birmingham í Alabama í Bandaríkjunum. Hann stefnir til Íslands á næsta ári.

Key words: *skin perfusion, laser Doppler perfusion imaging, laser Doppler perfusion scanning, contact dermatitis, patch test technique, test procedure, test method, test system, patch test optimization, serial dilution, dose, exposure time, application time, reading time, immunosuppression, pigmented patch test materials, edge effect, nickel, isothiazolinones, corticosteroids, budesonide, neomycin, balsam of Peru.*

Dissertation abstract

Optimal test technique for most allergens is lacking. Despite technological progress in the 20th century, patch tests are habitually still assessed visually. Morphology of definite positive patch tests is unknown, reflected by various reading scales available and false-positive tests. Visual assessments are subjective rendering questionable the reliability of test readings. Objective non-invasive assessments may be an alternative to such assessments or support them.

The unique properties of laser light to detect motion of macromolecules and progress in biomedical engineering make possible imaging and assess-

ment of superficial perfusion in arbitrary units with an instrument used in current study, the laser Doppler perfusion imager PIM 1.0 (LDPI). This study uses *in vitro* experiments with simulated patch tests to investigate various factors that may affect LDPI readings of patch tests with the goal of providing LDPI set-up models for readings of patch tests on humans. Based on LDPI and visual readings of normal skin, irritant and allergic patch tests, an instrument set-up is suggested for reading patch tests when non-pigmented test substances are tested on white skin. Other aims are to study if there may be inter-individual differences in perfusion of identical patch tests and some factors that may affect superficial perfusion or its assessment, to compare assessments of reactions made with the LDPI and visually, and to study the effect of various patch-test techniques on test results of five allergens.

Apart from readings of simulated tests, more than 40,000 readings were performed on 71 subjects. Transparent patches and application devices made possible assessment of patches during their application. Measurements of perfusion over time made possible charting and comparison of variable perfusion profiles among subjects tested with identical tests.

The application device and vehicles may affect perfusion of patch tests while perfusion assessment may be affected by skin pigmentation and movements during readings.

There was generally good agreement between LDPI and visual assessments of highest reactivity of reactions except for two of the allergens, one of which was neomycin sulfate where reactions developed that were not morphologically classifiable as allergic reactions with the assessment scale used. There were indications that some of those reactions may be positive. Early phase of reactions was in some cases detected earlier with the LDPI than visually, and the LDPI tended to detect the highest reactivity of reactions earlier with two allergens.

While a positive dose-response relationship was generally found for most allergens, the relationship between application times and response varied considerably by allergens. Time of highest reactivity of reactions was generally unaffected by dose or application time except for a single allergen, regardless of reading methods.

The LDPI allowed decreased dose of two allergens without affecting sensitivity. Transparent foils allowed reduced allergen dose for perfusion readings without affecting test sensitivity of the test populations.

Reactivity at edges of negative corticosteroid patch tests may indicate later elicitation of a positive test.

There is evidence that a suggested set-up of the LDPI for reading of tests when non-pigmented test substances are used on white skin may be inappropriate with pigmented substances.

Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum

Getið er fræðigreina. Sendið heiti greinar, nöfn höfunda og birtingarstað til Læknablaðsins. Miðað er við greinar sem birst hafa á yfirstandandi og síðasta ári. Til glöggvunar verður íslenskra höfunda getið með fornafni þótt þess sé ekki getið við birtingu.

• **Trausti Valdimarsson,** *Toss G, Löfman O, Ström M. Three years' follow-up of bone density in adult coeliac disease: significance of secondary hyperparathyroidism.* Scand J Gastroenterol 2000; 35: 3274-80.

EKKI MÆÐAST Í OF MÖRGU!



CLARITYN - GEGN OFNÆMI

Clarityn er öruggt lyf við ofnæmiseinkennum eins og ofnæmisbólgum í augum og nefi, ofsakláða og ofnæmiskvefi.

- **Clarityn hefur ekki slævandi áhrif**
- **Clarityn er fyrir fullorðna og börn frá 1 árs aldri**
- **Clarityn fæst sem töflur, freyðitöflur og mixtúra**

Freyðitöflur: R 06 AX 13. Hver freyðitafla inniheldur: Loratadinum INN 10 mg. **Mixtúra:** R 06 AX 13. 1 ml inniheldur: Loratadinum INN 1 mg. **Töflur:** R 06 AX13. Hver tafla inniheldur: Loratadinum INN 10 mg. **Eiginleikar:** Lyfið er þríhringlaga andhistamín lyf með sérhæfða blokkun á H1-viðtaka. Það hefur kröftuga og langvarandi andhistamínverkun. Það hefur hvorki andkólínvirk, adrenvirk né serótónínlík áhrif. Slævandi verkun lyfsins er mjög væg. Áhrif lyfsins koma fram u.þ.b. 1 klst. eftir inntöku og ná hámarki á 8 klst. Aðgengi eykst um 20% ef lyfið er tekið með mat. **Ábendingar:** Ofnæmissjúkdómar, einkum ofsakláði, ofnæmiskvef og ofnæmisbólgur í nefi. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Getur skert hæfni einstaka sjúklinga til aksturs bifreiða og/eða stjórnunar véla. Gæta þarf varúðar hjá börnum með nýrna- og lifrarsjúkdóma. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi þurfa minni skammta. Mælt er með að gefa helming af ráðlögðum dagsskammti (5 mg) á dag, eða 10 mg annan hvern dag. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið er öruggt barnshafandi konum og ætti einungis að nota það ef gagnsemi þess fyrir móður er talin vega meira en hugsanleg hætta fyrir fóstrið. Lyfið skilst út í brjóstamjólk í óverulegu magni og er talið ólíklegt að lyfjaáhrifa gæti hjá barni við venjulega skömmtun lyfsins. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Almennar: Munnþurrkur. Miðtaugakerfi: Höfuðverkur. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar: Svimi. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hjarta- og æðakerfi: Hraður hjartsláttur. Meltingarfæri: Ógleði. Húð: Útbrot. Miðtaugakerfi: Depurð. Kynfæri: Truflun á tíðum. **Milliverkanir:** Alkóhól eykur ekki verkun lyfsins. Sýnt hefur verið fram á að styrkur lyfsins í blóðvökva hækkar við samtímis gjöf ketakónasóls, erýthrómýcíns eða címetidíns, en án þess að valda aukaverkunum. Gæta skal varúðar við samtímis gjöf lyfsins og annarra lyfja sem vitað er að draga úr niðurbroti í lifur. Hætta skal gjöf lyfsins 48 tímum áður en sjúklingur gengst undir húðofnæmispróf. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** Börn 15 ára og eldri: 10 mg 1 sinni á dag. Börn 2-14 ára: Þyngd >30 kg: 10 mg 1 sinni á dag. Þyngd <30 kg: 5 mg 1 sinni á dag. Börn 1-2 ára: Þyngd 10-15 kg: 2,5 mg 1 sinni á dag. Athugið: Hver freyðitafla skal leyst upp í 1/2 glasi af vatni fyrir inntöku. **Pakkningar og verð 1. apríl 1999:** Freyðitöflur 10 mg: 10 stk. (þynnupakkað) 932 kr. Mixtúra 1 mg/ml: 100 ml 932 kr. Töflur 10 mg: 10 stk. (þynnupakkað) 816 kr., 30 stk. (þynnupakkað) 2.243 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 5.388 kr. Heimilt er að selja takmarkað magn lyfsins í lausasölu, ef hlítt er gildandi fyrirmælum þar að lútandi, sbr. ákvæði í viðauka 4 við reglugerð nr. 421/1988 um gerð lyfseðla og ávísun lyfja, afgreiðslu þeirra og merkingu.

Schering-Plough

Umboðsaðili: ÍSFARM ehf.

Smásjáraðgerðir í heila- og taugaskurðlækningum

Þróun sjónglerja og notkun þeirra við skurðaðgerðir

Kristinn R. G. Guðmundsson

Ágrip

Hér fer á eftir stutt ágrip af sögu sjónglerja, sjónauka og smásjáa og lýst hvernig skurðsmásjáin (aðgerðarsmásjáin) þróaðist út frá þeim. Greint verður frá upphafi smásjáraðgerða en þær hafa á síðustu árum náð mikilli útbreiðslu um víða veröld.

Fjallað verður um notkun skurðsmásjáa hér á landi en þó sérstaklega á heila- og taugaskurðdeild Landspítala Fossvogi (áður SHR/BSP).

Inngangur

Það eru sennilega ekki margir af þeim er nota skurðsmásjár daglega sem gera sér grein fyrir því að þær geta einnig verið ágætis sjónaukar, þó að sjálfsögðu að því tilskyldu að safnglerið sé fyrst skrúfað af. Þannig má í raun beina skurðsmásjánni jafnt til óravídda himingeimsins sem að innstu afkimum hins jarðneska líkama mannsins en það er einmitt hið síðarnefnda sem aðallega verður fjallað um í þessari grein. Sérstök ástæða þykir til að kynna notkun skurðsmásjáa hér á landi til viðbótar því sem áður hefur verið gert, þar sem þær hafa nú verið notaðar með glæsilegum árangri til fjölda ára þótt það hafi ekki farið hátt né vakið þá umræðu eða eftirtekt sem skyldi. Hér var á sínum tíma um mjög merkilega nýjung að ræða sem í tímans rás hefur án efa haft mikilvæg áhrif á heilbrigðisþjónustu á Íslandi eins og annars staðar.

Gleraugun

Talið er að Kínverjar hafi fyrstir orðið til að finna upp gleraugun og það löngu áður en farið var að nota þau í Evrópu. Sögur fara af notkun þeirra í Kínaveldi um 500 árum fyrir Krist og Marco Polo kvaðst hafa séð marga Kínverja nota gleraugu. Það var um 1275 eftir Krist (1).

En þessu var öðruvísi farið í Evrópu og fyrir botni Miðjarðarhafsins. Talið er að leturgrafarar hafi sennilega notað glerkúlur fylltar vatni sem stækkunargler fyrir að minnsta kosti 3000 árum og Rómverjar notuðu ef til vill stækkunargler sem gerð voru úr bergkristöllum. Glerlinsur eins og við þekkjum þær komu ekki til sögunnar í Evrópu fyrr en um 1200 eftir Krist og var það ef til vill mest fyrir tilviljun. Ef til vill komst einhver aldraður glergerðarmaður að því að með því að horfa í gegnum kúpt gler ætlað í steindan glugga mátti sjá mun betur en ella. Nafnið sem þessum gripum var gefið bendir og til þess að um almúgamann hafi verið að ræða (ísl. linsa; e. lens; ít. lente eða lente divitre; sjá einnig lens culinaris og ísl. linsubaunir) (2,3)).

Hvenær fyrstu gleraugun í Evrópu sáu dagsins ljós er ekki alveg ljóst en víst er að ekki hafa þau verið til mikils gagns og ef til vill mest til skrauts. En gleraugu voru víða seld á götum Evrópu er leið fram á miðaldir. Roger Bacon minnist á gleraugu í bók sinni *Opus Majus* árið 1268 og fyrsta málaða myndin af manni með gleraugu, sem vitað er um, var gerð á Ítalíu árið 1352. Þar gera bæði borgin Flórens og Pistoia kröfu til þessarar „uppfinningar". Fyrir þennan tíma sést sem sagt ekki nokkur maður með gleraugu á myndum, að minnsta kosti ekki í Evrópu!

Stökkið frá því að skoða umhverfi sitt með berum augum yfir í að nota sjóngler til stækkunar var meiriháttar afrek. Það var samt mjög umdeilt á sínum tíma. Sérstaklega gleraugun og þær uppgötvanir sem síðar urðu með notkun smásjár og sjónauka. Lengi fram eftir öldum var rótgróin sú trú eða fordómar í Evrópu að það sem ekki sæist með berum augum væri manninum ekki ætlað að sjá og reyndar hið mesta guðleysi að reyna slíkt. Svo væri heldur ekkert að marka það sem þannig sæist því það væri ekki eðli-

Frá heila- og taugaskurðdeild Landspítala Fossvogi. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Kristinn R. G. Guðmundsson heila- og taugaskurðdeild Landspítala Fossvogi. Netfang: kristgud@shr.is

Lykilorð: *skurðsmásjá, heila- og taugaskurðlækningar, Ísland.*

ENGLISH SUMMARY

The surgical microscope and its use in neurological surgery

Guðmundsson KRG

Læknablaðið 2000; 86: xx-yy

This is a short history of glasses, telescopes and microscopes and how the surgical microscope developed from these optical instruments and became one of the most necessary and most widely used surgical instruments in the world for the past 30 years. It has been of great importance to modern surgery, especially ear, nose and throat surgery, eye surgery and last but not least neurological surgery. The role of the surgical microscope in Iceland, and especially in neurological surgery, is discussed.

Key words: *surgical microscope, microneurosurgery, Iceland.*

Correspondance: Kristinn R. G. Guðmundsson. E-mail: kristgud@shr.is

legt heldur afskræmt og villandi og alls ekki sannleikanum samkvæmt. Ljósið var heilagt (sbr.: verði ljós!) og hugmyndir manna um sjón og ljósfræði mjög frumstæðar.

En það sem varð til að auka verulega áhuga manna og ýta undir eftirspurn eftir gleraugum var aukin lestrarkunnátta samfara síaukinni þörf fyrir meiri framleiðslu á bókum og ýmiss konar skjölum, gerð og notkun pappírs í Evrópu, en þangað barst pappírsgerð fyrst með krossförum og Aröbum á 12. öld, og síðast en ekki síst uppfinning prentlistarinnar um 1450.

Litlar framfarir urðu í gerð sjónglerja fyrr en á 18. öld þegar slípun glerja fór að byggjast á þekkingu manna á því hvernig ljósið brotnar í glerinu. Saga gleraugnanna verður svo ekki rakin lengra hér enda þá komið nokkuð langt út fyrir efnið.

Sjónaukinn

Hin raunverulega bylting var í því fólgin að setja eitt sjóngler fram fyrir annað og kíkja í gegnum bæði í einu. Um þennan atburð skrifaði Galileo Galilei svo árið 1623: *„Við erum vissir um að sá sem fann upp sjónaukann hafi verið óbrotinn gleraugnasmiður sem við að handleika nokkur mismunandi löguð gler varð það á af tilviljun að horfa í gegnum tvö þeirra í einu, annað kúpt en hitt íhvolft, og með því að halda þeim í mismunandi fjarlægð frá augunum tók eftir hinni óvæntu útkomu og fann þannig upp sjónaukann“*. Þetta gæti hafa átt sér stað á fleiri en einu gleraugnaverkstæði á sama tíma en líklegast er að atburðurinn hafi átt sér stað um aldamótin 1600 í Middelburg í Hollandi þar sem tvö börn voru að leik og beindu sjónum sínum að fjarlægum kirkjuturni og vöktu síðan athygli á uppgötvun sinni. Sótt var um einkaleyfi árið 1608 en ýmsir urðu til að eigna sér þessa uppgötvun og skal ekki farið nánar út í það (3-5).

Sjónaukinn var í fyrstu ætlaður til hernaðarþarfa og því í raun hernaðarleyndarmál en ekki hélst Hollendingum betur á þessari uppgötvun sinni en svo að þegar árið 1609 höfðu yfirvöld víða um Evrópu tryggt sér sjónauka.

Það leið ekki nema tæpur mánuður frá því sótt var um einkaleyfi í Hollandi þar til fréttin hafði borist ráðamönnum í Feneyjum. Nákunnugur þeim var Galileo Galilei sem um þessar mundir bjó í nálægri borg Padua þar sem hann hafði verið prófessor í stærðfræði um 15 ára skeið. Það er sennilega ekki öllum kunnugt að jafnframt því að vera mikill vísindamaður var hann afburða tækjasmiður og starfrækti verkstæði þar sem hann framleiddi ýmiss konar mælingatæki, áttavita og fleira og hafði af því drjúgar tekjur. Þegar í júlí 1609 hafði hann orðið sér úti um lýsingu á sjónaukanum sem hann svo bjó til og gaf yfirvöldum í Feneyjum. Hann hélt áfram að endurbæta sjónaukann þar til í lok árs 1609 að hann gat stækkað þrítugfalt sem var það mesta sem hægt var að gera með þessari gerð sjónauka á þessum tíma. Þetta var svokallaður sjónauki Galileos (Galilean telescope).

En þá skeði hið ótrúlega og óguðlega. Nokkuð sem engan hafði órað fyrir að gæti gerst. Galileo beindi sjónauka sínum til himins í janúar árið 1610 og sá það sem aldrei hafði áður sést og olli lærðum sem leikum undrun og óróa. Hann sá óslétt yfirborð tunglsins, fjóra fylgihnetti Júpiters, kvartilaskipti Venusar, óteljandi fastastjörnur himinsins og vetrarbrautina í öllum sínum mikilleika. Ótrúlegar uppgötvanir þrátt fyrir ófullkomið verkfæri sem sannfærðu Galileo endanlega um sannleiksgildi sólmiðjukenningar Kópernikusar (1543) og aflaði honum að lokum svo mikilla óvinsælda páfadóms að hann var dæmdur í stofufangelsi til æviloka.

Smásjáin

Smásjáin varð til um svipað leyti og sjónaukinn og einnig í Hollandi. Fljótlega eftir að fyrstu sjónaukarnir urðu til voru gerðar tilraunir með að beina þeim að smærri hlutum og nálægum, en menn höfðu ekki árangur sem erfiði. Galileo sjálfur reyndi þetta en það sýndi sig að samsett eða tvíglerja smásjá gaf mjög ógreinilega mynd. Fyrstu rannsóknir með smásjám voru því gerðar með einglerja smásjám. Þótt um aðeins eitt sjóngler væri að ræða var allur umbúnaður og stærð glersins, sem var ákaflega lítið, þannig að alls ekki væri hægt að líkja því við einfalt stækkunargler eins og við þekkjum það nú á dögum.

Smásjáin mætti sömu mótstöðu og vantrú og gleraugun og sjónaukinn og, það sem verra var, af henni gátu ekki verið nein hernaðarleg not! Árið 1665 var gefin út bókin *Micrographia* eftir Robert Hoek en hún fjallaði um ljós og liti og innihélt 57 undraverðar, teiknaðar myndir af því sem fyrir hann hafði borið í smásjánni. Ýmsir fleiri urðu til að lýsa reynslu sinni af smásjánni. Antoni Leeuwenhoek var ólærður hollenskur kaupmaður sem um og eftir 1650 endurbætti smásjána svo um munaði. Þrátt fyrir að hann notaði aðeins eitt sjóngler gat hann náð 500 faldri stækkun og séð til dæmis í dropa af vatni dýr svo örsmá að þau urðu ekki séð með berum augum. Með afrekum sínum opnaði hann sýn inn í heim fjölmargra vísindagreina, svo sem örverufræði, vefjafræði, grasafræði og svo framvegis. Fyrir þetta hefur hann verið kallaður faðir smásjárinnar. En það var svo fyrst um og eftir 1826 að tvíglerja eða samsettar smásjár eins og þær gerast í dag komust í almenna notkun eftir að enskum vínkaupmanni og gleraugnasmið að nafni Joseph Jackson Lister, en hann var faðir þess Listers sem frægastur varð fyrir sýklaeyðandi skurðaðgerðir (antiseptic surgery), tókst að endurbæta smásjána og aðferðirnar og færa til nútímalegs horfs (5-7).

Skurðsmásjáin

Frá og með árinu 1898 framleiddi Carl Zeiss fyrirtækið í Þýskalandi fjölmörg sjóntæki fyrir augnlækning-

ar, fyrst svokallaða hornhimnusmásjá (corneal microscope) en síðan mörg önnur. En upphaf smásjáraðgerða og skurðsmásjáa má rekja til Uppsala árið 1921 þegar Nylén hóf fyrstur að nota smásjár við aðgerðir á eyrum (oto-microsurgery).

Hann notaði eineygis- (monocular) smásjá sem fest var á aðgerðarstað (það er á höfuðið). Þessi aðferð var síðan endurbætt og gerð víðfræg af þáverandi prófessor, Holmgren að nafni (munnlegar upplýsingar frá Stefáni Skaftasyni yfirlækni). Sá notaði tvíeygis- (binocular) smásjá á standi sem framleidd var af Carl Zeiss. Jafnframt hélt hann þó áfram að nota svokallað *Gullstrand-Zeiss loup* (gleraugu með kíki) (8). Síðan liðu um það bil 20 ár þar til eyrnasmásjáraðgerðir (otomicrosurgery) voru viðurkenndar fyrir alvöru og reyndar ekki fyrr en penicillín og súlfa komu á markaðinn, vegna þess að ígerðir ýmiss konar höfðu til þess tíma verið til mikilla vandræða við aðgerðir. Ýmiss konar skurðsmásjár voru framleiddar af ýmsum aðilum í framhaldi af þessu og náðu loks fullkomnun með skurðsmásjá frá Carl Zeiss árið 1953, svokallaðri Zeiss-Opton (Op Mi 1), fyrirmynd allra seinni tíma skurðsmásjáa frá þessu fyrirtæki. Mjög gagnleg viðbót varð árið 1961 með tilkomu tvöfaldrar skurðsmásjár sem gerði einnig aðstoðarskurðlækninum mögulegt að fylgjast með í smásjánni. Síðan hafa verið gerðar fjölmargar umbætur eins og komið verður að síðar.

Fyrir brautryðjandastarf þeirra Nylén (1921) og Holmgren (1922) öðlaðist skurðsmásjáin smám saman sess sem nauðsynlegt og raunar óhjákvæmilegt hjálpartæki, sérstaklega í háls-, nef- og eyrnalækningum, augnlækningum, þar sem þýðing skurðsmásjárinnar kom fljótt í ljós, og í heila- og taugaskurðlækningum.

Upphaf smásjáraðgerða á Íslandi

Fyrstur til að nota skurðsmásjá við aðgerðir hér á landi mun hafa verið Erlingur Þorsteinsson, háls-, nef- og eyrnalæknir, á árunum 1962-1970. Á háls-, nef- og eyrnadeild Borgarspítalans (SHR) hófst notkun skurðsmásjár strax við opnun deildarinnar eða um áramótin 1969-1970 (munnlegar upplýsingar frá Stefáni Skaftasyni yfirlækni). Heila- og taugaskurðlæknar spítalans tóku að nota skurðsmásjá þegar árið 1971 er sú starfsemi hófst þar. Á augndeild Landakotsspítala var skurðsmásjá notuð frá og með árinu 1972. Skurðsmásjár hafa nú lengi verið notaðar á fleiri spítölum og fleiri deildum. Á þessum árum má fullyrða að þúsundir Íslendinga hafi verið skornir upp með hjálp þessarar tækni sem ennþá tekur miklum framförum (8-10).

Heila- og taugaskurðlækningar

Það mun hafa verið fyrir áhrif frá bandaríska heila- og taugaskurðlækninumTheodore Kurze og háls-, nef- og eyrnalækninum William House, að árið 1957 var fyrst farið að nota skurðsmásjár við heilaaðgerðir. Á árunum um og eftir 1950 fengu þeir áhuga á að fjarlægja æxli á heyrnartaug (acoustic neurinoma) gegnum eyrnabeinið og notuðu við það skurðsmásjá. Það var byrjunin.

En notkun skurðsmásjár breiddist hægt út og trúlega er það ekki fyrr en eftir 1970 að notkun hennar verður almenn, í heila- og taugaskurðlækningum að minnsta kosti. Þessa síðustu þrjá áratugi hafa smásjáraðgerðir svo náð mikilli útbreiðslu meðal heila- og taugaskurðlækna um víða veröld og eru enn í sókn. Þessi notkun smásjárinnar virðist eiga mjög vel við flestar aðgerðir í þessari sérgrein.

Skurðsmásjáin hefur gert mögulegt að endurbæta fjölmargar aðgerðir að meira eða minna leyti og jafnvel að taka upp nýjar aðgerðir. Gott ljós og stækkun gerir að verkum að unnt er að komast af með minni skurð og minna pláss. Minna þarf þess vegna að ýta heilavefnum eða mænu og taugum til við aðgerðir. Æðar og taugar sjást mun betur en áður og því síður hætta á sköddun þeirra. Margs konar möguleikar hafa opnast og má þar nefna meðal annars eitilbrottnám úr heiladingli (pituitary microadenectomy) og æðaþrýstingsminnkun (vascular decompression) á heilataugum. Og enn er ótalið svið þar sem skurðsmásjáin hefur gjörbreytt viðhorfum manna en það eru smásjáraðgerðir á hálsi og baki vegna brjóskloss, brottnám hryggþófa (microdiscectomy).

Heila- og taugaskurðlækningar hérlendis

Á Borgarspítalanum, eins og spítalinn hét þá, hófust heila- og taugaskurðlækningar haustið 1971 og það sama ár var farið að nota skurðsmásjá við aðgerðir á höfði, fyrst smásjá í eigu háls-, nef- og eyrnadeildar, OpMi 2, og síðan okkar eigin smásjá, OpMi 1. Árið 1986 eignaðist deildin nýja smásjá, OpMi 6, og enn nýja í mars 1994, þá sem notuð er í dag, OpMi CsNc. Sú skurðsmásjá er gott dæmi um þær miklu framfarir sem orðið hafa í gerð þessara tækja á undanförnum árum og áratugum. Af nýjungum má nefna sjálfvirka vinnufjarlægð og skerpu (focus), mjög fullkomna lýsingu (xenon), súmmun (zoom), laufléttan hreyfanleika í armi smásjárinnar og fleira. Auk þess fylgir henni vídeómyndavél, sjónvarpsskermur og litmyndaprentari. Allt er þetta gert sérstaklega með heila- og taugaskurðlækningar í huga.

Fyrsta aðgerðin með skurðsmásjá á heila- og taugaskurðlækningadeildinni var gerð 1971 vegna æðagúls (aneurysma) í heila og innanskúms- (subarachnoideal) blæðingar og var sett klemma á æðagúlinn. Fjölmargar höfuðaðgerðir og aðgerðir á mænuæxlum voru svo gerðar næstu árin með skurðsmásjá. Fyrsta aðgerðin vegna brjóskloss í baki þar sem notuð var skurðsmásjá var sumarið 1981 en vegna brjóskloss í hálsi nokkru síðar og verulegur skriður komst á slíkar aðgerðir strax næsta ár.

Árlega eru gerðar um og yfir 700 aðgerðir á heila-

og taugaskurðlækningadeildinni. Í flestum þessara aðgerða er skurðsmásjáin notuð. Þeir sjúkdómar sem þar um ræðir eru fyrst og fremst æðagúlar og æðaflækjur (AV-anomaly) í eða við heila, æxli í eða við heila og mænu, æxli í heiladingli, trigeminal neuralgia (vangahvot) og brjósklos í hálsi og baki, en tvö síðastnefndu atriðin eru langalgengust. Ekki verður annað sagt en að nýtingin á þeim skurðsmásjám, sem keyptar hafa verið, sé afar góð. Nýjasta skurðsmásjáin hefur verið í mikilli og nánast stanslausri notkun síðan hún var keypt, að stórum hluta fyrir gjafafé, árið 1994. Fyrstu 12 mánuðina var hún notuð 460 sinnum eða í um 70% aðgerða og árið 1997 var hún notuð um það bil 500 sinnum eða í tæplega 80% aðgerða.

Árið 1998 var skurðsmásjáin notuð í 470 aðgerðum eða í um það bil 75% aðgerða.

Tölvustýrðar skurðsmásjár

Á síðari árum hafa heila- og taugaskurðlækningar í vaxandi mæli þróast í þá átt að gera aðgerðirnar smærri í sniðum og áreynsluminni fyrir sjúklinginn. Talað er um skurðsmásjárnálgun (microsurgical approach). Skurðsmásjár eru nú oft tengdar tölvu með staðsetningarforriti svo alltaf má sjá á sjónvarpsskjá hvar í heilanum viðkomandi er staddur, það er á hvað verið er að horfa. Þetta tengist einnig sams konar staðsetningu á verkfærum. Í smásjánni birtist einnig mynd af heilanum með staðsetningunni. Til eru smásjár sem ganga eftir braut í loftinu og færast sjálfvirkt til eftir því sem þeim er fyrir lagt. Með þannig tækni er þá sennilega ekki langt í að sumar aðgerðir, til dæmis á heilaæxlum, verði alveg sjálfvirkar og gerðar með vélmenni, það er skurður í húð, borhola og æxli brennt í burtu með leysigeisla. Þá þarf raunar ekkert að sjá nema tölvuskjáinn!

Heimildir

1. Glasses. In: Nault WH, ed. The world book encyclopedia. Vol. 19. D. Chicago, Frankfurt, London, et al: Field Enterprises Educational Corporation; 1975: 210-1.
2. Burke J. Matter of fact. In: Burke J, ed. The day the universe changed. Boston, Toronto: Little Brown and Co; 1985: 91-124.
3. Boorstin DJ. A vision troubled and surprised. In: Boorstin DJ, ed. The discoverers. New York: The Random House; 1983: 312-22.
4. Burke J. Infinetely reasonable. In: Burke J, ed. The day the universe changed. Boston, Toronto: Little Brown and Co; 1985: 147.
5. Telescope. In: Nault WH, ed The world book encyclopedia. Vol. 19.. D. Chicago, Frankfurt, London, et al: Field Enterprises Educational Corporation; 1975: 84.
6. Boorstin DJ. New worlds within. In: Boorstin DJ, ed. The discoverers. New York: The Random House; 1983: 327-32.
7. Singer C, Underwood EA. Microscopical examination of the animal body. In: Singer C, Underwood EA, eds. A short history of medicine. 2nd ed. New York, Oxford: Oxford University Press; 1962: 124-35.
8. Þorsteinsson E. Heyrnarbætandi aðgerðir. Fyrri hluti. Læknablaðið 1969; 55: 1-13.
9. Þorsteinsson E. Heyrnarbætandi aðgerðir. Sköpulagsaðgerðir á hljóðhimnum og miðeyra. Síðari hluti. Læknablaðið 1972; 58: 1-25.
10. Hannesson ÓB. Smásjáraðgerðir við augnlækningar. Ný glákuaðgerð kynnt. Læknablaðið 1978; 64: 84-90.

