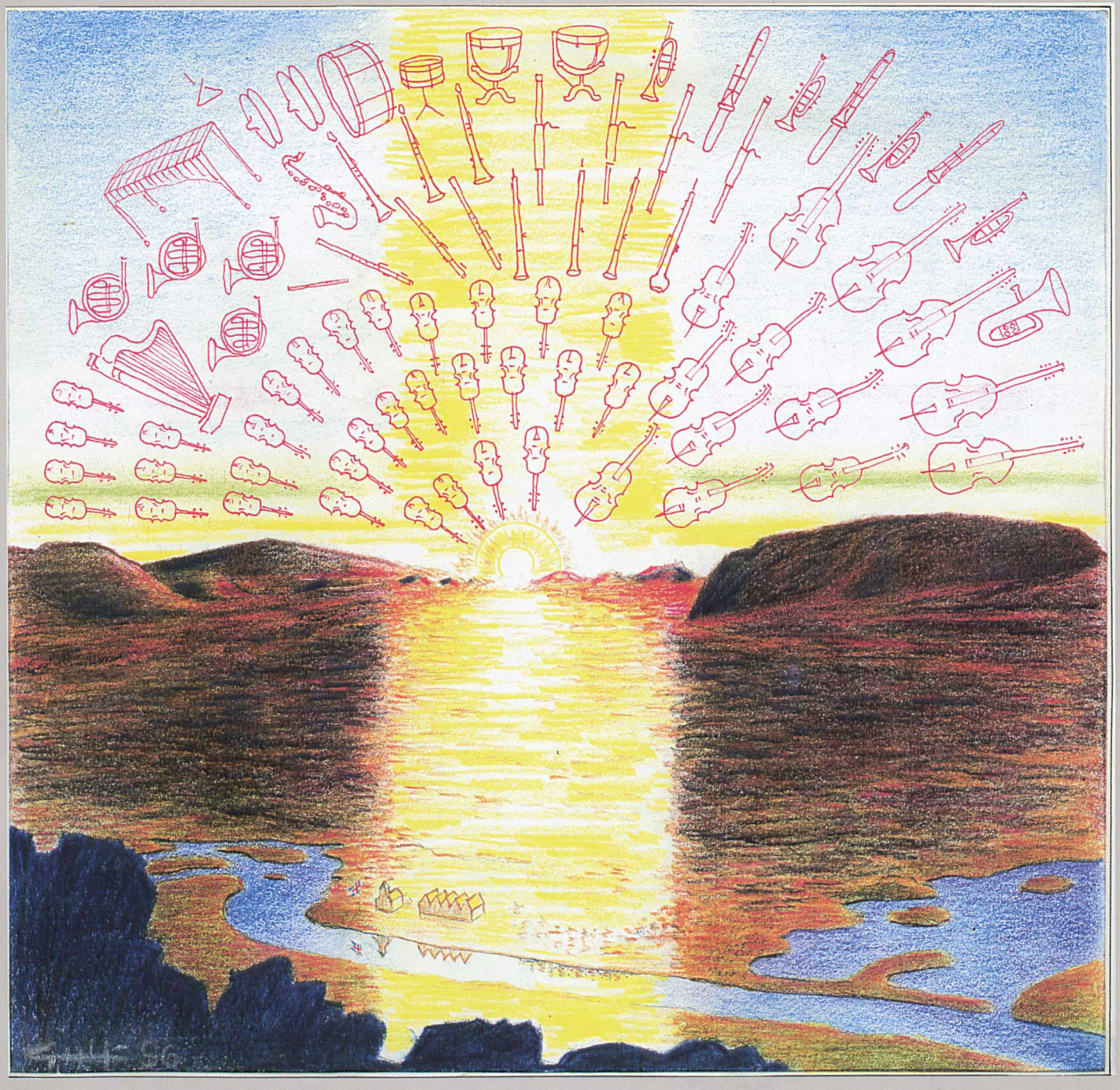
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



7-8/2000



Vandlega íhuguð blóðfitumeðferð



Öflugt



Viðtækt



Einfalt

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

Pfizer

Zarator®
atorvastatin

FRÆÐIGREINAR

481 **Leiðréttingar**

483 **Ritstjórnargreinar:**
Hugleiðingar eftir Suðurlandsskjálfta
Sigurður Guðmundsson

485 **Sortuæxli og frumubreytingar í blettum. Skugginn frá ljósabekknum?**
Jón Hjaltalín Ólafsson, Kristín Þórisdóttir

486 **Leiðrétting**

489 **Breyting á tíðni þykknunar vinstri slegils og horfur, samanburður milli karla og kvenna 1967-1992. Hóprannsókn Hjartaverndar**
Inga S. Þráinsdóttir, Þórður Harðarson, Guðmundur Þorgeirsson, Helgi Sigvaldason, Nikulás Sigfússon

Höfundar ályktа meðal annars að horfur kvenna, en ekki karla, fari versnandi ef þykknun er fyrir hendi. Ástæðan er ef til vill sú að hjartalínuritsskilmerki oftúlki þykknun hjá körlum. Athyglivert er að miklar reykingar virðast verndandi þáttur hjá körlum en höfundar benda á að möguleg skýring þessa sé vangreining þykknunar meðal karla sem hafa lungnaþembu og/eða aukið lungnarúmmál.

495 **Áhrif meðgöngu á lifun kvenna er greinst hafa áður með brjóstakrabbamein**
Helgi Birgisson, Laufey Tryggvadóttir, Hrafn Tulinius

Rannsóknin náði til kvenna sem greindust á ákveðnu árabili með brjóstakrabbamein, voru innan við fimmtugt og eignuðust síðar börn. Fundinn var samanburðarhópur kvenna sem ekki eignuðust börn eftir greiningu brjóstakrabbameins. Niðurstöður gefa ekki til kynna að barnsfæðing í kjölfar greiningar á brjóstakrabbameini hafi slæm áhrif á horfur.

501 **Einkenni breytingaskeiðs og meðferð þeirra hjá 50 ára íslenskum konum**
Bryndís Benediktsdóttir, Kristinn Tómasson, Þórarinn Gíslason

Rannsóknin náði til allra fimmtugra kvenna á Stór-Reykjavíkursvæðinu og var þeim sendur viðamikill spurningalisti. Spurt var um margvísleg atriði: félagslegar aðstæður, heilsufar, lyfjanotkun og möguleg einkenni breytingaskeiðs og meðferð við þeim. Höfundar rekja niðurstöður rannsóknarinnar ítarlega.

509 **Hæð og þyngd íslenskra barna og unglinga 6-20 ára**
Atli Dagbjartsson, Árni V. Þórsson, Gestur I. Pálsson, Víkingur H. Arnórsson

Fremur takmarkaðar upplýsingar hafa verið til um vöxt Íslendinga og stærð. Hér birtast niðurstöður rannsóknar sem er hluti af stórri þverskurðarrannsókn á vexti, þroska og næringarástandi íslenskra ungmenna. Fyrirhugað er að nota niðurstöður rannsóknanna til að útbúa vaxtarlínurit, en vaxtarlínurit eru talin einn besti mælikvarði til að fylgjast með almennu heilsufari og heilbrigði barna.

516 ***Kingella kingae* beina- og liðasýkingar í börnum. Sex sjúkratilfelli af Barnaspítala Hringsins**
Helgi Birgisson, Ólafur Steingrímsson, Þórólfur Guðnason

Bakterían *Kingella kingae* er sjaldgæf orsök sýkingar í mönnum. Höfundar rekja þau sex tilfelli sem greinst hafa á Barnaspítala Hringsins. Ennfremur er bakteríunni lýst, verkun hennar, skyldum bakteríum og meðferð við sýkingu.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

7./8. tbl. 86. árg. Júlí/ágúst 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

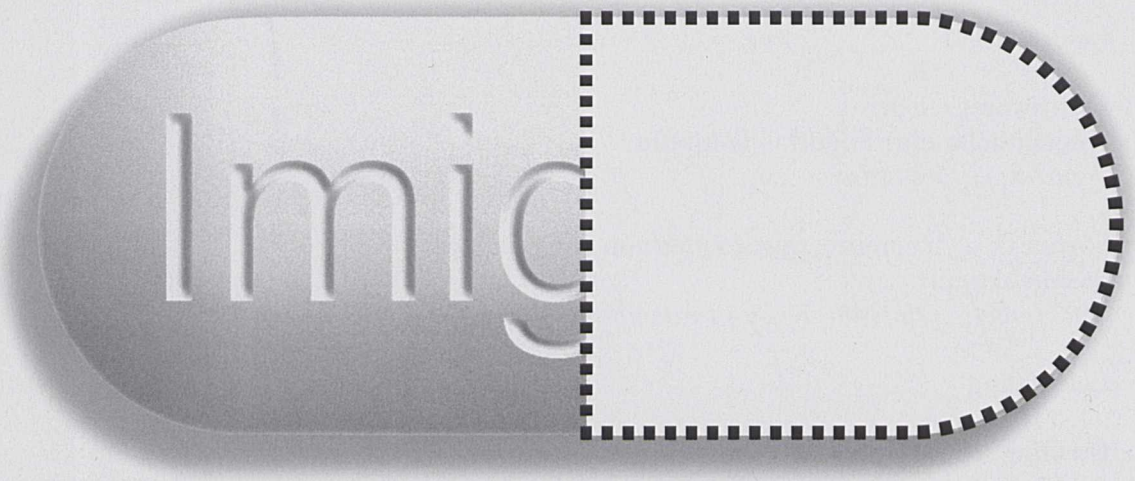
Áskrift: 6.840,- m.vsk.
Lausasala: 684,- m.vsk.

© **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



ÞAÐ HÁLFA ER NÓG

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

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

IMIGRAN
Þegar til kastanna kemur

GlaxoWellcome
Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

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

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

GOTT FÓLK • SÍA • 6004

520 **Af sjónarhóli stjórnar: Landspítali-háskólasjúkrahús**
Sigurður Björnsson

522 **Viðræður Læknafélags Íslands og Íslenskrar erfðagreiningar**
Sigurbjörn Sveinsson

523 **Aðalfundur LÍ 2000**

524 **Það er leitt ...**
Högni Óskarssson

Frá Svæfinga- og gjörgæslulæknafélagi Íslands
Sveinn Geir Einarsson

525 **Eineygðir Samverjar ...**
En læknar eru umboðsmenn sjúklinga og ber að standa á rétti þeirra
Ólafur Ólafsson

526 **Það verður aldrei hægt að aðgreina kennslu og klíník að fullu**
Rætt við Gísla Einarsson framkvæmdastjóra kennslu og fræða á Landspítala um framtíðarsýn háskólasjúkrahúss
Þröstur Haraldsson

530 **Móttaka nýkandídata**
Birna Þórðardóttir

531 **Broshornið. Frá tá og upp að eyrum**
Bjarni Jónasson

533 **Íðorðasafn lækna 124. Meta-analysis**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

535 **Lyfjamál 87**
Frá Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og landlækni

536 **Ráðstefnur og þing**

539 **Lausar stöður**

542 **Okkar á milli**

543 **Minnisblaðið**

Leiðréttingar

Læknablaðið 6/2000

Röng kynning

Í júníhefti Læknablaðsins birtist greinin: **Ofvirkniröskun. Yfirlitsgrein.** Höfundar: **Gísli Baldursson, Ólafur Ó. Guðmundsson, Páll Magnússon.** Læknablaðið 2000; 86: 413-9.

Við kynningu á greininni í efnisyfirliti var ranglega getið um ofvirkniröskun sem eina tegund persónuleikaröskunar. Rangt er að um persónuleikaröskun sé að ræða, eins og fram kemur í greininni sjálfri. Rétt er taka fram að höfundar komu hvergi nærri samsetningu þessarar kynningar. Beðist er velvirðingar á þessum leiðu mistökum.

Læknablaðið/Fylgirit 39

Í júní síðastliðnum kom út Fylgirit Læknablaðsins með ágripum erinda og veggspjalda sem kynnt voru á XIV. þingi Félags íslenskra lyflækna á Egilsstöðum dagana 9.-11. júní.

Fylgirit þetta var ranglega númerað 38 í stað 39. Fylgirit 38 kom út í júní 1999. Bar það heitið: Notkun geðdeyfðarlyfja og þunglyndisraskanir og hafði að geyma skýrslu nefndar heilbrigðisráðherra um notkun geðdeyfjarlyfja.

Í tilvísunum í ágrip erinda og veggspjalda frá XIV. þingi Félags íslenskra lyflækna skal Fylgiritið bera númer 39: **Læknablaðið 2000; 86/Fylgirit 39: bls.**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Gylfi Gíslason

Þingvellir hafa orðið táknmynd fyrir Íslendingum, táknmynd landsins og þjóðarinnar sjálfrar, þjóðernis hennar og alls sem talið er sameina íslenskt fólk í einn hóp. Þegar Alþingi var endurreist voru margir sem töldu að það ætti að sitja á Þingvöllum eins og til forna, og þegar Íslendingar fóru, á tuttugustu öld, að halda hátíðir til að undirstrika sjálfstæði sitt, sögu og sjálfsmynd þótti sjálfsagt að hátíðarhöldin færu fram á hinum forna þingstað. Listmálararnir sem komu fram á fyrstu áratugum aldarinnar smituðust líka af Þingvalladýrkun og nutu þess að þar er líka einstök náttúrufegurð og mótíf í ótal falleg málverk sem almenningur sóttist eftir að eignast. Eitt vinsælasta mótífið var sólsetrið handan Almannagjár þegar birtan leysist upp í ótal liti á vesturhimninum en klettarnir eru skyggðir, dimmir og hlaðnir minnum sögunnar og eilífrar baráttu Íslendinga fyrir sjálfstæði sínu og stolti. Þetta mótíf hefur **Gylfi Gíslason** (f. 1940) tekið fyrir í einni myndinni úr Þingvallaröð sinni sem hann hefur unnið að um nokkurra ára skeið. Gylfi snýr mótífinu hins vegar við. Hann málar **Morgunsinfóníu** sína frá sama sjónarhorni og eldri málararnir máluðu sólarlagið og dregur ekkert undan í túlkun sinni á litadýrðinni, hátíðleika klettanna og fegurð umhverfisins. Niðurstaðan verður málverk sem er svo sykursætt og ofhlaðið fegurð og fortíðarþrá að listamaðurinn hefur þurft að bæta inn heilli sinfóníuhljómsveit, með hljóðfæraskipan Sinfóníuhljómsveitar Íslands, til að undirstrika heilhrifin. Málverkið hljómar ekki, en umhverfis sólina hefur sætaskipan hljóðfæraleikara í hljómsveitinni verið teiknuð inn svo áhorfandinn geti sjálfur ímyndað sér undirleikinn.

Þessi mynd er gott dæmi um þann sakleysislega en beitta húmor sem oft birtist í verkum Gylfa. Hann er þekktastur fyrir teikningar sínar en hefur þó komið víðar við og fengist við ýmsa miðla. Gylfi vann á árum áður með SÚM-hópnum og í verkum hans sést oft sú kaldhæðna glettni sem gjarnan var sterk í verkum manna á þeim tíma. Kaldhæðnin kemur þá oft fram í næstum barnslegri einlægni sem þó stingur undan svo engin kemst hjá því að líta í eigin barm og velta fyrir sér hugmyndalegu inntaki verksins og því hvað það segir um sjálfsmynd okkar og söguskoðun.

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 börnum:** *Börn ára og eldri:* Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. *Börn 4-11 ára:* Ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. **Pakkningar 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.

Hugleiðingar eftir Suðurlandsskjálfta

Sigurður Guðmundsson

Þegar þetta er ritað er innan við vika frá því að seinni jarðskjálftinn reið yfir Suðurland. Ekki fer hjá því að menn velti því fyrir sér hvernig heilbrigðiskerfið hafi brugðist við og hvort einhverjar lexíur megi læra af þeirri reynslu sem fengist hefur. Búist er við fleiri skjálftum og því ekki úr vegi að reyna að meta ástand mála nú þó alllangur tími muni líða þar til við getum metið viðbrögðin endanlega.

Ljóst er að við vorum heppin. Í fyrsta lagi varð nærfellt enginn fyrir líkamstjóni. Í öðru lagi stóðust stofnanir heilbrigðiskerfisins, bæði heilsugæslustöðvar og sjúkrahús á svæðinu, skjálftana og urðu þar litlar sem engar skemmdir. Í þriðja lagi urðu skjálftarnir á góðviðrisdögum um mitt sumar, ekki þarf að fara í grafgötur um hörmungarnar hefði Suðurland skolfið á óveðursnóttu í febrúar.

Á heildina litið virkuðu samskiptakerfi heilbrigðisþjónustunnar vel og mjög fá dæmi ef nokkur eru um að boðleiðir hafi brugðist. Ljóst er að meginhlutverk heilbrigðisþjónustunnar þessa daga var á sviði áfallahjálpar. Þar hefur verið unnið ómetanlegt starf, bæði á vegum Rauða krossins og áfallahjálpar Landspítala Fossvogi. Áfallahjálp Rauða krossins hefur verið rekin frá fjöldahjálparstöðvum samtakanna og hinn faglegi þáttur að mestu hvílt á sálfræðingum. Áfallahjálp Landspítalans er í höndum hjúkrunarfræðinga og lækna sem margir hafa þjálfað sig sérstaklega í þessum efnum og er í því starfi horft til langtímastuðnings og sérstakrar meðferðar. Enn er óvíst hver merki Suðurlandsskjálfta verða í sálarlífi fólks á svæðinu, en jafnljóst að hlutverki áfallahjálpar er þar hvergi nærri lokið. Þessi starfsemi hefur sannað sig sí og æ undanfarna mánuði og misseri og er teymið sífellt að afla sér meiri reynslu. Mikilvægt er að starfsemi þessi verði efld í framtíðinni í heilbrigðiskerfinu enda gagnsemi hennar óumdeild í mýmörgum rannsóknum sem gerðar hafa verið.

Ýmsir hafa velt því fyrir sér hvort við séum nægilega viðbúin alvarlegri jarðskjálftum með meiri skemmdum. Hvernig væri umhorfs á Sjúkrahúsi Suðurlands ef upptökin hefðu verið undir því og hvað hefði gerst ef bæði brýrnar yfir Þjórsá og Ölfusá hefðu lokast? Líta þarf nánar á stöðu heilbrigðisþjónustunnar á svæðinu í þessu ljósi. Nefna má sem dæmi að blóð og blóðhlutar eru ekki geymdir á sjúkrahúsinu. Engin færanleg sjúkrahús eru til í landinu og vitað er að ekki þarf að vera mikið að veðri svo að illa gangi að flytja vistir loftleiðis. Almannavarnaráð hefur í samvinnu við Samband íslenskra sveitarfélaga unnið að tillögum um almannavarnabúnað sem komið verður fyrir í stórum gámum og unnt er að flytja tiltölulega auðveldlega. Um er að ræða 13 einingar sem komið verður fyrir á átta stöðum á landinu og geta mætt þessum vanda að hluta.

Suðurlandsskjálftar minna okkur ennfremur á að hópslysaáætlanir heilbrigðisstofnana út um land þurfa stöðugrar endurnýjunar við og starfsfólk þarf endurmenntunar við. Einnig þarf að fara yfir útkallsbúnað reglulega. Vitað er að hér er víða pottur brotinn. Á óskalista okkar hefur um hríð verið starfsmaður sem starfaði á vegum landlæknis og Almannavarna að þessum málum og hefði meðal annars það hlutverk að fara um landið og endurskoða hópslysaáætlanir, mennta heilbrigðisstarfsfólk og svo framvegis. Æskilegt væri að reynsla af Suðurlandsskjálftum ýttu þessum hugmyndum úr vör.

Þeirri spurningu hefur verið komið á framfæri hvað læknar og hjúkrunarfræðingar eigi að gera séu þeir staddir af tilviljun á svæði þar sem jarðskjálftar af þessu tagi verða. Eiga þeir að flýta sér á möguleg slysasvæði? Að sjálfsögðu er öll hjálp vel þegin en mönnum er eindregið ráðlagt undir þessum kringumstæðum að hafa samband við stjórnstöð Almnannavarna eða Almannavarnanefnd á svæðinu sem á að hafa yfirsýn yfir vandann og getur beint aðstoð þangað sem hennar er mest þörf. Þetta er mun affarasælla en að rjúka af stað, miskunnsamir Samverjar þurfa líka stjórnunar og skipulagningar við.

Að lokum er ástæða til að minna alla lækna á að viðbrögð þeirra í hópslysum og náttúruhamförum eru undir þekkingu þeirra komin. Menn eru því hvattir til að kynna sér hópslysaáætlanir þær sem til eru á hverju svæði, og koma ábendingum á framfæri til okkar telji menn áætlunum vera ábótavant. Við munum tvímælalaust fara betur ofan í saumana á þessum málum og draga frekari lærdóm af þessum skjálftum. Vonast er til að þeir verði ekki fleiri.

Á Hellisheiði 25. júní 2000

Höfundur er landlæknir.

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.

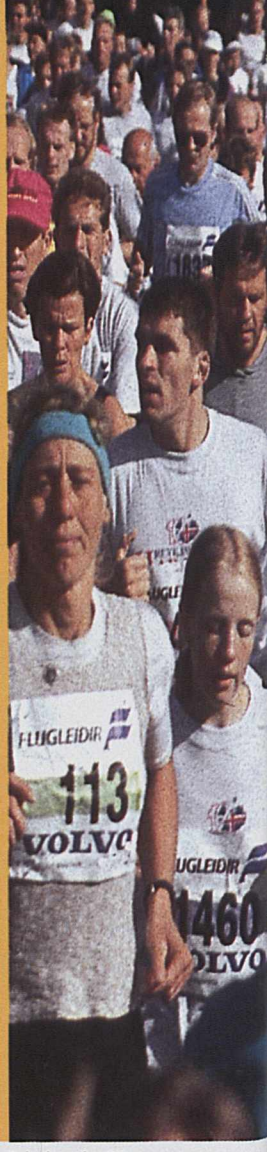
Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknabladid

Umræðuhluti

Skilafrestur er 20. undanfarandi mánaðar, nema annað sé tekið fram. Næsta blað kemur út í september. Skilafrestur í það er 20. ágúst.



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 serótóníneiheilkenni. Ef sjúklingur hefur áður verið í meðferð með óafturkræfum MAO-hemli þurfa a.m.k. 2 vikur að líða, áður en meðferð með flúoxetíni hefst. Flytja má sjúklinga, sem eru í meðferð með afturkræfum MAO-hemlum með stuttan helmingunartíma (t.d. móklóbemíði) yfir á flúoxetín eftir einn sólarhring. Hins vegar þurfa um 5 vikur að líða, áður en sjúklingar, sem eru í meðferð með flúoxetíni, eru settir á MAO-hemil. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með manio depressive sjúkdóm, getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í maníu. Gæta ber varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Útbrot, bráðaofnæmi og stigvaxandi bráðaofnæmi, stundum alvarlegu, með einkennum í húð, nýrum, lifur eða lungum hefur verði lýst hjá sjúklingum sem fengu flúoxetín. Hætta skal meðferð ef fram koma útbrot eða önnur ofnæmisviðbrögð sem ekki eiga sér aðra orsök. Eins og með önnur þunglyndislyf, er mælt með því að flúoxetín sé notað með varúð ef sjúklingur hefur sögu um krampa. Lýst hefur verið tilfellum um lækkun natríums. Í flestum tilfellum hefur verið um að ræða aldraða sjúklinga, sem fengu jafnframt meðferð með þvagræsilyfjum, eða með vökvatap af öðrum orsökum. Blóðsykurslækkun hefur komið fram hjá sykursjúkum í flúoxetín meðferð, en blóðsykurshækkun eftir að meðferð er hætt. Meðferð með flúoxetíni getur leitt til tannskemmda vegna munnþurrks. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar þegar lyf sem umbrotin eru með cýtókróm P450IID6 og hafa tiltölulega þröngan lækningalegan stuðul eru notuð samtímis flúoxetíni, eða ef flúoxetín hefur verið notað á síðustu 5 vikum. Plasmaþéttni fenýtóíns, halóperidóls, karbamazepíns, klózapíns, 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 (serótóníneiheilkenni). Einkennin hverfa þegar meðferð er hætt. Gæta skal varúðar við skömmtun þessara lyfja og fylgjast með klínísku ástandi. Flúoxetín er mikið próteinbundið og því getur samtímis notkun lyfja sem eru mikið próteinbundin, haft áhrif á blóðþéttni þeirra beggja. Við samtímis notkun flúoxetíns og warfaríns hefur í einstaka tilfellum komið fram breyting í segavarnandi áhrifum. Fylgjast skal með sjúklingum í warfarín meðferð í upphafi eða við lok flúoxetín meðferðar. Samtímis notkun flúoxetíns og raflostsmeðferðar (ECT) hefur í einstaka tilfellum lengt krampakóst. Ef gefa á lyf sem hafa milliverkanir við flúoxetín eða virka umbrotsefnið norflúoxetín eftir að meðferð lýkur, er mikilvægt að hafa í huga langan helmingunartíma þeirra. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkilyfja, ef sjúklingur er samtímis í meðferð með insúlíni og/eða sykursýkilyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota tryptófan með lyfinu. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi aukaverkanir tengjast verkunarhætti sérhæfðra serótóníneupptökuhemla (SSRI): Almennar: Ósjálfráð einkenni þ.m.t. munnþurrkur, aukin svitamyndun, æðavíkkun og kuldahrollur. Ofnæmiseinkenni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Serótóníneiheilkenni, 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

20000107 / ATZETA / SIA

Sortuæxli og frumubreytingar í blettum

Skugginn frá ljósabekknum?

Jón Hjaltalín Ólafsson[1]

Kristín Þórisdóttir[2]

GREINING Á BLETTUM (NAEVUS) Í HÚÐ HEFUR LENGI vafist fyrir læknum og ekki að ástæðulausu. Þótt til séu reglur um hvaða bletti sé eðlilegt að fjarlægja eru frávikin mikil og ekki óalgengt að niðurstöður vefjagreiningar komi lækninum á óvart. Mikilvægi frumubreytinga í blettum (dysplasia, architectural disorder) hefur einnig verið umdeilt þótt nú hafi náðst allgóð sátt um túlkun þeirra. Frumubreytingar gefa til kynna að viðkomandi sé í aukinni hættu á að fá sortuæxli. Ef náin ættmenni hafa einnig frumubreytingar eða hafa haft sortuæxli þarf að hafa gott eftirlit með sjúklingnum. Meginástæða þess að blettur er fjarlægður er grunur um frumubreytingar eða sortuæxli.

Fyrir 30 árum voru um 80 af hundraði þeirra sem greindust með ífarandi sortuæxli látnir eftir fimm ár. Í dag er öldin önnur og er nærri lagi að 80 af hundraði lifi að fimm árum liðnum. Ekki er þó öll sagan sögð því fjöldi þeirra sem greinast með sjúkdóminn hefur aukist verulega. Árin 1959-1963 greindust að meðaltali 2,4 á ári með ífarandi sortuæxli en 1998 greindust 30. Dauðsföllum hefur þó ekki fjölgað á sama hátt. Erfitt getur því verið að meta miklvægi þessarar miklu aukningar, meðal annars vegna þess að þykkt æxlanna var ekki metin á sama hátt og nú er gert, en þykktin ákvarðar fyrst og fremst hve alvarlegur sjúkdómurinn er.

Svo virðist sem mun fleiri blettir séu fjarlægðir nú en áður og getur það verið að hluta skýring á auknum fjölda æxlanna en þó engan veginn eina skýringin. Fleiri litlir blettir eru fjarlægðir nú en áður og ef til vill á það sinn þátt í að æxlin ná ekki að verða eins hættuleg. Þetta getur hugsanlega skýrt fremur litla aukningu dauðsfalla af völdum sortuæxla. Staðbundin sortuæxli (melanoma *in situ*) eru almennt talin læknanleg að fullu séu þau skorin burt með fríska rönd af húð. Þau eru vísbending um aukna hættu á ífarandi sortuæxlum og þarf því að fylgjast vel með þeim sjúklingum.

Árið 1998 greindust 42 með staðbundið sortuæxli hérlendis og kæmi ekki á óvart þótt meiri aukning yrði á næstu árum. Lengi hefur verið deilt um orsakir aukinnar tíðni sortuæxla í Vestur-Evrópu og í Bandaríkjum Norður-Ameríku. Auk fyrrnefndra þátta eru flestir orðnir sáttir um að sólböð og sólbekkir skýri þessa aukningu að miklu leyti. Ljóst er að þetta gildir fyrst og fremst um þá einstaklinga sem eru ljósir á hörund, ljóshærðir, freknóttir, hafa marga fæðingarbletti, hafa brunnið í sólinni fyrir tvítugt eða eiga ættingja sem hafa sortuæxli. Flestir þessara þátta eru reyndar erfðir en hægt er að takmarka áhættuþætti sem eru á okkar valdi, það er sólböð og notkun sólbekkja. Fyrir fáeinum árum urðu Bandaríkjamenn fyrstir til að takmarka notkun sólbekkja í nokkrum fylkjum. Með reglugerðum var öllum undir lögaldri gert skylt að framvísa skriflegri heimild forráðamanns áður en sólbekkjaböðun var hafin. Þessu er nú framfylgt í tæpum helmingi fylkja Bandaríkjanna. Athyglisvert er að hið sólríka Texasfylki skuli hafa verið fyrst fylkjanna til að takmarka sólbekkjaástundun með fyrrgreindum hætti.

Rannsókn sem framkvæmd var í Bandaríkjunum fyrir þremur árum sýndi að sá atvinnurekstur sem mest jók auglýsingar á gulu síðunum voru sólbaðstofur. Einnig hefur þarlend könnun leitt í ljós að stór hluti þeirra sem sólbaðstofur sækja eru ljóshærðir eða rauðhærðir og freknóttir, sem sé fólk sem sjaldan tekur lit en brennur þess heldur og er yfirleitt í meiri hættu að fá sortuæxli en þeir sem hafa aðra húðgerð. Ekki er ætlunin að halda því fram að ástandið sé eins hérlendis en þetta vekur samt sem áður upp þá spurningu, hvort við ættum að fara svipað að og hér hefur verið lýst að ofan. Ekki er vitað með vissu hvort þær takmarkanir sem gerðar voru á aðgengi að ljósastofum hafi minnkað aðsóknina en notendum hefur þó að öllum líkindum verið ljósara en áður að hverju þeir gengu. Viðvaranir sem hanga uppi á ljósastofum í dag eru tæpast mjög áhrifaríkar og alls ekki sambærilegar við þær viðvaranir sem nú eru á tóbaki.

Geislar sem notaðir eru í meðferð húðsjúkdóma eru fyrst og fremst UVB-geislar (útfjólublá geislun af B-bandi) sem hafa bylgjulengdina 290-320 nm, en ekki hefur verið sýnt fram á að þeir valdi sortuæxlum þótt ljóst sé að þeir geti stuðlað að myndun flöguþekjukrabbameina hjá viðkvæmum einstaklingum, sé um mikla og langa geislun að ræða. Í fáeinum tilvikum eru UVA-geislar (útfjólublá geislun af A-bandi) (320-400 nm) notaðir en þeir eru einnig í sólbekkjum. Í slíkum tilvikum er magn geislunar skráð nákvæmlega og ekki farið yfir þau geislunarmörk sem talin eru hættulaus. Þeir sem hafa viðkvæma húð og fæðingarbletti fá síður slíkar meðferðir en ef hún er gefin eru þeir undir nánu eftirliti og því líklegt að hægt sé að stöðva meðferðina tímanlega sjáist merki um sólskemmd í húðinni. Þessar ljósameðferðir eru einn besti meðferðarkostur sem völ er á fyrir marga

Höfundar eru [1]yfirlæknir göngudeildar húð- og kynsjúkdómadeildar Landspítala Þverholti, [2]sérfræðingur í húðsjúkdómum.

húðsjúkdóma og engan veginn sambærilegar við notkun almennra sólbaðsstofa fyrir fríska einstaklinga, án eftirlits. Hvað varðar sólböð og sólarlandaferðir er sjálfsagt að freista þess að telja sjúklinga okkar á að verjast sólinni, forðast sólböð einkum milli kl. 11 og 14 þegar sólin er hvað hæst á lofti, en nota auk þess sólarvörn sem hefur að minnsta kosti sólarvarnarþátt 15 (SPF 15). Oft er sagt að nota skuli öfluga sólarvörn en sóla sig eins og viðkomandi hafi gleymt að bera á sig sólarvörn. Börn og unglingar eiga alls ekki að brenna í sólinni. Tískan hjá unglingum er því miður ekki hliðholl okkur hvað þetta varðar í dag, en þá er hægt að benda á þau krem sem gera húðina brúna án sólar. Miklar framfarir hafa orðið í framleiðslu þessara krema og eru þau talin með öllu skaðlaus. Einn af þekktustu húðlæknum Bretlands, prófessor John Hawk, sagði nýlega í viðtali við BBC að allur brúnn litur af völdum sólar eða sólbekkja, væri merki um skemmd í húðinni og vildi láta banna ljósabekki á sólbaðsstofum. Í sama streng tók formaður bandarísku húðlæknafélagsins, prófessor Darrel Rigel frá New York, sem heimsótti Ísland í apríl í ár.

Helstu heimildir

Hall HI, Miller DR, Rogers JD, Bewerse B. Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 35-42.

Giles GG, Armstrong BK, Burton RC, Staples MP, Thursfield VJ. Has mortality from melanoma stopped rising in Australia? Analysis of trends between 1931 and 1994. BMJ 1996; 312: 1121-5.

MacKie RM, Hole D, Hunter JAA, Rankin R, Evans A, McLaren K, et al. Cutaneous malignant melanoma in Scotland: incidence, survival, and mortality, 1979-94. BMJ 1997; 315: 1117-1121.

Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands.

Westerdahl J, Olsson H, Masback A, Ingvar C, Jonsson N, Brandt L, et al. Use of sunbeds or sunlamps and malignant melanoma in southern Sweden. Am J Epidemiol 1994; 140: 691-8.

Karlsson P, Boeryd B, Sander B, Westermark P, Rosdahl I. Increasing incidence of cutaneous malignant melanoma in children and adolescents 12-19 years of age in Sweden 1973-92. Acta Derm Venereol 1998; 78: 289-92.

Lindelof B, Hedblad MA, Sigurgeirsson B. Melanocytic naevus or malignant melanoma? A large-scale epidemiological study of diagnostic accuracy. Acta Derm Venereol 1998; 78: 284-8.

Swerdlow AJ, Weinstock MA. Do tanning lamps cause melanoma? An epidemiologic assessment. J Am Acad Dermatol 1998; 38 : 89-98.

Leiðrétting

Læknablaðið 5/2000

Víxlun á myndatextum

Í maíhefti Læknablaðsins birtist greinin: **Greiningar og meðferðarúrræði 102 barna og unglinga sem komu til barna- og unglingageðdeildar Landspítalans vegna ofvirknieinkenna frá 1. júní 1998 til 31. maí 1999.** Höfundar: **Gísli Baldursson, Páll Magnússon, Ólafur Ó. Guðmundsson.** Læknablaðið 2000; 86: 337-42.

Við birtingu víxluðust textar á myndum 2 og 3. Myndirnar eru endurbirtar hér, með réttum textum. Við tilvísun í greinina skal getið leiðréttingar: Leiðrétting birt: Læknablaðið 2000; 86: 486.

Beðist er velvirðingar á mistökunum.

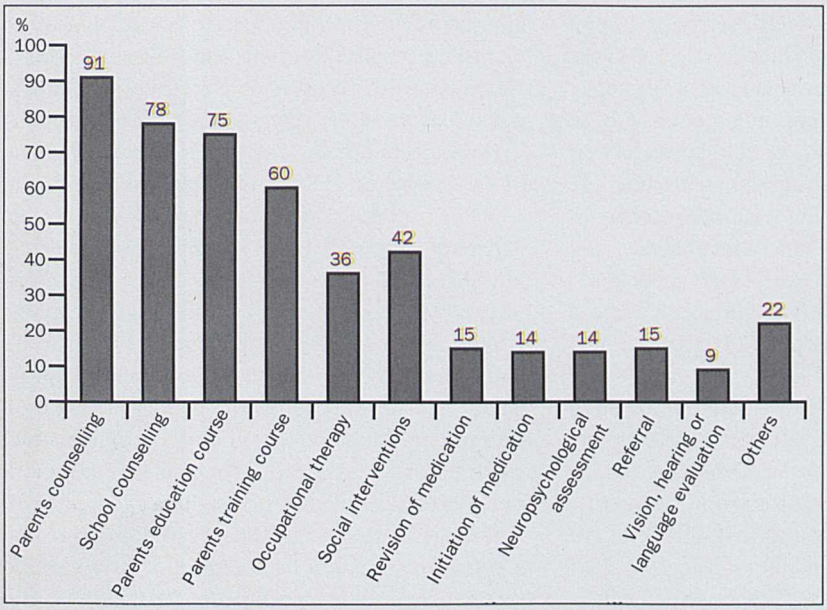


Fig. 3. *Recommendation for 102 children seen at the outpatient ADHD clinic, Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital.*

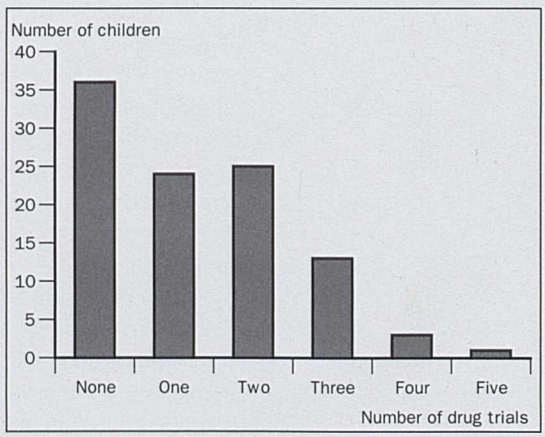


Fig. 2. *Number of drug treatments prior to referral in 102 children referred to the outpatient ADHD clinic, Department of Child and Adolescent Psychiatry, the National University Hospital.*

Loksins er komið lyf við offitu á markað á Íslandi

Megrunarlyf við offitu

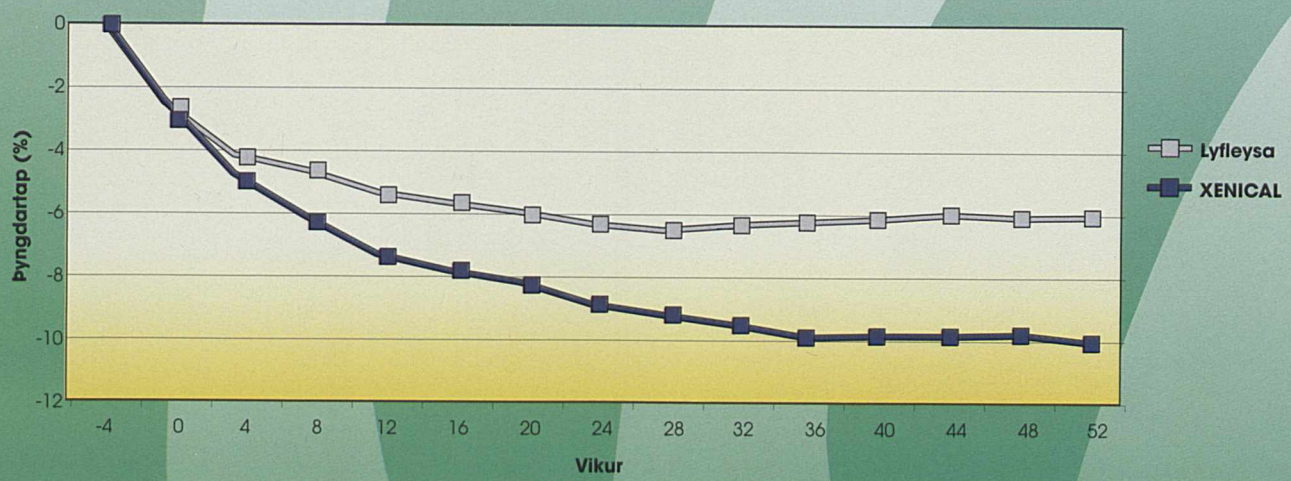
XENICAL®

orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

Xenical veldur þýðingarmiklu þyngdartapi hjá offitusjúklingum*, og yfirþyngdarsjúklingum** með tengda áhættuþætti, sem eru á megrunarfæði:[1,2]

Þeir léttast helmingi hraðar og helmingi meira ef þeir taka Xenical í stað lyfleysu:



Meðalbreyting frá upphaflegri líkamsþyngd á fyrsta ári meðferðar með Xenical og lyfleysu[1]

** þyngdarstuðull (BMI) ≥ 30 kg/m²*
*** með þyngdarstuðul (BMI) ≥ 28 - 30 kg/m²*

Hylki 120 mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Megrunarlyf við offitu

XENICAL®
orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

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

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.4. 2000:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 5.064 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 8.984 kr.

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

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

Heimildir:
1) Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, et al. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. Lancet 1998; 352: 167-73.
2) Hollander PA, Elbein SC, Hirsch IB, et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 1998; 21 (8): 1288-94.

