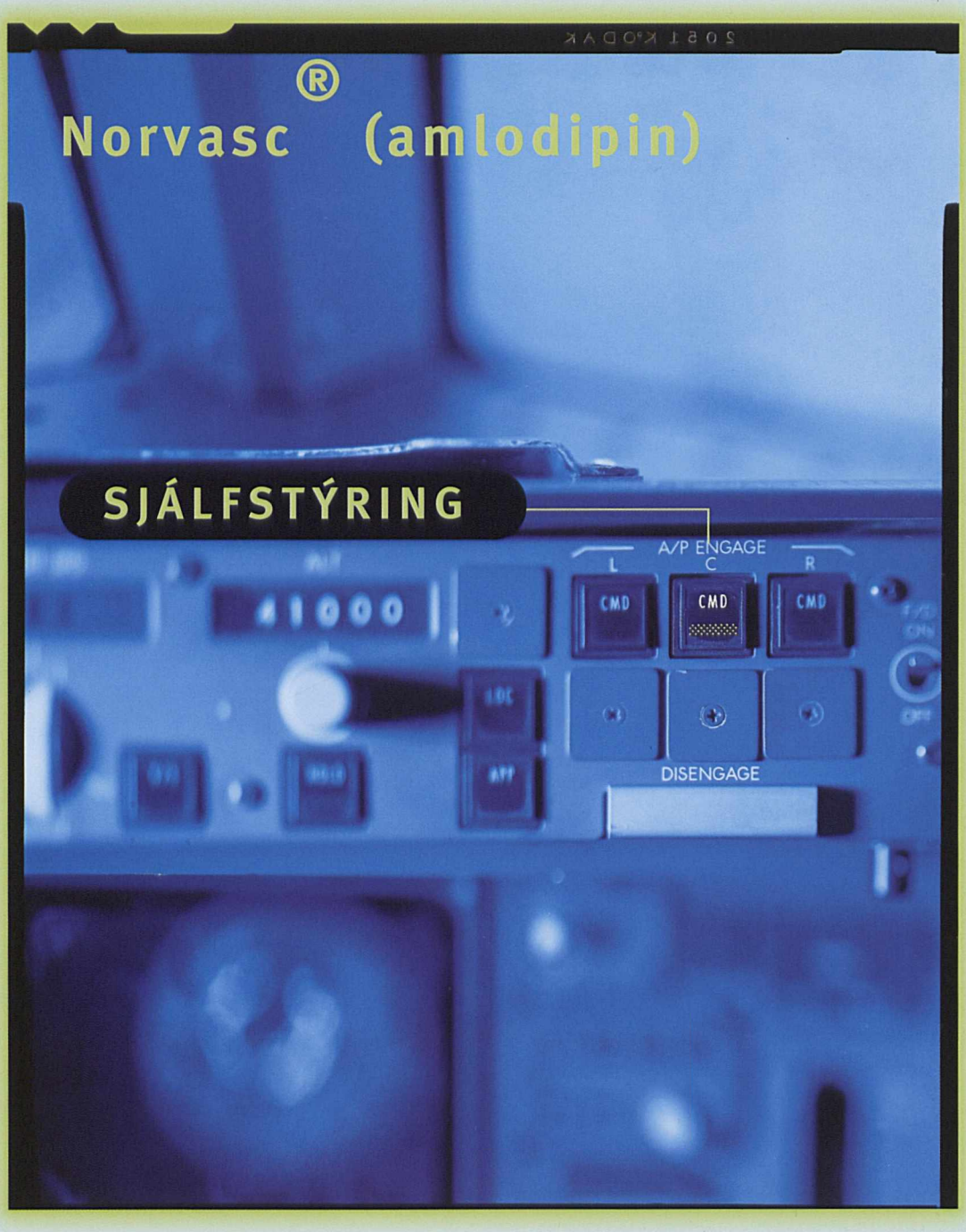
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



10/2000



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

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

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

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



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

Pfizer

FRÆÐIGREINAR

Ritstjórnargreinar:

643 **Tafla eða tjald**
Hannes Petersen

645 **---- þegar þú ert orðinn stór**
Ásgeir Haraldsson

649 **Kynþroski íslenskra stúlkna**
Árni V. Þórsson, Atli Dagbjartsson, Gestur I. Pálsson, Víkingur H. Arnórsson

655 **Kynþroski íslenskra drengja**
Árni V. Þórsson, Atli Dagbjartsson, Gestur I. Pálsson, Víkingur H. Arnórsson
Greinarnar sem hér birtast um kynþroska íslenskra stúlkna og drengja byggja á stórri þverskurðarrannsókn á vexti og þroska íslenskra barna á aldrinum 6-16 ára. Rannsóknin var framkvæmd á árunum 1983-1987 og náði alls til 5526 barna og unglinga. Höfundar benda á að frávik í þroska geti bent til sjúkdóma og því sé mikilvægt að gera sér grein fyrir eðlilegum mörkum kynþroska í hverju samfélagi.

661 **Lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna**
Anna Margrét Halldórsdóttir, Bjarni A. Agnarsson, Hrafn Tulinius, Kristín Bjarnadóttir, Jón Gunnlaugur Jónasson
Þótt horfur sjúklinga með meinvörp í lifur séu slæmar, getur vefjagerð og staðsetning æxlis skipt máli fyrir horfur og/eða meðferð krabbameinssjúklinga. Hugsanlega mun slík greining skipta meira máli í framtíðinni þegar rannsóknum á lyfjameðferð hefur miðað lengra.

669 **Sérhæfð endurlífgun utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu 1991-1996**
Garðar Sigurðsson, Gestur Þorgeirsson
Metinn var árangur sérhæfðrar endurlífgunar hjá einstaklingum með hjarta- og öndurnarstöðvun á ofangreindu tímabili og hann borinn saman við árangur fyrri ára. Sérstaklega var metið mikilvægi þess að nærstödd vitni reyni grunnendurlífgun.

677 **Stafræn tækni opnar nýjar víddir í röntgenþjónustu**
Ásbjörn Jónsson
Höfundur útskýrir grundvöll stafrænnar myndgerðar og rekur helstu breytingar sem orðið hafa og eru fyrirsjáanlegar á starfsemi röntgendeilda.

682 **Heilsutengd lífsgæði sjúklinga fyrir og eftir meðferð**
Tómas Helgason, Júlíus K. Björnsson, Kristinn Tómasson, Erla Grétarsdóttir, Halldór Jónsson jr., Tómas Zoëga, Þórður Harðarson, Guðmundur Vikar Einarsson
Ofannefnd grein um heilsutengd lífsgæði sjúklinga birtist upphaflega í júníhefti Læknablaðsins 2000. Þau leiðu mistök urðu við þá birtingu að tilvísanir í heimildir inni í greininni féllu brott. Greinin er því endurbirt um leið og beðist er velvirðingar á mistökunum.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

10. tbl. 86. árg. Október 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

Netfang: journal@icemed.is

Ritstjórn:
Emil L. Sigurðsson
Hannes Petersen
Hildur Harðardóttir
Karl Andersen
Vilhjálmur Rafnsson ábm.

Ritstjórnarfulltrúi:
Birna Þórðardóttir
Netfang: birna@icemed.is

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

Umbrot:
Sævar Guðbjörnsson
Netfang: umbrot@icemed.is

Blaðamaður
Anna Ólafsdóttir Björnsson
Netfang: anna@icemed.is

Upplag: 1.500

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

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

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

Pökkun:
Plastpökkun, Skemmuvegi 8,
200 Kópavogi.

ISSN: 0023-7213

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



Beint fyrir framan nefið á þér er fljótlegri lausn gegn mígreni

Imigran nefúði er helmingi fljótvirkari en töflur [1)]

IMIGRAN

ÞEGAR TIL KASTANNA KEMUR

Imigran
Glaxo Wellcome

NEFÚÐALYF; N 02 C C 01. R.E. Hver skammtur inniheldur: Sumatriptanum INN, 20 mg, hjálparefni og Aqua purificata ad 0,1 ml. **STUNGULYF sc; N 02 C C 01.** 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 C 01.** Hver tafla inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **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. **Skammtar; 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 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 (6mg) innan 24 klst., en minnst 1 klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24mg) á mánuði. **Nefúðalyf:** Venjuleg skammtastærð er 20 mg (einn úðaskammtur) í aðra nösina. Ef einkenni hverfa en koma aftur innan 24 klst. má taka annan skammt en þó fyrst eftir 2 klst. frá töku fyrri skammtsins. Ekki má taka fleiri en tvo skammta á sólarhring. Ef einkenni hverfa ekki eftir fyrsta skammt á ekki að taka annan skammt við sama mígrenikastinu. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómar, 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. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og 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 klínískrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **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. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja eða vinnuvéla þar sem bæði mígrenið og lyfið geta haft slævandi áhrif. **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 (stungulyf). Bragð og tímabundin, væg erting eða sviði í nefi eða koki, blóðnasir (nefúðalyf). Þreyta og 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 lifrarensíma í blóði. **Mjög sjaldgæfar(<0,1%):** Ofnæmislost. Blóðþrýstingsfall, hægataktur, hjartsláttaróregla, hraðtaktur. Kláði, roði, útbrot, ofsakláði. Krampar. Sjóntruflanir. **Ofskömmtun:** Við ofskömmtun skal fylgjast með sjúklingi í a.m.k. tíu klst. og veita stuðningsmeðferð eftir þörfum. Ekki er vitað um áhrif blóð- eða kviðskilunar á blóðþéttni súmatriptans. **Lyfhrif:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótónínviðtaka af undirflokki 5-HT_{1D} í heilaæðum. Lyfið veldur þannig samdrætti í heilaæðum, einkum greinum a. carotis. Vikkun þessara æða er talin orsök verkjanna við mígreni. **Lyfjahvörf:** Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð, 15 mínútum eftir nefúða og um 30 mínútum eftir inntöku. Aðgengi eftir gjöf undir húð er nánast 100%, en að meðaltali 14-16% eftir inntöku eða nefúða. Blóðþéttni nær hámarki innan 25 mín. eftir gjöf undir húð, oftast innan 45 mín. eftir inntöku og 60-90 mín. eftir notkun nefúða. 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. **Pakkningar; Nefúðalyf:** Einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 2; einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6. Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (=6 mg virkt efni) x 2; einnota dæla 0,5 (=6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað). Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað). Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslensku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Greiðsluþátttaka miðast við merkingu "E" í lyfjaskrám sem takmarkast við lyfjaávísun á mest 6 stk. einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6, 2 stk. einnota dælu 0,5 ml (=6 mg virkt efni), 12 töflur á 50 mg og 6 töflur á 100 mg. Imigram nefúði, verð: 6 stk. kr. 8.339, 2 stk. kr. 3455. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1.júlí 2000.

[1)] Dahlöf C. Cephalgia, 1999; 19; 9. 769-778.

GlaxoWellcome

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

GOTT FÓLK MCANN-ERICSSON - SIA - 12138

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

690 **Af sjónarhóli stjórnar: Að losna frá leiðindum**
Sigurbjörn Sveinsson

691 **Læknafélagið, ehf.**
Árni Björnsson

692 **Læknar á „frjálsum markaði“**
Anna Ólafsdóttir Björnsson

694 **Opið bréf til formanns LÍ**
Tómas Helgason

695 **Aðalfundur LÍ ítrekar nauðsyn breytinga á gagnagrunnslögunum**
Tómas Helgason

698 **Sjúklingatrygging lögleidd um áramótin**
Rætt við Guðmund I. Eyjólfsson sérfræðing í blóðsjúkdómum og lyflækningum
Anna Ólafsdóttir Björnsson

701 **Bakverkinn burt!**
Kristinn Tómasson

702 **Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar**
Ólafur Þ. Jónsson

703 **Samningur við TR**

705 **Þekkingarauður starfsfólksins þarf að nýtast**
Rætt við Önnu Stefánsdóttur framkvæmdastjóra hjúkrunarsviðs Landspítala – háskólasjúkrahúss
Anna Ólafsdóttir Björnsson

710 **Fundur stjórnar Norræna læknaráðsins**
Jón Snædal

711 **Íðorðasafn lækna 126. Randomize**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

713 **Broshornið. Með niðurgang úr óbyggðum**
Bjarni Jónasson

714 **Alnæmi í Afríku**
Anna Ólafsdóttir Björnsson

717 **Ráðstefnur og þing**

719 **Styrkir**

721 **Lausar stöður**

724 **Okkar á milli**

727 **Minnisblað**

Sími Læknablaðsins er
564 4104
Bréfasíminn er 564 4106

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Ómar Stefánsson

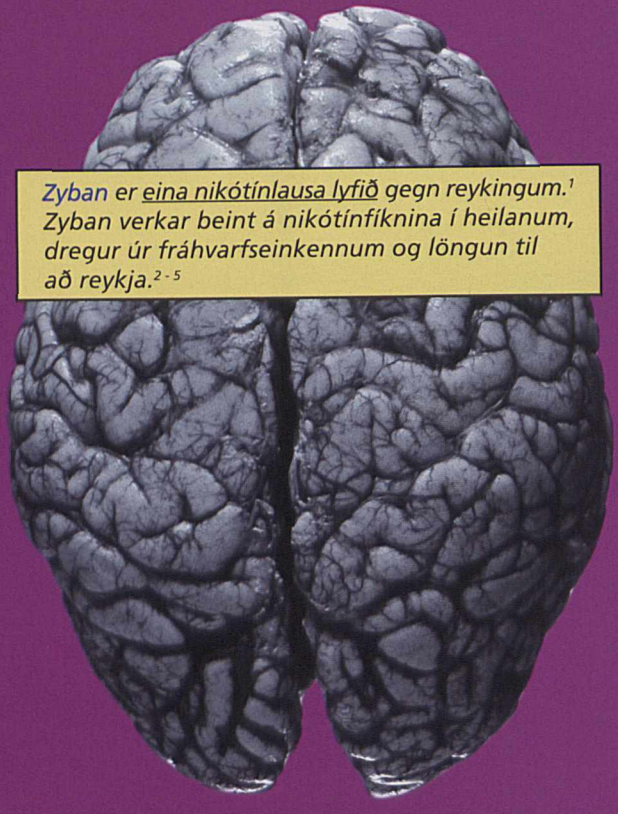
Ómar Stefánsson (f. 1960) hefur gegnum tíðina fengist við ýmiss konar listsköpun enda lærði hann hjá fjölhæfum meisturum, meðal annars þeim Dieter Roth og Hermanni Nitsch. Ómar hefur verið framarlega á sviði gjörningalistar með hópnum Inferno 5, flutt tólist, samið teiknimyndasögur og margt fleira. Þó má segja að málverkið hafi verið sá rauði þráður sem tengt hafi saman listverknaði hans á þeim 20 árum sem liðin eru frá því hann hóf feril sinn. Sem listmálari hefur Ómar sterka sérstöðu. Málverk hans eru yfirleitt sagnakenndari en myndir annarra af hans kynslóð og endurspegla gjarnan sterkan áhuga hans á goðsögnum, galdri og frumspeki. En þrátt fyrir að víða bregði fyrir minnum úr slíkum fræðum eru myndirnar alltaf líka húmorískar í kaldhæðnislegum ádeilustíl sem skilar sér einkum vel í myndmeðferð sem minnir sterkt á teiknimyndasöguna.

Verkið á forsíðu blaðsins, **Efnafræðiróman**, er dæmi um allt þetta. Þar vísar Ómar til undarlegrar bókar, Chymische Hochzeit Christiani Rosenkreutz, sem út kom árið 1616 í Þýskalandi og er eitt af undistöðuverkum vestrænna dularfræða. Höfundur bókarinnar var Johann Valentin Andreae (1586-1654), þýskur guðfræðingur, og í verkinu rekur hann hugleiðingar riddarans Kristjáns Rósarkross sem sagan segir að hafi á 14. öld stofnað leynifélag „til endurreisnar alls heimsins“. Bókin vakti gríðarlega athygli og var af mörgum talin sönnun þess að þetta leynifélag væri til þótt Andreae segði sjálfur að verkið væri aðeins leikur og það feli fremur í sér ádeilu á leynifélög og dulhyggju.

Í málverki Ómars má greina svipaðan leik að viðfangsefninu. Annars vegar hleður hann myndina dulrænum táknum og tilvísunum en hins vegar kemst áhorfandinn ekki hjá því að sjá hve fáránlegar og aumkunarverðar persónurnar í myndinni eru. Þessi tvíræðni í framsetningunni kallast svo aftur á við hina undarlegu sögu Andreae sem var ætluð sem ádeila en varð þó að lykiltexta í þeirri dulhyggjuhefð sem höfundurinn ætlaði sér að gera grín að.

Jón Proppé

Þetta er allt í höfðinu á þér



Zyban er eina nikótínlausa lyfið gegn reykingum.[1] Zyban verkar beint á nikótínfíknina í heilanum, dregur úr fráhvarfseinkennum og löngun til að reykja.[2-5]

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

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

ZYBAN FORÐATÖFLUR – N06 A X 12 R O

Hver tafla inniheldur: Bupropionum INN, klóríð, 150 mg. **Ábendingar:** Zyban töflur eru ætlaðar, ásamt stuðningsmeðferð, til að aðstoða sjúklinga sem háðir eru nikótíni við að hætta reykingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Meðferðarlengd: 7-9 vikur. **Skammtastærðir:** Meðferð ætti að hefjast á meðan sjúklingur reykir ennþá helst á 7.-14. degi meðferðar. Upphafsskammtur er 150 mg á dag, í þrjá daga en síðan 150 mg tvisvar á dag. Að minnsta kosti 8 klst. þurfa að líða á milli skammta. Ekki má taka meira en 150 mg í einum skammti og hámarksdagsskammtur er 300 mg. Ekki er mælt með notkun lyfsins hjá yngri sjúklingum en 18 ára. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið öldruðum. Ekki er hægt að útiloka aukið næmi hjá sumum öldruðum einstaklingum. Ráðlagður skammtur fyrir aldraða er 150 mg einu sinni á dag. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með skerta nýrna- og lifrarstarfsemi. Ráðlagður skammtur er 150 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa ofnæmi fyrir búprópíóni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins mega ekki nota Zyban né heldur sjúklingar með flogaveiki, geðhvarfasýki (bipolar disorder), slæma skorpulifur eða þeir sem greindir hafa verið með lotugræðgi eða lystarstol. Ekki má nota Zyban og MAO-hemla samtímis. A.m.k. 14 dagar ættu að líða frá því að meðferð með MAO-hemlum með óafturkræfa verkun lýkur og þar til meðferð með Zyban hefst. **Varúð:** Flog. Ekki ætti að nota stærri skammta af Zyban en ráðlagðir eru þar sem aukin hætta virðist vera á flogum með hækkandi skömmtum af búprópíón. Það er hætta á flogum samfara notkun á Zyban, en sterk tengsl virðast vera við fyrirliggjandi áhættuþætti. Því ætti að gæta sérstakrar varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með einn eða fleiri þætti sem leitt geta til lægri þröskulds gegn flogum, svo sem sögu um höfuðáverka, æxli í miðtaugakerfi eða samtímis notkun annarra lyfja sem vitað er að geti aukið líkurnar á flogum (t.d. geðlyf, þunglyndislyf, teófýllín, sterar til inntöku). Auk þess þarf að gæta varúðar við klínískar aðstæður sem aukið geta hættuna á flogum, t.d. misnotkun áfengis. Einnig skyndilegt fráhvarf frá notkun áfengis eða benzódíazepína, meðferð á sykursýki með blóðsykurlækkandi lyfjum eða insúlíni og notkun örvandi lyfja eða megrunarlyfja. Gæta þarf varúðar þegar nikótínlyf og Zyban eru notuð samtímis og fylgjast þarf með því vikulega hvort meðferðin valdi hækkuðum blóðþrýstingi. **Ofnæmi:** Stöðva ber notkun á Zyban ef ofnæmisviðbrögð (t.d. útbrot, kláði, verkur fyrir brjósti, bjúgur eða mæði) koma fram hjá sjúklingum meðan á meðferð stendur. Liðverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tenglsum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness). (Sjá kafla um aukaverkanir). Einkennin hafa gengið til baka hjá flestum sjúklingum þegar búprópíónmeðferð hefur verið hætt og meðferð með andhistamínum eða barksterum hafin. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Reykingum fylgir aukin CYP1A2-virkni. Eftir að reykingum er hætt getur dregið úr klerans þeirra lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa ensíms. Þetta getur leitt til hækkaðrar þéttni þessara lyfja. Þetta getur einkum haft þýðingu fyrir lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 og hafa lækningagildi á þröngu þéttnisviði (t.d. teófýllín, takrín, klózapín). Klínískar afleiðingar þess að hætta að reykja á önnur lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 (t.d. ímipramín, ólanzapín, klómipramín og flúvoxamín) eru ekki þekktar. Þrátt fyrir að búprópíón sé ekki umbrotið af ísóensími CYP2D6, hafa rannsóknir in vitro á P450 úr mönnum sýnt fram á að búprópíón og hýdroxýbúprópíón hemja CYP2D6 ferlið. Þess vegna ætti að hefja meðferð með lyfjum sem að mestum hluta eru umbrotin fyrir tilstilli þessa ísóensíms og hafa lækningagildi á þröngu þéttnisviði, þ.m.t. ákveðnum þunglyndislyfjum (t.d. desípramín, ímipramín, paroxetín), geðlyfjum (t.d. risperídón, tíorídazín), betablokkum (t.d. metóprólól) og lyfjum við hjartsláttaróreglu af flokki 1 C (t.d. própafón, flecaínið) í tiltölulega lágum skömmtum. Þörf á sérstakri aðgæslu þegar Zyban er gefið samtímis lyfjum sem vitað er að hafa áhrif á CYP2B6 ísóensím (t.d. orfenadrín, cýklófosfamíð, ísófosfamíð). Nikótínforðaplástrar höfðu ekki áhrif á lyfjahvörf búprópíóns og umbrotsefna þess. Vegna þess að búprópíón er að stórum hluta umbrotið, þarf að gæta varúðar þegar það er notað samtímis lyfjum sem örva umbrot (t.d. karbamazepín, fenóbarbital, fenýtóín) eða lyfjum sem hemja umbrot (t.d. valpróat), þar sem þau geta haft áhrif á klíniska virkni og öryggi þess. Gæta þarf varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum sem samtímis fá levódópa. Takmarkaðar klínískar upplýsingar benda til hærri tíðni aukaverkana (t.d. ógleði, uppköst, óróa, eirðarleysi og skjálfti. Vegna milliverkana er tengjast lyfjahvörfum, getur þéttni búprópíóns eða umbrotsefna þess breyst og hætta á aukaverkunum (t.d. munnþurrki, svefnleysi, flogum) þar með aukist. Því ber að gæta varúðar þegar búprópíón er gefið samtímis öðrum lyfjum sem geta örvað eða hindrað umbrot þess. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Zyban á meðgöngu. Það ætti að hvetja þungaðar konur til að hætta að reykja án lyfjameðferðar. Ekki ætti að nota Zyban á meðgöngu. Vegna þess að búprópíón og umbrotsefni þess eru skilin út í brjóstamjólk ber að ráða mæðrum frá því að hafa börn á brjósti þegar þær nota Zyban. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Eins og önnur lyf sem verka á miðtaugakerfið getur búprópíón haft áhrif á aðgerðir sem krefjast dómgreindar eða athygli eða hreyfistjórnunar. Einnig hefur verið greint frá því að Zyban hafi valdið svima eða ringli. Sjúklingar þurfa því að gæta varúðar við akstur eða stjórnun véla þar til að þeir eru vissir um að Zyban skerði ekki hæfni þeirra. **Aukaverkanir:** Eftirgreindar aukaverkanir hafa komið fram í klínískum tilraunum. Mikilvægt er að athuga að nikótínfráhvarfseinkenni (t.d. óróleika, svefnleysi, skjálfta, svitakóf) koma oft fram þegar fólk hættir að reykja. Sum þessara einkenna greinast einnig sem aukaverkanir af völdum Zyban. **Algengar (> 1%):** Almennar: Hiti. Meltingarfæri: Munnþurrkur, meltingartruflanir, þ.m.t. ógleði og uppköst, kviðverkir, hægðatregða. Miðtaugakerfi: Svefnleysi, skjálfti, skert einbeiting, höfuðverkur, svimi, geðdeyfð, eirðarleysi, kvíði. Húð / ofnæmi: Útbrot, kláði, aukin svitamyndun, ofnæmisviðbrögð svo sem ofsakláði. Skynfæri: Truflað bragðskyn. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Almennar: Brjóstverkur, þróttleysi. Hjarta og æðakerfi: Hraðtaktur, hækkaður blóðþrýstingur (stundum alvarlega), roði. Miðtaugakerfi: Rugl. Innkirtlar og efnaskipti: Lystarleysi. Skynfæri: Eyrnasuð, sjóntruflanir. **Mjög sjaldgæfar (<0,1%):** Hjarta og æðakerfi: Æðaútvíkkun, réttstöðuþrýstingsfall, yfirlið. Miðtaugakerfi: Flog. Tíðni floga er um það bil 0,1%. Algengust eru almenn "tonic-clonic" flog og stundum verður vart við rugl og minnisleysi að þeim loknum. Húð / ofnæmi: Alvarleg ofnæmisviðbrögð, þ.m.t. ofsabjúgur, andþrengsli/berkjukrampi og ofnæmislost. Liðverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness). Einnig hefur verið greint frá regnbogaroðasótt (erythema multiforme) og Stevens Johnson heilkenni. **Ofskömmtun:** Auk ofangreindra aukaverkana hefur ofskömmtun valdið einkennum svo sem svefnhöfga, ofskynjunum og meðvitundarleysi. Þó að flestir sjúklingar hafi náð sér án eftirmála, hafa orðið dauðsföll hjá sjúklingum sem hafa tekið inn afar stóra skammta af lyfinu. Meðferð: Við ofskömmtun er innlögn á sjúkrahús ráðlögð. Tryggið loftveg, súrefnisstreymi og öndun. Magaskolun kemur til greina ef hún er framkvæmd fljótlega eftir inntöku. Einnig er mælt með notkun lyfjakola. Ekkert sérstakt mótefni við búprópíóni er til. **Pakkningar:** 60 stk. þynnupakkað og 100 stk. þynnupakkað. **Hámarksverð:** 60 stk.: 8.996 kr. 100 stk.: 11.645 kr. **Heimildir:** 1: Sérlyfjaskrá. 2: Ascher JA, Cole JO, Colin JN et al. Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 1995; 56:395-401. 3: Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cesation. N Engl J Med 1997; 337:1195-1202. 4: Leshner AI. Understanding drug addiction: Implications for treatment. Hospital Practice. October 15,1996:47-59. 5: Pontieri FE, Gianluigi T, OrziF et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. Nature 1996;382:255-257. 25.09.00

Tafla eða tjald



Þegar Petta er skrifað sstanda yfir hinum megin á hnettinum „sumar"-Ólympíuleikarnir, þar sem um 11.000 keppendur frá um 200 löndum þreyta keppni í hinum ýmsu íþróttagreinum. Fyrir keppendur er þetta ekki bara hápunktur íþróttaársins heldur lokapunktur strangra æfinga sem staðið hafa mánuðum eða jafnvel árum saman og hjá flestum þýtt blóð, svita og tár.