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 búdesoníðs 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 búdesoníðs 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.

Sjúkratilfelli mánaðarins

Risafrumuæxli í hálshrygg

Guðrún Guðmundsdóttir

Garðar Guðmundsson

Frá heila- og taugaskurðlækningadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Garðar Guðmundsson, heila- og taugaskurðlækningadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Netfang: gardarg@shr.is

Lykilorð: *risafrumuæxli, hálshnykkur.*

Key words: *giant cell tumor, whiplash injury.*

Sjúkratilfelli

Sautján ára stúlka lendir sem ökumaður í aftanákeyrslu í maí 1997 og fær við það hálshnykk. Frá þeirri stundu er hún með stirðleika og verki við hreyfingar í hálsi og verki í hnakka og herðum. Leitar til slysadeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur, einkennin samrýmast vægum hálshnykk og boðið er upp á bólgueyðandi lyf og endurkomutíma. Einkennin fara hægt minnkandi en hverfa þó ekki alveg. Í september er hún farþegi í bíl, sem hemlar skyndilega og hún lendir með höfuðið í framrúðunni. Við þetta versna einkennin verulega og hún fær verki fram í hægri handlegg og tekur eftir dofa í fyrsta til þriðja fingri. Viku seinna er hún stödd á dansleik og dettur og fær enn á ný áverka á hálsinn. Nú bætist við máttleysi í hægri hendi, sem truflar skriftir. Þetta kraftleysi leiðir til þess, að þegar hún í leikfimitíma reynir að fara á handahlaupum, getur hún það ekki og fær enn á ný áverka á hálsinn.

Sjúkraþjálfun ber engan árangur og taugasjúkdómalæknir finnur einkenni frá vöðvum tengdum C8-Th1 taugum í formi vægrar kraftminnkunar, engar rýrnanir eru til staðar en öll taugaviðbrögð dauf, einnig finnast eymsli við þreyfingu á taugastofnum ofan viðbeins hægra megin.

Rannsóknaferlið hefst á taugaleiðnimælingu, sem sýnir truflun á starfsemi C8-Th1 tauga hægra megin utan mænu. Tölvusneiðmynd af heila og röntgenmynd af lungum eru eðlilegar. Röntgenmynd af hálsi sýnir samfall á grófbjálkuðu C7 liðbol (mynd 1). Segulómun sýnir það sama, en einnig að klemma er til staðar aftur á við að mænu (mynd 2). Talið er að um æðaæxli (hemangioma) í hryggjarliðbol sé að ræða og stúlkunni er vísað til taugaskurðlæknis.

Æðamyndataka af hálsæðum reynist nokkuð óvænt vera eðlileg, en hugmyndin var sú að reyna að loka æðaæxlinu með inndælingu (embóliseringu). Vaxandi lömun í þríhöfða (triceps) hægra megin og vaxandi verkir, þrátt fyrir notkun hálskraga leiddu síðan til aðgerðar. Í aðgerðinni finnst að liðbolurinn að framanverðu er algjörlega samfallinn og frá aðlægum vöðvum beggja vegna er hægt að kreista út grautarkenndan vef, sem reynist vera vefjadrep og frystiskurðarsvar reynist vera: góðkynja æxli. Liðbolurinn og aðlægar brjóskplötur eru fjarlægðar og bein grætt í frá mjaðmarkambi. Til að tryggja stöðugleika, er málmplata lögð yfir og skrúfuð föst (mynd 3). Allur æxlisvefur er talinn fjarlægður og þriggja mánaða röntgeneftirlit sýnir góðan gróanda á svæðinu og segulómun sex mánuðum eftir aðgerðina sýnir engin merki endurvaxtar á æxlinu (mynd 4). Vefjagreiningin reyndist erfið og leitað var álits hjá Mayo Clinic í Rochester og svarið þaðan var, að án efa sé þetta risafrumuæxli.

Eftir aðgerðina hurfu verkirnir fljótt og lamanir í hægri handlegg gengu að miklu leyti til baka og sjúkraþjálfun hefur skilað góðum árangri.

Umræða

Risafrumuæxli í beinum eru sjaldgæf góðkynja æxli, sem oftast finnast í löngu beinum líkamans, svo sem lærlegg, sveif og sköflungsbeinum. Æxlið finnst vanalega í kasti (epiphysu) fullorðinna, en í nærkasti (metaphysu) barna (1). Erlendar heimildir sýna að risafrumuæxli í beinum eru 5-7% allra æxla í beinum (2). Hérlendis hafa einungis greinst 10 æxli frá upphafi skráningar árið 1955 (3). Þau eru mjög sjaldgæf í hrygg en geta þá verið hvort heldur sem er, í liðbolnum sjálfum, sem er algengara, og/eða í bakboga (laminu) hryggjarliðar. Tölur erlendis frá sýna 1,8-9,3% risafrumuæxla vera staðsett í hrygg (4).

Aðeins eitt risafrumuæxli í hrygg hefur greinst hérlendis, fyrir utan það sem hér er til umræðu, en það var árið 1962 (3). Í hrygg eru þau flest í spjaldhrygg og hefur æxlið minni og jafna sókn í brjóst-, háls- og lendhrygg (5). Þetta er sjúkdómur ungs fólks, en meðalaldur er 20-30 ár, oftar konur (4,5) og algengara meðal fólks af asískum uppruna (2).

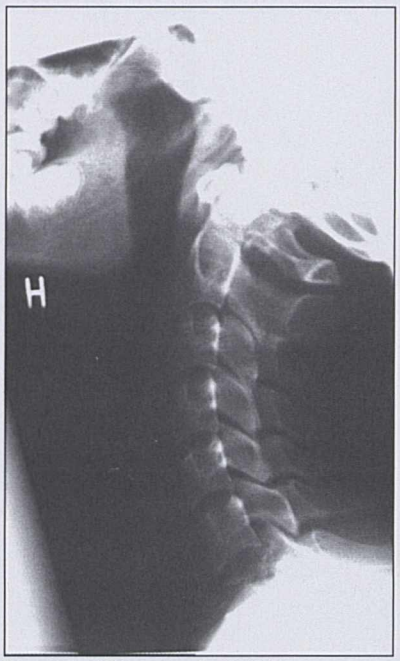
Þrátt fyrir góðkynja vefjagreiningu er hegðan risafrumuæxla í beinum óútreiknanleg. Þau geta sýnt illkynja hegðun staðbundið, vaxið ífarandi aðlæga vefi og í stöku tilfelli meinverpst til lungna. Ekki hefur enn tekist að spá fyrir um hegðun sjúkdómsins með útliti á myndrannsóknum, vefjagreiningu eða öðrum mælingum (6). Fyrstu einkenni risafrumuæxla í hrygg eru sársauki, en meira en helmingur sjúklinga hefur einkenni um taugaskaða við fyrstu komu til læknis (4,7). Röntgenmynd af æxlinu sýnir úrátu (lýtiska skemmd) án herslis (sclerosis) á brúnum liðbola. Þá er lítill hluti sjúklinga með sjúkleg (pathologic) brot við fyrstu komu (5). Taka ætti tölvusneiðmynd til frekari kortlagningar af æxlinu, þar sem þau geta vaxið út í aðlæga vefi og í sumum tilfellum er hjálp að fá frá æðamyndum. Mynda þarf lungun, gjarnan með sneiðmynd, þar sem 2-6% æxlanna meinverpast til lungnanna (5,6).

Einkenni lungnameinvarpa eru mæði og blóð-

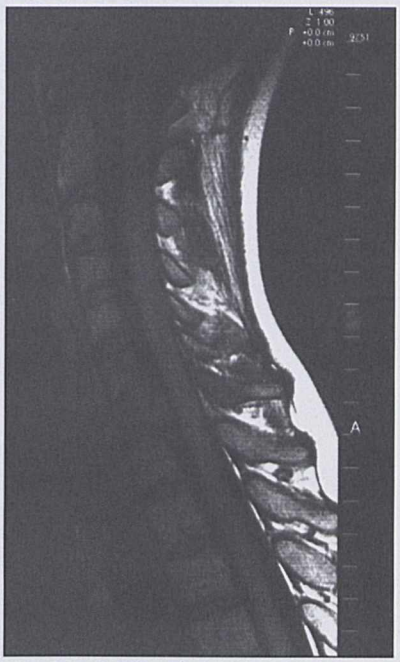
hósti (6). Auknar líkur eru á lungnameinvörpum ef um endurvöxt eða ífarandi vöxt er að ræða (6). Meðferð er skurðaðgerð, þar sem leitast er við að fjarlægja sem mest af æxlinu. Það getur reynst erfitt í hrygg, bæði vegna nálægðar mænu og taugavefs og eins má ekki raska stöðugleika hryggjar (7,8). Í langflestum tilfellum þarf síðan að spengja liðbilið sem skorið er, þá oftast með beini frá mjaðmarkambi, en einnig kemur til greina að nota bút úr rifi eða öðrum beinum. Meinvörp í lungum þurfa ekki að þýða skertar lífslíkur (80-85% survival rate) (6). Skurðaðgerð er kjörmeðferð þessara meinvarpa, sem vaxa hægar en öll önnur æxli í lungum (6). Möguleikar á lækningu byggjast að mestu leyti á því hversu algjört brottnámið verður í fyrstu aðgerð (2,4,6,7,9).

Um 30% sjúklinga greinast með endurvöxt, nema í þeim tilfellum þegar talið er að um algjört brottnám hafi verið að ræða, en þar greinast um það bil 8% sjúklinga með endurvöxt (6,7). Hjá þeim sjúklingum sem greinast með sjúkleg beinbrot eða vöxt í aðlæga mjúkvefi er endurvöxtur æxlisins mun líklegri (7). Aðgerð er þá aftur kjörmeðferð þegar slíkt er mögulegt, til dæmis vegna staðsetningarinnar, en geislameðferð kemur einnig til greina. Meðferð með krabbameinslyfjum hefur ekki sýnt bættar horfur (6). Æxlið er geislanæmt, en einungis ætti að nota geislameðferð þegar algjört brottnám er ekki mögulegt, vegna staðsetningar æxlisins. Töluverð hætta er á að æxlið sýni illkynja breytingar (sarcomatous change) við geislunina (4,6,7). Heildargeislaskammtur ætti ekki að fara yfir 4000 rad (7). Einstaka æxli, líklega innan við 1%, sýnir illkynja breytingar án geislunar (5), en 7-10% þeirra sem geisluð eru (4,6,7).

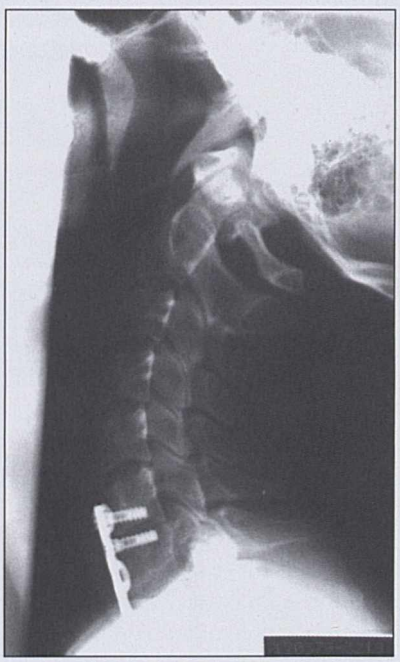
Lífslíkur sjúklinga með risafrumuæxli í hrygg eru prýðilegar, nokkuð yfir 90% (4-7). Eftir skurðaðgerðina eru langflestir verkjalausir, en sjaldnast er um algjöran bata að ræða á orðnum taugaskaða (4). Fylgja þarf þessum sjúklingum eftir með myndrannsóknum reglubundið í tvö ár frá aðgerð. Meinvörp til lungna gera nær ávallt vart við sig innan tveggja ára frá greiningu, en staðbundinn endurvöxtur getur komið í ljós mörgum árum síðar (6).



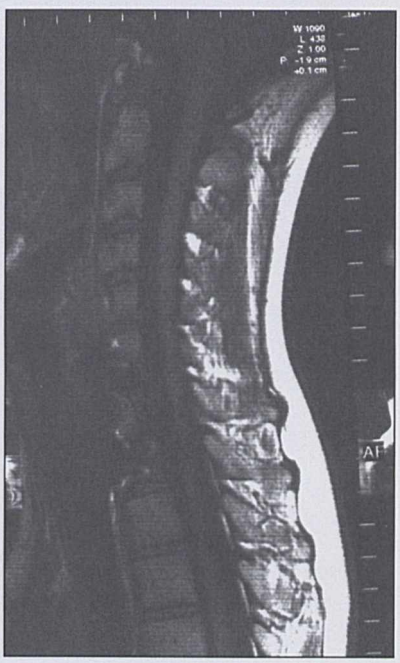
Mynd 1. *Hliðarmynd af hálsliðum, sjöundi hálsliður samfallinn að framanverðu.*



Mynd 2. *Segulómun af hálshrygg. Samfallinn sjöundi hálsliður þrýstir að mænu.*



Mynd 3 (til vinstri). *Hliðarmynd af hálsliðum, málmplata yfir ísettum beinbita.*



Mynd 4 (að ofan). *Segulómun eftir aðgerð. Málmplatan truflar myndgæði. Þrýstingi er létt af mænu.*

Samantekt

Sagt er frá 17 ára stúlku, sem greinist með sjaldgæft beinæxli eftir ítrekaða minniháttar hálsáverka. Einkennin voru framan af óaðgreinanleg frá venjulegum hálshnykk, en einkenni frá taugavef leiddu til sjúkdómsgreiningar og viðeigandi meðferðar.

Heimildir

1. Hoeffel JC, Galloy MA, Grignon Y, Chastagner P, Floquet J, Mainard L, et al. Giant cell tumor of bone in children and adolescents. Revue du rhumatieme, English ed. 1996; 63: 618-23.
2. Yip KM, Leung PC, Kumta SM. Giant cell tumor of bone. Clin Orthop 1996; 323: 60-4.
3. Krabbameinsskrá 1955-1998. Reykjavík: Krabbameinsfélag Íslands; 1998.
4. Sanjay BKS, Sim FH, Unni KK, Mcleod RA, Klassen RA. Giant cell tumours of the spine. J Bone Joint Surg 1993; 75-B: 148-54.
5. Carnesale PG. Campbell´s operative orthopaedics. Vol 1. 8th ed. Crenshaw AH, ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 1992: 253-6.
6. Cheng JC, Johnston JO. Giant cell tumor of bone: prognosis and treatment of pulmonary metastases. Clin Orthop Rel Res 1997; 338: 205-14.
7. Hart RA, Boriani S, Biagini R, Currier B, Weinstein JN. A system for surgical staging and management of spine tumors: a clinical outcome study of giant cell tumors of the spine. Spine 1997; 22: 1773-83.
8. Wood GW. Campbell´s operative orthopaedics. Vol 5. 8th ed. Crenshaw AH, ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 1992: 3855-9.
9. Tomita K, Kawahara N, Tsuchiya A, Fujita T, Toribatake Y. Total en bloc spondylectomy: a new surgical technique for primary malignant vertebral tumors. Spine 1997: 22: 324-33.

Seretide Diskus

Flixotide og Serevent í einu innöndunartæki.

Leiðir að einföldun astmameðferðar

Astmasjúklingur þar sem ekki næst að halda niðri einkennum með innöndunarstera og stuttverkandi β_2- agónista.	**Seretide Diskus**
Flixotide flutikason Diskus (t.d. 250 mg). Serevent salmeterol Diskus (t.d. 50 mg).	**Seretide Diskus (t.d. 50/250)**[2,]
Pulmicort budesonide Turbuhaler. Serevent salmeterol Diskus.	**Seretide Diskus**
Pulmicort budesonide Turbuhaler. Oxis formoterol Turbuhaler.	**Seretide Diskus**
Flixotide flutikason Diskus (t.d. 250 mg). Oxis formoterol Turbuhaler.	**Seretide Diskus**

Seretide Diskus fæst í þremur styrkleikum.

Seretide Diskus 50/100 (salmeterol 50 mg + flutikason 100 mg).
Seretide Diskus 50/250 (salmeterol 50 mg + flutikason 250 mg).
Seretide Diskus 50/500 (salmeterol 50 mg + flutikason 500 mg).

Seretide Diskus
Glaxo Wellcome, R 03 AK 06 R,B
Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: Salmeterolum INN, xínafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvíkkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. Benda þarf sjúklingum á að nota lyfið reglulega til að ná hámarks árangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Sjúklingar ættu að koma reglulega í læknisskoðun svo að hægt sé að fylgjast með því að þeir noti réttan styrkleika. Finna þarf lægsta skammt sem nær að halda einkennum niðri. Sjúklingar ættu að fá þann styrkleika sem inniheldur viðeigandi skammt af flútíkasónpróþíónati m.t.t. sjúkdómsástands. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. Aukin notkun stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfja við astmaeinkennum gefur til kynna versnandi astma. Skyndileg og hröð versnun sjúkdómsástands getur verið lífshættuleg og sjúklingurinn ætti að vera undir eftirliti læknis. Íhuga ætti að auka skammtinn af barksterum. Í þeim tilfellum sem lyfið veitir ekki viðunandi meðferð við breytanlegri teppu í öndunarvegi ættu sjúklingar að leita læknis. Viðbótarskammtur af barkstera kæmi til greina og sýklalyfjagjöf ef sýking er til staðar. Meðferð á ekki að stöðva skyndilega. Gæta ber varúðar við notkun hjá sjúklingum með lungnaberkla eins og við notkun allra annarra lyfja sem innihalda barkstera. Aðgát skal höfð við notkun lyfsins hjá sjúklingum með ofstarfsemi skjaldkirtils. Gæta ber varúðar þegar sjúklingar eru settir á innúðaduftsmeðferð, sérstaklega ef grunur er á að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri sterameðferð um munn. *Flútíkasónpróþíónat og nýrnahettustarfsemin:* Einhver lækkun á kortisólgildum í plasma getur sést hjá einstaka fullorðnum sjúklingum á háum skömmtum af flútíkasónpróþíónati til innöndunar (t.d. > 1 mg/dag). Hinsvegar helst nýrnahettu- starfsemin venjulega innan eðlilegra marka við flútíkasónpróþíónatmeðferð til innöndunar.
Aukaverkana vegna bælingar á nýrnahettustarfsemi hefur ekki orðið vart í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengið hafa viðhaldsskammta af flútíkasónpróþíónati. Sérstaklega má nefna að vaxtartruflun yngri sjúklinga er ólíkleg. Kosturinn við meðferð með flútíkasónpróþíónati til innöndunar er að hún ætti að draga úr þörfinni á sterum til inntöku, en bæling getur orðið á nýrnahettustarfsemi í nokkurn tíma hjá sjúklingum sem færðir eru af sterum til

...einfalt, áhrifaríkt og öruggt



GlaxoWellcome

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930
www.glaxowellcome.is

inntöku. Einnig hjá sjúklingum sem fengið hafa háa skammta af barksterum sem neyðarmeðferð. Hafa verður í huga þennan möguleika á síðbúinni bælingu á nýrnahettustarfsemi í neyðartilfellum og við vissar aðstæður sem líklegar eru til að valda streitu og íhuga ber viðeigandi barksterameðferð. Þörf getur verið á sérfræðiáliti á umfangi nýrnahetturýrnunar áður en gripið er til viðeigandi ráðstafanna. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Akstur:** Lyfjafræðilegir eiginleikar beggja virku efnanna benda ekki til neinna áhrifa, en ekki verið gerðar neinar rannsóknir á áhrifum lyfsins á hæfileika manna til að stjórna bifreiðum eða vélknúnum tækjum. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- próþíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi*: Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi*: Höfuðverkjur. *Stoðkerfi*: Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., þjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi*: Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat*: Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð*: Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur*: Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Geymsluþol:** 18 mánuðir. **Geymsluskilyrði:** Geymist ekki við hærri hita en 30°C. Geymist á þurrum stað. **Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins:** Úr Diskus-tækinu fæst duft til innöndunar í lungu. Tækið er opnað og hlaðið með þar til gerðri sveif. Munnstykkið er síðan sett í munninn og það umlukið með vörunum. Þá er hægt að anda skammtinum að sér og tækinu síðan lokað. Skammtateljari segir til um hve margir skammtar eru eftir ónotaðir. Nánari leiðbeiningar eru að finna í fylgiseðli með lyfinu. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3Seretide 50/100: 6.008 krónurSeretide 50/250: 7.532 krónur Seretide 50/500: 10.045 krónur. 14.04.00

Formannaráðstefna læknasamtakanna

Símenntun og sameining sjúkrahúsa



Fylgst með umræðum á formannaráðstefnunni.

„Ef við segjum að Læknafélag Íslands sé pabbinn í læknasamtökunum þá er Læknafélag Reykjavíkur mamman og hefur það hlutverk að sjá til þess að börnin tali saman, fari snemma að sofa og mæti í skólann.“ Þannig lýsti **Ólafur Þór Ævarsson** formaður LR uppbyggingu læknasamtakanna á formannaráðstefnu Læknafélags Íslands sem haldin var föstudaginn 12. maí síðastliðinn.

Á ráðstefnunni voru samankomnir á fjórða tug forsvarsmanna hinna ýmsu aðildarsamtaka LÍ, svæðafélaga um allt land og sérgreinafélaga auk trúnaðarmanna í nefndum og ráðum. Tilgangurinn með þessari ráðstefnu er að líta yfir sviðið á miðju starfsári, greina frá því sem er að gerast hjá hverjum og einum og fræðast um það sem er að gerast í öðrum deildum.

Formaður LÍ, **Sigurbjörn Sveinsson**, reið á vaðið og greindi frá því helsta sem hefur verið að gerast hjá stjórn LÍ en þar bar hæst umræður um fjármál og húsnæðismál samtakanna, vefsíðu og sameiningu sjúkrahúsa, að ógleymdum viðræðum sem staðið hafa yfir milli stjórnarinnar og forsvarsmanna Íslenskrar erfðagreiningar um gagnagrunnsmálið. Formaðurinn sagði að þar þokuðust mál fram á veg, enn væru ýmis álitamál óleyst en flest virtust þó leysanleg nema ef til vill eitt. Ekki tilgreindi hann það nánar og var hinn varkárasti í tali um þessar viðræður.

Sameining tefur samningagerð

Fulltrúar úr samninganefndum skýrðu frá því sem gerst hefur á þeirra vettvangi en flestir hópar lækna eru með lausa samninga á þessu ári. **Ingunn Vilhjálmsdóttir** formaður samninganefndar sjúkrahúslækna sagði að lítið hefði miðað í samningum enda hefði sameining sjúkrahúsanna sett strik í reikninginn. Við hana skapaðist óvissa um stöðu sumra hópa, til dæmis vissi samninganefndin ekki hvort hún ætti að semja fyrir sviðsstjóra í framtíðinni, þeir hefðu fyrst og fremst fengist við fjármál en nú ættu þeir einnig að gerast faglegir og þá breyttist staða þeirra hugsanlega. Annað óvissuatriði væri staða þeirra sem reka stofu úti í bæ, en frá yfirstjórn sjúkrahúsanna hefur komið fram sú hugmynd að þeir verði einungis í hlutastöðum á sjúkrahúsunum. Þá á eftir að manna þær stöður sem losna.

Þórður Sverrisson í samninganefnd sérfræðilækna sagði að nefndin hefði átt í stöðugum viðræðum við Tryggingastofnun en lítið hefði miðað. Það ylli töluverðum vanda hversu mikill vöxtur hefur verið á sjálfstæðri starfsemi sérfræðinga utan sjúkrahúsa en á síðasta ári varð 15% fjölgun á samningum sérfræðinga við TR. **Ólafur F. Magnússon** hafði svipaða sögu að segja af samningamálum sjálfstætt starfandi heimilislækna en þeir eru í þeirri sérkennilegu stöðu að endurnýjun stéttarinnar hefur verið bönnuð um nokkurt skeið. Fannst Ólafi það skjóta skökku við í miðri einkavæðingunni.

Er símenntun mælanleg?

Lífeyrismál voru nokkuð til umræðu á fundinum en þeim eru gerð sérstök skil hér í opnunni. Auk þess töluðu forsvarmenn Læknablaðsins, orðanefndar og Orlofssjóðs og báru sig allir nokkuð vel. Fram kom að Orlofssjóður keypti nýjan bústað í vor og er hann í Vaðnesi í Grímsnesi.

Stefán E. Matthíasson formaður Fræðslustofn-

unar lækna flutti framsögu um símenntun lækna og urðu nokkrar umræður um hana. Þar kom meðal annars fram að þótt allir séu sammála um nauðsyn símenntunar eru ýmsir erfiðleikar á því að mæla árangurinn af henni. Við þetta er glímt víða um lönd enda tengist þetta kjaramálum lækna. Í Noregi og víðar lækka læknar í launum vanræki þeir símenntunina. Ýmsar aðferðir hafa verið reyndar til að halda utan um þessi mál, skráningu námskeið og mat á gæðum þeirra, og bíður þar nokkurt starf til að koma þessu í viðunandi horf hér á landi.

Talsmenn heimilislækna og annarra sérfræðinga stigu í pontu og loks greindu formenn svæðafélaganna frá því sem er efst á baugi í þeirra heimabyggð og kom fram í máli flestra landsbyggðarmanna að fræðslumálin ber hæst. Víða hafa læknar fengið aðgang að fjarfundabúnaði og hefur það gerbreytt aðstöðu lækna í afskekktari héruðum til þess að fylgjast með í faginu. Annað mál sem víða brennur á landsbyggðarlæknum eru erfiðleikar við að manna læknastöður.

En svona á heildina litið var nokkuð gott hljóð í læknum á þessari ráðstefnu, í það minnsta hvessti aldrei í salnum. **–ÞH**

Aðalfundur Læknafélags Íslands 2000

Aðalfundur Læknafélags Íslands verður haldinn á Ísafirði dagana 25. og 26. ágúst n.k. Auk venjulegra aðalfundarstarfa verða ýmis málefni á dagskrá fundarins, sem hefst kl. 11.00 föstudaginn 25. ágúst, málþing verður haldið á laugardeginum og sameiginlegt borðhald fundarmanna og gesta verður um kvöldið. Dagskrá fundarins verður auglýst nánar í júlíblaði Læknablaðsins og í fundarboði.

Aðalfundarfulltrúar óskast tilkynntir skrifstofu LÍ fyrir 10. júní næstkomandi ef mögulegt er vegna sumarleyfa og jafnframt um fyrirhugaðan ferðamáta viðkomandi til og frá Ísafirði vegna skipulags á flugi.

Aðalfundur Lífeyrissjóðs lækna

Aldurstengdu réttindakerfi komið á

Lífeyrissjóður lækna hélt fjölmennan aðalfund um miðjan apríl og var þar samþykkt að taka upp aldurstengt réttindakerfi. Samhliða því voru áunnin réttindi sjóðfélaga aukin um 45%. Báðar þessar samþykktir helgast af styrkri stöðu sjóðsins um þessar mundir en hrein eign hans jókst úr 8,9 milljörðum í 11,4 milljarða króna á síðasta ári.

Raunávöxtun sjóðsins var á síðasta ári 16,4% en nafnávöxtun 22,4%. Síðustu fimm ár hefur raunávöxtun sjóðsins verið að jafnaði 10,4% á ári sem verður að teljast góður árangur. Tryggingafræðileg staða sjóðsins var sterk þegar úttekt var gerð á henni um síðustu áramót. Miðað við 3,5% raunávöxtun eru eignir sjóðsins 4,6 milljarðar umfram áfallnar skuldbindingar.

Í ljósi þessarar góðu stöðu var ákveðið að taka upp aldurstengt réttindakerfi en það felur í sér að lífeyrisréttindi munu í framtíðinni ráðast af aldri sjóðfélaga þegar iðgjald er greitt en áður voru áunnin réttindi óháð aldri. Það þýðir í raun að iðgjald sem læknir greiðir í sjóðinn þegar hann er þrítugur veitir meiri réttindi en iðgjald sem hann greiðir um sextugt. Þetta helgast af því að fyrra iðgjaldið á eftir að standa á vöxtum í sjóðum allt að fjórum áratugum en hitt mun skemur.

Í blöðum sem dreift var á fundinum eru talin upp helstu rökin fyrir þessari breytingu:

- Afkoma lífeyrissjóðsins er óháð aldurssamsetningu sjóðfélaga.
- Hver sjóðfélagi fær réttindi í hlutfalli við sparnaðartíma og tryggingalega áhættu. Enginn sjóðfélagi hagnast á kostnað annars.
- Sjóðfélagar geta hætt fyrr að vinna án þess að missa af „verðmætustu“ árunum.
- Sjóðfélagar geta greitt viðbótariðgjald (umfram 11% af launum) til Lífeyrissjóðs lækna og þannig aukið lífeyrisréttindi sín í samtryggingarsjóði.
- Hægt verður að úthluta eignum umfram skuldbindingar árlega til sjóðfélaga. Það verður ekki lengur þörf á að eiga varasjóð til að mæta breytingum á aldurssamsetningu sjóðfélaga.