Roche
Hoffmann - La Roche

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 - 104 Reykjavík - Sími 568 6044

Breyting á tíðni þykknunar vinstri slegils og horfur, samanburður milli karla og kvenna 1967-1992

Hóprannsókn Hjartaverndar

Inga S. Þráinsdóttir[1]

Þórður Harðarson[2]

Guðmundur Þorgeirsson[1,2]

Helgi Sigvaldason[1]

Nikulás Sigfússon[1]

Ágrip

Tilgangur: Áður hefur verið sýnt fram á að þykknun vinstri slegils ein og sér, óháð öðrum þekktum áhættuþáttum hjartasjúkdóma, er áhættuþáttur hjartasjúkdóms. Við mátum algengi og nýgengi þykknunar vinstri slegils (ÞVS) í hóprannsókn Hjartaverndar og mátum áhættuþætti þátttakenda með þykknun vinstri slegils. Forspárþættir þykknunar á vinstri slegli voru einnig athugaðir auk mats á dánartíðni og dánarorsökum þátttakenda.

Efniviður og aðferðir: Þykknun vinstri slegils var skilgreind samkvæmt Minnesota kóda 310 á hjartarafriti. Þátttakendur með kódann 310 við fyrstu heimsókn tilheyrðu algengishópi og þeir sem síðar fengu kódann 310 nýgengishópi. Áhættuþættir við greiningu þykknunar á vinstri slegli voru metnir með fjölþáttagreiningu en forspárþætttir með Poisson aðhvarfsgreiningu. Til samanburðar voru aðrir þátttakendur í hóprannsókninni, áföngum I-V.

Niðurstöður: Tvö hundruð níutíu og sjö karlar og 49 konur greindust með þykknun á vinstri slegli eða 3,2% karla og 0,5% kvenna. Nýgengi var 25 á 1000 á ári meðal karla og sex á 1000 á ári meðal kvenna. Algengi þykknunar á vinstri slegli jókst með auknum aldri meðal beggja kynja. Áhættuþættir við greiningu voru slagbilsþrýstingur, aldur, þögul kransæðastífla og ST-T breytingar á EKG meðal karla og slagbilsþrýstingur og aldur meðal kvenna. Forspárþættir fyrir tilkomu þykknunar á vinstri slegli voru hár slagbilsþrýstingur og hjartaöng án hjartarafritsbreytinga meðal karla og hár slagbilsþrýstingur meðal kvenna. Hins vegar virtust miklar reykingar karla verndandi

ENGLISH SUMMARY

Þráinsdóttir IS, Harðarson Þ, Þorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfússon N

Survival and trends of ocurrence of left ventricular hypertrophy, gender differences during 1967-1992. The Reykjavík Study

Læknablaðið 2000; 86: 489-94

Objective: We estimated the prevalence and incidence of left ventricular hypertrophy (LVH) in this large prospective cohort study of almost 20,000 participants and identified risk factors in them. Predictive factors of its appearance were evaluated along with morbidity and mortality calculations.

Material and methods: LVH was defined as Minnesota Code 310 on ECG. Everyone with this code at first visit was defined as a prevalence case and those who developed it between subsequent visits were incidence cases. Risk factors at the time of the diagnosis of LVH were determined with logistic regression. Predictive factors for acquiring this ECG abnormality were determined by Poisson regression. The comparison cohort were all other participants in the Reykjavík Study stages I-V.

Results: Two hundred ninety-seven men and 49 women were found to have LVH or 3.2% and 0.5%, respectively. The incidence was 25/1000/year among men and 6/1000/year among women. Prevalence in both genders increased with increasing age. Risk factors at the time of diagnosis were systolic blood pressure (odds ratio pr. mmHg (OR) 1.02; 95% confidence interval (CI): 1.01-1.03), age (OR pr. year: 1.04; 95% CI: 1.02-1.05), silent myocardial infarction (MI) (OR: 3.18; 95% CI: 1.39-7.27) and ST-T changes (OR: 3.06; 95% CI: 2.14-4.38) among men and systolic blood pressure and age for women with similar odds ratio. Predictive factors for acquiring LVH were systolic blood pressure (incidence ratio (IR): 1.01; 95% CI: 1.01-1.02) and angina with ECG changes (IR: 2.33; 95% CI: 1.08-5.02) among men and systolic blood pressure among women (IR: 1.03; 95% CI: 1.01-1.04). In men severe smoking seemed to have a protective effect against developing LVH (IR: 0.36; 95% CI: 0.18-0.71). The risk for coronary mortality was significantly increased among women with hypertrophy (hazard ratio (HR): 3.07; 95% CI: 1.5-6.31) and their total survival was poorer with increasing time from diagnosis of LVH (HR: 2.17; 95% CI: 1.36-3.48).

Conclusions: We conclude that the presence of LVH and its appearance is associated with age and increased blood pressure among both genders. Women with LVH have poorer survival than other women and they are at threefold risk of dying of ischemic heart disease. This could indicate that criteria for detecting LVH on ECG detect both mild and severe hypertrophy among men but only the severe hypertrophy cases among women. More sensitive ECG methods may have to be used to detect mild, moderate and severe LVH among both genders in order to differentiate the severity of LVH based on the ECG diagnosis.

Keywords: *left ventricular hypertrophy, epidemiology, gender difference.*

Correspondance: Nikulás Sigfússon. E-mail: n.sigfusson@hjartavernd.is

Frá [1]Rannsóknarstöð Hjartaverndar, [2]lyflækningadeild Landspítalans.
Fyrirspurnir, bréfaskipti: Nikulás Sigfússon, Rannsóknarstöð Hjartaverndar, Lágmúla 9, 108 Reykjavík.
Netfang: n.sigfusson@hjartavernd.is

Lykilorð: *þykknun vinstri slegils, faraldsfræði, kynjamunur.*

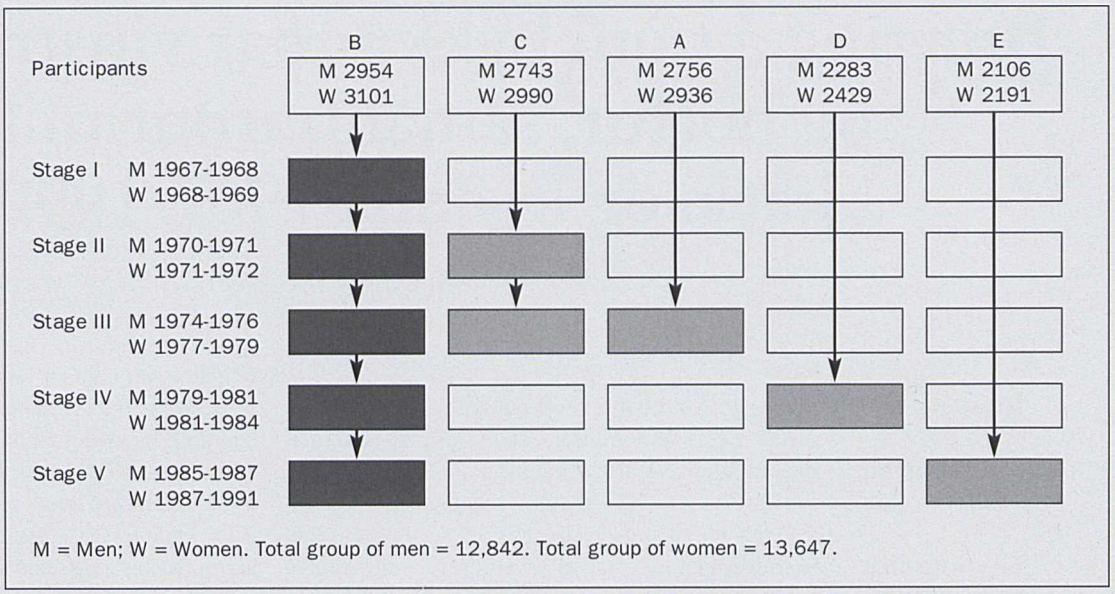


Figure 1. *The Reykjavík Study – study plan. Schematic figure of the study plan of the Reykjavík study including number of participants divided into study groups and the time of invitation of each study group to examination in five stages.*

gegn tilkomu þykknunar á vinstri slegli. Áhætta á kransæðadauða var marktækt aukin meðal kvenna (áhættuhlutfall 3,07; 95% vikmörk 1,50-6,31) en ekki meðal karla. Heildarlifun kvenna fór einnig versnandi eftir því sem lengri tími leið frá greiningu þykknunar á vinstri slegli (áhættuhlutfall 2,17; 95% vikmörk 1,36-3,48).

Ályktun: Við teljum að þykknun á vinstri slegli og tilkoma þess síðar tengist aldri og háum slagbilsþrýstingi meðal beggja kynja. Konur með þykknun á vinstri slegli hafa verri horfur en aðrar konur og eru í þrefaldri hættu á að deyja úr kransæðasjúkdómi. Slík áhætta sást ekki meðal karla. Þetta gæti bent til þess að greining þykknunar á vinstri slegli á hjartarafriti sé ábótavant meðal kvenna og greini því einungis alvarlega þykknun á hjartaraafriti kvenna á meðan unnt sé að greina bæði væga og alvarlega þykknun vinstri slegils á hjartarafriti karla. Finna þarf næmari aðferðir á hjartarafriti til að greina þykknunina og alvarleika þykknunarinnar fyrir bæði karla og konur.

Inngangur

Þykknun á vinstri slegli (ÞVS) er lífeðlisfræðileg aðlögun að auknu álagi, til dæmis af völdum hækkaðs blóðþrýstings og heldur niðri spennu (stress) í slegilveggnum. Lengi hefur verið vitað að þessi svörun hjartavöðvans getur verið dýru verði keypt. Þótt lífeðlisfræðilegur ávinningur sé að því að halda spennunni niðri veldur aukin þykkt því að hjartavöðvinn stífnar, súrefniskröfur hans aukast og hætta verður á blóðþurrð í innsta lagi vöðvans sem lakast er séð fyrir blóðflæði. Margar faraldsfræðilegar rannsóknir, ýmist fámennar afturskyggnar tilfellarannsóknir eða fjölmennar framskyggnar rannsóknir, líkt og Framingham rannsóknin, hafa leitt í ljós að þykknun vinstri slegils er sjálfstæður áhættuþáttur dauðsfalla og heilaslags (1-4). Jafnframt er þekkt fylgni slíkrar þykknunar og hjartabilunar en algengi hjartabilunar hefur aukist. Skýring þess er talin bætt og öflugri lyfjameðferð við kransæðasjúkdómum og vegna þess séu fleiri á lífi með skerta hjartastarfsemi (5-7).

Við tókumst á hendur að kanna betur þykknun á hjartavöðva í íslenskum efniviði innan hins stóra, framskyggna faraldsfræðilega efniviðs hóprannsóknar Hjartaverndar frá árunum 1967-1992.

Tilgangur þessarar rannsóknar var fyrst og fremst að meta algengi og nýgengi þykknunar á vinstri slegli og finna áhættuþætti hennar. Einnig voru lifun og dánarorsakir þátttakenda með þykknun á vinstri slegli metnar.

Efniviður og aðferðir

Notuð voru gögn úr hóprannsókn Hjartaverndar en hún tók til þeirra sem boðið var til hóprannsóknarinnar á tímabilinu 1968-1991 í fyrstu fimm áföngum rannsóknarinnar, fólks búsettu í Reykjavík og nágrenni. Hópnum var fylgt eftir til ársins 1992. Aðferðum við framkvæmd hóprannsóknarinnar hefur áður verið lýst (mynd 1) (8).

Skilgreining þykknunar á vinstri slegli: Hjartarit var notað til greiningar þykknunarinnar. Þykknun á vinstri slegli var skilgreind eftir Minnesota Code (9).

Skilgreiningin er þannig:

i) R-takki >26mm í V5 eða V6; eða
ii) R-takki >20mm í I, II, III eða aVF; eða
iii) R-takki >12mm í aVL

Öll hjartarit hóprannsóknar Hjartaverndar sem höfðu fengið kóðann þykknun á vinstri slegli voru lesin sérstaklega á ný (ISÞ,NS) til að staðfesta greininguna og einnig voru lesin 200 samanburðarhjartarit til að meta hvort eitthvað væri um vangreinda þykknun á vinstri slegli samkvæmt ofannefndum skilmerkjum.

Rannsóknarhópar: Allir þátttakendur sem reyndust hafa þykknun á vinstri slegli heyrðu til algengis-

hóps og samanburðarhópur voru allir aðrir þátttakendur í hóprannsókn Hjartaverndar.

Þeir þátttakendur sem greindust með þykknun á vinstri slegli, eftir að hafa verið án hennar í fyrstu heimsókn í hóprannsóknina, tilheyrðu nýgengishópi. Samanburðarhópur við nýgengishóp voru þátttakendur sem mættu tvisvar eða oftar í hóprannsókn Hjartaverndar og voru ætíð án þykknunar á vinstri slegli.

Greiningarskilmerki: Skilgreiningum varðandi þekkta áhættuþætti og hjartasjúkdóma hefur verið lýst áður. Að flestu leyti er stuðst við skilgreiningar MONICA rannsóknarinnar. Þeir áhættuþættir sem voru kannaðir og síðar leiðrétt fyrir í fjölþáttagreiningu eru aldur, ár skoðunar, háþrýstingur, reykingar, blóðsykur, kólesteról, þríglýseríðar, hematókrít, sökk, þyngdarstuðull og einnig einkenni um blóðþurrðarsjúkdóm í hjarta (10-12).

Tölfræði: Algengi var skilgreint sem hlutfall þátttakenda með þykknun á vinstri slegli á hverjum tíma í heildarþýði hóprannsóknar Hjartaverndar. Nýgengi var skilgreint sem fjöldi þátttakenda sem fékk þykknun á vinstri slegli eftir fyrstu heimsókn í hóprannsókn Hjartaverndar á hver þúsund mannár (person years). Áhættuþættir við greiningu þykknunar á vinstri slegli voru metnir með fjölþáttagreiningu (logistic regression). Forspárþættir fyrir greiningu þykknunar á vinstri slegli voru metnir með Poisson aðhvarfsgreiningu. Marktækni var miðuð við <0,05. Dánartíðni og lifun voru metin með fjölþáttagreiningu Cox (Cox regression model). Notað var SPIDA forritið (13).

Niðurstöður

Alls mættu 9139 karlar og 9773 konur í fyrstu fimm áfanga hóprannsóknarinnar. Mæting var mest í fyrsta áfanga 75,2% meðal karla og 76,9% meðal kvenna en fór lækkandi niður í 64,0% og 67,7% í fimmta áfanga.

Algengi: Tuttugu hjartarit af tæplega 700 reyndust ranglega hafa kóðann þykknun á vinstri slegli. Ekkert samanburðarhjartaritanna 200 reyndist hafa vangreinst varðandi þykknun á vinstri slegli. Á rannsóknartímabilinu 1967-1991 greindust 297 karlar og 49 konur með þykknun á vinstri slegli. Meðaltalsalgengi var 32,5 á 1000 karla og 5,0 á 1000 kvenna en var háð aldri. Hæsta algengi karla og kvenna var í aldurshópnum 70-79 ára, 68,4 á 1000 (karlar) og 16,9 á 1000 (konur) (mynd 2). Tilhneiging til hækkandi algengis með hækkandi aldri sést í öllum áföngum en takmarkast þó af aldursdreifingu í hverjum áfanga. Ekki sást tilhneiging til breytts algengis meðal kynjanna yfir rannsóknartímabilið.

Nýgengi: Nýgengishópum með þykknun á vinstri slegli tilheyrðu 34 konur og 194 karlar. Nýgengið var að meðaltali 5,6 á 1000 mannsár meðal karla og 1,1 á 1000 mannsár meðal kvenna. Meðal kvenna sást aukning þykknunarinnar með vaxandi aldri en engin slík leitni sást meðal karla (mynd 3).

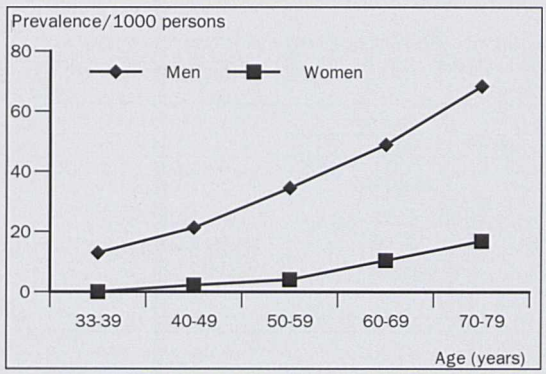


Figure 2. *Prevalence of left ventricular hypertrophy during the period 1967-1991 in the Reykjavík Study, according to age and gender.*

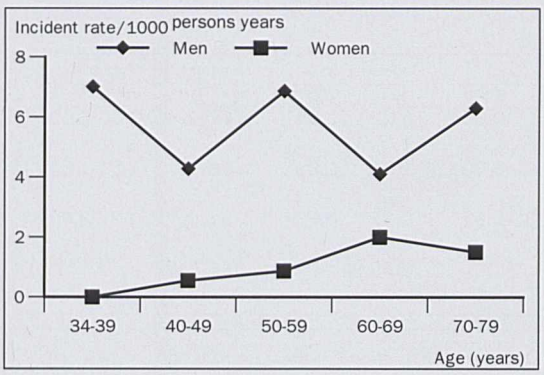


Figure 3. *Incidence rate of left ventricular hypertrophy per 1000 persons-years during the period 1967-1991 in the Reykjavík Study. According to age and gender.*

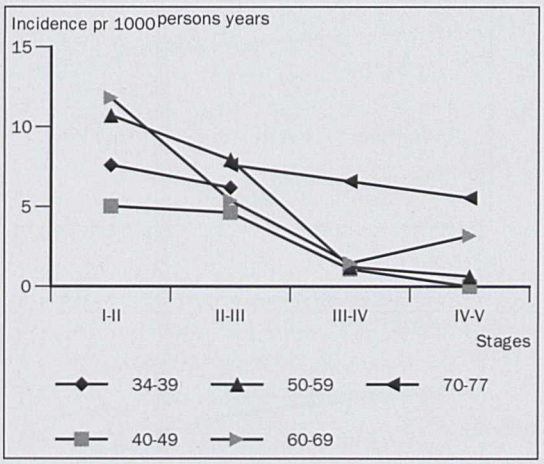


Figure 4. *Trends in incidence of left ventricular hypertrophy in men during the study period.*

Nýgengi meðal karla virtist hins vegar fara lækkandi í flestum aldurshópum eftir því sem leið á hóprannsóknina að aldurshópi 60-69 ára undanskildum en meðal þeirra hækkaði nýgengið lítilllega frá þriðja til fimmta áfanga (mynd 4). Ekki sáust samsvarandi breytingar á nýgengi kvenna á rannsóknartímabilinu eða önnur leitni breytts nýgengis.

Áhættuþættir við greiningu þykknunar á vinstri slegli: Líkt og sjá má á töflu I fundust veik tengsl við háan slagbilsþrýsting og aldur við greiningu þykknunar meðal beggja kynja, einnig voru þögul kransæðastífla og ST-T breytingar á hjartariti sterklega tengd þykknun á vinstri slegli meðal karla (tafla I). Ekki fundust tengsl þykknunar á vinstri slegli við blóðfitur, blóðsykur, reykingar og þyngdarstuðul.

Forspárþættir um greiningu þykknunar á vinstri slegli: Hár slagbilsþrýstingur og aldur voru áhættu-

Table I. *Association of left ventricular hypertrophy to several risk factors among men and women, prevalence cohort at the time of the diagnosis, adjusted for other cardiovascular risk factors.*

	p-value		Odds ratio		95% confidence interval	
Risk factor	men	women	men	women	men	women
Age (years)	<0.001	0.001	1.04	1.05	1.02-1.05	1.02-1.09
Systolic blood pressure (mmHg)	0.004	0.001	1.02	1.04	1.01-1.03	1.02-1.05
Silent MI	0.006		3.18		1.39-7.27	
ST-T changes	<0.001		3.06		2.14-4.38	

Table II. *Predictive factors of the appearance of left ventricular hypertrophy among men and women, incidence cohort at the stage before the diagnosis, adjusted for other cardivascular risk factors.*

	p-value		Incidence ratio		95% confidence interval	
Risk factor	men	women	men	women	men	women
Age (years)	0.06	0.064	1.02	1.04	1.00-1.05	1.00-1.09
Systolic blood pressure (mmHg)	<0.001	<0.001	1.01	1.03	1.01-1.02	1.01-1.04
Heavy smoking (>25 cigar./day)	0.003	0.62	0.36	0.73	0.18-0.71	0.22-2.49
Angina with ECG changes	0.03		2.33		1.08-5.02	

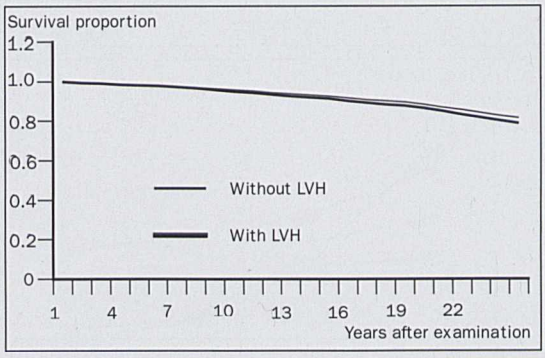


Figure 5. *Coronary mortality. Survival curves among men with and without left ventricular hypertrophy at different time points after diagnosis of left ventricular hypertrophy after adjusting for known risk factors, prevalence cohort (Hazard ratio 1.17; 95% confidence interval 0.84-1.64).*

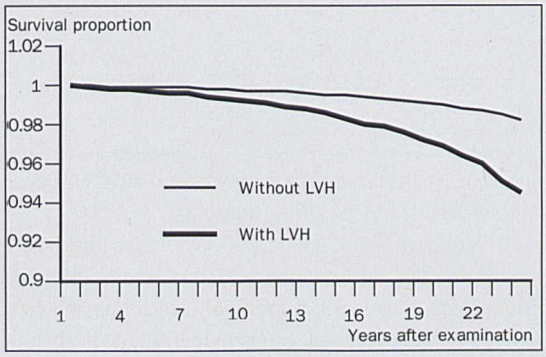


Figure 6. *Coronary mortality. Survival curves among women with and without left ventricular hypertrophy at different points after diagnosis of left ventricular hypertrophy after adjusting for known risk factors, prevalence cohort (Hazard ratio 3.07; 95% confidence interval 1.50-6.31).*

þættir um uppkomu þykknunar meðal beggja kynja. Miklar reykingar reyndust verndandi; nýgengishlutfall, áhættuhlutfall: 0,36; 95% vikmörk: 0,18-0,71. Saga um hjartaöng með hjartaritsbreytingum reyndist einnig forspárþáttur meðal karla; áhættuhlutfall: 2,33; 95% vikmörk: 1,08-5,02 (tafla II). Þyngd, reykingar aðrar en miklar og fyrri greining kransæðastíflu, hjartakveisa samkvæmt spurningalista og án hjartaritsbreytinga voru ekki forspárþættir um þykknun á vinstri slegli.

Lifun þátttakenda með þykknun á vinstri slegli: Um 13% kvenna og 16% karla sem boðið var til hóprannsóknarinnar á tímabilinu 1967 til ársloka 1991 reyndust látin um miðbik fimmta áfanga (1. apríl 1986 meðal karla og 1. júlí 1989 meðal kvenna).

Ekki er munur á heildarlifun karla með eða án þykknunar á vinstri slegli; áhættuhlutfall (Hazard ratio, HR): 1,18; 95% vikmörk: 0,96-1,45. Mynd 5 sýnir að ekki er heldur munur á lifun karla varðandi kransæðadauða; áhættuhlutfall: 1,17; 95% vikmörk: 0,84-1,64. Varðandi kransæðadauða eru lífshorfur kvenna með þykknunina hins vegar verri eftir því sem frá líður frá greiningu hennar borið saman við konur án þykknunar á vinstri slegli; áhættuhlutfall: 3,07: 95% vikmörk: 1,50-6,31 (mynd 6). Sömu niðurstöður sjást varðandi heildarlifun kvenna, lifun kvenna með þykknunina er verri en hinna; áhættuhlutfall: 2,17; 95% vikmörk: 1,36-3,48.

Efnisskil

Helstu niðurstöður þessarar rannsóknar voru að algengi þykknunar á vinstri slegli samkvæmt Minnesota Code var mun hærra meðal karla en kvenna og jókst með auknum aldri meðal beggja kynja. Nýgengi þykknunarinnar fór lækkandi meðal karla á rannsóknartímanum en var að jafnaði hæst meðal elstu aldurshópanna.

Þögul kransæðastífla og ST-T breytingar á hjartariti voru tengd aukinni tíðni þykknunar á vinstri slegi meðal karla. Hjartaöng án hjartaritsbreytinga var forspárþáttur um tilkomu þykknunar á vinstri slegli meðal karla en miklar reykingar karla reyndust verndandi gegn tilkomu þykknunar.

Konur með þykknun á vinstri slegli höfðu verri lifun en konur í samanburðarhópi og dóu oftar úr kransæðasjúkdómi.

Rétt er að benda á að nýgengishópurinn var mjög fámennur, sérstaklega meðal kvenna, auk þess sem tímabilið á milli ólíkra áfanga Hjartaverndarrannsóknarinnar var oft langt, allt að sjö árum. Því er ef til vill hæpið að tala um nýgengi í sumum tilfellum þykknunar á vinstri slegli ef í raun er langt síðan viðkomandi fékk þykknun. Því til stuðnings er einnig rétt að benda á að þykknun á vinstri slegli getur einnig gengið til baka og eykur það á ónákvæmni nýgengisgreiningar þykknunarinnar (14)

Athyglisvert er, að þó að vissulega hafi fundist tengsl þykknunar á vinstri slegli við aldur og háþrýsting meðal beggja kynja í forspárþáttgreiningu, eru þau ekki sláandi marktæk samkvæmt niðurstöðunum. Hugsanlega er þetta vegna nokkuð lækkandi nýgengis á rannsóknartímanum. Þetta er ólíkt því sem hefur sést í ýmsum sambærilegum rannsóknum áður (3,4,15-18). Áður hefur verið sýnt fram á tengsl þykknunar á vinstri slegli við ýmsa áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma og að við meðferð háþrýstings dragi úr þyngd vinstri slegils og gáttar auk þess að dragi úr líkum á kransæðasjúkdómi (4,16,19,20).

Röntgenmynd er talin ónæm og ósértæk aðferð til

að greina þykknun á vinstri slegli. Nefna má að í Framingham rannsókninni reyndust einungis 40% þeirra þátttakenda, sem hafði þykknunina á hjartariti, hafa hjartastækkun samkvæmt röntgenmynd (21). Í hóprannsókn Hjartaverndar hafa áður fundist tengsl hjartastækkunar á röntgenmynd við dánarlíkur úr kransæðasjúkdómi meðal beggja kynja, auk þess hafa karlar með hjartastækkun samkvæmt röntgenmynd verri horfur en karlar án hennar (22,23).

Ásættanlegt næmi og sértæki hefur fundist til greiningar þykknunar á vinstri slegli með hjartariti í samanburði við hjartaómun (24). Sumar rannsóknir hafa kannað mun á greiningarhæfni þykknunarinnar meðal kynjanna. Eftir að hafa leiðrétt fyrir líkamsstærð sást að næmi og sértæki til greiningar þykknunar á vinstri slegli var ætíð betra meðal karla en kvenna, þrátt fyrir að ólíkum og aðlöguðum skilmerkjum (Sokolow-Lyon, Cornell voltage, Cornell product, 12 lead area) hafi verið beitt. Best næmi þykknunar á vinstri slegli var 76% við 98% sértæki með því að nota sérhannaða greiningaraðferð með 12 leiðslu hjartariti þar sem bæði er mæld spenna og tímalengd QRS (time voltage area sensitivity) (25). Greining þykknunar á vinstri slegli á hjartariti samkvæmt Minnesota Code hefur verið borin saman við niðurstöður krufningar, niðurstöður sýndu að fyrir aldurshópinn 65-84 ára var næmi á bilinu 25-70% en sértæki 80-95% (26).

Ýmsar rannsóknir hafa ekki getað sýnt fram á tengsl þykknunar á vinstri slegli og hjartasjúkdóms, ef eingöngu voru notuð hjartarit til greiningar þykknunarinnar (17,27,28). Hjartaómun er rannsókn sem nú telst áreiðanlegust til greiningar þykknunar á vinstri slegli. Hún krefst þó sérfræðikunnáttu þess sem henni beitir en mismunandi aðferðir notenda geta leitt til nokkuð mismunandi niðurstöðu. Hjartaómun hefur nú á síðasta áratugi verið notuð í vaxandi mæli í hvers kyns rannsóknum, annars vegar til greiningar þykknunar á vinstri slegli og hins vegar til að meta hvort ýmis meðferðarúrræði hafi áhrif á framgang þykknunarinnar á ákveðnu tímabili. Þykknun á vinstri slegli er talin endurspegla aukið álag á hjartað og veldur það formbreytingu slegilsins og þykknun sem getur verið með og án víkkunar á hólfi slegilsins. Í vefjameinafræðilegum rannsóknum sést aukin stærð hjartavöðvafrumna, aukinn bandvefur og jafnvel stækkun vöðvafrumna í æðaveggjum hjartans. Vegna þessa kann súrefnisþörf hjartans að aukast (15,16,19,20,29).

Á síðari árum hefur segulómunarrannsókn á hjarta hafist í einhverjum mæli, sú rannsókn gefur að líkindum kost á betra mati á stærð hjartahólfa en hjartaómun. Segulómun er hins vegar dýr, það er takmarkað aðgengi að rannsókninni og hún kann að valda innilokunarkennd þess sem er til rannsóknar (óbirtar niðurstöður úr Monica rannsókn Hjartaverndar, Nikulás Sigfússon).

Niðurstöður okkar varðandi algengi þykknunar á vinstri slegli og aukningu þess með aldri eru sambærilegar við aðrar faraldsfræðilegar rannsóknir og var til dæmis um 10% í þátttakendum 65-69 ára í Framingham rannsókninni en um 6% meðal karla og 1,7% meðal kvenna í okkar rannsókn (3). Mismunurinn gæti skýrst af mismunandi greiningarskilmerkjum sem notuð eru og frekar takmörkuðu næmi hjartarits til greiningar þykknunar á vinstri slegli. Við notkun hjartaómunar í Framingham rannsókninni var algengi þykknunarinnar meðal þátttakenda yfir 70 ára 33% meðal karla og 49% meðal kvenna (19).

Nýgengi jókst meðal kvenna með aldri en slíkt sást ekki meðal karla og kemur það nokkuð á óvart en taka verður þeirri niðurstöðu með fyrirvara sakir fámennis nýgengishópsins og hugsanlega nokkuð lækkandi nýgengis á rannsóknartímanum. Nýgengi þykknunar á vinstri slegli meðal karla yngri en fimmtugra var sérlega hátt á fyrri hluta rannsóknartímabilsins en á síðari hluta tímabilsins dró mjög verulega úr því hjá þessum aldurshópi, þó aukning sæist meðal karla 60-69 ára og eru þær niðurstöður meira í samræmi við niðurstöðurnar meðal kvenna. Þessi breyting gæti skýrst af þeirri þróun sem verið hefur í þjóðfélaginu síðustu tvo áratugi til bættrar greiningar og meðferðar háþrýstings, annarra áhættuþátta og hjartasjúkdóma í samfélaginu. Í rannsókn Hjartaverndar hefur þó komið í ljós að greining og meðferð háþrýstings er verri hjá körlum en konum (óbirtar niðurstöður úr Monica rannsókn Hjartaverndar, Nikulás Sigfússon).

Í rannsókn okkar sáust niðurstöður er benda til verndandi áhrifa mikilla reykinga gegn tilkomu þykknunar á vinstri slegli meðal karla. Möguleg skýring þessa er hins vegar vangreining þykknunarinnar meðal karla sem hafa lungnaþembu og/eða aukið lungnarúmmál.

Afleiðingar þykknunar á vinstri slegli í okkar rannsókn eru verri lífun kvenna í hóprannsókninni eftir greiningu og aukin hætta á kransæðadauða. Þetta er í samræmi við aðrar rannsóknir sem sýna fram á verri horfur þátttakenda með þykknun á vinstri slegli og aukna hættu á skyndidauða (30,31).

Í ljósi sífellt vaxandi tíðni hjartabilunar og þess að þykknun á vinstri slegli eykur líkur á hjartabilun allt að fimmtánfalt (32) er ljóst að í framtíðinni bíður okkar það verk að reyna að hafa áhrif á þykknun á vinstri slegli áður en einkenni hjartabilunar koma í ljós. Í ljósi niðurstaðna okkar þarf sérstaklega að huga að bættri greiningu þykknunar á vinstri slegli meðal kvenna til að þær megi njóta sama afrakstrar á sviði meðferðar og karlar. Enda eru líkur til að þær slæmu horfur sem konur með þykknun á vinstri slegli virðast hafa skýrist af því að á hjartariti greinist einungis konur með verulega þykknun á vinstri slegli en hinar sem höfðu væga eða í meðallagi slæma þykknun greinist ekki með notkun hjartarits og voru því

aldrei hluti af rannsókn þessari líkt og hópur karla með meðalslæma þykknun á vinstri slegli. Á sama hátt hlýtur að vera mikilvægt að greina hin mismunandi stig þykknunar á vinstri slegli meðal beggja kynja til að meta hverjir eigi að fá meðferð í framtíðinni og þá hvaða meðferð sé viðeigandi á hverju stigi. Innan fárra ára má búast við niðurstöðum LIFE rannsóknarinnar sem ber saman meðferð beta blokkara og sérhæfðs angíótensín hemja í þátttakendum með háþrýsting og þykknun á vinstri slegli. Í þeirri rannsókn er jafnframt könnuð á framskyggnan hátt lifun þátttakenda með tilliti til lyfjameðferðar (33).

Við ályktum að algengi og nýgengi þykknunar á vinstri slegli fari vaxandi með auknum aldri. Þykknunin tengist þögulli kransæðastíflu og ST-T breytingum meðal karla og að forspárþáttur um uppkomu hennar er fyrst og fremst hjartaöng en miklar reykingar virðast verndandi. Konur með þykknun á vinstri slegli hafa mun verri horfur en samanburðarhópur og líkur á kransæðadauða fara vaxandi þegar líður frá greiningu þykknunar á vinstri slegli.

Þakkir

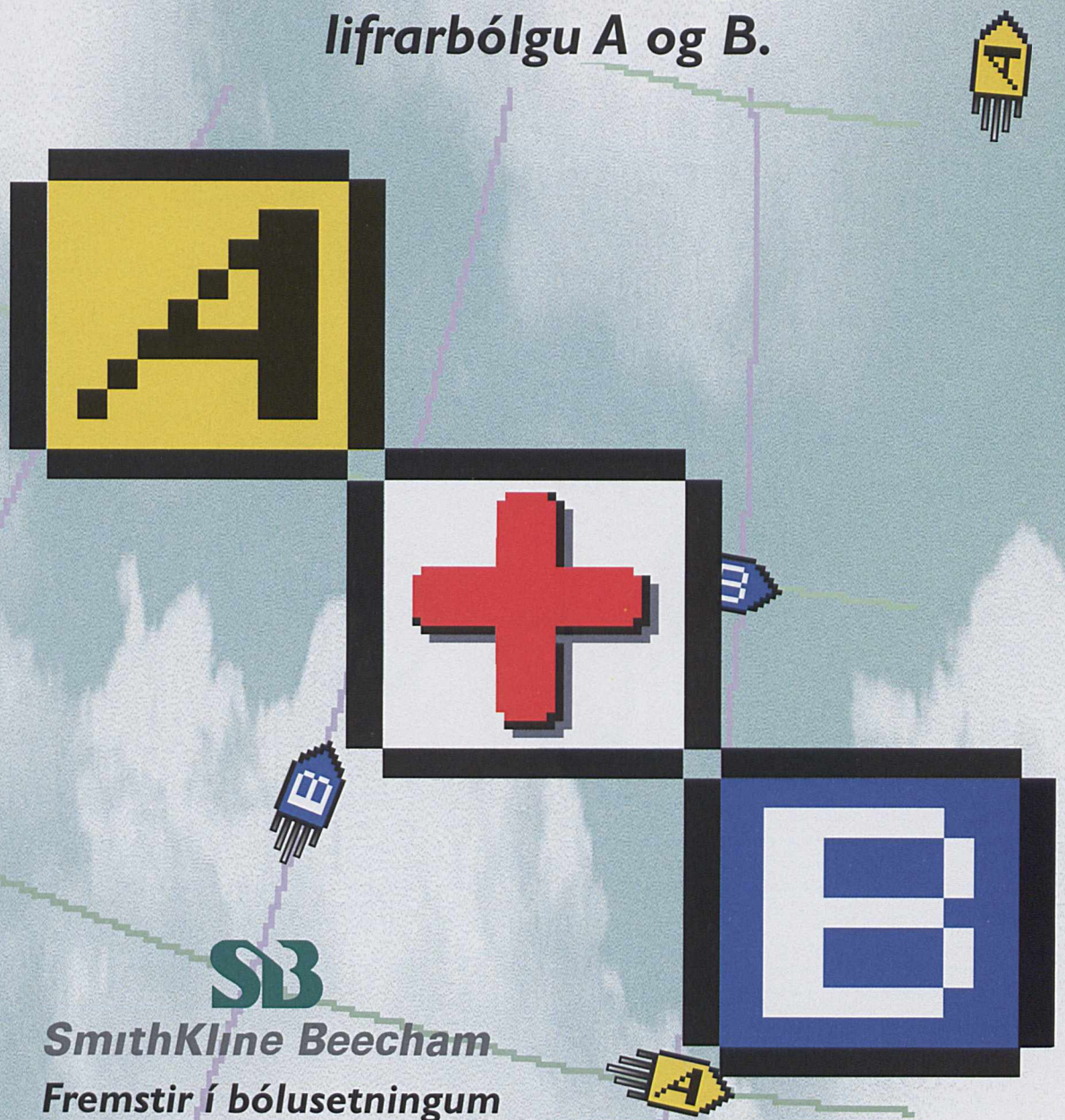
Þökkum Elínborgu Sveinbjarnardóttur og öðru starfsfólki Hjartaverndar fyrir aðstoð við gerð rannsóknarinnar og frágang greinarinnar.

Heimildir

1. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Gattobigio R, Zampi I, et al. Prognostic value of a new electrocardiographic method for diagnosis of left ventricular hypertrophy in essential hypertension. J Am Coll Cardiol 1998; 31: 383-90.
2. Aronow WS, Kronzon I, Koenigsberg M. Congestive heart failure, coronary events and atherothrombotic brain in elderly blacks and whites with systemic hypertension and with and without echocardiographic and electrocardiographic evidence of left ventricular hypertrophy. Am J Cardiol 1991; 67: 295-9.
3. Kannel W, Gordon T, Offutt D. Left ventricular hypertrophy by electrocardiogram. Prevalence, incidence and mortality in the Framingham Study. Ann Intern Med 1969; 71: 89-105.
4. Agabiti Rosei E, Muiesan ML. Left ventricular hypertrophy: how to influence an important risk factor in hypertension. J Hypertension 1998; 16/Suppl. 1: S53-S58.
5. Kannel WB, Belanger AJ. Epidemiology of heart failure. Am Heart J 1991; 121(3Pt1): 951-7.
6. DiBianco R. The changing syndrome of heart failure: an annotated review as we approach the 21st century. J Hypertension 1994; 12/Suppl. 4: S73-S87.
7. Abraham WT, Bourge RC, Centor RM, Kasper EK. 5 million failing hearts-reaching patients, reaching goals, 1999. Available from: http://www.medscape.com
8. Thrainsdottir IS, Hardarson Th, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. The epidemiology of right bundle branch block and its association with cardiovascular morbidity-The Reykjavik Study. Eur Heart J 1993; 14: 1590-6.
9. Rose GA, Blackburn H. Cardiovascular survey methods. Geneva: World Health Organization; 1968.
10. WHO MONICA Project. MONICA Manual, revised edition. Geneva: Cardiovascular Diseases Unit, WHO; 1990.
11. Sigurdsson E, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. Prevalence of coronary heart disease in Icelandic men in 1968-1986. The Reykjavik Study. Eur Heart J 1993; 14: 584-91.
12. Jónsdóttir LS, Sigfusson N, Sigvaldason H, Thorgeirsson G. Incidence and prevalence of recognised and unrecognised myocardial infarction in women. The Reykjavik Study. Eur Heart J 1998; 19: 1011-8.
13. Gebski V, Leung O, McNeil D, Linn D. SPIDA user's manual, version b. New South Wales, Australia: Statistical computing laboratory, Macquarie University; 1992.
14. Dahlöf B, Pennert K, Hansson L. Reversal of left ventricular hypertrophy in hypertensive patients. A metaanalysis of 109 treatment studies. Am J Hypertension 1992; 5: 95-110.
15. Korner PI, Jennings GL. Assessment of prevalence of left ventricular hypertrophy in hypertension. J Hypertension 1998; 16: 715-23.
16. Schmieder RE, Schlach MP, Klingbeil AU, Martus P. Update on reversal of left ventricular hypertrophy in essential hypertension. A meta-analysis of all randomized double-blind studies until december 1996. Nephrol Dial Transpl 1998, 13; 564-9.
17. Koren MJ, Devereux RB, Casale PN, Savage DD, Laragh JH. Relation of left ventricular mass and geometry to morbidity and mortality in uncomplicated essential hypertension. Ann Intern Med 1991; 114: 345-52.
18. Sloan PJM, Beevers DG. Hypertension and the heart. A review. Eur Heart J 1983, 4: 215-22.
19. Levy D, Anderson KM, Savage DD, Kannel WB, Christiansen JC, Castelli WP. Echocardiographically detected left ventricular hypertrophy: Prevalence and risk factors. The Framingham Heart Study. Ann Intern Med 1988; 108: 7-13.
20. Franz IW, Tönnesmann U, Müller JFM. Time course of complete normalization of left ventricular hypertrophy during long term antihypertensive therapy with angiotensin converting-enzyme inhibitors. Am J Hypert 1998; 11: 631-9.
21. Kannel WB. Left ventricular hypertrophy as a risk factor in arterial hypertension. Eur Heart J 1992; 13/Suppl. D: 82-88.
22. Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. The epidemiology of heart failure in Iceland. The Reykjavik Study [abstract]. IX International Congress on Circumpolar Health, Reykjavik, June 20-25, 1993. Abstracts, D330.
23. Sigurdsson E, Thorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfusson N. Prognostic role of cardiovascular risk factors from men with cardiomegaly (The Reykjavik Study). Am J Cardiol 1996; 78: 1355-61.
24. Okin PM, Roman MJ, Devereux RB, Kligfield P. Gender differences and the electrocardiogram in left ventricular hypertrophy. Hypertension 1995; 25: 242-9.
25. Okin PM, Roman MJ, Devereux RB, Pickering TG, Borer JS, Kligfield P. Time voltage QRS area of the 12-lead electrocardiogram. Detection of left ventricular hypertrophy. Hypertension 1998; 31: 937-42.
26. Yamashita S, Dohi Y, Miyagawa K, Kojima M, Sato K. Reliability of the electrocardiogram for detecting left ventricular hypertrophy in the elderly. Am J Cardiol 1998; 81: 650-2.
27. Casale PN, Devereux RB, Milner M, Zullo G, Harsfield GA, Pickering TG, et al. Value of echocardiographic measurement of left ventricular mass in predicting cardiovascular morbid events in hypertensive men. Ann Intern Med 1986; 105: 173-8.
28. Aronow WS, Schwartz KS, Koeningsberg M. Value of five electrocardiographic criteria correlated with echocardiographic left ventricular hypertrophy in elderly patients. Am J Noninvas Cardiol 1987; 1: 152-4.
29. Marcus R, Krause L, Weder AB, Dominguez-Mejia A, Schork NJ, Julius S. Sex-specific determinants of left ventricular mass in the Tecumseh Blood Pressure Study. Circulation 1994; 90: 928-36.
30. Aronow WS, Epstein S, Koenigsberg M, Schwartz KS. Usefulness of echocardiographic left ventricular hypertrophy, ventricular tachycardia and complex ventricular arrhythmias in predicting ventricular fibrillation or sudden cardiac death in elderly patients. Am J Cardiol 1988; 62: 124-5.
31. Koren MJ, Devereux RB, Casale PN, Savage DD, Laragh JH. Relation of left ventricular mass and geometry to morbidity and mortality in uncomplicated essential hypertension. Ann Intern Med 1991; 114: 345-52.
32. Ho KKL, Dinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure. The Framingham Study. J Am Coll Cardiol 1993; 22/Suppl. A: 6A-13A.
33. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen JS, Beevers G, de Faire U, Fyhrquist F, et al. Characteristics of 9194 patients with left ventricular hypertrophy: the LIFE study. Losartan intervention for endpoint reduction in hypertension. Hypertension, 1998; 32: 989-97.