Einn skugga leggur þó frá þessum vöðvastæltu íþróttamönnum, en það er óeðlileg og ólögleg notkun lyfja er tengist íþróttaiðkun þeirra, en skuggi þessi lýsist venjulega upp á stórmótum sem Ólympíuleikarnir eru. Sannarlega höfðu skipuleggjendur í Ástralíu áhyggjur af þessu og kynntu, nokkrum vikum fyrir leikana, að hart yrði gengið fram í að greina ólöglega notkun lyfja og efna og þau greind í blóði í stað þvags eins og áður tíðkaðist. Þessi nýjung hafði strax þau áhrif að keppendur er vissu upp á sig ólöglega notkun ákváðu að vera heima. Sérstaklega var tekið til þess að blóðgreiningin gagnaðist vel við að greina Erythropoietin, en á síðari árum hafa íþróttamenn orðið uppvísir að ólöglegri notkun lyfja er innihalda efnið.

Erythropoietin er hormón, forstig þess myndast í nýrum og ummyndast í virkt efni í blóði þegar aukins ildisflutnings blóðs til vefja er þörf, eins og við lækkun hlutþrýstings ildis í blóði, eða ef styrkur blóðrauða eða fjöldi rauðra blóðkorna minnkar. Erythropoietin hvetur þroska og nýmyndun rauðra blóðkorna í blóðmyndandi líffærum, merg, og er talið að hormónið hafi áhrif bæði á blóðrauðann og rauðkornin. Þannig má hugsa sér að ef aukin þörf er á ildi í vefjum þá komi þrennt til: aukið slagmagn, hraðari hjartsláttur eða aukning á ildisflutningseiningum blóðs, blóðrauða og rauðkornum. Með æfingu má hafa áhrif á fyrri tvo þættina en á magn blóðrauða má hafa áhrif beint með notkun Erythropoietin eða óbeint með ýmsum aðferðum. Lengi hefur verið vitað að æfingar í háfjallaumhverfi auka úthald þegar komið er í lægri hæðir og er talið að þar sé á ferðinni áhrif lágs ildisþrýstings til fjalla á Erythropoietin - mergöxulinn. Það er ekki allra að stunda æfingar í þannig umhverfi og kemur þar helst til kostnaður og langt úthald fjarri fjölskyldu og heimahögum.

Í Morgunblaðinu þriðjudaginn 12. september var viðtal við einn íslensku Ólympíufaranna og á mynd er fylgdi umfjölluninni sat hann brosandi í dyragætt nýjasta tækniundursins, svokölluðu háfjallatjaldi [sjá nánari upplýsingar: www.hypoxictent.com]. Í tjaldinu mátti skapa ildis- (hýpoxískar) aðstæður sem í háfjöllum væri og nægði að sofa í tjaldinu til að kalla fram svörun í líkamanum, svörun er felur í sér aukningu á Erythropoietini í blóði og síðan aukningu á ildisflytjandi einingum blóðs. Þannig eru það ekki einungis nýjustu lyf og efni sem íþróttamenn freistast til að nota heldur hafa þeir tekið í þjónustu sína hátækniiðnaðinn með öllu því nýjasta sem þar er að finna. Þessi iðnaður lyfja og hátækni hefur sannarlega dansað með, en á þeim bæjum er það meðal annars þekking lækna sem skapar og kemur því miður oft á framfæri við íþróttamennina ólöglegri notkun afurðanna. Þessi iðnaður er kominn af stað og veltir milljörðum, og það sem verra er, hann er skrefinu á undan þeim er leita uppi og kanna lögmæti afurðanna og gullin gagnast venjulega þeim einum er geta borgað. Það er því ef til vill ekki svo mikill munur á töflu eða tjaldi þegar lokaniðurstaðan verður sú sama, munurinn er helstur sá hverjir hafa ráð á borga hvað. Læknar, verum ekki sölumenn á þessum markaði, verum í hinu sanna sigurliði!

Hannes Petersen

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

Frágangur fræðilegra greina

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

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

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

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

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

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

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

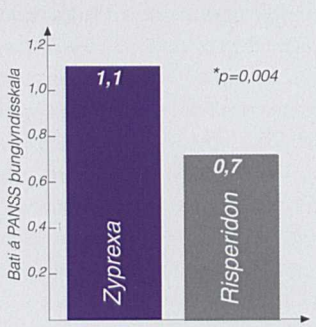
Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknabladid

Umræðuhluti

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



Minnkar þunglyndiseinkenni[1)]



Zyprexa 10-20 mg/dag
N=166

Risperidon 4-12 mg/dag
N=165

Zyprexa™ Olanzapine

Ábendingar: Olanzapin er ætlað til meðferðar við geðklofa. Olanzapin er einnig virkt til framhaldsmeðferðar fyrir sjúklinga sem hafa sýnt bata við byrjun meðferðar. **Skammtar:** Mælt er með að gefa 10 mg af olanzapin einu sinni á dag í byrjun meðferðar og þarf ekki að taka tillit til máltíða. Síðan má breyta þessum skammti með hliðsjón af klínískum einkennum einstaklingsins, innan skammtabilsins 5-20 mg/dag. Mælt er með, að klínísk einkenni sjúklings verði endurmetin, áður en skammtastærð er aukin umfram venjulegan meðferðarskammt 10 mg/dag, það er 15 mg/dag eða meira. *Börn:* Olanzapin hefur ekki verið gefið einstaklingum undir 18 ára aldri í rannsóknum. *Aldraðir:* Venjulega er ekki mælt með lægri byrjunarskammti (5 mg/dag), en kemur til álita, ef einstaklingurinn er 65 ára og eldri þegar klínísk einkenni gefa tilefni til þess. *Sjúklingar með skerta lifrar- og/eða nýrnastarfsemi:* Til greina kemur að gefa þessum einstaklingum lægri byrjunarskammt (5 mg). Þegar fleira en eitt atriði, sem getur valdið hægari umbrotum lyfsins er til staðar (t.d. aldraður kvenkyns einstaklingur sem reykir ekki) kemur til greina að minnka byrjunarskammt. Ef auka þarf skammta hjá slíkum sjúklingum skal það gert með varúð. **Frábendingar:** Olanzapin má ekki gefa sjúklingum með ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Olanzapin má ekki gefa sjúklingum með þekkta áhættu fyrir þröng-hornsgláku. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Aðrir sjúkdómar samtímis: Þrátt fyrir að olanzapin hafi sýnt andkólínvirk áhrif *in vitro*, hafa klínískar rannsóknir sýnt lágt nýgengi slíkra einkenna. Þar sem klínísk reynsla af olanzapini hjá sjúklingum sem hafa jafnframt aðra sjúkdóma er takmörkuð skal gæta varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með stækkun á blöðruhálskirtli eða þarmalömun og önnur svipuð einkenni. Laktósi: Olanzapin töflur innihalda laktósa. Tímabundinni og einkennalausri hækkun á lifrartransamínösum ALT og AST hefur stundum verið lýst, sérstaklega í upphafi meðferðar. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með hækkað ALT og/eða AST, hjá sjúklingum sem hafa einkenni um skerta lifrarstarfsemi og hjá sjúklingum sem fá einnig meðferð með lifrartoxískum lyfjum. Eins og með önnur andpsýkótísk lyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fækkun á hvítfrumum og/eða hlutleysiskyrningum hver sem orsökin er, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna lyfjanotkunar, hjá sjúklingum sem hafa minnkaða virkni beinmergs vegna annars sjúkdóms, geislameðferðar eða krabbameinslyfjameðferðar, og hjá sjúklingum sem hafa eósínfílafjöld eða myeloproliferativa sjúkdóma. Neuroleptískt Malignant Syndrom (NMS): Í klínískum rannsóknum hefur NMS ekki verið lýst hjá sjúklingum sem fengu olanzapinmeðferð. NMS er lífshættulegt ástand. Í slíkum tilfellum, eða ef um hækkaðan líkamshita án þekktrar skýringar og án annarra klínískra einkenna um NMS er að ræða skal hætta notkun allra andpsýkótískra lyfja, þar með talið olanzapin. Olanzapin skal notað með varúð hjá sjúklingum sem hafa sögu um krampa eða hafa sjúkdóma sem geta valdið krömpum. Vegna megináhrifa olanzapins á miðtaugakerfið, skal gæta varúðar í samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og áfengis. Þar sem olanzapin hefur anddópamínvirkni *in vitro*, getur það minnkað áhrif efna sem hafa beina eða óbeina dópamínvirkni. Réttstöðu blóðþrýstingslækkun kom stundum fyrir hjá eldra fólki í klínískum rannsóknum á olanzapini. Eins og með önnur andpsýkótísk lyf, er mælt með því að mæla reglulega blóðþrýsting hjá sjúklingum eldri en 65 ára. **Milliverkanir:** Áhrif annarra lyfja á virkni olanzapins: Einstakur skammtur af sýrubindandi lyfjum (ál-og magnesíumsambönd) eða cimetidini hafði ekki áhrif á aðgengi olanzapins frá meltingarvegi. Hins vegar lækkar aðgengi olanzapins frá meltingarvegi um 50-60% ef lyfjakol eru gefin samtímis. Umbrot olanzapins geta aukist við reykingar, eða meðferð með karbamazepíni. Reykingar og meðferð með karbamazepíni örva P450-P1A2 virkni. Lyfjahvörf teófýllíns, sem umbrotnar um P450-P1A2 breytast ekki við gjöf olanzapins. Ekki hefur verið rannsakað hvort lyfjahvörf olanzapins breytast við gjöf lyfja sem hemja P450-P1A2 virkni. Möguleg áhrif olanzapins á önnur lyf: Í klínískum rannsóknum með einstaka skammta af olanzapini sást engin hömlun á umbroti imipramíns/desimipramíns, warfaríns, teófýllíns eða diazepams. Olanzapin olli engum milliverkunum þegar það var gefið samtímis litíum eða biperideni. **Aukaverkanir:** *Tíðar (>10%):* Syfja og þyngdaraukning. Þyngdaraukningin var tengd lágum líkamsþyngdarstuðli (BMI) fyrir meðferð og byrjunarskammti 15 mg eða meira. *Algengar (1-10%):* Svimi, aukin matarlyst, bjúgur á útlimum, réttstöðu blóðþrýstingslækkun og tímabundin mild andkólínvirk áhrif þar með talin hægðatregða og munnþurrkur. Tímabundin og einkennalaus hækkun á lifrartrans-amínösunum ALT og AST, sérstaklega í upphafi meðferðar. Parkinsonseinkenni, ósjálfráðar hreyfingar og vöðvaspenna. Síðkomnar hreyfitruflanir (tardive dyskinesia). *Sjaldgæfar (<1%):* Aukið ljósnæmi húðar. *Annað:* Styrkur prólaktíns í plasma getur hækkað, en klínísk einkenni (brjóstastækkun hjá körlum, sjálfvakið mjólkurrennsli og brjóstastækkun) eru sjaldgæf. Hjá flestum sjúklingum lækkuðu prólaktíngildi aftur og voru innan viðmiðunarmarka þrátt fyrir að meðferð hafi ekki verið breytt. Örfá dæmi fundust um hækkun á styrk kreatín-fosfókínasa. Eins og með önnur andpsýkótísk lyf fannst stundum einkennalaus breyting á blóðhag. **Pakkningar og verð:** Töflur 2,5 mg: 28 stk. 6.918 kr. Töflur 5 mg: 28 stk. 9.936 kr. Töflur 7.5 mg: 56 stk. 27.037 kr. Töflur 10 mg: 28 stk. 18.436 kr. og 56 stk. 34.942 kr. **Lyfið er lyfseðilsskylt og er greitt að fullu af Tryggingastofnun ríkisins. Markaðsleyfishafi:** Eli Lilly Nederland B.V.

1) *Tran et.al. J.Clin.Psychopharmacol 1997; 17: 407-418*

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

----- þegar þú ert orðinn stór



Ásgeir Haraldsson.

„Hann var manna best vígur. Hann hjó með báðum höndum og skaut, ef hann vildi, og vó svo skjótt með sverði, að þrjú þóttu á lofti að sjá. Hann skaut manna best af boga og hæfði allt það, er hann skaut til.“ Þessa mannlýsingu þekkja allir. En Gunnar á Hlíðarenda var ekki bara „vænn að yfirliti og ljóslitaður, réttnefjaður og hafið upp framanvert, bláeygur og snareygur, roði í kinnum, hárið mikið, gult og fór vel“, hann var einnig „mikill maður vexti og sterkur“. En hversu mikill maður, hversu stór og hversu þungur? Um það eru ekki nákvæmar heimildir.

Ekki er með vissu vitað hversu stórir forfeður okkar voru. Ekki þarf oft að reka sig upp undir þvertré og hurðarása í gömlum húsum til að sannfærast um að núlifandi kynslóð er hærri hinum fyrri. Vel er þekkt sú staðreynd að hver kynslóðin er nú hærri þeirri næstu á undan.

Í Læknablaðinu birtist nýlega grein (1) um hæð og þyngd íslenskra barna. Grein þessi er ítarleg og vel unnin og af henni má draga margvíslegan lærdóm. Rannsóknin gefur glögga mynd af vexti barna á Íslandi. Niðurstöðurnar skapa þannig grundvöll til að meta vöxt einstakra barna og bera saman við hópinn. Slík viðmiðun getur gefið mikilvægar vísbendingar um heilsu einstaklinga.

Þekking á vexti barna endurspeglar heilsu einstaklinganna en einnig ástand þjóðar og þjóðfélaga (2). Margir þættir hafa áhrif á líkamlegan vöxt og þroska. Erfðaþættir skipta miklu máli enda var Kolskeggur, bróðir Gunnars á Hlíðarenda einnig „mikill maður og sterkur“. Þó er ljóst að fleiri þættir koma við sögu. Annars værum við enn jafnhá forfeðrum okkar. Aðstæður og aðbúnaður, ásamt fæðu og umhverfi skipta máli. Eldri íslenskar rannsóknir staðfesta þetta að hluta til (3,4).

Niðurstöðurnar leiða einnig í ljós að Íslendingar eru með hávöxnustu þjóðum. Íslenskir karlar voru fyrr á öldinni 173 cm (4). Meðalhæð þeirra er nú 180,6 cm en meðalhæð kvenna 170,6 cm (1). Mikil hæðaraukning íslenskra karlmanna endurspeglar mögulega bættan aðbúnað þjóðarinnar á liðinni öld. Niðurstöðurnar eru sambærilegar norskum mælingum en nokkru hærri en tölur frá öðrum Norðurlöndum. Nýleg rannsókn frá Hollandi (5) sýnir þó að Hollendingar eru nú manna hávaxnastir. Meðalhæð fullvaxinna karlmanna þar í landi er nú 184 cm.

Grettir Ásmundarson var einnig mikill maður og rammur að afli. Fleira var þó athyglisvert í vexti Grettis sterka. Þegar Grettir synti til lands úr Drangey til að sækja eldinn lagðist hann til svefns að bænum Reykjum. Um morguninn komu þar að honum bóndadóttir og griðkona. Griðkonan mælti: „Svo vil ég heil, systir, hér er kominn Grettir Ásmundarson, og þykir mér raunar skammrifjamikill vera, og liggur ber. En það þykir mér fádæmi, hversu lítt hann er vaxinn niðri, og fer þetta eigi eftir gildleika hans öðrum.“

Hér er einnig úr vöndu að ráða. Ber að skilja söguna svo að Grettir Ásmundarson, eitt mesta karlmenni fornsagnanna, hafi raunverulega verið lítt vaxinn niðri? Eða var hann lítt vaxinn niðri miðað við hinn mikla massa? Ekki er vitað hver reynsla griðkonunnar hafi verið eða hver samanburðurinn var. Voru skagfirskir karlar þessara ára miklir vexti? Hafa ber einnig í huga nýafstaðið sundið í köldum sjónum! Einnig í þessari lýsingu úr Grettissögu vantar nákvæmari viðmiðanir.

Í þessu hefti Læknablaðsins eru tvær greinar um kynþroska íslenskra drengja og stúlkna (6,7). Fengur er að þessum greinum eins og hinni fyrri. Greinarnar veita mikilsverðar upplýsingar um líkamlegan þroska barna og skapa þannig forsendur til að meta frávik á réttan hátt. Einnig er samanburður við erlendar rannsóknir áhugaverður sem fyrr. Loks geta niðurstöðurnar gefið upplýsingar um ástand og aðbúnað barna en rannsóknir hafa bent til að aldur við upphaf kynþroska barna á Vesturlöndum fari lækkandi (8).

Það er hverri þjóð nauðsynlegt að hafa greinargóðar upplýsingar um heilsufar sitt. Upplýsingar um líkamlegan vöxt og og þroska barna gefa mikilvægar upplýsingar sem gagnast við greiningu frávika hjá einstökum börnum. Niðurstöðurnar gagna einnig við mat á ástandi þjóðarinnar.

Þeir voru miklir kappar, Grettir, Gunnar og Kolskeggur. Og ekki skal atgerfi Gunnars á Hlíðarenda dregið í efa sem „hljóp meira en hæð sína með öllum herklæðum og eigi skemmra aftur en fram fyrir sig“. En fróðlegt væri að vita hversu hátt hann stökk!

Heimildir

1. Dagbjartsson A, Þórsson ÁV, Pálsson GI, Arnórsson VH. Hæð og þyngd íslenskra barna og unglinga 6-20 ára. Læknablaðið 2000; 86: 509-14.
2. Goldstein H, Tanner JM. Ecological considerations in the creation and the use of Child Growth Standards. Lancet 1980; 1: 582-5.
3. Steffensen J. Menning og meinsemdir. Reykjavík: Ísafoldarprentsmiðja hf.; 1975: 237-57.
4. Hannesson G. Körbermasse und Körberproportionen der Isländer. Reykjavík: Árbók Háskóla Íslands/Supplement; 1925.
5. Fredriks AM, van Buuren S, Burgmeijer RJ, Meulmeester JF, Beuker RJ, Brugman E, et al. Continuing positive secular growth change in The Netherlands 1955-1997. Pediatr Res 2000; 47: 316-23.
6. Þórsson ÁV, Dagbjartsson A, Pálsson GI, Arnórsson VH. Kynþroski íslenskra drengja. Læknablaðið 2000; 86: 655-9.
7. Þórsson ÁV, Dagbjartsson A, Pálsson GI, Arnórsson VH. Kynþroski íslenskra stúlkna. Læknablaðið 2000; 86: 649-53.
8. Taranger J, Engström I, Lichtensten H, Svenberg-Redgren I. Somatic Pubertal Development. Acta Pediatr Scand Suppl 1976; 258: 121-35.

Höfundur er prófessor á Barnaspítala Hringsins, Landspítala Hringbraut.

Áskrifendur Læknablaðsins

sem ekki greiða áskriftargjald
með félagsgjaldi til LÍ

Einhverjir áskrifenda munu enn eiga ógreidda reikninga fyrir áskrift að Læknablaðinu árið 2000. Eru þeir beðnir að greiða það hið fyrsta. Áskrift innanlands er kr. 6.840 en fyrir áskrifendur erlendis kr. 6.000, þar sem þeir greiða ekki virðisaukaskatt.

Greiðsla áskriftar að Læknablaðinu

Hægt er að greiða áskrift að Læknablaðinu með því að senda greiðslu beint til blaðsins eða greitt með greiðslukorti frá VISA eða Eurocard. Þeir sem búsettir eru erlendis geta lagt greiðsluna inn á póstgíróreikning nr. 516651.

Þeir sem vilja greiða með greiðslukorti þurfa að hringja eða skrifa Læknablaðinu og gefa upp kortanúmer og kennitölu.

Sími **Læknablaðsins** er
564 4104
og heimilisfangið:
Hlíðasmára 8,
200 Kópavogi

Læknablaðið á netinu:

http://www.icemed.is/laeknabladid
netfang: journal@icemed.is

Megrunarlyf við offitu

XENICAL®
orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

Hylki 120mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Fylgikvillar offitu[3]:

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

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)

- Brjóstakrabbamein eftir tíðahvörf
- Legslímukrabbamein
- Ristilkrabbamein
- Óeðlileg hormónaframleiðsla í æxlunarfærum
- Fjölblöðru-eggjastokksheilkenni
- Minnkuð frjósemi
- Mjóbaksverkir
- Aukin áhætta við svæfingu
- Fósturgallar sem tengjast offitu móður

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

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

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

Skammtar og lyfjagjöf:
Fullorðnir: Ráðlagður skammtur af orlístati er eitt 120 mg hylki sem á að taka rétt fyrir, með eða allt að einni klst. eftir máltíð. Sé máltíð sleppt eða hún án fitu á að sleppa að taka lyfið inn.
Sjúklingurinn á að vera á fæði sem inniheldur eðlilegu næringarefni, en aðeins færri hitaeiningar en hans daglega þörf segir til um eða 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, sbr. tíx. 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 näkvæmt 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 huga 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). Dagleg fituneysla ætti að dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ef orlístat er tekið með einstaki fituríki máltíð, geta líkur á meltingartruflunum aukist.

Milliverkanir: Samtímis gjöf orlístats og fíbrata, akarbósa, sýklósporíns eða lyfja sem valda lystarleysi er ekki ráðlögð et rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi.
Þegar warfarín eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati (stöðr skammtar og langtíma meðferð) á að fylgjast með blóðstorkugildum.
Engar milliverkanir við digoxín, tenýtóín, getnaðarvarnarlyf, nifedipín, nifedipín forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Pravastatín: Ef orlístat er gefið sjúklingum sem taka pravastatín aukast (skammtaháð) aukaverkanir pravastatíns þ.á.m. nýrnaeitrunaráhrif, 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 hægða-losun (22% sjúklinga), fitugur/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægða-losun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Aðrar meðferðartengdar aukaverkanir sem komu fram við tíðni > 2% og með tíðni >1% yfir lyfleysu voru: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, 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 1.7. 2000:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 5.039 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 8.941 kr.