Við undirbúning þessara breytinga var skoðað hvaða áhrif þær hefðu fyrir einstaka aldurshópa innan sjóðsins og kom þá í ljós að elstu og yngstu sjóðfélagarnir hagnast á breytingunum. Sjóðfélagar á miðjum aldri hagnast minna vegna þess að þeir hafa þegar greitt í sjóð sem byggir á jöfnum réttindum hálfa starfsævina. Þess vegna var samþykkt að gera ráðstafanir til að jafna réttindin. Áunnin réttindi verða ekki skert en réttindi sjóðfélaga reiknuð eins og þeir hefðu greitt í aldurstengdan sjóð frá upphafi.

Á aðalfundin var gerður góður rómur að þessum tillögum og þær samþykktar í miklu bróðerni. **–ÞH**

FORÐAHYLKI; N 06 A A 22R Hvert forðahylki inniheldur: Venlafaxinum INN, klóríð, samsvarandi Venlafaxínum 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 kreatínínklerans 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 (hlébrýstingur 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 tvískauta 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 klínidíni 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, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, 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. Meltingartæri: 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. Prótínbinding venlafaxíns í plasma er u.þ.b. 27% en 30% fyrir O-desmetýlvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Úmbrot 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%

EFEXOR DEPOT
HVERS VEGNA BÍÐA

*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.



Ritnefnd og aðrir aðstandendur ritsins Læknar á Íslandi, talið frá vinstri: Sigurbjörn Sveinsson, Örn Bjarnason, Gunnlaugur Haraldsson, Páll Bragi Kristjónsson, Ásdís Rafnar og Hafsteinn Sæmundsson.

Læknar á Íslandi

Nýtt Læknatal komið út

Á AÐALFUNDI LÍ FYRIR SEX ÁRUM VAR samþykkt að ráðast í nýja útgáfu af ritinu **Læknar á Íslandi**, hina fjórðu, og hefur verkið nú séð dagsins ljós. Fyrsta útgáfan kom út árið 1944, unnin af Vilmundi Jónssyni landlækni og Lárusi H. Blöndal bókaverði. Ritstjóri hins nýja Læknatals er Gunnlaugur Haraldsson þjóðháttafræðingur, en Bókaútgáfan Þjóðsaga annaðist útgáfuna. Í ritnefnd sátu af hálfu LÍ læknarnir Hafsteinn Sæmundsson, Sigurbjörn Björnsson og Örn Bjarnason.

Læknatalið nýja er mikið að vöxtum, í þremur bindum alls 1725 síður. Þar er að finna æviskrár 2022 lækna sem starfað hafa og/eða numið læknisfræði á Íslandi frá miðri 17. öld til ársins 2000.

Í tilefni útgáfu ritsins bauð stjórn LÍ til samsætis í húsakynnum sínum þann 28. apríl síðstliðinn, en það var formlegur útgáfudagur ritsins. Formaður LÍ Sigurbjörn Sveinsson bauð gesti velkomna, ekki síst heiðursgesti sem voru læknarnir Baldur Johnsen, Erlingur Þorsteinsson, Friðrik Einarsson og Sigurður Samúelsson en þeirra hefur verið getið í öllum Læknatölum sem út hafa verið gefin.

Formaður rakti í grófum dráttum þá vinnu sem liggur að baki útgáfunni og þakkað öllum þeim sem lögðu hönd á plóginn: ritnefnd, ritstjóra, starfsmönnum Þjóðsögu, fyrrverandi og núverandi framkvæmdastjóra LÍ og læknunum Hannesi Finnbogasyni, Tryggva Þorsteinssyni, Sigmundi Magnússyni og Árna Björnssyni sem af mikilli óeigingirni prófarkarlásu allt verkið. Í ávarpi sínu sagði Sigurbjörn meðal annars: „Í dag fáum við í hendur æviágrip og ættir hundruða lækna, sem lagt hafa læknislistinni lið á Íslandi á umliðnum öldum. Öll gerum við okkur grein fyrir að hér er einungis að finna ramma um líf, ytri ásýnd þess, sem gerst hefur. Að baki hverju nafni býr yfirleitt mikil og flókin saga eins og verða vill í lífinu yfirleitt. Að baki eru örlög, sigrar og ósigrar í önn hversdagsins. Í þessi örlög fléttast og saga ástvina læknanna og allra þeirra annarra, sem gerðu þeim kleift að leggja stund á lækningarnar. Sumpart má finna heimildir um það annars staðar en í flestum tilfellum er líf þessa fólks óskrifuð saga, sem tíminn einn geymir."

Heiðursgestunum voru afhent fyrstu eintökin af ritinu og síðan öðrum þeim sem að framan er getið.

Læknar á Íslandi er til sölu hjá Þjóðsögu í Húsi verslunarinnar, s. 511 1777 og kostar kr. 26.900. Einnig mun verkið fást í einhverjum öðrum bókaverslunum.

-bþ

Bæklingur um heilsufar kvenna

■ Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið hefur gefið út bækling um heilsufar kvenna. Efni bæklingsins er álit nefndar sem skipuð var vorið 1995 til að kanna breytingar á heilsufari kvenna og gera tillögur um úrbætur.

Í ávarpi ráðherra sem birt er í bæklingnum segir að nefndin hafi komist að þeirri niðurstöðu „að vísbendingar séu um að konur búi að nokkru leyti við lakara heilsufar en karlar". Jafnframt bendir nefndin á að konur noti heilbrigðisþjónustu meira en karlar, séu sendar í fleiri rannsóknir, séu oftar sjúkdómsgreindar og settar í meðferð auk þess sem þær fái meira af lyfjum en karlar. Síðan segir í ávarpi ráðherra:

„Athyglisvert er að nefndin telur að margt bendi til þess að úrlausnir sem konur fái séu ekki sambærilegar við þær úrlausnir sem karlar fá og fyrir liggur að konur leita á ríkara mæli en karlar eftir óhefðbundnum lækningaaðferðum. Nefndin leggur mikla áherslu á hlutverk heilsugæslunnar og leggur til að unnið verði að því að veita þar fjölbreyttari þjónustu m.a. með því að ráða starfsmenn úr fleiri heilbrigðisstéttum og að aukin áhersla verði lögð á teymisvinnu. Þess utan er lagt til að nám heilbrigðisstétta verði endurskoðað með tilliti til kynjamunar. Bent er sérstaklega á heimilisofbeldi og stöðu nýbúakvenna, reykingar, atvinnusjúkdóma, geðræn vandamál og áfengismeðferð þar sem taka þurfi í auknum mæli tillit til þarfa kvenna. ... Fjölmörg atriði í tillögunum byggjast á breyttu hugarfari okkar allra og heilbrigðisstétta, nýrri nálgun, aukinni samvinnu, breyttri forgangsröðun og aukinni áherslu á forvarnir..."

Bæklingurinn er 36 blaðsíður í stærðinni A4. Hann er hægt að nálgast í ráðuneytinu og á heimasíðu þess en slóðin þangað er *www.stjr.is/htr*

Sjálfskipuðum siðapostula svarað

Högni Óskarsson

ÁRNI BJÖRNSSON LÆKNIR HEFUR NÚ um alllangt skeið birt reglulega pistla sína, „tæpitungulaust“, í Læknablaðinu. Helsta höfundareinkenni hans virðist mótast af því að Árni hefur skipað sig í hlutverk siðapostula, sem gagnrýnir og áminnir lækna og stjórnendur þessa lands. Til þess að valda hlutverki siðapostulans þarf traustan siðfræðigrunn, yfirsýn, hlutlægni og réttsýni. Siðapostulum er ekki ósjaldan mikið niðri fyrir, jafnvel reiðir, enda telja þeir sig hafa mikilvægan boðskap að flytja. Umfjöllun Árna um almenn mál er oft fróðleg, jafnvel skemmtileg, eins og vangaveltur hans um The Asilomar Process í síðasta tölublaði Læknablaðsins. Þegar Árni fjallar hins vegar um erfðarannsóknir á Íslandi, og þá sérstaklega þegar þær tengjast einu ákveðnu fyrirtæki á því sviði, þá slær heldur betur í bakseglin hjá honum. Sé ég ekki betur en að Árni láti þá reiðina eina og ofstæki ráða, en glati með öllu öðrum eiginleikum til þess að vera trúverðugur siðapostuli. Kemur þetta glögglega fram í sömu grein.

Þar fer Árni mjög niðrandi orðum um erfðarannsókn á kvíða, sem undirritaður stendur að ásamt læknunum Jóni G. Stefánssyni og Halldóri Kolbeinssyni sem unnin er í samvinnu við Íslenska erfðagreiningu. Telur hann skimunarlista okkar (SSQ) harla ómerkilegan, vísindalega aðferð okkar setur hann innan gæsalappa í háðungarskyni, segir að rannsóknin hafi ekki skýr markmið og gefur í skyn að kvíðasjúkdómur sé ekki alvarlegt heilsufarsvandamál. Klikkir hann út með að tölvunefnd og vísindasiðanefnd hafi brugðist hlutverki sínu og fer niðrandi orðum um hátt á annað hundrað íslenskra lækna sem stunda rannsóknir í samvinnu við Íslenska erfðagreiningu.

Þegar menn reiða hátt til höggs, er eins gott að menn hafi styrk til að fylgja atlögunni eftir. Telji Árni sig hafa fullgild rök fyrir ásökunum sínum, þá ber honum að fylgja þeim eftir með athugasemd eða kæru til réttra yfirvalda. Mun ég auðvelda honum heimavinnuna með því að svara nokkrum ásakana hans, en lýsi mig að öðru leyti reiðubúinn til að fara yfir vísindalegan bakgrunn rannsóknarinnar með Árna, kæri hann sig um slíkt.

- Kvíðasjúkdómar eru alvarlegt heilsufarsvandamál. WHO spáir því að kvíði verði í hópi 10 mestu (burden of disease) heilbrigðisvandamála allrar heimsbyggðar innan 15 ára.
- Um alllangt skeið hafa rannsóknir verið stundaðar á sameindaerfðafræði kvíða, austan hafs og vestan.
- Umsókn okkar til tölvunefndar og vísindasiðanefndar er studd 45 tilvitnunum í vísindagreinar úr viðurkenndum vísindaritum.
- Rannsóknarmarkmið okkar er að kanna erfðir kvíðasjúkdóma á Íslandi og að einanagra erfðaþætti sem orsaka eða eru meðvirkandi við myndun þeirra. Eru þessi markmið í sama anda og annarra vísindarannsókna á þessu sviði.
- Spurningalisti okkar (SSQ) er skimunarlisti, hannaður af Wittchen og félögum við Max Planck Institut í München. Er hann víða notaður við skimunarleit að kvíða.
- Allir sem greinast þannig með kvíða og uppfylla önnur skilyrði rannsóknarinnar fara í nánari greiningu. Þar verður stuðst við CIDI, sem er staðlaður spurningalisti, gefinn út af WHO, og mjög víða notaður sem rannsóknartæki. Á þann hátt verður endanleg kvíðagreining að uppfylla ströngustu skilmerki.
- Tölvunefnd og vísindasiðanefnd unnu sína vinnu vel, eins og marka má af þarflegum ábendingum og kröfum sem frá þeim komu.

Ætti þetta eitt að nægja til að sýna fram á hversu yfirborðsleg umfjöllun Árna er og hve hvatirnar að baki skrifum hans hafa lítt með siðfræði að gera, hvorki almenna né læknisfræðilega. Kemur þetta ekki síst fram í nöldri Árna yfir því að við leggjum okkur fram við að lýsa vel persónuverndarferli rannsóknarinnar í bréfi til væntanlegra þátttakenda.

Það þykir skynsamlegt að leiða svona skrif hjá sér. Á ég frekar von á því að aðrir þeir aðilar sem Árni slæmir hendinni til, munu gera það þó að ég hafi kosið að svara Árna í þetta skiptið. Ég hef alltaf talið Árna sóma sér vel í læknisslopp, en íklæddur kufli siðapostula gerir hann ekki annað í þetta skiptið en að bletta kuflinn og hrukka. Því miður.

Athugasemdir við athugasemdir Högna Óskarssonar við grein undirritaðs, Landlæknisembættið, í Læknablaðinu 5/2000

ÉG ER ÞAKKLÁTUR RITSTJÓRN LÆKNABLAÐSINS fyrir að gefa mér tækifæri til að bæta augum „breiðsíðu“ H.Ó. á greinina og mig og gefa tækifæri til stuttra svara. Fyrirsögnin ber vott um nokkurt yfirlæti gagnvart „sjálfskipuðum“ siðapostulum. Það tel ég mér til tekna því ég hef alltaf tortryggt „launaða“ siðapostula.

Hvað varðar erfðarannsóknir á kvíða efast ég ekki eitt augnablik um að væntanlegir rannsakendur hafi uppfyllt ýtrustu kröfur siða- og tölvunefndar um slíka rannsókn. Það breytir ekki því, og þar er ég ekki einn á báti (sjá væntanlega grein í New England Journal of Medicine eftir Annas GJ), að telja rannsóknir á lítt mælanlegum eðlisþáttum manna og ekki síst rannsóknir á erfðaefni þeim tengt, vafasöm vísindi sem geti jafnvel verið skaðleg í röngum höndum.

Svo er það kuflinn. Vera má að kuflinn minn hafi krumpast og fengið á sig einhverjar slettur í hita leiksins undanfarið, en ég kýs hann þó heldur en skollabuxur þær sem H.Ó., og því miður fleiri kollegar, hafa klæðst síðan gullasninn var teymdur inn í borg íslenskra læknavísinda. **ÁRNI BJÖRNSSON**

Opinn gluggi til Evrópu



Katrín Fjeldsted

UNDIR LOK SÍÐASTA ÁRS FÓL STJÓRN LÆKNAFÉLAGS Íslands mér að vera fulltrúi félagsins í CP, Comité Permanent des Médecins Européens (á ensku: Standing Committee of European Doctors). Með þessari grein langar mig að gera nokkra grein fyrir CP, lesendum Læknablaðsins til fróðleiks.

CP var stofnað í Amsterdam 1959 og hefur átt aðsetur í miðdepli möppudýragarðs Evrópu, Brüssel, frá 1992. Margir telja skynsamlegt að koma fleiri stofnunum lækna fyrir á sama stað og hefur meðal annars verið rætt um það hjá UEMO. CP má kalla regnhlífarsamtök fyrir helstu samevrópsku læknasamtökin svo sem UEMS, UEMO, PWG, FEMS, AEMH og CIO. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin WHO og Alheimssamtök læknanema (IFMSA) eiga einnig aðild að CP. Núverandi formaður samtakanna er Finninn Markku Aarimaa og nýr framkvæmdastjóri norski læknirinn Grethe Aasved.

CP hefur haft áhrif á stefnu Evrópulanda í heilbrigðismálum og á hlutverk, menntun og atvinnumöguleika evrópskra lækna. Samtökin leggja megináherslu á að Evrópuþjóðum standi til boða sem best heilbrigðisþjónusta og að læknar séu vel menntaðir og sinni vel starfi sínu. Frjáls för evrópskra lækna milli landa og sameiginlegur vinnumarkaður byggir ekki síst á því að menntunar- og þjálfunarkröfur séu sambærilegar frá einu landi til annars. Innan CP er mikil þekking á heilbrigðismálum og öllu því sem tengist læknastéttinni. CP vill vera í góðu samstarfi við allar helstu stofnanir innan Evrópusambandsins. Þar er fylgst vel með þróun mála og brugðist við eins og við á auk þess sem samtökin taka forystu í ýmsum mikilvægum málum sem snerta lækna og sjúklinga.

CP heldur að jafnaði tvo fundi á ári og fór ég á fyrsta fund minn 6.-8. apríl síðastliðinn. Á fundinum voru fulltrúar frá 17 aðildarlöndum, en þau eru auk Norðurlandanna, Austurríki, Belgía, Frakkland, Þýskaland, Grikkland, Írland, Ítalía, Lúxemborg, Holland, Portúgal, Spánn og Bretland. Þá eiga ofannefnd Evrópu- og alheimssamtök aukaaðild og seturétt þar fyrir utan eiga fulltrúar frá Ungverjalandi, Póllandi, Slóveníu og Sviss. Alls sóttu fundinn hátt í 100 manns.

Á fundinum hitti ég gamla félaga frá norrænu samstarfi fyrri ára og einnig frá UEMO, þar á meðal formann finnsku læknasamtakanna Kati Myllymaki, Max Zollner frá Þýskalandi (en 14 fulltrúar komu þaðan), Mogens Gliese, Tom Kennedy og Jasper Poulsen frá Danmörku (Danmörk sendi hvorki meira né minna en sjö fulltrúa á fundinn, enda eru þeir mjög virkir í þessu starfi) en auk þess átti ég gott samstarf við sessunaut minn, írska fulltrúann Neil Brennan, og þrjá breska lækna, Roger Chapman, Len Harvey og Michael Wilks. Sá síðastnefndi hefur starfað talsvert gegn hnefaleikum fyrir BMA og gat hann gefið mér upplýsingar um afstöðu breska læknafélagsins sem voru mér gagnlegar þar sem ég hef unnið að því að lögum frá 1956 sem banna hnefaleika verði ekki breytt. Rainer Brettenthaler frá Austurríki er enn sami bókaormurinn og við skiptumst á upplýsingum um skemmtilegar bækur eins og venjulega.

Segja má að markmið um bestu heilbrigðisþjónustu sem hægt er að veita hafi beðið nokkurt afhroð á líðandi áratug vegna þess að allmikill munur og vaxandi er á milli þess sem læknisfræðin getur tæknilega séð gert og þess sem þjóðir álfunnar hafa efni á. Sums staðar eru of fáir læknar til að sinna verkefnunum en annars staðar er læknastéttin of fjölmenn. Þá hefur stefnu Evrópulanda um frjálsa för og viðskipti milli landa verið ógnað á þessum síðasta áratug 20. aldar með sjúkdómi í breskum nautgripum og díoxínmengun í gosdrykkjum á meginlandinu svo eitthvað sé nefnt. Slík atvik hræða almenning og gera okkur öll meðvitaðri um þær hættur sem geta fylgt því að hindrunum sé rutt burt af matvælamarkaðnum. Læknar í Evrópu láta sig varða öryggi matvæla og fjalla meðal annars. um Eurodiet sem er Evrópusambandsverkefni og á fundinum var vakin athygli á því að stofnunum sem annast eiga hagsmuni almennings hafi sums staðar verið komið á fót. Á Írlandi er þannig til Food Safety Authority og er formaður þess læknir, sýklafræðingur, sem reglulega kemur fram í sjónvarpi og hefur haft gríðarmikil áhrif. Innan stofnunar hans koma fram sjónarmið allra hagsmunaaðila, allt frá framleiðendum matvæla til neytandans, en megináhersla er lögð á hagsmuni neytandans og öryggi almennings. Spurt var á fundinum hvort sambærilegar stofnanir væru í öðrum CP löndum.

Á fundinum í apríl var fjallað um afar mörg og fjölbreytt málefni svo sem siðfræði, rekstur, læknismenntun, umhverfismál, tölvuvæðingu sjúkraskrárinnar, sjúkrahúslækna, atvinnusjúkdóma, vinnuskilyrði, upplýst samþykki (en af því að ég blandaði mér í umræðurnar var ég valin í vinnuhóp um upplýst samþykki ásamt Wilks, Brettenthaler, van Leeuwen

og Joset), lágmarkslengd framhaldsnáms, réttindi fóstursins, lyfjaávísanir, vinnutíma unglækna og fleira. Mörgum finnst erfitt að breyta nokkru eða ná í gegn nýjum hugmyndum innan samtakanna, og að jafnvel geti tekið tvö ár að breyta einni kommu í texta!! Einn fundarmaður sagði að Evrópusambandið væri í óða önn að skilgreina grænmeti (stærð, lögun og lit á eplum til dæmis eða hversu íbjúgir bananar mættu vera) en vanrækti mikilvægari mál eins og mannréttindi. Ekki ætla ég að leggja mat á það.

Líkast til er skriffinnska og seinagangur samevrópskt vandamál sem margir halda fram að tröllríði flestum stofnunum Evrópusambandsins. Á CP fundinum reyndi breska sendinefndin ásamt þeirri dönsku (enn eina ferðina) að fá samþykkta tillögu **CP 2000/051** um að Evrópusambandsákvæðum um lengd framhaldsnáms í heimilislækningum yrði komið fyrir í sérstökum viðauka, Annex D um leið og fyrirmælum um skilgreiningu á sérfræðigreinum í læknisfræði og lágmarkslengd á framhaldsnámi verður komið fyrir í Annex C en ekki látið standa í **tilskipun 93/16/EC** eins og verið hefur. Þessi tillaga fékk 12 atkvæði, einn var á móti og fjórir sátu hjá. Tillagan féll þótt atkvæði færu 12:1 en til þess að tillaga sé samþykkt þarf nefnilega 3/4 hluta atkvæða eins og regla er í Evrópustarfi og þá eru hjásetur reiknaðar með í atkvæðatalningu. Tillagan fékk samkvæmt þessu 12 atkvæði af 17 eða rúm 70%. Þetta fannst Dönunum alveg ómögulegt og líkast til verður haldið áfram að kljást við þetta á næsta fundi.

Tillaga **CP 2000/049** var um vinnutímatilskipun Evrópusambandsins og var hún samþykkt. Þar kemur fram að samkomulag milli Evrópuþings og Evrópuráðherra sé skref í rétta átt en unglæknar í sumum Evrópulöndum vinni þó enn hættulega langan vinnudag. CP leit á það sem óréttlátt og ónauðsynlegt að undanskilja unglækna þegar vinnutímatilskipunin var samþykkt og hefur ásamt PWG reynt að fá því breytt bæði til að vernda öryggi þeirra og heilsu og ekki síður sjúklinganna. CP fordæmdi þá staðreynd að ráðherraráðið skyldi krefjast níu ára aðlögunartíma að því að unglæknar ynnu 48 tíma vinnuviku og ekki síður að aðildarlöndum skuli heimilað að framlengja aðlögunartímann um þrjú ár enn í vissum tilvikum. Aðildarríki voru hvött til þess að taka tilskipunina upp hið fyrsta í stað þess að stofna heilsu unglækna og sjúklinga þeirra í hættu.

Tillaga **CP 2000/020** frá prófessor Detilleux frá Frakklandi um samheitalyf var samþykkt. Hún er allítarleg og fjallar um þá tilhneigingu að lyfjafræðingum gæti í vaxandi mæli verið heimilað að afgreiða annað lyf en það sem skráð er á lyfseðli. Ekki komi til greina að þeim verið heimilað að afgreiða lyf úr öðrum lyfjaflokki með „svipaða verkun", heldur verði að vera um sama generiskt lyf að ræða og byggt á INN flokkun innihaldsefna. Heilbrigðisyfirvöldum sé gert skylt að halda skrá fyrir lækna yfir samheitalyf og krefjast eigi þess í aðildarríkjunum að lyf beri INN heiti .

Tillaga **CP2000/036** var einnig samþykkt. Hún byggir á frjálsi för og rétti til að leita eftir þjónustu milli Evrópulanda, rétti til heilbrigðisþjónustu af hæsta gæðaflokki og valfrelsi almennings. Þar segir meðal annars að sjúklingar eigi að hafa rétt á viðeigandi heilbrigðisþjónustu í hvaða Evrópusambandslandi sem er, þeir eigi rétt á því að heilbrigðisþjónustan sé veitt í samræmi við þá gæðastaðla sem læknastétt hvers lands setur og einnig rétt á því að þeirra eigið tryggingakerfi endurgreiði kostnað í samræmi við siðfræðileg sjónarmið og lagaramma í heimalandinu.

Tillaga **CP 2000/048** snýst um viðvaranir á tóbaksvörum og baráttu gegn skaðsemi tóbaks. Evrópuráðið hefur verið að vinna að tilskipun um skaðsemi tóbaks og Evrópuþing og ráðherrar hafa ákveðið að gera tilskipunina að forgangsverkefni. Því hvetur CP þessa aðila til að beita sér fyrir strangri löggjöf og einsetja sér að draga úr dauðsföllum af völdum tóbaksreyks fremur en að láta undan hagsmunaaðilum sem framleiða og selja tóbaksvörur. Tillaga þessi var samþykkt samhljóða.

Ég hef haldið öllum gögnum um fundinn til haga og geta kollegar haft samband við mig til að fá nánari upplýsingar um einstök atriði. Ég vonast þó til að gögnin verði varðveitt framvegis í húsnæði LÍ og þannig gerð aðgengileg fyrir félagsmenn.

Ég hef hér einungis sagt frá nokkrum samþykktum fundarins sem ég tel að gætu verið áhugaverðar fyrir íslenska lækna. Næsti fundur CP verður í Finnlandi í lok ágústmánaðar. Með samstarfi af þessu tagi eru íslenskir læknar að opna gluggann yfir til Evrópu á áhrifaríkan hátt, því að þar er víða að finna ferska hugsun auk þess sem viðfangsefnin reynast ótrúlega keimlík því sem við þekkjum í túninu heima.

Áhrifaríkt

28% sjúklinga fá merkjanleg áhrif innan 12 klukkustunda

Mómetasón fúróat er öflugur barksteri (af flokki III)

Öruggt

Lítil hætta er á kerfisbundnum áhrifum (< 0,1%)

Lág tíðni blóðnasa (8% á móti 5% lyfleysu)

Einfalt

Einn skammtur á dag

Handhægar umbúðir

Nasonex® mómetasón fúróat

- nefúði, dreifa

– nýr barksteri í vatnslausn



Nasonex Schering-Plough A/S, 960233

NEFÚÐI, DREIFA; R 01 A D : R E

Hver úðaskammtur inniheldur: Mometasonum INN, furoate, monohydrat, samsvarandi Mometasonum INN, furoate 50 míkróg.

Ábendingar: Nasonex nefúði er notaður fyrir fullorðna og börn 12 ára og eldri til meðhöndlunar á árstíðabundnum eða heilsárseinkennum ofnæmisnefkvefs.Hjá sjúklingum sem hafa sögu um miðlungs eða alvarleg einkenni af árstíðabundnu ofnæmisnefkvefi, má nota Nasonex fyrirbyggjandi í allt að fjórar vikur áður en frjókornatímabilið hefst.

Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum Nasonex. Ekki ætti að nota Nasonex ef um ómeðhöndlaða, staðbundna sýkingu er að ræða í nefslímhúð. Sjúklingar, sem nýlega hafa gengist undir skurðaðgerðir á nefi eða eru með áverka á nefi, ættu ekki að nota barkstera í nef fyrr en sárin hafa gróið að fullu, þar sem þeir hamla að sár gróí.

Varúð: Nasonex nefúða skyldi ekki nota, eða þá með mikilli varúð, ef sjúklingar hafa virka eða óvirka berklasýkingu í öndunarfærum eða ómeðhöndlaða sveppasýkingu, bakteríusýkingu, útbreidda veirusýkingu eða herpessýkingu í auga. Eftir 12 mánaða meðferð með Nasonex nefúða sáust engin merki um rýrnun í nefslímhúð. Eins og við alla langtímameðferð þarf að skoða reglubundið þá sjúklinga sem nota lyfið í nokkra mánuði eða lengur, m.t.t. hugsanlegra breytinga í nefslímhúð. Ef staðbundnar sveppasýkingar koma fram í nefi eða
koki þarf hugsanlega að hætta Nasonex nefúðameðferð.Ef um langvarandi ertingu í nefi og koki er að ræða kann að vera ástæða til að hætta meðferð með Nasonex. Þegar farið er yfir í meðferð með Nasonex nefúða, dreifu eftir almenna sterameðferð finna sumir sjúklingar í fyrstu fyrir einkennum um fráhvarf frá kerfissterameðferð t.d. lið- og/eða vöðvaverkir, slappleiki og þunglyndi þrátt fyrir að einkennin frá nefi lagist. Þessa sjúklinga þarf að hvetja sérstaklega til að halda áfram að nota lyfið. Þegar slík meðferðarbreyting er gerð geta komið fram einkenni um aðra ofnæmissjúkdóma svo sem augnslímhúðarbólga og exem sem héldust í skefjum vegna almennu sterameðferðarinnar. Vara ætti ónæmisbælda sjúklinga, sem eru á sterameðferð, við hættunni á sýkingum (t.d. hlaupabólu og mislingum) og um mikilvægi þess að leita sér læknishjálpar ef þeir verða fyrir slíkum sýkingum. Eins og við notkun annarra barkstera í nef ætti aðeins að nota Nasonex hjá þunguðum konum eða konum sem hafa börn á brjósti, ef gagnið af meðferðinni vegur meira en hugsanleg áhætta fyrir móður, fóstur eða ungbarn. Börn sem eru fædd af mæðrum sem fengið hafa barkstera á þungunartímabilinu þarf að athuga sérstaklega m.t.t. nýrnahettubarkarbilunar.

Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanir sem fram hafa komið í klínískum prófunum eru eftirfarandi: Höfuðverkur (8%), blóðnasir (8%), kokbólga (4%), sviði í nefi (2%) og erting í nefi (2%). Þessar aukaverkanir eru einkennandi þegar barkesterar eru notaðir í nefúða. Blóðnasir voru yfirleitt minniháttar og stöðvuðust af sjálfu sér.