Twinrix®

Samsett bóluefni gegn lifrarbólgu A og B.



SB
SmithKline Beecham

Fremstir í bólusetningum gegn lifrarbólgu.

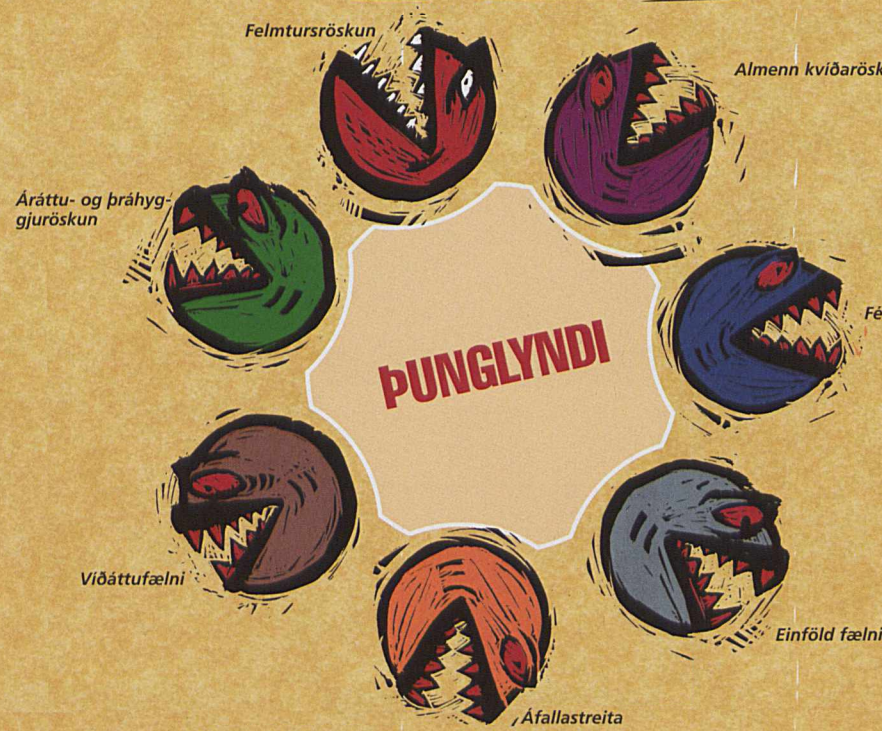
BÓLUEFNI (stungulyf); SmithKline Beecham Biologicals. Ábendingar: Twinrix Adult er ætlað einstaklingum, 16 ára og eldri, sem eiga á hættu að smitast af lifrarbólgu A og lifrarbólgu B og hafa ekki myndað ónæmi.Twinrix Paediatric er ætlað börnum og unglingum, frá 1 til 15 ára, sem eiga á hættu að smitast af lifrarbólgu A og lifrarbólgu B og hafa ekki myndað ónæmi. Skammtar og lyfjagjöf: Áður en Twinrix er notað skal það hrist til að fá fram hálfgegnsæja, hvíta dreifu. Sé útlit innihaldsins ekki eins og vera ber, skal farga því. TWINRIX Á EKKI UNDIR NOKKRUM KRINGUMSTÆÐUM AÐ GEFA Í ÆÐ.Twinrix Adult: Mælt er með 1.0 ml (720 ELISA einingar HA/20 míkróg HBsAg) skammti fyrir 16 ára og eldri.Twinrix Paediatric: Mælt er með 0.5 ml (360 ELISA einingar HA/10 míkróg HBsAg) skammti fyrir börn og unglinga frá 1 til 15 ára. Stöðluð aðferð til ónæmisaðgerðar með Twinrix er að gefa þrjá skammta, þann fyrsta á einhverjum tilteknum degi, þann næsta einum mánuði síðar og þann þriðja sex mánuðum eftir fyrsta skammtinn.Frábendingar: Twinrix skal ekki gefa einstaklingum með þekkt ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum bóluefnisins. Líkt og á við um önnur bóluefni skal fresta ónæmisaðgerð með Twinrix hjá einstaklingum sem eru bráðveikir og með hita.Milliverkanir: Engar upplýsingar eru fyrir hendi um notkun Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Áhrif Twinrix á fósturþroska hafa ekki verið metin.Brjóstagjöf: Twinrix skal því nota með varúð hjá konum með börn á brjósti.Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar eru staðbundnar á stungustaðnum, en þær voru helstar: tímabundinn verkur, roði og þroti. Geymsluskilyrði: Twinrix skal geyma við 2 - 8°C..Má ekki frjósa; fargið bóluefni sem hefur frosið. Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins: Áður en Twinrix er notað skal það hrist til að fá fram hálfgegnsæja, hvíta dreifu. Sé útlit innihaldsins ekki eins og vera ber, skal farga því. Pakkningar: Twinrix Adults: einnota dæla 1 ml. Twinrix Paediatric: - einnota dæla 0,5 ml. Lyfseðilsskylt.Greiðsluþátttaka 0.

SmithKline Beecham/Thorarensen Lyf ehf. Vatnagörðum 18, 104 Reykjavík, sími 530 7100

DDB Needham



ÞUNGLYNDI ER SJALDNAST EITT Á FERÐ



- U.þ.b. 15-20% Íslendinga geta búist við að fá þunglyndi einhvern tímann á lífsleiðinni. 60-90% þeirra sem þjást af þunglyndi þjást jafnframt af kvíðasjúkdómum á borð við felmtursröskun, árátttu- og þráhyggjuröskun, almenn kvíðaröskun, félagsfælni og víðáttufælni.[1)]
- Sjúklingar sem þjást af fleiri en einum geðrænum sjúkdómi verða mun veikari en aðrir, fá fleiri einkenni, þarfnast kröftugri og flóknari meðhöndlunar og reyna oftar sjálfsvíg.[2)]

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

MEÐHÖNDLUN ÞUNGLYNDIS OG KVÍÐA

- Seroxat® paroxetin er með mest rannsökuðu þunglyndislyfjum heims.
- Seroxat® er viðurkennt lyf til meðferðar á þunglyndi, árátttu- og þráhyggjuröskun og felmtursröskun.

ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKAR ÞESS:

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

Seroxat® Paroxetin

ÞEGAR MEÐHÖNDLA SKAL ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKA ÞESS

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

SmithKline Beecham Pharmaceuticals

Áhrif meðgöngu á lifun kvenna er greinst hafa áður með brjóstakrabbamein

Helgi Birgisson
Laufey Tryggvadóttir
Hrafn Tulinius

Ágrip

Tilgangur: Að leita svara við þeirri spurningu hvort horfur kvenna með brjóstakrabbamein versni við að eignast börn eftir greiningu.
Efniviður og aðferðir: Notaðar voru upplýsingar frá Krabbameinsskrá, Fæðingaskráningu og Erfðafræðinefnd. Í rannsóknarhópnum voru konur sem greindust yngri en 50 ára með brjóstakrabbamein á árunum 1927-1992 og eignuðust síðar börn. Fundin voru viðmið sem einnig höfðu greinst með brjóstakrabbamein en höfðu ekki eignast börn eftir greiningu. Þessi viðmið voru sambærileg við sjúklingana varðandi stærð æxlis og eitlaíferð auk greiningar- og fæðingarára með fjögurra ára fráviki.
Niðurstöður: Á árunum 1927-1992 greindust 838 konur yngri en 50 ára með brjóstakrabbamein, þar af eignuðust 29 konur börn í kjölfarið. Fjórtán þessara kvenna uppfylltu aðgangsskilyrði rannsóknarinnar. Fyrir þær fundust 33 viðmið. Lífshorfur reyndust vera betri í hópi þeirra kvenna sem áttu börn eftir greiningu brjóstakrabbameinsins, en munurinn var ekki tölfræðilega marktækur (P=0,06).
Umræður: Niðurstöður okkar gefa ekki til kynna að barnsfæðing í kjölfar greiningar brjóstakrabbameins hafi slæm áhrif á horfur. Hópurinn er of lítill til þess að draga megi almennar ályktanir á grundvelli hans, en niðurstöðurnar eru í samræmi við erlendar rannsóknir.

Inngangur

Samhengi brjóstakrabbameins og meðgöngu er margslungið og þó nokkuð rannsakað.

Vitað er að nýgengi brjóstakrabbameina er lægra hjá konum sem eignast sitt fyrsta barn ungar og hjá þeim konum sem eignast mörg börn og þá sérstaklega á yngri árum (1,2). Þessi verndandi áhrif meðgöngunnar tengjast einungis eðlilegri meðgöngulengd og ef kona eignast sitt fyrsta barn 28-32 ára virðast hin verndandi áhrif hverfa. Konur sem eignast sitt fyrsta barn eldri en 32 ára hafa meiri líkur á að greinast með brjóstakrabbamein en barnlausar konur (3-5).

Í mótsögn við ofannefnd verndandi áhrif meðgöngu er þekkt skammtíma aukin áhætta á brjóstakrabbameini í kjölfar meðgöngu. Þetta getur tengst því að á frjósemisárunum eru meiri líkur til þess að konur sem eignast börn fái brjóstakrabbamein en þær sem engin börn eignast (6).

Sambandi brjóstakrabbameins við meðgöngu er oft skipt í þrennt. Brjóstakrabbamein greint á meðgöngu, brjóstakrabbamein greint hjá konum meðan þær hafa barn á brjósti og meðganga eftir greiningu brjóstakrabbameins (7).

Konur sem greinast með brjóstakrabbamein á meðgöngu eða hafa barn á brjósti við greiningu virðast hafa verri horfur en samanburðarhópur (3,8,9). En þær konur sem eignast börn í kjölfar brjóstakrabbameinsgreiningar hafa ekki verri og jafnvel betri horfur en þær sem engin börn eignast (9-12).

Í frumulíffræðilegu samhengi hafa verið settar fram kenningar um bæði letjandi og hvetjandi áhrif meðgöngu á þróun brjóstakrabbameins. Letjandi

Frá Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Helgi Birgisson, Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands, Skógarhlíð 8, Pósthólf 5420, 125 Reykjavík. Netfang: helgi.birgisson@telia.com

Lykilorð: *brjóstakrabbamein, meðganga, horfur, lifun.*

ENGLISH SUMMARY

Birgisson H, Tryggvadóttir L, Tulinius H

The effect of pregnancy on the survival of women diagnosed with breast cancer

Læknablaðið 2000; 86: 495-8

Objective: To answer the question whether the prognosis of women with breast cancer is affected by pregnancy after diagnosis.
Material and methods: We used information from the Icelandic Cancer Registry, the Birth Registry and the Genetic Committee. We identified all women who were diagnosed with breast cancer in the years 1927-1992 and who later became pregnant. Controls were women without a history of childbirth after diagnosis of breast cancer. They were matched on tumour size, axillary lymph node status and years of birth and diagnosis, with four year deviation.
Results: In the years 1927-1992, 838 women at ages below 50 were diagnosed with breast cancer in Iceland. Of those, 29 gave birth to a child after the diagnosis. Fourteen cases and 33 matched controls fulfilled the inclusion criteria of the study. Survival was better in the group of women who became pregnant after diagnosis, but the difference was not statistically significant (P=0.06).
Discussion: Our results do not indicate that the prognosis of women who become pregnant after the diagnosis of breast cancer is worse than of those who do not become pregnant. The group was too small to make definite conclusions. However, the results are in concordance with results from other studies.

Key words: *breast cancer, pregnancy, prognosis, survival.*

Correspondance: Helgi Birgisson. E-mail: helgi.birgisson@telia.com

áhrif geta komið fram vegna fækkunar ósérhæfðra kirtilfrumna í brjóstavef og þar með fækkunar á þeim frumum sem eru líklegar til þess að verða krabbameinsfrumur. Mikil hækkun á sykursterum á meðgöngu og hækkun á estríól sem keppir við estrógen um viðtaka getur einnig hamlað vexti krabbameinsfrumna (13,14). Á seinni stigum þróunar krabbameinsins geta hin háu estrógengildi á meðgöngu verið hvetjandi með því að örva þær frumur til illkynja vaxtar sem þegar hafa tilhneigingu til þess (15).

Með vaxandi nýgengi brjóstakrabbameins og hækkandi barneignaaldri kvenna eykst þörfin á vitneskju um tengsl brjóstakrabbameins við meðgöngu og barneignir eftir greiningu brjóstakrabbameins.

Í þessari rannsókn var lifun íslenskra kvenna sem eignuðust börn eftir greiningu brjóstakrabbameins borin saman við lifun kvenna sem ekki eignuðust börn eftir greiningu. Slík rannsókn getur hjálpað til við að gefa svar við þeirri spurningu hvort ráða eigi konum frá því að eignast börn eftir greiningu brjóstakrabbameins.

Efniviður og aðferðir

Í úrtakshópinn voru valdar konur yngri en 50 ára, sem greinst höfðu með brjóstakrabbamein á árunum 1927-1992 og eignast börn eftir greiningu.

Fyrir hvert tilfelli var til viðmiðunar reynt að finna þrjár konur sem greinst höfðu með brjóstakrabbamein en höfðu ekki eignast börn eftir greiningu. Voru þær paraðar við tilfellin eftir stærð æxlis og eitlaíferð auk greiningarárs og fæðingarárs með fjögurra ára fráviki. Einnig urðu viðmiðin að hafa verið á lífi þegar viðkomandi tilfelli eignaðist barn eftir greiningu. Þegar um fleiri en þrjú viðmið var að ræða fyrir hvert tilfelli voru þau viðmið valin sem stóðu næst tilfellinu í greiningar- og fæðingarári.

Upplýsingar um sjúklinga komu frá Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands og upplýsingar um barneignir voru fengnar úr Fæðingarskráningu á Íslandi, Ættaskrá Krabbameinsskrárinnar og frá Erfðafræðinefnd Háskóla Íslands.

Upplýsingar um stærð æxlis og eitlaíferð fengust frá Rannsóknastofu Háskóla Íslands í meinafræði.

Í þeim tilfellum þar sem upplýsingar um æxlisstærð, holhandareitla- og fjarmeinvörp voru ónógar var þeirra upplýsinga leitað í sjúkraskrám og ennfremur skoðuð sýnisgler ef æxlisstærð var áfram óviss.

Endapunktur rannsóknarinnar var dauði af völdum sjúkdómsins eða 31. desember 1998, eftir því hvor dagsetningin kom á undan. Upplýsingar um dánarorsök fengust hjá Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands og Hagstofu Íslands.

Lifun var reiknuð samkvæmt Kaplan Meier aðferð og samanburður á lifun var gerður með Log rank-prófi.

Leyfi til rannsóknarinnar var fengið hjá tölvunefnd.

Table I. *Distribution of cases and controls according to matching variables, given in percentages of the total number of cases and controls.*

	Cases % (n=14)	Controls % (n=33)
Tumour size (cm)		
≤ 2	57	61
> 2 ≤ 5	29	33
> 5	14	6
Positive lymph nodes		
No	64	61
Yes	29	30
Unknown	7	9
Year of diagnosis		
1957-1970	57	52
1971-1987	43	48
Age at diagnosis		
≤ 37	50	48
38-45	50	52

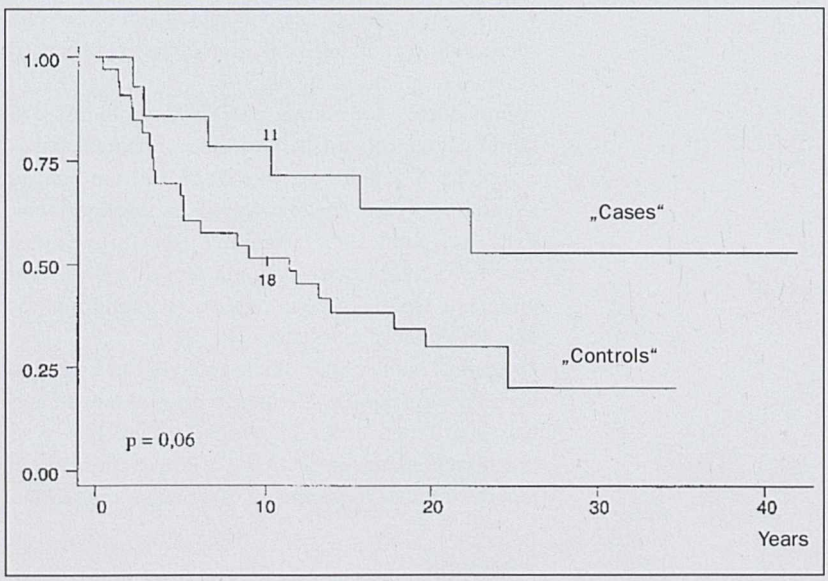


Figure 1. *Kaplan-Meier survival analysis for 14 cases of women diagnosed with breast cancer who later became pregnant and 33 breast cancer patients who did not become pregnant after diagnosis.*

Niðurstöður

Á árunum 1927-1992 greindust 838 konur yngri en 50 ára með brjóstakrabbamein, þar af eignuðust 29 (3,5%) konur börn í kjölfarið.

Fyrir níu konur sem greindust fyrir 1950 voru ónógar upplýsingar um stigun krabbameinsins. Fyrir fjórar konur fundust engin viðmið og tvær voru barnshafandi þegar þær greindust. Fyrir þau 14 tilfelli sem eftir voru fundust uppfylltu 33 viðmið pörunarskilyrðin.

Miðgildi greiningaraldurs tilfellanna var 37 (27-41) ár og miðgildi tímans sem leið milli greiningar og fæðingar 43 (10-62) mánuðir.

Tvær konur greindust með æxli sem var stærra en 5 cm, fjórar á bilinu 2-5 cm og átta undir 2 cm. Í þremur tilvikum þurfti að endurmeta sýnisgler til að finna út æxlisstærð og tókst þannig að meta stærð æxlisins. Þrjár konur höfðu eitlameinvörp en 10 voru án eitlameinvarpa. Fyrir eitt tilfelli var ekki hægt að komast

að því hvort um meinvörp í holhandareitlum væri að ræða eða ekki og því var fundið viðmið með ópekktu ástandi eitla. Engin kvennanna hafði fjarmeinvörp við greiningu.

Í töflu I sést að hlutfallsleg skipting tilfella og viðmiða eftir stærð æxlis, eitlaíferð, greiningarári og greiningaraldri er svipuð.

Miðgildi fylgitíma (follow up) var 11,9 (0,4-41,9) ár fyrir tilfelli og viðmið.

Af völdum brjóstakrabbameins dóu sex af 14 tilfellum og 23 af 33 viðmiðum.

Lífslíkur reyndust vera heldur betri í hópi þeirra kvenna sem áttu börn eftir greiningu brjóstakrabbameinsins, en munurinn var ekki tölfræðilega marktækur (P=0,06) (mynd 1).

Umræða

Niðurstöður okkar gefa ekki til kynna að barnsfæðing í kjölfar greiningar brjóstakrabbameins hafi slæm áhrif á horfur. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir (3,7,9-12,16-21).

Ekki er vitað hvers vegna þeim konum sem eignast börn eftir greiningu brjóstakrabbameins farnast betur en þeim sem engin börn eignast. Nefnt hefur verið að svokölluð áhrif hinnar heilbrigðu móður (healthy mother effect) eigi þar hlut að máli, það er að ákveðið val eigi sér stað þannig að þær konur sem fara út í barneignir eftir greiningu séu fyrst og fremst þær sem greindust með krabbamein á lágu stigi og höfðu því góðar horfur frá upphafi (20). Slíkur bjagi (selection bias) getur dregið úr gildi rannsókna á horfum hópsins. Í þessari rannsókn var reynt að draga úr slíkum áhrifum með því að velja viðmið sem voru sambærileg tilfellunum varðandi æxlisstærð og eitlaíferð.

Þegar litið er á töflu I sést að lítill munur er á tilfella- og viðmiðunarhópunum og má því segja að pörunin hafi tekist vel.

Fáar erlendar rannsóknir hafa getað notað óvalið úrtak úr heilli þjóð til að finna þær konur sem hafa eignast börn í kjölfar greiningar brjóstakrabbameins. Rannsóknir sem byggja á skrám frá læknum sem hafa haft konurnar til meðferðar geta verið bjagaðar, til dæmis vegna þess að í hópinn veljist konur sem lifðu lengi og voru í eftirliti lengur. Við reyndum að komast hjá þessu með því að styðjast við gögn frá Krabbameinsskránni, Fæðingarskráningu á Íslandi, Ættaskrá Krabbameinsskrárinnar og Erfðafræðinefnd Háskóla Íslands.

Hér á landi eignuðust 3,5% kvenna undir 50 ára aldri sem greinst höfðu áður með brjóstakrabbamein, börn eftir greiningu. Þegar litið er á nágrannalöndin var hlutfallið 6,3% í Svíþjóð fyrir konur undir 50 ára, í Damörku 1,7% hjá konum undir 45 ára og í Finnlandi 3,5% hjá konum undir 40 ára (21,9,12). Hlutfallið virðist vera svipað þó rannsóknirnar séu ekki að fullu sambærilegar vegna mismunandi aldurshópa og rannsóknartímabila.

Tilhneiging var til betri lifunar í tilfellahópnum en hún var ekki tölfræðilega marktæk, enda rannsóknarhópurinn lítill. Ef litið er á niðurstöður annarra þá virðast þær flestar vera sambærilegar, það er að ekki er marktækur munur milli tilfella og viðmiða. Einstaka rannsakendur fá þó fram betri lifun hjá þeim sem eignast börn eftir greiningu brjóstakrabbameins miðað við þær konur sem engin börn eignast (12).

Ekki er unnt á grundvelli þessarar rannsóknar að gefa svar við þeirri spurningu hvort ráða eigi konum frá því að eignast börn eftir greiningu brjóstakrabbameins. En til ráðgjafar konum sem lenda í þeirri aðstöðu að þurfa að taka afstöðu til þessa getum við stuðst við niðurstöður erlendra höfunda.

Þeir mæla með því að konur með brjóstakrabbamein án eitlaíferðar eða fjarmeinvarpa bíði í minnst tvö ár frá greiningu brjóstakrabbameinsins áður en að barneignum er hugað, þar sem enduruppkoma sjúkdómsins er algengust fyrstu tvö árin eftir greiningu. Þeim konum sem hafa eitlaíferð en ekki fjarmeinvörp er ráðlagt að bíða í minnst fimm ár og þeim sem hafa fjarmeinvörp er ekki ráðlagt að eignast börn (7,11,13,17).

Þakkir

Þökkum Rannsóknastofu Háskóla Íslands í meinafræði fyrir aðstoð við athugun á meinafræðisvörum, Erfðafræðinefnd Háskóla Íslands og Fæðingarskráningu á Íslandi fyrir aðgang að upplýsingum og Rannsóknar- og tækjasjóði Krabbameinsfélags Íslands fyrir styrkveitingu til rannsóknarinnar.

Heimildir

1. Tulinius H, Day NE, Johannesson G, Bjarnason O, Gonzales M. Reproductive factors and risk for breast cancer in Iceland. Int J Cancer 1978; 21: 724-30.
2. Ewertz M, Duffy SW, Adami HO, Kvale G, Lund E, Meirik O, et al. Age at first birth, parity and risk of breast cancer: a meta-analysis of 8 studies from the Nordic countries. Int J Cancer 1990; 46: 597-603.
3. Lethaby AE, O'Neill MA, Mason BH, Holdaway IM, Harvey VJ. Overall survival from breast cancer in women pregnant or lactating at or after diagnosis: Aukland Breast Cancer Group. Int J Cancer 1996; 67: 751-5.
4. Janerich DT, Hoff MB. Evidence for a cross-over in breast cancer risk factors. Am J Epidemiol 1982; 116: 737-42.
5. Pathak DR, Speizer FE, Willet WC, Rosner B, Lipnick RJ. Parity and breast cancer risk: possible effect on age at diagnosis. Int J Cancer 1986; 37: 21-5.
6. Lambe M, Hsieh CC, Trichopoulos D, Ekbom A, Pavia M, Adami HO. Transient increase in the risk of breast cancer after giving birth. NEJM 1994; 331: 5-9.
7. Clark RM, Reid J. Carcinoma of the breast in pregnancy and lactation. Int J Rad Oncol Biol Phys 1978; 4: 693-8.
8. Guinee VF, Olsson H, Möller T, Hess KR, Taylor SH, Fahey T, et al. Effect of pregnancy on prognosis for young women with breast cancer. Lancet 1994; 343: 1587-9.
9. Kroman N, Jensen MB, Melbye M, Wohlfahrt J, Mouridsen HT. Should women be advised against pregnancy after breast-cancer treatment? Lancet 1997; 350: 319-22.
10. Ariel IM, Kempner R. The prognosis of patients who become pregnant after mastectomy for breast cancer. Int Surg 1989; 74: 185-7.
11. Peters MV, Meakin JW. The influence of pregnancy in carcinoma of the breast. Prog Clin Cancer 1965; 1: 471-93.
12. Sankila R, Heinavaara S, Hakulinen T. Survival of breast cancer patients after subsequent term pregnancy: "healthy mother effect". Am J Ostet Gynecol 1994; 170: 818-23.
13. Danforth DN. How subsequent pregnancy affects outcome in

women with a prior breast cancer. Oncology 1991; 5: 23-30.
14. Harvey JC, Rosen PP, Ashikari R, Robbins GF, Kinne DW. The effect of pregnancy on the prognosis of carcinoma of the breast following radical mastectomy. Surg Gynecol Obstet 1981; 153: 723-5.
15. Moolgavkar SH, Day NE, Stevens RG. Two-stage model for carcinogenesis: epidemiology of breast cancer in females. JNCI 1980; 65: 559-69.
16. Cooper DR, Butterfield J. Pregnancy subsequent to mastectomy for cancer of the breast. Ann Surg 1970; 171: 429-33.
17. Donegan WL. Breast cancer and pregnancy. Obstet Gynecol 1977; 50: 244-52.
18. Holleb AI, Farrow JH. The relation of carcinoma of the breast and pregnancy in 283 patients. Surg Gynecol Obstet 1962; 115: 65-71.
19. Nugent P, O'Connell TX. Breast cancer and pregnancy. Arch Surg 1985; 120: 1221-4.
20. Rissanen PM. Pregnancy following treatment of mammary carcinoma. Acta Radiol Ther Pys Biol 1969; 8: 415-22.
21. von Schoultz E, Johansson H, Wilking N, Rutqvist LE. Influence of prior and subsequent pregnancy on breast cancer prognosis. J Clin Oncol 1995; 13: 430-4.

ZOMIG® Zeneca
Töflur: N 02 CC 03.
Hver tafla inniheldur: Zolmitriptanum INN 2,5 mg eða 5 mg.
Eiginleikar: Zolmitriptan er sérhæft örvandi efni fyrir 5-HT1D viðtaka í æðum. Áhrif fást innan 1 klst. frá lyfjagjöf og endurspeglast í linun á höfuðverk og öðrum mígrenieinkennum eins og ógleði, ljósfælni og hljóðfælni. Zolmitriptan frásogast hratt og vel (a.m.k. 64%) eftir inntöku og hefur matur ekki áhrif á frásog.
Ábendingar: Bráð meðferð á mígreni með eða án fyrirboða (auru).
Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Háþrýstingur og vægur ómeðhöndlaður háþrýstingur. Kransæðastífla. Blóðþurrðar hjartasjúkdómar eða einkenni um slíkt. Kransæðaherpingur (Prinzmetals angina). Útlægir æðakrampasjúkdómar. Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergotamín eða afleiður þess, súmatriptan, naratriptan eða aðra 5-HT1D viðtaka örva. Sjúkdómar sem tengjast blóðæðum eða blóðnæringu heila eða saga um skammvinna heilablóðþurrð (TIA). Kreatínín klerans < 15 ml/mín.
Varúð: Lyfið á einungis að nota þegar greining á mígreni hefur verið staðfest og aðrir hugsanlegir alvarlegir taugasjúkdómar útilokaðir. Zomig á ekki að nota við helftarlömunar-, heilastofns- eða sjónlömunarmígreni. Lyfið skal ekki gefa sjúklingum með Wolff-Parkinson-White heilkenni eða hjartsláttartruflanir sem orsakast af annars konar aukaleiðslubrautum í hjarta.
Meðganga: Lyfið skal eingöngu nota á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess fyrir fóstrið. Dýratilraunir benda ekki til að lyfið valdi vansköpun.
Brjóstagjöf: Ekki er vitað um útskilnað lyfsins í móðurmjólk, og skal því gæta varúðar þegar lyfið er gefið konum með börn á brjósti. Til að draga úr áhrifum á barnið skal forðast að gefa barni brjóst innan 24 klst. eftir inntöku á Zomig.
Aukaverkanir: Aukaverkanir eru venjulega vægar, tímabundnar, ekki alvarlegar og hætta sjálfkrafa án sérstakrar meðferðar.
Algengar (>1%): *Almennar:* Þróttleysi, þyngslatilfinning í útlimum. Herpingstilfinning í hálsi, koki, útlimum og brjósti. *Miðtaugakerfi:* Sundl, svefnhöfgi, hitatilfinning, truflun á húðskyni. *Meltingarfæri:* Ógleði, munnþurrkur. *Stoðkerfi:* Vöðvaslappleiki, vöðvaþrautir. **Sjaldgæfar (<1%):** *Almennar:* Þyngslatilfinning í brjósti og hálsi. Þrýstingstilfinning í koki, kjálka, hálsi og brjósti. *Hjarta- og æðakerfi:* Hraðtaktur, hjartsláttarónot, væg blóðþrýstingshækkun. Sum einkennin geta verið hluti af mígrenikastinu.
Milliverkanir: Ekki skal taka Zomig innan 24 klst. frá því að lyf sem inniheldur ergotamín er tekið vegna aukinnar hættu á herpingi í kransæðum. Einnig skal ekki taka lyf sem inniheldur ergotamín innan 6 klst. frá því að Zomig er tekið. Sjúklingar sem taka móklóbemíð sem er sérhæfður mónóamínoxídasa-A hemill, skulu ekki taka meira en 5 mg af Zomig á sólarhring. Ef móklóbemíð er tekið í hærri skömmtum en 150 mg tvisvar á dag, skal ekki gefa þessi tvö lyf samtímis. Samtímis meðhöndlun með címetidíni tvöfaldar helmingunartíma Zomig og því skal hámarksdagskammtur Zomig ekki vera meiri en 5 mg.
Skammtastærðir handa fullorðnum: Ráðlagður dagsskammtur er 2,5 mg. Lyfið skal taka við fyrstu einkenni mígrenihöfuðverkjar, en getur verkað þótt það sé tekið síðar. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur eða einkenni koma aftur innan 24 klst. má taka annan skammt, en þó ekki innan 2 klst. frá upphafsskammti. Ef upphafsskammtur hefur engin áhrif á mígrenikastið er ólíklegt að annar skammtur hafi áhrif á sama kast. Endurtekin köst má meðhöndla með 5 mg skömmtum hafi 2,5 mg ekki gefið fullnægjandi árangur. Heildardagsskammtur skal ekki vera meiri en 10 mg og lyfið skal ekki tekið oftar en tvisvar á sólarhring. *Aldraðir (yfir 65 ára):* Ekki hafa verið færðar sönnur á öryggi og verkun Zomig hjá öldruðum og því er ekki mælt með notkun þess. *Sjúklingar með vanstarfsemi lifrar:* Mælt er með að sjúklingar með alvarlega vanstarfsemi taki ekki meira en 5 mg af Zomig á sólarhring.
Skammtastærðir handa börnum og unglingum: Ekki hafa verið færðar sönnur á öryggi og verkun Zomig hjá börnum og unglingum, og því ekki mælt með notkun þess.
Pakkningar og verð (Apríl 2000):
Töflur 2,5 mg (þynnupakkað): 3 stk. 2.849,-; 6 stk. 5.061,-; 18 stk. 12.770,-.
Töflur 5,0 mg (þynnupakkað): 6 stk. 5.544,-; 18 stk. 14.425,-.
Greiðslufyrirkomulag: E nema 18 stk.: 0
Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylt lyf.

Sjá ítarlegri upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá.

Umboð á Íslandi:
Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Upplýsingar veitir AstraZeneca, sími: 535-7151, fax: 565-7366.



Skerðir mígreni lífsgæði 27.521 manns hér á landi?*

„Hvimleiður förunautur"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

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

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





AstraZeneca

annt um líf og líðan

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

Aventis

Nasacort®

triamcinolon acetonid

nefúði

tíksótróp

lyktarlaust

bragðlítið

Lyktarlaust og bragðlítið[1]

- Nasacort® hentar fyrir börn frá 6 ára aldri[2]
- Nasacort® er tíksótróp - verkar á réttum stað[3]
- Nasacort® bætir marktækt nefeinkenni strax á fyrsta degi meðferðar[4]

Nasacort nefúði, dreifa; ATC-flokkur R 01 A D 11.
Hver úðaskammtur inniheldur: Triamcinolonum INN, acetóníð, 55 míkróg, Benzalkonii chloridum 15 míkróg, Natrii edetas 50 míkróg, burðarefni q.s.
Ábendingar: Lyfið er ætlað sem fyrirbyggjandi og til meðferðar á nefslímubólgu af völdum ofnæmis. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og börn eldri en 12 ára: Ráðlagður skammtur er 220 míkróg, gefin sem 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Börn 6-12 ára: Ráðlagður skammtur er 110 míkróg gefin sem ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ef grunur leikur á að starfsemi nýrnahettna sé skert, á að fylgjast vel með þegar skipt er frá almennri barksterameðferð til staðbundinnar meðferðar. Í klínískum rannsóknum með Nasacort hefur í einstaka tilvikum komið fram staðbundin sýking í nefi og koki, af völdum Candida albicans. Ef slík sýking kemur fram á að hætta meðferð með lyfinu og hefja viðeigandi sveppaeyðandi meðferð. Þar sem lyfið hefur hemjandi verkun á græðslu sára, á ekki að meðhöndla sjúklinga sem eru með sár í nefi, hafa nýlega gengist undir skurðaðgerð í nefi eða hafa nýlega fengið áverka á nef, fyrr en fullum bata er náð. **Milliverkanir:** Engar þekktar. **Meðganga og brjóstagjöf:** Eins og aðrir barksterar hefur tríamcínólón asetóníð vanskapandi áhrif á rottur og kanínur. Þetta getur m.a. verið meðfædd gómglufa og/eða lokað vatnshöfuð og miðlægir beinagrindargallar. Vansköpun, þar með talin í miðtaugakerfi og höfði, hefur komið fram hjá öpum. Tríamcínólón asetóníð gefið í formi innúða um munn veldur fósturvísis- og fóstureitrun hjá ungafullum rottum og kanínum, svipað og fram kemur við gjöf eftir öðrum leiðum. Ekki eru til fullnægjandi rannsóknir á lyfinu hjá barnshafandi konum. Tríamcínólón asetóníð á því einungis að nota á meðgöngu ef væntanlegt gagn vegur meira en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið. Ekki er vitað að hve miklu leyti tríamcínólón asetóníð skilst út í brjóstamjólk. Vegna þess að aðrir barksterar skiljast út í brjóstamjólk, skal gæta varúðar þegar lyfið er gefið konum með börn á brjósti og væntanlegt gagn meðferðar fyrir móður á að vega meira en hugsanleg áhætta fyrir barnið.
Akstur og stjórnun vinnuvéla: Lyfið hefur hvorki áhrif á hæfni manna til bifreiðaaksturs eða stjórnunar annarra véla. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem skráðar hafa verið í klínískum rannsóknum með Nasacort snerta slímhúð nefs og háls. Þrjár algengustu aukaverkanirnar sem hugsanlega tengjast lyfinu eru nefslímubólga, höfuðverkur og kverkabólga. Aukaverkanir í nefi og koki sem hugsanlega tengjast lyfinu eru: blóðnasir, erting í nefi, þurrkur í slímhimnu nefsins, nefstífla og hnerrar. Eins og við notkun annarra barkstera á formi nefúða hefur gat á miðnesi einstaka sinnum komið fram. **Ofskömmtun:** Eins og við notkun annarra barkstera í nef, er bráð ofskömmtun Nasacort ólíkleg, með tilliti til heildarmagns virks efnis. Ef allt innihald einnar flösku er af slysni notað í einu, annað hvort með inntöku eða í nef, munu klínískar marktækar aukaverkanir líklega ekki koma fram. Ef lyfið er tekið inn geta meltingaróþægindi komið fram. **Lyfhrif:** Tríamcínólón asetóníð er virkari afleiða tríamcínólóns og er um 8 sinnum öflugri en prednisón. Þótt að nákvæmur verkunarháttur barkstera gegn ofnæmi sé ekki þekktur eru barksterar mjög virkir í meðferð ofnæmissjúkdóma hjá mönnum. Við alvarleg ofnæmiseinkenni er staðbundin meðferð í ráðlögðum skömmtum (míkróg) ekki eins áhrifarík og meðferð með stórum skömmtum (mg) í inntöku eða sem stungulyf. Lyfið verkar ekki samstundis á ofnæmiseinkenni. Ofnæmiseinkenni geta minnkað hjá sumum sjúklingum á fyrsta sólarhring meðferðar, en búast má við að full áhrif komi fyrst fram eftir 3-4 sólarhringa. Þegar meðferð er hætt koma einkenni ekki fram fyrr en eftir marga daga. Í klínískum rannsóknum með allt að 400 míkróg á dag kom hvorki fram bæling í heiladingli né nýrnahettuberki. **Lyfjahvörf:** Eftir einn 220 míkróg skammt af Nasacort hjá frískum einstaklingum og hjá sjúklingum með nefslímubólgu af völdum ofnæmis, var frásog tríamcínólóns asetóníðs óverulegt. Hámarksþéttni í plasma var að meðaltali 0,5 ng/ml (0,1-1 ng/ml) og kom fram 1,5 klst. eftir gjöf. Plasmaþéttni var að meðaltali lægri en 0,06 ng/ml 12 klst. eftir gjöf og fyrir neðan greiningarmörk 24 klst. eftir gjöf. Útskilnaðarhelmingunartími var að meðaltali 3,1 klst. Skammtahlutföll voru skilgreind hjá frískum einstaklingum og hjá sjúklingum eftir eina gjöf í nef; 110 míkróg eða 220 míkróg af lyfinu. **Leiðbeiningar um meðferð/meðhöndlun lyfsins:** Mikilvægt er að hrista flöskuna fyrir hverja notkun. Hver úðaskammtur inniheldur 55 míkróg af tríamcínólón asetóníði. Fyrstu 5 úðaskammtarnir úr hverri nýrri úðaflösku, sem tekin er í notkun nýtast ekki en síðan er hægt að nota hana næstu 2 vikurnar. Ef flaskan er notuð reglulega helst skömmtunin nákvæm allan notkunartímann. Ef hún er ekki notuð í meira en tvær vikur á að stilla skammtaúðarann á ný, en nú með því að úða einu sinni út í loftið. Úðaflöskunni á að fleygja eftir að 120 skammtar hafa verið notaðir eða 2 mánuðum eftir að flaskan var tekin í notkun. Ekki má hella lausninni sem eftir er í aðra flösku. **Pakkningar og hámarksverð (1. júní 2000):** Úðaflaska 120 úðaskammtar (16,5 ml) 2.558 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Heimildir:

1 Fishken D. European Journal of Allergy and Clinical Immunology 1997; 52 (37): Suppl 531
2 Sérlyfjaskrá 2000
3 Berridge MS, Heald DL, Muswick GK. et al. J Nucl Med 1998; 39: 1972-77
4 Munk ZM. et al. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 1996; 77: 277-81

Einkenni breytingaskeiðs og meðferð þeirra hjá 50 ára íslenskum konum

Bryndís Benediktsdóttir[1,2,3]

Kristinn Tómasson[4]

Þórarinn Gíslason[5]

Ágrip

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að rannsaka meðal fimmtugra kvenna einkenni breytingaskeiðs, algengi þeirra og meðferð. Hvaða læknar sjá um þessa meðferð og hvernig fræðslu um breytingaskeið og hormónameðferð er háttað.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin náði til allra (n=956) fimmtugra kvenna á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Spurningalisti var sendur út ásamt tveimur ítrekunum og eftirleit með símhringingum.