Greiðsluþátttaka: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðslu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini Elli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða að hámarki 1.250 krónur fyrir lyfið, en aðrir að hámarki 4.500 krónur.

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

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

Roche
Hoffmann - La Roche

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Loksins er komið lyf við offitu á markað á Íslandi

Megrunarlyf við offitu

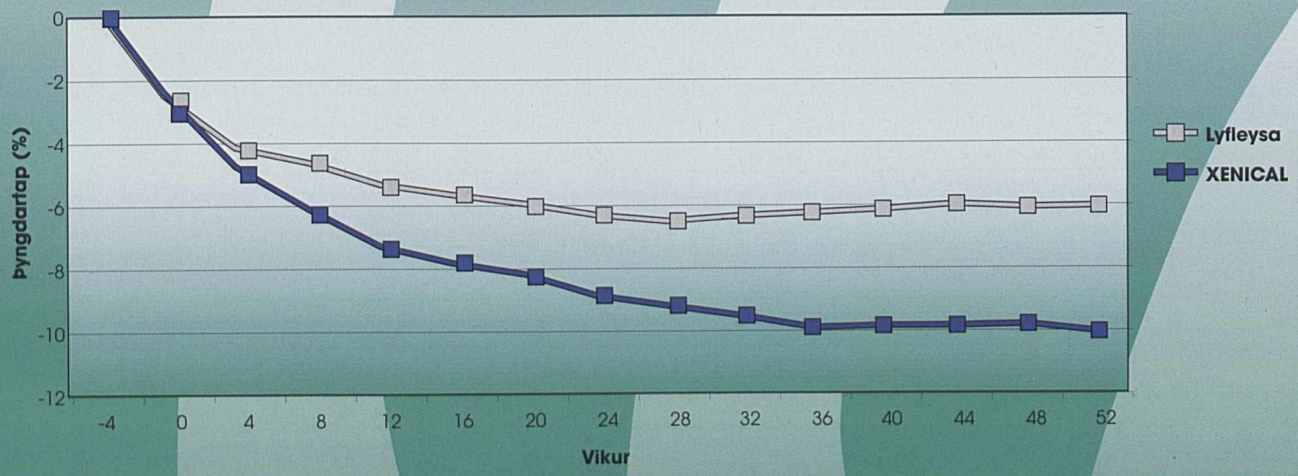
XENICAL®

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

Kynþroski íslenskra stúlkna

Árni V. Þórsson[1,3],

Atli Dagbjartsson[2,3],

Gestur I. Pálsson[2],

Víkingur H. Arnórsson[3]

Ágrip

Lýst er þverskurðarrannsókn (crosssectional) á kynþroska íslenskra stúlkna. Rannsóknin var hluti af stórri þverskurðarrannsókn á vexti og þroska íslenskra barna á aldrinum 6-16 ára. Í rannsókninni, sem fór fram á árunum 1983-1987, tók þátt alls 2751 drengur og 2775 stúlkur, eða samtals 5526 börn og unglingar. Allar mælingar og líkamsskoðun barnanna voru framkvæmdar af höfundum greinarinnar. Þroski brjósta og kynhára var stiggreindur samkvæmt aðferð Tanners (B 1-5 og PH 1-5). Til að kanna aldur við fyrstu tíðablæðingar (menarche) voru stúlkurnar spurðar hvort þær hefðu haft blæðingar. Svarið var skráð já eða nei.

Meðalaldur stúlkna við upphaf brjóstaþroska (B 2) var 10,84 (staðalfrávik 1,43) ár og við fyrsta mælanlegan kynháravöxt (PH 2) 11,46 (staðalfrávik 1,25) ár. Meðalaldur stúlkna við fyrstu tíðablæðingar var 13,26 (staðalfrávik 1,15) ár.

Þroski íslenskra stúlkna fylgir svipuðu ferli og lýst hefur verið á öðrum Norðurlöndum. Hins vegar virðist tímabilið 2,42 ár frá fyrstu einkennum kynþroska stúlkna (B 2) að fyrstu tíðablæðingum vera tiltölulega langt, borið saman við niðurstöður erlendra rannsókna.

Frá [1]barnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [2]Barnaspítala Hringsins Landspítalanum, [3]læknadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Árni V. Þórsson barnadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000; netfang: arniv@shr

Lykilorð: *kynþroski, vöxtur, íslenskar stúlkur.*

ENGLISH SUMMARY

Þórsson ÁV, Dagbjartsson A, Pálsson GI, Arnórsson VH

Puberty in Icelandic girls

Læknablaðið 2000; 86: 649-53

In a crosssectional study, 2775 healthy Icelandic girls, aged 6-16 years, were examined for physical signs of puberty. The study was performed in 1983-1987 and was a part of a larger crosssectional study of growth and development of 5526 Icelandic children all of whom were examined by the authors. Breast development stage 2 according to Tanner (B 2) was considered the first sign of puberty in girls. The mean age of Icelandic girls reaching B 2 was 10.84 years (SD 1.43). The mean time interval between B 2 and menarche was 2.42 years. The first signs of pubic hair growth, Tanner stage 2 (PH 2) were found at 11.46 years (SD 1.25). The mean time interval between PH 2 and PH 5 was 3.40 years.
Comparison with studies from other countries is difficult because of different methods and different study designs, but the timing and tempo of puberty in Icelandic girls seems to be similar to what has been reported from other Nordic countries and countries in Western-Europe.

Key words: puberty, growth, Icelandic girls.

Correspondence: arniv@shr

Inngangur

Kynþroskaskeiðið er það tímabil ævinnar sem einkennist af miklum breytingum á líkamsvexti ásamt sálrænum og félagslegum þroskabreytingum barnsins. Margar rannsóknir hafa leitt í ljós að mikill munur er á því hvenær kynþroskaeinkenni hefjast hjá börnum og eins er tíminn sem kynþroskinn tekur breytilegur (1-4). Aldur við upphaf og tímalengd kynþroska virðist stjórnast af erfðum og umhverfisþáttum. Á síðustu öld hefur aldur barna við upphaf kynþroska farið lækkandi (5). Einkum er þetta vel þekkt hvað varðar stúlkur, en upphaf tíðablæðinga (menarche) er kennileiti sem tiltölulega auðvelt er að skrá. Í mörgum þjóðlöndum er því tímasetning kynþroska stúlkna mun betur rannsökuð og skrásett en tímasetning kynþroska pilta. Allmargar rannsóknir hafa leitt í ljós að aldur stúlkna við upphaf tíðablæðinga fór lækkandi á fyrri hluta 20. aldarinnar. Á síðustu áratugum virðist umrædd lækkun í aldri við fyrstu tíðablæðingar hafa stöðvast eða jafnvel í sumum tilfellum hefur aldurinn farið hækkandi aftur (6,7). Rannsóknir hafa einnig leitt í ljós að aldur við upphaf tíðablæðinga var lægri meðal stúlkna sem bjuggu við betri félagslegar og efnahagslegar aðstæður (8).

Við birtum hér niðurstöður þverskurðarrannsóknar (crosssectional) á kynþroska íslenskra stúlkna.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var hluti af stórri rannsókn, þar sem nemendur í grunn- og framhaldsskólum víðs vegar um landið voru skoðaðir. Aðaltilgangur rannsóknarinnar var að meta vöxt og þroska íslenskra barna (9,10). Valinn var úrtakshópur barna úr þjóðskrá. Hópurinn var valinn þannig að skólabörn á höfuðborgarsvæðinu fædd fjórða hvern dag hvers mánaðar (það er fyrsta, fimmta, níunda, þrettánda og svo framvegis) voru beðin að taka þátt í rannsókninni. Utan höfuðborgarsvæðisins var úrtakshópurinn valinn á nokkuð annan hátt. Þar voru valdir ákveðnir grunnskólar og framhaldsskólar í öllum landsfjórðungum og allir nemendur

viðkomandi skóla rannsakaðir. Útilokuð frá rannsókninni voru börn og unglingar með líkamlegar fatlanir eða langvinna sjúkdóma, sem hugsanlega gætu haft áhrif á vöxt þeirra eða þroska.

Ofangreind aðferð var samþykkt af Tölvunefnd. Rannsóknin fór fram í samráði við landlækni og var samþykkt af siðaráði landlæknisembættisins. Fengið var leyfi skólayfirvalda til að rannsóknin færi fram í húsnæði skólanna og skólahjúkrunarfræðingar viðkomandi skóla veittu aðstoð við undirbúning og framkvæmd rannsóknarinnar. Fengið var skriflegt samþykki foreldra fyrir þátttöku barnanna. Rannsóknin, það er mælingar og líkamsskoðanir barna og unglinga, fór fram á tímabilinu 1983-1987 og var framkvæmd af höfundum þessarar greinar, sem eru allir sérfræðingar í barnalækningum. Framkvæmd var almenn líkamsskoðun auk þess sem mæld var þyngd og hæð barnanna, sitjandi og standandi. Mæld var þykkt húðfellinga á upphandlegg og baki. Leitað var upplýsinga um fæðingarþyngd, fjölda systkina og röð barns í hópi systkina, hvort barnið var fleirburi, fjölskyldustærð, aldur foreldra og störf. Í heilsufarssögu komu fram upplýsingar um uppruna barnsins, langvinna sjúkdóma og sjúkrahúslegur. Kynþroskastig voru ákvörðuð samkvæmt aðferð Tanners (4).

Tafla I. *Brjóstaþroski stúlkna samkvæmt stiggreiningu Tanners (2-5). Birtur er fjöldi einstaklinga, meðalaldur við hvert stig ásamt staðalfrávikum og mestu frávikum.*

	Fjöldi	Meðal-aldur	Staðal-frávik	Minnsti aldur	Mesti aldur
2	402	10,84	1,43	5,89	13,89
3	278	12,46	1,35	9,22	15,99
4	513	13,88	1,29	10,29	16,58
5	292	14,72	1,05	11,77	16,88

Tafla II. *Fjöldi stúlkna á mismunandi aldri, sem hafa náð hverju stigi brjóstaþroska samkvæmt stiggreiningu Tanners.*

Aldur	1	2	3	4	5	Ekki skráð	Földi
6	72	3	-	-	-	3	78
7	272	8	-	-	-	6	286
8	212	11	-	-	-	8	231
9	226	41	2	-	-	10	279
10	183	86	15	1	-	7	292
11	134	116	50	25	-	4	392
12	41	84	80	46	9	9	269
13	7	43	70	122	30	17	289
14	2	8	36	142	73	14	275
15	-	-	16	112	89	24	244
16	-	-	8	59	86	75	228
17	-	-	-	1	2	148	151

Tafla III. *Kynháraþroski stúlkna samkvæmt stiggreiningu Tanners (2-5). Birtur er fjöldi einstaklinga, meðalaldur við hvert stig ásamt staðalfrávikum og mestu frávikum.*

	Fjöldi	Meðalaldur	Staðalfrávik	Minnsti aldur	Mesti aldur
2	275	11,46	1,25	7,45	15,94
3	234	12,77	1,37	9,62	16,07
4	581	13,95	1,30	9,75	16,88
5	267	14,86	0,94	11,53	16,84

Tafla IV. *Fjöldi stúlkna á mismunandi aldri,sem hafa náð hverju stigi kynháraþroska samkvæmt stiggreiningu Tanners.*

	Stig Tanners						
Aldur	1	2	3	4	5	Ekki skráð	Fjöldi
6	77	-	-	-	-	1	78
7	282	1	-	-	-	3	286
8	227	-	-	-	-	4	231
9	262	12	-	-	-	5	279
10	239	42	9	1	-	1	292
11	196	83	29	19	-	2	329
12	68	71	66	61	2	1	269
13	21	44	62	132	19	11	289
14	1	13	38	151	69	3	275
15	-	1	17	132	88	6	244
16	-	1	12	77	85	53	228
17	-	-	-	3	1	147	151

Fimm stig kynháravaxtar voru metin sem hér segir:

Stig 1. Fyrir kynþroska. Kynháravöxtur greinist ekki frá öðrum líkamshárvexti svo sem á kviði.

Stig 2. Fíngerður vöxtur af tiltölulega ljósum og lítið lituðum, dúnkenndum hárvexti á skapabörm um.

Stig 3. Greinilega dekkri, grófari og hrokknari hárvöxtur, sem dreifist kringum kynfærin.

Stig 4. Kynhár eru nú eins og á fullorðinni konu, en ná yfir tiltölulega minna svæði.

Stig 5. Kynhár fullvaxin með dreifingu eins og sést hjá fullorðnum konum, kynhár ná niður á læri beggja vegna og stöku sinnum upp miðlínu.

Þroski brjósta var einnig metinn í fimm stigum:

Stig 1. Fyrir kynþroska. Engin merki um stækkun brjóstkirtla.

Stig 2. Smávægileg stækkun á brjóstkirtli undir geirvörtunni 1-3 cm í þvermál.

Stig 3. Vöxtur brjóstkirtilsins nær nú vel út fyrir geirvörtu og er mýkri viðkomu.

Stig 4. Brjóstkirtillinn nálgast fulla stærð en svæðið umhverfis geirvörtuna (areola) bungar fram.

Stig 5. Fullvaxinn brjóstkirtill. Áðurnefndar breyt ingar á geirvörtum í flestum tilfellum gengnar til baka.

Stúlkur voru spurðar hvort tíðablæðingar væru hafnar og svarið já eða nei skráð.

Að auki voru framkvæmdar nákvæmar mælingar á sitjandi og standandi hæð, þyngd, höfuðummáli og húðfitulagi.

Tölfræðilegar aðferðir: Tölfræðilegar niðurstöður voru skráðar í tölvuforritinu FileMaker Pro. Í því forriti voru reiknuð meðaltöl og staðalfrávik. 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 einum hópi. Dæmi: Til 12 ára stúlkna töldust þær stúlkur sem voru 11,50 ára til og með 12,49 ára.

Niðurstöður

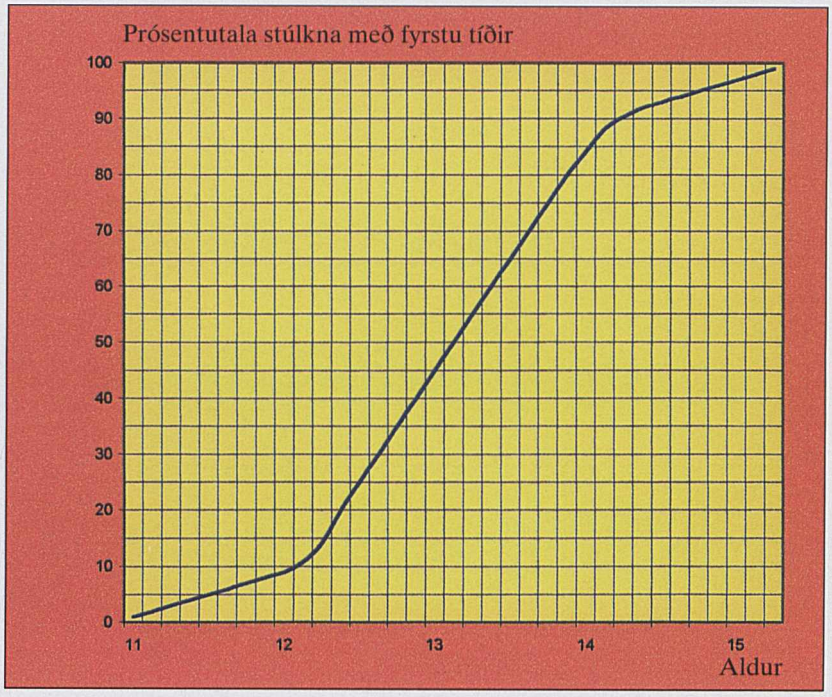
Í rannsókninni allri tóku þátt 5526 börn þar af 2775 stúlkur og var það meira en 95% af úrtakshópnum.

Tafla I sýnir brjóstaþroska stúlkna. Þar kemur fram að meðalaldur stúlkna með brjóstaþroska á stigi 2 (B 2) er 10,84 ár, staðalfrávik 1,43, lægsta gildi 5,89 ár og hæsta gildi 13,89 ár.

Tafla II sýnir fjölda stúlkna á hverju aldursári sem hafa náð hinum fimm stigum brjóstaþroska er skoðun fór fram. Taflan sýnir að stækkum á brjóstkirtlum fannst hjá 11 stúlkum fyrir átta ára aldur. Níu stúlkur höfðu náð fullum brjóstaþroska innan 13 ára aldurs.

Tafla III sýnir kynhárastigun stúlkna. Meðalaldur stúlkna sem greinast með fyrsta kynháravöxt er 11,46 ár, staðalfrávik 1,25 ár, lágmarksgildi 7,45 og hæsta gildi 15,94 ár. Að meðaltali líða þannig 0,62 ár frá fyrsta greinanlegum brjóstaþroska, þar til kynháravöxtur kemur fram.

Tafla IV sýnir þann fjölda stúlkna sem greindist með hvert af hinum fimm stigum kynháravaxtar á hverju aldursári. Fyrir níu ára aldur fannst kynháravöxtur einungis hjá einni stúlku og aðeins tvær stúlkur greindust með fullþroskaðan kynháravöxt innan 13 ára aldurs.



Mynd 1. *Línurit yfir aldur stúlkna við fyrstu tíðir (menarche).*

Tafla V. *Aldur stúlkna við fyrstu tíðir (menarche) reiknað út frá prósentutölum. Sýnd eru vikmörk (95% confidence limits (CL)).*

%	Aldur	95% CL	95% CL
1	10,60	10,35	10,82
2	10,91	10,69	11,11
3	11,11	10,90	11,30
4	11,26	11,06	11,44
5	11,38	11,19	11,55
6	11,49	11,30	11,65
7	11,58	11,40	11,73
8	11,66	11,48	11,81
9	11,73	11,56	11,88
10	11,80	11,64	11,94
15	12,08	11,93	12,21
20	12,30	12,17	12,42
25	12,49	12,37	12,60
30	12,66	12,55	12,77
35	12,82	12,72	12,93
40	12,97	12,87	13,07
45	13,12	13,02	13,22
50	13,26	13,17	13,37
55	13,41	13,31	13,51
60	13,55	13,45	13,66
65	13,71	13,60	13,82
70	13,86	13,76	13,98
75	14,04	13,92	14,16
80	14,23	14,11	14,36
85	14,45	14,32	14,60
90	14,73	14,58	14,90
91	14,80	14,65	14,97
92	14,87	14,72	15,05
93	14,95	14,79	15,14
94	15,04	14,88	15,24
95	15,15	14,97	15,35
96	15,27	15,09	15,48
97	15,42	15,23	15,64
98	15,62	15,41	15,85
99	15,93	15,70	16,19

Tafla VI. *Samanburður á aldri við fyrstu einkenni kynþroska hjá stúlkum ásamt aldri við fyrstu tíðir (menarche). Sýndur er aldur í árum. B 2 markar upphaf brjóstaþroska, PH 2 markar upphaf kynháravaxtar samkvæmt Tanner*.*

	Ísland	Bretland*	Sviss§	Svíþjóð¶	Noregur**	Holland§§
B 2	10,70	11,50	11,20	11,00		11,00
PH 2	11,20	11,70	10,70	11,50		11,30
Fyrstu tíðir	13,26	13,47	13,40	13,03	13,24	13,40

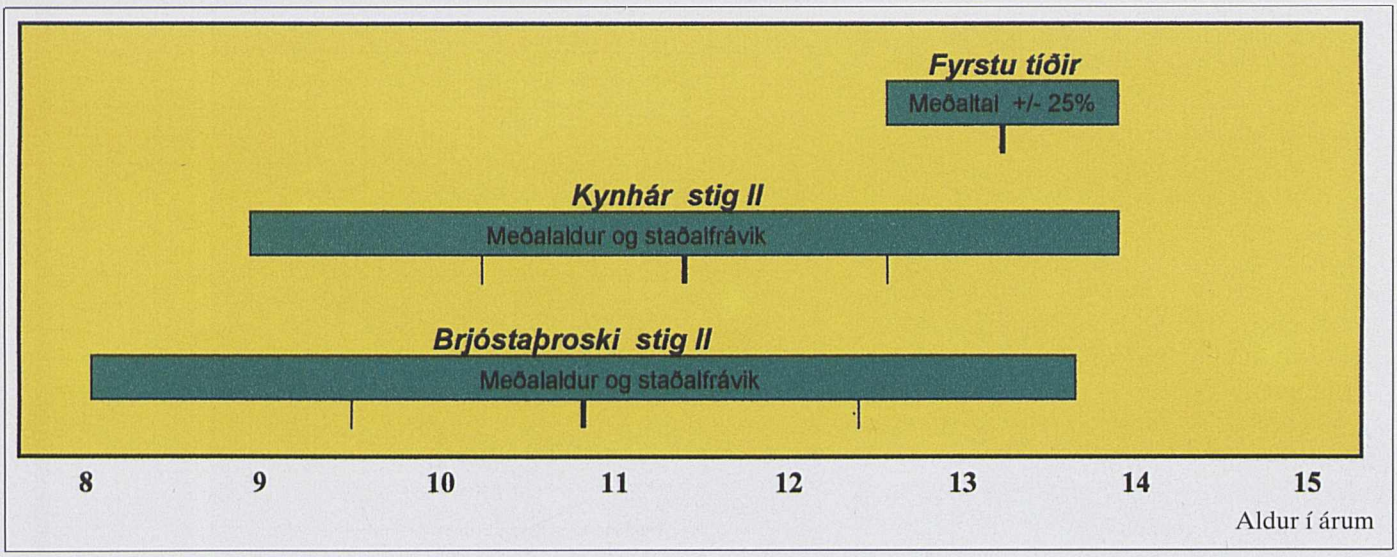
* (4)
§ (19)
¶ (20)
** (14)
§§ (17)

Mynd 1 sýnir hverjar líkur eru í prósentum fyrir því að tíðablæðingar séu hafnar miðað við aldur.

Í töflu VI má sjá meðalaldur stúlkna við upphaf tíðablæðinga, brjóstaþroska og kynháravaxtar, þar sem bornar eru saman niðurstöður rannsókna frá ýmsum löndum við niðurstöður íslensku rannsóknarinnar.

Umræða

Rannsóknir á þroska barna geta gefið mikilvægar upplýsingar. Frávik geta bent til sjúkdóma eða afbrigðilegs þroska. Einnig gefa niðurstöður slíkra rannsókna upplýsingar um þjóðfélagið á mismunandi tímum.



Mynd 2. *Aldursdreifing fyrstu einkenna kynþroska stúlkna samkvæmt stiggreiningu Tanners (brjóstaþroski stig 2 og kynháraþroski stig 2). Mörkuð eru meðaltöl og tvö staðalfrávik. Á myndinni er einnig gefinn meðalaldur stúlkna við fyrstu tíðir (menarche) ásamt 25% frávikum.*

Mikilvægt að rannsóknir og mælingar á þroska séu afar nákvæmar.

Rannsóknin sem hér hefur verið lýst er þverskurðarrannsókn og er að því leyti til sérstæð að fjórir sérfræðingar í barnalæknisfræði, allir með mikla klíníska reynslu, framkvæmdu mælingar og skoðanir á börnunum. Okkur er ekki kunnugt um neina hliðstæða rannsókn sem er að þessu leyti sambærileg.

Flestar rannsóknir á kynþroska eru svo kallaðar langtímarannsóknir (longitudinal). Þar er mun minni hópi barna fylgt eftir um ákveðið árabil, þar til vexti og þroska er lokið. Breska Harpenden rannsóknin, sem var framkvæmd af Marchall og Tanner, var til dæmis framkvæmd þannig að börnin voru ljósmynduð nakin og þroski metinn síðar af ljósmyndunum (4,11). Líklegt er að sú aðferð sé orsök þess að kynháravöxtur greinist heldur síðar en í öðrum rannsóknum.