Skammtastærðir handa fullorðnum (þ.m.t. aldraðir) og börnum 12 ára og eldri: Venjulegur ráðlagður skammtur er 2 úðanir (50 míkróg/úðun) í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 200 míkróg). Þegar sjúkdómseinkennin hafa lagast má minnka skammtinn í
eina úðun í hvora nös (heildarskammtur 100 míkróg). Ef einkenni lagast ekki má auka skammtinn í 4 úðanir í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 400 míkróg).Við meðferð með Nasonex nefúða fást merkjanleg áhrif innan 12 klst. eftir fyrsta skammt hjá mörgum sjúklingum sem þjást af árstíðabundnu ofnæmisnefkvefi. Samt sem áður geta
liðið nokkrir dagar áður en full verkun næst. Þessir sjúklingar ættu því að halda meðferð
áfram þar til fullum áhrifum er náð. Ekki er vitað um lækningalegt gildi lyfsins fyrir börn
undir 12 ára aldri og er ekki mælt með Nasonex fyrir þennan aldurshóp.

Pakkningar og verð: 1 úðastaukur, 18 g (120 úðaskammtar).

Heildsöluverð án vsk. 1.365.-

Smásöluverð með vsk. 2.747.-

Schering-Plough

Umboðsaðili: ISFARM ehf.

Yfirlýsing um sjálfsforræði lækna

SAMRÁÐSFUNDUR LANDSFÉLAGA LÆKNA Í EVRÓPU og Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar haldinn í Varsjá, Póllandi 17. til 19. marz 2000

1. vitandi um yfirlýsingu Samráðsfundar landsfélaga lækna í Evrópu og Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar í Tel Aviv í Ísrael 9. marz 1999;

2. staðfestir á ný, að frumskylda lækna felst í umönnun* sjúklinganna;

3. viðurkennir, að verulegt og viðeigandi sjálfsforræði er ómissandi þáttur í því, að læknar geti uppfyllt starfsskyldur sínar við sjúklinga sína og farið eftir þeim siðareglum, sem gilda fyrir læknastéttina;

4. samþykkir, að tilsvarandi skylda af hálfu lækna krefst þess, að tryggð sé ábyrg, virk og gagnsæ eigin stjórnun af hálfu læknastéttarinnar;

5. leggur á það áherzlu, að einstakir læknar og læknastéttin í heild taki mið af innviðum, úrræðum og menningu þess samfélags, sem þau eru hluti af;

6. staðfestir á ný, að sem hluta af ferli eigin stjórnunar axli læknar sem starfsstétt ábyrgð á því að setja gæðastaðla fyrir umönnun, sem einstakir læknar veita sjúklingum sínum;

7. samþykkir, að samfélagið veitir læknum sjálfsforræði í starfi, að samfélagið krefst tilsvarandi ábyrgðar af hálfu læknastéttarinnar og að það er grunnur þess trúnaðartrausts er samfélagið sýnir læknum;

8. vekur athygli á yfirlýsingum Alþjóðafélags lækna um sjálfsforræði og sjálfsstjórnun (Madrid 1987) og um réttindi sjúklingsins (Lissabon 1980, Balí 1995), svo og yfirlýsingu Fastanefndar lækna í Evrópu um sjálfsforræði í starfi og um ábyrgð (1999);

9. álítur að umönnun sjúklinga* og sjálfsforræði lækna séu í hættu í hvert sinn sem starfsfrelsi er skert, þegar kostnaði er haldið niðri eða þjónusta er skömmtuð af efnahagsástæðum;

10. álítur að nauðsynlegt sé, að löggjöf um störf þeirra, sem veitt er fullt leyfi til lækninga, skuli taka mið af eftirfarandi íhugun og meginreglum, sem varða hlutverk þeirra í samfélaginu:

a) Læknar þurfa að hafa sjálfsforræði í starfi til þess að taka klínískar ákvarðanir varðandi umönnun sjúklinga*.

b) Traust það, sem samfélagið hefir á læknum, gerir réttmætt að þeim sé veitt viðeigandi sjálfsforræði í starfi.

c) Það er skylda lækna að vernda trúnað við sjúklinga, þegar þeir rækja starf sitt í þágu beztu hagsmuna sjúklingsins og réttinn til þess að rækja þessa skyldu ber að lögfesta.

d) Allir læknar ættu að hafa rétt til að starfa sjálfstætt.**

e) Læknum ætti ekki að refsa, fjárhagslega eða á annan hátt, þegar þeir leitast við að tryggja sjúkum og varnarlausum
– jafnan aðgang að virkri meðferð og
– að tiltæk séu nægileg úrræði til þess að hægt sé annast um sérhvern sjúkling.

f) Lagaákvæði er varða sjálfsforræði lækna mega ekki ganga í berhögg við ákvæði Alþjóðasiðareglna lækna (London 1949, Sidney 1968, Feneyjum 1988, Stokkhólmi 1994).

* Að því er þetta skjal varðar, ná orðin "umönnun sjúklinga" til forvarna, greiningar, meðferðar, endurhæfingar og hæfingar.

** Vegna ákvæða í stofnskránni getur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) ekki tekið afstöðu til þessa atriðis.

Íslensk þýðing © Örn Bjarnason 2000

Yfirlýsing um einkaleyfi á genamengi mannsins

SAMRÁÐSFUNDUR LANDSFÉLAGA LÆKNA Í EVRÓPU og Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar haldinn í Varsjá, Póllandi 17. til 19. marz 2000

hefir alvarlegar áhyggjur af veitingu einkaleyfa á genamengi mannsins og raða úr því, einkum til þeirra sem gæta viðskiptahagsmuna,

deilir þeirri skoðun, að þetta sé málefni, sem vísindasamfélagið eigi ekki eitt sér að ákvarða um og

hvetur landsfélög lækna til þess að stuðla að opinberri umræðu um þau alvarlegu siðfræðilegu og siðrænu vandamál, sem tengjast veitingu þessarar gerðar einkaleyfa og að því, að í umræðunni taki þátt almennir borgarar, stjórnmálamenn og vísindasamfélagið.

Íslensk þýðing © Örn Bjarnason 2000

Vandamiðað nám – Stöðug þekkingaröflun

Rætt við Stewart P. Mennin



Stewart P. Menning prófessor við The University of New Mexico School of Medicine í Albuquerque.

Á SÍÐUSTU ÁRUM HEFUR RUTT SÉR TIL RÚMS bæði austan hafs og vestan ný aðferðafræði við kennslu í læknisfræði. Aðferðin nefnist á ensku Problem-based Learning eða vandamiðað nám (hefur einnig verið nefnt lausnaleit á íslensku). Vandamiðað nám byggir á því að nemandinn sjálfur leiti lausna á vandamálinu með því að nýta þá þekkingu og reynslu sem hann hefur þegar aflað sér og uppgötvi þannig hvar skórinn kreppir, hvar þekkingu brestur og hvaða spurninga þarf að spyrja til að leita nauðsynlegrar, áframhaldandi þekkingar.

Nýlega var staddur hér á landi í boði læknadeildar Háskóla Íslands **Stewart P. Mennin** prófessor við The University of New Mexico School of Medicine, en það er einn þeirra háskóla sem tekið hefur upp aðferðir vandamiðaðs náms við menntun læknanema. Mennin hélt námskeið í þessari nýju kennsluaðferð fyrir kennara læknadeildar auk fyrirlestra og sýnikennslu fyrir nemendur og kennara.

Prófessor Mennin sagði í samtali við Læknablaðið að markmiðið með komu sinni hingað væri að stuðla að kynningu innan læknadeildar á ákveðnum hugmyndum og aðferðum sem beitt hefur verið við kennslu læknanema, aðferðum sem byggja á virkni nemenda sjálfra í kennslunni og því að nemendur beiti gagnrýninni framsetningu við lausn vandamála. Námið er skipulagt þannig að nemendur vinna í litlum hópum og vinna með raunveruleg, lifandi sjúkratilfelli. Þekkingarferlið er mikilvægt, ferli þess hvernig þekkingin verður til, hvernig unnt er að auka við hana og á hvern hátt nemendur geta sannreynt þekkingargrundvöll sinn.

– Í kennslu legg ég áherslu á að nemendur spyrji sig ákveðinna spurninga, segir Mennin. Hvað kunna nemendur þegar að vita um þetta ákveðna tilfelli, frá námi sínu, reynslu og lífi. Nemendur uppgötva stöðugt hvar þekking þeirra liggur og hvar mörkin eru. Ennfremur uppgötva nemendur að þeir verða að auka við þekkinguna til að komast lengra, og þá spyr ég: hvað þurfið þið læra? Hvað skortir? Á þennan hátt geta nemendur stöðugt, raunar allt lífið, haldið áfram að læra til að auka færni sína og þekkingu.

– *En gerir þetta nemendur að betri læknum?*

– Við þeirri spurningu er ekkert einfalt svar. Hvernig á að vera unnt að mæla það? Verða sjúklingarnir hraustari eða lífið betra? Ég vildi gjarnan geta sagt já, en get það ekki vegna þess að engar slíkar rannsóknir hafa verið gerðar. Setji ég á hinn bóginn fram spurningarnar: eru nemendur ánægðari í skólanum, líður þeim betur, læra þeir meira, sýna þeir meiri færni við útskrift og á þjálfunar-

tíma, geta þeir haldið áfram að læra allt sitt líf, leita þeir oftar en aðrir vinnu á stöðum þar sem raunveruleg þörf er fyrir menntun þeirra, þá er svarið játandi við öllum spurningunum.

– En aðferðafræði vandamiðaðs náms einskorðast ekki við kennsluna heldur hlýtur hún einnig að taka til þess hvernig menntunin er metin. Hér til dæmis geta nemendur staðið sig vel á prófum en ekki endilega þegar út í raunveruleikann er komið. Þeir geta fengið háar einkunnir takist þeim að skrá mikinn fjölda staðreynda. Að koma staðreyndunum saman í heildstæða einingu og nýta þær til lausnar vandamála er hins vegar allt annar handleggur.

– Ef við ætlum að kenna nemendum á þann hátt að nota ákveðin vandamál sem uppsprettu þekkingar þá verðum við að prófa þá með vandmálum, með raunverulegum sjúklingum, uppsettum stöðluðum tilfellum eða tilbúnum á pappírnum. Það er ekki nóg að vita, nemendur verða að vita hvernig og þeir verða einnig að sýna hvernig. Við viljum að bæði nemendur og kennarar geti sagt: ég veit þetta, en hvernig beiti ég þekkingunni, hvernig nýtist hún mér til lausnar á því vandamáli sem fyrir liggur? Á þennan hátt ættu próf að vera kennsluefni en ekki einungis próf. Þannig að nemendur geti lært af prófinu hvers þeir eru megnugir og hvar þekkingu brestur, hvar þarf að bæta við sig. Þannig verður prófið einskonar kynning á færni, á samskiptum við sjúklinga, lýsing á hugmyndum nemanda, þar sem hann verður að verja álit sitt, hvers vegna grípa skal til ákveðinnar meðferðar og hvaða upplýsingar og staðreyndir liggja til grundvallar. Í stuttu máli: samspil hvaða þátta getur útskýrt vandamál þess sjúklings sem prófið byggir á og hvers vegna valdi nemandinn þá meðferðarleið sem valin var. Þetta er mjög ólíkt framsetningu prófa sem byggja á staðreyndaupptalningu. Á þennan hátt verður prófið eðlilegur hluti námsefnisins, ef námsefni er breytt verða kennsluaðferðir jafnframt að breytast í takt.

– Mjög mörg háskólasjúkrahús hafa frábæra rannsóknaaðstöðu og meðferðarmöguleika en leggja ekki jafn þunga áherslu á menntunarþáttinn og aðferðirnar við kennslu. Markmiðið er hins vegar að nota kennslufræðina til jafns við vísinda- og rannsóknavinnu.

Mennin kvað þetta vera hluta þess sem hann hefði fjallað um í fyrirlestrum sínum og á fundum með kennurum læknadeildar. Hann kvaðst ennfremur hafa átt ánægjulegt samtal við landlækni þar sem meðal annars bar á góma hvernig þessi framgangsmáti við kennslu læknanema gæti orðið heilbriðgisþjónustunni og læknisfræðinni í landinu til góða.

Runólfur Pálsson lektor í lyflæknisfræði við læknadeild Háskóla Íslands, sem sat fund Læknablaðsins með Mennin, kvaðst afar ánægður með komu hans hingað. Sjálfur kynntist hann aðferðum vandamiðaðs náms í framhaldsnámi sínu í Bandaríkjunum og sagði álit sitt það að breytinga væri og hefði lengi verið þörf innan læknadeildar.

Báðir vildu þeir leggja áherslu á að þessi aðferð við uppfræðslu örvaði bæði nemendur og kennara við þekkingaröflun. Nemendur fá gríðarlega hvatningu til að læra, ekki síst vegna þess að þeir bera sjálfir ábyrgð á lærdóm sínum. Þeir verða að gera sér grein fyrir hvers þeir þarfnast í náminu, aðferðin hefur nemandann sem útgangspunkt og nemendum líkar þetta vel. Lokaorðin voru þau að með þessu væri endurvakin gleðin yfir því að vera í skóla.

-bþ

Heimasíða Læknafélagsins

er á slóðinni

http://www.icemed.is

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:* Mígreni. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði, væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, sem gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Háþrýstingur. Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi áhrif 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 aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun. COZAAR má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. Hjartabilun: Upphafsskammturinn af COZAAR hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn á viku fresti um 12,5 mg daglega (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag. Tekið skal tillit til hvernig sjúklingur þolir þetta. **Skammtastærðir handa börnum:** COZAAR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð(desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: 12,5 mg:** 28 stk Verð: 2235 kr. **50 mg:** 28 stk. Verð: 3385 kr. 98 stk. Verð: 9843 kr. **Upphafspakkning: 12,5+50 mg:** 35 stk: Verð: 3385 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **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: Simvastatinum INN 10mg, 20mg, 40mg eða 80 mg.
Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólerstólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skamvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hægja á framvindu á æðakölkun í kransæðum, þar á meðal draga úr myndun nýrra vefjaskemmda og nýrra stíflna. Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transamínasar í blóði af 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 níkótínsýru. Að auki virðist hættan á vöðvakvilla aukast með háum gildum á HMG-CoA redúktasahemlavirkni í plasma. ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4. Hjá sjúklingum, sem taka cýklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru samhliða, ætti ZOCOR skammturinn venjulega ekki að fara yfir 10 mg, þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega við hærri skammta. Frábending er fyrir notkun mibefradils og ZOCORs. Varast ætti samhliða notkun með öðrum lyfjum t.d. cýklóspóríni; ítrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni, 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 simvastatíns. **Aukaverkanir:** ZOCOR þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til ZOCORs. ***Algengar (>1%):*** Kviðverkir, hægðatregða og uppþemba. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Þróttleysi og höfuðverkur og vöðvakvilli. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ógleði, niðurgangur, húðútbrot, meltingartruflanir, kláði, hárlos, svimi, vöðvakrampar, vöðvabólga, brisbólga, breytt húðskyn, útlægur taugakvilli, uppköst og blöðrukortur. 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, ofsaklæði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem marktækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklóspóríns, 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 árangursrikt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru ásamt ZOCOR, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. Skömmtun við nýrnabilun: Ekki ætti að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun, er hámarks skammtur 10 mg/dag. **Skammtastærðir handa börnum:** ZOCOR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Töflur 10mg:** 28 stk. Verð: 3547 kr 98 stk. Verð: 6180 kr **Töflur 20mg:** 28 stk. Verð: 5408 kr 98 stk. Verð: 16198 kr **Töflur 40mg:** 28 stk. Verð: 6180 kr 98 stk. Verð: 19164 kr **Töflur 80 mg:** 28 stk. Verð: 7886 kr 98 stk. Verð: 24635 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0 **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir:

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

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

ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)

Öll statín lækka kólesterólið

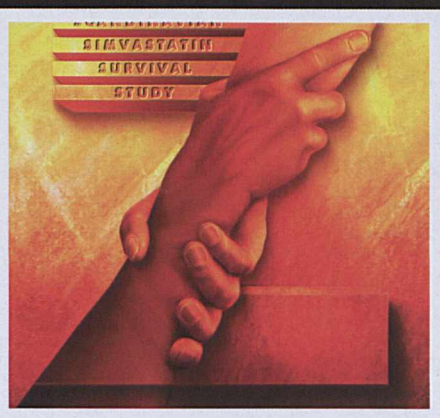
En takmarkið er að auka lífslíkur

EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

ZOCOR®* 20-40 mg

Auknar lífslíkur og langtímaöryggi 1,2

Nýr styrkleiki 80 mg.



Heimburger MedCom 0998

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

Stéttaskiptingin á Indlandi er heilbrigðisvandamál

– segir Iniyan Elango (R.S. Sridhar) geðlæknir og bráttumaður fyrir réttindum stéttleysingja, dalíta



Iniyan Elango (R.S. Sridhar) geðlæknir og baráttumaður fyrir réttindum hinna stéttlausu dalíta á Indlandi ásamt Sigurbirni Sveinssyni formanni LÍ.

Meira en fjórðungur Indverja, eða 250 milljónir manna, teljast til hinna stéttlausu. Hinir stéttlausu, öðru nafni dalítar, eru í raun réttlausir, neðstir í 2000 ára gömlu, rígbundnu stéttakerfi Indlands þar sem brahmanar tróna efstir í valdapíramítanum og síðan koll af kolli niður á við þar til komið er að hinum útskúfuðu dalítum.

Réttleysi dalíta birtist á öllum sviðum: efnahagslegum, félagslegum, pólitískum og menningarlegum. Þá skortir land til ræktunar og þeir hafa litla möguleika til að afla sér menntunar og þar með almennilegrar vinnu. Í borgum eru fátækrahverfin heimili dalítanna og tilviljanakenndar handtökur, pyntingar og ólöglegar aftökur viðgangast. Til sveita er ástandið jafnvel verra. Í fjölda þorpa búa dalítar aðskildir og verða oft á tíðum fyrir miklum árásum, hús eru brennd, bithögum lokað fyrir búfénaði þeirra og þeim meira að segja meinaður aðgangur að vatni renni það um land hindúa. Dalítar eru útilokaðir frá þátttöku í sveitarstjórnarkosningum en hafa rétt til þátttöku í þingkosningum. Það er þó meira í orði en á borði þar sem hótanir og morð hindra þátttöku. Samkvæmt venju eru dalítakonur verst settar allra, þær verða fyrir skefjalausri misnotkun og víða til sveita taldar opinber eign hinna ráðandi.

Menningarleg innræting helst síðan í hendur við efnahagslegt, félagslegt og pólitískt ofbeldi. Sérhver fæðist inn í ákveðna stétt og hlýtur að sætta sig við að því fær ekkert breytt – aldrei. Fyrir hindúana er þetta kerfi hið ágætasta, tryggir ódýrt vinnuafl og stöðugleika valdstéttarinnar.

Það sem að framan er talið er einungis brot af því sem fram kom í máli Iniyan Elango (R.S. Sridhar) í viðræðum sem hann átti við Sigurbjörn Sveinsson formann LÍ og Ásdísi Rafnar framkvæmdastjóra félagsins. Iniyan Elango er geðlæknir að mennt, býr og starfar í Madras. Hann var hér á landi í maímánuði á vegum Hjálparstofnunar kirkjunnar í því augnamiði að vekja athygli á skelfilegri stöðu stéttleysingja á Indlandi. Auk læknisstarfa hefur Iniyan Elan tekið virkan þátt í mannréttindabaráttu dalíta og reyndar hlotið bágt fyrir af hálfu yfirvalda í heimalandi sínu.

– Iniyan Elango kvað heilbrigðisþjónustuna á Indlandi rekna bæði af einkaaðilum og opinberum. Frumheilsugæslan er á vegum hvers fylkis. Úti í sveitum er þjónustan víða afar léleg, heilsugæslustöð kann að vera fyrir hendi, það er húsnæðið en annað ekki. Lækningatæki, lyf og annað sem þarf til að sinna sjúklingum skortir hins vegar. Algengt er til dæmis að sprautur og nálar séu notaðar margsinnis og meðhöndlun blóðs er mjög ábótavant. Í hverju héraði er héraðssjúkrahús og síðan stórt miðlægt sjúkrhús í fylkinu. Sérstök sjúkrahús eru fyrir starfsmenn sambandsríkisins og eru þau mun betur búin. Auk þessa eru síðan einkasjúkrahúsin og -stofurnar. Þjónustan þar er mjög dýr og ekki fyrir fátæklinga, hvað þá stéttleysingja!

– Læknisfræði á sér langa sögu á Indlandi, til dæmis var fyrsta sjúkrahúsinu í Madras komið á fót árið 1835, en Iniyan Elango sagði spillingu gífurlega innan heilbrigðiskerfisins og lítinn vilja hjá stjórnvöldum til að breyta því.

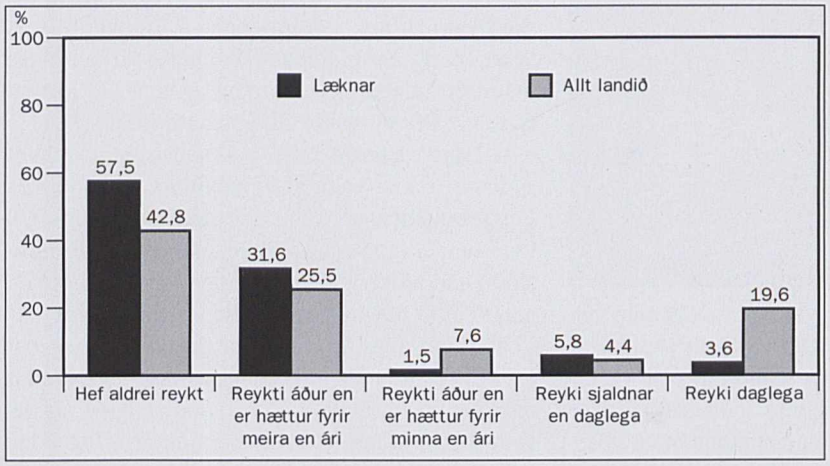
– Auðvitað hefði ég getað reynt að fara til Bandaríkjanna til að þéna sem mest af peningum á sem skemmstum tíma eins og margir kollega minna hafa gert. En ég tel að læknar eigi að bera siðferðilega ábyrgð, segir Iniyan Elango. Fátæktin og stéttaskiptingin á Indlandi er heilbrigðisvandamál. Vannæring er almenn, ekki síst meðal dalíta. Mannréttindabrot eru einnig heilbrigðisvandamál og ofbeldi er heilbrigðisvandamál. Gegn þessum vandamálum verður að berjast og það verður ekki gert nema að skilja samband hinna efnahagslegu, félagslegu og pólitísku þátta. Indland hefur efni á því að smíða kjarnorkusprengjur en engir peningar eru til fyrir lyfjum handa þeim sem þarfnast þeirra. Þetta tel ég siðferðilega rangt og þess vegna hef ég valið að vera ánægður baráttumaður fremur en vansæll sérfræðingur innilokaður á einkastofu. Látum það vera lokaorð hins einlæga og ötula læknis.

-bþ

Könnun á tóbaksnotkun íslenskra lækna

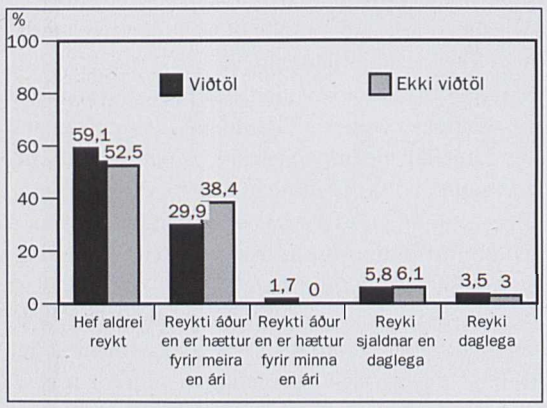
Pétur Heimisson

STJÓRN LI LÉT GERA KÖNNUN Á TÓBAKSNOTKUN meðal félagsmanna sinna í lok síðasta árs. Kveikjan að könnuninni var að EFMA (Europian Forum of Medical Associations) hvatti evrópsk læknafélög til að kanna hvernig háttað væri reykingavenjum lækna. Að beiðni stjórnar LÍ tók undirritaður að sér að sjá um framkvæmdina í samvinnu við starfsfólk skrifstofu LÍ.



Mynd 1. *Reykir þú eða hefur þú reykt? Læknar á aldrinum 26-90 ára í samanburði við landsmenn á aldrinum 26-89 ára. Þeir sem afstöðu tóku.*

Mynd 2. *Reykir þú eða hefur þú reykt? Læknar á aldrinum 26-90 ára. Greint eftir því hvort hefðbundin viðtöl við sjúklinga eru hluti af læknisstarfi þeirra.*



Höfundur er heilsugæslulæknir á Egilsstöðum.

Ákveðið var að nota sem grunn sömu spurningar og notaðar hafa verið árum saman í könnunum Tóbaksvarnanefndar á reykingavenjum þjóðarinnar. Þar sem í niðurstöðum könnunarinnar er sýndur samanburður við þjóðina („allt landið") er verið að bera læknakönnunina saman við svör þjóðarúrtaks í janúar 2000. Síðan var bætt við spurningum um notkun reyklauss tóbaks og spurningu, þar sem greint var milli þess hvort læknir sinnir reglulega viðtölum við sjúklinga eða ekki. Við endanlega gerð spurninga naut ég góðrar aðstoðar Þorsteins Blöndals læknis og færi ég honum þakkir fyrir.

Spurningar voru sendar öllum félögum í LÍ hér á landi (alls 1.048 félögum) og sá starfsfólk skrifstofu LÍ um það. Með spurningalistanum fengu menn einnig frímerkt umslag til að senda inn svör sín. Öllum var sent eitt ítrekunarbréf og fengust 725 svör, svarhlutfall því 69,2%. Úrvinnsla gagna fór fram hjá sama aðila og gerir hliðstæðar kannanir fyrir Tóbaksvarnanefnd, Price Waterhouse Coopers.

Um þetta var spurt:

1. Reykir þú eða hefur þú reykt? 2. Hvað reykir þú?
3. Notar þú eða hefur þú notað reyklaust tóbak, þ.e. nef- eða munntóbak?
4. Hvaða reyklausa tóbak notar þú?
5. Eru hefðbundin viðtöl við sjúklinga (hvort sem er á sjúkradeild eða stofu) reglulegur hluti af þínu læknisstarfi?

Niðurstöður ef marka mætti eru mjög jákvæðar, tóbaksnotkun meðal íslenskra lækna virðist í algjöru lágmarki, þegar miðað er við þjóðina alla. Af þeim sem svara eru einungis 3,6% sem reykja daglega og 5,8% sem reykja, en sjaldnar en daglega. Erfitt er að segja til um þá skekkju sem gera verður ráð fyrir að lágt svarhlutfall (69,2%) valdi. Því miður er ekki hægt að kanna þetta brottfall úr könnuninni nánar þar sem könnunin var þannig gerð að ekki var fylgst með því hverjir svöruðu og hverjir ekki. Það er reynsla þeirra sem vel þekkja til að þegar læknar eru spurðir á þennan hátt um eigin tóbaksnotkun, þá megi gera ráð fyrir að í brottfallinu (30,8% í þessari könnun) sé tóbaksnotkun tíðari en á meðal svarenda. Því er varhugavert að taka fullt mark á niðurstöðum könnunarinnar og mitt mat er það að reykingar meðal íslenskra lækna séu því miður eitthvað tíðari en þessar niðurstöður benda til.

Í því sambandi er rétt er að nefna könnun sem læknarnir Þorsteinn Blöndal og Sveinn Magnússon ásamt þáverandi læknanema Önnu Stefánsdóttur gerðu 1989 og sem birt var í 2. tölublaði Læknablaðsins 1991. Þar var notað 200 lækna úrtak úr félagaskrá LÍ, spurt í gegnum síma og fengust svör frá 196 læknum. Samkvæmt þeirri könnun reyktu 13,3% lækna daglega og önnur 13,3% reyktu en sjaldnar en daglega. Einnig liggja nú fyrir fyrstu niðurstöður af samnorrænni könnun meðal heimilislækna sem gerð var árið 1999 að frumkvæði krabbameinsfélaganna á Norðurlöndum. Samkvæmt þeim reykja 7% íslenskra heimilislækna daglega og 5% þeirra reykja sjaldnar en daglega.