Niðurstöður: Alls tóku 690 konur þátt í rannsókninni (72,2%). Af einkennum sem gerðu vart við sig daglega voru svefntruflanir í einhverri mynd algengastar, oftast að konurnar vöknuðu upp að nóttu (14,8%). Hitakóf bæði að nóttu (2,2%) og degi (3,6%) voru algengari en hjartsláttarköst að nóttu (0,2%) og degi (0,5%). Konur með hitakóf og hjartsláttarköst voru líkegri til að hafa svefntruflanir, háþrýsting, vera of þungar, hafa gengist undir brottnám eggjastokka og þær voru síður á hormónameðferð. Þreyta (12,3%) og syfja (9,4%) voru algeng dagleg einkenni. Tæplega fjórðungur hafði leitað læknis vegna kvíða og spennu en 16,5% vegna þunglyndis. Rúmlega helmingur kvennanna var á hormónameðferð. Blöndur östrógens og prógesteróns voru algengastar. Hitakóf og hjartsláttarköst voru marktækt færri hjá konum á hormónameðferð og þriðjungur taldi sig sofa betur eftir að hormónameðferð hófst. Tengsl voru milli þess að vera á hormónameðferð og hafa oft verið hjá læknum undanfarið ár, vera stórreykingakona, með langvinna berkjubólgu, vera kvíðin og undir læknishendi vegna þreytu, vefjagigtar og verkja. Ekki var munur á tíðni kransæðasjúkdóma eða blóðtappa eftir því hvort konur voru á hormónameðferð eða ekki. Kvensjúkdómalæknar höfðu oftast (67%) hafið meðferðina en heimilislæknar haldið henni áfram (56%). Þriðjungur kvenna hafði ekki fengið fræðslu um hormónameðferð.

Ályktanir: Rúmlega helmingur fimmtugra kvenna er á hormónameðferð. Þessi hópur kvenna er að ýmsu leyti ólíkur þeim sem ekki eru á hormónameðferð sem undirstrikar nauðsyn á markvissri greiningu og meðferð einkenna breytingaskeiðs. Ljóst er að fræðslu um áhrif og hugsanlega fylgikvilla hormónagjafar á heilsufar kvenna er ábótavant.

Frá [1]heimilislæknisfræði, læknadeild HÍ, [2]Heilsugæslunni Garðabæ, [3]geðdeild Landspítalans, [4]Vinnueftirlit ríkisins, [5]lungnadeild Vífilsstaðaspítala. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Bryndís Benediktsdóttir, Lindarflöt 17, 210 Garðabæ. Netfang: bryndis.benediktsdottir@gb.hgst.is

Lykilorð: *einkenni breytingaskeiðs, meðferð, faraldsfræði, svefn.*

Inngangur

Breytingaskeið kvenna hefst samfara minnkandi hormónaframleiðslu eggjastokka, oftast kringum fimmtugsaldur. Talið er að arfgengir þættir, barneign-

ENGLISH SUMMARY

Benediktsdóttir B, Tómasson K, Gíslason Þ

Climateric symptoms and hormone replacement treatment among 50 years old Icelandic women

Læknablaðið 2000; 86: 501-7

Objective: The objective of the research was to estimate the prevalence and treatment of climacteric symptoms among 50 years old women, including which doctors are prescribing the hormone replacement treatment (HRT) and what information is given about the risk and benefit of HRT.

Material and methods: All (n=956) 50 years old women living in Reykjavík and neighbouring towns were included. A detailed questionnaire was posted to the women with two follow-up reminders. A non-response survey was conducted by phone among those not responding.

Results: The response rate was 72.2% (n=690). Sleep disturbances were the most common climacteric complaint occurring every day, mainly difficulty in maintaining sleep (14.8%). Hot flushes occuring every day (3.6%) and every night (2.2%) were more common than palpitations occuring every day (0.5%) and every night (0.2%). One fourth of the women had been to a doctor because of anxiety and 17% because of depression. Women who had been oophorectomised, were suffering from insomnia, hypertension, had high body mass index (BMI) or were not on HRT were more likely to suffer from hot flushes and palpitations. More than every other woman was on HRT (54%). Combination of oestrogen and progesterone were most commonly used. Hot flushes were less common in women on HRT and one third reported better sleep after starting HRT. Women on HRT more frequently visited doctors, were more often suffering from anxiety, chronic tiredness, fibromyalgia and pain. They more often were heavy smokers and had chronic bronchitis.
Most often the HRT was started by gynaecologists (67%) but continued by family doctors (56%). About one fifth claimed that they had not received information about the risk and benefit of HRT.

Conclusions: More than every other 50 years old woman is on HRT. These women differ in various ways from women not receiving HRT, which underlines the importance of accurate diagnosis and treatment of climacteric symptoms. Better patient information is needed.

Key words: *climateric symptoms, treatment, epidemiology, sleep.*

Correspondance: Bryndís Benediktsdóttir. E-mail: bryndis.benediktsdottir@gb.hgst.is

ir, þjóðfélagsstétt og reykingar hafi áhrif á hvenær tímabilið hefst, hversu lengi það varir og hve svæsin einkenni eru (1). Hitakóf, hjartsláttarköst, kvíði, þreyta, þunglyndi og svefntruflanir eru einkenni breytingaskeiðs og geta gert vart við sig þó nokkru áður en breyting verður á blæðingum. Síðkomin einkenni eru þynning á slímhúð þvag- og kynfæra, breytingar á húð, lið- og vöðvaverkir, beinþynning og aukin tíðni hjarta- og æðasjúkdóma (1-4). Aðgerðir á innri kynfærum (5), reykingar (6,7), mataræði (8), líkamsþyngd (9,10), félagslegar aðstæður og heilsa (11,12) hafa einnig verið talin tengjast einkennum breytingaskeiðs.

Östrógenmeðferð er talin áhrifarík gegn einkennum tengdum breytingaskeiði og síðkomnum fylgikvillum östrógenskorts (13-17). Östrógen verður að gefast með prógesteróni sé leg enn til staðar, þar sem östrógen eitt sér veldur þykknun á legbolsslímhúð og eykur líkur á krabbameini (18).

Notkun hormóna á breytingaskeiði hefur aukist á Íslandi undanfarin ár (19). Ekki er vitað hvaða læknar koma aðallega að meðferð breytingaskeiðseinkenna hér á landi eða hvaða fræðslu konur fá almennt um tíðahvörf, tilgang hormónameðferðarinnar, lengd hennar eða aukaverkanir.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna algengi einkenna breytingaskeiðs meðal fimmtugra kvenna, algengi hormónameðferðar og hvaða tegundir væru notaðar, en einnig hvernig meðferð tengdist einkennum. Þá var kannað hvaða læknar hefja meðferðina, hverjir halda henni áfram, auk fræðslu sem konunum var boðin.

Efniviður og aðferðir

Valdar voru allar konur fæddar árið 1947 sem bjuggu á Stór-Reykjavíkursvæðinu, frá Hafnarfirði til Mosfellsbæjar. Samkvæmt þjóðskrá voru þær 965 þann 15. október árið 1997, níu reyndust fluttar svo rannsóknarhópurinn samanstóð af 956 konum. Þeim var öllum sendur spurningalisti ásamt kynningarbréfi. Á sama tíma var umfjöllun um efnið í dagblöðum.

Spurningalistinn er viðamikill og ekki birtur í heild sinni hér, en fæst hjá höfundum. Spurningar voru alls 69, sem svarað var með jái eða neii. Fjölvalspurningar voru 25 og opnar spurningar þar sem svar var skrifað voru 40. Alls voru 28 spurningar um einkenni með fimm svarsmöguleikum: 1= aldrei, 2= sjaldnar en einu sinni í viku, 3= einu sinni til tvisvar í viku, 4= þrisvar til fimm sinnum í viku og 5= á hverjum degi eða næstum því.

Í aðalatriðum var spurt um:

1. Félagslegar aðstæður og almenna áhættuþætti: menntun, starf, vinnutíma, fjölda í heimili, hjúskaparstétt, áfengisnotkun, reykingar, líkamsrækt, kaffidrykkju, krabbameinsskoðun, hæð og þyngd.
2. Almennt heilsufar: talin voru upp einkenni og sjúkdómar og spurt hvort þær hefðu verið undir læknishendi vegna þeirra, hvort leg hefði verið fjarlægt og/eða annar eða báðir eggjastokkar. Spurt var um greindan háþrýsting, meðferð hans og ættarsögu og hve oft konurnar hefðu leitað læknis undanfarið ár.
3. Lyfjameðferð: lyf notuð að staðaldri og eftir þörfum.
4. Einkenni breytingaskeiðs: síðustu tíðir (mánuður, ár). Konurnar voru beðnar um að tilgreina tíðni hitakófa og hjartsláttarkasta bæði að nóttu og degi á fyrrgreindum kvarða með fimm svarmöguleikum.
5. Meðferð breytingaskeiðs; tegund hormóna, tímalengd meðferðar og hvaða læknar hefðu hafið og hverjir viðhaldið meðferð. Hvaða fræðslu þeim hefði verið boðin varðandi tilgang og aukaverkanir hormónameðferðar.
6. Svefntruflanir, dagsyfja og þreyta: notaðar voru spurningar af Basic Nordic Sleep Questionnaire (20) þar sem konur voru beðnar að tilgreina tíðni svefntruflana á kvarða með fimm svarsmöguleikum. Svefntruflanir sem spurt var um voru: erfiðleikar að sofna, uppvaknanir að nóttu og árvaka. Syfjumælikvarði Epworths (Epworth sleepiness scale) (21) var notaður til að meta dagsyfju en þar eru átta spurningum þar sem metnar eru líkur þess að dotta eða sofna við ákveðnar aðstæður, á kvarða með fjórum svarsmöguleikum, þar sem 1=aldrei, 2=litlar líkur, 3=talsverðar líkur, 4=miklar líkur.
7. Kvíði og þunglyndi voru metin með HAD-kvarða (The Hospital Anxiety and Depressions Scale) (22) með 14 spurningum þar sem konur mátu einkenni sín á kvarða 1-4. Skalinn greinir ekki þunglyndi eða kvíðasjúkdóma en hærri stig gefa vísbendingu um meiri og alvarlegri þunglyndis- og kvíðaeinkenni.
8. Lífsgæði voru könnuð með fjórum almennum spurningum af *Spurningalista um heilsutengd lífsgæði* (23).

Spurningar voru um fleiri atriði sem ekki er fjallað um í þessari grein.

Þegar fjallað er um um hitakóf og hjartslátt í niðurstöðum er átt við hitakóf og hjartslátt að nóttu eða degi oftar en þrisvar til fimm sinnum í viku, nema annað sé tekið fram.

Spurningalistinn ásamt kynningarbréfi var fyrst sendur í október 1997. Tæplega helmingur svaraði strax. Sex vikum síðar var sent áminningarbréf til þeirra sem ekki höfðu svarað og enn aftur fimm vikum síðar. Þá var leitað símleiðis til slembiúrtaks 30 kvenna sem ekki höfðu svarað. Þær voru hvattar til þátttöku og einnig athugað hvers vegna þær vildu ekki taka þátt. Náðist í allar og voru 24 (80%) reiðubúnar til þátttöku.

Þjóðskráruppplýsingar um hjúskaparstétt voru bornar saman með tilliti til þátttöku. Rannsóknin var

Tafla I. *Tíðni einkenna breytingaskeiðs meðal 50 ára kvenna. Fjöldi kvenna (%).*

	Daglega	Þrisvar-fimm sinnum í viku	Einu sinni-tvisvar í viku	Aldrei eða sjaldnar en einu sinni í viku
Erfitt að sofna á kvöldin	31 (4,7)	36 (5,5)	82 (12,6)	504 (77,2)
Vaknar upp á næturnar	95 (14,8)	98 (15,2)	114 (17,7)	336 (52,3)
Vaknar of snemma á morgnana	49 (7,6)	66 (10,2)	102 (15,8)	428 (66,4)
Syfja að degi til	61 (9,4)	88 (13,6)	176 (27,1)	324 (49,9)
Þreyta að degi til	81 (12,3)	108 (16,4)	159 (24,2)	310 (47,1)
Vaknar vegna hitakófa	14 (2,2)	21 (3,3)	51 (7,9)	559 (86,7)
Vaknar vegna hjartsláttar	1 (0,2)	5 (0,8)	14 (2,2)	608 (96,8)
Hitakóf að deginum	23 (3,6)	19 (2,9)	59 (8,4)	549 (85,2)
Hjartsláttur að deginum	3 (0,5)	19 (3,0)	40 (6,3)	578 (90,1)

gerð með leyfum tölvunefndar og siðanefndar, en upplýsingum úr þjóðskrá eytt að loknum útreikningum.

Tölfræði: Gildi eru birt sem meðalgildi með einu staðalfrávik (standard deviation, SD). Tvíhliða t-próf var notað til samanburðar á samfelldum breytum. Samanburður á hópum var gerður með kí-kvaðratsprófum. Áhættuhlutfall (odds ratio, OR) var reiknað til að lýsa hlutfallslegri áhættu, jafnframt voru reiknuð 95% vikmörk (95% confidence interval, CI). Línuleg aðhvarfsgreining var notuð til þess að skoða samband fleiri en tveggja breytna.

Niðurstöður

Af 956 konum tóku 690 þátt í rannsókninni (72,2%). Þegar þjóðskrárupplýsingar varðandi hjúskaparstétt, fjölda í heimili og trú voru bornar saman meðal þeirra sem tóku þátt í rannsókninni og þeirra sem gerðu það ekki, kom í ljós að einhleypar konur tóku síður þátt (63,3%), en þær sem voru giftar eða í sambúð (71,4%), kí-kvaðrat=5,86; p=0,0125. Ekki var annar munur á þeim sem tóku þátt og hinum sem ekki tóku þátt.

Alls unnu 583 konur utan heimilis og var meðalvinnutími þeirra 37 (SD=12) klukkustundir á viku. Sjötíu og ein kona var einhleyp, en algengast var að þrír væru í heimili.

Alls skráðu 366 (53%) konur blæðingar síðastliðna tvo mánuði, 21 (3%) á síðustu tveimur til sex mánuðum, 180 (26%) fyrir meira en sex mánuðum, en 123 konur (18%) svöruðu ekki þessari spurningu. Alls var 371 kona á hormónameðferð (54%).

Leg hafði verið fjarlægt hjá 122 konum (20%) af 621 sem svaraði spurningum um aðgerðir á innri kynfærum. Annar eggjastokkur hafði verið fjarlægður hjá 43 (7%) konum, en báðir hjá 37 (6%). Leg hafði langoftast verið fjarlægt (94%) ef báðir eggjastokkar höfðu verið teknir, en sjaldnar (57%) ef annar eggjastokkur hafði verið tekinn. Af þeim 683 konum sem svöruðu spurningu um hvort þær færu reglulega í krabbameinsskoðun, svöruðu 592 (87%) því játandi. Þessar konur voru meira en tvöfalt líklegri (OR=2,6; 95% CI =1,6-4,0) en hinar til að vera á hormónameðferð.

Af einkennum breytingaskeiðs voru svefntruflanir í einhverri mynd algengastar, oftast það að konurnar vöknuðu að nóttu (tafla I). Níutíu og fimm konur (14,8%) kváðust vakna á hverri nóttu og af þeim vöknuðu 21% einu sinni, 24% tvisvar, 24% þrisvar og 32% þeirra oftar. Meðaltalið var 2,8 (SD=1,3) skipti. Algengustu ástæður uppvaknana voru salernisferðir (n=57), verkir (n=34), áhyggjur (n=32), hitakóf (n=29), truflun frá umhverfi (n=21), en skrá mátti fleiri en eina ástæðu. Aðrar ástæður uppvaknana, tilgreindar í skriflegum svörum, voru oftast draumar eða hrotur rekkjunautar. Þær 193 konur sem vöknuðu upp að nóttu, þrisvar til fimm sinnum í viku eða oftar, voru mun líklegri til að fá hitakóf (21,8%), en hinar (5,8%) sem ekki vöknuðu á næturnar (kí-kvaðrat=36,5; p=0,0001).

Dagleg einkenni um syfju og þreytu voru algeng (tafla I). Alls sögðust 190 konur (29,2%) sofa of lítið, 154 (23,5%) vöknuðu ekki úthvíldar að morgni og 149 konur (23,0%) voru syfjaðar að degi til oftar en þrisvar til fimm sinnum í viku. Meðal þeirra sem fundu fyrir syfju daglega voru 62% sem einnig fundu fyrir þreytu daglega.

Hitakóf voru algengari en hjartsláttarköst bæði að degi og nóttu.

Af 650 konum sögðust 42 fá hitakóf að degi til, þrisvar til fimm sinnum í viku eða oftar (6,5%), en af 645 konum sögðust 35 (5,5%) vakna upp vegna hitakófa, þrisvar til fimm sinnum í viku eða oftar. Af 628 konum sögðust sex vakna upp á næturna vegna hjartsláttar, þrisvar til fimm sinnum í viku eða oftar (1%), en 22 konur af 640 sögðust fá hjartsláttarköst að degi til (3,5%) þrisvar til fimm sinnum í viku eða oftar. Alls voru 72 konur (10%) með eitt eða fleiri einkenni breytingaskeiðs þrisvar í viku eða oftar og þar af voru 29 (40%) með tvö eða fleiri einkenni.

Giftar konur eða í sambúð höfðu álíka oft hitakóf og hjartslátt (9,8%) og einhleypar konur (13,9%), p=0,16. Algengi hitakófa og hjartsláttar var ekki tengt vinnu utan heimilis eða hversu oft áfengis var neytt. Af þeim 666 konum sem svöruðu spurningum um reykingar, reyktu 200 (30,0%), en 12,5% þeirra voru með hitakóf og hjartslátt samanborið við 9,7% þeirra sem ekki reyktu, p=0,6. Konur með tíðahvörf (n=180) höfðu oftar hitakóf og hjartslátt (15%), en þær (n=366) sem höfðu reglulegar blæðingar (7%)

Tafla II. *Tengsl einkenna breytingaskeiðs við blæðingaástand og hormónameðferð.*

	Konur með reglulegar blæðingar	Einkenni breytinga-skeiðs	Konur með tíðahvörf	Einkenni breytinga-skeiðs
	n	(%)	n	(%)
Östrógen	15	(0)	30	(10,0)
Östrógen og prógesterón	102	(9,8)	25	(20,0)
Tegund hormóna-meðferðar ekki tilgreind	70	(2,9)	32	(3,2)
Engin meðferð	179	(7,8)	93	(19,3)
Alls	**366**	**(7,1)**	**180**	**(15,0)**

(kí-kvaðrat=8,56; p=0,003). Þær vöknuðu líka oftar upp að nóttu, þrisvar til fimm sinnum í viku eða oftar (38,4%), en þær sem enn höfðu reglulegar blæðingar (24,1%) (kí-kvaðrat=15,6; p=0,004). Hormónagjöf eftir tíðahvörf tengdist síður fækkun einkenna (tafla II).

Af þeim 80 konum þar sem annar eða báðir eggjastokkar höfðu verið fjarlægðir voru 14 (17,5%) með hitakóf og hjartslátt, samanborið við 8,9% hinna sem ekki höfðu gengist undir sams konar aðgerð (kí-kvaðrat=5,69; p=0,01; OR=2,2; 95% CI=1,2-5,6). Þessi einkenni voru ekki algengari ef einungis leg hafði verið fjarlægt.

Konur með sögu um háþrýsting (n=149) höfðu oftar (17,5%) sögu um hitakóf og hjartslátt en hinar (8,4%) sem ekki höfðu sögu um háþrýsting (kí-kvaðrat=10,2; p=0,0014; OR=2,3; 95% CI=1,4-3,8). Konur með hitakóf og hjartslátt voru einnig þyngri en hinar sem ekki höfðu slík einkenni, þyngdarstuðull 26,4 (SD=4,8) kg/m^2 á móti 25,2 (SD=3,6) kg/m^2, p=0,013. Konur með háþrýsting voru einnig þyngri 26,7 (SD=3,9) kg/m^2 á móti 24,9 (SD=3,6) kg/m^2 (p<0,001). Samkvæmt línulegri aðhvarfsgreiningu eru bæði háþrýstingur (stuðull=0,08; staðalvilla=0,029) og þyngdarstuðull (stuðull=0,008; staðalvilla=0,003) sjálfstæðir spáþættir fyrir hitakófum og hjartslætti.

Af 690 konum sögðust átta taka bætiefni eða náttúrulyf við einkennum breytingaskeiðs, en 371 hormónalyf (54%) og var algengast að nota blöndur östrógens og prógesteróns (Estracomb, Kliogest, Cyclo-Progynon, Trisequens, Climen), en þessi lyf notuðu 150 (41%) konur. Östradíólsambönd (Estraderm, Estrafem, Progynon, Evorel, Ovestin) notuðu alls 64 (17%), en í 157 (42%) tilfellum sögðust konurnar nota hormónalyf, en tilgreindu ekki nánar tegund lyfs.

Alls höfðu 19,7% verið eitt ár eða skemur á meðferð, 31% í þrjú ár eða lengur og þar af 17,5% lengur en í fimm ár, en meðallengd meðferðartíma var 41 (SD=31) mánuður. Af konum með reglulegar blæðingar síðastliðna þrjá mánuði voru 53% á hormónameðferð, 55% þeirra sem skráðu blæðingar síðustu þrjá til sex mánuði og 48% þeirra sem höfðu haft síðustu blæðingar fyrir hálfu ári eða meira. Hormónameðferð var tvöfalt algengari (OR=2,0; 95% CI=1,4-3,1) hjá konum, sem farið höfðu í legnám (68%), einnig ef annar eggjastokkur eða báðir (67,5%) höfðu verið fjarlægðir (OR=1,9; 95% CI=1,2-3,2). Aðeins í sex tilfellum (5%) voru konur með blönduð lyfjaform (östrógen og prógesterón) þar sem leg hafði verið fjarlægt. Blönduðu lyfjaformin voru einnig mjög fátíð ef eggjastokkar höfðu verið fjarlægðir, enda hafði leg oftast verið farlægt samtímis.

Af konum sem tóku hormónalyf höfðu 14,6% farið oftar en sjö sinnum til læknis síðastliðið ár, samanborið við 9,4% hinna sem ekki voru á hormónameðferð (kí-kvaðrat=40,19; p=0,0001). Konur á hormónameðferð mátu heilsu sína álíka oft sæmilega eða slæma (26,9%) og hinar sem ekki voru á hormónameðferð (20,8%) (kí-kvaðrat=3,69; p=0,05). Af þeim 50 konum sem sögðust vera undir læknishendi vegna vefjagigtar voru 35 (70%) á hormónameðferð (kí-kvaðrat=4,82; p>0,005). Af þeim 45 konum sem voru undir læknishendi vegna síþreytu voru 35 (78%) á hormónameðferð (kí-kvaðrat =9,87; p=0,002). Konur með langvinna berkjubólgu (85%) og þær sem verið höfðu undir læknishendi vegna verkja (67%) voru oftar á hormónalyfjum (p<0,05) en ekki var munur á þeim sem höfðu sögu um blóðtappa, kransæðasjúkdóm eða hjartsláttartruflanir. Af þeim konum sem voru á hormónameðferð reyktu 32,4% sígarettur daglega, samanborið við 25,4% hinna sem ekki voru á hormónameðferð. Mun algengara var að stórreykingakonur væru á hormónameðferð. Af 79 konum sem reyktu 16 sígarettur eða meira á dag voru 59 á hormónameðferð (kí-kvaðrat =17,43; p=0,008). Ekki var munur á þyngdarstuðli, tíðni háþrýstings, áfengisnotkun eða líkamsrækt eftir því hvort konur voru á hormónameðferð eða ekki.

Meðal kvenna á hormónameðferð voru 8% með hitakóf og hjartslátt samanborið við 13% hinna sem ekki voru á hormónameðferð (kí-kvaðrat =5,65; p<0,05). Fimm prósent kvenna sem notuðu östrógen voru með hitakóf og hjartslátt, 11% af þeim sem notuðu blöndur östrógens og prógesteróns og 6% af þeim sem tilgreindu ekki tegund hormóna sem þær notuðu.

Af 359 konum sögðust 72 (20%) hafa átt auðveldara með að sofna eftir að hormónameðferð hófst, 118 (34%) af 348 konum sögðust vakna sjaldnar upp að nóttu og 59 (17%) af 345 konum voru betur vakandi að deginum (tafla III).

Alls kváðust 97 (22%) konur hafa verið undir læknishendi vegna kvíða og spennu, en 73 (17%) vegna þunglyndis. Konur á hormónameðferð voru marktækt kvíðnari (4,7 (SD=3,5) stig) en þær sem ekki voru á slíkri meðferð (3,9 (SD=3,3) stig (t=2,8; df=616; p=0,005)). Hins vegar var ekki marktækur munur á þunglyndiseinkennum. Kvíði var meiri meðal kvenna (5,1 (SD=3,6) stig) ef kvensjúkdóma- og fæðingalæknar sáu um að viðhalda hormónameð-

ferð, en hjá hinum (4,3 (SD=3,2) stig) sem voru í meðferð hjá heimilislækni (t=2,3; df=357; p=0,02). Þunglyndiseinkenni voru einnig meiri hjá konum sem voru á hormónameðferð hjá fæðinga- og kvensjúkdómalæknum (4,1 (SD=3,0) stig), en hjá hinum (3,4 (SD=2,7) stig) sem voru í meðferð hjá heimilislæknum, (t=2,3; df=357; p=0,02).

Konur sem höfðu farið í legnám voru bæði þunglyndari (4,4 (SD=3,0) á móti 3,4 (SD=2,7; df=602; p=0,0003) og kvíðnari (5,6 (SD=3,5) á móti 4,4 (SD=3,4; t=2,8; df=602; p=0,005) en þær sem ekki höfðu farið í slíka aðgerð.

Upphaflega hafði hormónameðferðinni oftast verið ávísað af kvensjúkdómalækni (67%) en í 29% tilfella af heimilislækni og hjá 4% af öðrum læknum. Kvensjúkdómalæknar höfðu oftar (77%) hafið meðferð ef leg og eggjastokkar höfðu verið fjarlægð (kíkvaðrat =5,63; p<0,05).

Algengast var að heimilislæknar endurnýjuðu hormónameðferð (56%) svo kvensjúkdómalæknar (40%) og þá aðrir læknar (4%).

Hvað varðar fræðslu til kvenna var ekki munur á milli eftir því hvort heimilislæknar eða kvensjúkdómalæknar hefðu hafið meðferðina. Af 482 konum sögðust 123 (25,5%) ekki hafa fengið fræðslu um áhrif hormóna á tíðahvarfaeinkenni, 121 (25,1%) kvaðst ekki hafa fengið fræðslu um áhrif hormóna á beinþynningu, 183 (40,8%) höfðu ekki fengið fræðslu um áhrif hormónameðferðar á algengi hjarta- og æðasjúkdóma og 172 (38,5%) höfðu ekki fengið fræðslu um áhrif hormóna á krabbamein (tafla IV).

Tafla III. *Tengsl hormónameðferðar við svefn (%).*

	Batnaði	Versnaði	Óbreytt
Að sofna á kvöldin	(20)	(3)	(77)
Uppvaknanir að nóttu	(34)	(9)	(57)
Dagsyfja	(17)	(6)	(77)

Tafla IV. *Hefur þú fengið fræðslu um áhrif hormónameðferðar á eftirfarandi atriði? (%).*

	Nei	Já
Tíðahvarfaeinkenni	(17,1)	(82,9)
Beinþynning	(18,8)	(81,4)
Algengi krabbameins	(32,6)	(67,4)
Hjarta- og æðasjúkdómar	(34,6)	(65,4)

Umræða

Á Stór-Reykavíkursvæðinu bjuggu 956 fimmtugar konur á þeim tíma sem rannsóknin var framkvæmd en 690 (72,2%) tóku þátt í rannsókninni, sem má telja viðunandi þátttökuhlutfall. Þegar þær konur sem svöruðu spurningalistanum voru bornar saman við hinar sem ekki svöruðu kom í ljós að hóparnir voru sambærilegir, nema hvað meðal þeirra sem ekki svöruðu voru fleiri ógiftar konur. Meginniðurstöður rannsóknarinnar eru hins vegar ekki háðar hjúskaparstétt. Meðal slembiúrtaks 30 kvenna sem ekki svöruðu voru í reynd langflestar tilbúnar til að svara. Við teljum að niðurstöður okkar endurspegli viðhorf og aðstæður fimmtugra kvenna á höfuðborgarsvæðinu að þessu leyti.

Tíðahvörf verða að jafnaði við 51 árs aldur hjá konum í iðnvæddum ríkjum Vesturlanda. Í þessari rannsókn reyndist rúmlega helmingur fimmtugra kvenna vera með reglulegar blæðingar, en hafa ber í huga að tæplega helmingur kvennanna var á hormónalyfjameðferð sem viðheldur blæðingum og af þeim 180 konum sem komnar voru með tíðahvörf hafði leg verið fjarlægt hjá 122.

Þau einkenni sem talin eru tengjast breytingaskeiði og könnuð voru í þessari rannsókn voru hitakóf, hjartsláttarköst, svefntruflanir, þreyta, syfja, kvíði og þunglyndi. Tengsl hitakófa og hjartsláttarkasta við breytingaskeið eru almennt best þekkt (1). Önnur einkennin sem upp eru talin geta gert vart við sig á öðrum aldursskeiðum, en tengsl þeirra við breytingaskeið eru engu að síður vel kunn og mun algengari í þessari rannsókn, en hitakóf og hjartsláttarköst.

Hitakóf gera vart við sig hjá þremur fjórðu hluta kvenna á breytingaskeiði (1). Sumar konur fá hitakóf oft á dag meðan aðrar fá þau sjaldnar en einu sinni í mánuði. Hvers vegna fjórðungur kvenna sleppur við þessi einkenni er óþekkt. Nýlegar rannsóknir hafa þó bent á hugsanleg áhrif mataræðis á einkenni breytingaskeiðs (8,24). Í þessari rannsókn reyndust þær konur sem fengu oftast hitakóf og hjartslátt síður vera á hormónalyfjameðferð, voru þyngri, höfðu frekar háþrýsting, voru líklegri til að hafa gengist undir brottnám eggjastokka og sváfu mun verr, sem er í samræmi við fyrri rannsóknir (5,15,25).

Sýnt hefur verið fram á að tíðahvörf komi fyrr (7) hjá reykingakonum og að þær fái frekar hitakóf (6) á breytingaskeiði, sem ekki reyndist vera í þessari rannsókn. Þessi munur á niðurstöðum gæti skýrst af því að reykingakonur, einkum stórreykingakonur, í þessari rannsókn voru mun líklegri til að vera á hormónalyfjameðferð. Ekki hafa fyrri rannsóknir verið einhlítar varðandi tengsl félagslegra þátta og tíðni hitakófa (11,12,25), en ekki var sýnt fram á tengsl hitakófa og hjúkskaparstéttar, vinnu utan heimilis eða áfengisnotkunar í þessari rannsókn.

Svefntruflanir hafa ekki almennt verið taldar sjálfstætt einkenni breytingaskeiðs. Vitað er að svefngæði versna eftir því sem líður á ævina (26) og að svefntruflanir eru algengar hjá miðaldra konum og tengjast iðulega breytingaskeiði (4,5). Í nýlegri finnskri rannsókn kom í ljós að bættur svefn í kjölfar hormónagjafar tengdist einkum fækkun annarra einkenna breytingaskeiðs, en þó mætti bæta svefn kvenna með östrógeni, sem ekki höfðu önnur einkenni breytingaskeiðs (15). Einnig hefur verið sýnt fram á að svefntruflanir á breytingaskeiði megi að hluta til rekja til áhrifa östrógens á stjórnun svefns og dægursveiflu (27).

Í þessari rannsókn voru svefntruflanir í einhverri mynd það einkenni breytingaskeiðs sem oftast kom fyrir daglega, einkum það að vakna oft upp að nóttu og tengdist að hluta öðrum einkennum breytingaskeiðs. Athyglisvert var að þriðjungur kvenna taldi að hormónagjöf hefði leitt til þess að þær vöknuðu sjaldnar upp á nóttunni og tæplega fimmtungur varð betur vakandi að deginum.

Eftirtektarvert var hversu kvartanir um syfju og þreytu voru algengar meðal fimmtugra kvenna. Um fjórðungur kvennanna vöknuðu ekki úthvíldar og voru syfjaðar og þreyttar að degi til og þriðjungi fannst þær sofa of lítið. Tæplega fimmtungur sagði þessi einkenni hafa batnað við hormónatöku. Margar ástæður geta legið hér að baki svo sem breytingaskeið, svefntruflanir, félagslegar aðstæður svo eitthvað sé nefnt, en höfundar vinna að úrvinnslu mikilvægi hvers þáttar fyrir sig.

Hormónameðferð á breytingaskeiði hefur aukist til muna. Rannsókn á íslenskum konum á aldrinum 40-59 ára fyrir 10 árum sýndi að um 13% þeirra voru þá á hormónalyfjum (5) en rúmlega helmingur 50 ára kvenna í þessari rannsókn reyndist vera á hormónameðferð. Þessi aukning er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna (19,25). Algengt var að konur byrjuðu snemma að taka hormón og hafði tæpur helmingur kvennanna verið á meðferðinni lengur en þrjú ár. Langalgengast var að konur notuðu blöndur östrógens og prógesteróns, en einungis östrógen ef leg hafði verið fjarlægt, sem er í samræmi við við þá meðferð sem almennt er mælt með. Fyrri rannsóknir (25) hafa sýnt að algengt var að konur með leg hefðu verið á östrógeni einu saman og konur eftir legnám á blönduðum lyfjaformum. Athyglisvert var að talsverður hluti kvenna sem var á hormónameðferð hafði einkenni breytingaskeiðs og að konur sem einungis voru á östrógenmeðferð höfðu sjaldnar hitakóf og hjartslátt en þær sem tóku blöndu östrógena og prógesteróns. Hormónalyfjameðferð hjá konum eftir tíðahvörf tengdist ekki sömu fækkun einkenna og sást hjá konum sem enn höfðu tíðablæðingar og eru niðurstöður þessarar rannsóknar að því leyti samhljóða fyrri rannsóknum (5,25).

Ef litið er nánar á þann hóp kvenna sem er á hormónameðferð, kemur í ljós að þær voru oftar stórreykingakonur, með langvinna berkjubólgu, kvíðnar, haldnar síþreytu, vefjagigt, verkjum og höfðu mun oftar leitað sér læknis undanfarið ár en þær sem ekki voru á hormónameðferð. Ekki var munur á þyngdarstuðli, tíðni háþrýstings, kransæðasjúkdóma og hjartsláttartruflana eftir því hvort konur voru á hormónameðferð eða ekki og er þetta í samræmi við aðrar rannsóknir (19,25).

Kvíðaeinkenni samkvæmt HAD-kvarðanum voru marktækt meiri meðal kvenna á hormónameðferð. Rannsóknir hafa sýnt að kvíðnar og þunglyndar konur leiti frekar eftir hormónameðferð (2,12,13). Sú staðreynd að kvíða- og þunglyndiseinkenni voru algengari hjá þeim konum þar sem kvensjúkdómalæknir fylgdi eftir meðferð, vekur þá spurningu hvort kvíðnar og þunglyndar konur leiti frekar sérfræðings í fæðinga- og kvensjúkdómafræði eða hvort þessi stétt lækna túlki kvíða- og þunglyndiseinkenni fremur sem einkenni breytingaskeiðs en heimilislæknar, sem ætla mætti að sé betur kunnugt um fyrra heilsufar og aðstæður sjúklings og hafi meiri reynslu af greiningu og meðferð geðrænna einkenna. Á sama hátt er athyglivert að konur sem höfðu farið í legnám og/eða brottnám eggjastokka voru marktækt oftar kvíðnar og þunglyndar. Konur sem gengist höfðu undir brottnám annars eða beggja eggjastokka höfðu mun oftar hitakóf og hjartslátt, en tæpur þriðjungur þeirra reyndist ekki vera á hormónalyfjameðferð. Ekki var með öryggi hægt að fá fram í þessari rannsókn hvort frábending hormónameðferðar væri fyrir hendi hjá þessum konum. Önnur og líklegri ástæða gæti verið að láðst hefði að ráðleggja þeim að taka hormón, en rannsóknir hafa sýnt að ekki svo ósjaldan ferst fyrir að beita forvörnum sem sannað hafa gildi sitt (28).

Sérfræðingar í kvensjúkdómum hefja oftast hormónameðferð, en heimilislæknar endurnýja lyfin og halda áfram meðferðinni. Svipaðar niðurstöður hafa komið í ljós varðandi lyfjagjöf við öðrum sjúkdómum, til dæmis astma, þar sem sérfræðingar hefja oftast meðferð en heimilislæknar viðhalda meðferð (29).

Fræðsla um tilgang meðferðar virðist ófullnægjandi og skiptir þar ekki máli hvort heimilislæknir eða sérfræðingur hefur meðferðina. Þannig hafði hátt í helmingur kvennanna ekki fengið fræðslu um áhrif hormónagjafar á hjarta- og æðasjúkdóma eða krabbamein. Verður að telja það miður þar sem mikilvægt er að sjúklingar þekki tilgang og aukaverkanir lyfjagjafar svo að meðferðarheldni og eftirlit verði sem best.

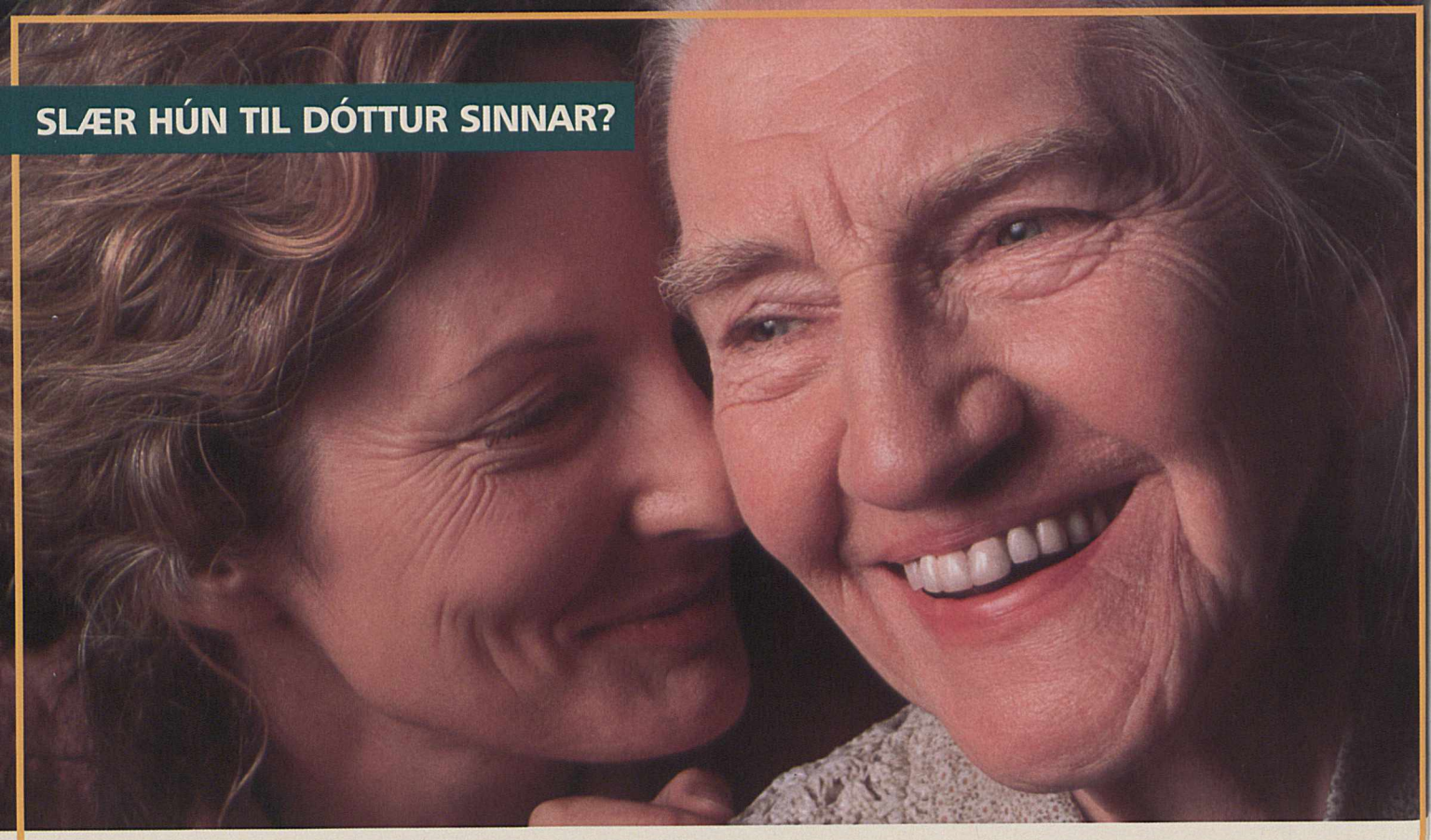
Styrkleiki þessarar þverskurðarrannsóknar er að hún tekur til vel skilgreinds hóps sem allur er fæddur sama árið. Þessi aðferð hefur gert okkur kleift að skoða samspil einkenna breytingaskeiðs og meðferðar innan sama aldurshóps. Hún sýnir að hormónameðferð á breytingaskeiði hefur aukist mjög mikið undanfarin 10 ár. Ljóst er að sá hópur kvenna sem er á hormónameðferð er frábrugðinn þeim sem ekki er á hormónameðferð. Með markvissari greiningu og meðferð mætti hugsanlega bæta heilsu og líðan miðaldra kvenna. Í ljósi þess hve fræðslu um áhrif hormónagjafar á heilsufar kvenna er ábótavant og meir en önnur hver fimmtug kona er á þessari meðferð er þörf á að auka upplýsingar til kvennanna og auka þekkingu lækna á einkennum breytingaskeiðs, mismunagreiningu og meðferð.