Aldur við fyrstu tíðir er gott kennileiti til að meta kynþroska stúlkna. Meðalaldur íslenskra stúlkna við fyrstu tíðir er 13,26 ár og er þetta svipuð niðurstaða og fengist hefur við rannsóknir á öðrum Norðurlöndum og raunar í mörgum löndum Vestur-Evrópu (12). Ein fyrri rannsókn hefur verið birt um aldur íslenskra stúlkna við fyrstu tíðir (13). Samkvæmt þeirri rannsókn var meðalaldur stúlknanna 13,06 ár (staðalfrávik 1,17). Úrtakshópurinn var töluvert minni en í rannsóknninni sem hér er lýst og framkvæmdin önnur. Önnur rannsókn hefur verið gerð á tímasetningu fyrstu tíða hjá íslenskum stúlkum, en hún beindist fyrst og fremst að því að kanna breytingar á aldri við fyrstu tíðir á 20. öldinni (secular trend) (7). Mikill fjöldi fullorðinna kvenna var spurður um upphaf tíðablæðinga þegar þær mættu í krabbameinsleit. Fram kom að aldur við fyrstu tíðir fór lækkandi hjá íslenskum konum sem fæddar voru milli 1900 og 1950. Hjá konum fæddum milli 1951 og 1967 var hins vegar ekki um lækkun aldurs að ræða. Marktækar aldarbreytur koma fram þar sem fjöldi kvenna í rannsókninni var mjög mikill. Sú aðferð sem notuð var í okkar rannsókn gengur út frá ástandi á ákveðnum tímapunkti (status quo-aðferð) og er talin best til að fá fram nákvæma aldursgreiningu á þeim tímapunkti. Vegna mismunandi aðferða teljum við erfitt að fullyrða að aldursmunurinn sem kemur fram í íslensku rannsóknunum sé marktækur.

Eins og kemur fram í töflu VI er meðalaldur stúlkna við upphaf tíðablæðinga svipaður á Norðurlöndunum, í Noregi 13,24 ár (14) og í Svíþjóð 13,03 ár (5). Í Finnlandi var meðalaldur við fyrstu tíðir 13,16 ár (15) og í Danmörku 13,20 ár (16).

Fyrsta kynþroskaeinkenni íslenskra stúlkna, sem og meðal nágrannaþjóða, reyndist vera stækkun brjóstkirtla sem kom fram að meðaltali við aldurinn 10,70 ár. Fyrstu einkenni um kynháravöxt komu fram við 11,20 ára aldur að meðaltali eða hálfu ári síðar eins og víðast hvar í nágrannalöndum (tafla VI).

Meðaltímalengd frá fyrstu einkennum kynþroska stúlkna, það er fyrsta brjóstaþroska og upphafi tíðablæðinga (mynd 2) er 2,42 ár hjá íslenskum stúlkum. Meðaltímalengd milli kynháravaxtar á stigi 2 og 5 (PH 2-PH 5) var 3,40 ár. Athyglisvert er að bera þessar tölur saman við niðurstöður erlendra rannsókna, en niðurstöðum okkar ber vel saman við niðurstöður hollensku þverskurðarannsóknarinnar (17). Ólíkar niðurstöður komu hins vegar fram í grískri þverskurðarrannsókn, þar sem tímalengd frá B 2 til upphafs tíðablæðinga er 1,20 ár. Það gæti bent til þess að grískar stúlkur þroskist hraðar en norrænar. Á hinn bóginn var tímabilið PH 2-PH 5 4,95 ár í Grikklandi og meira en sjö ár í Kína (18).

Þannig kemur glögglega fram að ekki einungis tímasetning heldur einnig hraði kynþroska er mismunandi milli kynþátta og landssvæða og ræðst

það líklega fyrst og fremst af erfðaþáttum. Rannsóknir frá ýmsum löndum hafa gefið til kynna að aldur stúlkna við fyrstu tíðir fór lækkandi á síðustu öld. Orsakir þessara breytinga eru umdeildar, en flest bendir til að þær megi rekja til batnandi næringarástands og aukinnar velmegunar. Hins vegar virðist þessi lækkun í aldri hafa stöðvast, einkum á Norðurlöndum og í öðrum vestrænum löndum þar sem velmegun ríkir. Af því mætti álykta að erfðatengdum lágmarksaldri sé náð í þeim þjóðlöndum þar sem velmegun er mest (7,12).

Með vaxandi flutningi fólks af ýmsum kynþáttum til landsins er nauðsynlegt að hafa í huga að verulegur munur er á upphafi kynþroska í hinum ýmsu heimshlutum. Nú til dags finnst ótímabær kynþroski á Norðurlöndum oftast meðal stúlkna sem ættaðar eru frá Asíulöndum.

Í samantekt hafa rannsóknir okkar leitt í ljós að tímasetning og tímalengd kynþroskaskeiðs íslenskra stúlkna er svipuð því sem lýst hefur verið á Norðurlöndum og í flestum löndum Vestur-Evrópu. Frávik í þroska geta oft verið einkenni um sjúkdóma. Mikilvægt er að þeir sem starfa að heilsugæslu barna geri sér grein fyrir eðlilegum mörkum kynþroska. Þannig má koma í veg fyrir óþarfa áhyggjur, ef þroski barnsins er innan eðlilegra tímamarka, en að öðrum kosti gera ráðstafanir til viðeigandi rannsókna.

Þakkir

Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Íslands.

Höfundar þakka sérlega öllum þeim skólahjúkrunarfræðingum, víðs vegar um landið, sem lögðu fram ómælda vinnu við framkvæmd og skipulagningu rannsóknarinnar.

Heimildir

1. Tanner JM. Trend toward earlier menarche in London, Oslo, Copenhagen, the Netherlands and Hungary. Nature 1973; 243: 95-7.
2. MacMahon B. Age at menarche. In: National Survey DHEW Publication, No. 133 (HRA), Series 11. Bethesda, MD; 1973:1.
3. Zacharias LM, Rand M, Wurtman R. A prospective study of sexual development in American girls: the statistics of menarche. Obstet Gynecol Surv 1976; 33: 325-37.
4. Marchall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arc Dis Child 1969; 44: 291-303.
5. Taranger J. Secular changes in sexual maturation. Acta Med Auxol 1983; 15: 137-50.
6. Brundtland GH, Walloe L. Menarcheal age in Norway. Halt in the trend towards earlier maturation. Nature 1973; 241: 478-9.
7. Tryggvadottir L, Tulinius H, Larusdottir M. A decline and a halt in mean age at menarche in Iceland. Ann Hum Biol 1994; 21: 179-86.
8. Tanner JM, Eveleth PB. Variability between populations in growth and development at puberty. In: Berenberg SR, ed. Puberty. Leiden: Stenfert Kroese; 1975.
9. Dagbjartsson A, Þórsson ÁV, Pálsson G, Arnórsson VH. Hæð og þyngd íslenskra barna og unglinga 6-20 ára. Læknablaðið 2000; 86: 509-14.
10. Þórsson ÁV, Dagbjartsson A, Pálsson G, Arnórsson VH. Kynþroski íslenskra drengja. Læknablaðið 2000; 86: 655-9.
11. Marchall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in boys. Arc Dis Child 1970; 45: 13-23.
12. Danker-Hopfe H. Menarcheal age in Europe. Yearbook of physical anthropology 1986; 29: 81-112.
13. Magnússon ÞE. Meðalaldur íslenskra stúlkna við fyrstu tíðir. Læknablaðið 1980; 66: 110-3.
14. Brundtland GH, Liestol K, Walloe L. Height weight and menarcheal age of Oslo schoolchildren during the last 60 years. Ann Hum Biol 1980; 7: 307-22.
15. Widholm O, Kantero R. A statistical analysis of the menstrual patterns of 8,000 Finnish girls and their mothers. Acta Obstet Gynecol Scand Suppl 1971; 14: Suppl 14: 1-36.
16. Andersen E. Skeletal maturation of Danish schoolchildren in relation to height, sexual development and social conditions. Aarhus: Universitetsforlaget; 1968.
17. Roede MJ, van Wieringen JC. Growth Diagrams 1980. Tijdschrift vor Sociale Gezondheidszorg 1985; Suppl. 63: 1-34.
18. Dacou-Voutetakis C, Klontza D, Lagos P, Tzonou A, Katsaron E, Antoniadis S, et al. Age of pubertal stages including menarche in Greek girls. Ann Hum Biol 1983; 10: 557-63.
19. Largo RH, Prader A. Pubertal development in Swizz girls. Helv Paediatr Acta 1983; 38: 229-43.
20. Taranger J, Engstrom I, Lichtenstein H, Svennberg-Redegren I. VI. Somatic pubertal development. Acta Pediatr Scand Suppl 1976; 258: 121-35.



Livial® tibolon

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

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

Loksins laus við blæðingar?

Organon

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

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

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

Livial® tibolon
LYKILL AÐ AUKNU FRELSI

Kynþroski íslenskra drengja

Árni V. Þórsson[1,3],

Atli Dagbjartsson[2,3],

Gestur I. Pálsson[2],

Víkingur H. Arnórsson[3]

Ágrip

Gerð var þverskurðarrannsókn á ytri kynþroskaeinkennum hjá 2751 heilbrigðum íslenskum dreng á aldrinum 6-16 ára. Rannsóknin var hluti af stærri rannsókn sem fór fram á árabilinu 1983-1987 en þar var meðal annars mæld hæð, bæði sitjandi og standandi, þyngd og húðfita. Alls tóku 5526 börn og unglingar þátt í rannsókninni, og var það meira en 95% af upprunalegum úrtakshópi. Fyrstu einkenni kynþroska drengja eru talin þegar eistu ná 4 ml rúmmáls (T 4). Meðalaldur íslenskra drengja við upphaf kynþroska var 11,89 ár, staðalfrávik (standard deviation) 1,08 ár. Tímalengd sem tekur eistun að vaxa úr 4 ml í 12 ml (T 4 -T 12) var 2,21 ár. Fyrsti vöxtur kynhára (PH 2) fannst að meðaltali við 12,74 ár, staðalfrávik 1,37 ár. Tímalengd milli PH 2 og PH 5, þegar fullum þroska kynhára var náð, var að meðaltali 2,43 ár. Niðurstöður benda til að kynþroski íslenskra pilta fylgi svipuðu ferli og hjá piltum á Norðurlöndum og meginlandi Vestur-Evrópu. Samanburður við erlendar rannsóknir er hins vegar að mörgu leyti erfiður vegna ólíkra rannsóknaraðferða.

Inngangur

Kynþróun og kynþroski er samhangandi ferli sem hefst snemma á fósturskeiði. Á kynþroskaárum verða hraðar breytingar á ytri kyneinkennum og líkamsvexti. Þær verða fyrir tilstilli flókinna breytinga á hormónastarfsemi, einkum kynhormóna beggja kynja. Margar rannsóknir sem gerðar hafa verið á vexti og þroska ungmenna á síðustu áratugum hafa sýnt fram á verulegan breytileika bæði hvað snertir tímasetningu ytri kynþroskaeinkenna og þann hraða sem kynþroskatímabilið tekur (1,2). Tvenns konar aðferðir hafa aðallega verið notaðar til rannsókna á kynþroska unglinga. Í fyrsta lagi langtímarannsóknir (longitudinal) þar sem fylgst er með sömu einstaklingum til fjölda ára með nákvæmum, endurteknum mælingum og skoðunum. Í öðru lagi þverskurðarrannsóknir (crosssectional) þar sem tekið er valið úrtak og mikill fjöldi barna og unglinga skoðaður á tiltölulega stuttum tíma. Til er fjöldi rannsókna á hæðar- og þyngdarvexti barna og unglinga frá ýmsum þjóðlöndum heims. Flestar þeirra eru þverskurðarrannsóknir. Í fáum þessara rannsókna var framkvæmd samtímis skoðun og rannsókn á ytri kynþroskaeinkennum unglinganna enda er sú rannsóknaraðferð mun umfangsmeiri og erfiðari í framkvæmd. Allmargar rannsóknir, einkum hinar þekktu langtímarannsóknir Tanners og fleiri, hafa kortlagt kynþroskaferlið og þær ytri líkamsbreytingar sem verða hjá unglingum á kynþroskaaldrinum (1,3). Aðrar þekktar langtímarannsóknir á vexti og kynþroska hafa verið framkvæmdar meðal annars af Prader og félögum í Zürich í Sviss (4,5) og Taranger og félögum í Svíþjóð (6). Þverskurðarrannsóknir á kynþroskaeinkennum hafa til dæmis verið framkvæmdar í Hollandi af J.C. Van Wiringen og félögum (7) og í Bandaríkjum Norður-Ameríku af Harlan og félögum (8,9).

Hér er lýst þverskurðarrannsókn á kynþroska íslenskra pilta en rannsóknin var hluti af umfangsmikilli þverskurðarrannsókn á vexti og þroska íslenskra ungmenna.

Frá [1]barnadeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, [2]Barnaspítala Hringsins Landspítalanum, [3]læknadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Árni V. Þórsson barnadeild Landspítala Fossvogi. Sími: 525 1000; netfang: arniv@shr.is

Lykilorð: *kynþroski, vöxtur, íslenskir drengir.*

ENGLISH SUMMARY

Þórsson ÁV, Dagbjartsson A, Pálsson GI, Arnórsson VH

Puberty in Icelandic boys

Læknablaðið 2000; 86: 655-9

In a crosssectional study, 2751 healthy Icelandic boys aged 6-16 years, were examined for physical signs of puberty. The study was performed in 1983-1987 and was a part of a larger crosssectional growth study of 5526 Icelandic children all of whom were examined by the authors. Testicular volume of 4 ml (T 4) was considered the first sign of puberty in boys. The mean age of Icelandic boys reaching T 4 was 11.89 years (SD 1.08). The mean time interval between T 4 and T 12 was 2.21 years. The first signs of pubic hair growth, Tanner stage 2 (PH 2), were found at 12.74 years (SD 1.37). The mean time interval between PH 2 and PH 5 was 2.43 years. Even though comparison with studies from other countries is difficult because of different methods and different study design, we find that the timing and tempo of puberty in Icelandic boys is similar to what has been reported from other Nordic countries and countries in Western-Europe.

Key words: *puberty, growth, Icelandic boys.*

Correspondence: Árni V. Þórsson. E-mail: arniv@shr.is

Tafla I. *Kynháraþroski drengja samkvæmt stiggreiningu Tanners (2-5). Birtur er fjöldi einstaklinga, meðalaldur við hvert stig ásamt staðalfrávikum og mestu frávikum.*

Stig	Fjöldi	Meðal-aldur	Staðal-frávik	Minnsti aldur	Mesti aldur
2	385	12,74	1,37	7,40	16,87
3	162	13,87	0,98	11,05	16,61
4	342	14,63	0,95	11,65	16,56
5	156	15,17	0,80	12,01	16,59

Tafla II. *Fjöldi drengja á mismunandi aldri, sem hafa náð hverju stigi kynháraþroska samkvæmt stiggreiningu Tanners.*

	Stiggreining Tanners					
Aldur	1	2	3	4	5	Ekki skráð
6	97	-	-	-	-	0
7	238	1	-	-	-	4
8	270	2	-	-	-	3
9	254	5	-	-	-	3
10	285	17	-	-	-	4
11	267	34	2	-	-	9
12	160	103	16	4	1	4
13	88	103	42	33	4	2
14	23	83	62	113	26	0
15	5	26	35	111	61	2
16	-	6	3	77	63	46

Tafla III. *Rúmmál eistna mælt í millilítrum (Ml) með eistnamæli (orchidometer) Praders. Taflan sýnir fjölda drengja við hverja mælieiningu, meðalaldur og staðalfrávik, minnsta og mesta aldur.*

Ml	Fjöldi	Meðal-aldur	Staðal-frávik	Minnsti aldur	Mesti aldur
1	337	8,31	1,50	5,52	13,09
2	1027	9,17	1,73	5,52	14,97
3	239	10,90	1,69	5,93	14,92
4	115	11,89	1,08	7,30	14,34
5	87	12,60	1,03	10,26	14,80
6	101	12,82	0,98	10,47	15,82
8	117	13,12	1,20	10,74	16,37
10	141	13,84	1,00	11,37	16,16
12	161	14,10	0,97	11,05	16,64
15	172	14,54	1,08	11,65	16,87
20	191	15,03	0,86	12,55	16,59
25	43	15,05	0,91	13,30	16,28

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var hluti af stærri og umfangsmeiri rannsókn þar sem nemendur í grunnskólum og framhaldsskólum víðs vegar um landið voru skoðaðir. Aðaltilgangur rannsóknarinnar var að meta vöxt og þroska íslenskra barna (10,11). Í upphafi var valinn úrtakshópur barna af höfuðborgarsvæðinu á aldrinum 6-16 ára. Samkvæmt tölfræðilegum ráðleggingum var hópurinn valinn þannig að skólabörn fædd fjórða dag hvers mánaðar, það er fyrsta, fimmta, níunda, þrettánda og svo framvegis, voru beðin um að taka þátt í rannsókninni. Utan höfuðborgarsvæðisins var úrtakshópurinn valinn á nokkuð annan hátt. Þar voru valdir ákveðnir grunnskólar og framhaldsskólar í öllum landsfjórðungum og allir nemendur viðkomandi skóla rannsakaðir. Útilokuð frá rannsókninni voru börn og unglingar með líkamlegar fatlanir eða langvinna sjúkdóma, sem hugsanlega gætu haft áhrif á vöxt þeirra eða þroska.

Tölvunefnd samþykkti að úrtakshópurinn yrði valinn úr þjóðskrá. Rannsóknin fór fram í samráði við landlækni og var samþykkt af siðaráði landlæknisembættisins. Fengið var leyfi skólayfirvalda til að rannsóknin færi fram í húsnæði skólanna og skólahjúkrunarfræðingar viðkomandi skóla veittu aðstoð við undirbúning og framkvæmd rannsóknarinnar. Foreldrar veittu skriflegt leyfi fyrir þátttöku barna sinna í rannsókninni.

Allar mælingar og skoðanir voru framkvæmdar af höfundum þessarar greinar, sem allir eru barnalæknar. Framkvæmd var almenn líkamsskoðun auk þess sem mæld var þyngd og hæð barnanna, sitjandi og standandi. Mæld var þykkt húðfellinga á upphandlegg og baki. Leitað var upplýsinga um fæðingarþyngd, fjölda 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/kynþátt), langvinna sjúkdóma og sjúkrahúslegur.

Fimm stig kynháravaxtar voru metin samkvæmt aðferð Tanners (1).

Stig 1. Fyrir kynþroska. Kynháravöxtur greinist ekki frá öðrum líkamshárvexti svo sem á kviði.

Stig 2. Fíngerður vöxtur af tiltölulega löngum og lítið lituðum, dúnkenndum hárvexti aðallega við rætur reðurs.

Stig 3. Greinilega dekkri, grófari og hrokknari hárvöxtur í kringum kynfærin.

Stig 4. Kynhár eru nú eins og á fullorðnum en ná yfir tiltölulega minna svæði en hjá flestum fullvöxnum körlum, engin dreifing niður á læri né upp að nafla.

Stig 5. Kynhár fullvaxin að magni til og dreifing eins og á fullorðnum, kynhár ná niður á lærin beggja vegna og í flestum tillfellum upp undir naflann.

Stærð eistna var metin í millilítrum rúmmáls samkvæmt eistnamæli (orchidometer) Praders (12).

Að auki voru framkvæmdar nákvæmar mælingar á sitjandi og standandi hæð, þyngd, höfuðummáli og húðfitulagi.

Tölulegar niðurstöður voru skráðar í tölvuforritinu FileMaker Pro. Í því forriti voru reiknuð meðaltöl og staðalfrávik. 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 einum hópi.

Dæmi: Til 12 ára drengja töldust þeir drengir sem voru 11,50 ára til og með 12,49 ára. Ekki var tekið tillit til búsetu við útreikninga á niðurstöðum þessa hluta rannsóknarinnar, en tölfræðilegur munur fannst ekki á vexti barna af höfuðborgarsvæðinu borið saman við börn af landsbyggðinni (10).

Tafla IV. *Fjöldi drengja á mismunandi aldri flokkaðir eftir rúmmáli eistna.*

	Rúmmál											
Aldur	1	2	3	4	5	6	8	10	12	15	20	25
631	59	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7	85	141	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-
8	77	184	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	70	171	15	1	-	-	-	-	-	-	-	-
10	42	209	43	5	1	1	-	-	-	-	-	-
11	19	160	63	33	11	6	14	1	1	-	-	-
12	7	64	55	43	29	38	21	12	8	8	-	-
13	3	23	27	24	25	29	36	37	28	25	13	2
14	-	1	9	8	16	20	31	53	65	49	38	11
15	-	1	1	-	3	6	11	28	47	52	74	10
16	-	-	-	-	-	1	3	10	8	36	67	2

Niðurstöður

Í rannsókninni tóku þátt samtals 5626 börn og unglingar, þar af 2751 drengur, og var það meira en 95% af úrtakshópnum.

Tafla I sýnir stigreiningu kynhára drengja samkvæmt flokkun Tanners. Meðalaldur drengja með kynhárastig 2 (PH 2), var 12,74 ár (staðalfrávik 1,37 ár). Fyrir stig 5 (PH 5) var meðalaldur 15,17 ár (staðalfrávik 0,8 ár). Meðaltímalengd milli PH 2 og PH 5 var 2,43 ár.

Tafla II sýnir aldursdreifingu drengjanna miðað við stiggreiningu kynhára samkvæmt Tanner. Taflan sýnir meðal annars að hjá 859 drengjum innan 10 ára aldurs fannst kynháravöxtur aðeins í átta tilfellum og kynháraþroski stig 5 fannst aðeins hjá fimm drengjum innan 14 ára aldurs.

Tafla III sýnir rúmmál eistna í millilítrum miðað við aldur. Meðalaldur drengja með eistu að stærð 4 ml var 11,89 ár (staðalfrávik 1,08 ár), en miðað er við að eistnastærð 4 ml marki upphaf kynþroska drengja. Meðalaldur drengja með 12 ml eistnarúmmál var 14,10 ár (staðalfrávik 0,97 ár), en 12 ml hafa verið talin neðri mörk eðlilegrar stærðar eistna hjá fullorðnum körlum.

Tafla IV sýnir aldursdreifingu drengjanna miðað við rúmmál eistna. Af 1158 drengjum innan 11 ára aldurs höfðu aðeins sjö náð 4 ml eistnastærð.

Tafla V sýnir samanburð íslensku rannsóknarinnar við erlendar niðurstöður. Þar kemur fram tímasetning kynþroskaeinkenna drengja í nokkrum löndum Evrópu. Tölurnar sýna meðalaldur í árum. Skilgreining á fyrstu kynþroskaeinkennum „G-2" var notuð í hollensku rannsókninni sjá nánari umfjöllun í umræðu.

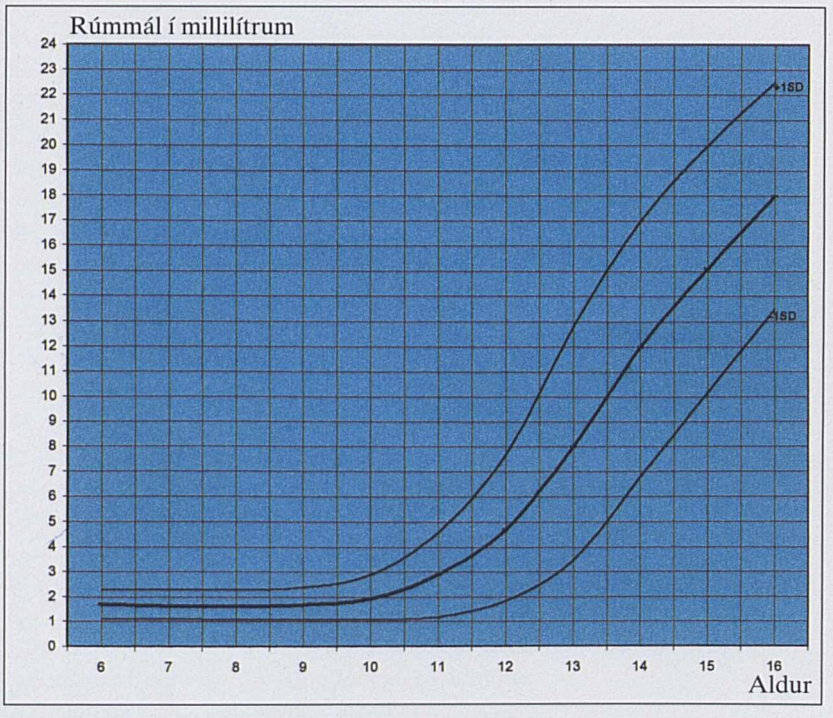
Mynd 1 sýnir línurit yfir stærð eistna. Línuritið sýnir rúmmál í ml, miðað við aldur. Sýnd er meðaltalskúrfa með einu staðalfráviki.

Mynd 2 sýnir fyrstu kynþroskaeinkenni drengja, það er eistu að rúmmáli 4 ml og kynhárastig 2. Sýnd eru eitt og tvö staðalfrávik.