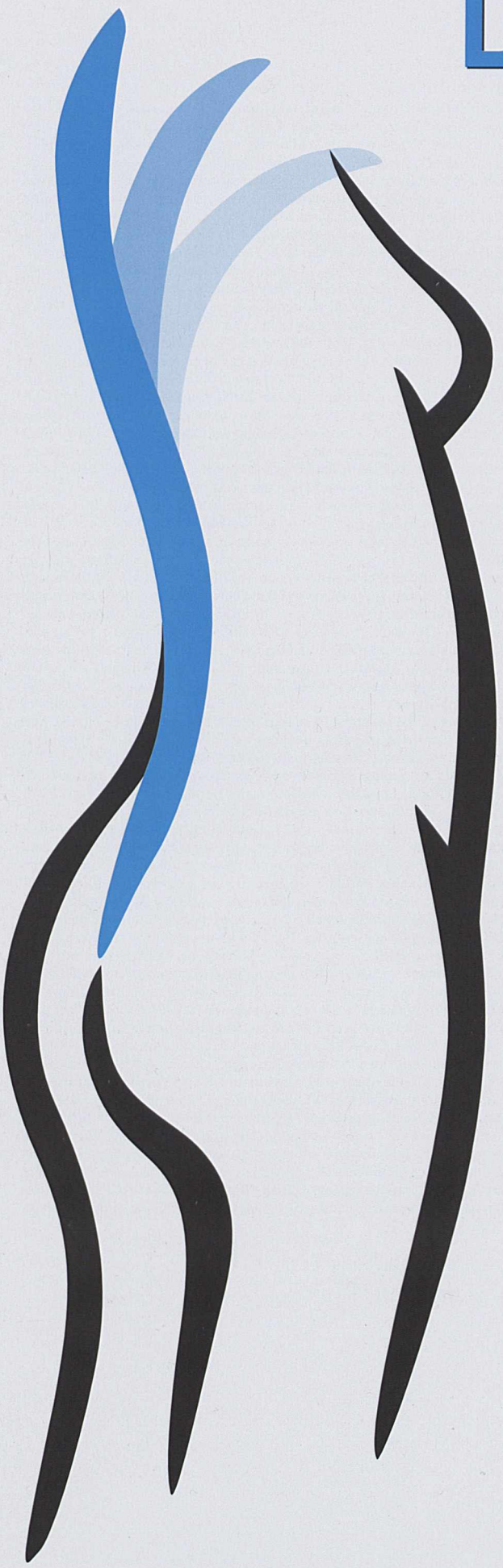
Að lokum vil ég þakka öllum þeim er svöruðu spurningunum og síðast en ekki síst starfsfólki á skrifstofu LÍ fyrir sinn þátt í könnuninni. Með þessum orðum um könnunina fylgja auk spurninganna sjálfra tvær myndir úr lokaskýrslu. Skýrslan sjálf er hins vegar aðgengileg á skrifstofu LÍ og hjá undirrituðum (sími 471 1400) fyrir þá sem vilja kynna sér hana nánar.

DIDRONATE®

bífosfónat • etídrónat

VIÐ BEINÞYNNINGU

- Eykur beinmassa
- Fækkar beinbrotum



Roche

Procter&Gamble

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Eiginleikar: Etídrónat er bífosfónat og líkist pýrófosfati að byggingu. Áhrif þess á beinmyndun eru flókin, en vitað er að það binst hýdroxýapatít kristöllum og hindrar stækkun þeirra. Aðal áhrifin eru minnkun á beinþynningu. Aðgengi lyfsins eftir inntöku er lágt eða aðeins um 3% og er enn minna ef lyfið er tekið með mat. Um það bil 50% útskilst með þvagi innan 24 klst., en hluti þess binst í beinum, en þaðan losnar það mjög hægt. Engin lyfjaumbrot hafa sannast.

Ábendingar: Beinþynning eftir tíðahvörf þar sem hætta er talin á samfallsbrotum í hrygg.

Frábendingar: Osteomalacia, nýrnabilun.

Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið er ekki ætlað konum á barneignaraldri en í dýratilraunum hafa sést ýmis konar gallar í beinmyndun fóstra, en þýðing þessa er óviss fyrir menn. Ekki er vitað hvort lyfið útskilst í brjóstamjólk.

Aukaverkanir: *Algengar(>1%): Meltingarfæri:* Ógleði, niðurgangur. *Sjaldgæfar (0,1-1%): Húð:* Ofnæmisbjúgur, kláði, útbrot. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Blóð:* Agranulocytosis, fækkun á hvítum blóðkornum, pancytopenia. *Öndunarfæri:* Versnun á astma, bólga í tungu. *Stoðkerfi:* Liðverkir. *Taugakerfi:* Úttaugaeinkenni. *Annað:* Hárlos, höfuðverkur, sinadráttur.

Skammtastærðir handa fullorðnum: Lyfið á að taka einu sinni á dag, að minnsta kosti 1 klst. fyrir mat eða að minnsta kosti 2 klst. eftir mat. Lyfið má taka með vatni eða ávaxtasafa, en varast ber vökva með miklu kalkinnihaldi s.s. mjólk. Ráðlagður skammtur er 2 töflur (400 mg) á dag í 14 daga, síðan er gefið kalk í inntöku 500 mg næstu 76 daga og er þá byrjað á nýjan leik.

Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum.

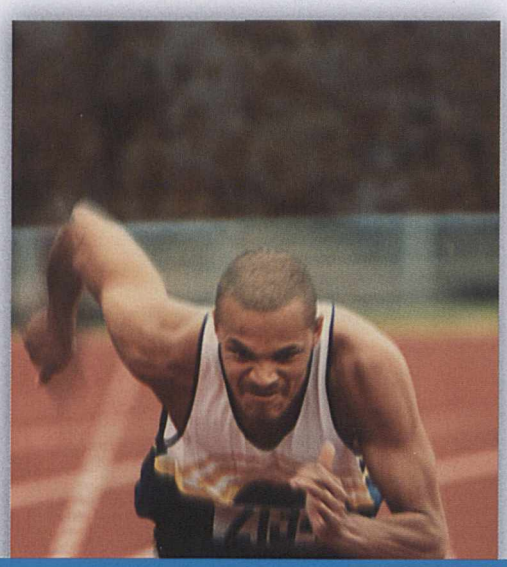
Innihaldsefni: Hver tafla inniheldur: Etidronatum INN, dínatríumsalt, 200 mg.

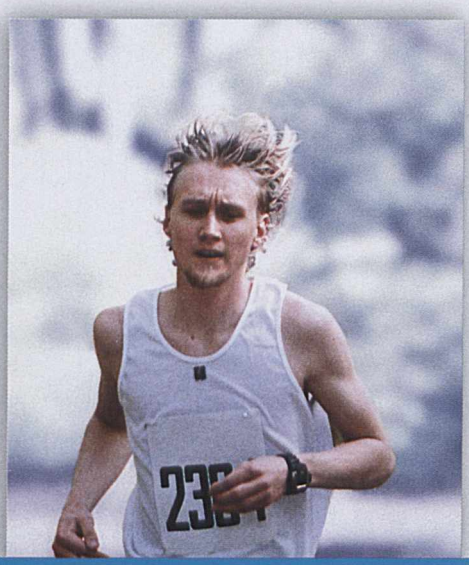
Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1. 4. 2000: 28 stk.: 5.106 kr.; 60 stk.: 9.788 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1.100 kr. fyrir lyfið og aðrir að hámarki 3.800 kr.

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

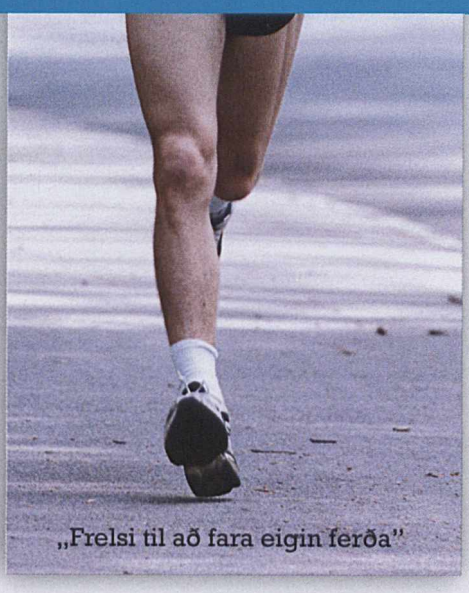
OXIS® TURBUHALER® Draco, (960107)
INNÚÐADUFT; R 03 A C 13
Hver mældur skammtur inniheldur: Formoterolum INN, fúmarat tvíhýdrat 6 míkróg, sem samsvarar 4,5 míkróg/úðaskammt eða 12 míkróg sem samsvarar 9 míkróg/úðaskammt, Lactosum, einhýdrat. **Eiginleikar:**
Verkunarháttur: Formóteról er öflugur sértækur 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 β_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.

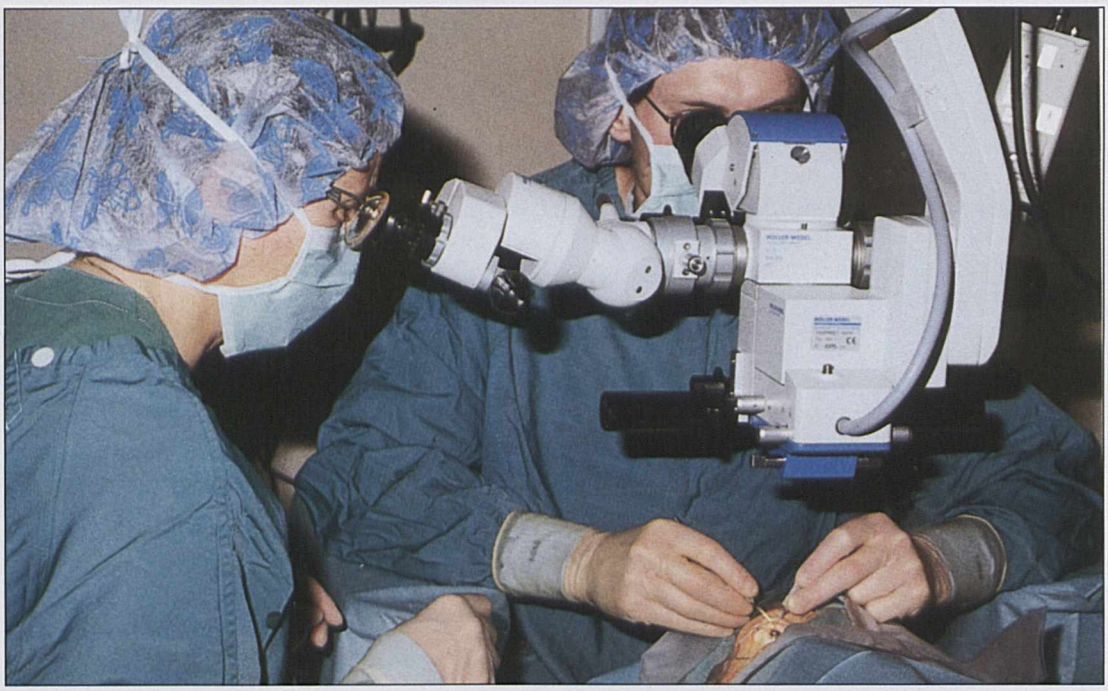
AstraZeneca

annt um líf og líðan

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

Eineygðir samverjar eða félagshyggju-læknar með pólitíkusinn í maganum?

Norskir læknar ræða ýmis grundvallaratriði í læknisstarfinu og eru ekki á eitt sáttir um hvort skuli vega þyngra hagur einstaklingsins eða heildarinnar



Læknar standa oft frammi fyrir þessari erfiðu spurningu: Hvort er það sjúklingnum fyrir bestu að skera eða láta það vera? Ljósmyndstofa Landspítalans

Saga af vaktinni

Klukkuna vantaði kortér í fimm að morgni til. Vaktlæknirinn var rétt að ljúka skýrslugerð og ætlaði að fara að fleygja sér þegar kallið kom. Frú Svendsen, 79 ára gömul, var komin í bráðamóttökuna með magaverki.

Frú Svendsen var lágvaxin, hokin og hvíthærð og andlitið bar þess merki að hún þjáðist. Púlsinn var hraður og hún átti erfitt um andardrátt. Kviðurinn var harður og aumur viðkomu og engin meltingarhljóð heyrðust frá þörmum.

Í sjúkraskýslu sá læknirinn að konan hafði verið skorin upp við ristilkrabbameini tveimur árum áður og fyrir þremur mánuðum höfðu greinst merki um meinvörp í lifur. Að öðru leyti hafði konan verið heilsuhraust allt sitt líf. Hún gat lítið talað en af og til hvíslaði hún einhverju sem lækninum heyrðist snúast um að hún „vildi losna".

Vakthafandi skurðlæknir kom, leit á konuna og sagði: „Það er greinilega komið gat á þarmana og kviðurinn fullur af krabbameini. Hún vill ekki láta skera sig upp og þess utan er rangt að nota þau úrræði sem við höfum og eru takmörkuð á þann sem er að deyja þegar aðrir hefðu meiri gagn af þeim." Þá kom skurðlæknir á bakvakt til skjalanna og var ekki sammála kolleganum: „Það er greinilega komið gat á þarmana og kviðurinn fullur af krabbameini. Við verðum að gera það sem hægt er fyrir hana og með dálítilli heppni gæti hún lifað í nokkra mánuði til viðbótar. Ég sker hana upp núna strax."

Sautján dögum síðar var frú Svendsen útskrifuð, til þess að gera spræk. Tveimur mánuðum síðar héldu þau hjónin upp á 53 ára brúðkaupsafmæli og skömmu síðar voru þau viðstödd skírn á fyrsta langömmubarninu. Fimm mánuðum eftir aðgerðina hlaut hún hægt andlát á heimili sínu.

Alþjóðlegur vandi

Þannig hljóðar upphafið á verðlaunaritgerð sem birtist í norska læknablaðinu í fyrra (1). Blaðið hafði efnt til ritgerðarsamkeppni um efnið *Dyggðir og gildi í læknisfræði* og sigurvegarinn var Vegard Bruun Wyller læknir í Fredrikstad í Noregi. Ritgerðin fjallar um þær ákvarðanir sem læknar þurfa daglega að taka og snúast iðulega um líf eða dauða sjúklinga þeirra. Af hverju láta þeir stjórnast, meðaumkun og samúð með sjúklingnum eða þörfum og kröfum samfélagsins? Hvort vegur þyngra eða er kannski hægt að samræma þessi viðhorf?

Því má slá föstu að læknar finna æ meira fyrir þessum vanda. Framfarir í þekkingu, tækni og meðferð hafa leitt til þess að læknar geta gert miklu meira en áður – miklu meira en samfélagið telur sig hafa efni á að borga fyrir. Krafan um forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu verður æ háværari og yfirvöld heilbrigðis- og fjármála eru stöðugt með niðurskurðarhnífinn á lofti.

Vandinn er alþjóðlegur eins og fram kom í nýlegri grein í breska læknablaðinu (2). Í Bretlandi og raunar víðar eru í gildi ákveðnar reglur um það hvort og hvenær læknar megi ákveða að reyna ekki endurlífgun sjúklings. Greinarhöfundur heldur því fram og styðst við rannsóknir sem sýna að í tveimur tilvikum af

hverjum þremur sem læknar taka slíka ákvörðun eru hvorki viðkomandi sjúklingur né aðstandendur hans spurðir álits. Í Bretlandi hafa raunar komið upp allmörg mál þar sem aðstandendur hafa séð í læknaskýrslum um látna ættingja sína að slík ákvörðun hafði verið tekin án nokkurs samráðs.

Höfundur segir að þetta bitni helst á eldra fólki í Bretlandi og hann vísar til bandarískra rannsókna sem leiða í ljós að vestanhafs séu slíkar ákvarðanir algengar þegar blökkumenn, áfengissjúklingar, fólk sem ekki talar ensku og þeir sem smitaðir eru af alnæmi eiga í hlut. „Þetta bendir til þess að læknar hafi fastmótaðar hugmyndir um það hverjir séu þess virði að reynt sé að bjarga þeim," segir í greininni.

Dyggðir sem stangast á

En víkjum sögunni aftur til Noregs því í málgagni norskra lækna hafa orðið fróðlegar umræður um verðlaunaritgerðina sem áður var vitnað til.

Í ritgerðinni segir Wyller að ýmsar siðareglur rekist hver á aðra í þessu tilbúna dæmi af frú Svendsen. „Í daglegu starfi lækna geta hinar sígildu dyggðir stangast á. Á hátíðarstundum er hægt að lofsyngja dyggðirnar hverja fyrir sig en í daglega lífinu er ekki bæði hægt að eiga kökuna og borða hana. Það er ekki hægt að veita frú Svendsen ítrustu læknisþjónustu öðruvísi en að það bitni á samstöðunni með afganginum af mannkyni. Læknirinn þarf að taka ákvörðun sem byggist á siðferðilegu gildismati."

Hann vitnar til umræðna og álitsgerða lækna og annarra starfsmanna heilbrigðiskerfisins sem settar hafa verið fram á undanförnum árum í Noregi og sveiflast öfganna á milli. Sumir – einkum úr röðum lækna – hafa lagt höfuðáherslu á skyldur læknisins við einstaklinginn á meðan aðrir – ekki síst stjórnendur og heilsuhagfræðingar – hafa hvatt til réttlátrar skiptingar gæðanna og rökstutt nauðsyn biðlista.

Að mati Wyllers hafa læknar þrjá kosti í stöðunni: að halla sér algjörlega í aðra hvora áttina – að samfélaginu eða einstaklingnum – eða láta skeika að sköpuðu og taka afstöðu í hverju máli fyrir sig. Wyller sér flesta galla við síðastnefnda kostinn sem hann segir að endi með því að rýja lækna trausti sjúklinga og almennings. „Hver er reiðubúinn að leggja líf sitt í hendur mönnum sem láta stjórnast af siðareglum sem stangast á?" spyr hann.

Annar kosturinn, að fórna einstaklingnum á altari samfélagsins, virðist heldur ekki vera honum að skapi. Hann segir að það feli í sér pólitískt gildismat og með því að aðhyllast það færi læknar stjórnmálamönnum öll völd í hendur, þeir geti ákveðið hvort það er „of dýrt" að skera frú Svendsen upp því það eru stjórnmálamenn sem taka um það ákvörðun hvort skattpeningunum okkar er eytt í vegi, óperuhús eða beinmergsflutninga.

Þriðji kosturinn er honum helst að skapi: að læknar einskorði sig við einstaklinginn og láti hagsmuni samfélagsins lönd og leið. Þá láta þeir stjórnast af hinu kristna mannúðarviðhorfi sem segir að þekkingin ráði því hvað hægt sé að gera en kærleikurinn því hvað lækninum beri að gera. Að vísu ber að geta þess að Wyller kveðst þekkja ýmis rök gegn þessu sjónarmiði, til dæmis að það leysi lækninn ekki undan því að þurfa að velja á milli þess sem sjúklingurinn vill og þess sem læknirinn telur honum fyrir bestu. Tilgangurinn með skrifunum væri fyrst og fremst sá að ögra „heilsuhagfræðingum, valdasjúkum og félagslega þenkjandi læknum, illa höldnum af pólitískum metnaði" til andsvara.

Læknar ekki nógu pólitískir

Hvort sem hann tók þetta síðastnefnda til sín eður ei þá svaraði formaður norsku læknasamtakanna, Hans Petter Aarseth, grein Wyllers nýlega (3). Þar vísar hann til niðurstaðna í könnun sem læknafélagið gerði meðal deildaryfirlækna á norskum sjúkrahúsum í fyrra en sumir þeirra sögðust finna fyrir þrýstingi í þá veru að þeir láti læknisfræðilegar ákvarðanir stjórnast af fjárhagslegum sjónarmiðum. Á hinn bóginn hafi könnun sem norska heilbrigðisráðuneytið lét gera meðal sjálfstætt starfandi heimilislækna leitt til þeirrar niðurstöðu að þeir stjórnist fyrst og fremst af faglegum sjónarmiðum í störfum sínum en ekki af því hvað skili mestu í vasann.

Formaðurinn bendir á að í fjölmörgum alþjóðasamtökum sem norsku læknasamtökin starfi í sé þetta mál sífellt til umræðu og að þar ríki breið samstaða um að sjálfstætt starfandi læknar verði að beygja sig undir ákvarðanir þar til kjörinna pólitískra stjórnvalda sem setja starfsemi þeirra skipulagslegan og efnahagslegan ramma.

En Aarseth viðurkennir að læknar séu ekki nógu virkir í pólitísku starfi. „Það dregur ekki einasta úr beinum áhrifum stéttarinnar heldur einnig óbeinum því fyrir vikið eru margir læknar fákunnandi um hinar pólitísku leikreglur. Þegar allt kemur til alls erum við með þessu að svíkja sjúklinga okkar vegna þess að við höldum ekki fram faglegri þekkingu okkar þar sem rammarnir eru ákveðnir ... Þegar staðan er sú að við getum ekki gert *allt* verða það að vera fagmenn sem skera úr um það hvað á að gera og hvað ekki ..."

Að læra af mistökunum

Í sama tölublaði og grein formannsins birtist var önnur grein (4) þar sem Wyller var svarað. Sú var skrifuð af hópi lækna sem tengjast læknadeild háskólans í Björgvin en þeir hafa stofnað umræðuvettvang sem þeir nefna *Filosofisk poliklinikk* upp á norsku. Meðal höfunda þessarar greinar er íslenskur læknir og heimspekingur, Stefán Hjörleifsson, sem starfar í Harstad í Norður-Noregi.

Höfundum finnst Wyller draga upp heldur einlita mynd af ástandi og horfum frú Svendsen. Þeir spyrja hvort ekki hafi getað farið svo að frúin hefði hlotið

„Í daglegu starfi lækna geta hinar sígildu dyggðir stangast á. Á hátíðarstundum er hægt að lofsyngja dyggðirnar hverja fyrir sig en í daglega lífinu er ekki bæði hægt að eiga kökuna og borða hana."

kvalafullan dauðdaga eftir fimm daga eða jafnvel fimm vikna erfiða banalegu sem hefði valdið miklu álagi á hana og aðstandendur. Og þeir spyrja áfram hvort læknar þurfi ekki að leggja kalt mat á líkindi þess að svo færi. Afdráttarlaust svar sé ekki til því allar rannsóknir leiði til meðaltalsniðurstöðu fyrir sjúklingahópa sem segi ekkert um það hvernig einstakir sjúklingar bregðist við meðferð. Þar skeri reynslan ein úr.

Hópurinn veltir því fyrir sér hver eigi að taka ákvörðunina um frú Svendsen. Vandinn sé sá að hana þurfi að taka á örfáum mínútum svo það gefst ekki ráðrúm til að leita ráða hjá mörgum, hvað það að setja málið í nefnd. Að sjálfsögðu beri lækninum að ráðfæra sig við aðstandendur ef það er hægt en þá er eins víst að þeir sendi boltann til baka vegna þess að læknirinn viti þetta hvort sem er miklu betur en þeir. Þá vaknar spurningin um það hvort læknirinn eigi að koma sér undan ábyrgðinni eða reyna að gera það sem hann getur.

„Reyndir læknar hafa oft gert mistök sem hafa gert þá hæfa til að þroska með sér nauðsynlegt innsæi og þá auðmýkt sem þarf til að taka mikilvægar ákvarðanir um framtíðina fyrir aðrar manneskjur."

„Svarið er tvíþætt. Læknar hafa allar forsendur til þess að vera góðir ráðgjafar um læknisfræðileg vandamál sem varða líf og dauða. Á hinn bóginn eru siðrænt innsæi og samskiptahæfni lækna ákaflega mismikil. Það er ekki lögð mikil áhersla á slíka hæfni, hvorki í læknanáminu né við mat á hæfni umsækjenda við stöðuveitingar," segja höfundar. Þeir bæta því þó við að læknar séu flestir hverjir hæfari um að taka slíkar ákvarðanir en aðrir, ekki endilega vegna faglegrar þekkingar sinnar heldur vegna reynslunnar sem þeir hafa aflað sér, meðal annars með því að gera mistök. „Reyndir læknar hafa oft gert mistök sem hafa gert þá hæfa til að þroska með sér nauðsynlegt innsæi og þá auðmýkt sem þarf til að taka mikilvægar ákvarðanir um framtíðina fyrir aðrar manneskjur," segja þeir.

Réttlæti, jöfnuður og bræðralag

Höfundar eru ekki sammála þeirri niðurstöðu Wyllers að læknar eigi eingöngu að hugsa um hag einstaklingsins en láta stjórnmálamenn um hinar samfélagslegu vangaveltur, slíkt sé ógerlegt í raun og forkastanlegt sem meginregla. Læknar hljóti að þurfa að skipta starfskröftum sínum og tíma milli allra sjúklinga sinna, hvort sem þeir starfi á sjúkrahúsi eða sem einyrkjar á stofu. Auk þess sé ekki gefið að það sé sjúklingnum alltaf fyrir bestu að læknirinn veiti honum ótakmarkaðan tíma og athygli en láti afganginn af veröldinni lönd og leið.

„Við getum fallist á að þegar læknirinn stendur andspænis einstaklingnum sé það skylda hans að gera það sem honum er fyrir bestu. En við erum á því að það sem er einstaklingnum fyrir bestu sé háð því sem er samfélaginu fyrir bestu. Þess vegna verður læknirinn að taka tillit til annarra og það gerir hann með því að leggja rækt við sammannlegar dyggðir á borð við réttlæti, jöfnuð og bræðralag," segir í grein hinna heimspekilega sinnuðu lækna.

Lausnina á þessum vanda sjá þeir einna helst í því að læknar stundi sem mest samráð sín á milli. Ef til ágreinings kemur þurfa læknar að hafa hugfast að þeir gegna mismunandi hlutverkum. Heimilislæknirinn er oft í þeirri stöðu að tala máli sjúklingsins gagnvart deildaryfirlækninum sem er með augun á biðlistunum. Sá fyrrnefndi þekkir allar aðstæður og þarfir sjúklingsins en sá síðarnefndi þarf að vega þarfir hans á móti þörfum annarra sjúklinga sem einnig bíða úrlausnar. Loks gegnir yfirlæknirinn því hlutverki að tala máli sjúklinganna gagnvart stjórnendum og stjórnvöldum og þarf þá jafnvel að leita til fjölmiðlanna eftir aðstoð við að sýna almenningi fram á að þarna séu hagsmunaárekstrar á ferð.

„Heilbrigðiskerfið getur tekist á við árekstra sem verða á milli einstaklings og samfélags með því að dreifa hinni siðferðilegu ábyrgð á lækna sem gegna mismunandi hlutverkum. ... Við getum ekki gert *allt* fyrir sjúklinginn sem er á bekknum hjá okkur núna þar sem það rýrir möguleika þeirra sem bíða á biðstofunni. En með því að styrkja hin samfélagslegu gildi leggja læknar sitt af mörkum til þess að sjúkum og þjáðum reynist auðveldara að leita liðsinnis í heilbrigðiskerfinu," er niðurstaða höfunda.

Hvað segja íslenskir læknar?

Þannig ræða norskir læknar málin sín á milli og eru greinilega ekkert feimnir við að takast á við erfiðar spurningar um læknisstarfið og hlutverk læknisins. Hér á landi standa læknar ekki síður en annars staðar andspænis erfiðum ákvörðunum í daglegum störfum sínum þar sem reynir á siðferði þeirra, þekkingu og hæfni í mannlegum samskiptum.

Fróðlegt væri að heyra frá læknum um þessi mál og Læknablaðið er kjörinn vettvangur fyrir slíkar hugleiðingar.

–ÞH

Heimildir

1. Wyller VB. Gi legene hva legenes er. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3797-9.
2. Ebrahim S. Do not resuscitate decisions: flogging dead horses or a dignified death? BMJ 2000; 320: 1155-6.
3. Aarseth HP. Hvem har krav på legens lojalitet? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1119.
4. Schei E, Norheim OF, Rørtveit G, Lysebo DE, Hjörleifsson S. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1207-9.

Ríson

risperídón

Lyf við geðtruflunum vegna geðklofa

Omega Farma, 980388 TÖFLUR; N 05 AX 08

Hver tafla inniheldur: Risperidonum INN 1 mg, 2 mg, 3 mg eða 4 mg. Laktósa.