Þakkir

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna og Rannís styrktu þessa rannsókn.

Heimildir

1. Kroneberg F. Hot flushes: epidemiology and physiology. Ann NY Acad Sci 1990; 592: 52-86.
2. Pearlstein T, Rosen K, Stone AB. Mood disorders and menopause. Endocrinol Metabol Clin North Am 1997; 26: 279-91.
3. Dallongeville J, Marecaux N, Isorez D, Zylbergberg G, Fruchart JC, Amouyel P. Multiple coronary heart disease risk factors are associated with menopause and influenced by substitutive hormonal therapy in a cohort of French women. Atherosclerosis 1995; 118: 123-33.
4. Manber R, Armitage R. Sex, steroid, and sleep: a review. Sleep 1999; 22: 540-55.
5. Gíslason T, Björnsson J, Benediktsdóttir B, Guðmundsson J, Kristbjarnarson H, Thorleifsdóttir B. Insomnia and Menopause Among Middel-aged Women: An Epidemiological Survey of Icelandic Women. In: Peter JH, Penzel T, von Wichert P, eds. Sleep and Health Risk. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona: Springer-Verlag; 1991: 92-100.
6. Chiechi LM, Ferreri R, Granieri M, Bianco G, Berardesca C, Loizzi P. Smoking and menopause. Clin Exp Obstet Gynecol 1997; 24: 26-7.
7. McKinlay SM, Bifano NL, McKinlay JB. Smoking and age at menopause in women. Ann Intern Med 1985; 103: 350-6.
8. Murkies AL, Lombard C, Strauss BJ, Wilcox G, Burger HG, Morton MS. Dietary flour supplementation decreases postmenopausal hot flushes: effect of soy and wheat. Maturitas 1995; 21: 189-95.
9. Asplund R, Aberg HE. Body max index and sleep in women aged 40 to 64 years. Maturitas 1995; 22: 1-8.
10. Chiechi LM, Ferreri R, Granieri M, Bianco G, Berardesca C, Loizzi P. Climateric syndrome and body-weight. Clin Exp Obstet Gynecol 1997; 24: 163-6.
11. Avis NE, Crawford SL, McKinlay SM. Psychosocial, behavioural, and health factors related to menopause symptomatology. Women's Health 1997; 3: 103-20.
12. Kuh DL, Wadsworth M, Hardy R. Women's health in midlife: the influence of the menopause, social factors and health in earlier life. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 923-33.
13. Coop J. Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. Maturitas 1996; 23: 159-68.
14. Harplan S. The benefit and risks of hormone replacement therapy: an epidemiological overview. Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 1986-92.
15. Polo-Kantola P, Erkkola R, Helenius H, Irjala K, Polo O. When does oestrogen replacement therapy improve sleep quality? Am J Obstet Gynecol 1998; 178; 1002-9.
16. Writing group for the PEPI Trial. Effects of oestrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women [published correction appeared in JAMA 1995; 274: 1676]. JAMA 1995; 273: 199-208.
17. Hulley S, Grady D, Buch T, Furberg C, Herrington D, Riggs B, et al. Randomized trial of oestrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. JAMA 1998; 280: 605-13.
18. Person I, Adami HO, Bergkvist L. Risk of endometrial carcinoma after treatment with oestrogens alone or in conjunction with progesterone: results of a prospective study. BMJ 1989; 298: 147-51.
19. Elíasson JH, Tryggvadóttir L, Tulinius H, Guðmundsson JA. Hormónameðferð kvenna á Íslandi. Læknablaðið 1998; 84: 25-31.
20. Partinen M, Gíslason T. Basic Nordic Sleep Questionnaire (BNSQ): a quantitated measure of subjective sleep complaints. Eur J Sleep Res 1995; 4: 150-5.
21. Murray WJ. Reliability and factor analysis of the Epworth sleepiness scale. Sleep 1992; 15: 376-81.
22. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70.
23. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson GS. Heilsutengd lífsgæði. Læknablaðið 1997; 83: 492-502.
24. Knight DC, Eden JA. A review of the clinical effects of phytoestrogens. Obstet Gynecol 1996; 87: 897-904.
25. Moorhead T, Hannaford P, Warsky M. Prevalence and characteristics associated with use of hormone replacement therapy in Britain. Br Obstet Gynaecol 1997; 104: 290-7.
26. Karacan I, Thornby JL, Williams RI. Sleep disturbance. A community survey. In: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology, and long term evolution. New York: Raven Press; 1983: 37-60.
27. Erlic Y, Tataryn IV, Meldrum DR, Lomax P, Baorek JG, Judd HL. Association of waking episodes with menopausal hot flushes. JAMA 1981; 245: 1741-4.
28. Sigurðsson EL, Jónsson JS, Þorgeirsson G. Hvernig er kólesteróllækkandi lyfjameðferð háttað meðal íslenskra kransæðasjúklinga? Læknablaðið 1999; 85: 109-20.
29. Sigvaldason A, Ólafsson Ó, Gíslason Þ. Notendur astmalyfja á Íslandi. Læknablaðið 1996; 82:122-9.



Risperdal® – gefur ÞEIM BETRI stundir saman

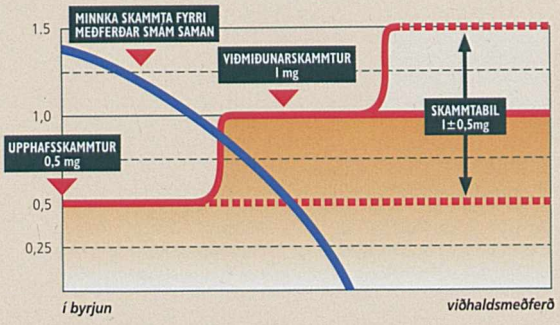
RISPERIDONE

Marktækur bati miðað við fyrri meðferð[1,2]

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

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

Skammtaleiðbeiningar í tilraunum[1,2]



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

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

Eiginleikar: Risperidón er geðlyf (neurolepticum) af flokki benzíoxazólafleiða. Það er sértækur mónóamínvirkur blokki, sem hefur mikla sækni í serótónínvirka 5-HT_2- og dópamínvirka D_2-viðtaka **Ábendingar:** Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psykósur) vegna geðklofa. Geðtruflanir sem líkjast geðklofa (schizopreniform disorder). Risperdal er einnig ætlað til langtíma notkunar til þess að koma í veg fyrir að sjúkdómurinn taki sig upp að nýju hjá sjúklingum með langvinnan geðklofa. **Frábendingar:** Ofnæmi af barbitúrsýrusamböndum, ópíötum eða áfengi. **Varúð:** Lifrar- og nýrnasjúkdómur. Flogaveiki. Krampar. Parkinsons sjúkdómur. Hjartabilun. Útbreidd æðakölkun. Stöðubundinn lágþrýstingur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnleysi (allt að 13%). **Algengar (>1%):** Almennar: Höfuðverkur. Þyngdaraukning. Hjarta- og æðakerfi: Lágþrýstingur (þar með talinn stöðubundinn lágþrýstingur), hraðtaktur (þar með talinn reflex hraðtaktur) eða háþrýstingur. Miðtaugakerfi: Svefnleysi. Æsingur. Hræðsla og þreyta. Syfja, svimi, minnkuð einbeitingarhæfni. Aukin munnvatnsframleiðsla, extrapýramídal einkenni. Innkirtlar: Minnkuð kyngeta karla, seinkun á sáðlát. 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 fluoxetín 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

Hæð og þyngd íslenskra barna og unglinga 6-20 ára

Atli Dagbjartsson[1,3]

Árni V. Þórsson[2,3]

Gestur I. Pálsson[1]

Víkingur H. Arnórsson[1,3]

Ágrip

Inngangur: Rannsóknir á vexti barna og unglinga gefa verðmætar upplýsingar um heilsufar, næringarástand og almenna velmegun, bæði einstaklinga og heilla þjóða. Óhætt er að fullyrða að vaxtarferill er einn besti mælikvarði sem völ er á til að fylgjast með almennu heilsufari og heilbrigði barna. Til þessa hafa ekki verið gerðar staðlaðar rannsóknir á vexti og þroska íslenskra barna.

Hér eru birtar niðurstöður rannsóknar á hæð og þyngd íslenskra barna og unglinga á aldrinum 6-20 ára, en rannsóknin er hluti af stórri þverskurðarrannsókn á vexti, þroska og næringarástandi íslenskra ungmenna.

Efniviður og aðferðir: Hæð, sethæð og þyngd var mæld hjá alls 6500 skólabörnum, 3173 stúlkum og 3327 piltum á árabilinu 1983-1987. Börnin voru valin samkvæmt fæðingardegi úr þjóðskrá, bæði af höfuðborgarsvæðinu og úr ýmsum grunn- og framhaldsskólum í öllum landsfjórðungum. Hæð barnanna var mæld sitjandi og standandi með Harpenden stadiometer og þau vegin léttklædd með löggiltri reisluvog.

Niðurstöður: Meðalgildi og staðalfrávik fyrir hæð, sethæð og þyngd eru gefin upp í töflum. Birt eru vaxtarlínurit fyrir hæð, þyngd og sethæð. Ekki fannst marktækur munur á hæð eða þyngd barna í þéttbýli og dreifbýli. Rannsóknin leiddi í ljós að vöxtur íslenskra barna er á öllum aldursskeiðum nánast eins og vöxtur norskra barna. Samanborið við aðra norræna vaxtarstaðla, og staðla Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, eru íslensk börn hávaxin, einkum í byrjun kynþroskaskeiðs.

Ályktanir: Íslensk börn eru hávaxin og vöxtur íslenskra barna fylgir nánast sama ferli og vöxtur norskra barna og samræmist það nánum skyldleika þjóðanna.

Frá [1]Barnaspítala Hringsins, [2]barnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [3]læknadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Atli Dagbjartsson, Barnaspítala Hringsins Landspítala Hringbraut. Sími: 560 1000. Netfang: atlid@rsp.is Árni V. Þórsson, barnadeild Landspítala Fossvogi. Sími: 525 1000. Netfang: arniv@shr.is

Lykilorð: *íslensk börn, vöxtur, hæðarmælingar, þyngdarmælingar*

Inngangur

Rannsóknir á vexti barna og unglinga gefa verðmætar upplýsingar um heilsufar, næringarástand og almenna velmegun bæði einstaklinga og heilla þjóða (1). Línurit yfir hæð og þyngd eru notuð til að meta þroska, líkamsvöxt og framfarir barna frá fæðingu og þar til vexti líkur að loknum kynþroska.

Notkun vaxtarlínurita hefur aukist mjög á undanförnum áratugum og er óhætt að fullyrða að vaxtarferill er einn besti mælikvarði sem völ er á til að fylgjast með almennu heilsufari og heilbrigði barna.

ENGLISH SUMMARY

Dagbjartsson A, Þórsson AV, Pálsson GI, Arnórsson VH

Height and weight of Icelandic children 6-20 years of age

Læknablaðið 2000; 86: 509-14

Introduction: Monitoring growth rate in children reflects the state of health and nutrition of the individual as well as the state of health of a nation.
Until now little information has been available about the growth pattern of Icelandic children. We report here the results of a nationwide cross-sectional study of growth in Icelandic children aged 6-20 years.

Material and methods: Height, standing and sitting and weight were measured in a total of 6500 schoolchildren, 3173 girls and 3327 boys. The measurements were performed 1983-1987. Children were randomly selected from The National Registry according to date of birth from both urban and rural areas of the whole country of Iceland. Stature was measured by a Harpenden stadiometer and the children were weighed in underwear only using a standardized scale.

Results: The mean values and standard deviations for height, standing and sitting and weight are presented in tables. Growth charts for height weigt and sitting height are presented. No difference in height and weight was found between children from rural and urban areas. The results show that the growth of Icelandic children is in all age groups almost identical to the growth of Norwegian children. Compaired to other Nordic and WHO growth standards, Icelandic children are tall, especially during early pubertal development.

Conclusions: Icelandic children are tall and the growth of Icelandic and Norwegian children follows the same pattern wich supports the theory that the two nations are closely related.

Keywords: *Icelandic children, growth, height, weight.*

Correspondance: Atli Dagbjartsson. E-mail: atlid@rsp.is Árni V. Þórsson. E-mail: arniv@shr.is

Upplýsingar um vöxt Íslendinga og stærð þeirra fyrir síðustu aldamót eru fremur takmarkaðar. Helst ber að nefna ýmsar sögulegar heimildir, sem ekki geta talist áreiðanlegar, og rannsóknir prófessors Jóns Steffensens á beinum fornmanna (2). Árið 1925 birti prófessor Guðmundur Hannesson niðurstöður á hæðarmælingum íslenskra karlmanna (3). Í heilbrigðisskýrslum 1963 birti Benedikt Tómasson þáverandi skólayfirlæknir töflur um hæð og þyngd

Table I. *Height and weight of Icelandic boys 6-20 years of age. Height was measured in standing and sitting positions. Mean values and standard deviation (SD) are given for each age group.*

Age	No	Height (cm)	Height SD	Weight (kg)	Weight SD	Height sitting (cm)	Ht.s. SD
6	97	120.04	4.95	22.73	2.61	66.93	2.61
7	243	124.28	5.28	24.85	3.86	69.1	2.93
8	275	129.89	5.54	27.45	4.46	71.14	3.04
9	262	135.73	7.37	30.76	6.02	73.76	3.45
10	306	140.6	5.83	34.03	6.12	75.47	2.86
11	312	145.81	6.74	37.71	6.46	77.6	3.28
12	288	151.4	6.8	42.05	7.97	79.65	3.64
13	272	158.04	8.96	47.32	9.79	82.6	4.5
14	307	165.27	8.65	53.29	11.33	86.43	4.81
15	240	171.82	9.1	59.38	11.85	89.87	5.2
16	195	176.13	6.89	65.53	9.79	92.55	4.04
17	142	178.6	5.7	70.04	8.38	93.21	3.25
18	104	180.09	5.91	73.12	9	94.7	2.7
19	103	180.04	6.61	73.23	9.53	94.83	3.27
20	96	180.61	6.16	76.76	11.37	95.26	3.15

Table II. *Height and weight of Icelandic girls 6-18 years of age. Height was measured in standing and sitting positions. Mean values and standard deviation (SD) are given for each age group.*

Age	No	Height (cm)	Height SD	Weight (kg)	Weight SD	Height sitting (cm)	Ht.s. SD
6	78	119.15	5.18	22.62	3.24	66.34	2.75
7	286	123.4	5.54	24.31	4.01	68.21	3.17
8	231	128.39	5.61	27.08	4.46	70.52	3.27
9	279	133.88	5.87	30.02	5.13	72.66	3.07
10	292	139.8	6.69	34.14	7.07	75.15	3.6
11	329	146.23	7.6	38.15	7.68	77.97	4.5
12	269	152.64	7.14	44.01	9.24	81.13	4.02
13	287	158.63	7.26	48.35	8.92	84.2	4.2
14	275	163.08	5.83	53.62	8.59	86.99	3.51
15	244	165.31	5.56	56.61	9.7	88.4	3.22
16	228	165.16	5.7	57.28	8.08	88.41	3
17	151	166.08	5.23	61.41	9.36	88.74	2.63
18	114	167.24	5.92	62.56	8.78	89.28	2.93

reykvíska skólabarna á aldrinum 7-17 ára, en þær töflur voru hvorki notaðar við klíníska vinnu né til að búa til vaxtarlínurit (4). Í rannsóknargögnum Hjartaverndar hafa verið birtar tölur um hæð og þyngd fullorðinna Íslendinga á ýmsum aldursskeiðum (5,6). Á vegum Mannfræðistofnunar Háskóla Íslands hafa verið gerðar ýmsar mannfræðirannsóknir á vissum hópum Íslendinga, þar á meðal mælingar á hæð (7).

Mælinganiðurstöður hafa ekki áður verið birtar um sethæð íslenskra barna og unglinga. Mælingar á sethæð geta gefið mikilvægar upplýsingar um líkamshlutföll og geta verið gagnlegar við greiningar á sjúkdómum er raska vexti barna, til dæmis Marfans heilkenni og ýmsum afbrigðum beina og brjósksjúkdóma sem valda dvergvexti. Ennfremur gætu niðurstöður þeirra mælinga komið að notum við hönnun húsgagna fyrir börn.

Engar staðlaðar rannsóknir hafa áður verið gerðar á vexti og þroska íslenskra barna og hafa því eingöngu verið notuð erlend vaxtarlínurit við heilbrigðiseftirlit barna á Íslandi. Rannsókn sú, sem hér er sagt frá, er hluti af stærri þverskurðarrannsókn á vexti, þroska og næringarástandi íslenskra barna og unglinga á aldrinum 6-20 ára.

Efniviður og aðferðir

Nemendur í grunnskólum og framhaldsskólum víðs vegar um landið tóku þátt í rannsókninni. Foreldrum eða forráðamönnum var sent bréf þar sem rannsókninni var lýst og fengið skriflegt samþykki þeirra fyrir þátttöku barnanna.

Tölvunefnd samþykkti að úrtakshópurinn yrði valinn úr þjóðskrá og í upphafi var valinn úrtakshópur barna af höfuðborgarsvæðinu á aldrinum 6-16 ára.

Af tölfræðilegum ástæðum var hópurinn valinn þannig, að öll skólabörn sem fædd voru fjórða hvern dag hvers mánaðar, það er 1.-5.-9.-13. og svo framvegis voru beðin um að taka þátt í rannsókninni. Útilokuð frá rannsókninni voru börn og unglingar með líkamlegar fatlanir eða langvinna sjúkdóma, sem hugsanlega gætu haft áhrif á vöxt þeirra.

Utan höfuðborgarsvæðisins voru valdir ákveðnir grunnskólar og framhaldsskólar í öllum landsfjórðungum og allir nemendur viðkomandi skóla rannsakaðir.

Fengið var leyfi skólayfirvalda til að rannsóknin færi fram í húsnæði grunnskólanna og veittu skólahjúkrunarfræðingar viðkomandi skóla aðstoð við undirbúning og framkvæmd rannsóknarinnar. Foreldrar eða forráðamenn gáfu skriflegt samþykki fyrir þátttöku barnanna.

Rannsóknin, það er mælingar og skoðun barnanna, fór fram á árabilinu 1983-1987 og var framkvæmd af höfundum þessarar greinar sem allir eru barnalæknar. Í árslok 1989 voru framkvæmdar viðbótarmælingar í framhaldsskólum á þeim unglingum sem voru á aldrinum 17-20 ára. Eftirfarandi upplýsingar voru skráðar þegar þær fengust:

Fæðingarþyngd, fjöldi systkina og röð barnsins í hópi systkina, hvort barnið var fleirburi, fjölskyldustærð, aldur foreldra og störf. Í heilsufarssögu komu fram upplýsingar um uppruna barnsins (þjóðerni/kynþáttur), langvinna sjúkdóma og sjúkrahúslegur.

Hæð barnana var mæld með Harpenden stadiometer (8). Börnin voru mæld í uppréttri stöðu, berfætt og þrýst var létt undir kjálkabörð til að rétta vel úr hálsi (standandi mæling). Börnin voru einnig mæld sitjandi á sérsmíðuðum stól, 40 cm háum.

Sethæð var skilgreind sem mæld hæð frá hvirfli að stólsetu. Síðan voru börnin vegin léttklædd með löggiltri reisluvog. Mesta höfuðummál var mælt með stálmálbandi.

Auk almennar líkamsskoðunar var kynþroskastig ákvarðað samkvæmt kvarða Tanners (9). Stúlkur með kynþroskastig tvö eða meira voru spurðar hvort tíðablæðingar væru hafnar og svar skráð: Já eða nei.

Húðfitulag var mælt með Harpenden húðþykktarmæli neðan herðablaðs (subscapuler) og aftan á upphandlegg (triceps).

Tölulegar niðurstöður rannsóknanna voru skráðar inn í tölvuforrit (Filemaker Pro). Hvert aldursár var skilgreint þannig að öll börn fædd frá og með -0,50 ár til og með +0,49 ár voru reiknuð saman í ein-

Fyrstur í nýjum flokki



Sértæk verkun -

COZAAR® LOSARTAN, MSD

Nýr styrkleiki 12,5 mg

þolist mjög vel

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 kreatíníni 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. **Greiðsluþáttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

ZOCOR
MSD, 890108; 890109; 940275; 970435
Töflur; C 10 AA 01
Virkt innihaldsefni: Simvastatinum INN 10mg, 20mg, 40mg eða 80 mg.
Ábendingar: Óhúðuð blöðrituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólerstólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blöðrituhækkun 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 blöðþurrð 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 stiflna..Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transamínasar í blóði af óþekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralólflokki. **Meðganga og brjóstagjöf.** Meðganga og brjóstagjöf: ZOCOR má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má heldur ekki nota ZOCOR.**Varúð:** Vöðvaáhrif: ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasa hemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðvaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (> 10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvasundrun, með eða án bráðrar nýrnabilunar, sem kemur eftir vöðvarauðamigu, hefur sjaldan sést. Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja: Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla aukast með samhliða gjöf HMG-CoA redúktasa hemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og önnur fíbröt og blöðrituláekkandi 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; makrólið-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni og þunglyndislyfinu nefazódón sem í lækningaskömmtum hafa hamlandi áhrif á cytokróm P450 3A4, nema því aðeins að kostir samhliða meðferðar vegi meira en aukin áhætta. Áhrif á lifrarstarfsemi: Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstaka athygli skal veita sjúklingum, sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi og ætti að endurtaka mælingarnar fljótt og síðan framkvæma þær oftar. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er þrálát, ætti að hætta lyfjameðferð. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transamínasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns. **Aukaverkanir:** ZOCOR þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til ZOCORs. ***Algengar (>1%):*** Kviðverkir, hægðatregða og uppþemba. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Þróttleysi og höfuðverkur og vöðvakvilli. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ógleði, niðurgangur, húðútbrot, meltingartruflanir, kláði, hárlos, svimi, vöðvakrampar, vöðvabólga, brisbólga, breytt húðskyn, útlægur taugakvilli, uppköst og blóðskortur. Rákvöðvasundrun og lifrarbólga/gula komu sjaldan fyrir. Ofnæmisheilkenni hafa sjaldan sést og hafa einhver eftirfarandi einkenna komið fyrir: Ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjöld, hækkað sökk, liðbólga, liðverkur, ofsakláði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem marktækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklóspórins, mibefradils, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makróliðsýklalyfjanna 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. Blöðrituhækkun: 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 blöðþéttni LDL-kólesteróls fer undir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða blöðþéttni 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 blöðrituláekkandi meðferð (LDL plasmapheresis) eða ef slík meðferð er ekki tiltæk. Kransæðasjúkdómur: 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Breytingar á skömmtum ætti að framkvæma ef þörf krefur. Samhliða lyfjagjöf: ZOCOR er árangursríkt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklóspórín, fíbröt eða 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

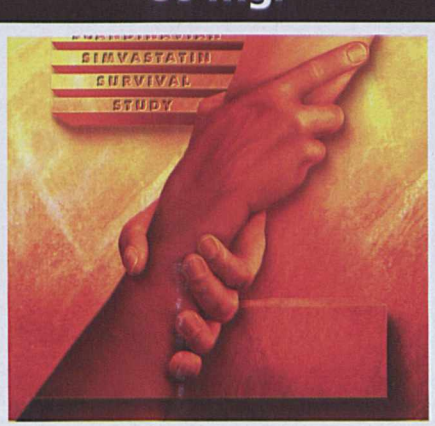
En takmarkið er að auka lífslíkur

EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

Nýr styrkleiki 80 mg.

ZOCOR®* 20-40 mg

Auknar lífslíkur og langtímaöryggi [1,2]



Heimburger MedCom 0998

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

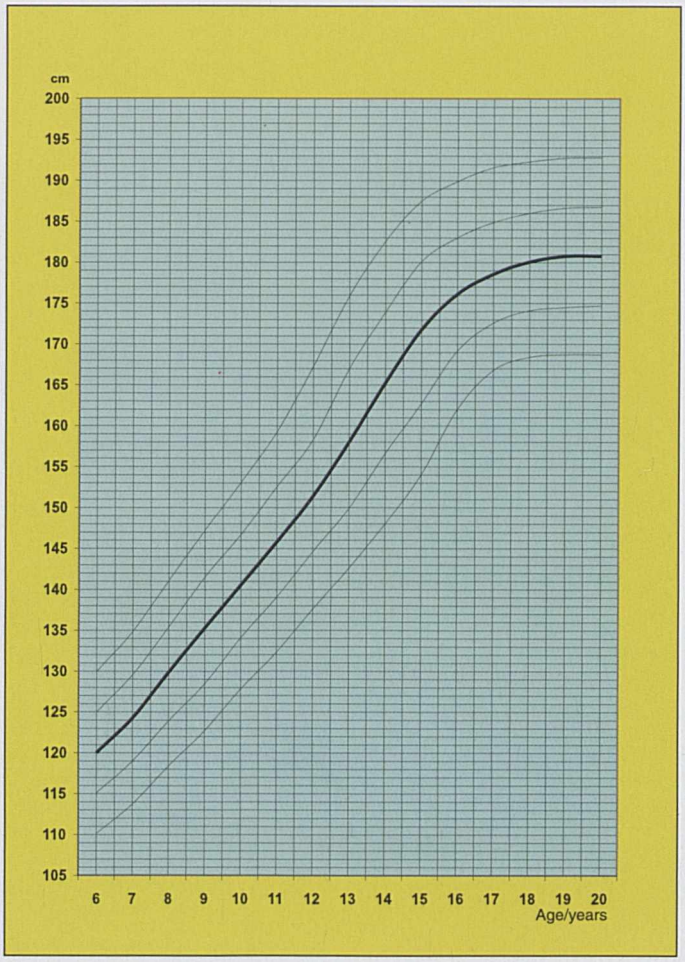


Figure 1. *Icelandic boys 6-20 years of age. Height for age. Mean values ± 1 and 2 standard deviation.*

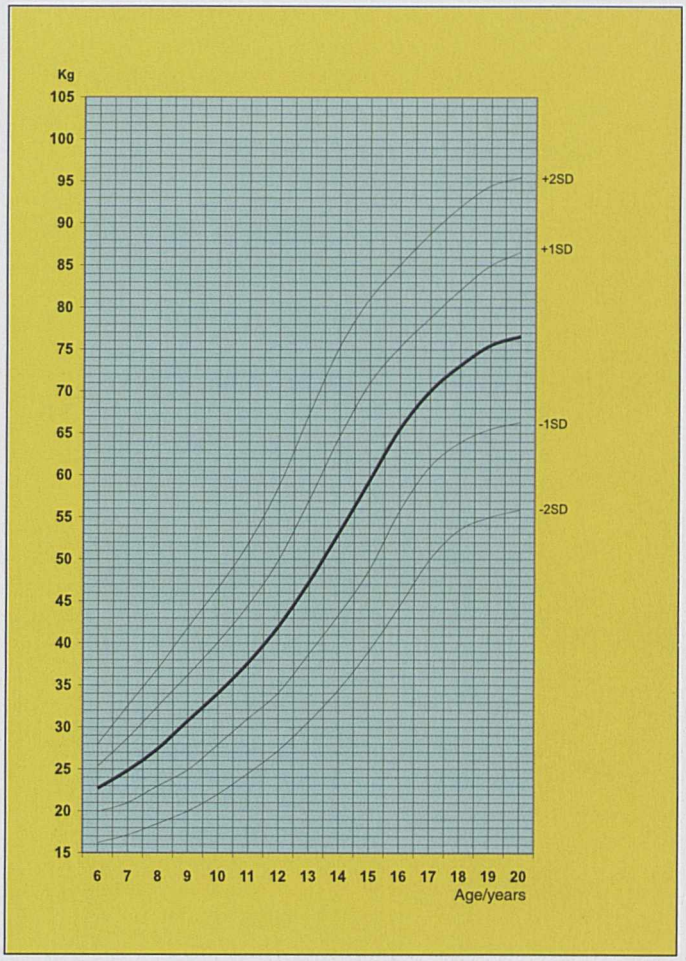


Figure 2. *Icelandic boys 6-20 years of age. Weight for age. Mean values ±1 and 2 standard deviation.*

um hópi. Dæmi um skilgreiningu aldursárs: Til sjö ára aldurshópsins töldust öll börn sem voru frá og með 6,50 ára til og með 7,49 ára.

Í tölvuforritinu voru reiknuð meðaltöl og staðalfrávik hvers aldursárs samkvæmt áðurgreindri skilgreiningu og töflur gerðar fyrir hæð, sethæð og þyngd hvors kyns fyrir sig. Úr töflunum voru síðan gerð vaxtarlínurit með línuritaforriti Excel. Við tölfræðilega útreikninga var notuð fervikagreining (ANOVA). Bonferrini eftirpróf var notað til að kanna marktækni milli aldurshópa.

Niðurstöður

Í rannsókninni tóku þátt 3173 stúlkur og 3327 drengir, samtals 6500 börn og unglingar og var það meira en 95% af úrtakshópnum.

Tafla I sýnir fjölda stúlkna í hverjum aldurshópi, meðalhæð þeirra, meðalþyngd og meðalsethæð ásamt staðalfrávikum. Tafla II sýnir sambærilegar niðurstöður fyrir drengi. Ekki fannst tölfræðilega marktæk aukning í vexti pilta eftir 18 ára aldur og stúlkna eftir 17 ára aldur.

Á myndum 1 og 2 eru birt línurit yfir hæð og þyngd íslenskra drengja á aldrinum 6-20 ára. Á myndum 3 og 4 eru á sama hátt birt línurit yfir hæð og þyngd íslenskra stúlkna 6-18 ára. Á myndum 5 og 6 eru birt línurit yfir sethæð íslenskra drengja og stúlkna. Línuritin sýna meðaltalslínu og línur fyrir eitt og tvö staðalfrávik ofan og neðan meðaltalsins.

Gerður var samanburður á niðurstöðum á mælingum barna á Reykjavíkursvæðinu og barna á landsbyggðinni. Ekki kom fram neinn marktækur munur.

Umræða

Tvær aðferðir eru aðallega notaðar til rannsókna á vexti og þroska barna og unglinga. Annars vegar langtíma (longitudinal) rannsókn þar sem fylgt er eftir vexti hvers barns frá fæðingu til fullvaxtar og mælingagildi skráð með vissu millibili (8,10,11). Hins vegar þverskurðar- (cross sectional) rannsókn, þar sem börn úr öllum aldurshópum eru mæld á sama tíma eins og gert var í okkar rannsókn (12,13). Báðar aðferðirnar hafa sína annmarka. Langtímarannsóknir taka að minnsta kosti tvo áratugi og eru erfiðar í framkvæmd. Úrtakið á að endurspegla vaxtarferli heillar þjóðar, en val úrtaksins vill oft verða þröngt og staðbundið. Aldarbreytur (secular trend) geta

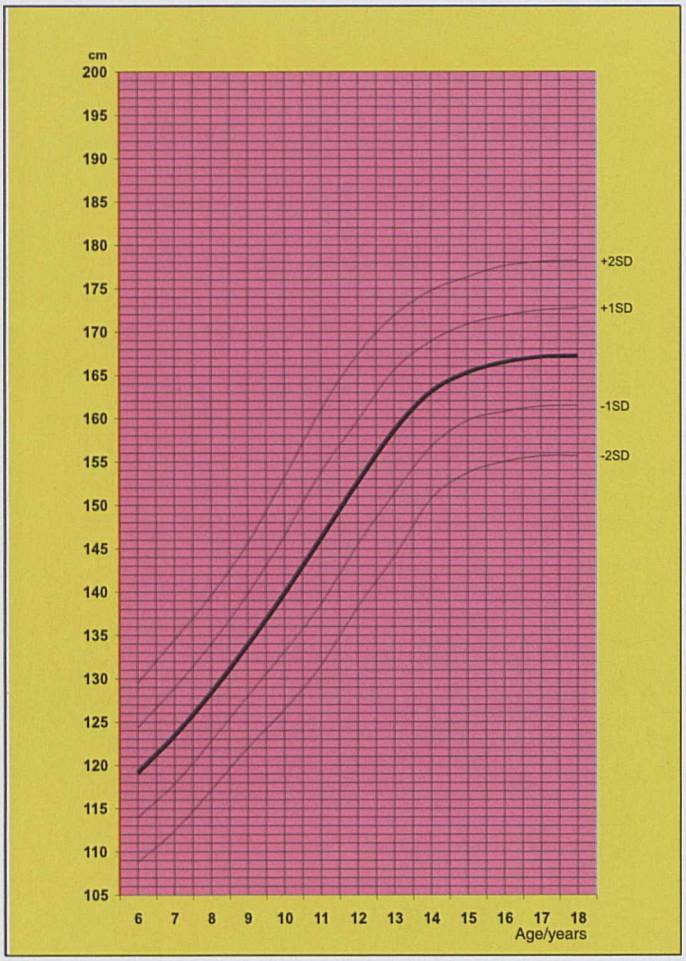


Figure 3. *Icelandic girls 6-18 years of age. Height for age. Mean values ±1 and 2 standard deviation.*



Figure 4. *Icelandic girls 6-18 years of age. Weight for age. Mean values ±1 and 2 standard deviation.*

ruglað niðurstöður í rannsóknum, sem standa yfir í svo langan tíma.

Til þess að ná marktækum niðurstöðum úr þverskurðarrannsókn þarf að mæla mikinn fjölda einstaklinga. Í þverskurðarrannsóknum er vaxtarhraði ekki skráður heldur stærð barna á ákveðnum tíma. Línurit gerð eftir þverskurðarrannsókn sýna ekki eins vel vaxtarhraða á fyrstu tveimur árum ævinnar og á kynþroskaskeiði, þegar barnið vex hraðast (19). Hér á landi þótti heppilegast að gera þverskurðarrannsókn á aldrinum sex ára til tvítugs, eða þar til vexti lýkur, þar sem tiltölulega auðvelt var að nálgast úrtakshópinn í skólum landsins.

Línurit þau sem hér birtast eru unnin beint úr niðurstöðum mælinganna, en hafa verið jöfnuð. Nú stendur yfir langtímarannsókn á íslenskum börnum frá fæðingu til fimm ára aldurs, sem framkvæmd er af höfundum þessarar greinar. Fyrirhugað er að nota niðurstöður rannsóknanna tveggja til að útbúa vaxtarlínurit til notkunar hér á landi. Þegar línuritin verða gefin út í endanlegu formi til notkunar við klínískа vinnu verða þau væntanlega gerð með aðstoð tölfræðilegra líkana sem hafa verið hönnuð sérstaklega fyrir þverskurðarrannsóknir (20).

Þegar vaxtarlínurit þessarar rannsóknar eru bornar saman við sænsku staðlana frá Engström og félögum frá árinu 1973 (14), kemur í ljós að íslensk börn á öllum aldri eru marktækt hærri en sænskir jafnaldrar þeirra. Sama kemur í ljós ef íslensku niðurstöðurnar eru bornar saman við vaxtarlínurit Tanners frá árinu 1976 (9) og línurit gefin út af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (15,16). Samanburður á íslensku vaxtarlínuritunum sem hér eru kynnt og nýjustu vaxtarlínuritum frá Noregi sýnir hins vegar að vöxtur og stærð norskra og íslenskra barna og unglinga er nánast eins á öllum aldursskeiðum (12,17). Rétt er þó að geta þess að 15 til 20 ára munur er á tímasetningu sumra áðurnefndra rannsókna og gæti það haft áhrif á samanburð.

Þverskurðarrannsókn á vexti hollenskra barna frá 1980 leiðir í ljós að Hollendingar virðast vera hávaxnasta þjóð heims, en þar á eftir fylgja Íslendingar og Norðmenn (12,13,18). Þar sem samanburður á niðurstöðum mælinga barna á Reykjavíkursvæðinu og á landsbyggðinni sýndi ekki marktækan mun, er ljóst að niðurstöður rannsóknarinnar eru viðmiðunarhæfar fyrir öll íslensk börn.

Á síðustu öld hefur komið í ljós, einkum í iðnvæddum löndum, að börn verða hávaxnari og fyrr kyn-

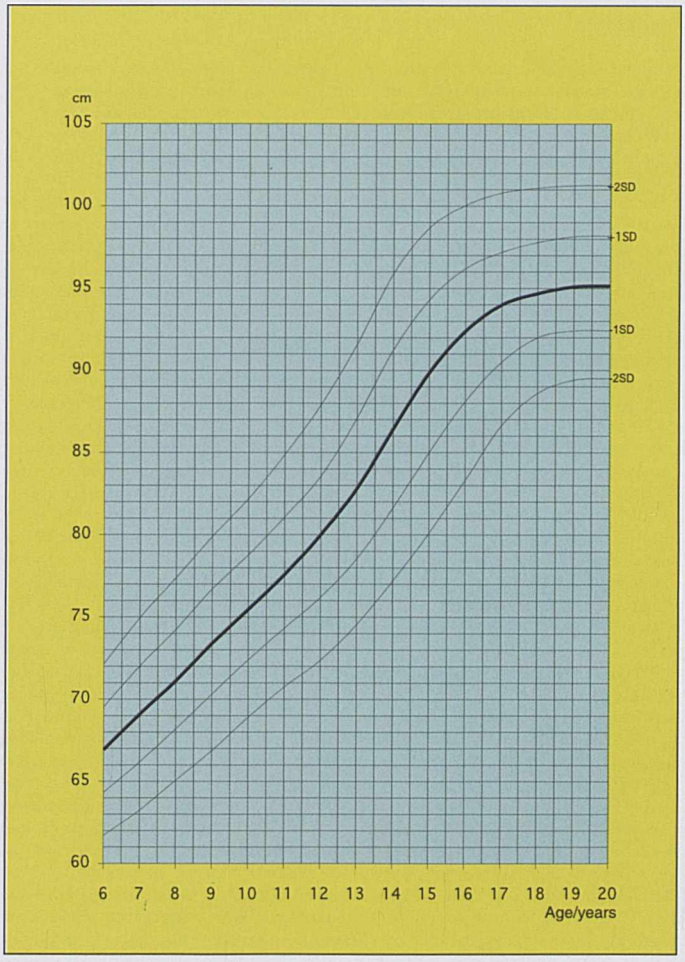


Figure 5. *Icelandic boys 6-20 years of age. Sitting height for age. Mean values ±1 and 2 standard deviation.*

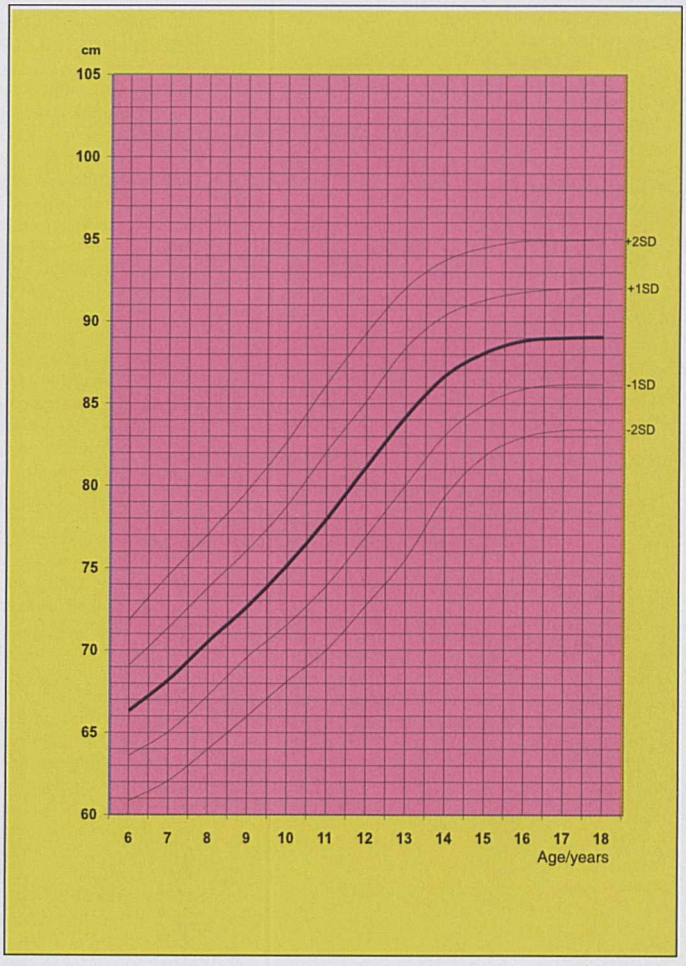


Figure 6. *Icelandic girls 6-18 years of age. Sitting height for age. Mean values ± 1 and 2 standard deviation.*

þroska eftir því sem tímar líða. Þessum aldarbreytum hefur verið lýst í flestum löndum Evrópu, en einna best í Svíþjóð, Hollandi og Bretlandi (18). Ný hollensk rannsókn framkvæmd 1997 sýnir að Hollendingar eru enn að hækka. Þar kemur fram að meðalhæð fullvaxinna karla er 184 cm og kvenna 170,6 cm (21).