Tafla V. *Samanburður á tímasetningu kynþroskaeinkenna drengja í nokkrum löndum Evrópu. G-2* markar fyrstu breytingar á kynfærum drengja.*

Land	Heimild nr.	G-2	T 4§	PH 2¶	PH 4
Ísland	10		11,89	12,74	14,63
Bretland	2		11,64	13,44	14,36
Holland	7	11,33		11,71	13,96
Sviss	5		11,80	12,20	14,20
Svíþjóð	6		12,22	12,52	14,10

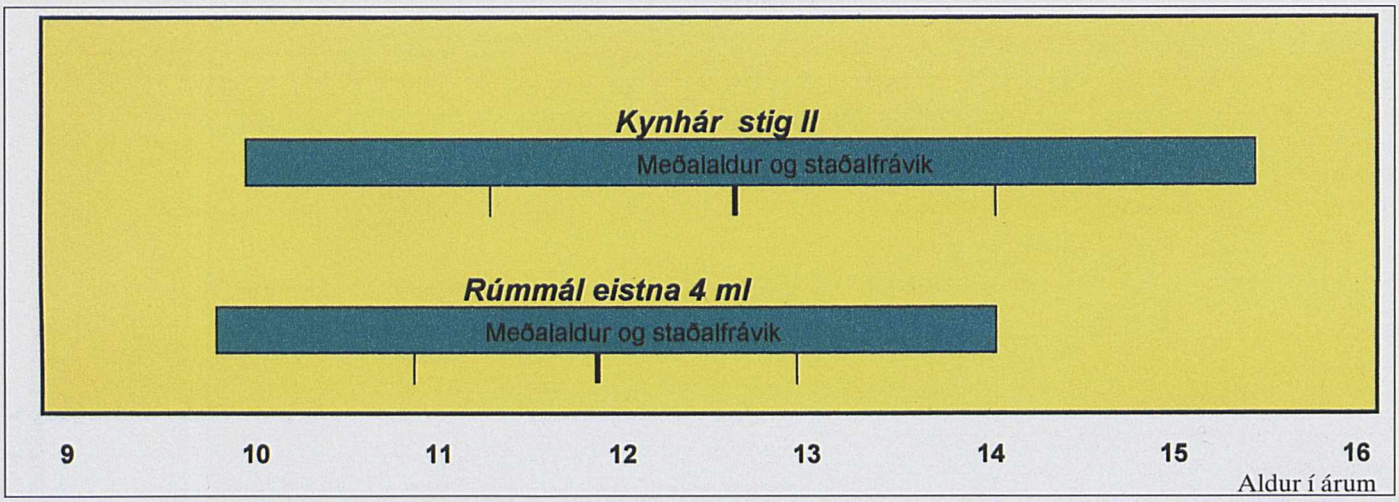
* G-2 = Fyrsta merkjanleg stækkun á eistum og fyrstu sjáanlegar breytingar á húð pungsins.
§ T 4 = Eistu ná 4 ml rúmmáli.
¶ PH 2 = Fyrsti merkjanlegi vöxtur kynhára.



Mynd 1. *Línurit yfir rúmmál eistna íslenskra drengja á aldrinum 6-16 ára, mælt í millilítrum með eistnamæli (orcidometer) Praders. Línuritið sýnir meðalrúmmál ásamt plús og mínus einu staðalfráviki.*

Umræða

Rannsókn sú er hér hefur verið lýst er um margt sérstæð. Flestar rannsóknir á kynþroska unglinga hafa verið hluti af langtímarannsóknum þar sem



Mynd 2. *Aldursdreifing fyrstu einkenna kynþroska drengja (kynhárastig 2 samkvæmt stiggreiningu Tanners og rúmmál eistna 4 ml). Mörkuð eru meðaltöl og tvö staðalfrávik.*

fylgst er með hópi barna á vaxtarskeiði. Rannsókn okkar nær til barna og unglinga á aldrinum 6-16 ára og jafnframt voru gerðar mælingar á vexti og fitudreifingu. Íslenska rannsóknin er einnig nokkuð sérstök að því leyti að fjórir sérfræðingar í barnalæknisfræði, allir með langa klíníska reynslu, framkvæmdu sjálfir mælingar og skoðanir á börnunum. Sérstaka gát þarf að hafa við skoðanir á viðkvæmum unglingum, en undantekningarlítið var samvinna mjög góð.

Kynþroski íslenskra drengja hefst á aldrinum 9,70-14,10 ára, meðaltal 11,89 ár, og eru þá notuð tvö staðalfrávik frá meðaltali til að skilgreina eðlileg tímamörk.

Niðurstöður íslensku rannsóknarinnar eru bornar saman við erlendar niðurstöður í töflu V. Þar sést að fyrstu kynþroskaeinkenni drengja í Englandi komu fram við 11,64 ára aldur, í Svíþjóð 1976 við 12,22 og í Zürich 1974 við 11,80 ára aldur (1,6,5).

Meðalaldur drengja með fyrsta vöxt kynhára (PH 2) var í okkar rannsókn 12,74 ár. Sambærilegar niðurstöður úr ensku, sænsku og svissnesku rannsóknunum voru 13,44, 12,52 og 12,20 ár.

Áðurnefndar rannsóknir, sem hafa um langt bil verið notaðar til viðmiðunar um þroska unglinga voru þó allar framkvæmdar á nokkuð ólíka vegu og verður að gæta varúðar við samanburð rannsóknanna. Enska rannsóknin var til dæmis framkvæmd þannig að börnin voru ljósmynduð nakin og þroski metinn síðar. Vafalaust er sú aðferð orsök þess að kynháravöxtur greindist þá heldur síðar en í öðrum rannsóknum. Allar áðurnefndar rannsóknir eru langtímarannsóknir, en í slíkum rannsóknum er hver einstaklingur skoðaður endurtekið á löngu tímabili.

Þverskurðarrannsókn gefur gott yfirlit yfir ástand eða stöðu á ákveðnum tímapunkti, en langtímarannsóknir meta breytileika milli einstaklinga og gefa betri upplýsingar um tengsl vaxtarhraða við mismunandi stig eða ytri einkenni kynþroska. Sú rannsókn, sem kemst líklega næst því að vera sambærileg við íslensku rannsóknina, er þverskurðarrannsókn Hollendinga á vexti barna frá 1985, en þar voru einnig metin kynþroskaeinkenni (7). Þó var ekki notuð aðferð Praders að meta stærð eistna með eistnamæli heldur var kynþroska skipt í svokölluð kynfærastig (genital staging). Í hollensku rannsókninni var G-2 skilgreint sem fyrsta merkjanleg stækkun á eistum og fyrstu sjáanlegar breytingar á húð pungsins. Samkvæmt því mati komu fyrstu kynþroskabreytingar drengja í Hollandi fram að meðaltali við 11,33 ára aldur, sem er heldur fyrr en annars staðar hefur verið lýst. (tafla V) Þessi niðurstaða er nokkuð athyglisverð í ljósi þess að tímasetning fyrstu tíðablæðinga stúlkna (menarche) í Hollandi er sambærileg við það sem gerist hjá stúlkum á Norðurlöndum, þar á meðal á Íslandi (7,11,13). Þannig verður að telja fremur ólíklegt að hollenskir drengir þroskist marktækt fyrr en norrænir.

Neðri mörk eðlilegrar stærðar eistna hjá fullvöxnum körlum er talin vera 12 ml (T 12). Meðalaldur íslenskra drengja með eistu að stærð 12 ml var 14,10 ár (11,05-16,65). Langtímarannsóknir hafa sýnt að vaxtarhraði pilta er mestur um 14 ára aldur (3) eða þegar rúmmál eistna er á bilinu 10-12 ml og PH stig 3-4. Tímalengdin sem tók drengi að þroskast T 4-T 12 var að meðaltali 2,21 ár. Meðaltími milli PH 2 og PH 4 var 1,89 ár.

Þótt þverskurðarrannsókn gefi ekki nema óbeina möguleika til að meta vaxtarhraða, má ráða af niðurstöðum okkar að mesti vaxtarhraði íslenskra drengja sé við 14 ára aldurinn (10).

Meðalhæð pilta með T 4 var 150,8 cm (staðalfrávik 7,0) og meðalhæð við T l2 var 166,3 cm (staðalfrávik 7,6). Við T 20 var meðalhæð 175,9 cm (staðalfrávik 6,9).

Kynþroski íslenskra drengja hefst ári síðar (1,05 ár) en hjá stúlkum (11) sem er nánast sama niðurstaða og í hollensku rannsókninni. Aðrar rannsóknir hafa sýnt meiri mun milli upphafs kynþroska drengja og stúlkna (1,14,15).

Önnur ytri einkenni kynþroska hjá drengjum, en hér hafa verið nefnd eru mun síður fallin til marktækra samanburðarrannsókna. Í svissnesku langtímarannsókninni fannst til dæmis að meðalaldur drengja með fyrstu raddbreytingar (mútur) var 14,60 ár (5). Mjög mikill breytileiki er þó í raddbreytingum drengja og erfitt að merkja hvænær þær byrja. Skakkebæk og félagar í Danmörku gerðu tilraunir til að meta fyrstu sæðisframuframleiðslu pilta (spermarche) og fundu að meðalaldur við fyrstu sæðisframuframleiðslu hjá dönskum piltum var 13,70 ár (11,70-15,00) (14).

Flestar rannsóknarniðurstöður benda til að kynþroski og vöxtur unglinga á Norðurlöndum og Vestur-Evrópu fylgi svipuðu ferli og að íslenskir drengir skeri sig ekki úr hvað varðar tímasetningu eða hraða kynþroska.

Frávik í þroska geta oft verið einkenni um sjúkdóma og því er mikilvægt að gera sér grein fyrir eðlilegum mörkum kynþroska í hverju samfélagi. Með vaxandi flutningi fólks af ýmsum kynþáttum til landsins er nauðsynlegt að hafa í huga að verulegur munur er á upphafi kynþroska í hinum ýmsu heimshlutum. Til dæmis má nefna að á Norðurlöndum er algengast að finna ótímabæran kynþroska hjá stúlkum sem ættaðar eru frá Asíulöndum.

Í samantekt hefur rannsókn okkar á líkamsþroska íslenskra drengja sýnt, eins og raunar hefur verið lýst í fyrri rannsóknum erlendis, að tímamörk eðlilegs kynþroska eru víð og ennfremur er mikill breytileiki í hraða kynþroskans milli einstaklinga. Mikilvægt er að þeir sem starfa að heilsugæslu barna geri sér grein fyrir þessum breytileika. Þannig má forðast óþarfa áhyggjur, ef þroskaeinkenni barnsins eru innan eðlilegra tímamarka, en jafnframt gera ráðstafanir til rannsókna þegar þess gerist þörf.

Þakkir

Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Íslands.

Höfundar þakka sérlega öllum þeim skólahjúkrunarfræðingum, víðs vegar um landið, sem lögðu fram ómælda vinnu við framkvæmd og skipulagningu rannsóknarinnar.

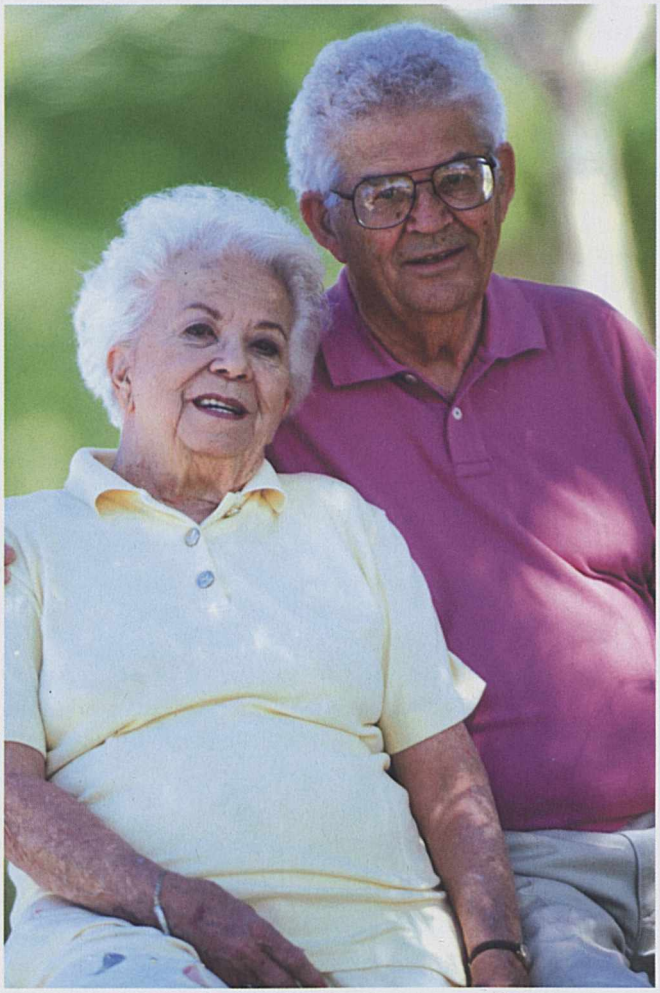
Heimildir

1. Marchall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in boys. Arc Dis Child 1970; 45: 13-23.
2. Wheeler MD. Physical changes at puberty. In: Styne DM, ed. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America. Philadelphia: W.B. Saunders; 1991; 20: 1-14.
3. Tanner J, Whitehouse R, Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and the stages of puberty. Arch Dis Child 1976; 51: 170-9.
4. Largo RH, Prader A. Pubertal development in Swizz girls. Helv Paediatr Acta 1983; 38: 229-43.
5. Largo RH, Prader A. Pubertal development in Swizz boys. Helv Paediatr Acta 1983; 38: 211-28.
6. Taranger J, Engström I, Lichtensten H, Svenberg-Redegren I. Somatic Pubertal Development. Acta Pediatr Scand Suppl. 1976; 258: 121-35.
7. Roede MJ, van Wieringen JC. Growth Diagrams 1980. Tijdschrift vor Sociale Gezondheidszorg 1985; Suppl. 63: 1-34.
8. Harlan WR, Harlan EA, Grillo GP. Secondary sex characteristics of girls 12-17 years of age: The U.S. Health Examination Survey. J Ped 1980; 96: 1074-8.
9. Harlan WR, Grillo GP, Cornoni-Huntley J, Leaverton PE. Secondary sex characteristics of boys 12-17 years of age: The U.S. Health Examination Survey. J Ped 1979; 95: 293-7.
10. Dagbjartsson A, Þórsson ÁV, Pálsson G, Arnórsson VH. Hæð og þyngd íslenskra barna og unglinga 6-20 ára. Læknablaðið 2000; 86: 509-14.
11. Þórsson ÁV, Dagbjartsson A, Pálsson G, Arnórsson VH. Kynþroski íslenskra stúlkna. Læknablaðið 2000; 86: 649-53.
12. Zachmann M, Prader A, Kind HP, Haflinger H, Budliger H. Testicular volume during adolescence. Cross-sectional and longitudinal studies. Helv Paediatr Acta 1974; 29: 61-72.
13. Magnússon ÞE. Meðalaldur íslenskra stúlkna við fyrstu tíðir. Læknablaðið 1980; 66: 110-3.
14. Marchall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arc Dis Child 1969; 44: 291-303.
15. Tanner JM, Whitehouse RH, Marubini E, Resele LF. The adolescent growth spurt of boys and girls of the Harpenden Growth Study. Ann Hum Biol 1976; 3: 109-26.
16. Nielsen CT, Skakkebaek NE, Darling JA, Hunter WM, Richardson DW, Jorgensen M, et al. Longitudinal study of testosterone and luteinizing hormone (LH) in relation to spermarche, pubic hair, height and sitting height in normal boys. Acta Endocrinol Suppl 1986; 279: 98-10.

Aventis

Amaryl®

Glimepirid



Til meðferðar á insúlínóháðri sykursýki

- **Einfalt í notkun: Alltaf gefið einu sinni á dag með fyrstu máltíð dagsins** [1)]
- **Minni hætta á óæskilegu blóðsykursfalli í samanburði við önnur súlfónýlúrealyf** [2)]
- **Insúlínsparandi eiginleikar** [3)]

Amaryl®
Töflur: Hver tafla inniheldur: Glimepiridum 1 mg, 2 mg eða 3 mg. **Ábendingar:** Insúlínóháð sykursýki þegar blóðsykri er ekki hægt að stjórna með mataræði eða megrun. Amaryl má einnig nota samhliða insúlíni. **Skammtastærðir og notkun:** Amaryl er gefið einu sinni á dag. Töflurnar á að taka með fyrstu máltíð dagsins. *Upphafsskammtur og aukning skammta:* Upphafsskammtur er 1 mg á dag. Eftir þörfum er skammtur aukinn um 1 mg með 1-2 vikna millibili. Venjulega er viðhalds dagsskammtur um 1- 4 mg. Ef 4 mg nægja ekki á að íhuga að skipta yfir á insúlínmeðferð eða samsetta meðferð með insúlíni eða öðrum sykursýkilyfjum til inntöku. *Skipti frá öðrum sykursýkilyfjum til inntöku:* Byrja á meðferð með 1 mg á dag, daginn eftir að gjöf fyrra lyfsins er hætt. Eftir þörfum er skammtur aukinn um 1 mg aðra hverja viku. Ef ekki næst nægilega góð stjórnun hjá sjúklingum á lyfinu, skal samhliða insúlínmeðferð hafin. Halda skal sömu skammtastærð af glímepíríd og hefja insúlínmeðferð fyrst með lágum skömmtum og svo skal smám saman hækka skammtinn. **Frábendingar:** Insúlínháð sykursýki, sykursýkidá, ketónblóðsýring, alvarlegir nýrna- eða lifrasjúkdómar, ofnæmi fyrir glímepíríð eða öðrum súlfónýlúrealyfjum eða súlfónamíðum eða hjálparefnum í lyfinu. Við mjög skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er nauðsynlegt að skipta yfir í insúlínmeðferð. Lyfið má hvorki nota á meðgöngu né hjá konum með barn á brjósti. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Lyfið skal taka rétt fyrir eða með mat. Ef máltíðir eru óreglulegar eða þeim alveg sleppt, getur meðhöndlun með lyfinu valdið lágum blóðsykri. Það er þekkt frá notkun á öðrum sulfónýlúrealyfjum að þótt upphaflega sé auðveldlega hægt að snúa blóðsykurslækkuninni við getur hún átt sér stað aftur. Við meðferð með lyfinu er þörf á reglulegum mælingum á sykur magni í blóði og þvagi. Auk þess er mælt með að meta hlutfall af glúkósatengdu hemóglóbíni. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi eða hjá sjúklingum í blóðskilun. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er mælt með að skipta yfir í insúlínmeðferð. **Milliverkanir við lyf eða annað:** Ef lyfið er tekið samtímis öðrum lyfjum, geta bæði óæskileg hækkun og lækkun á blóðsykursáhrifum glímepíríds átt sér stað. Neysla alkóhóls getur á ófyrirsjáanlegan hátt aukið eða minnkað blóðsykurslækkandi áhrif glímepíríds. **Meðganga og brjóstagjöf:** Amaryl má ekki nota á meðgöngu. Þar sem súlfónýlúrea-afleiður eins og glímepíríd útskiljast í brjóstamjólk eiga konur með börn á brjósti ekki að nota lyfið. **Aukaverkanir:** Miðað við þá reynslu sem fengist hefur með notkun á Amaryl og öðrum súlfónýlúrealyfjum er nauðsynlegt að taka fram eftirfarandi aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar eru ógleði (um 2%), niðurgangur (um 2%) kviðverkir, uppþemba og uppköst. Sjaldgæfar (0,1-1%): Ofnæmis- eða ofnæmislík viðbrögð, t.d. kláði, útbrot, roði, ofsakláði. Blóðsykursfall. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Blóðflagnafæð, hvítfrumnafæð. Aukið ljósnæmi. Vegna breytinga á blóðsykri geta komið fram tímabundnar sjóntruflanir í upphafi meðferðar. **Pakkningar og verð (1. júlí 2000):** Töflur 1 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 911 kr., 90 stk. (þynnupakkað) 2.467 kr. Töflur 2 mg: 90 stk. (þynnupakkað) 3.884 kr. Töflur 3 mg: 90 stk. (þynnupakkað) 4.874 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** Almannatryggingar greiða lyfið að fullu. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Sjá nánari upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá 2000.

Heimildir: 1) Rosenstock J. et al. Glimepiride, a new once daily sulfonylurea. Diabetes Care 1996; 11: 1194-1199. 2) Dills D. et al: Clinical Evaluation of glimepirid versus glyburide. Horm Metab Res 1996; 9: 426-429. 3) Draeger E: Clinical profile of glimepiride. Diabetes Research & Clinical Practice 1995 28 Suppl.: S139-S146.

NONNI OG MANNI • NM01648 / SIA.IS

Lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna

Anna Margrét Halldórsdóttir[1],

Bjarni A. Agnarsson[1],

Hrafn Tulinius[2],

Kristín Bjarnadóttir[2],

Jón Gunnlaugur Jónasson[1]

Ágrip

Tilgangur: Um 5% krabbameinssjúklinga greinast með æxli af óþekktum uppruna (3-4% á Íslandi). Af þeim hafa 10-30% meinvörp í lifur. Lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna er því ekki sjaldgæft vandamál. Meinafræðingar eru oft beðnir um að skoða sýni frá lifrarmeinvörpum og koma með tillögur um staðsetningu frumæxlis. Í þessari rannsókn eru teknar saman upplýsingar um uppruna og vefjagerð lifrarmeinvarpa af óþekktum uppruna.

Efniviður og aðferðir: Leitað var í skrám Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði að öllum skráðum grófnálarsýnum frá meinvörpum í lifur frá árunum 1987-1996. Alls fundust sýni frá 176 sjúklingum. Útilokaðir voru 92 sjúklingar sem höfðu þekkt frumæxli eða vísbendingu um upprunastað. Þeir 84 sjúklingar sem eftir voru töldust hafa meinvörp af óþekktum uppruna. Könnuð var niðurstaða vefjagreiningar í gögnum Rannsóknastofunnar. Leitað var í Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands að upplýsingum um endanlega vefjagreiningu og staðsetningu frumæxlis.

Niðurstöður: Krabbameinsskrá gaf upplýsingar um staðsetningu frumæxlis hjá 55 sjúklingum af 84 sem greindust með lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna. Algengustu frumæxlin (75%) voru krabbamein í brisi (15), lunga (13) og ristli/endaþarmi (12). Hjá 33 sjúklingum af 55 var vefjagerðin kirtlakrabbamein (adenocarcinoma). Hjá körlum voru 83% kirtlakrabbameinsmeinvarpa upprunnin í ristli eða brisi, en 67% hjá konum, þar sem 20% komu frá gallblöðru/gallvegum.

Ályktanir: Í tveimur þriðju tilfella kom upprunastaður að lokum í ljós fyrir lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna. Algengustu frumæxlin voru krabbamein í brisi, lungum og ristli/endaþarmi. Kirtlakrabbamein var vefjagreiningin í 60% tilfella.

Frá [1]Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði, [2]Krabbameinsfélagi Íslands. Bréfaskipti, fyrirspurnir: Jón Gunnlaugur Jónasson, Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði, Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Netfang: jongj@rsp.is

Lykilorð: *meinvörp í lifur, æxli af óþekktum uppruna, frumæxli.*

Inngangur

Æxli af óþekktum uppruna er skilgreint sem sjúkdómur þar sem meinvörp eru til staðar en frumæxlið er ekki þekkt. Um það bil 5% krabbameinssjúklinga falla í þennan flokk samkvæmt erlendum rannsóknum (1) en á Íslandi hefur hlutfallið verið 3-4% samkvæmt Krabbameinsskrá. Rannsóknir hafa sýnt að 10-30% sjúklinga með æxli af óþekktum uppruna hafa meinvörp í lifur (2,3). Lifrarmeinvörp geta því verið fyrsta merki um illkynja sjúkdóm. Helstu einkenni

ENGLISH SUMMARY

Liver metastases of unknown origin

Halldórsdóttir AM, Agnarsson BA, Tulinius H, Bjarnadóttir K, Jónasson JG

Læknablaðið 2000; 86: 661-5

Objective: Approximately 5% of cancer patients are diagnosed with tumour of unknown origin (3-4% in Iceland). Of those 10-30% have liver metastases. Liver metastases of unknown origin is thus not an uncommon problem. In the present study information about the origin and histology of liver metastases of unknown origin was compiled.

Material and methods: Records of all biopsies from liver metastases performed in the years 1987-1996 were retrieved from the medical database of the Department of Pathology at the University of Iceland. The biopsies came from a group of 176 patients. Ninety-two cases, in which the origin of the primary tumour was suspected or known, were excluded from the study, leaving 84 cases where the primary was completely unknown. The database of the Icelandic Cancer Society was used to gather data about the final tissue diagnosis and the location of the primary tumour when known.