Ábendingar: Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psykósur) vegna geðklofa.
Skammtar og lyfjagjöf: 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 tvöfalda skammtinn, og á þriðja degi má auka skammtinn í 6 mg á dag. Síðan er skammtur einstaklingsbundinn eftir einkennum. Algengur viðhaldsskammtur er 4-8 mg á dag. Hámarksskammtur er 16 mg á dag. **Skipti af annarri geðlyfjameðferð:** Þegar meðferð með risperídóni er hafin, í stað annarra geðlyfja, skal minnka skammta fyrri meðferðar smám saman til að forðast fráhvarfseinkenni. Þegar meðferð með risperídóni er hafin, í stað annarra geðlyfja með forðaverkun, þarf engan aðlögunartíma og risperídón 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. **Frábendingar:** Ofnæmi af barbitúrsýrusamböndum, ópíötum eða áfengi. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Lifrar- og nýrnasjúkdómur. Flogaveiki og krampar. Parkinsons sjúkdómur. Hjartabilun. Útbreidd æðakölkun. Stöðubundinn lágþrýstingur. Extrapýramídal einkenni eru venjulega afturkræf (þó ekki tardiv dyskinesia), ef skammtar eru minnkaðir eða andkólínvirk andparkinsonlyf eru gefin. Ekki er mælt með notkun lyfsins við elliglöpum, þar sem reynsla er takmörkuð. Risperídón hefur róandi verkun og þarf að hafa samverkun við verkjalyf og róandi lyf í huga. Lítil reynsla er af notkun lyfsins hjá sjúklingum með skerta nýrna- og lifrarstarfsemi. Sjúklingar með nýrnabilun svo og aldraðir hafa hærri blóðþéttni virks efnis vegna hægari útskilnaðar. Þetta hefur ekki sést hjá sjúklingum með lifrarbilun. Sjúklingum sem þyngjast meðan á meðferð stendur ber að ráðleggja aðhald í mataræði. **Milliverkanir:** Lyfið getur minnkað virkni levódópa og annarra dópamínvirkra lyfja. Karbamazepín lækkar plasmastyrk virks umbrotsefnis risperídóns. 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 minnka skammta risperídóns. Ef lyfin flúoxetín eða paroxetín eru gefin með, getur þurft að breyta skömmtum risperídóns. Gæta skal varúðar við samtímis gjöf risperídóns og kódeins og einnig við samtímis gjöf risperídóns og kínidíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Önnur sefandi lyf (neurolepticum), svo sem klórprómazín og flúfenazín hafa valdið langvarandi en afturkræfum áhrifum á miðtaugakerfið hjá börnum, hafi móður verið gefin lyfin á síðasta þriðjungi meðgöngu. Dýratilraunir með skyld lyf benda einnig til áhrifa á miðtaugakerfi fóstra. Lyfið skal því einungis notað á síðasta þriðjungi meðgöngu, ef brýna nauðsyn ber til. Ekki er vitað hvort lyfið útskilst í brjóstamjólk og því óvíst hvort lyfjaáhrifa geti gætt hjá barninu. **Akstur:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða eða stjórnun annarra vélknúinna tækja. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnleysi (allt að 13%) Algengar(>1%): **Almennar:** Höfuðverkur. Þyngdarauknin. **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, extrapýramídal einkenni. **Innkirtlar:** Minnkuð kyngeta karla, seinkun á sáðlát. Óeðlileg mjólkurmyndun. Tíðastopp, auknar tíðablæðingar og truflanir á tíðahring. **Meltingarfæri:** Meltingaróþægindi, hægðatregða, ógleði, uppköst og kviðverkir. **Húð:** Útbrot. **Öndunarfæri:** Bólgur í nefi. **Augu:** Þokusýn. Mjög sjaldgæfar (<0,1): **Almennar:** Bjúgur. **Innkirtlar:** Brjóstastækkun. **Lifur:** Hækkun lifrarenzýma í blóði. **Húð:** Ofnæmisviðbrögð önnur en útbrot. **Þvag- og kynfæri:** Þvagleki. Mörg einkenni, sem fram koma meðan á meðferð stendur, geta bæði stafað af lyfinu eða undirliggjandi sjúkdómi. Við stöðubundinn lágþrýsting ber að íhuga að minnka skammta. Lyfið getur valdið aukningu á prólaktíngildi í blóði (skammtaháð). Hjá geðsjúklingum hefur í einstaka tilvikum verið skýrt frá eftirfarandi: Vatnseitrun vegna ofþorsta (polydipsia) eða vegna ofseytingar á anddíúretísku hormóni (SIADH), tardiv dyskinesia, acut dystonia, krampar, neuroleptic malignant heilkenni, truflanir á líkamshita og standpína (priapism). Við tardiv dyskinesiu og neuroleptic malignant heilkenni skal hætta allri sefjandi meðferð, þar með talið risperídóni. Vægri fækkun hlutleysiskyrninga og/eða blóðflagna hefur verið lýst. **Ofskömmtun og eitranir:** Þær upplýsingar sem liggja fyrir benda til þess að lyfið hafi breitt öryggisbil. Skýrt hefur verið frá ofskömmtun lyfsins, þar sem 360 mg voru tekin inn. Hjá sjúklingi með lágt kalíum í blóði, sem tók inn 360 mg risperídóns, sást lenging QT-bils á hjartalínuriti. **Einkenni:** Almenn einkenni eru aukin áhrif lyfsins t.d. syfja og sljóleiki, hraður hjartsláttur, lágþrýstingur og extrapýramídal einkenni. Mótefni er ekki þekkt. **Meðferð:** Hafa skal í huga að sjúklingur kann að hafa tekið inn fleiri lyf en risperídón. Halda skal loftvegum opnum og tryggja öndun og nægt súrefni. Magatæming, lyfjakol gefin ásamt hægðalosandi lyfi, ef þörf krefur. Fylgjast skal með hjartastarfsemi til að greina hjartsláttartruflanir. Lost skal meðhöndla með vökvagjöf í æð og/eða með adrenvirkum lyfjum. Við alvarleg extrapýramídal einkenni skal gefa andkólínvirk lyf. Fylgjast skal vel með sjúklingi, þar til hættan á hjartsláttartruflunum er liðin hjá. **Lyfhrif:** Risperídón er geðlyf (neurolepticum) af flokki benzíoxazólafleiða. Það er sértækur mónóamínvirkur blokki, sem hefur mikla sækni í serótónínvirk 5-HT2- og dópamínvirk D2- viðtæki. Lyfið binst einnig (1-adrenvirkum viðtækjum svo sem H1-histamínvirkum viðtækjum en með minni sækni. Sækni í kólínvirk viðtæki er óveruleg. Serótónín- og dópamínhömlun er talin hafa áhrif á einkenni hjá sjúklingum með geðklofa s.s. á ofskynjanir, hugsanabrengl, tortryggni og ranghugmyndir og einnig á truflun á tilfinninga- og félagslegum tengslum, og líkur á Parkinsonseinkennum minnka. Lyfið hefur einnig róandi verkun og þarf að hafa samverkun við verkjalyf og róandi lyf í huga. **Lyfjahvörf:** Lyfið frásogast vel eftir inntöku, óháð máltíðum. Hámarksblóðþéttni lyfsins og virks umbrotsefnis (risperídón og 9-hýdroxýrisperídón) næst eftir 1-2 klst. Próteinbinding er 88%. Dreifingarrúmmál er 1-2 l/kg og eftir inntöku er helmingunartími virku efnanna 20-24 klst. Eftir inntöku útskiljast um 45% með þvagi á virku formi. Jafnvægi í blóðþéttni næst eftir 5 daga meðferð. Sjúklingar með nýrnabilun svo og aldraðir hafa hærri blóðþéttni virks efnis vegna hægari útskilnaðar. Þetta hefur ekki sést hjá sjúklingum með lifrarbilun. **Blöndun:** Á ekki við.
Geymsluþol: 2 ár. **Geymsluskilyrði:** Stofuhiti (15-25°C).

Pakkningar og verð:
Töfluglas úr lituðu gleri með innsigluðu plastloki.

Töflur 1 mg: 6 stk.	kr. 911.-
Töflur 1 mg: 60 stk.	kr. 6.340.-
Töflur 2 mg: 60 stk.	kr. 11.653.-
Töflur 3 mg: 60 stk.	kr. 16.888.-
Töflur 4 mg: 60 stk.	kr. 21.835.-

GRAFÍSKA SMIÐJAN 2000

Omega Farma

www.omega.is



GRAFÍSKA SMIÐJAN 2000

GÓÐUR DAGUR

EFTIR GÓÐA NÓTT

Omega Farma

www.omega.is

SOVEL

zópíklón

Sovel (Omega Farma, 980361)

Töflur; N 05 C F 01 R 0

Hver tafla inniheldur: Zopiclonum INN 7,5 mg.

Ábendingar: Tímabundið eða tilfallandi svefnleysi. Svefnleysi, sem er afleiðing geðrænna truflana, enda séu þær líka meðhöndlaðar og með fullnægjandi hætti

Skammtar og lyfjagjöf: Venjulegur skammtur fyrir fullorðna er ein tafla fyrir svefn. Ekki ætti að gefa stærri skammta en tvær töflur (15 mg zópíklón). Gefa á öldruðum og þróttlitlum sjúklingum minni upphafsskammta (3,75 mg zópíklón), sem og sjúklingum með alvarlega skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum, sem eru fyrir á langtíma meðferð með bensódíasepínum, er ráðlagt að minnka skammta bensódíasepína smám saman á 1-2 vikum, á sama tíma og zópíklón er notað í ráðlögðum skömmtum.

Frábendingar: Alvarleg lifrarbilun. Vöðvaslensfár (Myasthenina gravis). Alvarlegur kæfisvefn (apnoea). Þekkt ofnæmi fyrir zópíklóni.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Viðhafa ber sérstaka varúð þegar zópíklón er gefið öldruðum sjúklingum og sjúklingum með alvarlega skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi (sjá kafla um skammta). Eins og gildir um öll önnur svefnlyf ber að viðhafa sérstaka aðgát þegar meðhöndlaðir eru sjúklingar með sögu um geðrænar truflanir, sem og sjúklingar með tilhneigingu til lyfjamisnotkunar. Viðhafa ber sérstaka varkárni ef zópíklón er gefið sjúklingum með bráða öndunarbilun (acute respiratory insufficiency). Vegna þess hve zópíklón er skjótvirkt ætti sjúklingurinn að vera tilbúinn að ganga til náða þegar lyfið er tekið inn. Ekki er mælt með langtíma (lengri en 4 vikur) samfelldri meðferð. Meðferð ætti að miða að því að nota minnstu virka skammta. Ekki er mælt með því að zópíklón sé gefið börnum.

Milliverkanir við lyf eða annað: Áfengi eykur slævandi áhrif og skerðingu á skynhreyfivirkni (psychomotor) af völdum zópíklóns. Svo sem við á um önnur svefnlyf ætti að forðast samtímis notkun zópíklóns og áfengis. Aukin bæling miðtaugakerfis getur komið fram við samtímis notkun annarra lyfja sem bæla miðtaugakerfið, til dæmis geðlyfja, svefnlyfja, kvíðastillandi lyfja, þunglyndislyfja, svæfingalyfja, flogaveikilyfja og sterkra verkjalyfja. Lyf sem trufla magatæmingu geta haft áhrif á svæfandi verkun zópíklóns. Erýtrómýsín hraðar frásogi zópíklóns, sem getur leitt til þess að svæfandi áhrif komi fyrr fram.

Meðganga og brjóstagjöf: Þrátt fyrir að í dýratilraunum hafi ekki verið sýnt fram á að zópíklón hafi fósturskemmandi áhrif, ætti að forðast að gefa zópíklón þunguðum konum, þar sem reynsla af því er takmörkuð. Zópíklón skilst að nokkru leyti út í brjóstamjólk. Ekki er mælt með notkun lyfsins handa konum með barn á brjósti.

Akstur og stjórnun vinnuvéla: Zópíklón getur skert hæfni til starfa sem krefjast andlegrar árvekni eða líkamlegrar samhæfingar (til dæmis akstur bifreiða eða stjórnun vinnuvéla). Sjúklingur ætti því að forðast slík störf þar til ljós eru áhrif lyfsins á hann.

Aukaverkanir: U.þ.b. 10% sjúklinga fá einhverjar aukaverkanir. Algengast er biturt bragð í munni (4%). Algengar (>1%): **Almennar:** Biturt bragð í munni. Munnþurrkur. **Miðtaugakerfi:** Sljóleiki. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Höfuðverkur og svimi. **Miðtaugakerfi:** Óróa. Breytt draumamynstur. **Meltingarfæri:** Ógleði. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): **Miðtaugakerfi:** Hræðslutilfinning. Ofskynjanir. Rugl. Einbeitingarskortur og minnistruflanir. **Húð:** Útbrot.

Ofskömmtun: Ofskömmtun auðkennist venjulega af mismunandi mikilli bælingu á miðtaugakerfi. Ofskömmtun ætti ekki að vera lífshættuleg nema ef önnur efni sem bæla miðtaugakerfið (þar á meðal áfengi) séu tekin samtímis. Veita skal einkenna- og stuðningsmeðferð, auk eftirlits með ástandi öndunar, hjartastarfsemi og miðtaugakerfis. Framköllun uppkasta, magaskolun og notkun lyfjakola getur dregið úr frásogi zópíklóns, sé gripið til þessara ráða skömmu eftir inntöku lyfsins. Nota má flúmazenil til að snúa við bælandi áhrifum zópíklóns á miðtaugakerfi og öndun. Himnuskilun er tilgangslaus. **Lyfhrif:** Zópíklón er svefnlyf sem er ekki af flokki bensódíasepína en tilheyrir flokki sýklópýrrólóna, sem eru byggingarlega séð frábrugðnir öðrum svefnlyfjum. Eins og bensódíasepín næst verkun þess fyrir milligöngu aukinnar virkni amínósmjörsýru (GABA) í heilanum. Það binst á stað sem er nálægt, en líklega óskyldur, bindistað bensódíasepína á GABA viðtaka hópnum. Verkun zópíklóns kemur fram innan 30 mínútna. Zópíklón getur flýtt verulega fyrir svefni, dregið úr svefnrofi yfir nóttina og aukið svefngæði. Sumar rannsóknir hafa leitt í ljós að zópíklón hefur lágmarks áhrif á lífeðlisfræðilega eiginleika svefns. Það lengir hægbylgju svefn (stig 3 og 4) án þess að hafa nokkur áhrif á REM svefn. Meðferðarskammtar af zópíklóni valda lágmarks skerðingu á skynhreyfivirkni (psychomotor) og andlegri árvekni morguninn eftir lyfjagjöf.

Lyfjahvörf: Eftir inntöku frásogast zópíklón hratt og lyfjahvörf þess eru línuleg. Einstaklingsbundinn munur er á lyfjahvörfum zópíklóns og fer vaxandi með aldri. Eftir inntöku 7,5 mg af zópíklóni næst hámarksstyrkur í plasma á 0,5 ñ 4 klst. Aðgengi er um 80% sem bendir til þess að forumbrot (presystemic metabolism) sé ekki mikið. Í plasma eru 45-80% zópíklóns próteinbundin og helmingunartími í plasma er 3,5 ñ 6 klst. Helmingunartími í plasma getur lengst í allt að 8 klst hjá öldruðum sjúklingum og hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Zópíklón er að mestu leyti umbrotið í lifur eftir þremur megin leiðum. N-oxíð umbrotsefni (hefur litla verkun sem hefur enga klíniska þýðingu) og N-desmetýl umbrotsefni (óvirkt) eru skilin út með þvagi. Umbrotsefni þar sem karboxýlhópur hefur verið fjarlægður (óvirkt) skilst út með útöndunarlofti. Aðeins um 5% af lyfinu skiljast út óbreytt með þvagi. Zópíklón skilst einnig út með munnvatni og í brjóstamjólk. Útskilnaður í munnvatni getur verið skýring á beisku bragði í munni eftir inntöku.

Útlit: Hvítar, sporöskjulaga, 5x10 mm með deilistriki.

Pakkningar:

Töflur 7,5 mg: 10 stk., 30 stk. 100 stk.

Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er 30 töflur.

Pakkningar og verð:

Töflur 7,5 mg: 10 stk.kr. 255.-
Töflur 7,5 mg: 30 stk.kr. 642.-
Töflur 7,5 mg: 100 stk.kr. 2.351.-
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er 30 töflur.

Klínískar leiðbeiningar

Vinnuhópar á vegum landlæknisembættisins

Eins og fram kom í síðasta Læknablaði hefur landlæknisembættið virkjað fjölda lækna til þess að setja saman klínískar leiðbeiningar um viðbrögð við og meðhöndlun ýmissa sjúkdóma. Hér fer á eftir listi yfir starfshópana sem skipaðir hafa verið. Þeir sem áhuga hafa á að fylgjast með starfi hópanna geta snúið sér til embættisins með því að fara inn á heimasíðu þess en slóðin þangað er: *http://www.landlaeknir.is*

Stýrihópur

Ari Jóhannesson, Haukur Valdimarsson, Inga Arnardóttir, Magnús Jóhannesson, Óttar Bergmann, Runólfur Pálsson, Sigurður Guðmundsson, Sigurður Ólafsson, Sveinn Magnússon

Vinnuhópar

Skimun fyrir ristilkrabbameini
Ásgeir Theodórs, Sigurður Ólafsson, Jón St. Jónsson, Friðbjörn Sigurðsson, Nick Cariglia, Tryggvi R. Stefánsson

Steraorsökuð beinþynning
Björn Guðbrandsson, Friðrið Vagn Guðjónsson, Ingvar Teitsson

Buprenorphine
Guðbjörn Björnsson, Matthías Halldórsson, Erla Axelsdóttir, Þórarinn Tyrfingsson, Þórður G. Ólafsson

Offita
Þorkell Guðbrandsson, Ludvig Guðmundsson, Gunnar Valtýsson

Myndgreining
Ásmundur Brekkan, Haukur Valdimarsson, Eyþór Björgvinsson, Halldór Benediktsson, Ólafur Kjartansson

Háþrýstingur – forvarnir hjarta- og æðasjúkdóma
Jón Högnason, Ragnar Danielsen, Þorkell Guðbrandsson, Emil L. Sigurðsson, Gunnar Sigurðsson, Jóhann Ágúst Sigurðsson, Guðmundur Þorgeirsson, Sigurður Helgason

Ætisár í maga – Upprætingarmeðferð – Vélindisbakflæði GERD
Ásgeir Böðvarsson, Sigurbjörn Birgisson, Björn Blöndal, Marta Lárusdóttir

Punglyndi
Kristinn Tómasson, Þórður Sigmundsson, Jens Magnússon, Þórarinn Hrafn Harðarson, Jón Eyjólfur Jónsson

Neyðargetnaðarvörn
Ósk Ingvarsdóttir, Reynir T. Geirsson, Hjördís Harðardóttir, Anna B. Aradóttir, Sóley S. Bender, Sigurður Helgason, Steingerður Sigurbjörnsdóttir

Barnalækningar
Astmi
Sigurður Kristjánsson

Eyrnabólga
Þórólfur Guðnason, Friðrik Guðbrandsson, Vilhjálmur A. Arason

Kinnholubólga
Þórólfur Guðnason, Friðrik Guðbrandsson, Vilhjálmur A. Arason

Bráður niðurgangur
Lúther Sigurðsson

Hitalækkandi meðferð
Pétur Lúðvíksson



Eitt spjaldanna af sýningunni sem nú hangir uppi í anddyri K-byggingar Landspítala Hringbraut.

Sjúkraflug með miðstöð á Akureyri boðið út

■ HÉR Í BLAÐINU VAR Í FYRRA fjallað um þá hugmynd að staðsetja sjúkraflugvél á Akureyri sem gæti þjónað landsbyggðinni. Nú hefur heilbrigðismálaráðherra ákveðið að bjóða út sjúkraflug í landinu og er það gert í samvinnu við Samgöngumálaráðuneytið. Jafnframt því hefur ráðherra ákveðið að miðstöð sjúkraflugsins verði á Akureyri og styðst sú ákvörðun við úttekt sem ráðuneytið lét gera á sjúkraflugi í landinu.

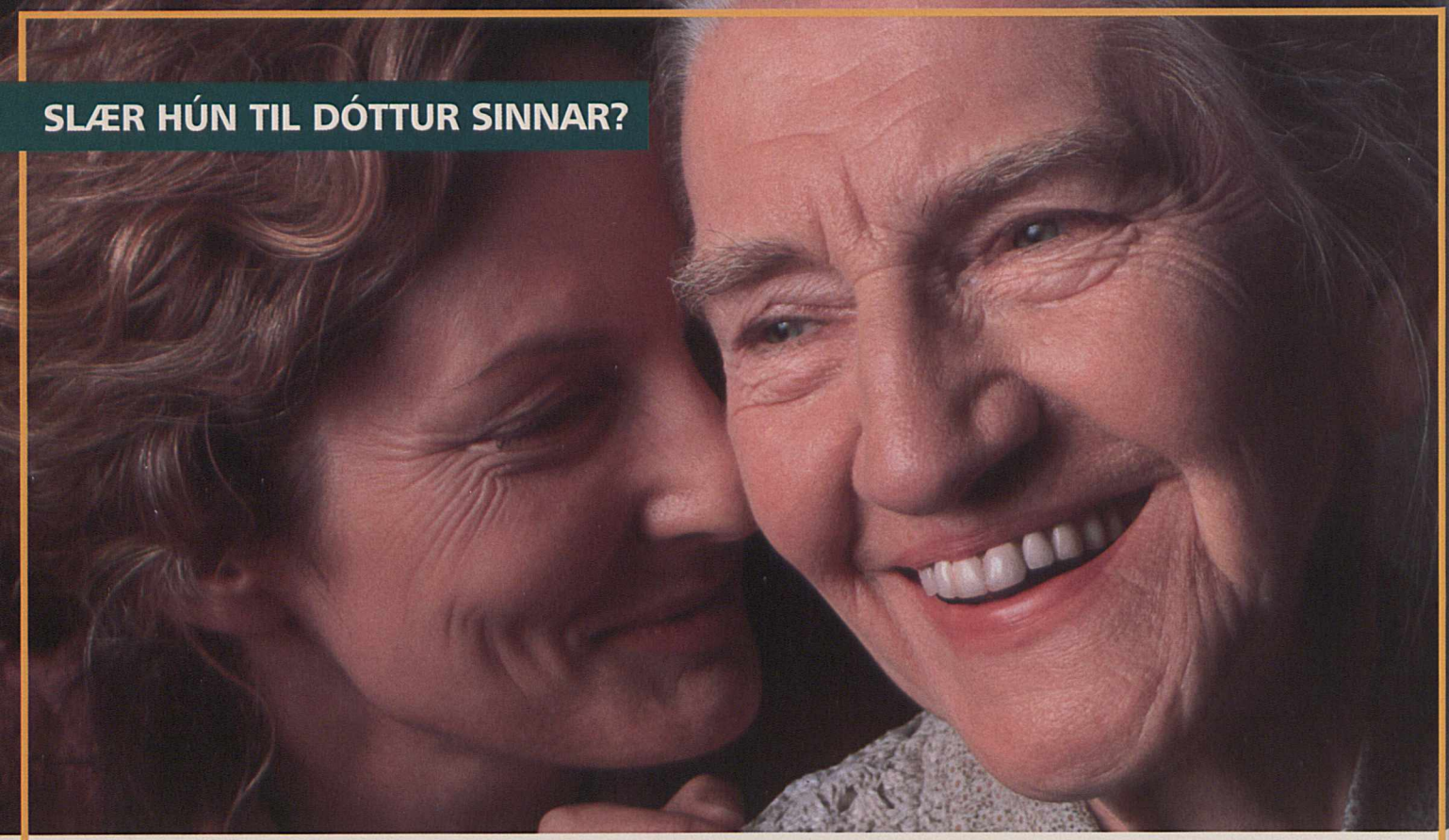
Sýning á læknislist fornmanna

■ Í ANDDYRI K-BYGGINGAR Landspítala Hringbraut hefur verið komið fyrir sýningu sem nefnist **Sjúkdómar og lækningar að fornu**. Þar er fjallað um lækningar til forna, hverjir stunduðu þær og átrúnað af ýmsu tagi sem tengdist þeim. Einnig er fjallað um lagaákvæði sem tengjast heilbrigðismálum.

Sýningin er þannig uppbyggð að spjöld hafa verið hengd á veggi anddyrisins þar sem á eru textar úr bók Sigurðar Samúelssonar læknis, *Sjúkdómar og dánarmein íslenskra fornmanna*. Á hverju veggspjaldi er svo teiknuð mynd eða myndir sem Halla Bjartmars Arnardóttir myndlistarkona hefur gert. Auk þessa eru sýnd gömul lækningaáhöld, svo sem blóðtökuhnífar og brennslujárn og munir úr kumlum sem varðveittir eru á Þjóðminjasafni Íslands.

Að þessari sýningu standa Landspítali háskólasjúkrahús, Nesstofusafn og Reykjavík menningarborg Evrópu árið 2000. Verður hún opin í K-byggingunni til 30. júní en eftir það er fyrirhugað að setja hana upp á sjúkrahúsum og byggðasöfnum víða um land.

Í tengslum við sýninguna hélt Hafsteinn Sæmundsson læknir erindi um Hrafn Sveinbjarnarson lækni og héraðshöfðingja. Hrafn var uppi á 12. og 13. öld og bjó að Eyri í Arnarfirði. Hann er talinn fyrsti menntaði læknir á Íslandi og fara af læknisverkum hans miklar sögur.



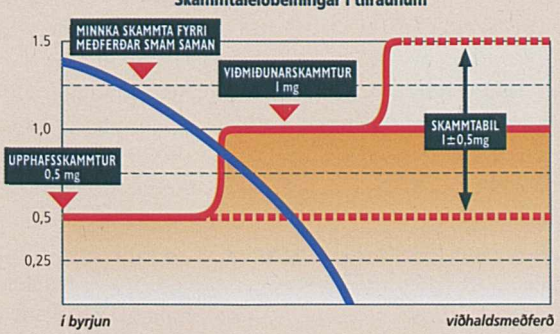
Risperdal TRADEMARK RISPERIDONE – gefur ÞEIM BETRI stundir saman

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, ópíótum 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, extrapýramídal 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. 4. 2000.**

Mixtúra 1 mg/ml: 100 ml — 13.980 kr. **Töflur 0,5 mg:** 20 stk. — 1741 kr. **Töflur 1 mg:** 6 stk. — 977 kr. / 60 stk. — 6.766 kr. **Töflur 2 mg:** 60 stk. — 12.458 kr. **Töflur 3 mg:** 60 stk.— 18.095 kr. **Töflur 4 mg:** 60 stk. — 23.364 kr. **Töflur 6 mg:** 28 stk. — 16.883 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

Heimilislæknirinn

Tegund í útrýmingarhættu



Árni Björnsson
skrifar
tæpitungulaust

STUNDUM HITTI ÉG FÓLK Á FÖRNUM VEGI eða á samkomum, sem stöðvar mig og spyr „manstu eftir mér, þú varst einu sinni heimilislæknirinn okkar?“. Að vísu gerist þetta æ sjaldnar en mér dettur í hug hversu mörgum heilsugæslulæknum á heilsugæslustöðvum fólk muni muna eftir, að 30-40 árum liðnum sem lækninum sínum. Framanaf árunum sem ég starfaði sem sérfræðingur og líka á næturvöktum, vissi fólk nánast alltaf hver var heimilislæknir þess, en á síðari árunum gerðist það æ algengara að það vissi ekki hver hann var. Ég veit ekki hver þróunin hefur verið á allra síðustu árum, en hef á tilfinningunni að færri og færri hafi hugmynd um, hver heimilislæknir þeirra sé þó flestir rati á næstu heilsugæslustöð.

Þegar ég kom heim frá sérfræðinámi og réðst sem aðstoðalæknir á handlækningadeild Landspítalans, var mér gert það ljóst að ég gæti ekki lifað og brauðfætt fjölskylduna af föstu laununum sem þá voru í boði fyrir aðstoðalækna. Lausnin var að taka að sér heimilispraxís og svo vildi til að þá losnaði praxís Kristbjörns heitins Tryggvasonar sem var að verða yfirlæknir á nýstofnaðri barnadeild Landspítalans og bað hann mig að annast praxísinn, sem var allmikill.

Þetta þýddi að full stofa af sjúklingum beið mín að loknum starfsdegi á spítalanum og ég verð að játa að tilhugsunin um hvað þar biði mín var á stundum kvíðablandin. Þetta fólk varð að afgreiða og að því loknu biðu vitjanirnar og þeim varð að ljúka. Að fresta einhverju til morguns þýddi aðeins að meira var að gera þann daginn. En smátt og smátt kynntist ég skjólstæðingum mínum, ekki aðeins persónunum heldur einnig persónulegum aðstæðum þeirra, gleði og sorgum. Það gerði starfið að sumu leyti léttara en í annan stað líka erfiðara, vegna þess að kynnin sköpuðu bæði samúð og andúð. Það gat verið erfitt að veita hlutlausa þjónustu. Líklega stóðst bókhaldið ekki nútímakröfur en það var spjaldskrá á stofunni og kompa í töskunni en taskan var stöðutákn heimilislæknisins í þann tíð. Skráning upplýsinga var í lágmarki enda var tölvan ekki komin en spjaldskráin gekk í arf til þess sem tók við praxísnum. Viðkvæmar persónuupplýsingar voru trúnaðarmál milli sjúklingsins og læknisins og sjaldnast skráðar, einkum ef þær tengdust sambandi sjúklingsins við nánustu ættingja eða ástvini. Grundvöllur sambandsins milli heimilislæknisins og sjúklinga hans var gagnkvæmt traust, meðal annars vegna persónulegra kynna. Jafnvel börnin þekktu heimilislækninn og treystu honum betur en einhverjum aðvífandi, þó sá bæri líka læknisheiti.

Hvað hefur breyst eða hefur eitthvað breyst? Á sambandið milli læknis og sjúklings hefur lagst ofurþungi skráningar á upplýsingum. Frjálsi og sjálfstæði heimilislæknirinn sem gat valið það sem hann skráði er að hverfa. Læknir sem ræður sig í þjónustu hins opinbera heilbrigðiskerfis ræður ekki hvaða upplýsingar hann skráir um sjúklinginn og hverju hann kýs að sleppa. Sjúklingurinn getur heldur ekki treyst því að upplýsingar sem hann vill halda milli sín og læknisins verði ekki afhentar þriðja aðila án vitundar hans. Því verður hollara bæði fyrir lækninn og sjúklinginn að halda sig í hæfilegri fjarlægð hvor frá öðrum, stóri bróðir er alls staðar á varðbergi. Því er nú leynt og ljóst reynt að útrýma sjálfstætt starfandi heimilislæknum. Stóri bróðir hefur ekki sömu tök á þeim og þeim sem starfa á stofnunum hins opinbera. Sjúklingaupplýsingar, jafnvel hinar allra viðkvæmustu og persónulegustu eru orðnar að verslunarvöru og samkvæmt lögmálum markaðarins, sem verða æ máttugri innan heilbrigðiskerfisins, má ekki rýra gildi vörunnar með því að hengja sig í úreltar siðareglur.