Niðurstöður okkar staðfesta að samsvarandi breytingar hafa orðið á hæð Íslendinga á þessari öld. Meðalhæð íslenskra fullvaxinna karla var 173 cm samkvæmt rannsóknum Guðmundar Hannessonar árið 1921 (3), en er samkvæmt okkar rannsókn 180,6 cm. Meðalhæð íslenskra karla hefur því aukist um því sem næst einn sentimetra á áratug síðastliðin 65 ár. Hvort Íslendingar halda áfram að bæta við meðalhæðina verða framtíðarrannsóknir að leiða í ljós, en með vaxandi velmegun og breyttum aðstæðum má ætla að hámarkshæð sé ennþá ekki náð.

Þakkir

Höfundar þakka skólayfirvöldum og fjölmörgum skólahjúkrunarfræðingum á höfuðborgarsvæðinu og víðsvegar um landið fyrir ómetanlega aðstoð og fyrirgreiðslu.

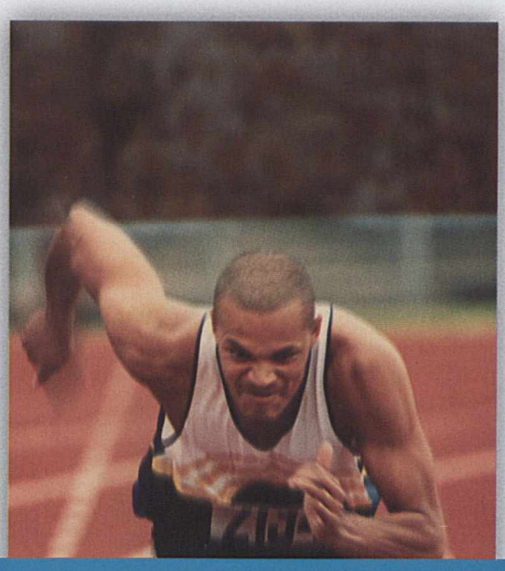
Vísindasjóður Íslands styrkti rannsóknina.

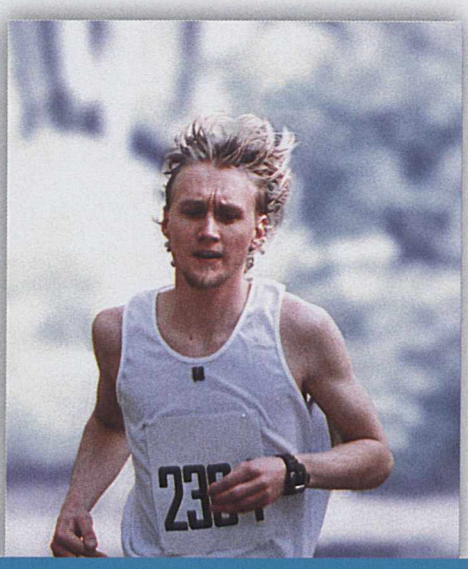
Heimildir

1. Goldstein H, Tanner JM. Ecological considerations in the creation and the use of Child Growth Standards. Lancet 1980; 1: 582-5.
2. Steffensen J. Menning og meinsemdir. Reykjavík: Ísafoldarprentsmiðja h.f.; 1975: 237-57.
3. Hannesson G. Körpermasse und Körperproportionen der Isländer. Reykjavík: Árbók Háskóla Íslands/Supplement; 1925.
4. Tómasson B. Töflur um hæð og þyngd skólabarna í Reykjavík. Heilbrigðisskýrslur. Reykjavík: Landlæknisembættið; 1963.
5. Torfason B, Davíðsson D, Sigfússon N, Björnsson OJ. Líkamshæð, líkamsþyngd og þyngdarstuðull íslenskra karla á aldrinum 34- 61 árs. Hóprannsókn Hjartaverndar 1967-1968. Skýrsla A XV. Reykjavík: Rannsóknarstöð Hjartaverndar; 1978.
6. Torfason B. Holdafar. Manneldismál 3: 1980: 28-31.
7. Pálsson J. Mannfræðistofnun Háskóla Íslands. Árbók Háskóla Íslands 1973-1976. Reykjavík: Háskóli Íslands; 1978: 134-36.
8. Tanner JM, Whitehouse RH, Takishi M. Standards from birth to maturity for height, weight, height velocity and weight velocity; British Children, 1965. Arch Dis Child 1966; 41: 454-71, 613-35.
9. Tanner JM, Whithous RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity and stages of puberty. Arch Dis Child 1976; 51: 170-9.
10. Prader A, Largo RH, Molinari L, Issler C. Physical growth of Swiss children from birth to 20 years of age. Helvetia Pediatrica Acta 1989; Suppl. 52: 1-125.
11. Karlberg P, Taranger J, Engström I, Lichtenstein H, Svennberg-Redgren I. The Somatic Development of Children in a Swedish Urban Community. Acta Paediatr Scand 1976; Suppl. 285: 5-64.
12. Knudtzon J, Waaler PE, Skjærven R, Solberg LK, Steen J. Nye norske percentilkurver for höyde vekt og hodeomkreds for alderen 0-17 år. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2125-30.

13. Roede MJ, van Wieringen JC. Growth diagrams 1980. Netherlands third nation-wide survey. Tijdschrift voor sociale Gezondheidzorg 1985; Suppl. 63: 1-34.
14. Engström I, Karlberg P, Klackenberg G, Klackenberg-Larsson I, Lichtenstein H, Svennberg I, et al. Tillväxtdiagram för längd, vikt och huvudomfång från födelsen till 18 år. Läkartidningen 1973; 70: 2960-6.
15. National Center for Health Statistics: NCHS Growth Charts, 1976. Monthly Vital Statistics Report. Vol. 25, No. 3,(HRA). Rockville, Maryland: Health Resources Administration, 1976: 76-1120.
16. National Center for Health Statistics: NCHS Growth Charts,1976. Monthly Vital Statistics Series 11, No 104, Health. Rockville, Maryland: Resources Administration; 1970.
17. Waaler PE. Anthropometric Studies in Norwegian Children. Acta Paediatr Scand 1983; Suppl. 308: 3-41.
18. Eveleth P, Tanner JM. Worldwide variation in human growth. London: Cambridge University Press; 1976.
19. Cameron N. Assessment of Growth and Maturation During Adolescence. Horm Res 1993; 39/Suppl. 8: 9-17.
20. Tanner JM, Davies PSW. Clinical longitudinal standards for height and weight velocity for North-American children. J Pediatr 1985; 107: 317-29.
21. Fredriks AM, van Buuren S, Burgmeijer RJF, Meulmeester JF, Beuker RJ, Burgman E, et al. Continuing Positive Secular Growth Change in the Netherlands 1955-1997. Pediatr Res 2000; 47: 316-23.

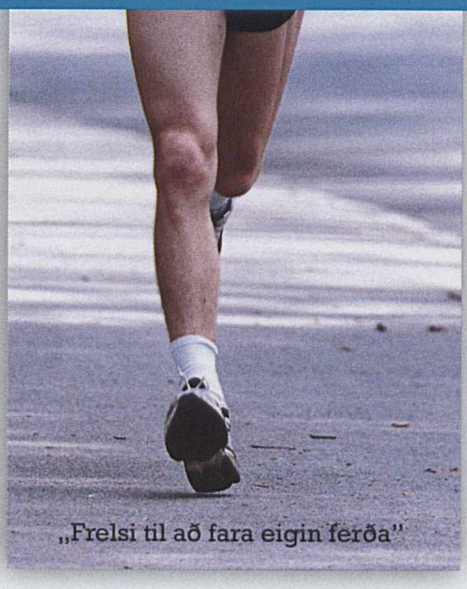
OXIS® TURBUHALER® Draco, (960107)
INNÚÐADUFT; R 03 A C 13
Hver mældur skammtur inniheldur: Formoterolum INN, fúmarat tvíhýdrat 6 míkróg, sem samsvarar 4,5 míkróg/úðaskammt eða 12 míkróg sem samsvarar 9 míkróg/úðaskammt, Lactosum, einhýdrat. **Eiginleikar:** ***Verkunarháttur:*** Formóteról er öflugur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

Kingella kingae beina- og liðasýkingar í börnum

Sex sjúkratilfelli af Barnaspítala Hringsins

Helgi Birgisson[1]

Ólafur Steingrímsson[2]

Þórólfur Guðnason[1]

Ágrip

Bakterían *Kingella kingae (K. kingae)* er gram neikvæður stafur sem getur valdið liða- og beinasýkingum í börnum. Árið 1995 greindist fyrsta sýkingin af völdum *K. kingae* hér á landi og í kjölfarið greindust fimm tilfelli á rúmu einu ári og eitt tilfelli fjórum árum síðar. Öll tilfellin greindust á Barnaspítala Hringsins. Í þessari grein munum við lýsa tilfellunum og gera grein fyrir sýkingavaldinum.

Inngangur

Kingella kingae (K. kingae) er sjaldgæf orsök sýkingar í mönnum en hún veldur einkum liða- og beinasýkingum í börnum og hjartaþelsbólgu í fullorðnum.

Þar til í júlí 1995 hafði *K. kingae* ekki ræktast hér á landi en á 17 mánaða tímabili greindust fimm tilfelli *K. kingae* sýkinga hjá börnum á Barnaspítala Hringsins. Eitt tilfelli greindist fjórum árum síðar.

Þegar heimildir eru skoðaðar má sjá vaxandi fjölda tilfella af *K. kingae* sýkingum í heiminum en aðeins 15 tilfellanna komu frá Norðurlöndunum (2,3). Fimm fyrstu tilfellunum var lýst í norræna smitsjúkdómatímaritinu 1997 (1).

Efniviður og aðferðir

Öll liða- og beinasýni voru ræktuð á hefðbundnum ætum (4). Sýni frá fimm fyrstu tilfellunum voru auk þess ræktuð með Bactec® blóðræktunaraðferðinni (Becton Dickinson Microbiology Systems, Cockeysville, MD, USA) og prófuð á Bactec® 460 en frá síðasta tilfellinu með ESB® blóðræktunaraðferðinni frá DIFCO. Sýkingarvaldurinn var greindur með staðlaðri aðferð (4) API 20E og NHI korti frá Vitek® (bioMérieux, Marcy-l'Étoile/France). Næmispróf voru gerð eftir NCCLS staðli og ß-laktamasa virkni var greind með nitrocefin pappírspunkta prófi (Oxoid, Basingstoke, Hampshire, UK).

Tilfelli

Börnin voru öll 17-24 mánaða gömul, fjórar stúlkur og tveir drengir. Tvö börn voru með liðasýkingu, tvö með beinasýkingu, eitt með liða- og beinasýkingu og eitt með blóðsýkingu. Í einu tilfellanna (tilfelli nr. 5) virtist sýkingin læknast án sýklalyfja og var um blóðsýkingu að ræða.

Öll greindust tilfellin með hjálp blóðræktunarkerfa en frá einungis einu barni (tilfelli nr. 4) ræktaðist bakterían á venjulegu æti. Bakterían óx einungis í loftháðu blóðræktunarglösunum. Í eitt skipti voru blóðræktanir jákvæðar en bakterían sást aldrei við Gramslitun á sýnum. Nánari lýsingu á tilfellunum er að finna í töflu I og næmisþróf eru birt í töflu II.

Það var að frumkvæði viðkomandi bæklunarlækna að sýnin sem tekin voru frá beinum og liðum voru látin í blóðræktunarglös.

Meðhöndlun gekk í öllum tilfellum vel og hlaut ekkert barnanna varanlega skerðingu á líkamlegri getu. Hér á eftir kemur nánari lýsing á hverju tilfelli fyrir sig.

Sjúkratilfelli 1. Tveggja ára stúlka var lögð inn vegna hita og verks í vinstra hné. Við skoðun reyndist hún hafa 38,6°C hita. Hún var heit og rjóð yfir hnénu og hreyfingar mjög sársaukafullar. Röntgenmynd af hnénu var eðlileg en ísótópaskann sýndi aukna upptöku í mjúkvefjum hnésins. Graftrarkenndur vökvi náðist við liðástungu. Gramslitun var neikvæð en á þriðja degi óx *K. kingae* í loftháðu blóðræktunarglösunum (tafla I). Niðurstöður næmisprófa eru sýnd í töflu II.

Stúlkan var meðhöndluð með cefúroxími í æð í tvær vikur og síðan amoxicillíni og klavúlansýru í þrjár vikur. Við eftirlit tveimur mánuðum seinna hafði stúlkan náð sér að fullu.

Sjúkratilfelli 2. Tveggja ára drengur var lagður inn

Grein um sama efni hefur verið birt í Scandinavian Journal of Infectious Diseases 1997 (1). Birting í Læknablaðinu með leyfi ritstjórnar áðurnefnds blaðs.

Frá [1]Barnaspítala Hringsins, [2]sýklafræðideild Landspítalans. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Þórólfur Guðnason, Barnaspítala Hringsins, Landspítala Hringbraut. Netfang: thorgud@rsp.is

Lykilorð: *Kingella kingae, beinasýking, liðasýking.*

ENGLISH SUMMARY

***Kingella kingae* ostemyelitis and septic arthritis in paediatric patients. Six cases from the Department of Pediatrics, National University Hospital of Iceland**

Birgisson H, Steingrímsson Ó, Guðnason Þ

Læknablaðið 2000; 86: 516-9

Kingella kingae (K. kingae) is a gram negative rod most often associated with septic arthritis and osteomyelitis in children. Infections caused by *K. kingae* had not been reported in Iceland when six cases were diagnosed at the Pediatric Department at the National University Hospital of Iceland. In this report we describe those cases and review the literature.

Keywords: ***Kingella kingae****, osteomyelitis, septic arthritis.*

vegna hita og fimm daga sögu um verk í hægri fæti. Hann hafði haft bólgu og roða yfir hægri ökkla í tvo daga. Tveimur vikum áður hafði hann verið með útbrot sem samræmst gátu „hand, foot and mouth disease".

Líkamsskoðun við innlögn leiddi í ljós 37,5°C hita. Ökklinn var bólginn, heitur, rauður og aumur.

Röntgenmynd af ökklanum sýndi bólgu í mjúkvefjum og ísótópaskann sýndi aukna upptöku í sköflungnum aðlægt ökklaliðnum, ásamt mjúkvefjum ökklaliðarins. Gerð var bein- og liðástunga. Gramslitun var neikvæð en á þriðja degi óx *K. kingae* úr liðsýnum þeim sem ræktuð voru í loftháðu blóðræktunarglösunum en enginn vöxtur var úr beinsýninu (tafla I). Niðurstöður næmisprófa eru sýndar í töflu II. Drengurinn var meðhöndlaður með cefúroxími í æð í fimm daga, síðan ampicillíni í æð í sjö daga og að lokum með amoxicillíni um munn í fjórar vikur. Við eftirlit tveimur mánuðum seinna hafði hann náð sér að fullu.

Table I. *The description of the cases diagnosed with* ***K.kingae*** *infection and the main laboratory results on the day of admission.*

Case	Age mo	Sex	Site of culture	Laboratory results wbc x109/l	CRP mg/l	ESR mm/hour	Culture agar asp	BACTEC asp	blood	Antibiotic treatment Type and length in wks i.v.	wks	p.o.	wks
1	24	girl	left knee	13.8	22	10	-	+	-	cxm	2	aug	3
2	24	boy	right tibia	10.5	11	64	-	+	-	amp	1	amx	4
3	18	girl	right elbow	14.0	13	15	-	+	-	cxm	3	aug	2
4	19	girl	left humerus	10.9	37	40	+	+	-	amp	2	amx	2
5	17	boy	blood	14.2	11	15	o	o	+	o		ery	1
6	24	girl	left ankle	12.2	23	35	-	+	-	amp	1	cmx	2

wbc: white blood cell count
CRP: C reactive protein
ESR: erythrocyte sedimentation rate
mo: months
asp: aspirate
i.v.: intra venous
p.o.: per os
wks: weeks
+: positive culture
-: negative culture
o: not done
cxm:cefuroxime
amx: amoxicillin
amp: ampicillin
aug: amoxicillin+clavulanic acid
ery: erythromycin

Table II. *Antibiotic susceptibility of* ***K. kingae.***

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5	Case 6
Penicillin	R	S	R	S	R	S
Ampicillin	R	S	R	S	R	S
Cloxacillin	O	R	O	R	R	R
Cefuroxime	S	S	S	S	S	S
Amoxicillin + Clavulanic acid	S	S	S	S	S	S
Tetracyclin	S	S	S	S	S	S
Erythromycin	S	S	S	S	S	S
Clindamycin	S	I	O	I	R	O
Chloramphenicol	S	S	S	S	S	O
Sulphamethoxazole + Trimethoprim	R	R	R	S	R	S

S: Sensitive; I: Intermediate; R: Resistant; O: Susceptibility results were not available

Sjúkratilfelli 3. Átján mánaða stúlka var lögð inn vegna verkja í vinstri handlegg. Hún hafði undanfarna fimm daga verið með útbrot í munni, á fótum og bleiusvæði. Hún hafði verið meðhöndlun með trímetóprími-súlfametoxazóli í fimm daga.

Við skoðun var stúlkan óróleg, hafði 37,9°C hita og vægt nefrennsli. Hún hélt vinstri handlegg að líkamanum og olnboginn var heitur og rjóður. Röntgenmynd af olnbogunum sýndi engin merki um beineyðingu. Við liðástungu fékkst blóðlitaður liðvökvi. Gramslitun var neikvæð en fimm dögum síðar óx *K. kingae* úr loftháðu blóðræktunarglösunum (tafla I). Niðurstöður næmisprófa eru sýndar í töflu II.

Stúlkan var meðhöndluð með cefúroxími í æð í þrjár vikur og amoxicillíni og klavúlansýru í tvær vikur. Við eftirlit tveimur mánuðum seinna hafði stúlkan náð sér að fullu.

Sjúkratilfelli 4. Nítján mánaða stúlka var lögð inn vegna stöðugra verkja í vinstri olnboga sem varað höfðu í tvær vikur. Skömmu áður hafði hún fengið högg á handlegginn. Við skoðun var stúlkan hitalaus en allar hreyfingar í olnboganum voru sársaukafullar. Á röntgenmynd deginum áður sást beineyðing í fjærenda upphandleggsbeinsins.

Gerð var beinástunga og á þriðja degi óx *K. kingae* á ræktunarskálum og loftháðu blóðræktunarglösunum (tafla I). Niðurstöður næmisprófa eru sýndar í töflu II.

Stúlkan var meðhöndluð með kloxacillíni í æð í fimm daga, ampicillíni í æð í 10 daga og síðan amoxicillíni um munn í tvær vikur. Stúlkan hafði náð sér að fullu við eftirlit einum mánuði seinna.

Sjúkratilfelli 5. Sautján mánaða drengur var lagður inn vegna verkja í hægri fótlegg. Hann hafði auk þess tveggja vikna sögu um efri öndunarvegasýkingu. Við skoðun var hann hitalaus en með roða í hálsi og hor í nös. Hægri ökkli var dálítið bólginn og húð heit en án roða. Hreyfingar í ökkla voru sársaukafullar.

Fylgst var með drengnum án þess að sýklalyfjameðferð væri hafin og daginn eftir var hann einkennalaus. Á öðrum degi óx *K. kingae* úr loftháðum blóðræktunarglösum sem tekin voru við upphafsskoðun (tafla I). Niðurstöður næmisprófa eru sýndar í töflu II.

Drengurinn var kallaður til skoðunar og var áfram einkennalaus. Endurtekin blóðræktun var neikvæð og ísótópaskann var eðlilegt. Sýkingin virtist þannig hafa læknast af sjálfu sér en þrátt fyrir það var hann meðhöndlaður í sjö daga með erýtrómýcíni. Við eftirlit einum mánuði seinna var hann einkennalaus.

Sjúkratilfelli 6. Tveggja ára stúlka var lögð inn vegna helti á vinstra fæti og bólgu um vinstri ökkla. Hún hafði veikst með hita og helti fjórum dögum fyrir innlögn.

Við skoðun var hún með hita, rúmlega 38°C, ásamt roða og bólgu við vinstri ökkla. Hreyfing í ökklalið var

án eymsla. Niðurstöður blóðrannsókna má sjá í töflu I. Ísótópaskann sýndi upptöku á mótum völubeins og bátbeins og röntgenmynd sýndi beineyðingu í vinstra völubeini. Segulómrannsókn sýndi mikla beineyðingu í talarbeini og vökva í ökklalið. Úr sýni frá beineyðingu talarbeins óx *K. kingae* en ræktun var neikvæð frá vinstri ökklalið (tafla I). Niðurstöður næmisprófa eru sýndar í töflu II.

Stúlkan var meðhöndluð með ampicillíni í æð í eina viku og síðan cefúroxími í æð í tvær vikur (tafla I). Engin meðferð var gefin um munn. Hún náði sér fullkomlega.

Umræða

K. kingae var fyrst lýst af Elizabeth O. King árið 1960. Árið 1968 var bakterían flokkuð sem *Moraxella kingii* (5) og endanlega 1976 nefnd *Kingella kingae* af ættkvísl *Kingella* og fjölskyldunni *Neisseriaceae* (6,7).

K. kingae er smár til miðlungsstór stafur með köntuðum endum og finnst oft í pörum eða keðjum. Hún er loftháð, Gram-neikvæð, án hjúps, óhreyfanleg, hemólítísk og sakkarólítísk (5). *K. kingae* er eini katalasa neikvæði meðlimur þessarar ættkvíslar en hinar tvær bakteríurnar eru *K. denitrificans* og *K. indologenes* (6).

Bakterían *K. kingae* er líklegast best þekkt sem meðlimur HACEK hópsins sem getur orsakað hjartaþelsbólgu (9). HACEK hópurinn samanstendur af Heamophilus tegundinni (*H. aphrophilus* og *H. parainfluenzae*), *Actinobacillus actinomycetemcomitans, Cardiobacterium hominis, Eikenella corrodens* og að lokum *Kingella kingae*.

Allt eru þetta hægvaxandi vandfýsnir Gram-neikvæðir stafir sem lifa gistilífi í munni og koki en þar hefur *K. kingae* fundist í um 1% ræktana frá börnum (10,11). Undanfarandi slímhimnusár í efri öndunarvegi finnast í 40-50% tilfella þar sem *K. kingae* veldur sýkingum í börnum (2). Þrjú tilfella okkar höfðu efri öndunarvegasýkingu skömmu fyrir greiningu og hugsanlega dreifði bakterían sér þaðan um líkamann. Sýkingar af völdum *K. kingae* eru mun algengari í börnum en fullorðnum og eru 75% allra tilfella börn undir sex ára aldri og er kynhlutfall 0,9:1,0 stúlkum í vil (12).

Algengustu sýkingarnar af völdum *K. kingae* eru lið- og beinsýkingar (13) og eru þær um 77% allra *K. kingae* sýkinga í börnum (14). Hjartaþelsbólga (15) er algengasta sýkingin í fullorðnum. Einnig hefur *K. kingae* greinst sem orsök hryggliðþófasýkinga (2,16), blóðsýkinga (2), augnsýkinga (17), heilahimnubólgu (18,19), lungnabólgu (20), húðsýkinga (2,21), speldisbólgu (22), ígerðar í höfði og hálsi (23) og ígerðar framan brjóstbeins (24).

Hingað til hefur bakterían verið talin næm fyrir penicillínsamböndum. En ónæmi gegn vankómýcíni, klindamýcíni, erýtrómýcíni, oxacillíni, linkómýcíni, trímetóprími og cíprófloxacíni hefur verið lýst (2,17).

Vegna þess hve bakterían er vandfýsin og hægvaxandi er ekki unnt að gera sermisþynningarpróf.

Þessum tilfellum svipar til áður lýstra tilfella (14) með tillilti til aldurs, staðsetningar sýkingar og góðs bata. Hins vegar er næmismynstur bakteríunnar í þessari rannsókn frábrugðið því sem lýst er í öðrum rannsóknum (2,14,17,21,24,25). Í þessari rannsókn framleiddu þrír af sex stofnum ß-laktamasa og voru ónæmir fyrir penicillíni og ampicillíni en fjórir af sex voru ónæmir fyrir trímetóprími-súlfametoxazóli. Fjórir af sex stofnum voru ónæmir fyrir oxacillíni en hjá tveimur stofnum lá niðurstaða næmisprófs fyrir oxacillín ekki fyrir (tafla II). Slíku ónæmi hefur ekki áður verið lýst og endurspeglar hugsanlega mikla sýklalyfjanotkun hér á landi.

Ónæmi bakteríunnar er mjög mikilvægt þar sem oxacillín hefur verið fyrsta lyf við meðhöndlun liða- og beinasýkinga. Þar sem *K. kingae* í okkar tilfellum var alltaf næm fyrir cefúroxími og amoxicillíni og klavúlansýru en aldrei fyrir oxacillíni má færa rök fyrir því að hefja meðferð í upphafi með þeim lyfjum í stað oxacillíns þar til niðurstaða ræktunar og næmisprófs liggur fyrir.

Til að velja rétta sýklalyfjameðferð og tryggja öruggan bata liða- og beinasýkinga er greining sýkingarvalds mikilvæg. Fram til þessa hefur verið álitið að sýkingarvaldurinn greinist einungis hjá 55-70% tilfella (25,26). Þar sem *K. kingae* vex illa á venjulegu æti er möguleiki að bakterían sé vangreind sem orsök slíkra sýkinga ef sýnin eru ekki sett á blóðræktunarflöskur (27). Þegar grunur leikur á að sjúklingur sé með sýkingu í beini eða lið er því ráðlagt að senda sýni til ræktunar á fljótandi auk hefðbundins ætis

Eins og fram kom hjá tilfelli 6 þá ræktaðist bakterían eftir að ástunga hafði verið gerð á sýkingarstað í beininu sem fundist hafði með segulómun. Þegar sýni eru tekin frá beini til ræktunar liggur sjaldnast fyrir hvar sýkingarstaðinn er nákvæmlega að finna. Hugsanlega má auka líkur á jákvæðum ræktunum með því að staðsetja sýkingarstaðinn betur með segulómun áður en beinaástungan er framkvæmd.

Að lokum getum við dregið þær ályktanir að horfur barna sem greinast með liða- og/eða beinasýkingu af völdum *K. kingae* eru mjög góðar og geta sýkingarnar jafnvel verið sjálflæknandi eins og fram kom hjá einu tilfellanna.

Heimildir

1. Birgisson H, Steingrimsson, Gudnason Th. *Kingella kingae* infections in paediatric patients: 5 cases of septic arthritis, osteomyelitis and bacteraemia. Scand J Infect Dis 1997; 29: 495-8.
2. Claesson B, Falsen E, Kjellman B. *Kingella kingae* infections: a review and a presentation of data from 10 Swedish cases. Scand J Infect Dis 1985; 17: 233-243.
3. Sjöberg L, Törnqvist E, Åhman L. *Kingella kingae* ett „nytt" infektionsagens. Läkartidningen 1985; 82: 858.
4. Murray PA, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Yolken RH. Unusual gram-negative bacteria, including Capnocytophaga, Eikenella, Pasteurella and Streptobacillus. In: Holmes B, Pickett MJ, Hollis DG, eds. Manual of Clinical Microbiology.

Ríson

risperídón

Lyf við geðtruflunum vegna geðklofa

Omega Farma, 980388 TÖFLUR; N 05 AX 08

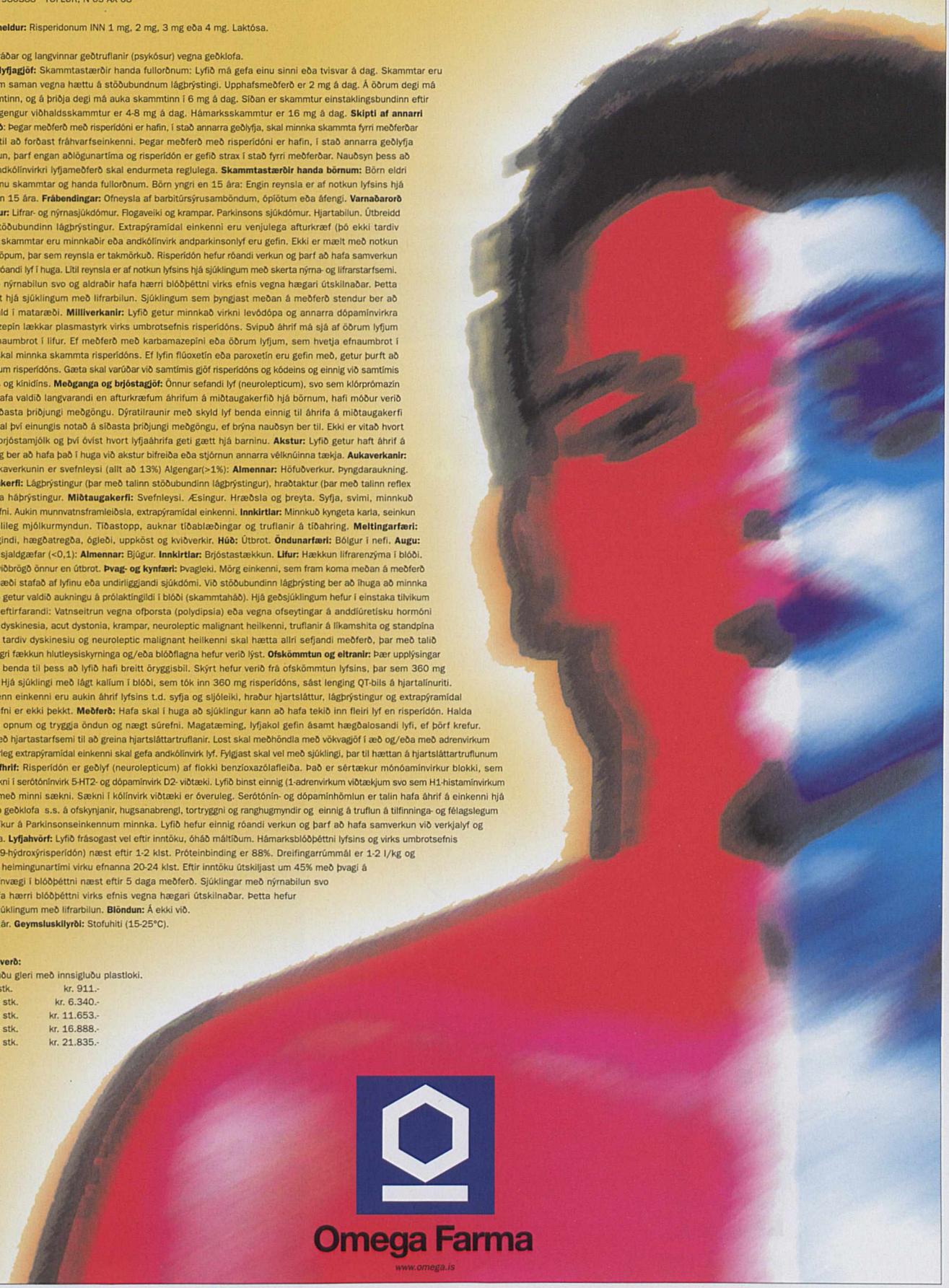
Hver tafla inniheldur: Risperidonum INN 1 mg, 2 mg, 3 mg eða 4 mg. Laktósa.

Ábendingar: Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psýkósur) 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 fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Meðganga og brjóstagjöf. 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 kinidíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Önnur sefandi lyf (neuroleptícum), 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. 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 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 (neuroleptícum) 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



SOVEL

zópíklón

GÓÐUR DAGUR

EFTIR GÓÐA NÓTT

Omega Farma

www.omega.is

GRAFÍSKA SMIÐJAN 2000

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. Eýtrómýsín 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.

6th ed. Washington DC, USA: ASM Press: 499-505.
5. Henriksen SD, Bøvre K. *Moraxella kingii* sp.nov., a haemolytic, saccharolytic species of the genus Moraxella. J Gen Microbiol 1968; 51: 377-85.
6. Bøvre K, Henriksen SD, Jonsson V. Correction of the specific epithet kingii in the combinations *Moraxella kingii* Henriksen and Bøvre 1968 and Pseudomonas kingii Jonsson 1970 to kingae. Int J Systematic Bacteriol 1974; 24: 307.
7. Henriksen SD, Bovre K. Transfer of *Moraxella kingae* (Henriksen and Bøvre) to the genus Kingella gen. nov. in the family Neisseriaceae. Int J Systematic Bacteriol 1976; 86: 447-50.
8. Adachi R, Hammerberg O, Richardson H. Infective endocarditis caused by *Kingella kingae*. Can Med Assoc J 1983; 128: 1087-8.
9. Sanford JP. Guide to antimicrobial therapy 1994. 22 ed. Dallas, Texas: Antimicrobial Therapy, Inc.; 1993: 18.
10. Henriksen SD. Corroding bacteria from the respiratory tract: I. *Moraxella kingii*. Acta Pathol Microbiol Scand 1969; 75: 85-90.
11. Murray PR, Lawrence Drew W, Kobayashi GS, Thompson JH, Swierdosz EM, Thomson RB. Medical microbiology. 1st ed. London: Wolfe International Student Ed.; 1990: 96.
12. Graham DR, Band JD, Thornsberry C, Hollis DG, Weaver RE. Infections caused by *Moraxella, Moraxella urethralis, Moraxella*-like groups M-5 and M-6, and *Kingella kingae* in the United States, 1953-1980. Rev Infect Dis 1990; 12: 423-31.
13. Falsen E, Brorson JE, Enger EA. *Moraxella kingii*. A rare cause of osteomyelitis. Z Kinderchir 1977; 22: 186-9.
14. Yagupsky P, Dagan R, Howard CB, Einhorn M, Kassis I, Simu A. Clinical features and epidemiology of invasive *Kingella kingae* infections in southern Israel. Pediatrics 1993; 92: 800-4.
15. Christensen CE, Emmanouillides GC. Bacterial endocarditis due to „Moraxella New Species I". N Engl J Med 1967; 277: 803-4.
16. Wong AS, Dyke J, Perry D, Anderson DC. Paraspinal mass associeated with intervertebral disk infection secondary to *Moraxella kingii*. J Pediatr 1978; 92: 86-8.
17. Goutzmanis JJ, Gonis G, Gilbert GL. *Kingella kingae* infection in children: ten cases and a review of the literature. Pediatr Infect Dis J 1991; 10: 677-83.
18. Toshniwal R, Draghi TC, Kocka FE, Kallick CA. Manifestations of *Kingella kingae* infections in adults: resemblance to neisserial infections. Diagn Microbiol Infect Dis 1986; 5: 81-5.
19. Waterspiel NJ. *Kingella kingae* meningitis with bilateral infarcts of the basal ganglia. Infection 1983; 11: 307-8.
20. Gremillion DH, Crawford GE. Measles pneumonia in young adults: an analysis of 106 cases. Am J Med 1981; 71: 539-42.
21. Redfield DC, Overturf GD, Ewing N, Powars D. Bacteremia, arthritis and skin lesions due to *Kingella kingae*. Arch Dis Child 1980; 55: 411.
22. Kennedy CA, Rosen H. *Kingella kingae* bacteremia and adult epiglottitis in a granulocytopenic host. Am J Med 1988; 85: 701-2.
23. Ødum L, Fredriksen W. Identification and characterization of *Kingella kingae*. Acta Path Microbiol Scand 1981; 89: 311-5.
24. Raymond J, Bergeret M, Bargy F, Missenard G. Isolation of two strains of *Kingella kingae* associated with septic arthritis. J Clin Microbiol 1986; 24: 1000-1.
25. Faden H, Grossi M. Acute osteomyelitis in children. Reassessment of etiologic agents and their clinical characteristics. Am J Dis Child 1991; 145: 65-9.
26. Dich VQ, Nelson JD, Hjaltalin KC. Osteomyelitis in infants and children. A review of 163 cases. Am J Dis Child 1975; 129: 1273-8.
27. Yagupsky P, Dagan R, Howard CW, Einhorn M, Kassis I, Simu A. High prevalence of *Kingella kingae* in joint fluid from children with septic arthritis revealed by the BACTEC blood culture system. Journal of clinical microbiology 1992; 30: 1278-81.

Landspítali-háskólasjúkrahús



Sigurður Björnsson

Höfundur er sérfræðingur í almennum lyflækningum og lyflækningum krabbameina, yfirlæknir á blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeild Landspítala Fossvogi, formaður Sérfræðingafélags íslenzkra lækna og stjórnarmaður í stjórn Læknafélags Íslands.

Nokkur ár eru síðan ljóst varð að núverandi húsbændur í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu voru staðráðnir í því að sameina sjúkrahúsin tvö, Landspítala og Sjúkrahús Reykjavíkur. Áhugi á slíkri sameiningu var nokkur á fyrrnefnda sjúkrahúsinu en lítill á hinu síðarnefnda. Áhugi á sameiningunni var nokkur í flokki þeim, sem fer með heilbrigðismál í núverandi ríkisstjórn en lítill í samstarfsflokknum. Minna má á að síðasti landsfundur Sjálfstæðisflokksins samþykkti ályktun þess efnis að stóru sjúkrahúsin skyldu ekki sameinuð enda var sú ályktun nokkuð í samræmi við stefnu flokksins, sem sögð er vera að draga úr ríkisrekstri.

Yfirlýstur tilgangur heilbrigðisyfirvalda með sameiningunni var að ná niður kostnaði við rekstur sjúkrahúsanna með „betri nýtingu" á tækjum og mannafla. Minna hefur farið fyrir umræðum um ókosti sameiningar svo sem fákeppni, einokun, kostnað við breytingar, afnám valfrelsis sjúklinga og starfsfólks og kvíða starfsfólks vegna breytinga á högum.

Aðferðir

Til að ná settum markmiðum beitti ráðuneytið ýmsum aðferðum og voru þessar helztar:

1. Allmargir stjórnendur og starfsmenn Landspítala voru ráðnir í vinnu í ráðuneytinu.
2. Ráðgjafafyrirtæki, innlend og erlend voru (án útboðs og á kostnað almennings) fengin til að gera viðamikla úttekt á sjúkrahúsunum á höfuðborgarsvæðinu. Niðurstaða þeirrar skoðunar var sú að ástandið væri harla gott, afköst og nýting á fjármunum væri jafngóð eða betri en á þeim sjúkrahúsum á Norðurlöndum, sem tekin voru til samanburðar. Ekkert það kom fram í skýrslu VSO, sem réttlætti að sameina sjúkrahúsin.
3. Ráðuneytið tók að gæla við hugmynd um háskólasjúkrahús til að gera hugmyndina um sameinað sjúkrahús áhugaverðari. Hver gæti barizt á móti háskólasjúkrahúsi? Þeir sem til þekkja vita að raunveruleg háskólasjúkrahús eru mun dýrari í rekstri en almenn þjónustusjúkrahús. Þá má benda á það að fram til þessa hafa sjúkrahúsin í Reykjavík annazt kennslu og uppeldi fyrir læknanema, unglækna, hjúkrunarnema og aðrar heilbrigðisstéttir og staðið sig með prýði, þótt ekkert þeirra hafi getað státað af nafninu háskólasjúkrahús.
4. Áfram var haldið á þeirri braut að veita minni fjármunum til rekstrar sjúkrahúsa en rekstur þeirra kostaði, einkum bar minna sjúkrahúsið skarðan hlut frá borði. Fyrirmenn í þjóðfélaginu létu hafa eftir sér að engu væri líkara en að verið væri að svelta þann spítala til uppgjafar.
5. Ráðinn var sameiginlegur forstjóri fyrir sjúkrahúsin og hefur ráðherrann lýst því yfir að reynslan af því væri góð, án þess að útlista það nánar.
6. Ráðherrann tók að ræða um nýbyggingu yfir sameinað sjúkrahús, sem Læknafélag Íslands og Læknafélag Reykjavíkur segja í yfirlýsingu sinni frá 8. febrúar síðastliðnum að sé forsenda þess að markmið sameiningar náist.