Results: The Cancer Society data revealed the location of the primary tumour in 55 of the 84 cases of liver metastases of unknown origin. The most prevalent (75%) primary tumours were cancers of the pancreas (15), lung (13) and colon/rectum (12). The tissue diagnosis was adenocarcinoma in 33 of the 55 cases. In the male patients 83% of the adenocarcinoma metastases came from the colon/rectum or pancreas. The corresponding figure for the female patients was 67%, while 20% of the tumours in females originated in the gallbladder and biliary tree.

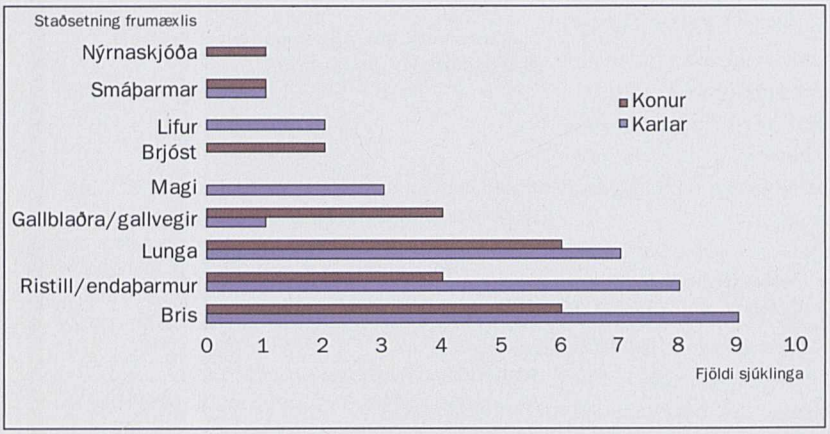
Conclusions: In two thirds of the cases of liver metastases of unknown origin the primary tumour was later discovered. The most prevalent tumours were cancers in the pancreas, lung and colon/rectum. Adenocarcinoma was the tissue diagnosis in 60% of cases.

Key words: *liver metastases, tumor of unknown origin, primary tumor.*

Correspondence: Jón Gunnlaugur Jónasson. E-mail: jongj@rsp.is

Tafla I. *Staðsetning frumæxlis hjá 55 sjúklingum með lifrarmeinvörp sem voru af óþekktum uppruna við greiningu.*

Staðsetning æxlis	Karlar		Konur	
	Fjöldi	Hlutfall (%)	Fjöldi	Hlutfall (%)
Bris	9	(29)	6	(25)
Ristill/endaþarmur	8	(26)	4	(17)
Lunga	7	(23)	6	(25)
Gallblaðra/gallvegir	1	(3)	4	(17)
Magi	3	(10)	0	(0)
Brjóst	0	(0)	2	(8)
Lifur	2	(6)	0	(0)
Smáþarmar	1	(3)	1	(4)
Nýrnaskjóða	0	(0)	1	(4)
Samtals	**31**	**(100**	**24**	**(100)**



Mynd 1. *Staðsetning frumæxlis hjá 55 sjúklingum sem greindir voru með lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna. Upplýsingar um staðsetningu frumæxlis voru fengnar frá Krabbameinsskrá. Bris, ristill/endaþarmur og lunga eru þrír algengustu upprunastaðirnir.*

sjúklinga með lifrarmeinvörp eru kviðverkir, þaninn kviður og gula auk almennra einkenna um illkynja sjúkdóm (4). Oft eru lifrarensím í blóði hækkuð, sérstaklega ALP (4), og myndgreiningarrannsóknir sýna hnúta í lifur.

Þegar sjúklingur greinist með meinvörp í lifur er yfirleitt gerð tilraun til þess að finna frumæxlið. Mælt hefur verið með að taka fljótlega grófnálarsýni úr hnútunum til vefjagreiningar (5,6). Til Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði berst árlega nokkuð af sýnum frá meinvörpum í lifur þar sem óskað er aðstoðar meinafræðinga við að finna upprunastað æxlisins. Erfitt getur reynst að spá fyrir um staðsetningu frumæxlis út frá vefjagerðinni einni, því krabbamein frá mismunandi líffærum geta haft svipað vefjafræðilegt útlit. Á þetta sérstaklega við um kirtlakrabbamein (adenocarcinoma) (5,7). Því einskorðast svar frá meinafræðingi í flestum tilfellum við greiningu á æxlisgerð, auk þess sem stungið er upp á líklegum upprunastöðum.

Rannsóknir á þessu efni eru fáar og yfirleitt smáar í sniðum, auk þess að vera margar komnar til ára sinna. Því vaknaði áhugi á að taka saman upplýsingar um sýni frá lifrarmeinvörpum af óþekktum uppruna sem borist hafa til Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði. Megintilgangurinn var að kanna hve oft hefði tekist að finna frumæxlið, en ekki síður að athuga hvaða frumæxli væru algengust. Einnig var athugað hvaða vefjagerðir væru algengastar.

Efniviður og aðferðir

1. Leitað var í skrám Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði að öllum skráðum grófnálarsýnum frá meinvörpum í lifur frá 10 ára tímabili, 1987-1996. Alls fundust grófnálarsýni frá 176 sjúklingum frá þessu 10 ára tímabili.
2. Útilokaðir voru 92 sjúklingar þar sem fram kom í beiðni læknis að frumæxli var þekkt, eða klínísk vísbending um upprunastað lá fyrir. Þeir sjúklingar sem eftir voru, 84 talsins, töldust hafa meinvörp af óþekktum uppruna.
3. Varðandi þessa 84 sjúklinga var könnuð niðurstaða vefjagreiningar í gögnum Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði. Sömuleiðis var skráður aldur sjúklinga og kyn samkvæmt upplýsingum á vefjasvörum.
4. Leitað var að upplýsingum um endanlega greiningu og staðsetningu frumæxlis fyrir sjúklingana 84 í Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Einnig var athugað hvernig staðsetningin hefði verið ákvörðuð, það er með krufningu, skurðaðgerð, myndgreiningarrannsóknum eða eftir klínískum upplýsingum.

Tölvunefnd og Vísindasiðanefnd veittu leyfi til birtingar niðurstaðna úr rannsókninni.

Niðurstöður

Alls gaf Krabbameinsskrá upplýsingar um upprunastað hjá 55 sjúklingum af þeim 84 sem rannsakaðir voru, þannig að hjá tveimur þriðju sjúklinga fannst frumæxlið að lokum. Í þessum hópi var 31 karl og 24 konur. Meðalaldur var 70 ár, yngsti sjúklingurinn var 44 ára en sá elsti 94 ára.

Þrír upprunastaðir skáru sig úr hvað fjölda varðar: bris (15), lungu (13) og ristill/endaþarmur (12). Þrír fjórðu æxlanna komu frá þessum þremur líffærum, en aðrir upprunastaðir voru mun sjaldgæfari (tafla I, mynd 1).

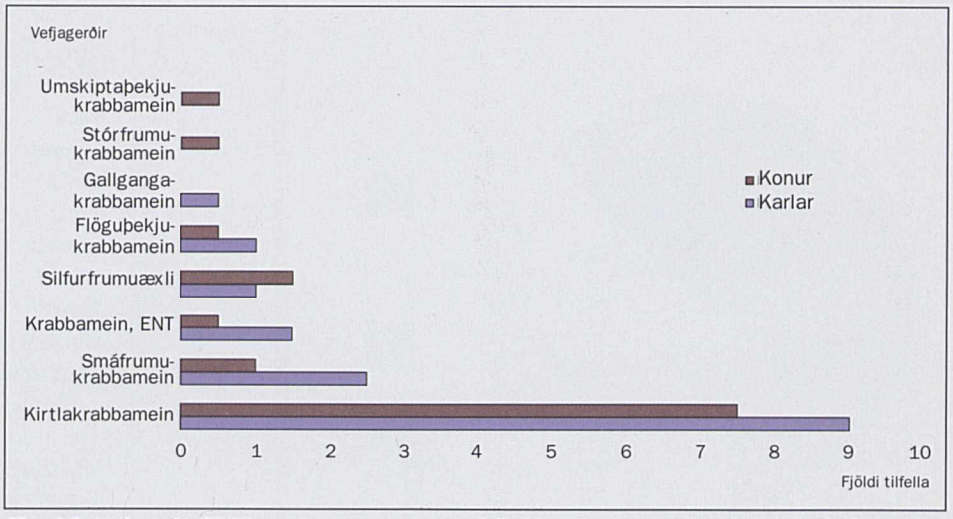
Hlutfall bris- og lungnakrabbameins var svipað hjá körlum og konum, en uppruni í ristli var nokkuð algengari hjá körlum en konum. Fleiri tilfelli gallblöðrukrabbameins greindust hjá konum en körlum, en hafa verður í huga að um fá tilfelli er að ræða.

Kirtlakrabbamein var algengasta vefjagreiningin, en 60% allra meinvarpa voru af þeirri gerð. Smáfrumukrabbamein var 13% æxla, silfurfrumuæxli (carcinoid tumor) 9%, en aðrar gerðir voru sjaldgæfari. Ekki var munur á tíðni kirtlakrabbameins eftir kyni, en smáfrumukrabbamein var hlutfallslega algengara hjá körlum (16%) en konum (8%). Aftur á móti voru silfurfrumuæxli tíðari hjá konum (13%) en körlum (6%) (tafla II, mynd 2). Dreifing vefjagerða var svipuð hjá þeim 29 sjúklingum sem höfðu óþekktan uppruna-

stað við andlát, en 52% þeirra höfðu kirtlakrabbamein.

Langflest briskrabbameinanna voru kirtlakrabbamein, eða 13 af 15, en tvö æxlanna flokkuðust sem krabbamein ENT (ekki nánar tilgreint). Öll ristiltilfellin voru kirtlakrabbamein. Af lungnakrabbameinum var um helmingur af smáfrumugerð, eða sjö af 13. Tvö æxlanna voru flöguþekjukrabbamein, tvö voru silfurfrumuæxli, en eitt krabbamein ENT og eitt stórfrumukrabbamein.

Nokkur munur var á líklegasta uppruna kirtlakrabbameins eftir kyni. Hjá körlum voru 44% upprunnin í ristli en 27% hjá konum. Hins vegar voru 20% kirtlakrabbameina kvenna upprunnin í gallblöðru eða gallvegum, en aðeins 6% kirtlakrabbameina karla. Svipað hlutfall kirtlakrabbameina kom frá brisi, 39% hjá körlum en 40% hjá konum (myndir 3 og 4).



Mynd 2. *Vefjagerðir 55 lifrarmeinvarpa sem voru af óþekktum uppruna við greiningu en höfðu skráðan upprunastað í Krabbameinsskrá. Kirtlakrabbamein er algengasta vefjagerðin hjá bæði körlum og konum.*

Umskiptaþekjukrabbamein = transitional cell carcinoma. Silfurfrumuæxli = carcinoid tumor. Kirtlakrabbamein = adenocarcinoma. ENT = ekki nánar tilgreint.

Niðurstöður um staðsetningu frumæxlis voru byggðar á krufningu í 19 tilfellum (35%). Myndgreiningarrannsóknir lágu að baki 15 (27%) greininga. Níu sinnum (16%) var stuðst við klínískar upplýsingar. Þrisvar fékkst greining með ástungu á viðkomandi líffæri, en einu sinni var æxlið fjarlægt með aðgerð. Í átta tilvikum (15%) var ekki tekið fram í gögnum Krabbameinsskrár hvernig staðsetning frumæxlis var ákveðin.

Tafla II. *Vefjagerðir lifrarmeinvarpa hjá 55 sjúklingum, 31 karli og 24 konum. Kirtlakrabbamein er algengasta vefjagerðin hjá báðum kynjum. ENT = ekki nánar tilgreint silfurfrumuæxli = carcinoid tumour umskiptaþekjukrabbamein = transitional cell cancer*

	Karlar		Konur	
Vefjagerð	Fjöldi	Hlutfall (%)	Fjöldi	Hlutfall (%)
Kirtlakrabbamein	18	(58)	15	(63)
Smáfrumukrabbamein	5	(16)	2	(8)
Krabbamein, ENT	3	(10)	1	(4)
Silfurfrumuæxli	2	(6)	3	(13)
Flöguþekjukrabbamein	2	(6)	1	(4)
Gallgangakrabbamein	1	(3)	0	(0)
Stórfrumukrabbamein	0	(0)	1	(4)
Umskiptaþekjukrabbamein	0	(0)	1	(4)
Samtals	**31**	**(100)**	**24**	**(100)**

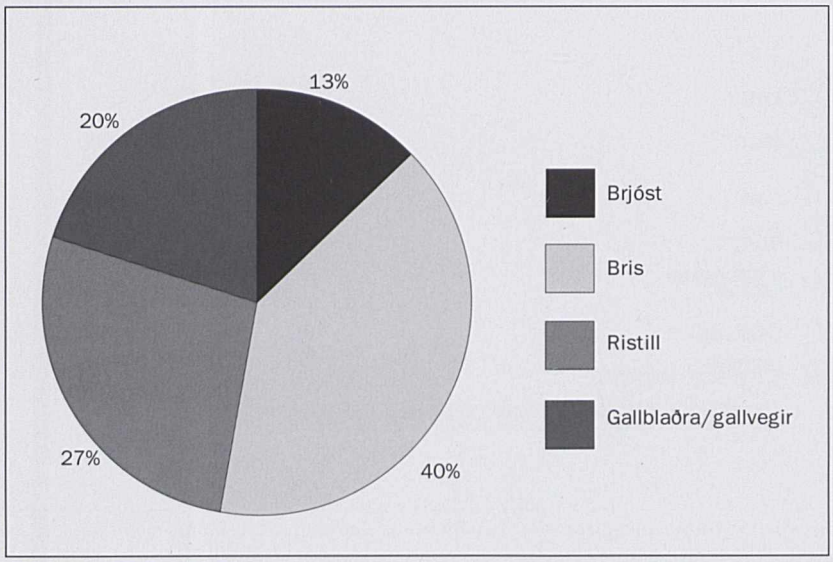
Umræða

Í þessari rannsókn fannst upprunastaður í 66% tilfella þegar lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna voru skoðuð. Hjá 43% sjúklinga fannst frumæxlið fyrir andlát sjúklings, en hjá 23% fannst upprunastaður við krufningu. Því tekst í innan við helmingi tilfella að greina uppruna meinvarpanna á meðan sjúklingurinn er á lífi. Í talsverðum hópi sjúklinga (16%) virðist greining ekki byggð á sérhæfðum rannsóknum, heldur mati læknis og hjá svipuðum hópi sjúklinga var ekki tekið fram hvernig greining var fengin. Alls er því tæpur þriðjungur greininga á upprunastað fenginn með klínísku mati eða óþekktum aðferðum og er því ekki ljóst hversu nákvæmar þær greiningar eru.

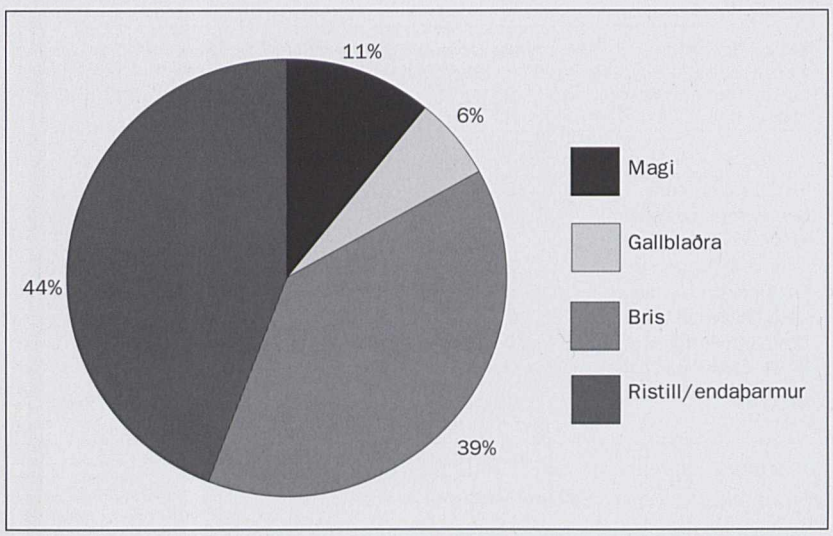
Algengustu frumæxlin reyndust vera briskrabbamein, lungnakrabbamein og ristil-/endaþarmskrabbamein (75% tilfella). Þessar niðurstöður eru í samræmi við aðrar rannsóknir á þessu efni (8). Birtar voru niðurstöður rannsóknar á 500 sjúklingum sem greindust með lifrarmeinvörp af óþekktum uppruna. Alls reyndist unnt að finna upprunastað í 135 tilfellum (27%). Lungu, ristill og bris voru þrír algengustu staðirnir og höfðu samtals 70 sjúklingar af 135 (51%) meinvörp frá þessum þremur stöðum (8).

Greinist sjúklingur með æxli af óþekktum uppruna hefur verið mælt með takmarkaðri leit að frumæxli með því að skoða sjúkling, fá blóðrannsóknir, leita að blóði í hægðum (Haemoccult próf), röntgenmynd af brjóstholi og tölvusneiðmynd af kviði og grindarholi (5,6,9). Með hliðsjón af staðsetningu algengustu frumæxlanna í þessari rannsókn (bris, ristill, lungu) virðast þessar leiðbeiningar vera viðeigandi. Dýrar og tímafrekar röntgen- og speglunarrannsóknir á einkennalausum svæðum leiða til greiningar í innan við 10% tilfella (10). Þar sem sjúklingar með meinvörp í lifur hafa slæmar horfur (2,11), er yfirleitt reynt að hlífa þeim við erfiðum rannsóknum.

Kirtlakrabbamein var langalgengasta vefjagreiningin (60%). Þessi niðurstaða er einnig í samræmi við eldri rannsóknir sem hafa sýnt að um kirtlakrabbamein er að ræða í um 65-67% tilfella (8,12). Úttekt á 139 sjúklingum með æxli af óþekktum uppruna og meinvörp í lifur sýndi að 93 (67%) höfðu kirtlakrabbamein, 24 (17%) krabbamein ENT og 18 (14%) æxli af taugainnkirtlatoga (neuroendocrine).



Mynd 3. *Uppruni lifrarmeinvarpa af kirtlakrabbameinsgerð hjá 15 konum. Briskrabbamein er algengasta frumæxlið samkvæmt Krabbameinsskrá, en þar á eftir kemur krabbamein í ristli og gallvegum.*



Mynd 4. *Uppruni lifrarmeinvarpa af kirtilkrabbameinsgerð hjá 18 körlum. Bris- og ristilkrabbamein eru tvö algengustu frumæxlin (samtals 83%) samkvæmt Krabbameinsskrá.*

Aðrar gerðir voru mun sjaldgæfari (8). Hátt hlutfall kirtlakrabbameins endurspeglar þá staðreynd að flest æxli sem meinverpast í lifur eru upprunnin í meltingarvegi.

Í flestum tilfellum snýst því vandamálið um að finna uppruna meinvarpa frá kirtlakrabbameini. Hjá körlum voru 83% kirtlakrabbameina komin frá tveimur stöðum, það er ristli eða brisi, en hlutfallið var 67% hjá konum. Þessi munur útskýrist af því að heldur færri æxli voru upprunnin í ristli hjá konum, en hins vegar voru gallblöðru- og gallvegakrabbamein meira áberandi í þeim hópi. Þessum niðurstöðum ber þó að taka með nokkurri varúð vegna þess hve fá tilfelli er um að ræða. Fjöldi sjúklinga með bris- og gallvegakrabbamein í þessum hópi endurspeglar hve erfið þessi æxli geta verið í greiningu.

Eins og áður hefur verið bent á geta kirtlakrabbamein frá mismunandi líffærum haft líkt vefjafræðilegt útlit, þannig að hefðbundin smásjárskoðun hefur takmarkað gildi við að finna uppruna meinvarpa af kirtilkrabbameinsgerð (5,7). Sérlitanir geta verið mikil viðbót við hefðbundna smásjárskoðun og hefur CK7/CK20 ónæmislitun umtalsvert notagildi við greiningu á upprunastað kirtilmyndandi meinvarpa í lifur (7,13,14). Vænta má þess að fleiri rannsóknir á þessu sviði komi fram, og hugsanlega eiga sérlitanir eftir að skipta verulegu máli við leit að frumæxli í framtíðinni.

Þau æxli sem ekki voru af kirtlakrabbameinsgerð voru oft af smáfrumu- eða silfurfrumugerð. Öll smáfrumuæxlin komu frá lungum, sem ekki kemur á óvart. Þó smáfrumuæxli séu þekkt í öðrum líffærum svo sem brisi, vélinda og ýmsum fleiri stöðum, eru þau sjaldgæf annars staðar en í lungum. Silfurfrumuæxli hafa nokkra sérstöðu, því horfur sjúklinga með meinorpin silfurfrumuæxli eru sýnu betri en sjúklinga með meinvörp af öðrum toga, til að mynda frá kirtilæxlum, auk þess sem þessir sjúklingar fá gjarnan sérhæfða lyfjameðferð (2,8). Mikilvægt er því að þau séu rétt greind til þess að sjúklingarnir hljóti viðeigandi meðferð.

Annað æxli sem miklu máli skiptir að greina er brjóstakrabbamein. Að vísu er sjaldgæft að brjóstakrabbamein greinist fyrst vegna meinvarpa (5) og í þessari rannsókn fundust einungis tvö tilfelli af brjóstakrabbameini hjá 55 sjúklingum. Hins vegar þurfa þessir sjúklingar oft sérhæfða meðferð (hormónameðferð) sem greinir þá frá öðrum hópum. Alltaf ætti því að hafa þennan möguleika í huga hjá sjúklingum sem greinast með lifrarmeinvörp.

Sjúklingar með meinvörp af óþekktum uppruna hafa talsvert verið rannsakaðir á undanförnum árum. Fundist hafa undirhópar sem virðast hafa gagn af meðferð með krabbameinslyfjum og/eða geislum (5), en kirtlakrabbameinsmeinvörp og lifrarmeinvörp almennt eru meðal þeirra æxla sem ekki hafa verið talin lyfjanæm. Það kemur ekki á óvart þar sem krabbamein upprunnin í meltingarvegi (flest kirtlakrabbamein og lifrarmeinvörp koma þaðan) svara lyfjameðferð yfirleitt illa. Í nýlegri rannsókn á 216 sjúklingum með meinvörp í lifur af óþekktum uppruna kveður þó við nokkurn annan tón en þar höfðu sjúklingar, sem fengu krabbameinslyfjameðferð, lægri dánartíðni en þeir sem enga slíka meðferð fengu og voru áhrif lyfjameðferðarinnar mest hjá sjúklingum með kirtilkrabbamein (8). Þó staðfesta þurfi þessar niðurstöður með fleiri rannsóknum, vekja þær von um að í framtíðinni takist að þróa lyfjameðferð sem gagnist þessum sjúklingum.

Eins og áður sagði hafa sjúklingar með meinvörp í lifur slæmar horfur. Því mætti velta fyrir sér tilgangi þess að rannsaka þennan hóp og leita að uppruna-

stað sjúkdómsins. Við teljum tvö atriði skipta hér mestu máli. Í fyrsta lagi getur þessi vitneskja skipt sjúklinginn sjálfan og jafnvel fjölskyldu hans talsverðu máli. Mikið áfall er að greinast með æxli sem hefur slæmar horfur, en sú reynsla getur verið ennþá erfiðari ef uppruni æxlisins er óþekktur. Sjúklingar eru sífellt betur upplýstir og vilja fá svör við ýmsum spurningum sem óhjákvæmilega vakna við þessar aðstæður. Í öðru lagi getur vefjagerð og staðsetning æxlisins skipt máli fyrir meðferð og/eða horfur eins og í dæmunum hér að framan um brjóstakrabbamein og silfurfrumuæxli. Að lokum er rétt að geta þess að nákvæm greining á lifrarmeinvörpum getur hugsanlega skipt meira máli í framtíðinni, þegar rannsóknum á lyfjameðferð illkynja sjúkdóma hefur miðað lengra fram á við.