En það er fleira sem hefur sem hefur breytt ímynd heimilislæknisins. Fyrr á árum var það nánast bundið skyldu að sinna sjúklingum samdægurs. Þarmeð var ekki sagt að lækning, nema bráðalækning, væri samdægursverkefni. Alloft var nauðsynlegt að láta sjúklingana koma aftur til að átta sig betur á vanda þeirra en biðlistamenning eins og hún tíðkast nú á heilsugæslustöðvum var ekki við hæfi. Svo voru það vitjanirnar. Um það hefur lengi verið deilt hvort vitjanir lækna á heimili sjúklinga þjóni einhverjum tilgangi og virðist sem hjúkrunarfræðingar frá heilsugæslustöðvum sinni sjúkravitjunum í vaxandi mæli. Þetta hefur eflaust sína kosti. Það er hægara fyrir lækni, sem er störfum hlaðinn við að skrá upplýsingar að sleppa við þessa skyldu en um leið tapast sá þáttur í samskiptum að kynnast á vettvangi sjúklingsins og það fannst mér oft býsna lærdómsríkt, þó erfitt kunni að vera að færa þann lærdóm í gagnagrunn. Þekking ein og sér, hversu víðtæk sem hún er, getur því aðeins orðið grundvöllur visku að reynsla fylgi með og í engri grein læknisfræði eins og heimilislækningum hefur reynsla af samskiptum við sjúklinga og þekking á umhverfi þeirra jafn mikla þýðingu bæði fyrir lækninn og sjúklinginn.

Læknisfræðin stendur nú á krossgötum. Rannsóknarstörf ásamt skráningarskyldu verða æ fyrirferðarmeiri þættir í í fræðslu og starfi lækna og þar eru heimilislæknar ekki undantekning. Upplýsingaskráning fyrir opinbera aðila og tryggingafélög tekur meira og meira af tíma læknisins, en að sama skapi minnkar tíminn sem hann hefur til að sinna andlegum og líkamlegum þörfum sjúklinga sinna. Vera má að þetta sé það sem koma skal, en sé það raunin, er þá ekki kominn tími til að huga að því hvort á að smyrja eða stoppa upp síðasta heimilislækninn til að geyma hann í væntanlegu læknisfræðiminjasafni?

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 rífamcín).* **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, ópægindi 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

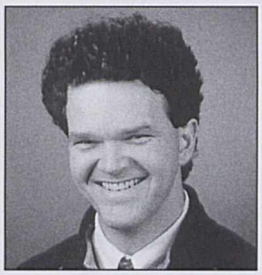
NÝTT **EIN Á DAG** VIOXX®

(rófekoxíb, MSD)

FARMASÍA ehf.

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Að elska, reykja, drekka og dufla...



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.

Höfundur er heilsugæslulæknir í Garðabæ og stjórnarmaður í Nordisk Selskap for Medisinsk Humor.

Geðrannsókn

Héraðslæknir úti á landi fékk fyrir mörgum árum símhringingu frá geðlækni á höfuðborgarsvæðinu. Þetta var á þeim tímum, þegar héraðslæknarnir þekktu hvert einasta mannsbarn í héraðinu og kunnu heilsufarssögu hvers og eins utanað. Geðlæknirinn var að afla efnis í rannsókn á geðsjúkdómum og bað kollega sinn um að komast að því hve margir væru geðveikir í héraðinu. Héraðslæknirinn kvaðst mundu hringja suður, þegar hann væri búinn að komast að niðurstöðu.

Nokkrum dögum síðar lætur héraðslæknirinn í sér heyra og segir: „Ég er búinn að kanna málið. Það er bara enginn geðveikur í héraðinu, en margir ansans ári skrítnir."

Ofurheyrn

Einar eyrnalæknir hafði lengi reynt að telja Alexander á að fá sér heyrnartæki, en gamli maðurinn var ekki á þeim buxunum. Loks lét Alexander til leiðast, þegar hann sá tæki sem var svo lítið og nett að það sást varla, þegar það var komið á sinn stað. Mánuði seinna kom sá gamli til læknisins í eftirlit.

„Hvernig gengur með nýja heyrnartækið?" spurði Einar læknir.

„Alveg prýðilega. Ég hef heyrt eitt og annað síðastliðinn mánuð, sem ég hélt að ég mundi aldrei heyra."

„Meiriháttar, en hvað segir fjölskyldan við þessu?" spurði Einar.

„Blessaður vertu, fjölskyldan veit ekkert af þessu," sagði gamli maðurinn. „En ég skemmti mér alveg stórkostlega og er búinn að breyta erfðaskránni minni fjórum sinnum síðan ég fékk tækið."

Getnaðarvörn

Ung kona kom til læknis og hafði áhyggjur af því að hún væri ófrísk. Eftir skoðun og rannsóknir kom í ljós að svo var ekki. Læknirinn ráðlagði henni hinar og þessar getnaðarvarnir, en hún hafnaði þeim öllum.

„Er þá ekkert annað til ráða?" spurði konan.

„Jú, eitt enn" sagði læknirinn. „Leikfimi."

„Fyrir eða eftir samfarir?"

„Nei, í staðinn fyrir samfarir."

Gúmmítuðra

Maður á miðjum aldri kom til læknis og bað um liðsinni til að komast í ófrjósemiaðgerð. „Ég hef verið kvæntur í sjö ár og við hjónin höfum eignast barn á hverju ári. Ég hef komist að þeirri niðurstöðu að getnaðarvarnir eru gagnslausar."

Síðan horfði hann ásakandi á lækninn og sagði: „Þú stakkst upp á því að við hjónin notuðum smokkinn og sýndir mér meira að segja hvernig ætti að nota hann. Engu að síður kom barn undir. Það kom svo sem ekkert á óvart, því við gátum með engu móti skilið hvernig gúmmítuðra, sem maður setur yfir þumalinn átti að geta komið í veg fyrir að konan yrði ólétt."

Af iðrasýkingum

Eins og öllum er kunnugt hafa þau systkin salmonella og kampýlóbakter haldið þjóðinni í heljargreipum síðustu misserin og svipt margan matmanninn ánægjunni að grilla kjúkling eða borða afganga úr ísskápnum. Fjölmiðlar hafa verið iðnir við að upplýsa almenning um stöðu mála.

Fyrirsögn í Degi í byrjun febrúar hljóðar: „Campylobacter enn í fullu fjöri."

Moggi lýsir svo heldur skárra ástandi um miðjan apríl: „Campylobacter í lágmarki í ferskum kjúklingi".

Það var reyndar of gott til að vera satt, því deginum áður er frétt í DV með fyrirsögninni: „Landbúnaðarráðherra veiktist hastarlega: Fékk campylobakter í Kína – liggur enn á sjúkrahúsi".

Þegar loksins er farið að sjá til sólar í baráttunni gegn þessum vágesti er ráðist í að flytja hann inn frá Asíu! Af því tilefni orti kollega úti á landi:

Sannfærandi sína rullu
sjálfur leikur ráðherrann
kominn með kamfýlodrullu
kannski tekst að lækna hann.

Meiri kveðskapur um tóbak og fleira

Eins og allir muna úr síðasta Broshorni orti Pétur Pétursson heilsuheilræði á þessa lund:

Hver, sem tóbaksruddann reykir
reynir frelsissviptingu.
Hann æðar skemmir, krabba kveikir
og kæfir holsins lyftingu.

Þessu vildi kollega að norðan ekki mótmæla en datt samt í hug:

Pétur má ég tæpast trufla
tyft mig getur skáldsins lófi.
En elska, reykja, drekka og dufla
er dásamlegt í góðu hófi.

Áfram kollegar

Það er líf, það er von!

Pistilritari þakkar af alhug góð viðbrögð við hvatningunni að senda efni í Broshornið og biður um að honum verði engin grið gefin í þeim efnum.

Frá þunglyndi





til félagslegrar þátttöku

Edronax (reboxetin) er fyrsta þunglyndislyfið í nýjum flokki sértækra noradrenalin endurupptöku hemla (NARI)

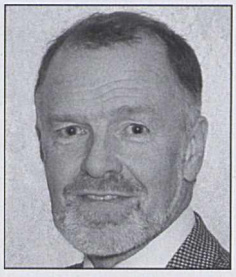
Edronax bætir félagslega samskiptahæfni sjúklingsins – þ.e. eykur drift, atorku og áhuga[1,2]

Edronax, 990071 TÖFLUR; N 06 A X 18. Hver tafla inniheldur: Reboxetinum INN, metansúlfónat, samsvarandi Reboxetinum INN 4 mg. **Ábendingar:** Reboxetín er ætlað til bráðrar meðferðar á geðdeyfð/djúpri geðdeyfð (major depression) og til að viðhalda bata hjá sjúklingum, sem svöruðu meðferðinni í upphafi. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir:* Ráðlagður skammtur er 4 mg tvisvar sinnum á dag (8 mg/dag) til inntöku. Gefa má óskertan ráðlagðan skammt strax frá upphafi meðferðar. Eftir 3-4 vikur má auka skammtinn í 10 mg/dag ef svörun er óviðunandi. Hámarksskammtur á sólarhring er 12 mg. Lágmarksskammtur sem hefur viðunandi verkun hefur enn ekki verið ákvarðaður. *Aldraðir:* Klínískar rannsóknir hafa verið gerðar hjá öldruðum þar sem 2 mg voru gefin tvisvar sinnum á dag. Öryggi og verkun hefur enn sem komið er ekki verið metið í samanburðarrannsóknum með lyfleysu. Eins og við á um önnur geðdeyfðarlyf, sem ekki hafa verið rannsökuð í samanburði við lyfleysu, er ekki hægt að mæla með meðferð með reboxetíni. *Börn:* Ekki er mælt með notkun reboxetíns handa börnum, þar sem rannsókn á öryggi og verkun lyfsins hefur ekki farið fram hjá þessum sjúklingahópi. *Sjúklingar með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Upphafsskammtur handa sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi ætti að vera 2 mg tvisvar sinnum á dag. Skammta má auka í samræmi við þol sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Þungaðar konur og konur með barn á brjósti mega ekki nota lyfið. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Þar sem reboxetín hefur ekki verið rannsakað í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum með krampasjúkdóma og vegna þess að í einstaka tilvikum hefur verið skýrt frá krömpum í klínískum rannsóknum ætti að gefa sjúklingum, með sögu um krampasjúkdóma lyfið með mikilli varúð og hætta meðferð ef sjúklingur fær krampa. Forðast á samtímis gjöf MAO-hemla og reboxetíns vegna mögulegrar hættu (týramínverkun) sem stafar af verkunarmáta efnanna. Samtímis notkun reboxetíns og annarra geðdeyfðarlyfja (þríhringlaga geðdeyfðarlyfja, MAO-hemla, SSRI og lítíums) hefur ekki verið könnuð í klínískum rannsóknum. Fylgjast skal vel með sjúklingum með einkenni um þvagteppu, blöðruhálskirtilsstækkun, gláku og hjarta- og æðasjúkdóma. Komið hefur í ljós aukin tíðni á réttstöðuþrýstingsfalli þegar notaðir eru skammtar af reboxetíni sem eru stærri en ráðlagður hámarksskammtur. Reboxetín ætti að gefa með mikilli varúð ef samtímis eru gefin lyf, sem lækka blóðþrýsting. Klínísk reynsla af reboxetíni við langtímameðferð hjá öldruðum er enn sem komið er takmörkuð. **Milliverkanir við lyf eða annað:** Ekki er þekkt hvernig reboxetín umbrotnar og þess vegna er erfitt að sjá fyrir milliverkanir reboxetíns við önnur lyf. Sýtókróm P 450 ensímið CYP 2D6 virðist ekki eiga þátt í umbroti reboxetíns. Vegna þröngs lækningalegs bils reboxetíns hefur hömlun á brotthvarfi þess mikla þýðingu. Hætta á að lyf sem samtímis eru gefin hamli útskilnaði reboxetíns hefur ekki verið rannsökuð. Lyfið ætti þess vegna ekki að nota samtímis lyfjum, sem hamla önnur mikilvæg ensím, sem eiga þátt í umbroti lyfja burtséð frá CYP 2D6, t.d. asól sveppalyf, makrólíðar eins og erýtrómýsín eða flúvoxamín. Upplýsingar um hvort reboxetín geti haft áhrif á lyfjahvörf annarra lyfja eru takmarkaðar. Samtímis notkun á ergotafleiðum og reboxetíni getur hugsanlega valdið hækkun á blóðþrýstingi. Samtímis neysla fæðu seinkar frásogi á reboxetíni, en hefur ekki marktæk áhrif á heildarfrásog. Við samtímis notkun á þvagræsilyfjum sem ekki eru kalíumsparandi skal hafa í huga hugsanlega hættu á blóðkalíumbresti þó að slíkt hafi ekki komið fram í klínískum rannsóknum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af notkun lyfsins hjá mönnum er mjög takmörkuð. Þess vegna á að forðast að nota lyfið á meðgöngu. Ef kona verður þunguð meðan á meðferð með lyfinu stendur, skal hætta meðferð með reboxetíni jafnskjótt og þungun hefur verið staðfest, til þess að takmarka verkun lyfsins á fóstur. Reboxetín skilst út í mjólk rottna. Því er ekki ráðlagt að gefa konum með barn á brjósti reboxetín, svo lengi sem ekki liggja fyrir upplýsingar varðandi útskilnað reboxetíns í brjóstamjólk. **Áhrif á hæfni til aksturs og stjórnunar véla:** Reboxetín er ekki róandi *per se*. Eins og við á um meðferð með öllum geðlyfjum ætti að vara sjúklinga við þar sem lyfið getur dregið úr hæfni til bifreiðaaksturs og stjórnunar véla. **Aukaverkanir:** Um 1.500 sjúklingar hafa fengið reboxetín í klínískum rannsóknum og 200 þessara sjúklinga fengu reboxetín í að minnsta kosti 1 ár. Algengustu aukaverkanirnar eru munnþurrkur, hægðatregða, svefntruflanir og aukin svitamyndun. **Ofskömmtun:** Aldraðir geta verið sérstaklega næmir fyrir ofskömmtun. Greint hefur verið frá tveimur tilvikum þar sem sjúklingur tók sjálfur inn of stóran skammt af reboxetíni í klínískri rannsókn. Engar alvarlegar aukaverkanir komu fram. Í tilvikum ofskömmtunar er ráðlagt að fylgjast með hjartastarfsemi og lífsnauðsynlegri líkamsstarfsemi. Nauðsynlegt getur verið að veita almenna stuðningsmeðferð eftir einkennum og/eða að framkalla uppköst. **Útlit:** ***Töflur 4,0 mg:*** Hvítar kringlóttar, kúptar, 8 mm með deiliskoru á annarri hliðinni, merkt með „P" vinstra megin og „U" hægra megin við deiliskoruna en 7671 á hinni hlið. **Pakkningar og verð 1. júní 2000:** ***Töflur 4 mg:*** 20 stk. (þynnupakkning) kr. 2119, 60 stk. (þynnupakkning) kr. 4792. **Markaðsleyfishafi:** Pharmacia & Upjohn. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt með greiðslufyrirkomulagi B. Afgreiðsla á 100 daga lyfjaskammti er heimil. Stytting á viðurkenndri samantekt á eiginleikum lyfsins (SPC) 11.04.00. Hægt er að nálgast SPC í fullri lengd hjá Lyfjaumboðsdeild Pharmacia, Pharmaco hf.

Ref. 1: Montgomery S.A. Reboxetine: additional benefits to the depressed patient. Journal of Psychopharmacology. 1997; S9-S15. Ref 2: Dubini et al. Noradrenaline-selective versus serotonin-selective antidepressant therapy: differential effects on social functioning. Journal of Psychopharmacology. 1997; 11: S17-S23.

Edronax® reboxetin

Follow-up time



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@rsp.is

Laufey Steingrímsdóttir, næringarfræðingur, bað um álit á íslensku heitunum **fylgitími** og **eftirfylgnitími** til að tákna **follow-up time**. Undirrituðum leist betur á það fyrra, en gæta þarf þess að aðrar samsetningar lýsingarorðsins follow-up séu þýddar á lipran og sambærilegan hátt, svo sem follow-up care, follow-up contact, follow-up examination, follow-up measure, follow-up study og follow-up treatment. Þá þarf einnig að gæta þess að færa ekki hina miklu nafnorðanotkun enskunnar beint yfir í íslensku, en **follow-up** er oft notað sem nafnorð þegar samhengið er augljóst.

Ensk-íslensk orðabók Arnar og Örlygs birtir skýringar á nafnorðinu **follow-up**: *1. hvers kyns aðgerð í þeim tilgangi að fylgja tilteknu málefni eftir (bréf, heimsókn o.þ.u.l.); áréttting. 2. (í læknisfræði) eftirmeðferð, reglulegt eftirlit með sjúklingi eftir aðgerð eða aðra læknismeðferð.* Skýringar á sagnorðinu **to follow-up** má finna í hinni miklu orðabók Websters: *a. að fylgja e-u eftir vandlega og af þrautseigju. b. að auka áhrif e-s með frekari aðgerð. c. að fylgja e-u eftir þar til lausn eða niðurstaða fæst.* Íðorðasafn lækna birtir hvorki nafnorðið, sagnorðið né neina af ofangreindum samsetningum. Í læknisfræðiorðabók Stedmans má finna samsetninguna **follow-up study**: *rannsókn þar sem fólki, sem orðið hefur fyrir áhættuþætti eða fengið ákveðna fyrirbyggjandi eða læknandi meðferð, er fylgt eftir um tíma eða með millibili til að ákvarða um afleiðingar eða árangur.*

Sé lýsingarorðið follow-up þýtt með forliðnum **fylgi-** á íslensku, geta ofangreindar samsetningar fengið íslensk heiti þannig: follow-up care verði **fylgiumönnun**, follow-up contact verði **fylgisamband**, follow-up examination verði **fylgiskoðun**, follow-up measure verði **fylgiráðstöfun**, follow-up study verði **fylgirannsókn** og follow-up treatment verði **fylgimeðferð**. Gaman væri nú að fá viðbrögð lesenda.

Ásgeir Blöndal, læknir á Húsavík, tók saman bókina **Líkams- og heilsufræði** og gaf út árið 1924. Þar segir meðal annars:

„*Vjelindið* gengur neðst úr kokinu, aftan barkans, niður með hryggnum, gegnum þindina og niður í efra magaop."

„*Maginn* er allstór poki, sem liggur fyrir neðan þindina undir vinstra síðu-barði, gengur þaðan niður á við til hægri, er víðastur ofan til, en mjókkar, er dregur niður að neðra magaopi."

„*Skeifugörnin* tekur við neðan magans, og er hún stuttur skeifuboginn garnarspotti, sem liggur utan um hægri enda briskirtilsins."

„*Blágirnið* er mestur hluti garnanna (um 5 metra langt), sem liggja í mörgum bugðum og fylla kviðarholið, ..."

„*Langinn*. Hann er miklu gildari og liggur í stórri lykkju, fyrst upp með hægri síðu, upp að lifur, síðan þvert yfir kviðinn, neðan bringspala, út að vinstri síðu; þaðan niður vinstra megin, niður að mjaðmagrind. Þar sem langinn byrjar, er nokkur hæll niður á við – langabotninn. Út úr honum gengur lítill, blindur garnastúfur – botnlanginn."

„*Endagörnin* tekur við af langanum."

Tvær tillögur

Auðbergur Jónsson, læknir, sendi bréf frá Egilsstöðum og fannst að vonum lítil „reisn" yfir þýðingartillögum undirritaðs í 122. pistli á samsetningunni **ascending infection**. Hann gengur beint til verks og stingur upp á að íslenska heitið verði einfaldlega **sýking neðan frá**, *„þó vitanlega sé það ekki jafn þráðbein þýðing"*. Hafi hann bestu þakkir fyrir. Vilja fleiri leggja orð í belg?

Þá sendi Jón Steinar Jónsson, læknir, tölvupóst með tillögu að þýðingu á heitinu **atopy** (sjá 120. pistil, Læknablaðið 2000; 86: 207). Hann leggur til að íslenska heitið verði **auðnæmi**. Þetta er lipurt og laglegt heiti. Um sjúklinga sem auðveldlega fá ofnæmi (hafa ofnæmishneigð) má segja að þeir séu **auðnæmir**.

Pouch

Tryggvi Stefánsson, skurðlæknir, hringdi og var ekki sáttur við þýðingu Íðorðasafns lækna á enska orðinu **pouch** = *kvos*. Undirrituðum tókst síðan að finna orðið á þremur stöðum í safninu: **pouch of Douglas** = *endaþarms- og legkvos*, **blind pouch (cul-de-sac)** = *blindpoki* og **branchial pouch (visceral pouch)** = *tálknpoki*. Allar þessar þýðingar getur Tryggvi reyndar sætt sig við, en hann var að fást við að koma íslensku heiti á tilbúinn endaþarm, sem á ensku nefnist ýmist **ileal pouch** eða **ileo-anal pouch**. Fyrirbærið er búið til með sérstakri skurðaðgerð, þegar ristillinn hefur verið fjarlægður, til þess að mynda hægðageymi ofan við endaþarmsopið. Bein þýðing samkvæmt Íðorðasafninu gæti verið *dausgarnar- og bakraufarpoki* eða *dausgarnar- og endaþarmsopspoki*. Orðið **kvos** merkir *dæld, dalverpi* eða *bolli* og kemur því ekki til greina í þessu sambandi.

Samkvæmt frásögn Tryggva getur verið um nokkrar mismunandi útlitstegundir tenginga að ræða (J-pouch, S-pouch, H-pouch) og því mjög erfitt að finna eitt heiti sem lýsir útliti fyrirbærisins nákvæmlega. **Hægðageymir** er hins vegar heiti sem lýsir vel hinu starfræna hlutverki. Á sænsku mun heitið vera bäcken reservoir. **Bäcken** merkir *mjaðmagrind* og **reservoir** er *geymir, þró, hylki, ílát, birgðir* eða *forði*.

Það er skoðun undirritaðs að lausnin felist í því að sætta sig við þýðingu Íðorðasafnsins, **pouch** = *poki*, og nota það í ofangreindum samsetningunum, en að eiga einnig á takteinum heitið **hægðageymir** þegar lýsa þarf starfsemi eða hlutverki. Vera má að orðið *posi* geti einnig komið til greina, vegna hljóðlíkingar við pouch, en það er notað í vefja- og líffæraheitunum um **sacculus** á sama hátt og *poki* er notað um **saccus**. Annað mál er svo sú staðreynd að heitin *ásgörn* = **jejunum** og *dausgörn* = **ileum** hafa átt mjög erfitt uppdráttar hjá íslenskum læknum.



Ræktar þú garðinn þinn?

Sameinaðu kosti Heimilislínu og Heimilisbanka

Með því að nýta sér þjónustu Heimilislínu og Heimilisbankans á Netinu, má ná fram hagstæðari vaxtakjörum og umtalsverðum sparnaði í þjónustugjöldum – og það kostar ekkert að gerast áskrifandi.
Þar með tryggir þú þér hærri innlánsvexti, lægri útlánsvexti, sparar kostnað af færslum, millifærslum og reikningsyfirlitum, auk þess að spara tíma.

Betri kjör í Heimilislínunni

- Hærri innlánsvextir á Gullreikningi (5,85% 01.04.2000)
- Allt að 500 þúsund kr. yfirdráttarheimild
- Lægri vextir á yfirdráttarláni – aðeins greitt fyrir nýtta heimild
- Frítt stofngjald og ókeypis árgjald fyrsta árið af VISA farkorti
- Allt að 500 þúsund kr. skuldabréfalán án ábyrgðarmanna
- Greiðsluþjónusta með útgjaldadreifingu
- Ókeypis Heimilisbanki á Netinu og netáskrift á **binet.is**
- Sérstakur vaxtaauki (allt að 150.000 kr.) tengdur reglubundnum sparnaði (14 vaxtaaukar dregnir út árlega)
- Við inngöngu, fjármálabókin „Fjármál heimilisins", vandaður penni eða grillsvunta.



Heimilisbankinn á Netinu

Heimilisbanki Búnaðarbankans er gríðarlega öflugur netbanki með fjölmarga notkunarmöguleika og hann er alltaf opinn. Í Heimilisbankanum eru engin gjöld af færslum eða millifærslum og þú sparar kostnað við reikningsyfirlit.

netgreiðslur – einfalt og öruggt

Með Netgreiðslum er hægt að staðgreiða vöru og þjónustu sem keypt er á Netinu.

netgíró – rafrænir reikningar
HEIMILISBANKINN

Með Netgírói er hægt að fá upplýsingar af gíró- og greiðsluseðlum beint í Heimilisbankann – og greiða þá á einfaldan og öruggan hátt.

REYKJAVÍK
Búnaðarbankinn er banki menningarborgarinnar árið 2000

HEIMILISLÍNAN

BÚNAÐARBANKINN
Traustur banki
www.bi.is

fíton/sía 396-376

Lyfjamál 86

Markaðssetning lyfja og læknar

Undanfarin ár hefur heilbrigðisstarfsfólki æ oftar fundist auglýsingar á lyfseðilskyldum lyfjum ramba á barmi þess sem kalla má ósæmilegt.

Lyfjaeftirlitið fær fleiri mál en áður þar sem lyfjaauglýsingar þykja vafasamar. Mörgum blöskrar einnig hve miklum fjármunum er eytt í að kynna lyf fyrir læknum á þennan hátt. Margir telja þessa aðferð mjög villandi því oftar en ekki eru kostir tíundaðir en göllum sleppt. Einnig virðist aðgengi lyfjafyrirtækja að fjölmiðlum mjög gott og algengara en áður að við sjáum frétt um lyf sem að margra mati er ekki annað en ódýr auglýsing.

Við beinum því til heilbrigðisstarfsfólks að skoða eftirfarandi tvær heimasíður þar sem markaðssetning lyfja er tekin fyrir á nokkuð gagnrýninn hátt. Fyrri heimasíðan er frá Ástralíu en sú seinni frá Bandaríkjunum.

Ástralía
http://www.camtech.net.au/malam

MaLAM
(Medical Lobby for Appropriate Marketing)
PO Box 172 Daw Pk SA
5041 Australia

Sérlega er áhugaverð undirsíða hér þar sem raktar eru fimm ástæður fyrir því að við ættum að hafa áhyggjur af umfangi markaðssetningar lyfja.
http://www.camtech.net.au/malam/index.html
– Five good reasons to be concerned about drug promotion.

Bandaríkin
www.nofreelunch.org



www.nofreelunch.org

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 þýðingu vaxtarhormóns hjá fullorðnum.

Þingið hefst kl. 13:30 á föstudegi.



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

Afhending þinggagna og greiðsla þátttökugjalda er frá kl. 12:00 á föstudegi.

Veggspjöld: Stærð veggspjalda er 90x120 cm. Höfundar komi með veggspjöld tilbúin til uppsetningar.

Þátttökugjald: Þátttökugjald er kr. 13.000 fullt gjald, kr. 10.000 fyrir unglækna og kr. 3.000 fyrir læknanema, greiðist við skráningu á þingstað. Innifalið í þátttökugjaldi er hádegisverður laugardag og sunnudag. Makar greiði kr. 3.000 fyrir hádegisverði sé þeirra neytt. Þátttakendum og mökum er boðið til kvöldverðar á föstudags- og laugardagskvöldi. Ekki er tekið við greiðslukortum, en hraðbankar eru á staðnum.

Flug: Flogið er með Flugfélagi Íslands, frá Reykjavík kl. 11:00 á föstudagsmorgni. Verð kr. 10.430. Flugfar pantar hver og einn fyrir sig hjá **Ferðaskrifstofu Austurlands**, sími: 471 2000, netfang: *falegs@isholf.is*
Taka skal fram að um sé að ræða þátttakendur á þing Félags íslenskra lyflækna.

Verðlaun: Veitt verða tvenn verðlaun. Annars vegar úr Vísindasjóði lyflækningadeildar Landspítala Hringbraut að upphæð kr. 50.000 fyrir framúrskarandi rannsókn og erindi ungs læknis. Hins vegar veitir Félag íslenskra lyflækna 25.000 kr. verðlaun fyrir besta framlag læknanema.

Framkvæmdastjóri þingsins: Birna Þórðardóttir, símar: 564 4104 (v) / 552 9075 (h) / 862 8031, netfang: *birna@icemed.is*

Hádegisfundir Líffeðlisfræðistofnunar

Eftirfarandi erindi verða flutt á næstu vikum:
Dr. Margrét Árnadóttir nýrnalæknir, lyflækningadeild Landspítala Hringbraut – 8. júní: **Nýjar hliðar á verkun ACTH.**
Erla Dóris Halldórsdóttir hjúkrunarfræðingur/sagnfræðingur, Landspítala Fossvogi – 9. júní: **Holdsveikraspítalinn í Laugarnesi – miðstöð rannsókna.**
Jóhannes Helgason lífeðlisfræðingur, 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 taugalífeðlisfræði, taugadeild Landspítala Hringbraut – 29. júní: **P-bylgjur í heilariti.**
Sigríður Hafsteinsdóttir B.S. nemi, Líffeðlisfræðistofnun H.í., Læknagarði – 6. júlí: **Glákulyf og samdráttargeta og slökun portaæðar.**
Erindin eru flutt í Læknagarði við Hringbraut og hefjast kl. 12.