Ný stjórn

Um síðustu áramót tók til starfa ný stjórn yfir báðum sjúkrahúsunum. Í þá stjórn voru skipaðir einstaklingar með mjög takmarkaða reynslu í stjórnun heilbrigðisstofnana eða menntun í heilbrigðisgreinum. Ekki er ljóst, hverjar hæfniskröfur ráðamenn gera til einstaklinga, sem eiga að vera æðstu stjórnendur ríkisfyrirtækis með 5000 manns í vinnu þar sem fram fer sérhæfð, nútíma læknisfræði og hjúkrun og vísindastarfsemi. Að mínu mati á hollusta við ákveðna stjórnmálaflokka ekki að vega þungt við val á fólki í slíkar stjórnunarstöður jafnvel þótt á vegum ríkisins sé.

Þrátt fyrir reynsluleysi það sem hér hefur verið rakið tók það hina nýju stjórn ríkisspítalanna einungis fáeina daga að kynna sér uppbyggingu, innviði, starfsemi, afköst, kosti og galla spítalanna tveggja að því marki að stjórnin gat ákveðið að leggja Landspítalann og Sjúkrahús Reykjavíkur niður og búa til einn spítala á grunni hinna tveggja. Engar áætlanir voru lagðar fram um það, hvernig vinna skyldi að málinu, hvaða breytingar þyrfti að gera á húsnæði, hvaða starfsemi ætti að vera á hverjum stað, hvar ætti að taka fjármuni til að standa undir hinum mjög svo aukna kostnaði, sem fyrirsjáanlegur er. Hvar voru samningarnir við Háskóla Íslands, sem réttlættu nafnið háskólasjúkrahús, hvar voru fjármunir til að kosta uppbyggingu slíkrar stofnunar? Hvað var orðið um ádráttinn um nýbyggingu, sem ráðherrann hafði tæpt á?

Sviðaskipting

Undanfarið hafa stjórnendur hins nýja spítala unnið að skiptingu starfseminnar inn á ákveðin svið. Á sviðum eiga samleið þær greinar læknisfræðinnar, sem beita svipaðri nálgun við greiningu og meðferð sjúkdóma. Nokkrar tillögur hafa verði til umræðu í vor og hefur starfsmönnum sjúkrahússins gefizt kostur á að kynna sér þær og koma sjónarmiðum sínum á

framfæri við stjórnendur. Nýlega var lögð fyrir stjórnarfund mjög umdeild tillaga, sem var að breytast fram á síðustu stundu, þar sem tvær sérgreinar innan lyflækninga, blóðsjúkdómalækningar og lyflækningar krabbameina voru færðar frá öðrum greinum lyflækninga. Það er læknum mikið áhyggjuefni að þessi ráðstöfun var gerð í andstöðu við sviðsstjóra lyflækningasviða bæði við Hringbraut og í Fossvogi, blóðfræðideildina við Hringbraut og blóðsjúkdóma- og krabbameinslækningadeildina í Fossvogi. Auk þess lýstu allir lyflæknar beggja lyflækningadeildanna, sem til náðist, skriflega andstöðu sinni við þessa aðför. Þá höfðu læknaráðin við Hringbraut og í Fossvogi á fyrri stigum fjallað um tillögur um að kljúfa lyflækningarnar upp með þessum hætti og lýst vilja sínum til þess að það yrði ekki gert, einkum kvað læknaráðið í Fossvogi fast að orði í því efni.

Ekki fer sögum af því hvernig umræða þróaðist á stjórnarfundunum en það vafðist lítið fyrir hinum glöggu stjórnarmönnum að átta sig á málinu og tillagan var samþykkt þótt fundarmenn hafi vart verið búnir að sjá hana í endanlegu formi fyrr en á fundinum. Þó má ráða af frásögn í Morgunblaðinu 23. júní síðastliðinn að einhver umræða hafi verið um málið þar sem segir að sérstök bókun hafi verið samþykkt: *„Að tveimur árum liðnum verði sviðaskipanin endurskoðuð og sérstaklega lagt mat á kosti og galla skiptingar lyflækningasviðs, staðsetningu barnaskurðlækninga og samstjórn skurðstofa.“*

Þótt yfirstjórn heilbrigðismála, með dyggum stuðningi löggjafans, hafi smám saman á síðustu árum og áratugum verið markvisst að minnka áhrif og ítök lækna í málefnum sjúkrahúsa, þá stendur enn í lögum að læknaráð skuli vera stjórnendum til ráðgjafar um fagleg málefni. Læknaráð Landspítala-háskólasjúkrahúss fékk ekki framangreinda tillögu um sviðaskiptingu til umsagnar.

Dæmin tvö, sem tekin hafa verið til marks um starfsaðferðir stjórnar Landspítala-háskólasjúkrahúss vekja alvarlegar spurningar.

1. Lítur stjórnin á sig sem stimplara fyrir ákvarðanir, sem teknar eru annars staðar?
2. Getur verið að stjórnina skorti þekkingu og reynslu til að geta stjórnað Landspítala-háskólasjúkrahúsi? Ummæli stjórnarformannsins í Morgunblaðinu 21. júní síðastliðinn bera ekki vott um djúpa þekkingu á starfsemi sjúkrahúsa en þar segir: *„Í framtíðinni má vonandi búast við að engin starfsemi verði á tveimur stöðum; starfsemin verði annað hvort í Fossvoginum eða á gamla Landspítalanum.“*
3. Er hugsanlegt að stjórnin sé hér að boða nýja stefnu, sem felst í því að sýna læknastéttinni, hvar Davíð keypti ölið?

Að lokum

Á undanförnum árum hafa orðið miklar breytingar í íslenzku þjóðlífi. Losað hefur verið um höft og miðstýringu á flestum sviðum. Velmegun hefur aukizt og heilsufar þjóðarinnar batnað. Flestir landsmenn eru sammála um að standa vörð um almannatryggingakerfið, sem veitir öllum landsmönnum aðgang að hágæða heilsugæzlu og læknisþjónustu án tillits til efnahags. Allir eru sammála um að nýta fjármuni almannatrygginganna á hagkvæman og réttlátan hátt. Hins vegar er skoðanamunur um rekstrarform, margir eru þeirrar skoðunar að ríkisrekstur sé ekki endilega alltaf bezta leiðin.

Hugmyndafræði eins stjórnmálaflokks virðist hafa ráðið þróun sjúkrahúsanna í Reykjavík síðustu fimm árin. Ofuráherzla er á miðstýringu og ríkisrekstur. Starfsemi sjálfstætt starfandi heimilislækna er að deyja út.

Nauðsynlegt er að allir sem láta sig þróun sjúkrahúsanna og heilbrigðiskerfisins alls einhverju skipta íhugi, hvort við séum á réttri leið og að átök eins og þau, sem hér er lýst séu réttlætanleg. Læknar verða að halda vöku sinni og vera virkir í umræðu og stefnumótun, þrátt fyrir að stjórnvöld reyni að takmarka áhrif okkar.

Viðræður Læknafélags Íslands og Íslenskrar erfðagreiningar

Meðfylgjandi bréf sendi formaður Læknafélags Íslands öllum félögum í LÍ

Til félaga í Læknafélagi Íslands

Kópavogi 20. júní 2000
Góðu collegar

Eins og ykkur öllum er kunnugt ályktaði aðalfundur LÍ á liðnu ári, að lögum um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði (MGH) væri áfátt, þar sem þau gerðu ekki ráð fyrir upplýstu samþykki sjúklings fyrir flutningi heilsufarsupplýsinga í MGH og notkun þeirra þar. Fulltrúar stjórnar LÍ ítrekuðu þessa afstöðu á fundi með heilbrigðisráðherra og starfsmönnum hennar í Heilbrigðisráðuneytinu í nóvember s.l. Lýsti ég því yfir, að ræða mætti samþykki af öðrum toga og án lagabreytinga, en félagið áskildi sér þá allan rétt til að hafa áfram uppi gagnrýni á gagnagrunnslögin og krefjast nauðsynlegra endurbóta á þeim. Ráðherra gaf síðan út starfsleyfi í janúar til Íslenskrar erfðagreiningar án þess að í nokkru væri tekið tillit til þessara ábendinga LÍ. Í kjölfar þess var afstaða LÍ enn á ný ítrekuð á opinberum vettvangi.

Í byrjun febrúar hafði Kristján Erlendsson, læknir, f.h. Íslenskrar erfðagreiningar (ÍE) samband við mig og kannaði möguleikana á viðræðum um, hvort LÍ og ÍE gætu fundið sameiginlega lausn á því, hvernig virða mætti sjálfsákvörðunarrétt sjúklinga að því skilyrði uppfylltu, að lausnin yrði ekki sértæk fyrir MGH, heldur altæk fyrir sambærilega grunna hér á landi. Var fallist á viðræður á stjórnarfundi LÍ 8. febrúar og formlegar viðræður teknar upp skömmu seinna.

Í lok mars var fleirum en undirrituðum orðið ljóst, að lítið hafði miðað og langt í land að sameiginleg sýn fyndist, hvað varðaði ýmis kjarnaatriði. Við Kári Stefánsson, forstjóri ÍE, áttum fund í byrjun apríl, þar sem við urðum ásáttir um að reyna til þrautar að finna leið úr þessum vanda og fá til liðs við okkur Sigurð Guðmundsson, landlækni og Vilhjálm Árnason, prófessor í heimspeki og formann stjórnar Siðfræðistofnunar Háskóla Íslands. Viðræður þessa hóps voru af heilindum, opinskáar og frjóar og grundvölluðust á plaggi, sem Sigurður og Vilhjálmur lögðu fram til lausnar málinu.

Þann 25. f.m. lagði ég fram tillögur að lausn, sem kynntar voru í stjórn LÍ 30. maí. Fékk ég síðan heimild stjórnarinnar að halda viðræðunum áfram á þeim grundvelli. Í framhaldi þess átti ég fund með Kára Stefánssyni 2. júní, þar sem hann fékk tillögurnar formlega í hendur. Í fáum dráttum byggðust þær á:

- að leitað yrði eftir skriflegri upplýstri heimild einstaklinga til að nota heilsufarsupplýsingar úr sjúkraskrám til rannsókna
- að eyða mætti öllum upplýsingum um einstaklinga í MGH skv. þeirra ósk
- að opinberar skrár yrðu undanþegnar þessu og um þær yrðu sett sérstök lög
- að sérleyfishafinn fengi umþóttunartíma til vinnslu gagna skv. lögum um MGH, en að engin vinnsla/flutningur færi fram eftir tiltekinn „D-dag" og gögnum um þá, sem ekki hefðu gefið hina skriflegu heimild, yrði þá eytt.

Svar við þessum tillögum var boðað innan fárra daga en hefur ekki borist enn.

Kæru félagar. Ég hef haft það að leiðarljósi að finna lausn, sem þið gætuð við unað m.t.t. trúnaðarskyldna og með vísan til framtíðar. Ég geri mér grein fyrir, að ekki er hægt að ganga til viðræðna af þessu tagi setjandi öll sjónarmið fram sem úrslitakosti. Stjórn LÍ hefur staðið vel saman um skrefin í þessu ferli. Þó skal það viðurkennt, að ég hef orðið fyrir gagnrýni að því leyti, að of langt hafi verið seilst til samkomulags. Engar raddir eru um það í forystusveit LÍ, að of skammt hafi verið gengið.

Mörg ykkar hafa beðið lengi eftir að niðurstaða fengist í þessum viðræðum. Ánægjulegt hefði verið, að bréf þetta hefði borið þá frétt. Því miður er því ekki þannig farið og ekki ljóst, hvort niðurstaða fæst. Ég taldi þó rétt á þessu stigi að þið fengjuð vitneskju um stöðu málsins. Í raun erum við stödd á sama stað og í byrjun febrúar. Ekkert er handfast.

Því verður hver læknir að eiga það við samvisku sína, hvernig hann bregst við því, sem að höndum ber í gagnagrunnsmálinu á næstu vikum. Frekari leiðsagnar af hendi stjórnar er tæplega að vænta á næstunni nema nýr flötur á málinu komi upp.

Með félagskveðju,

Sigurbjörn Sveinsson
formaður LÍ

Aðalfundur Læknafélags Íslands

25. til 26. ágúst 2000

Fundarstaður: Ísafjörður

Dagskrá

Föstudagur 25. ágúst 2000
Fundarstjóri: *Þorsteinn Jóhannesson*, formaður Læknafélags Vestfjarða

kl. 11::00 Setning
Ávarp ráðherra
Skýrsla stjórnar og umræður
kl. 12:30 Hádegisverður
kl. 13:45 Ársreikningar lagðir fram og fjárhagsáætlun kynnt
Kynning á stöðu:
- Lífeyrissjóðs lækna
- Læknablaðsins
- Orlofsheimilasjóðs lækna
- Fræðslustofnunar lækna

kl. 15:30 Kaffihlé
kl. 16:00 1. Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja
2. Skipulag læknasamtakanna. Skýrsla nefndar um þátttöku sérgreinafélaganna í starfsemi LÍ og kjaramálum
3. Símenntun lækna
4. Greinargerð stjórnar Læknafélags Íslands um viðræður við Íslenska erfðagreiningu ehf.
5. Kynntar lagabreytingar og lagðar fram tillögur til ályktana
Skipað í starfshópa
Starfshópar starfa

Kvölddagskrá

Laugardagur 26. ágúst 2000
Fundarstjóri: *Ólafur Þór Ævarsson*, formaður Læknafélags Reykjavíkur

kl. 09:00 **Málþing**
Læknar á „frjálsum markaði". Framtíð í ljósi útboða og samkeppnisreglna
Frummælendur:
kl. 09:00-09:20 Atli Árnason
kl. 09:00-09:40 Þorkell Bjarnason
kl. 09:40-10:00 Stefán E. Matthíasson
kl. 10:00-11:00 Almennar umræður um ofangreint efni

kl. 11:00 Afgreiðsla lagabreytinga og ályktana
(Matarhlé kl. 12:30-13:45)
kl. 16:00 Kaffihlé
kl. 16:30 Kosningar:
a Stjórn LÍ
b Endurskoðandi og varaendurskoðandi
c Gerðardómsmaður og varamaður hans
d Siðanefndarmaður og varamaður hans
e Ákvörðun árgjalds árið 2001
f Ákveðinn næsti fundarstaður
g Önnur mál
kl. 18:00 Áætluð fundarlok

kl. 19:30 **Sameiginlegt borðhald fundarmanna og gesta**

Það er leitt...



Högni Óskarsson

Höfundur er sérfræðingur í geðlækningum.

Það er leitt að Árni Björnsson skuli hafa flúið frá staðreyndum yfir í útúrsnúninga þegar ritstjóri Læknablaðsins gaf honum tækifæri til að hnýta athugasemd aftan við grein mína í Læknablaðinu, 6/2000. Í þeirri grein hafði ég leyft mér að svara dylgjum Árna um að ég og tveir aðrir geðlæknar stunduðum ómerkileg vísindi. Svarið byggði á efnislegum rökum. Eina tilraun Árna til efnislegrar umfjöllunar var tilvitnum í óbirta grein eftir Annas GJ í New England Journal of Medicine (vissi ekki að Árni væri ritrýnir hjá NEJM, aðrir fá yfirleitt ekki að lesa greinar fyrir birtingu), þar sem Árni segir þá Annas sammála um „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".

Ég taldi mig einmitt í grein minni benda á, að kvíði væri vel skilgreindur og mælanlegur sjúkdómur, klínískt alvarlegur, og mikið rannsakaður. Að sjálfsögðu hirti Árni ekki um faglegar röksemdir, en það sem verra er, hann kaus líka að afbaka skrif Annas, eins og þau birtust í nýlegu hefti NEJM. Þar segir Annas orðrétt: „With periodic updates on research projects and a simple method to withdraw from further research, consent to broad categories of research should be permissible. For example, consent to something like „any and all research projects designed to locate genes implicated in cancers of any kind" seems acceptable, whereas consent to „any and all kinds of behavioral genetic research" does not. The former is straightforward and understandable. The latter, however, is vague and could apply to potential research projects (such as a search for a gene determining alcoholism or violence) in which many, if not most, people would not want to be involved, because of the dubious scientific merit of such projects and their potential to stigmatize the entire population." (1).

Maður getur verið sammála Annas eða ekki, en eitt er ljóst, að í seinna dæminu á hann ekki við rannsóknir á kvíðasjúkdómum (kannske er Árni að vitna í einhverja aðra „óbirta grein" eftir Annas!). Þann lærdóm einn má draga af þessu, að umgengi Árna við staðreyndir og hið skrifaða orð er þess eðlis, að ekki tekur því að eyða púðri í rökræður við hann. Mun ég hér með hætta því.

Eins er það leitt hversu ritstjóri mismunar höfundum greina í Læknablaðinu. Þegar ég leitaði upplýsinga um hvers vegna Árni Björnsson hefði fengið tækifæri til að hnýta glósum sínum aftan í grein mína þá var svarið það, að þetta væri ritstjórnarstefna þegar um ritdeilur væri að ræða. Í fyrsta lagi hlýtur það að teljast sjálfsögð kurteisi að láta höfunda greina vita að slíkt standi til. Geta þeir þá vegið og metið hvort þeir kæri sig um að birta skrif sín á slíkri forsendu. Í öðru lagi hlýtur það að vera sanngirniskrafa að allir sitji við sama borð. Árni Björnsson skrifaði til dæmis mjög persónulega og illskeytta grein í desemberhefti Læknablaðsins 1998 um ákveðin skrif undirritaðs án þess að ég nyti sama „velvilja" ritstjóra og Árni. Eflaust mun ritstjóri hnýta einhverri skýringu hér aftan við, en hentistefna sem þessi er ekki drengileg og getur orðið blaðinu hættuleg.

Heimildir

1. Annas GJ. Rules on Research on Human Genetic Variation – Lessons from Iceland. The New England Journal of Medicine, June 15, 2000, Vol. 342, No. 24.

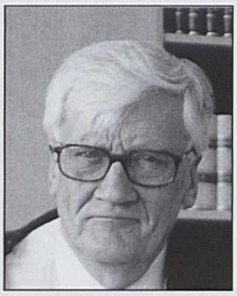
Frá Svæfinga- og gjörgæslulæknafélagi Íslands

Á aðalfundi Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands (SGLÍ) sem haldinn var 7. apríl síðastliðinn voru þeir Þorsteinn Svörfuður Stefánsson og Jón Sigurðsson gerðir að heiðursfélögum. Báðir hafa þeir látið mikið að sér kveða fyrir félagið í áranna rás. Þeir hafa einnig staðið fyrir kynningu félagsins erlendis með virkri þátttöku í Norræna svæfingalæknafélaginu (Nordisk Anaesthesiologisk Förening, NAF sem nú heitir The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, SSAI).

Þorsteinn var í stjórn Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands 1978-1984, formaður 1980-

Eineygðir Samverjar ...

En læknar eru umboðsmenn sjúklinga og ber að standa á rétti þeirra



Ólafur Ólafsson

Höfundur er fyrrverandi landlæknir. Formaður Félags eldri borgara.

Fyrir rúmum 20 árum skrifaði ég greinarkorn í Læknablaðið um þögn lækna á þingum. Hvatti ég lækna til þess að loka sig ekki inni á stofnun en taka virkan þátt í þjóðmálaumræðunni. Margar ákvarðanir er hafa veigamikil áhrif á heilsufarið eru teknar utan heilbrigðisgeirans. Má vera að læknar hafi á stundum komið með tillögur en síðan vart söguna meir. Enginn læknir situr við pólitíska borðið þar sem ákvarðanir eru teknar og afgreiddar. Í samræmi við lagabreytingar „bandormsins" fyrir þremur árum hafa læknar lækkað í sessi í stjórnarstiga sjúkrastofnana. Enda grasserar nú tilskipunarstjórnunarstíllinn. Læknar sem sýna frumkvæði eru taldir „óþægir" og því gjarnan sniðgengnir í stjórnarstöður.

Fjármögnun og framtíðaráætlanir um skipulag heilbrigðisþjónustunnar dregur dám af þessu áhrifaleysi lækna. Þetta einskorðast ekki við Ísland samanber tilvitnanir í formann norsku læknasamtakanna á bls. 457 í Læknablaðinu 6/2000. Hann telur, að í Noregi „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".

Læknar verða vissulega að fylgja reglum lýðræðisins en mega ekki gleyma því, að samkvæmt landslögum (læknalögum og lögum um heilbrigðisþjónustu) er þeim skylt að veita þá bestu læknisfræðilega þjónustu sem völ er á hverju sinni. Forgangsröðun á að vera að mestu á höndum lækna. Að mínu mati bregðumst við sjúklingum ef við framfylgjum ekki framangreindum lögum. Að vísu tekur fyrrnefndur formaður undir þá skoðun.

Menn virðast hafa gleymt því að læknar eru í raun umboðsmenn sjúklingsins. Ekki væri úr vegi að talsmenn Læknablaðsins hefðu þær skyldur lækna í huga. Ég hefi í endurminningum mínum og víðar minnst á að nýlega gengu tvö mál á Norðurlöndum sem lýsa réttum viðbrögðum heilbrigðisstarfsfólks ef fjárveitingavaldið þrengir um of að heilbrigðisþjónustunni.

Foldamálið í Noregi: Heilbrigðisstarfsfólk sætti sig ekki við niðurskurð varðandi umönnun sjúkra, aldraða í Folda.

Biðlistamálið í Danmörku: Yfirlæknir taldi niðurskurð í fjármálum skaða sjúklinga og mótmælti og fór fram úr fjárveitingu. Sjúkrahúsforstjórinn taldi að yfirlæknir yrði að víkja.

Í báðum þessum málum fóru heilbrigðisstarfsmenn með deilurnar fyrir dómstóla og þeir úrskurðuðu málshefjendum í vil. Þannig ber umboðsmönnum að haga sér ef gengið er á rétt sjúklinga að þeirra mati. Lýðræðisleg leið er fundin til þess að standa vörð um hag sjúklinga.

Ég fagna því að stjórnendur Elliheimilisins Grundar og DAS hafa uppi mótaðgerðir í svipuðum málum.

En læknar verða að ná aftur sætum við borð stjórnmálamanna ef ekki á illa að fara.

Aðalspurningin er: Eiga læknar að þjóna peninga- og markaðsvaldinu betur en sjúklingum? Mér er kunnugt um marga sjúklinga sem beðið hafa tjón á heilsu vegna seinkunar á aðgerð í skjóli manneklu og aðstöðuleysis (fjárskorts).

Að lokum: Ekki fannst mér nægilega vel gengið úr skugga um vilja frú Svendsen fyrir aðgerð, sjá bls. 456 í Læknablaðinu 6/2000.



Þorsteinn Svörfuður Stefánsson



Jón Sigurðsson

1984. Hann var fulltrúi Íslands í stjórn NAF 1979-1985, varaforseti þess 1991-1993, forseti þess 1993-1995 og hefur verið aðalritari þess frá 1997. Þá var Þorsteinn í ritstjórn Acta Anaesthesiologica Scandinavica frá 1987 til 1999.

Jón var í stjórn Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands frá 1981 til 1990. Hann var í stjórn NAF 1985-1997 og í undirbúningsnefnd fyrir ráðstefnur NAF í Reykjavík 1985 og 1995.

Þorsteinn er í dag yfirlæknir gjörgæsludeildar Landspítala við Hringbraut og dósent við læknadeild Háskóla Íslands og Jón starfar hjá Tryggingastofnun ríkisins eftir alvarlegt umferðaslys sem hann varð fyrir í desember 1998.

Sveinn Geir Einarsson
formaður Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

Læknablaðið 2000/86 525

Það verður aldrei hægt að aðgreina kennslu og klíník að fullu

Viðtal við **Gísla Einarsson** framkvæmdastjóra kennslu og fræða á Landspítala um framtíðarsýn háskólasjúkrahússins



Gamla Templarahöllin við Eiríksgötu hefur heldur betur tekið stakkaskiptum og heitir nú Eiríksstaðir. Þar eru skrifstofur forstjóra og framkvæmdastjóra á efstu hæð.

Landspítalinn og Sjúkrahús Reykjavíkur hafa verið sameinuð eins og allir vita undir heitinu *Landspítali háskólasjúkrahús*. Síðari hluti þessa nafns hefur vakið talsverðar umræður og svo virðist sem ekki sé öllum ljóst hvað hugtakið háskólasjúkrahús felur í sér. Er það sjúkrahús sem starfrækt er á vegum háskóla eða sjúkrahús sem hefur innlimað hluta af háskóla? Eða er það einfaldlega sjúkrahús þar sem einhver kennsla háskólastúdenta fer fram? Eru þá Sjúkrahús Suðurlands á Selfossi og Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri líka háskólasjúkrahús?

Fyrir nokkru var lokið við að skipa í fimm stöður framkvæmdastjóra við nýja sameinaða sjúkrahúsið. Sá sem gegnir nú stöðu framkvæmdastjóra kennslu og fræða er **Gísli Einarsson** fyrrverandi yfirlæknir endurhæfingadeildar Landspítalans. Læknablaðið bað hann að greina frá þeim hugmyndum sem menn gera sér um samstarf sjúkrahússins og læknadeildar Háskóla Íslands í framtíðinni og um skipulag kennslu og rannsókna á sjúkrahúsinu. Hann tók því vel en tók fram í upphafi að vitaskuld væri margt ómótað og umræðan á byrjunarstigi um annað, en fyrsta spurningin var að sjálfsögðu: Hvað felst í hugtakinu háskólasjúkrahús og hvenær verður sjúkrahús háskólasjúkrahús?

Orð eru til alls fyrst

„Landspítalinn hefur verið háskólasjúkrahús og raunar Sjúkrahús Reykjavíkur einnig þótt ekki vildu allir fallast á það. Báðir spítalar settu orðið háskólasjúkrahús á bréfsefni sitt. Nú er búið að sameina þau svo sá ágreiningur ætti að vera úr sögunni. En það eina handfasta í þessu efni er viljayfirlýsing forstjóra Landspítalans og háskólarektors undirrituð 15. febrúar síðastliðinn. Þar segir: „Vegna nýrra laga um Háskóla Íslands og stjórnskipulagsbreytingar sjúkrahúsanna í Reykjavík hafa forstöðumenn þessara stofnana ákveðið að gera formlegt samkomulag er lýsi samstarfi stofnananna um kennslu og rannsóknir.“ Viðræður um þetta eru rétt að fara í gang.

Það er því ekki um það að ræða á þessu stigi málsins að verið sé að sameina tvö fyrirtæki. Í Árósum í Danmörku stóðu menn frammi fyrir svipuðu verkefni. Þar voru tvö sjúkrahús sameinuð, háskólahlutverk þeirra endurskilgreint og sett yfir það níu manna stjórn þar sem fjórir fulltrúanna komu úr háskólanum. Þar gengu menn sem sagt í eina sæng. Það hefur ekki verið gert hér þótt svo kunni að verða raunin í framtíðinni. Þá horfa menn til þess að koma á náinni samvinnu milli sjúkrahússins og þess sem nefna mætti heilbrigðisvísindahluta háskólans. Undir

það myndi ekki aðeins heyra læknadeild Háskóla Íslands heldur einnig námsbrautir í hjúkrun (sem varð sjálfstæð deild 1. júlí síðastliðinn) og sjúkraþjálfun. Auk þess yrði væntanlega skipulegt samstarf við heilbrigðisvísindadeild Háskólans á Akureyri þar sem kennd er hjúkrun og iðjuþjálfun og við Tækniskóla Íslands þar sem kennsla meinatækna og röntgentækna fer fram.

Grundvöllur alls þessa starfs er viðhengi við lög um Háskóla Íslands sem sett voru í fyrra. Þar segir meðal annars: „Innan tveggja ára frá gildistöku laga þessara skulu menntamálaráðherra og heilbrigðisráðherra hafa komið sér saman um reglur um starfstengsl prófessora læknadeildar við heilbrigðisstofnanir. Þar til slíkt samkomulag hefur náðst skulu gilda um það efni ákvæði 38. gr. laga um Háskóla Íslands, nr. 131/1990." Þessi endurskoðun hefur verið í gangi og er á forræði stjórnvalda. Eins og ég sé þetta mun þessi endurskoðun hafa mikil áhrif á allt ferlið.

Þetta er formlega hliðin og orð eru til alls fyrst. Það er búið að lýsa yfir vilja til að stofna háskólasjúkrahús og að það nafn hafi eitthvert innihald. Síðan geta menn velt því fyrir sér hvaða kröfur á að gera til slíks sjúkrahúss. Þótt ekki sé neins staðar að finna formlega yfirlýsingu um að sett skuli á fót heilbrigðisvísindadeild háskóla þá held ég að mér sé óhætt að segja að sú hugmynd eigi sér víðtækan stuðning. Sumir vilja gera þetta hratt, jafnvel á einu ári, þótt ég efist nú um að það sé raunhæft. Hins vegar sé ég fyrir mér að þegar fram líða stundir muni það verða slík deild sem taki upp samstarf við sjúkrahúsið og að við það verði til háskólasjúkrahús."

Vantar rannsóknarstefnu

– Þarf ekki að skilgreina mörkin milli klíníkur, kennslu og rannsókna upp á nýtt í þessari nýju stofnun? Verður það ekki að vera á hreinu hvenær menn eru að gera hvað?

„Jú, vandinn er sá að rannsóknarstefna spítalans hefur í rauninni aldrei verið skilgreind. Rannsóknir hafa byggst á áhugasömu fólki sem vill rannsaka þetta eða hitt. Það er í sjálfu sér ágætt en það hefur skort upp á samræmi milli rannsókna og fjármagnsflæðis. Styrkveitingar frá Rannís og fleiri sjóðum hafa runnið í verulegum mæli til starfsfólks á spítalanum án þess að um það hafi gilt nein heildstæð stefna. Við þetta bætist að læknadeildin hefur verið efnalega vanbúin.

Það sem gera þarf er að reyna að finna út hversu mikill hluti af rekstrarfé spítalans fer í rannsóknir og hvað fer í klíníska starfsemi. Þetta hefur víða verið gert erlendis og við gætum eflaust fundið einhver líkön til að nota hér. Þar er mikill munur á milli spítala og ég hef séð tölur sem sýna að hlutur rannsókna sé á bilinu 3-25%. Á þessu getur verið mikill munur og það er mikilvægt að vita hver hlutföllin eru hjá okkur.

En til þess að sýna hver hlutföllin eru hér á landi



Gísli Einarsson framkvæmdastjóri kennslu og fræða á Landspítala háskólasjúkrahúsi.

þá er áætlað að rekstrarkostnaður spítalans sé tæplega 20 milljarðar króna en rekstrarfé læknadeildar er um 230 milljónir króna á ári. Klínísk kennsla læknanema hefst á þriðja ári og stendur yfir í fjögur ár og það er ljóst að stærstur hluti kostnaðarins við hana fellur á spítalann, þótt læknadeild greiði laun prófessora og annarra fastráðinna kennara. Þetta hefur hins vegar aldrei verið reiknað út og ég veit ekki hvort það er hægt með fullri nákvæmni. En við þurfum að reyna að nálgast það hvernig kostnaðurinn skiptist þó ekki væri til annars en að vita hvar hver stendur."

Grá svæði

– Kallar þetta ekki á það að vinnutími lækna sé betur skilgreindur? Nú starfa margir læknar á mörgum vígstöðum í senn: sem sjúkrahúslæknar, kennarar og jafnvel í rannsóknum í samstarfi við einkafyrirtæki eða rannsóknarsjóði úti í bæ.

„Jú, það þarf að skilgreina rannsóknirnar betur og draga skarpari skil á milli grunnrannsókna, klínískra rannsókna og annarra rannsókna sem geta verið þar mitt á milli. Meginreglan ætti að vera sú að kostnaður sem er umfram venjulegan klínískan kostnað spítalans falli á styrktaraðila rannsóknarinnar. Sums staðar erlendis er haldið mjög fast utan um þetta. Ef læknar taka sýni sem eru umfram það sem réttlætist af sjúkrahúsdvölinni þá verða þeir að greiða kostnað við þau af rannsóknarfé. En svo eru til klínískar rannsóknir sem hafa það markmið að rannsaka aðferðir sem spítalinn beitir í klínísku starfi sínu. Þær rannsóknir er eðlilegt að greiða af klínísku rekstrarfé sjúkrahússins."

– En það vilja alltaf verða til grá svæði þegar verið

er að skilgreina svona starfsemi. Tökum sem dæmi sjúkrahúslækni sem er lausráðinn í kennslu læknanema og stundar einhverjar rannsóknir sem kalla mætti akademískar. Hver á að greiða kostnað við þær og hver á að útvega honum starfsaðstöðu?

„Við getum aldrei aðgreint klíníska og akademíska hluta starfseminnar fullkomlega. Það þyrfti að koma hlutunum þannig fyrir að klínískir kennarar fái stöðu kennara. Það er hins vegar mjög erfitt að segja til með fullkominni nákvæmni að milli klukkan þetta og þetta sé viðkomandi sérfræðingur kennari en á öðrum tímum starfi hann á sinni deild.

Ég hef talað fyrir því að gert sé svipað og tíðkast víða erlendis að ákveðnir starfsmenn spítalans noti tiltekinn hluta af tíma sínum í rannsóknir. Ég hef sjálfur reynt þetta og það kom sér mjög vel í minni doktorsvinnu. Ég bjó við það heilan vetur að geta farið tvo eftirmiðdaga í viku inn á rannsóknarstofu og verið þar við rannsóknir fram á kvöld ef ég þurfti.

Varðandi starfsaðstöðuna þá verður það að vera samkomulagsatriði hvernig mál stundakennara eru leyst. Ef við lítum á stöðuna eins og hún er núna þá held ég að það halli mjög á spítalann í þessum efnum, að hann standi undir stærstum hluta kostnaðarins við starfsaðstöðu stundakennara. Það held ég að muni ekki breytast í einu vetfangi og það er ekki rétt að stilla málinu þannig upp. Það kallar bara á einhver óþörf átök. Þetta er eitt af því sem þarf að leysa í því ferli sem framundan er. En það þarf að taka á þessu því um þetta gildar engar reglur heldur leysir hver maður sín mál á sinn hátt."

Þekkingin nái til allra

– En hvað um aðgang lausráðinna og stundakennara að vísindasjóðum Háskólans? Nú eru þeir eingöngu opnir fastráðnum kennurum.

„Já, þetta er hluti af þeirri baráttu læknadeildar fyrir því að sérfræðingar á spítalanum fái sömu stöðu og kennarar hvað þetta varðar. Það mál þarf að leiða til lykta á þann hátt að sérfræðingar sem hafa kennsluskyldu fái stöðu kennara og þar með aðgang að sjóðunum. Það verður að gilda um einstaklinginn, óháð stöðuhlutfallinu."

Gísli sagði blaðamanni í lokin að honum litist vel á starfið á hinu sameinaða sjúkrahúsi, þar væri af nógu að taka. Auk ýmissa verkefna sem tilgreind eru í erindisbréfi og þeirra sem verða til í sameiningarferlinu hefur Gísli áhuga á því að sinna sérstaklega uppbyggingu þekkingarstjórnunarkerfis til að efla framhalds- og endurmenntun starfsfólks.

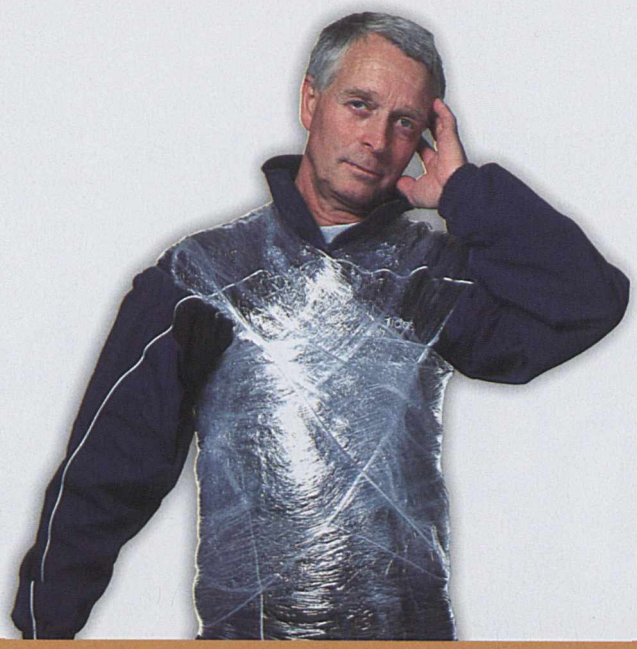
„Það er nauðsynlegt að efla þekkingarstjórnunina verulega þannig að sú þekking sem til er nýtist öllum. Ég tel að það sé ein af grundvallarforsendum þess að sameiningin gangi að engum finnist þeir vera skildir eftir í breytingaferlinu og að þekkingin nái til allra starfsstétta," segir Gísli Einarsson.

–ÞH

Atacand

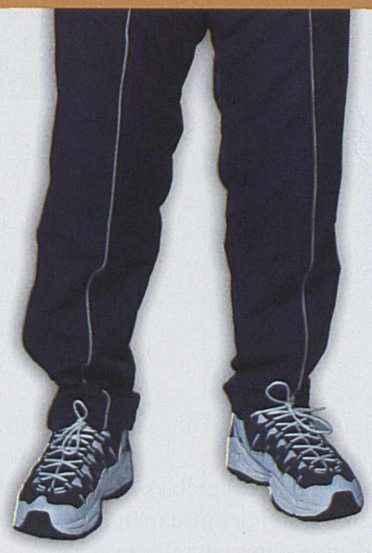
Hässle, 970003
Töflur, C 09 C A 06 RB
Hver tafla inniheldur Candesartanum INN, cílexetíl 4 mg, 8 mg eða 16 mg. **Ábendingar:** Hár blóðþrýstingur. Skammtar og lyfjagjöf: **Skömmtun:** Venjulegur viðhaldsskammtur Atacand er 8 mg eða 16 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka með eða án matar og án tillits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

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



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

„Þrengir að í kyrrþey"

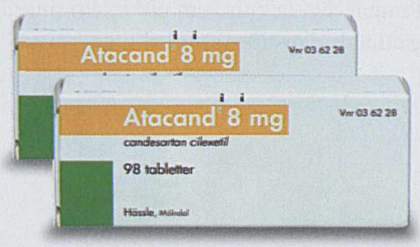


EFLIR / HNOTSKÓGUR

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

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

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)





AstraZeneca

annt um líf og líðan

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

Móttaka nýkandídata



Nýútskrifaðir kandídatar í móttöku hjá Læknafélagi Íslands.

Heitorð lækna

Ég sem rita nafn mitt hér undir, lofa því og legg við drengskap minn

- að beita kunnáttu minni með fullri alúð og samvizkusemi,
- að láta mér ávallt annt um sjúklinga mína án manngreinarálits,
- að gera mér far um að auka kunnáttu mína í læknafræðum,
- að kynna mér og halda vandlega öll lög og fyrirmæli er lúta að störfum lækna.

Hér að neðan undirritar Kristín Pálsdóttir Heitorð lækna.



LAUGARDAGINN 24. JÚNÍ ÚTSKRIFAÐIST 31 KANDÍDAT úr læknadeild Háskóla Íslands. Daginn áður, föstudaginn 23. júní, bauð stjórn Læknafélags Íslands kandídötum og mökum þeirra til móttöku í húsnæði félagsins að Hlíðasmára 8. Til móttökunnar var einnig boðið stjórn Læknafélags Reykjavíkur, fulltrúum læknadeildar, Hollvinasamtaka Háskóla Íslands, landlæknisembættisins og heilbrigðisráðuneytisins.

Sú hefð hefur skapast að í þessari árlegu móttöku stjórnar LÍ undirriti kandídatar *Heitorð lækna* og var svo einnig nú.

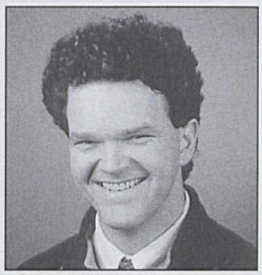
Jón Snædal varaformaður Læknafélags Íslands bauð gesti velkomna. Jón lýsti í örstuttu máli uppbyggingu læknasamtakanna sem væntanlega verða félagslegur vettvangur allflestra nýkandídata. Hann lagði sérstaka áherslu á að Læknafélag Íslands ætti að vera hvort tveggja í senn, fagleg og félagsleg eining allra lækna á Íslandi.

Jóhann Ágúst Sgurðsson forseti læknadeildar ávarpaði því næst kandídata. Hann kynnti þeim Heitorð lækna sem allir læknar útskrifaðir úr læknadeild HÍ hafa ritað undir frá árinu 1932, en útskrifarhópurinn nú er sá síðasti sem ber titilinn cand. med. et chir. Jóhann fjallaði um hverfulleika þekkingarinnar og nauðsyn þess að leita sífellt nýrrar og aukinnar þekkingar. Sem veganesti til framtíðar lagði forseti læknadeildar áherslu á læknar hefðu stöðugt að leiðarljósi virðingu fyrir sjúklingum sínum.

Hollvinafélag læknadeildar er eitt aðildarfélaga Hollvinasamtaka Háskóla Íslands. Hollvinafélagið hefur nokkur undanfarin ár veitt viðurkenningu þeim kandídat sem bestum árangri hefur náð á lokaprófi í læknadeild. Örn Bjarnason formaður Hollvinafélagsins afhenti Hilmu Hólm vegalega bókargjöf fyrir frábæran árangur. Í orðum sínum hvatti Örn nýkandídata til þess að velja sér sérgrein og starfsvettvang fyrst og fremst eftir eigin löngun, því læknir sem ekki væri ánægður í starfi gæti aldrei orðið góður læknir.