Heimildir

1. Abbruzzese JL, Ruber MN. Unknown primary carcinoma. In: Abeloff MD, Armitage JO, Lichter AS, Niederhuber JE, eds. Clinical Oncology. New York: Churchill Livingstone; 1995: 1833-45.
2. Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Hess KR, Raber MN, Lenzi R, Frost F. Unknown primary carcinoma: natural history and prognostic factors in 657 consecutive patients. J Clin Oncol 1994; 12: 1272-80.
3. Holmes FF, Fouts TL. Metastatic cancer of unknown primary site. Cancer 1970; 26: 816-20.
4. Fenster LF, Klatskin G. Manifestations of metastatic tumors of the liver. A study of eighty-one patients subjected to needle biobsy. Am J Med 1961; 31: 238-48.
5. Hainsworth JD, Greco FA. Treatment of patients with cancer of an unknown primary site. N Engl J Med 1993; 329: 257-63.
6. Ringenberg QS, Yarbro JW. Presentations and clinical syndromes of tumors of unknown origin. In: Fer M, Greco FA, Oldham RK, eds. Poorly differentiated neoplasms and tumors of unknown origin. Orlando: Grune & Stratton; 1986: 101-20.
7. Tibor T. Adenocarcinomas metastatic to the liver. The value of cytokeratins 20 and 7 in the search for unknown primary tumors. Cancer 1999; 85: 171-7.
8. Ayoub JP, Hess KR, Abbruzzese MC, Lenzi R, Raber MN, Abbruzzese JL. Unknown primary tumors metastatic to liver. J Clin Oncol 1998; 16: 2105-12.
9. Karsell PR, Sheedy PF, O´Connell MJ. Computed tomography in search of cancer of unknown origin. JAMA 1982; 248: 340-3.
10. Gaber AO, Rice P, Eaton C, Pietrafitta JJ, Spatz E, Deckers PJ. Metastatic malignant disease of unknown origin. Am J Surg 1983; 145: 493-7.
11. Kambhu SA, Kelsen DP, Fiore J, Niedzwiecki D, Chapman D, Vinciguerra V, et al. Metastatic adenocarcinomas of unknown primary site. Prognostic variables and treatment results. Am J Clin Oncol 1990; 13: 55-60.
12. Nesbit RA, Tattersall MHN, Fox RM, Woods RL. Presentation of unknown primary cancer with metastatic liver disease - management and natural history. Aust NZ J Med 1981; 11: 16-9.
13. Loy TS, Calaluce RD. Utility of cytokeratin immunostaining in separating pulmonary adenocarcinomas from colonic adenocarcinomas. Am J Clin Pathol 1994; 102: 764-7.
14. Miettinen M. Keratin Immunohistochemistry: update on applications and pitfalls. Pathol Annu 1993; 28: 113-43.

Seretide Diskus
Glaxo Wellcome, R 03 AK 06 **R,B**
Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: Salmeterolum INN, xínafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvíkkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 25.09.00

Tilvitnun 1: KR Chapman, N Ringdal Et al. Can. Respir. J. 1999; 6 (1): 45-51.
Tilvitnun 2: G Shapiro Et al., Am. J, Respir. Crit.Care Med. 2000; 161: 527-534.

GlaxoWellcome

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


GÖTT FÓLK MCCANN-ERICKSON - SÍA
4 bunur
50 metrar
3 púst

Kallar þú þetta að lifa eðlilegu lífi?

Allir astmasjúklingar muna eftir fyrsta kastinu. Yfirþyrmandi köfnunartilfinningu sem aldrei gleymist. Upp frá því er úðalyfið, sem í skyndi getur víkkað út berkjurnar, jafnan hendi næst. Það er bjargvætturinn þegar ógnin steðjar að. En nær hún yfirhöndinni gegn astmanum? Hún má ekki gleyma því einn einasta dag að anda að sér steralyfi, auk þess að hafa bjargvættinn berkjuvíkkandi jafnan til taks í neyðartilvikum. Með SERETIDE DISKUS fær sjúklingurinn í einu tæki áhrifaríka meðferð við astma- og bólgueinkennum. Þannig má fækka astmaköstum og þörfin fyrir neyðarlyfið minnkar. [1,2]

Seretide - frelsi til eðlilegra lífs.



Fljótvirkt – þolist vel – einfalt



Þegar þörf er á góðu flæði...

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

OMNIC® TAMSULOSIN

Forðahylki: G04CA02 R E. Hvert forðahylki inniheldur: Tamsulosinum INN, klóríð, 0,4 mg. **Ábendingar:** Meðhöndlun þvagláteinkenna við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli. **Skammtar og lyfjagjöf:** 1 hylki á dag, tekið eftir morgunmat. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tamsulósíni eða einhverju af öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð við þvaglátaeinkennum við stækkun á blöðruhálskirtli skal ákveðin í samráði við sérfræðing í þvagfærasjúkdómum. Gæta skal varúðar við notkun lyfsins handa sjúklingum sem hafa fengið stöðubundinn lágþrýsting eða nota blóðþrýstingslækkandi lyf. Upplýsa skal sjúklinga um hættu á yfirliðum. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Svimi, óeðlilegt sáðlát, höfuðverkur, þróttleysi, nefslímubólga. Sjaldgæfar (0,1-1%): Hjartsláttarónot. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): stöðubundinn lágþrýstingur, yfirlið. **Pakkningar og verð:** 1. Ágúst 2000: 30 stk. 4238 kr., 90 stk. 10.052 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** E.

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

Yamanouchi
Umboðsaðili á Íslandi
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Sérhæfð endurlífgun utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu 1991-1996

Garðar Sigurðsson,

Gestur Þorgeirsson

Ágrip

Neyðarbíll hefur sinnt bráðasjúkratilfellum utan sjúkrahúsa á Stór-Reykjavíkursvæðinu frá 1982. Í áhöfn bílsins er reyndur aðstoðarlæknir og tveir sérþjálfaðir sjúkraflutningamenn sem fylgja leiðbeiningum ameríska hjartafélagsins um meðferð við hjarta- og öndunarstöðvun. Breytingar urðu á leiðbeiningunum 1986 og var þá meðal annars lagst gegn því að nota bíkarbónat og kalsíum sem fyrstu lyf í endurlífgun.

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að meta árangur sérhæfðra endurlífgunartilrauna (advanced cardiac life support) áhafnar neyðarbílsins á árunum 1991-1996 og áhrif af tilraunum nærstaddra til endurlífgunar. Einnig að bera þennan árangur við niðurstöður fyrri rannsókna á endurlífgunartilraunum utan sjúkrahúsanna á Reykjavíkursvæðinu.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var framskyggn og var gögnum safnað eftir Utstein staðlinum. Á árunum 1991-1996 voru framkvæmdar tilraunir til endurlífgunar á 361 einstaklingi með hjarta- og öndunarstöðvun. Í 53 tilvikum var um að ræða slys, sjálfsvíg, drukknun, ofneyslu lyfja eða vöggudauða. Í 308 tilvikum var frumástæða skyndilegrar hjarta- og öndunarstöðvunar rakin til hjartasjúkdóms í samræmi við Utstein skráningarkerfið.

Niðurstöður: Í þessum 308 tilvikum reyndist meðalaldurinn vera 67,2 ár og hlutfall karla og kvenna 232:75. Meðalútkallstími var 4,6 mínútur. Níutíu og átta (31%) sjúklingar voru lagðir inn á gjörgæslu eða hjartadeildir og af sjúkrahúsi útskrifaðist 51 (17%). Sleglatif (ventricular fibrillation) og/eða sleglahraðtaktur (ventricular tachycardia) var algengasta takttruflun á fyrsta hjartariti og greindist hjá 176 (57%) einstaklingum. Rafleysa (asystole) greindist hjá 91 (30%) og aðrar hjartsláttartruflanir hjá 41 (13%). Fjörtíu og sex (26%) þeirra sem höfðu sleglatif útskrifðust af sjúkrahúsi, þrír (3%) með rafleysu og tveir (5%) með aðrar hjartsláttartruflanir. Nærstaddir voru vitni að hjarta- og

Frá hjartadeild og slysa- og bráðasviði Sjúkrahúss Reykjavíkur. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Gestur Þorgeirsson hjartadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000; bréfasími: 525 1552; netfang: gesturth@shr.is

Lykilorð: *hjarta- og öndunarstöðvun, viðbragðstími, sérhæfð endurlífgun, hjartsláttartruflun.*

ENGLISH SUMMARY

Sigurðsson G, Þorgeirsson G

Advanced cardiac life support in the prehospital setting in the Reykjavik area 1991-1996

Læknablaðið 2000; 86: 669-73

Since 1982 an emergency ambulance manned by a physician and two emergency medical technicians has been operated in the Reykjavik area. The physicians have followed guidelines from the American Heart Association (AHA). Until 1986 the AHA guidelines had bicarbonate and in some instances calcium as first line treatment in cardiopulmonary resuscitation (CPR).

Objective: The purpose of this study was to evaluate the influence of the advanced cardiac life-support (ACLS) service and of bystanders on survival after cardiopulmonary arrest. Also to compare the survival rates to results of previous studies of CPR outside the hospital in the Reykjavik area.

Material and methods: The data was collected prospectively according to the „Utstein Style" form. From 1991-1996 there were 361 attempted resuscitations by the emergency crew. Fifty-three cardiac arrests were secondary to trauma, suicide, drowning, drug overdose and sudden infantile death. In 308 cases of sudden cardiorespiratory arrest cardiac diseases were the presumed cause in accordance with the Utstein protocol.

Results: In the 308 cases the mean age was 67.2 years and the male/female ratio was 233:75. The mean response time was 4.6 min. Patients admitted to the intensive or cardiac care units were 98 (31%) and 51 (17%) were discharged from the hospital. Ventricular fibrillation or ventricular tachycardia were the most common initial rhythms seen in 176 (57%) patients, asystole in 91 (30%) and other arrhythmias (EMD, agonal) in 41 (13%). Fourty-six patients (26%) with ventricular fibrillation on the first rhythm strip survived to be discharged from the hospital, three (3%) patients with asystole and two (5%) with other arrhythmias. Bystanders were present in 211 (68%) of cases and it fourfoulded the likelihood of discharge (OR 4.0; 95% CI 1.5-10.4; p=0.0025). There is no statistical difference in mean response time and survival rates between this study and previous studies from 1982-1986 and 1987-1990.

Conclusions: When sudden cardiorespiratory arrest is witnessed the probability of survival is multiplied. We conclude that the results of ACLS outside the hospital in Reykjavik and surrounding area continue to be among the best. Changes in ACLS guidelines do not appear to have increased survival.

Key words: *cardiopulmonary arrest, response time, advanced cardiac life support, arrhythmia.*

Correspondence: Gestur Þorgeirsson. E-mail: gesturth@shr.is

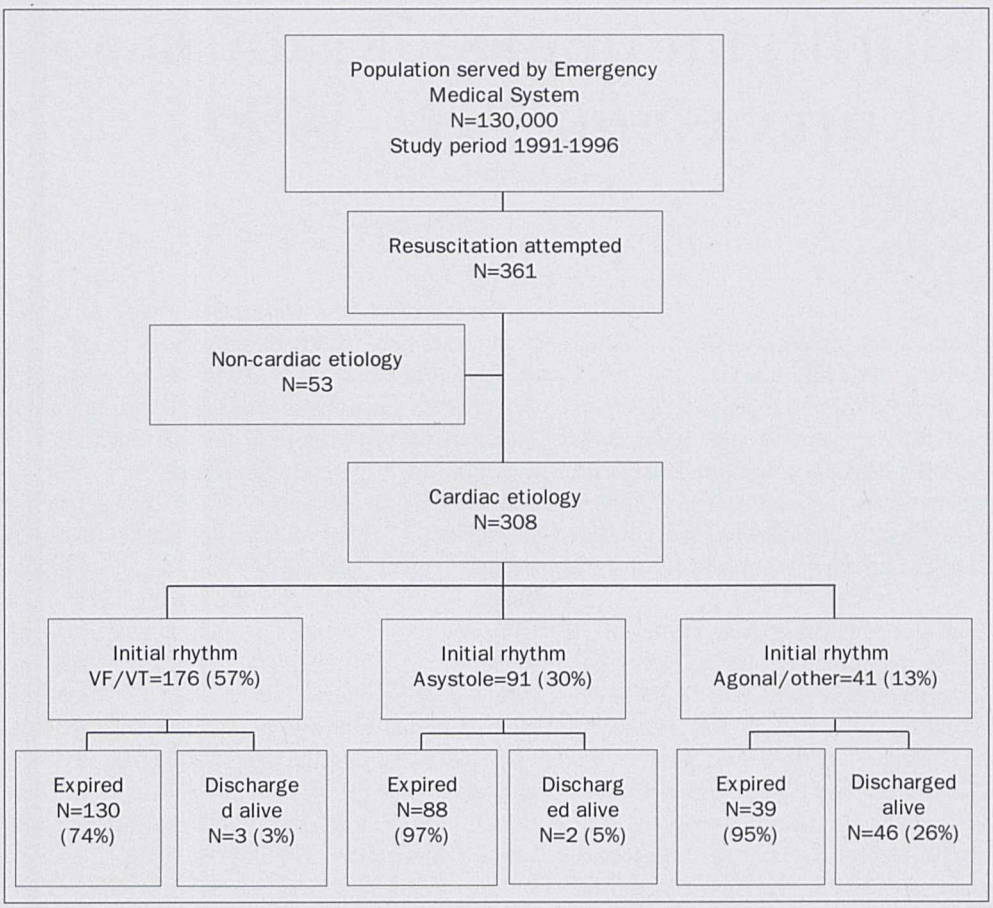


Figure 1. *Cardiac arrest out of hospital in the Reykjavik area from January 1, 1991 to December 31, 1996.*

öndunarstöðvun hjá 211 (68%) og jók það líkur á útskrift fjórfalt (OR 4,0; 95% CI 1,5-10,4; p=0,0025). Enginn tölfræðilegur munur var á útkallstíma og árangri endurlífgana í samanburði við fyrri rannsóknir á árunum 1982-1986 og 1987-1990.

Ályktanir: Þegar vitni er að skyndilegri hjarta- og öndunarstöðvun aukast líkur margfalt á því að sjúklingur lifi áfallið af. Árangur endurlífgunartilrauna utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu er góður og með því besta sem gerist. Breytingar á leiðbeiningum um sérhæfða endurlífgun virðast ekki hafa aukið lífslíkur.

Inngangur

Neyðarbíllinn hefur sinnt bráðasjúkratilfellum utan sjúkrahúsa í Reykjavík, Kópavogi, Seltjarnarnesi og Mosfellsbæ frá 1982. Íbúafjöldi á þessu svæði var um 127.000 árið 1991 og um 136.000 árið 1996. Útköll neyðarbílsins hafa að jafnaði verið um 3000-3500 á ári. Meirihluti útkalla er vegna bráðra veikinda en um það bil 25-30% vegna slysa. Útköll vegna hjarta- og öndunarstöðvunar hafa að jafnaði verið um 60 á ári (1). Í áhöfn bílsins er reyndur aðstoðarlæknir og sérþjálfaðir sjúkraflutningamenn sem fylgja leiðbeiningum ameríska hjartafélagsins (American Heart Association) um sérhæfða endurlífgun. Margar rannsóknir hafa sýnt fram á að grunnendurlífgunartilraunir nærstaddra hafi bætt lifun sjúklinga eftir hjarta- og öndunarstöðvun, en þó ekki allar (2-7). Breytingar voru gerðar á leiðbeiningum ameríska hjartafélagsins 1986 og var þá meðal annars lagst gegn því að nota bíkarbónat sem fyrsta lyf og nánast tekið fyrir notkun kalsíums og ísóprenalíns (8). Nokkrar breytingar voru einnig gerðar á leiðbeiningunum 1992 þar sem meðal annars var lögð áhersla á að beita rafstuði sem fyrst og á þátt nærstaddra í að stytta útkallstíma (9). Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta árangur af sérhæfðri endurlífgun utan sjúkrahúsanna á árunum 1991-1996 hjá einstaklingum með hjarta- og öndunarstöðvun og bera saman við árangur fyrri ára, einkum með tilliti til þeirra breytinga sem gerðar voru á leiðbeiningum um meðferð við hjarta- og öndunarstöðvun 1986 og 1992. Jafnframt að meta sérstaklega mikilvægi þess að nærstödd vitni reyni grunnendurlífgun.

Efniviður og aðferðir

Safnað var framskyggnt upplýsingum um öll tilfelli hjarta- og öndunarstöðvunar þar sem neyðarbíllinn var kallaður til, á sex ára tímabili, frá 1. janúar 1991 til 31. desember 1996. Upptökusvæði neyðarbílsins var þessi ár hið sama og áður, það er Reykjavík, Kópavogur, Seltjarnarnes, Mosfellsbær og næsta nágrenni. Gögnum var safnað með framskyggnum hætti eftir skilmerkjum sem kennd eru við Utstein fundinn (10). Útkallstími var skilgreindur sem sá tími sem líður frá því að boð berast Slökkviliðsstöð Reykjavíkur þar til neyðarbíll kemur á staðinn. Upplýsingar vantaði um nákvæman útkallstíma hjá 13 og aldur hjá níu. Ekki var unnt að staðfesta hvort vitni hefðu verið til staðar í 17 tilvikum. Við tölfræðilega útreikninga var notast við kí-kvaðratspróf, nákvæmnispróf Fishers þar sem við átti og Students t-próf. Marktækni var náð við $p<0,05$.

Starfs- og siðanefnd Sjúkrahúss Reykjavíkur veitti samþykki fyrir rannsókninni.

Niðurstöður

Á árunum 1991-1996 voru framkvæmdar tilraunir til endurlífgunar á 361 einstaklingi með hjarta- og öndunarstöðvun. Þegar útilokuð voru tilfelli vegna áverka, drukknunar, eitrana, sjálfsvígs, ungs aldurs og staðsetningar utan þjónustusvæðis voru eftir 308 sjúklingar sem fengið höfðu skyndilega hjarta- og öndunarstöðvun. Allar uppgefnar niðurstöður í greininni miðast við þessa 308 einstaklinga (mynd 1).

Meðalaldur var 67,2 ár með staðalfrávik 13,4 ár og aldursbilið var 18-94 ár. Karlar voru 233 (75%) og konur 75 (25%).

Fyrsta hjartarit: Á fyrsta hjartariti var sleglatif (ventricular fibrillation) algengast eða hjá 176 einstaklingum (57%), þar af sex með sleglahraðtakt (ventricular tachycardia). Rafleysa (asystole) greindist hjá 91 (30%) og aðrar hjartsláttartruflanir hjá 41 (13%). Til annarra hjartsláttartruflana töldust púlslaus rafhrif eða samdráttarleysa (pulseless electromechanical dissociation) hjá 16, feigðartaktur (agonal) og annar hægataktur hjá 25.

Útskrift af sjúkrahúsi: Níutíu og átta (98/308=32%) sjúklingar voru lagðir inn á sjúkrahús og af þeim útskrifaðist 51(52%) af sjúkrahúsinu. Af öllum sjúklingunum 308 náðu þannig um 17% að útskrifast af sjúkrahúsinu eftir áfallið. Fjörutíu og sex (46/176=26%) þeirra sem höfðu sleglatif og sleglahraðtakt útskrifuðust af sjúkrahúsi, þrír (3/91=3%) með rafleysu og tveir (2/41=5%) með aðrar hjartsláttartruflanir. Þegar sleglatif var til staðar á fyrsta riti voru líkur á því að sjúklingar lifðu af áfallið og útskrifuðust af spítala margfalt betri (OR 9,0; 95% CI 3,5-23,4; p<0,0001) en hjá sjúklingum með aðrar takttruflanir. Um 83% þeirra sem útskrifuðust voru lifandi einu ári eftir útskrift.

Útkallstími: Meðalútkallstími var 4,6 mínútur (1-20 mínútur). Meðalútkallstími til þeirra sem útskrifuðust af spítala var 4,4 mínútur en 4,7 mínútur til hinna og var þessi munur ekki marktækur. Ekki var marktækur munur á útkallstíma eftir því hvort vitni voru að hjarta- og öndunarstöðvun (tafla I) eða ekki. Sömuleiðis var ekki munur á útkallstíma eftir því hvort nærstaddir hófu endurlífgun eða ekki (tafla II).

Nærstödd vitni: Nærstaddir voru vitni að hjarta- og öndunarstöðvun hjá 211 (68%) sjúklingum og jók það líkur á útskrift fjórfalt (OR 4,0; 95% CI 1,5-10,4; p=0,0025) (tafla I). Í 14 tilvikum var ekki unnt að staðfesta hvort nærstödd vitni reyndu endurlífgun en vitni reyndu hnoð og blástur hjá 91 einstaklingi (91/211=43,1%) og náðu 25 þeirra (25/91=27,4%) að útskrifast af sjúkrahúsi (tafla II). Grunnendurlífgun af hendi nærstaddra vitna jók ekki lífslíkur þeirra sjúklinga, svo að staðtölulega marktækt væri, umfram lífslíkur þeirra sjúklinga þar sem nærstödd vitni framkvæmdu ekki grunnendurlífgun þótt ákveðinnar tilhneigingar gætti í þá átt (OR 1,8; 95% CI 0,9-3,7; p=0,08).

Kringumstæður: Flest tilfelli hjarta- og öndunarstöðvunar áttu sér stað í heimahúsi, alls 189 (189/308=61,4%) og útskrifuðust 20 þeirra (20/189=10,6%) af spítala. Í 11 tilvikum (11/308=3,6%) átti hjarta- og öndunarstöðvun sér stað í neyðarbíl og útskrifuðust fimm þeirra sjúklinga (5/11=45,5%). Eitt hundrað og átta sjúklingar urðu fyrir hjarta- og öndunarstöðvun annars staðar (108/308=35,1%) þar af á götu úti í 33 tilvikum, í bíl í 15 tilvikum, á vinnustað níu og annars staðar í 51 tilviki. Samanlagt útskrifuðust 26 þessara sjúklinga (26/108=24,1%). Þeir sem urðu fyrir hjarta- og öndunarstöðvun annars staðar en í heimahúsi höfðu rúmlega tvöfalt meiri líkur á því að lifa af og útskrifast af spítala en þeir einstaklingar sem urðu fyrir hjarta- og öndunarstöðvun í heimahúsi og á því er mjög marktækur munur (OR 2,7; 95% CI 1,4-51; p=0,0026).

Orsakir: Af þessum 308 sjúklingum var hjartasjúkdómur talin orsök hjarta- og öndunarstöðvunar hjá 268 sjúklingum (87%), en hjá 40 sjúklingum (13%) var ástæða skyndidauða óviss en líklega hjartasjúkdómur. Mest vissa um orsakir fékkst hjá þeim sjúklingum sem voru innlagðir á sjúkrahús eða undirgengust krufningu. Hjá öðrum sjúklingum byggðist sjúkdómsgreining, meðal annars á aðdraganda að hjarta- og öndunarstöðvun og fyrra heilsufari svo og í vissum tilvikum á hjartalínuritum og blóðrannsóknum.

Samanburður við fyrri tímabil: Enginn marktækur munur var á meðalaldri, útkallstíma eða hlutfalli þeirra sem höfðu sleglatif á fyrsta riti í þessari

Table I. *Observed or non-observed cardiac arrest.*

	Observed	Non-observed	p
Total number	211	80	
Mean age (years)	68.1	64.7	0.049
range	(18-94)	(23-87)	
Male:Female	158:53	61:19	NS
Response time (min.)	4.6	4.7	NS
range	(1-20)	(1-12)	
Discharged	44 (21%)	5 (6%)	0.0025
Initial rhythm			
VF/VT	139 (66%)	30 (37%)	<0.0001
discharged	39 (28%)	5 (17%)	NS
Asystole	41 (19%)	43 (54%)	<0.0001
discharged	3 (7%)	0 (0%)	NS
Other rhythm	31 (15%)	7 (9%)	NS
discharged	2 (6%)	0 (0%)	NS

Table II. *Observed cardiac arrest with and without bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR).*

	Bystander CPR	No bystander CPR	p
Total number	91	106	
Mean age (years)	66.4	69.6	NS
range	(33-90)	(23-87)	
Male:Female	67:24	81:25	NS
Response time (min.)	4.8	4.5	NS
range	(1-13)	(1-20)	
Discharged	25 (27%)	18 (17%)	NS(0.08)
Initial rhythm			
VF/VT	66 (73%)	64 (60%)	NS
discharged	23 (35%)	15 (23%)	NS
Asystole	13 (14%)	25 (24%)	NS
discharged	1 (8%)	2 (8%)	NS
Other rhythm	12 (13%)	17 (16%)	NS
discharged	1 (8%)	1 (6%)	NS

Table III. *Results of attempted resuscitation in the prehospital setting.*

	1976-1979*	1982-1986§	1987-1990¶	1991-1996
Attempted resuscitations	222	138	195	308
Mean age (years)	63	65	66	67
Number of men (%)	75	81	76	75
Average response time (min)	7.3	4.9	4.6	4.6
Time to ACLS (min)	12.1	4.9	4.6	4.6
Total no. of discharged	21 (9%)	24 (17%)	31(16%)	51 (17%)
Arrhythmias				
VF/VT	90 (41%)	73 (53%)	81 (42%)	176 (57%)
discharged	18 (20%)	21 (29%)	25 (31%)	46 (26%)
Asystole	114 (51%)	53 (38%)	92 (47%)	91 (31%)
discharged	2 (2%)	2 (4%)	6 (7%)	3 (3%)
Other	18 (8%)	12 (9%)	22 (11%)	41 (13%)
discharged	1	1	0	2 (5%)
Mentally impaired	1	1	2	3

* See (13)
§ See (2)
¶ See (1)
The numbers in table III represent cardiac arrests due to cardiac causes. The number of cardiac arrests are also lower in the years 1982-1986 because the physician manned emergency ambulance was not operated during nights or Sundays those years.

rannsókn og rannsóknum sem tóku til áranna 1982-1986 og 1987-1990. Ekki var heldur marktækur munur á hlutfallslegum fjölda þeirra sem útskrifuðust af sjúkrahúsi (tafla III).