Aventis

Góður dagur hefst með góðri nótt



IMOVANE®

Virkt innihaldsefni: Zopliclonum 7,5 mg. Zópíklón er svefnlyf sem er efnafræðilega óskylt öðrum svefnlyfjum, en hefur eins og benzódíazepínsambönd sækni í bindistaði GABA-viðtækja. Imovane verkar innan 30 mínútna, lengir svefntíma og fækkar andvökum. REM-svefn og djúpur svefn helst við venjulega skammta. Aðgengi lyfsins er 80% við inntöku. Imovane er umbrotið í lifur, en umbrotsefni eru ekki að fullu þekkt. 5% útskiljast óbreytt í þvagi. Helmingunartími í blóði er 4 - 6 klst. lengri hjá öldruðum og sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Ekki hefur verið sýnt fram á þolmyndun varðandi áhrif lyfsins á svefn. **Ábendingar:** Tímabundið svefnleysi. Hjálparmeðferð (tímabundin) við langvarandi svefnerfiðleikum. **Frábendingar:** Alvarleg lifrarbilun. **Varúð:** Við skerta lifrarstarfsemi eða vöðvaslensfár svo og hjá öldruðum ber að sýna varúð við notkun lyfsins. Einnig skal sýna varúð við samtímis gjöf annarra slævandi lyfja eða neyslu áfengis. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð, en dýratilraunir benda ekki til fósturskemmandi áhrifa. Að svo stöddu er ekki mælt með notkun lyfsins á meðgöngu. Óvíst er hvort lyfið útskilst í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** U.þ.b. 10% sjúklinga fá einhverjar aukaverkanir. Algengast er biturt bragð í munni (4%). Algengar (>1%): Biturt bragð í munni. Munnþurkur. Syfja. Sjaldgæfar (0,1-1%): Höfuðverkur og svimi. Órói. Breytt draumamynstur. Ógleði. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hræðslutilfinning. Ofskynjanir. Rugl. Einbeitingarskortur og minnistruflanir. Húðútbrot. **Milliverkanir:** Bælandi verkun á miðtaugakerfi getur aukist við samtímis notkun sterkra geðlyfja, svefnlyfja, kvíðastillandi/róandi lyfja, geðdeyfðarlyfja, sterkra verkjalyfja, flogaveikilyfja, svæfingalyfja og andhistamínlyfja sem hafa slævandi verkun. Áhrif erýtrómýsíns á lyfjahvörf zópíklóns hafa verið rannsökuð hjá 10 heilbrigðum einstaklingum. Aðgengi (AUC) jókst um 80% þegar erýtrómýsín var til staðar sem bendir til að erýtrómýsín geti hamlað umbroti lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP 3A4. Vegna þessa getur svæfandi verkun zópíklóns aukist. **Skammtastærð:** Handa fullorðnum: Venjulegur skammtur er 1 tafla (7,5 mg) 15-30 mínútum fyrir svefn. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. **Athugið:** Vegna ávanahættu er eindregið varað við langvarandi notkun. Vara skal sjúklinga við akstri bifreiða eða stjórnun annarra vélknúinna tækja vegna minnkaðs viðbragðsflýtis. Einnig ber að vara sjúklinga við samtímis neyslu áfengis. **Pakkningar og hámarksverð (apríl 2000):** 10 stk. (þynnupakkað) 329 kr. 30 stk. (þynnupakkað) 839 kr. 100 stk. (þynnupakkað, sjúkrahússpakning) 1.880 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: 0. **Einkaumboð á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, Garðabær.

Heimildir: 1) Kerr JS et al. Human Psychopharmacology, Vol 10, 221-229, 1995 2)Inman et al. Pharmacoepidemiology and drug safety, Vol 2, 449-5231, 1993 3) Styttur texti sérlyfjaskrár 1. apríl 2000.

Ábendingar: Tímabundið svefnleysi. Hjálpar-meðferð (tíma-bundin) við langvarandi svefnerfiðleikum.

Helmingunartími í blóði er 4-6 klst.[3] - litlar líkur á að vakna of fljótt.

- *Imovane® verkar fljótt[1)3)]*
- *Imovane® lengir svefn-tíma og fækkar andvökum - REM-svefn og djúpur svefn helst við venjulega skammta[1)3)]*
- *Í rannsóknum hefur hvorki verið sýnt fram á þolmyndun né*

AURORIX®

móklóbemíð

Geðdeyfðarlyf með einstæða eiginleika

- **Góður árangur við öllum tegundum þunglyndis[1,2]**
- **Veldur ekki kyndeyfð eða annarri kynvanstarfsemi[3,4]**
- **Veldur sjaldan aukaverkunum, lítil áhætta við ofskömmtun[1,5,6,7]**
- **Hefja má meðferð strax og hætt er á öðrum þunglyndislyfjum[8,9]**



Nýr styrkleiki:

300 - 600 mg á dag, gefið í tveimur skömmtum.

Roche

THORARENSEN LYF

Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Eiginleikar: Móklóbemíð er geðdeyfðarlyf. Verkun lyfsins byggist á því að það blokkar mónóamínoxídasa-A (MAO-A) sérhæft og afturkræft. Þetta leiðir til minnkaðra umbrota noradrenalíns og serótóníns. Lyfið er ólíkt eldri MAO-blokkurum, sem blokka bæði MAO-A og MAO-B óafturkræft, en því fylgir hætta á hækkuðum blóðþrýstingi við inntöku týramíns (m.a. í osti). Aðgengi lyfsins við langtímanotkun er allt að 90%. Blóðþéttni nær hámarki um 1 klst. eftir inntöku, dreifingarrúmmál er nálægt 1,2 l/kg og próteinbinding í plasma er u.þ.b. 50%. Helmingunartími í blóði er 1-2 klst. og lengist lítillega með vaxandi skömmtum. Umbrot lyfsins eru háð skömmtum, það oxast nær algjörlega í óvirk umbrotsefni, sem skiljast út í nýrum.

Ábendingar: Geðdeyfð, aðallega innlæg geðdeyfð. Erfið eða langvarandi útlæg geðdeyfð.

Frábendingar: Bráð ruglun (confusio mentis). Ofstarfsemi skjaldkirtils. Pheochromocytoma. Samtímis notkun selegilíns. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins.

Meðganga og brjóstagjöf: Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins hjá þunguðum konum, en í dýratilraunum hefur aukin hætta á fósturskemmmdum ekki komið í ljós. Lyfið útskilst í brjóstamjólk, en hætta á áhrifum á barnið virðist ólíkleg við notkun lyfsin í venjulegum skömmtum.

Aukaverkanir: *Algengar (> 1%):* Svimi, höfuðverkur, ógleði, niðurgangur og svefntruflanir. *Sjaldgæfar (0,1-1%):* Slappleiki, blóðþrýstingslækkun, bjúgur, breytingar á bragðskyni, lystarleysi, meltingartruflanir, munnþurrkur, rugl og óróleiki.

Milliverkanir: Milliverkun við týramín hefur ekki klínískа þýðingu, en þó er mælt með því, að lyfið sé tekið inn eftir mat. Címetidín hægir verulega á umbrotum lyfsins og getur þurft að minnka skammta móklóbemíðs um helming við samtímis gjöf þessara lyfja. Lyfið getur aukið áhrif adrenvirkra lyfja. Lyfið eykur áhrif íbúprófens og morfínlíkra lyfja. Hefja má meðferð með öðrum geðdeyfðarlyfjum (m.a. þríhringlaga lyfjum) strax þegar notkun móklóbemíðs hefur verið hætt og öfugt.

Varúð: Hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi þarf að minnka skammta. Sjálfsmorðshneigð getur aukist í upphafi meðferðar.

Skammtastærðir handa fullorðnum: Venjulegur byrjunarskammtur er 300 mg á dag, venjulega gefið í tveimur til þremur deiliskömmtum. Gera má ráð fyrir, að full verkun fáist eftir 4-6 vikna meðferð. Þegar árangur kemur í ljós má lækka skammtinn. Hámarksdagskammtur er 600 mg á dag. Taka á lyfið inn eftir máltíð. Sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi verður að gefa minni skammta en hér hafa verið nefndir.

Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 12 ára.

Innihaldsefni: Hver tafla inniheldur: Moclobemidum INN 100 mg, 150 mg eða 300 mg.

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1. 4. 1999: Töflur 100 mg: 30 stk. (þynnupakkað): 2.100 kr; 100 stk. (þynnupakkað): 4.949 kr. Töflur 150 mg: 30 stk. (þynnupakkað): 2.516 kr.; 100 stk. (þynnupakkað): 6.422 kr. Töflur 300 mg: 30 stk. (þynnupakkað): 3.903 kr.; 60 stk. (þynnupakkað): 7.472 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða fyrstu 350 kr. af verði lyfsins og 20% af því sem eftir er að hámarki 600 kr. Aðrir greiða fyrstu 1.000 kr. af verði lyfsins og 40% af því sem eftir er að hámarki 1.800 kr. Ef verð á samheitalyfi er hærra en viðmiðunarverð þá greiðir sjúklingur að auki muninn á smásöluverði og viðmiðunarverði.

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

Heimildir: **1.** Fitton A et al. Drugs 1992; 43 (4): 561-596. **2.** Angst J et al. Psychopharmacology 1992; 106 (Suppl): 109-113. **3.** Philipp M et al. Int Clin Psychopharm 1993; 7 (3-4): 149-153. **4.** Baier D et al. Fortschr Neurol Psychiat 1994; 38: 3371-79. **5.** Roth M et al. Br J Psychiatry 1996; 168: 149-157. **6.** Hetzel W. Psychopharmacology 1992; 106 (Suppl): 127-129. **7.** Chen DT, Ruth R. Clin Neuropharmacol 1993; 16 (Suppl 2): 63-68. **8.** Amrein R et al. Psychopharmacology 1992; 106 (Suppl): 24-31. 9. Dingemanse J. Int Clin Psychopharmacology 1993; 7 (3-4): 167-180.

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

Mánagötu 9, 230 Reykjanesbæ. Sími 422-0580

Heilsugæslulæknar

Lausar eru til umsóknar tvær stöður heilsugæslulækna.
Annars vegar staða yfirlæknis við Heilsugæslustöðina í Grindavík, sem er H 2 stöð og starfar í nánum tengslum við Heilsugæslustöðina í Keflavík. Vaktasvæði er sameiginlegt.
Umsækjendur skulu hafa sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum eða sambærilega menntun eða reynslu samkvæmt kröfum kjaranefndar um rétt til sérfræðilauna.
Hins vegar er laus staða heilsugæslulæknis með starfsvæði í Keflavík og Grindavík.
Umsækjendur skulu hafa sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum eða sambærilega menntun eða reynslu samkvæmt kröfum kjaranefndar um rétt til sérfræðilauna. Einnig er möguleiki á að ljúka sérfræðinámi hjá okkur.
Samkomulag getur verið um upphaf starfstíma.
Umsóknum skal skilað til undirritaðs fyrir 15. júní næstkomandi á sérstökum eyðublöðum, sem látin eru í té á skrifstofu Heilbrigðisstofnunarinnar, Mánagötu 9, Keflavík og á skrifstofu landlæknis.
Stöðin er skilgreind sem dreifbýli.
Allar nánari upplýsingar veitir **Kristmundur Ásmundsson**, lækningaforstjóri í síma 422 0500, **Jörundur Kristinsson** yfirlæknir í síma 426 7000 og undirritaður í síma 422 0580.

Keflavík 25.maí 2000
Framkvæmdastjóri

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus

Personalavdelingen, N-8092 Bodø
Tlf. +47 75 53 40 00

Øre-/nese-/halsavdelingen

Overlege

Ved sykehusets øre-/nese-/halsavdeling (avd.ovl. Eivind Støen) er det ledig fast stilling for overlege. Hjemmel nr. 3 - Uls.id. 1006.

Øre-/nese-/halsavdelingen har 8 stillingshjemler - 5 overordnede og 3 underordnede stillinger.

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 som har 40.000 innb. og ligger i naturskjønne omgivelser med gode friluftsmuligheter. Byen har internasjonal flyplass, flytid Bodø-Oslo, 1t og 15 min.

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avdelingsoverlegen, tlf. +47 75 53 40 00.

Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Lønn etter avtale. Sykehuset er behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter nærmere regler. Innsendte papirer returneres ikke.

Søknad sendes sykehuset **innen 20. juni 2000,** merket stillingsnummer.

Se også sykehusets hjemmeside:
www.nss.nl.no
Fylkets stillinger ligger også på
www.jobbnord.com

Røykfritt miljø

CICERO he

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus

Personalavdelingen, N-8092 Bodø
Tlf. +47 75 53 40 00

Medisinsk avdeling

Overlege/ lungespesialist

Ved medisinsk avdeling (avd. ovl. Marit Eskeland) blir det ledig stilling for overlege/lungespesialist - hjemmel nr. 6, uls. id.948.

Ved medisinsk avdeling er det seksjoner for cardiologi, gastroenterologi, nefrologi, hematologi og lungesykdommer. Driften dekker innleggelser av 4.300 pasienter årlig og en poliklinikk på ca. 8.000 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 grenspesialistutdanningene.

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 som har ca 40.000 innbyggere og ligger i naturskjønne omgivelser med gode friluftsmuligheter. Byen har internasjonal flyplass - flytid Bodø - Oslo - 1 time og 15 minutter.

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig.

Nærmere opplysninger ved avdelingsoverlegen, tlf. +47 75 53 40 00.

Lønn etter avtale. Sykehuset er behjelpelig med bolig og dekker flytteutgifer etter nærmere regler.

Søknad sendes Nordland sentralsykehus, personalavd., N-8092 Bodø.

Søknadsfrist: 20. juni 2000.

Se også sykehusets hjemmeside:
www.nss.nl.no
Fylkets stillinger ligger også på
www.jobbnord.com

Røykfritt miljø

CICERO he

---

www.jobbmed.com
Ledige legestillinger i hele Norden

Heilsugæslulæknir

Heilsugæslustöð Hveragerðis óskar eftir lækni. Leitað er eftir lækni sem hefur sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum. Einnig kemur til greina að ráða lækni með aðra sérmenntun sem vill starfa við heilsugæslulækningar. Fyrir er starfandi reyndur sérfræðingur í heimilislækningum. Vaktir eru þrískiptar.

Æskilegt að viðkomandi geti hafið störf sem fyrst eða eftir samkomulagi. Laun samkvæmt úrskurði kjaranefndar.

Nánari upplýsingar veita:
Marianne B. Nielsen yfirlæknir í síma 483 5050 og **Herdís Þórðardóttir** framkvæmdastjóri í símum 483 4229 og 899 4129.

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 1999	99.234,00
	frá 1. mars 2000	104.019,00
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. apríl 2000

Almennt gjald	42,30
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	48,65

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. apríl 2000

Erlendis	Gisting	Annað	**SDR** Alls
Bretland og Rússland	128	90	218
New York og Washington DC	126	74	200
Asía, Afríka, S-Ameríka	129	102	231
Annars staðar	94	88	182

Til sölu

Læknablaðið innbundið í vandað skinnband. Árin 1902-1904 og 1915-1965. Áhugasamir hafi samband við **Sigríði Bjarnadóttur** í síma 564 1490.

Sérlyfjaskrá 2000

Sérlyfjaskrá fyrir árið 2000 er komin út. Hún er seld í Bóksölu stúdenta og kostar 4.990 kr. í hörðu bandi og 4.590 kr. í mjúku bandi.

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **http://www.icemed.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is**
Formaður LR: **olaaevar@rsp.is**
Formaður FÍH: **thorbk@vortex.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.vefur.is/filin**
FÍLÍS – netfang: **gudjon.kristjansson@medicin.uu.se**
Heimasíða: **http://hem.passagen.se/filis/**
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.

Sumarlokun Læknablaðsins

Skrifstofa Læknablaðsins verður lokuð vegna sumarleyfa frá og með mánudeginum 10. júlí til mánudagsins 11. ágúst.

Sumarlokun á skrifstofu læknafélaganna

Skrifstofa læknafélaganna verður lokuð vegna sumarleyfa frá og með mánudeginum 17. júlí til þriðjudagsins 1. ágúst.



Mynd frá golfferð lækna, tekin á East-Links golfvellinum í Skotlandi.

Læknagolf 2000

Golfmót sumarsins

1. **Delta-mótið – Hvaleyrarvöllur** föstudaginn 2. júní kl. 13:30. Höggleikur, 18 holur með og án forgjafar. Veitt verður full forgjöf (hámark 36). Leikið verður af gulum teigum. Konur leika af rauðum teigum.

2. **Stetho-mótið – Golfvöllur Oddfellowa** mánudaginn 26. júní kl. 15:00. Höggleikur, 18 holur með og án forgjafar. Leikið verður af gulum teigum nema konur sem leika af rauðum. Veitt verður full forgjöf eins og í opnum mótum (24). Styrktaraðili mótsins er Roche.

3. **Lögmannaslagur – Strandarvöllur Hellu** sunnudaginn 16. júlí kl. 11:00. Leikinn verður betri bolti með forgjöf. Að minnsta kosti 10 manna lið verða frá hvorum hópi. Reynt verður að ræsa öll holl út samtímis.

4. **Austurbakka-Ethicon-mótið – Leiruvöllur Keflavík** mánudaginn 31. júlí kl. 14:00-15:00. Höggleikur, 18 holur með og án forgjafar. Leikið verður af gulum teigum nema konur, sem leika af rauðum. Veitt verður full forgjöf eins og í opnum mótum (24). Reynt verður að ræsa út af að minnsta kosti tveimur teigum samtímis. Verðlaunaafhending og kvöldverður bíður að loknu móti í boði styrktaraðilans.

5. **Glaxo-mótið – Nesvöllur** föstudaginn 25. ágúst kl. 14:00. Leikfyrirkomulag er punktakeppni með fullri forgjöf (7/8). Leikið verður af gulum teigum nema konur, sem leika af rauðum.

Framkvæmdastjórnin



Stjórn FÍLÍS. Frá vinstri, Gunnar Mýrdal, Sif Ormarsdóttir gjaldkeri, Guðjón Kristjánsson formaður, María Gunnbjörnsdóttir og Sigríður Valtýsdóttir ritari.

Ný stjórn í Svíþjóð

Aðalfundur FÍLÍS var haldinn 2. desember 1999 á sænska læknaþinginu (Riksstämman). Ný stjórn var kosin til tveggja ára. Stjórnina skipa **Guðjón Kristjánsson** formaður, **Sif Ormarsdóttir** gjaldkeri, **Sigríður Valtýsdóttir** ritari, **María Gunnbjörnsdóttir** og **Gunnar Mýrdal** meðstjórnendur. Í félaginu eru nú um það bil 150 læknar.

Félagið hyggst á komandi árum standa fyrir kynningu á sérfræðinámi og doktorsnámi í Svíþjóð, þar sem miklar breytingar hafa orðið síðastliðin 10 ár og fleiri breytingar eru á döfinni. Vonandi getum við birt greinar um þetta seinna á árinu.

Þeir sem eiga erindi við félagið geta skrifað til Guðjóns Kristjánssonar, Medicinkliniken, Akademiska Sjukhuset, 75185 Uppsala, Svíþjóð, eða sent tölvupóst: *gudjon.kristjansson@medicin.uu.se* Félagið hefur einnig eigin heimasíðu með félagaskrá, tenglum, fréttum og fleiru. Veffang FÍLÍS: *http://hem.passagen.se/filis/*

*Frétt frá **F**élagi **Í**slenskra **L**ækna **Í** **S**víþjóð (**FÍLÍS**)*

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. júní
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. júní
Í Chicago. Credentialing Physician Specialists: A World Perspective. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

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

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

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

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

25.-28. júní
Í Reykjavík. XIV Nordiske Kongres I Retsmedicin. Nánari upplýsingar á netfangi: congrex@icelandtravel.is, asah@iceland travel.is og hjá Læknablaðinu.

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

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

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

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

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

6.-11. ágúst
Í Chicago, alþjóðleg ráðstefna um tóbak eða heilsu (11th World Conference on Tobacco or Health). Nánari upplýsingar á Læknablaðinu, heimasíðu ráðstefnunnar: *www.wctoh.org* 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. 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.

13.-16. september
Í Kaupmannahöfn. 3rd Nordic Congress on Telemedicine. The Nordic Experience and Beyond. Nánari upplýsingar á heimasíðunni *www.telemedicine.dk* og hjá Læknablaðinu.

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

27.-30. september
Í Salzburg. Information and Communication in Health. Creating a better future for Health in Europe. Nánari upplýsingar á heimasíðunnu *www.ehfg.org* og hjá Læknablaðinu.

29. september-1. október
Í Sigtuna, Svíþjóð. The first international conference on Consumer Reports on Medicine. Nánari upplýsingar hjá KILEN Consumer Institute for Medicines and Health, veffang: http://www.kilen.com/intpres.html

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.

2.-5. september 2001
Í London. Medinfo 2001. Towards Glo-

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: eósínfíklafjölda, æðabólguútbrot, versnun lungnaeinkenna, hjartakvilli og/eða taugakvilli, sem stundum greinist sem Churg-Strauss heilkenni en þau einkennast af eósínfíkinni íferð með klínískum einkennum útæðabólgu. Þrátt fyrir að ekki sé hægt að sanna orsakasamband við leukótríenblokka, er mælt með varúð og viðeigandi klínísku eftirliti, þegar skammtalækkun á sterum (til inntöku) er íhuguð hjá sjúklingum sem fá SINGULAIR. **Milliverkanir:** SINGULAIR má gefa með annarri meðferð, sem er venjulega gefin við fyrirbyggjandi og langvinna astmameðferð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þungaðar konur eða konur með börn á brjósti einungis að nota SINGULAIR, ef það er talið nauðsynlegt. **Aukaverkanir:** SINGULAIR þolist almennt vel. Aukaverkanir, sem venjulega hafa verið vægar, hafa almennt ekki haft í för með sér að meðferð hafi verið hætt. Í klínískum rannsóknum voru aðeins kviðverkir og höfuðverkur taldir tengdir lyfinu hjá > 1% sjúklinga, sem meðhöndlaðir voru með SINGULAIR. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið skráðar eftir markaðssetningu SINGULAIRs; Ofnæmi, þar á meðal bráðaofnæmi, ofsabjúgur, kláði og ofsakláði.
Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Tuggutöflur 5 mg: 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Töflur 10 mg:** 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck, Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland.
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

TAFLA Á DAG

SINGULAIR® (MONTELÚKAST, MSD)

1 tafla á dag stuðlar að betri stjórn á astma.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

bal Health – The Informatics Route to Knowledge. Tenth triennal world congress. Nánari upplýsingar á heimasíðunni *www.medinfo2001.org* og 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.

Fimmta vísindaþing Félags íslenskra heimilislækna

Selfoss/Hveragerði 20.-21. október 2000

Á þinginu verða bæði frjálsir fyrirlestrar og spjaldaþing. Kynntar verða rannsóknir og rannsóknaráætlanir sem tengjast heilsugæslu. Auk þess verða bæði innlendir og erlendir gestafyrirlesarar.

Ágrip skal skrifa á A4-blað með sama sniði og á fyrri þingum. Þar skal koma fram tilgangur rannsóknarinnar, efniviður og aðferðir, niðurstöður og ályktanir. Ágripum skal skilað á disklingum ásamt einu útprenti til Emils L. Sigurðssonar, Heilsugæslustöðinni Sólvangi, 220 Hafnarfirði fyrir 15. september.

Ágripin verða birt í sérstöku blaði þingsins sem dreift er til allra lækna á Íslandi.

Vísindaþingsnefndin
Emil L. Sigurðsson
Jón Steinar Jónsson
Jörundur Kristinsson
Hildur Thors

Lækningaleyfi

Almennt lækningaleyfi

Dags	Nafn
25.04.00	Auður Björg Ingvarsdóttir
26.11.99	Gunnar Bjarni Ragnarsson
27.01.00	Ingólfur Johannessen
04.02.00	Jóhann Johnsen
15.02.00	Kari Helene Eikvar
07.12.99	Kristín Theodóra Hreinsdóttir
14.03.00	Per Reidar Høiness
29.02.00	Thomas Muellner
11.04.00	Vera Baasland Halvorsen

Sérfræðileyfi

Dags	Nafn og sérgrein
04.02.00	Árni Þór Björnsson svæfingalækningar
07.03.00	Björn Hjálmarsson barnalækningar
22.12.99	Brynjar Viðarsson lyflækningar
19.11.99	Elín Þorgerður Ólafsdóttir húð- og kynsjúkdómalækn.
10.01.00	Gerður María Gröndal gigtlækningar
16.12.99	Gísli Ingvarsson húð- og kynsjúkdómalækn.
07.12.99	Guðjón Birgisson skurðlækningar
10.12.99	Gunnlaugur Sigurjónsson heimilislækningar
03.02.00	Hlíf Steingrímsdóttir lyflækningar og blóðsjúkdómar
05.05.00	Iðunn Lára Ólafsdóttir læknisfræðileg myndgreining
25.11.99	Jóhann Valtýsson svæfingalækningar og gjörgæsla
06.03.00	Jóhanna Jónasdóttir heimilislækningar
16.11.99	Jón Sigmundsson barnalækningar og læknisfræðileg erfðafræði
11.01.00	María Soffía Gottfreðsdóttir augnlækningar
25.01.00	gláka
13.01.00	Nanna Kristinsdóttir heimilislækningar
30.12.99	Sigurður Ó. Blöndal skurðlækningar
28.04.00	Snjólaug Arnardóttir taugalækningar
13.03.00	Þorvaldur Magnússon lyflækningar
04.01.00	Arna Rún Óskarsdóttir öldrunarlækningar
28.01.00	Rannveig Pálsdóttir heimilislækningar
15.11.99	Cecilie Piene Schröder bæklunarskurðlækningar
02.02.00	Dietze Andreas bæklunarskurðlækningar

Læknar sem eru að fá viðbót við fyrri sérgrein

14.12.99	Björn Gunnarsson barnagjörgæslulækningar
07.12.98	Dagbjörg B. Sigurðardóttir geðlækningar
31.12.99	barna- og unglingageðlækn.
10.03.00	Dóra Lúðvíksdóttir ofnæmislækningar
19.11.99	Georg Steinþórsson æðaskurðlækningar
02.05.00	Guðmundur Gunnlaugsson handarskurðlækningar
06.12.99	Helgi H. Sigurðsson æðaskurðlækningar
23.03.00	Karl Logason æðaskurðlækningar
08.12.99	Kristján Baldvinsson skurðlækningar
27.01.00	Ólöf Jónsdóttir ofnæmissjúkdómar barna og unglinga
13.03.00	Sigurður Örn Hektorsson geðlækningar
24.01.00	Steinn Auðunn Jónsson nýburalækningar
10.01.00	Sigríður Þórdís Valtýsdóttir lyflækningar



Gleðiefni fyrir þá sem meðhöndla þunglyndi, ofsakvíða eða árátttu- og þráhyggjusýki!

Zoloft - Pfizer. Hver tafla inniheldur: Sertralinum INN, klórið, samsvarandi Sertralinum INN 50 mg. Ábendingar: Þunglyndi. Árátttu- og þráhyggjusýki (obsessive compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án viðáttufælni (agoraphobia). **Frábendingar:** Engar þekktar. **Varúð:** Ekki skal gefa sertralín sjúklingum, sem nota MAO-hemjandi lyf og ekki fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Gæta ber varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum sem eru með sykursýki og meðhöndlaðir með insúlíni eða sykursýkilyfjum af súlfónýlúreaflokki. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi áhrif á frjósemi eða hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög háir skammtar hafa leitt til aukinnar dánartíðni nýfæddra dýra. Ber því að forðast notkun lyfsins á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Engar upplýsingar liggja fyrir um hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er ógleði u.þ.b. 20%. Algengar (>1%): Almennar: Aukin svitamyndun. Taugakerfi: Vöðvaskjálfti, truflun á sáðláti. Meltingarfæri: Ógleði, munnþurrkur, niðurgangur, meltingaróþægindi. Sjaldgæfar (0,1-1%): Geðrænar: Kvíði. **Milliverkanir:** Samtímis gjöf MAO-hemjandi lyfja getur valdið skyndilegum háþrýstingi og oförvunarástandi. Samtímis notkun litíums getur aukið tíðni aukaverkana sertralíns, einkum ógleði, skjálfta og kvíða. Við samtímis gjöf címetidíns getur orðið aukning á blóðstyrk sertralíns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Við þunglyndi og árátttu-og þráhyggjusýki: Upphafsskammtur er 50 mg/dag. Ef þörf krefur, má auka þennan skammt um 50 mg á dag í þrepum á nokkrum vikum í allt að 200 mg/dag. Sé þörf á langtímanotkun lyfsins er venjulegur viðhaldsskammtur 50 mg á dag. Við felmtursköstum (ofsahræðslu) með eða án viðáttufælni: Upphafsskammtur er 25 mg á dag í eina viku, sem síðan er aukinn í 50 mg á dag. Ef þörf krefur má auka þennan skammt um 50 mg á dag í þrepum á nokkrum vikum. Hámarksskammtur sem mælt er með er 200 mg/dag. Skammtastærðir handa öldruðum eru þær sömu og að framan er getið. Árangur meðferðar getur komið fram innan 7 daga, en oftast þarf 2-4 vikna meðferð áður en full verkun næst. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. Pakkningar og verð 1. febrúar 2000: 28 stk. (þynnupakkað) - kr. 3.704,98 stk. (þynnupakkað) - kr.11.831. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: B. *Heimildir: 1) Sérlyfjaskrá 1998. 2) Benfield P. et al. Drugs 1986; 32:481-508. 3) Dechant K. et al. Drugs 1991; 41(2):225-253. 4) Milne R. et al. Drugs 1991; 41(3):450-477. 5) Murdoch D. et al. Drugs 1992; 44(4): 604-624. Einkaumboð á Íslandi:* **Pharmaco hf. • Hörgatúni 2 • 210 Garðabær.**