-bþ-

Frá tá og upp að eyrum



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.

Saursýni

Akútvaktin er á „Bogganum" og annríki mikið eins og venjulega. Ungur aðstoðarlæknir á lyfjadeildinni tekur á móti miðaldra karlmanni með nokkurra daga sögu um niðurgang. Maðurinn er nýkominn til landsins eftir ferðalag um nokkur hitabeltislönd og orðinn slappur. Læknirinn ungi velkist ekki í neinum vafa um hvernig staðið skuli að málum. Hann tekur nákvæma sögu, framkvæmir ítarlega skoðun og biður loks um saurprufu, sem lætur ekki á sér standa. Þegar að er gáð sést greinilega ormlaga fyrirferð í skálinni, sem unglæknirinn veiðir upp sigri hrósandi en aðframkominn af óþef og setur í krukku. Það sem í krukkunni er reynist óvenjulegt. Farið er með krukkuna á kaffistofuna til að sýna starfsfólkinu, en stofan tæmist á augabragði. Pantaður er leigubíll til að fara með sýnið beint að Keldum í rannsókn. Nokkru síðar er læknirinn ungi kallaður í símann. „Góðan daginn, þetta er kollegi þinn á Keldum. Ég var að skoða sýnið, sem þú sendir áðan með leigubílnum. Það reyndist vera baunaspíra."

Hernia linea albae

Prófessor Guðmundur Thoroddsen var ágætur sögumaður. Hann kryddaði kennsluna sögum, sem vörpuðu skýrara ljósi á efnið og voru þær ekki sjaldan á kostnað hans sjálfs.

Eitt sinn var hann að uppfræða læknanema um herniur, meðal annars hernia linea albae. Sagan var af bónda, sem kom til Guðmundar og bar sig illa vegna mikilla óþæginda í ofanverðri miðlínu á kvið. Guðmundur skoðaði manninn og fann smágat í linea alba, sem hann skar í og fann netju í gatinu.

Ári síðar eða svo hitti hann bóndann og spurði um líðan hans. Bóndinn lét mjög vel af sér og Guðmundur fór fram á að sjá árangurinn af handverki sínu. „Og þegar hann fletti upp skyrtunni blasti við mér hnefastór miðlínuhernia."

Næturbrölt

Gamla konan á spítalanum var sæmilega áttuð að deginum. Á nóttunni sló út í fyrir henni og hún gerðist það óróleg, að hún hélt vöku fyrir stofufélögum sínum. Það var því nauðsynlegt að flytja hana á aðra stofu, en sjúklingarnir þar kvörtuðu einnig. Þegar upp var staðið hafði reynst nauðsynlegt að flytja gömlu konuna fjórum sinnum á milli stofa á spítalanum á einni viku – frá norðurálmunni í austur, suður og loks vesturálmuna.

Þegar yfirlæknirinn, sem sú gamla þekkti vel, kom á stofugang sat hún við gluggann og horfði hugsi út. „Veistu læknir, þessi spítali er engum líkur. Á hverri viku snýst hann um heilar 360 gráður."

Óbærilegur verkur

Sjúklingurinn var mjög illa haldinn af verk í öðrum ganglimnum öllum. Til þess að leggja áherslu á orð sín sagði hann: „Ég er með óbærilegan verk frá tá og upp að eyrum."

Úr sjúkraskýrslum

Sjúkrasaga: B. er lagður inn til endurhæfingar eftir aortalokuaðgerð á Landspítala…

…Það var sett í hann biologísk ósæðarloka en ekki venugraftar.

Skoðun við komu: Furðu brattur að sjá…

Göngudeild 03.2000: Blóðþrýstingur í dag er 138/80. Hann glopraði út úr sér að hann hefði í lengri tíma haft þurran ertingshósta.

Nóg að drekka

Æskuvinirnir Nonni og Nanni hittust á förnum vegi. Nonni horfði á vin sinn drykklanga stund áður en hann sagði: „Nanni minn, þú lítur alveg hræðilega illa út. Hvað er eiginlega að?"

„Ég er búinn að vera veikur nokkuð lengi," sagði Nanni. „Ég fór svo til læknisins um daginn og hann sagði mér að drekka gulrótarsafa eftir heitt bað."

„Ég býst ekki við að það hafi nú gert mikið gagn, eða hvað?"

„Ég verð bara að viðurkenna að ég veit það ekki" sagði Nanni. „Ég gat aldrei klárað baðvatnið."

Of feitur, eða hvað ?

Heimilislæknirinn fékk of þungan sjúkling til sín á stofuna, sem vildi fá hjálp vegna offitunnar. Læknirinn lagði mataræðis- og líkamsræktarprógramm fyrir sjúklinginn og sendi hann svo heim með hæðar- og þyngdarlínurit, þannig að hann gæti betur fylgst með því hvernig hann léttist.

Mánuði seinna kom sjúklingurinn aftur á stofuna. Læknirinn lét hann stíga á vigtina og komst þá að því, að sjúklingurinn hafði þyngst. „Líttu hérna á línuritið og líttu svo á vogina," sagði læknirinn. „Þú ert enn allt of þungur."

„Hvaða vitleysa," sagði maðurinn. „Ég er aðeins 15 sentimetrum of stuttur."

Lesendur góðir !

Sendið gjarnan í Broshornið gamansögur úr klínikinni, sögur af gömlu lærimeisturunum, bundið mál eða hvað eina, sem létt gæti lund.



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

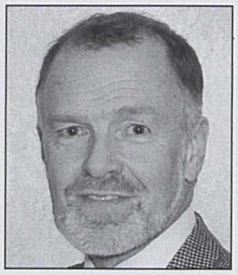
Með Netgírói er hægt að fá upplýsingar af gíró- og greiðsluseðlum beint í Heimilisbankann – og greiða þá á einfaldan og öruggan hátt.

REYKJAVÍK
Búnaðarbankinn er banki menningarborgarinnar árið 2000

HEIMILISLÍNAN

BÚNAÐARBANKINN
Traustur banki
www.bi.is

Meta-analysis



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang: johannhj@rsp.is

MIKLAR KRÖFUR ERU GERÐAR TIL FRÆÐILEGRA STAÐreynda á sviði læknisfræðinnar, meðal annars þær að hvert þekkingaratriði sé þrautkannað og margstaðfest áður en það fær vist í hinum „viðurkennda" þekkingarforða. Fjöldi kannana og rannsókna liggur því á bak við flestar læknisfræðilegar staðreyndir, en slíkar athuganir eru þó ekki endilega þannig gerðar að auðvelt sé að ná fram sameiginlegri niðurstöðu. Þeirri aðferð er þá oft beitt að nota sérstakar tölfræðilegar aðferðir til að gera samantekt á niðurstöðunum. Slík greining er nefnd **meta-analysis**. Upplýsingar um þetta fyrirbæri er ekki að finna í Íðorðasafni lækna, en læknisfræðiorðabók Stedmans lýsir svo: *Sá ferill að nota tölfræðilegar aðferðir til að sameina niðurstöður úr mismunandi athugunum; markvisst, skipulegt og formgert mat á viðfangsefni, framkvæmt með því að nota upplýsingar úr mörgum mismunandi könnunum á viðfangsefninu.*

Gerð var leit í greinasafni Medline og fannst fljótt fjöldi greina (sjá kassa) sem tengdust fyrirbærinu meta-analysis (metaanalysis). Skilgreining leitarorðsins er þessi: *„Magnbundin aðferð til að sameina niðurstöður óháðra kannana (sem oft eru fundnar í útgefnu greinasafni) og byggja upp samantektir og niðurstöður sem nota má til að meta virkni meðferðar, skipuleggja nýjar kannanir ...".* Augljóst er að gerðar eru miklar kröfur til þeirra aðferða sem beita þarf til að gefa megi fræðilegri samantekt þetta virðulega heiti, **meta-analysis**. Haldnir hafa verið markvissir vinnufundir og settir saman starfshópar sérfræðinga til að lýsa aðferðafræðinni og útlista skilmerki hennar. Tölfræðin er í lykilhlutverki og nálgunin á að vera skipuleg og gagnrýnin, en fyrirfram hlutlaus og strangvísindaleg.

Greining

Heitið **meta-analysis** er komið úr grísku. Fyrsti orðliðurinn **meta-** er útskýrður þannig í Íðorðasafni lækna: *Merkir: a) aftan við, handan við, fjarlægur, b) á milli, á meðal, c) breyting, ummyndun, d) eftir, eftir á, e) síðari þáttur í þróun.* Annar orðliðurinn er **ana-** sem merkir: *upp, sundur* eða *í áttina að*, en þriðji orðliðurinn **lysis** táknar *niðurbrot, sundrun, rof* eða *upplausn*. Um **analysis** var fjallað í 59. pistli (Lbl 1994; 80: 488) og tilgreint að orðið táknar *greining, sundurliðun, efnagreining, sálgreining*. Bent var á að analysis væri notað í mörgum mismunandi samsetningum, en að notkuninni væri þannig háttað að sérstök áhersla væri lögð á sundurgreiningu þess sem rannsakað er í hverju tilviki. Tilefni umfjöllunarinnar í 59. pistli voru heitin **quantitative analysis**, sem undirritaður lagði til að yrði nefnd **magngreining** á íslensku, og **qualitative analysis**, sem á sama hátt yrði nefnd **eðlisgreining**.

Safngreining

Undirritaður leitaði ráða hjá nokkrum starfsbræðrum, en enginn þeirra hafði fundið lausn sem hann var ánægður með. Vilhjálmur Rafnsson, prófessor, sagðist stundum nota íslenska orðið **stórrannsókn**, en sagðist þó ekki sjá að það heiti lýsti nægilega vel því sem um er að ræða. Í samtali okkar Vilhjálms kom upp sú hugmynd að **safngreining** gæti verið boðlegt íslenskt heiti á þessu fyrirbæri. Orðskýringin er þannig að **meta-analysis** sé tölfræðileg greining á safni margra rannsókna á sama fyrirbæri. Þetta er hér með lagt fram sem tillaga til gagnrýni og umræðu.

Geðklofalyf

Ólafur Árni Sveinsson, læknanemi, sendi fyrirspurn í tölvupósti og sagðist vera að fást við verkefni á sviði geðlækninga. Í umræðunni þarf hann að aðgreina tvær tegundir eða tvo hópa geðklofalyfja, annars vegar **conventional** og hins vegar **atypical**. Undirritaður fékk að vísu ekki aðrar upplýsingar, en taldi sig þó geta leyst málið á einfaldan hátt, önnur tegundin yrði **hefðbundin** en hin **óhefðbundin**. Þann fyrirvara má einnig gera að samhengið gæti verið þannig, að réttara væri að tala um **venjuleg** og **óvenjuleg** geðklofalyf. Hér gæti verið um blæbrigðamun að ræða sem máli skiptir.

Rétt er að geta þess að þessi aðgreining geðklofalyfjanna á ekki samsvörun í hinni þekktu líffæra-, meðferðar- og efnafræðiflokkun lyfja (ATC-flokkuninni). Íðorðasafn lækna tilgreinir lýsingarorðið **atypical** og gefur þýðingarnar *afbrigðilegur, frábrigðilegur*, en hvorug sýnist eiga við hér. Þó að nánari upplýsingar um þau lyf sem um ræðir liggi ekki fyrir, má velta upp þeirri spurningu hvort ofangreind aðgreining sé ekki tímabundið fyrirbæri. Þau lyf, sem nú eru hefðbundin eða venjuleg, gætu orðið úrelt og önnur óhefðbundin eða óvenjuleg tekið þeirra sæti.

Afsökunarbeiðni

Í síðasta pistli var leiðinleg villa. Rætt var um íslensku heitin **fylgitími** og **eftirfylgnitími**, sem stungið var upp á til að þýða ensku samsetninguna **follow-up time**. Beiðni um umfjöllun var sögð hafa komið frá Laufeyju Steingrímsdóttur, næringarfræðingi, en þar var rangt með farið því að beiðnin kom frá Laufeyju Tryggvadóttur, faraldsfræðingi hjá Krabbameinsfélagi Íslands. Þær eru báðar beðnar afsökunar á mistökunum.

Í umræddum pistli var óskað eftir viðbrögðum lesenda við tillögum undirritaðs: **fylgiumönnun** (follow-up care), **fylgisamband** (follow-up contact), **fylgiskoðun** (follow-up examination), **fylgirannsókn** (follow-up study) **fylgiráðstöfun** (follow-up measure) og **fylgimeðferð** (follow-up treatment). Enn er beðið eftir viðbrögðum.

Ítarefni:

Buyse M o.fl. Meta-analysis: methods, strengths, and weaknesses. Oncology 2000; 14: 437-43.
Koch A o.fl. Meta-analysis as a tool for evaluation of evidence. Medizinische Klinik 2000; 95: 109-16.
Shekelle PG o.fl. Principles of metaanalysis. J Rheumatol 2000; 27: 251-2.
Stroup DF o.fl. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. JAMA 2000; 283: 2008-12.

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, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir, höfuðverkur, kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur, hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur, eyrnasuð, þyngdaraukning, sinadráttur, svefnleysi, svefnhöfgi, svimi, geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa, andþyngsli, útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna. Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb. **Pakkningar, verð (febrúar, 2000):** Töflur 12,5 mg:14 stk 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. Töflur 25 mg: 14 stk. 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** E **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Nýtt frá MSD:

VIOXX® (RÓFEKOXÍB, MSD)

– fyrsta "KOXÍB" á Íslandi

Gigtarlyf sem opnar nýjan heim

Til meðferðar við einkennum af völdum slitgigtar

MERCK SHARP & DOHME

NÝTT **EIN Á DAG** VIOXX®

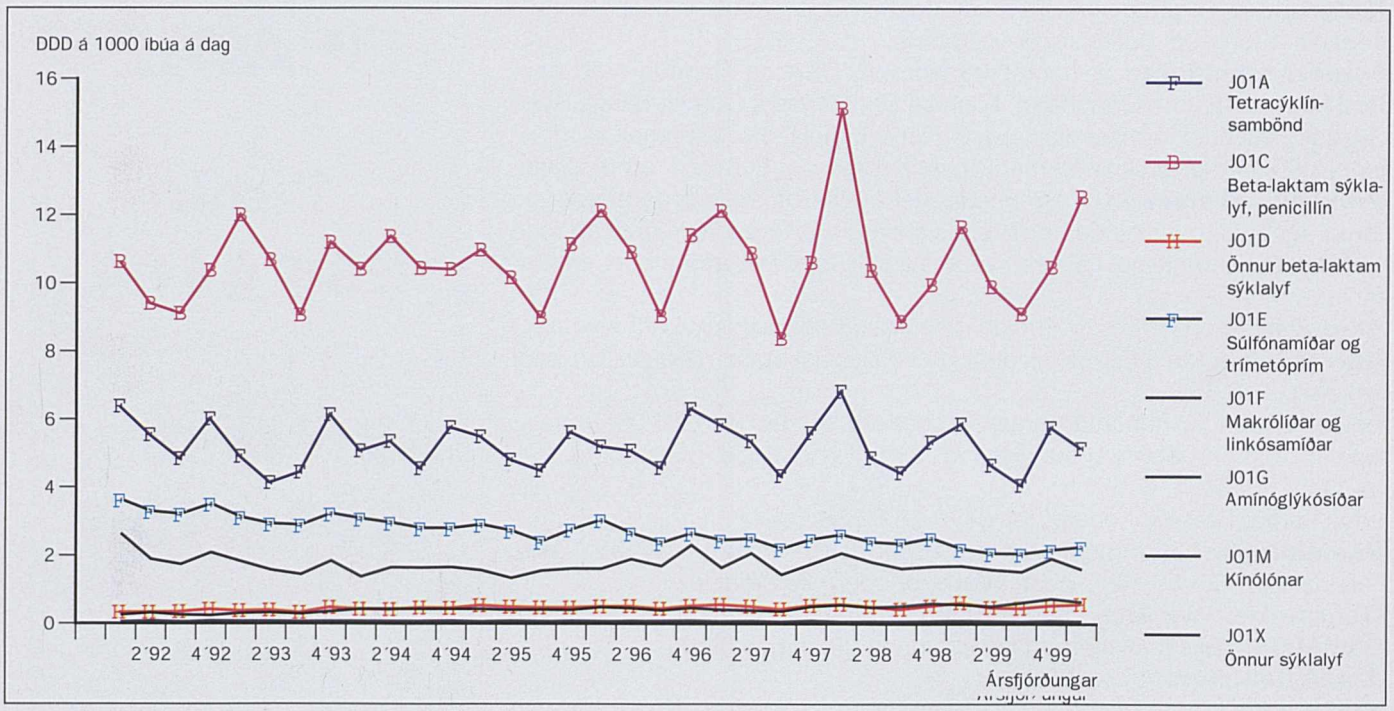
(rófekoxíb, MSD)

FARMASÍA ehf.

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Lyfjamál 87

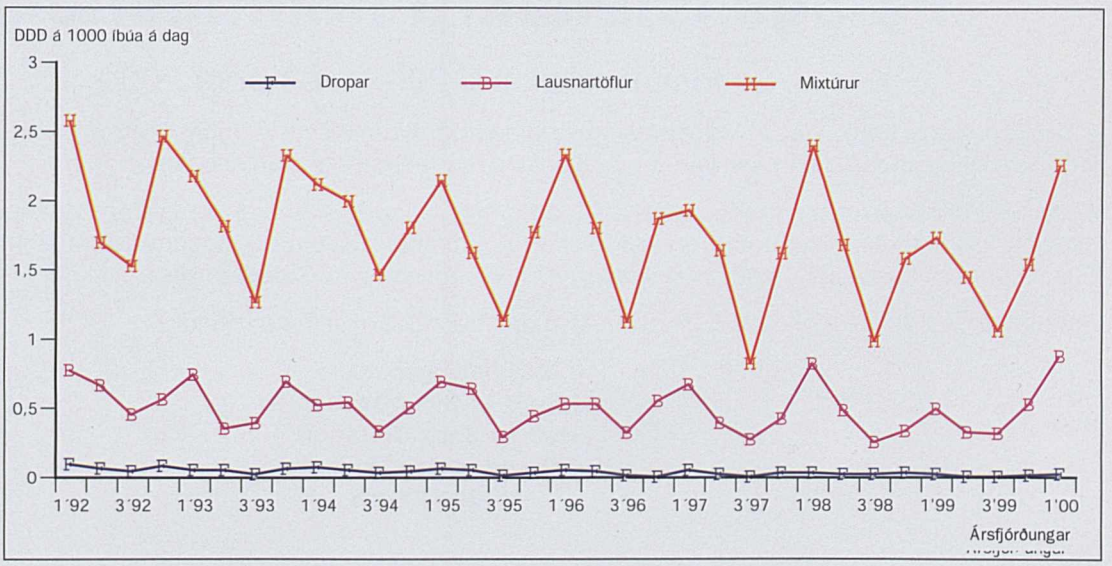
Notkun sýklalyfja (J01) minnkaði á árunum 1992-2000



Mynd 1. *Notkun sýklalyfja (J01) í skilgreindum dagskömmtum; ársfjórðungstölur 1992-2000.*

SÝKLALYF ERU EINN AF FÁUM LYFJAFLOKKUM ÞAR sem notkun hefur ekki farið vaxandi á tímabilinu. Árið 1992 var notkunin 22,6 DDD/1000 íbúa/dag, en 1999 var talan 20,7. Þetta er þó enn talsvert hærra en hjá nágrönnum okkar á Norðurlöndum. Athyglisvert er að skoða ársfjórðungstölur, en þar sést greinileg árstíðasveifla.

Verulegur árangur hefur náðst í því að minnka notkun hjá börnum eins og sést á línuritinu hér að neðan.



Mynd 2. *Notkun sýklalyfja (J01) í lyfjaformum fyrir börn. Ársfjórðungstölur.*

Andre nordiske kongress i medisinsk humor

Tema *Humor och glädje i vården*

5.-6. oktober 2000
Arrangeres av Nordisk selskap for medisinsk humor i samarbeid med Kommunförbundet Kronoberg og Kunskapsutveckling Syd, Landstinget Kronoberg.
Målgruppe: Leger og medisinerstudenter. Også annet helsepersonell, administratorer og politikere er velkomne.
Foredragsholderne er hentet fra Norden, USA og Canada med bl.a. Rod Martin, Annette Goodheart, Michael Christensen, Gunvor Lantz, Sven Svebak, Michael Christensen og P Nalle Lanela. Programmet vil gi et innblikk i humorforskning, medisinsk humor og humor i arbeidslivet.
Praktiske øvelser vil bli en naturlig del av det offisielle programmet da foredragsholderne skal demonstrere sin evne til å formidle kunnskap med en humoristisk vinkling. Latteren ventes å sitte løst. Programmet er smittefarlig!
Sted: Växjö Konserthus, V Esplanaden, Växjö Aukrustsenteret i Alvdal.
Kursledelse: Mats Falk, President i Nordisk selskap for medisinsk humor tel: 0470-916 35.
Roland Eiman, Kommunförbundet Kronoberg, tel: 0470-77 85 09.
Kerstin Björck, Kunskapsutveckling Syd, Landstinget Kronoberg, tel: 0470-58 66 92.
Lena Lernå, FoU-Kronoberg, tel: 0470-58 63 88.
Påmelding via Kommunförbundet Kronoberg, Vidéum, 351 96 Växjö. Telefax: 0470 77 89 40. E-post: *info@kronoberg.komforb.se*
Hjemmeside: *www. kronoberg.komforb.se/humor.htm*
Påmeldingsfrist: snarest og senest innen 28. august 2000
Antall deltakere: Max 400
Kursavgift: 1 800 SEK ved påmelding før 1. juli 2000 og 1 950 SEK ved påmelding senere. Siste frist for påmelding er 28 august 2000. Avgiften inkluderar kaffe, lunch och middag på torsdagskvelden. Logi inngår ikke. Moms tillkommer for deltagere med faktureringsadresse i Sverige.

LÆKNA-
BLAÐIÐ

Sími:
564 4104

Bréfsími:
564 4106

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

Call for Applications for the

Scandinavian Training Program in Intensive Care Medicine

The Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (SSAI) co-ordinates an advanced Inter-Nordic training program in Intensive Care Medicine. The training program is limited to 25 trainees. The training period is two years, starting January 2001. During the training period the SSAI organizes six courses. These courses will circulate in all the Nordic countries and the common language will be English. The training period includes an exchange program with a clinic in another country.
During the two-year period the trainee will be appointed a host clinic. The host clinic will employ the trainee in an appropriate position during the training program. A minimum of one year of clinical training should be done in a university clinic.
The trainee is expected to attend the examination for the European Diploma in Intensive Care Medicine and acquire the European Diploma in Intensive Care (EDIC) awarded by the European Society of Intensive Care Medicine.
Trainees completing the two-year Inter-Nordic training program will receive a certification in Intensive Care Medicine from the SSAI. All expenses for this program (including travelling, accommodation and a fee for each course) have to be covered by the host clinic. Applicants must be SSAI members and young specialists in Anaesthesiology.

Application form including documented interest in intensive care medicine and a curriculum vitae (one original and two copies) should be sent to the Secretary of the SSAI Steering Committee of the Inter-Nordic training program before November 15, 2000:

Mrs **Dorte Klit**, Department of Anaesthesiology and Intensive Care
Gentofte University Hospital
DK-2900 Hellerup, Denmark
Telephone + 45 3977 3391
Fax +45 3977 7625
E-mail *dokli@gentoftehosp.kbhamt.dk*

Application form

Name _____

Title _____

Address _____

Country _____

E-mail _____

Telephone _____

I hereby apply for the Inter-Nordic training program in Intensive Care Medicine. All expenses for this program (including travelling, accommodation and a fee for each course) have to be covered by the host clinic.

Date _____
(Signature of the applicant)

Date _____
(Signature of the chairman of the host clinic)

Málþing um fæðingafræði og kvensjúkdóma 7. október

á vegum Læknafélags Akureyrar og Norðausturlandsdeildar
Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Fundarstaður: Hólar, viðbygging Menntaskólans á Akureyri
Fundarstjórar: Kristín Bjarnadóttir hjúkrunarfræðingur, formaður Norðausturlandsdeildar FÍH, Sigfríður Inga Karlsdóttir ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur og Alexander Smárason læknir

Dagskrá

09:00 *Setning:* Vilhjálmur Kr. Andrésson formaður Læknafélags Akureyrar
09:05 *Legslímuflakk: Erfðir og faraldsfræði:* Reynir Tómas Geirsson læknir
09:25 *Háþrýstingur á meðgöngu og heilsufar seinna á ævinni:* Reynir Tómas Geirsson
09:45 *Faraldsfræði fósturláta:* Sven Cnattingius prófessor við Karolinska Instituttet, Stokkhólmi

Kaffihlé frá 10:15 til 10:45 og sýning styrktaraðila

10:45 *Lengi býr að fyrstu gerð: Áhersluþættir í mæðravernd:* Sigfríður Inga Karlsdóttir
11:05 *Vatnsfæðingar:* Aðalheiður Valgeirsdóttir ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur
11:25 *Grundavallaratriði sálrænnar skyndihjálpar við andvana fæðingar:* Björg Pálsdóttir ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur
11:45 *Rýni (audit) á fæðingadeild:* Alexander Smárason

Matarhlé frá 12:05 til 13:00 og sýning styrktaraðila

13:00 *Kynning rannsóknarniðurstaðna varðandi þvagleka kvenna:* Guðrún Eggertsdóttir ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur
13:20 *Árangur af grindarbotnsþjálfun í baráttunni við þvagleka:* Sigríður Kjartansdóttir sjúkraþjálfari
13:40 *Þvagfæravandamál aldraðra:* Konráð Lúðvíksson læknir
13:40 *Greining á þvagfæravandamálum kvenna:* Gunnar Herbertsson læknir
14:00 *Meðferð á þvagfæravandamálum kvenna:* Paul Moran læknir

Kaffihlé frá kl. 15:00 til 15:30 og sýning styrktaraðila.

15:30 *Forburðarskimun:* Hulda Hjartardóttir læknir
16:00 *Siðferðileg vandamál varðandi forburðarskimun:* Vilhjálmur Árnason heimspekingur
16:30 *Málþingslok*

Þátttaka tilkynnist til ritara hjúkrunarstjórnar FSA í síma 463 0272 milli kl. 10 og 14 virka daga eða til **Elsu Guðmundsdóttur** læknis FSA í síma 463 0206 eða í tölvupósti *elsa@fsa.is*

Þátttökugjald: 2000 kr.

Heimasíða Læknafélags Íslands

er á slóðinni

http://www.icemed.is

Jämtlands läns landsting är en av länets största arbetsgivare med ca 4 000 anställda. Vi har en väl utbyggd primärvård med ca 600 anställda. Inom länets åtta kommuner finns 29 hälsocentraler. För Dig som är naturintresserad finns här närhet till skidåkning, fjäll, jakt och fiske.

Primärvården i Jämtlands län i Sverige söker

5 ST-läkare i allmänmedicin

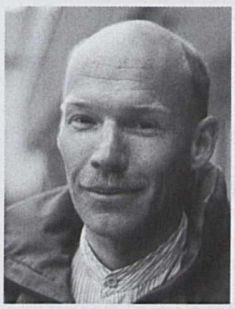
Du kan söka inom följande basenheter (kommuner): Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund, Åre och Östersund. Om Du kan tänka Dig flera olika alternativ, var vänlig rangordna dessa.Vi ordnar studiebesök till den eller de hälsocentraler Du är intresserad av.

Vi erbjuder
* bra handledning
* möjlighet till forskning på arbetstid
* ledarskapsutbildning (lokalt 20 dagar under hela ST och en UGL-kurs)
* regelbundna fortbildningsdagar (5 ggr per år för alla allmänläkare, dessutom ST-träffar för alla länets blivande allmänläkare)
* goda möjligheter till personlig anpassning av arbetstider
* persondator via förmånligt personalköp

Om Du har egna individuella önskemål är vi beredda att diskutera dessa.



Maria Olsson, ST-läkare i Åre:
– Det som jag framförallt uppskattar är den stimulerande miljön, med möjlighet att forska på arbetstid. Det gör att arbetet blir mer utvecklande.



Mats Mäki, ST-läkare i Järpen:
– Jag trivs med min tjänst här, mycket tack vare att utbildningen är bra och att jag får bra handledning. Och så har jag fantastiska kollegor!

Kvalifikationer: Leg läkare. Stor vikt fästs vid personlig lämplighet. Tjänsternas uppläggning planeras av ST-läkare, handledare och studierektor tillsammans. Tillträde och tjänstgöringsgrad efter önskemål.

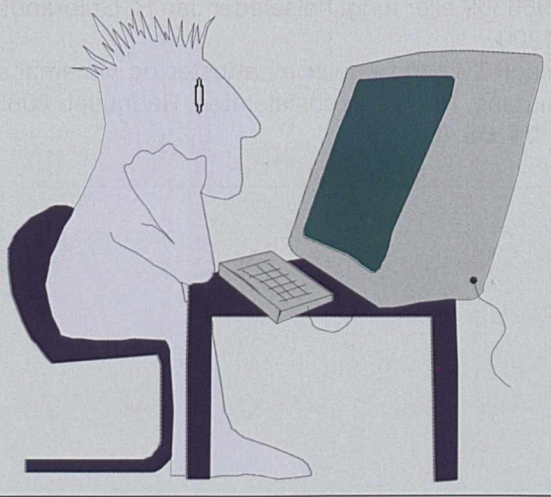
Upplysningar lämnas av studierektor Lena Lilja tel: 063-14 23 07, tf primärvårdschef Ulla-Britt Barchéus-Olofsson, tel: 063-14 75 13 eller personalsekreterare Leif Nilzén, tel: 063-14 24 62 eller 0687-166 52. Facklig uppgiftslämnare: Mats Mäki, SYLF, tel hem: 063-10 58 01, e-post: mats.maki@epsilon.telenordia.se

Ansökan vill vi ha senast den 21 juli, ställd till personalsekreterare Leif Nilzén, Jämtlands läns landsting, primärvårdsförvaltningen, Box 602, 832 23, Frösön, Sverige.

Mer information om Jämtlands läns landsting finns på http://www.jll.se

Vi hjälper dig att ordna med eventuell flytt och ny bostad!

JÄMTLANDS LÄNS LANDSTING



Læknablaðið á netinu:

http://www.icemed.is/laeknabladid

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus

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

Brystdiagnostisk senter (BDS)

Overlege/radiolog

I forbindelse med oppstart av mammografi-screening er det ledig stilling for radiolog som leder for det brystdiagnostiske senter (BDS) ved Nordland Sentralsykehus.

Radiologen vil får det faglige ansvaret for mammografiscreeningen og den kliniske mammografvirksomheten. BDS er underlagt radiologisk avdeling ved NSS (avd.overl. Randi Brendberg) og det forutsettes deltagelse i generell bakvaktsordning, demonstrasjon for kliniske avdelinger og etter avtale delta i rotasjonsordningen på radiologisk avdeling.

Stillingen ønskes besatt av spesialist i radiologi med erfaring i mammadiagnostikk.

Avdelingen har 12 legestillinger - 7 overordnede og 5 underordnede og er utstyrt med bl.a. CT - ultralyd og mammograf. I løpet av året vil MR og spiral CT bli innstallert. Avdelingen har sentralsykehusfunksjon for Nordland fylke (6 lokalsykehus) med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehus for Saltenregionen med ca. 74.000 innbyggere.

Sentralsykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by med ca. 40.000 innbyggere og ligger i naturskjønne omgivelser med gode friluftsmuligheter. Byen har internasjonal flyplass - flytid Bodø - Oslo 1 time og 15 min.

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avd. ovl. Randi Brendberg eller prosjektleder for mammografscreeningen Arnborg Ramsvik.

Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Innsendte papirer returneres ikke.
Lønn og øvrige betingelser iht. gjeldende overenskomst mellom Den Norske Lægeforening og Kommunenes Sentralforbund.

Sykehuset vil være behjelpelig med å skaffe bolig.

Søknad sendes Personalavdelingen, merket stillingsnr.
Søknadsfrist: 21. juli 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

EIDSVOLL KOMMUNE
HELSE- OG SOSIALETATEN
TLF. 00 47 63 96 12 00

Eidsvoll har ikke bare en viktig plass i landets historie. Kommunen er også sentralt plassert på kartet, med en knapp times reisevei til Oslo og gode kommunikasjoner til inn- og utland, bare 20 min. til Gardermoen. Vi er i dag over 17.000 eidsvollinger, men har plass til langt flere. Her er rikelig med tomter og næringsarealer, samt gode rekreasjonsmuligheter.

Vil du etablere deg sentralt på Østlandet nær hovedflyplassen!? Vi har ledig 2 avtalehjemler knyttet til Vilberg legesenter

Legesenteret ligger i tilknytning til kommunesenteret. Begge hjemlene har driftstilskudd i klasse 3 og senteret er godt utrustet med dyktig hjelpepersonell. Stor pasienttilgang, ProfDoc journalsystem.

Driftsavtalene ved Vilberg legesenter er i dag på 26,5 t/uke, men det er åpent for å se på annen fordeling av timene/utvidelse av avtalene. Senteret drives i dag som gruppepraksis med 3 leger i lokaler knyttet til sykehjemmet i kommunen. Det må påregnes 1 dag/uke med offentlig allmennlegearbeid på helsestasjon eller institusjoner for eldre. Deltagelse i legevakt i nye vaktlokaler knyttet til LV-sentralen på Stensby sykehus. Svært gunstig overtagelse av praksis etter avtale med nåværende hjemmelsinnehavere.

I samarbeid med legesenteret er kommunen åpen for å se på fleksible løsninger for videre drift av legepraksisene i kommunen.

SÅ TA KONTAKT!

Kommunen vil så langt som mulig være behjelpelig med å skaffe bolig.

For nærmere opplysninger ta kontakt med lege Håkon Torgunrud, tlf. 00 47 63966309 eller fung. helseleder Jan H. Gulbrandsen, tlf. 00 47 63961200.
Søknad vedlagt CV samt kopier av attester og vitnemål sendes Eidsvoll kommune, Helse- og sosialetaten, Rådhuset, 2080 Eidsvoll, **innen 01.08.00**.

Aventis

áhrifaríkt[1]

andhistamín

aukin lífsgæði[2]

ekki slævandi áhrif[3]

Telfast®
fexófenadín



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. Breytingar þar 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 klínískum 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: 553-40
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

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. júní 2000
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	10.600,00
Gisting eina nótt	6.400,00
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	4.200,00
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.100,00

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

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 og með föstudeginum 11. ágúst.

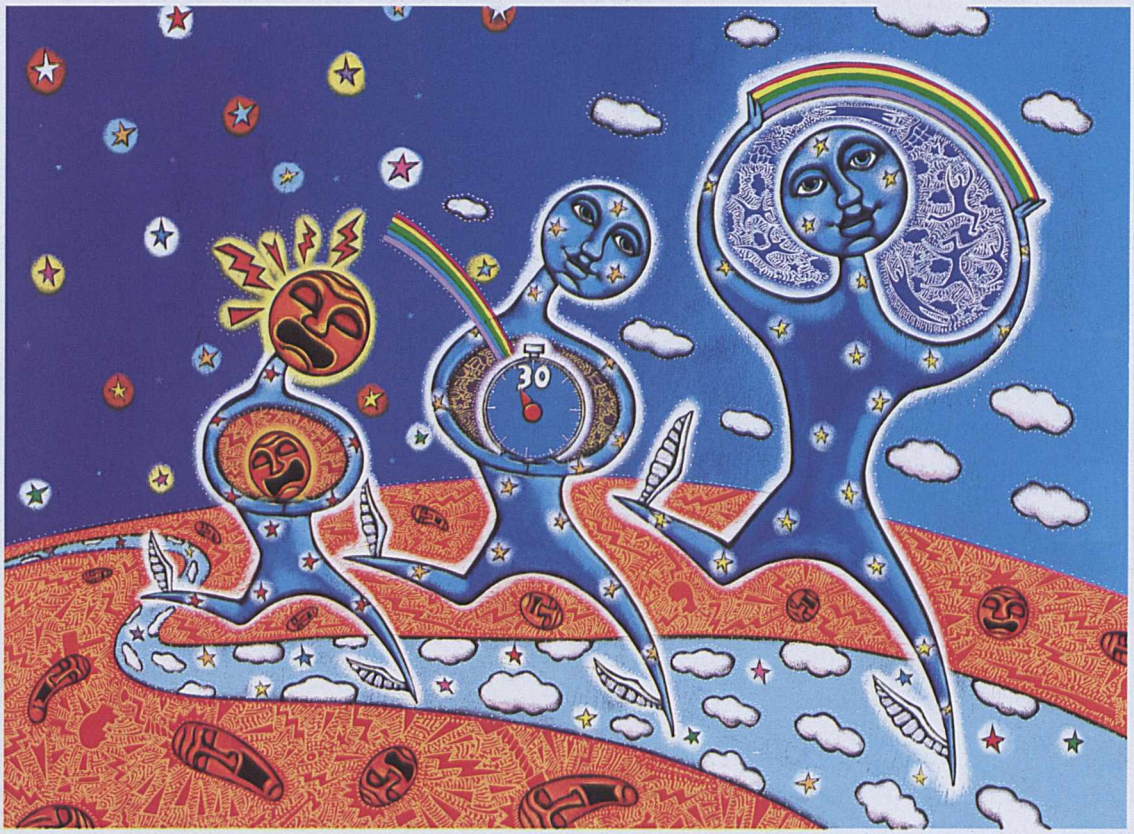
Sumarlokun á skrifstofu læknafélaganna

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

Félagsstarfið

Læknar í AA
halda fundi síðasta fimmtudag hvers mánaðar kl. 5 síðdegis í fundarherbergi Domus Medica á 2. hæð. **Athugið** breyttan fundartíma.

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.

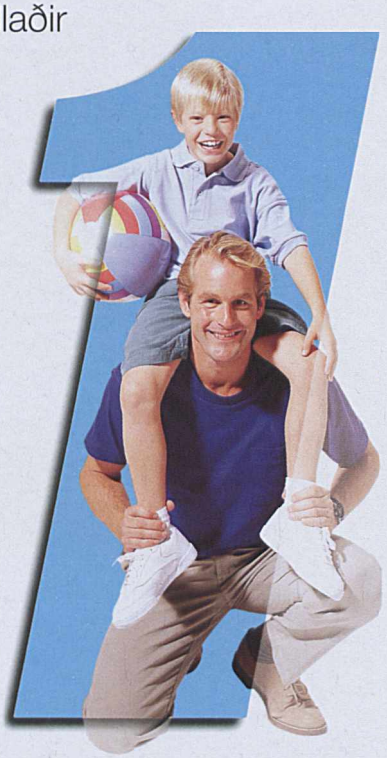
Nýjung frá MSD

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 læknisefirliti, ætti ekki að skipta innöndunarsterum eða sterum til inntöku skyndilega út fyrir SINGULAIR. Við skammtalækkun á sterum (til inntöku) hjá sjúklingum, sem fá astmalyf, þar á meðal leukótríenblokka, hefur í einstaka tilfellum komið fram eitt eða fleiri af eftirtöldum einkennum: eósínfíklafjöld, æðabólguútbrot, versnun lungnaeinkenna, hjartakvilli og/eða taugakvilli, sem stundum greinist sem Churg-Strauss heilkenni en þau einkennast af eósínfíkinni íferð með klínískum einkennum útæðabólgu. Þrátt fyrir að ekki sé hægt að sanna orsakasamband við leukótríenblokka, er mælt með varúð og viðeigandi klínísku eftirliti, þegar skammtalækkun á sterum (til inntöku) er íhuguð hjá sjúklingum sem fá SINGULAIR. **Milliverkanir:** SINGULAIR má gefa með annarri meðferð, sem er venjulega gefin við fyrirbyggjandi og langvinna astmameðferð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þungaðar konur eða konur með börn á brjósti einungis að nota SINGULAIR, ef það er talið nauðsynlegt. **Aukaverkanir:** SINGULAIR þolist almennt vel. Aukaverkanir, sem venjulega hafa verið vægar, hafa almennt ekki haft í för með sér að meðferð hafi verið hætt. Í klínískum rannsóknum voru aðeins kviðverkir og höfuðverkur taldir tengdir lyfinu hjá > 1% sjúklinga, sem meðhöndlaðir voru með SINGULAIR. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið skráðar eftir markaðssetningu SINGULAIRs; Ofnæmi, þar á meðal bráðaofnæmi, ofsabjúgur, kláði og ofsakláði.
Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Tuggutöflur 5 mg: 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Töflur 10 mg:** 28 stk. Verð: 5545 kr. 98 stk. Verð: 16650 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþáttaka:** 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.

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.

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.

24.-25. ágúst
Í Gentofte, háskólasjúkrahúsinu. I. Nordic workshop on endoscopic ultrasound guided biopsy and therapy. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og *pevi@gentoftehosp.kbhamt.dk*

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.

5.-9. september
Í Bled, Hotel Park. Learning and teaching about EBM in general/family practice. Nánari upplýsingar: *Igor.Svab@ivz-rs.si*

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.

26.-29. september
Í Oxford. Fourth International Conference on Medical Regulation. Á vegum General Medical Council. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og *Oxford2000@gmc-uk.org*

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 Global 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.



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

Zoloft - Pfizer. Hver tafla inniheldur: Sertralinum INN, klóríð, samsvarandi Sertralinum INN 50 mg. Ábendingar: Þunglyndi. Áráttu- og þráhyggjusýki (obsessive compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (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 víðáttufælni: 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.**