Umræða

Neyðarbíll hefur verið starfræktur á Stór-Reykjavíkursvæðinu frá 1982 og hafa margvíslegar upplýsingar af starfseminni verið skráðar jafnóðum. Frá 1991 hefur skráning tilfellanna verið löguð að hinu staðlaða Utstein-kerfi (10,11). Fjöldi tilfella hvert ár hefur verið nánast óbreyttur en nokkur tilhneiging virðist vera til aukins aldurs meðal sjúklinga án þess þó að um marktæka breytingu sé að ræða. Öll árin hafa karlar verið í meirihluta og þá yfirleitt um þrír fjórðu af þýðinu.

Sleglatif og sleglahraðtaktur komu fyrir hjá rúmlega helmingi einstaklinganna og fjöldi rafleysutilfella var um þriðjungur tilfella. Sleglatif kom fyrir hjá hlutfallslega heldur fleiri einstaklingum árin 1991-1996 en á árunum 1987-1990 og 1982-1986 og rafleysa hjá hlutfallslega færri. Aðrar takttruflanir komu hins vegar fyrir hjá um 13% sjúklinganna á fyrsta riti sem er hlutfallslega heldur algengara en í fyrri rannsóknum.

Tæp 17% þeirra 308 sjúklinga sem urðu fyrir hjarta- og öndunarstöðvun utan spítalanna á svæðinu lifðu áfallið af og útskrifuðust af sjúkrahúsinu. Það er nánast alveg sami árangur og komið hefur út úr fyrri rannsóknum. Líðlega 26% þeirra sem höfðu sleglatif eða sleglahraðtakt á fyrsta riti náðu að útskrifast af sjúkrahúsinu. Það er ívið lélegri árangur en náðist á fyrri tímabilum, en á árunum 1982-1986 útskrifuðust 29% og 1987-1990 31%. Hlutfall þeirra sem höfðu sleglatif og útskrifuðust var þannig heldur lægra en á fyrri tímabilum en á því er þó ekki marktækur munur. Svo sjaldgæft, er að sjúklingar lifi hjarta- og öndunarstöðvun af ef rafleysa eða aðrar takttruflanir en sleglatif eða sleglahraðtaktur sjást á fyrsta riti, að til undantekninga heyrir. Það er þó mikilvægt að leggja áherslu á það að ástandið þarf ekki að vera vonlaust þótt um slíkar truflanir sé að ræða. Líðlega helmingur þeirra sem lögðust inn á sjúkrahús náðu að útskrifast. Einu ári frá útskrift eru að jafnaði lifandi um 83% sjúklinganna. Árangur af endurlífgunum utan spítala á Reykjavíkursvæðinu er með því besta sem gerist eins og fram kemur meðal annars í nýlegri grein um árangur af endurlífgunum í flestum Evrópulöndum. Samkvæmt þeirri rannsókn höfðu aðeins fjórar borgir svipaðan eða ívið betri árangur en náðst hefur í Reykjavík (12). Heildarárangur af endurlífgun utan sjúkrahúsanna á Reykjavíkursvæðinu er einnig mjög svipaður þau ár sem neyðarbíllinn hefur starfað. Þessi árangur er þó mun betri en var fyrir tilkomu neyðarbílsins árið 1982 (13). Sleglatif á fyrsta riti var mjög sterkur jákvæður forspárþáttur fyrir útskrift af spítala. Nokkurt áhyggjuefni er þó að þeim sem greinast með sleglatif á fyrsta riti farnast ívið verr þau ár sem þessi rannsókn nær til borið saman við árin 1982-1986 og 1987-1990 þótt ekki sé á því staðtölulegur munur. Þar sem árangurinn er að minnsta kosti ekki betri en áður, þurfa leiðbeiningar um meðferð við hjarta- og öndunarstöðvun að vera í stöðugri endurskoðun, ekki síst er varðar notkun lyfja og tækja. Vert er að hafa í huga í þessu sambandi þá breytingu sem gerð var á leiðbeiningunum árið 1986, þar sem mælt var gegn því að bíkarbónat væri gefið í æð áður en rafstuði væri beitt eins og venjan var fram að þeim tíma. Raunar var mælt gegn því að gefa bíkarbónat nema mælingar á sýrustigi í blóði gæfu tilefni til þess eða að endurlífgunartilraunir drægjust mjög á langinn. Þá var lagst gegn þeirri venju að nota kalsíum við rafleysu og samdráttarleysu.

Síðustu 15 ár hefur lítil breyting orðið á útkallstíma en sá tími sem líður frá því að hjarta- og öndunarstöðvun á sér stað og þar til fyrsta hjartastuð hefur verið veitt ræður sennilega mestu um árangur af endurlífgunartilraunum. Góðan árangur af endurlífgunartilraunum utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu má ekki síst þakka stuttum útkallstíma. Áhöfn neyðarbíls hefur ætíð tilkynnt hvenær neyðarbíllinn er kominn á áfangastað. Sá tími sem líður hins vegar frá því að áhöfn neyðarbíls kemur á svæðið þar til sjúklingi er gefið fyrsta rafstuð hefur ekki verið skráður. Sá tími hefur verið áætlaður um eða innan við ein mínúta. Ekki er líklegt að sá tími hafi breyst milli ára og rannsókna.

Greinileg tengsl voru milli þess að vitni væru að hjarta- og öndunarstöðvun og auknum líkum á útskrift af spítala. Mikilvægi nærstaddra vitna felst ekki síst í því að kalla til hjálp og stytta með því þann tíma sem líður þar til sérhæfð hjálp berst þeim einstaklingi sem hefur hætt að anda og reynist

púlslaus. Grunnendurlífgun af hendi nærstaddra hefur í mörgum rannsóknum sannast að auka lífslíkur. Í þessari rannsókn var einnig tilhneiging til þess en náði þó ekki marktækni. Ef bætt var við niðurstöðum úr samantekt áranna 1987-1990 var greinilega um marktæk áhrif af endurlífgunartilraunum nærstaddra að ræða (OR 2,1; p=0,0021). Nauðsyn á miklum fjölda einstaklinga til að ná marktækni gæti skýrst af því að viðbrögð nærstaddra skipta tiltölulega minna máli þegar sérhæfð endurlífgun hefst innan skamms tíma, með öðrum orðum þegar viðbragðstíminn er stuttur.

Eins og í fyrri rannsóknum af Reykjavíkursvæðinu svo og öðrum nýlegum rannsóknum höfðu þeir einstaklingar sem urðu fyrir skyndilegri hjarta- og öndunarstöðvun heima hjá sér verri líkur á útskrift af spítala en aðrir. Í heimahúsum höfðu hlutfallslega færri sleglatif eða 87 af 189 (46%) en fleiri raf- og samdráttarleysu eða 69 (36%) og aðra takttruflun 33 (18%). Nærstödd vitni voru í 121 tilviki (64%) og reyndu þau grunnendurlífgun í heldur færri tilfellum en þegar hjarta- og öndunarstöðvun átti sér stað annars staðar, eða í 36 tilfellum (29%) og útkallstími var heldur lélegri eða 4,8 mínútur, sem allt gæti skýrt lélegri árangur í heimahúsum en af endurlífgunartilraunum annars staðar. Þeir sem fóru í hjarta- og öndunarstöðvun í neyðarbíl voru best settir enda leið mjög stuttur tími í þeim tilvikum þar til sérhæfðri endurlífgun var beitt. Þetta voru fáir sjúklingar en af þeim útskrifaðist tæpur helmingur.

Orsakir hjarta- og öndunarstöðvunar eru metnar í hverju tilfelli af þeim upplýsingum sem áhöfn neyðarbíls fær í útkalli. Þar sem megináhersla er lögð á bráðameðferð og tafarlausan flutning getur upplýsingasöfnun verið takmörkuð. Lögð er áhersla á að afla fyrri sögu, fá niðurstöður krufninga og annarra rannsókna svo og sjúkdómsgreiningar hjá þeim einstaklingum sem eru lagðir inn á sjúkrahús. Eins og á árunum 1982-1986 og 1987-1990 er hjartasjúkdómur talinn algengasta orsök hjarta- og öndunarstöðvunar. Tíðnin í okkar rannsókn er í hærra lagi borið saman við sumar erlendar rannsóknir (14-16). Samanburður á árangri milli landa af endurlífgunartilraunum utan sjúkrahúsa hefur orðið auðveldari eftir tilkomu hinna stöðluðu skráningarreglna Utstein leiðbeininganna. Til þess að samanburðurinn sé marktækur er að sjálfsögðu alveg nauðsynlegt að sömu skilgreiningar á skyndidauða og sömu reglur um skráningu gildi alls staðar (17,18).

Meginniðurstaðan af þessari rannsókn er sú að árangur endurlífgana utan sjúkrahúsanna á Reykjavíkursvæðinu er áfram góður og í raun með því besta sem gerist. Þær breytingar, sem gerðar hafa verið á leiðbeiningum um endurlífgun á liðnum árum, einkum er varðar lyfjameðferð, virðast ekki hafa skilað marktækt bættum árangri. Skammur tími til sérhæfðrar meðferðar skiptir mestu. Jafnframt er mikilvægt að þeir sem verða vitni að því að einstaklingur fái skyndilega hjarta- og öndunarstöðvun kalli þegar eftir aðstoð og hefji síðan grunnendurlífgun.

Þakkir

Höfundar vilja þakka þeim fjölmörgu læknum og sjúkraflutningamönnum sem hafa tekið þátt í öflun upplýsinga og hafa staðið fyrir þeirri sérhæfðu starfsemi sem rekin er á neyðarbílnum. Jafnframt er prófessor Þórði Harðarsyni góðfúslega þakkað fyrir að veita aðgang að ákveðnum upplýsingum um sjúklinga sem varðveittar eru á lyflækningadeild Landspítalans.

Heimildir

1. Blængsdóttir GH, Þorgeirsson G. Endurlífganir utan spítala á Reykjavíkursvæðinu 1987-1990. Læknablaðið 1994; 80: 381-6.
2. Einarsson O, Jakobsson F, Sigurdsson G. Advanced cardiac life support in the prehospital setting: the Reykjavik experience. J Int Med 1989; 225: 129-35.
3. Gallagher EJ, Lombardi G, Gennis P. Effectiveness of bystander cardiopulmonary resuscitation and survival following out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 1995; 274: 1922-5.
4. Swor RA, Jackson RE, Cynar M, Sadler E, Basse E, Boji B, et al. Bystander CPR, ventricular fibrillation, and survival in witnessed, unmonitored out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med 1995; 25: 780-4.
5. Cobb LA, Hallstrom AP, Thompson RG, Mandel LP, Copass MK. Community cardiopulmonary resuscitation. Annu Rev Med 1980; 31: 453-62.
6. Bossaert L, Van Hoeyweghen R. Bystander cardiopulmonary resuscitation (CPR) in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation 1989; 17: S55-S69.
7. Lund I, Skullberg A. Cardiopulmonary resuscitation by lay people. Lancet 1976; 2: 702-4.
8. Standard and guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1986; 55: 2905-84.
9. Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees, American Heart Association. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. JAMA 1992; 268: 2171-298.
10. Special report: Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein Style. A statement for health professionals from a task force of the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, and the Australian Resuscitation Council. Circulation 1991; 84: 960-75.
11. Cummins RO. The Utstein style for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med 1993; 22: 37-40.
12. Herlitz J, Bahr J, Fischer M, Kuisma M, Lexow K, Thorgeirsson G. Resuscitation in Europe at its best: a tale of five European regions. Resuscitation 1999; 41: 121-31.
13. Gudjonsson H, Baldvinsson E, Oddsson G, Asgeirsson E, Kristjansson H, Hardarson T. Results of attempted cardiopulmonary resuscitation of patients dying suddenly outside the hospital in Reykjavik and surrounding area 1976-1979. Acta Med Scand 1982; 212: 247-51.
14. Waalewijn RA, de Vos R, Koster RW. Out-of-hospital cardiac arrests in Amsterdam and its surrounding areas: results from the Amsterdam resuscitation study (ARREST) in Utstein style. Resuscitation 1998; 38: 157-67.
15. de Vreede-Swagemakers JJ, Gorgels AP, Dubois-Arbouw WI, Dalstra J, Daemen MJ, van Ree JW, et al. Circumstances and causes of out-of-hospital cardiac arrest in sudden death survivors. Heart 1998; 79: 356-61.
16. Holmberg M, Holmber S, Herlitz J, Gårdelöv B. Survival after cardiac arrest outside hospital in Sweden. Resuscitation 1998; 36: 29-36.
17. Roberts W. Sudden cardiac death: definitions and causes. Am J Cardiol 1986; 57: 1410-3.
18. Torp-Pedersen C, Kober L, Elming H, Burchart H. Classification of sudden and arrhythmic death. Pacing Clin Electrophysiol 1997; 20: 245-52.



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 309-00

Nýjar leiðir til að bæta líf og líðan

Rannsóknir og þróun lyfja gegn **meltingarsjúkdómum** eru mikilvægt svið í starfsemi AstraZeneca. Þetta vísindastarf hefur valdið **straumhvörfum** í meðferð **sýrutengdra sjúkdóma** og gefið af sér útbreiddasta lækningalyf í heiminum, sem hefur **bætt heilsu milljóna manna** og auðveldað þeim að lifa eðlilegu lífi. Það er engin tilviljun að þetta lyf hefur jafnframt orðið hið **gullna viðmið** sem aðrar vörur í þessum flokki eru bornar saman við.

Leiðarstjarna í lækningu meltingarsjúkdóma



Þrátt fyrir þennan árangur er ekkert lát á viðleitni okkar að leggja læknum til **enn betri lyf**. Við erum frumkvöðlar að framþróun, förum **hiklaust nýjar leiðir** og leggjum grunn að árangri framtíðar með þróttmiklu vísindastarfi og samstarfi innan heilbrigðisgeirans.

AstraZeneca starfar náið með íslenskum heilbrigðisstéttum. Þær hafa reynst dugandi samherjar og taka **virkan þátt í framförum** sem miða að betra mannlífi í framtíðinni.

AstraZeneca

annt um líf og líðan

VIOXX
MSD 990068 TÖFLUR M O1 A H
Virkt efni: Rófekoxíb 12,5 mg eða 25 mg.
Ábendingar: Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. **Skammtar:** Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg til inntöku einu sinni á dag. Hjá sumum sjúklingum næst aukinn árangur með því að gefa 25 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Aldraðir:* Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. *Notkun hjá börnum:* Vioxx er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Rófekoxíb er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með væga eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi (7).Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans <30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmun. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Rófecoxíb getur dregið úr myndun prostaglandína og þar sem prostaglandín í nýrum getur gegnt mikilvægu hlutverki í að viðhalda blóðflæði um nýru (þegar það er af einhverjum ástæðum minnkað) og því getur rófecoxíb minnkað blóðflæði um nýru og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með minnkað blóðflæði um nýru (svo sem sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi, hjartabilun eða skorpulifur). Hafa skal almennt eftirlit og eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort og ráðlegt er að bæta vökvaskortinn upp áður en rófekoxíbmeðferð er hafin. Vökvasöfnun og bjúgur hafa átt sér stað hjá sjúklingum á rófekoxíb meðferð og því skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fengið hjartabilun, truflanir á starfsemi vinstri slegils eða háan blóðþrýsting og einnig hjá sjúklingum sem hafa bjúg fyrir, af einhverjum öðrum orsökum. Í klínískum rannsóknum fengu sumir slitgigtarsjúklinganna sem voru á rófekoxíbi meðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarveg. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Þegar skammturinn fer yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi, sem og hættan á bjúgi og háum blóðþrýstingi. Hækkanir á ALAT og/eða ASAT hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á rófekoxíbi. Rófekoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófekoxíbs er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Magn laktósu í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols.
Milliverkanir: *Eftirlit skal hafa þegar eftirtalin lyf eru gefin samhliða rofecoxíb: Warfarin, ACE hemlar, metótrexat, teófyllín, amitryptilín, tacrín, zileúton, lyf sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4, cýklósporíns og takrólímus* Forðast skal samhliða gjöf stærri skammta af acetýlsalicýlsýru (stærri en 81 mg) eða bólgueyðandi verkjalyfja. Engar upplýsingar fyrir hendi um mögulegar milliverkanir milli rófekoxíbs og litíum, betablokka eða þvagræsilyfja en önnur bólgueyðandi verkjalyf geta haft milliverkanir við þessi lyf. *Íhuga að gefa 25 mg skammt af rófekoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur (svo sem rifamcín).* **Meðganga og brjóstagjöf:** Rófekoxíb á ekki að nota á síðasta þriðjungi meðgöngu (frábending). Ekki skal nota lyfið á fyrstu tveimur þriðjungum meðgöngu nema væntanlegt gagn af meðferðinni réttlæti mögulega áhættu fyrir fóstrið. Konur sem eru á rófekoxíb meðferð ættu ekki að hafa börn á brjósti. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar, af hærri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 12,5 mg eða 25 mg af rófekoxíbi í allt að sex mánuði. **Algengar (>1 %):** Bjúgur,vökvasöfnun, kviðverkir, svimi, hár blóðþrýstingur, brjóstsviði, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir, höfuðverkur, kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur, hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur, eyrnasuð, þyngdaraukning, sinadráttur, svefnleysi, svefnhöfgi, svimi, geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa, andþyngsli, útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna. Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb. **Pakkningar, verð (febrúar, 2000):** Töflur 12,5 mg:14 stk 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. Töflur 25 mg: 14 stk. 2770 kr. 28 stk. 4933 kr. 98 stk. 14644 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** E **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.



MERCK SHARP & DOHME

NÝTT EIN Á DAG VIOXX® (rófekoxíb, MSD)

FARMASÍA ehf.

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Stafræn tækni opnar nýjar víddir í röntgenþjónustu

Ásbjörn Jónsson

Ágrip

Með hjálp tölvutækni má framkvæma allar myndgreiningarrannsóknir þannig að myndirnar verði á stafrænu formi. Úrlestur rannsókna á röntgendeildum fer þá fram á sérhæfðum tölvuskjám og myndirnar eru geymdar í stafrænni myndgeymslu. Læknar sem vísa sjúklingi til rannsóknar senda beiðni og fá röntgensvör gegnum tölvunet. Tilvísandi læknir getur nálgast myndirnar í myndgeymslunni og skoðað þær á venjulegum tölvuskjá. Öll starfsemi röntgendeilda og samskipti við lækna verða í framtíðinni pappírs- og filmulaus. Þetta hefur veruleg áhrif, ekki einungis á starfsemi sjúkrahúsa, heldur munu sjúklingar heilsugæslulækna og sjálfstætt starfandi lækna njóta betri þjónustu.

Raktar eru helstu aðferðir við að framkvæma hefðbundnar röntgenrannsóknir með stafrænni tækni sem og kostir stafrænna mynda. Þá er gerð grein fyrir ýmsum breytingum sem orðið geta á þjónustu röntgendeilda á Íslandi í náinni framtíð.

Inngangur

Með hratt vaxandi notkun stafrænnar tækni opnast áður óþekktir möguleikar innan heilbrigðisþjónustunnar. Samskipti eru hraðari, úrvinnsla gagna er markvissari og geymslurými er fyrir ómælt magn upplýsinga. Þessi þróun, ásamt nýjum stafrænum myndgreiningarbúnaði, hefur þegar haft veruleg áhrif á læknisfræðilega myndgreiningu og mun meiri breytingar eru í sjónmáli. Nauðsynlegt er að fleiri en röntgenlæknar tileinki sér þessar nýjungar, aðrir læknar sem nota myndgreiningu í daglegu starfi þurfa einnig að þekkja og hagnýta sér þær. Þannig má tryggja að þessar breytingar nýtist sjúklingum best. Hér verður farið yfir grunn stafrænnar myndgerðar og raktar þær breytingar á starfsemi röntgendeilda sem þegar hafa orðið og eru fyrirsjáanlegar.

Stafrænar myndir

Stafrænar myndir eru að grunni til ólíkar hinni hefðbundnu röntgenmynd. Venjuleg röntgenmynd er hliðræn (analog) mynd, sem samsett er úr óendanlega mörgum punktum með samfelldan gráskala. Þannig er ekki hægt að afmarka einn punkt í myndinni frá öðrum.

Stafræn mynd er hins vegar samsett úr myndeiningum (pixel, picture element), sem eru agnarsmáir ferningar. Hver myndeining hefur ákveðið gráskalagildi og því er unnt að afmarka einn punkt í myndinni frá þeim næsta, ef gráskalagildi þeirra er mismunandi. Þannig er stafræn mynd gerð úr dálkum og röðum af myndeiningum og kallast það myndfylki (image matrix). Upplausn eða skerpa myndarinnar er háð stærð myndeininganna og upplausnargetu myndgerðarbúnaðarins. Ef heildarstærð myndar er óbreytt en dálkum og línum er fjölgað (stærra myndfylki) minnkar hver myndeining og upplausn eykst. Þar af leiðir að betri upplausn krefst aukins geymslurýmis ef vista á myndina, til dæmis þarf fjórfalt meira geymslurými fyrir 1024x1024 myndfylki en fyrir 512x512 myndfylki. Fjöldi mögulegra grátóna sem hver myndeining getur fengið kallast dýpt og er gefin upp í bitum. Algengast eru 8, 10 eða 12 bitar, sem samsvara 256, 1048 og 4096 grátónum. Stafrænni mynd má lýsa með þessu, til dæmis 1024x1024x12 bitar. Til að fylki segi til um upplausn myndar þarf að vita raunstærð myndar. Því er hámarksupplausnin iðulega gefin í línupörum á millimeter (lp/mm), sem gefur upplausn óháð myndstærð. Fleiri línupör á hvern millimetra

Frá röntgendeild Landspítala Fossvogi og læknadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ásbjörn Jónsson, röntgendeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000. Netfang: asjon@shr.is

Lykilorð: *röntgen, myndgreining, stafræn tækni, upplýsingatækni, fjarlækningar.*

ENGLISH SUMMARY

Jónsson Á

The impact of digital techniques on radiological services

Læknablaðið 2000; 86: 673-81

All diagnostic imaging examinations may be performed digitally using computer techniques. The diagnostic reading in the imaging department can be made on a specialised computer screen and the images stored in a digital archive. The referring physician uses his computer to send requests and to read the reports. He can also access the images in the archive and view the images on a standard computer screen. The X-ray departments and their communication with referring physicians will be paper- and filmless, which results in considerable changes in working routines and increased speed of service. Digital X-ray techniques are described and some examples of digital services given.

Key words: *radiology, diagnostic imaging, digital, information technology, teleradiology.*

Correspondence: Ásbjörn Jónsson. E-mail: asjon@shr.is

þýða minni myndeiningar og aukna upplausn myndar. Kostur er að unnt er nota lp/mm einnig fyrir hliðrænar myndir. Þá má og gefa upp raunstærð hverrar myndeiningar til dæmis í millimetrum eða mikrómetrum.

Stafræn myndgerð

Frá uppgötvun röntgengeislans fyrir rúmum 100 árum hefur myndgerðin lengst af verið fólgin í að lýsa röntgenfilmu. Öll nýrri myndgerðartæki eru aftur á móti byggð á stafrænum grunni. Ísótópamyndir, ómmyndir, tölvusneiðmyndir, segulómmyndir og myndir frá fullkomnari æðaþræðingartækjum eru gerðar með aðstoð tölvu og því stafrænar. Möguleikar stafrænnar myndgerðar hafa þó lengstum verið lítið notaðir og myndir prentaðar út á filmu til úrlestrar, skoðunar og geymslu. Á síðari árum hefur komið til tækni sem gerir kleift að færa venjulega röntgenmynd á stafrænt form og jafnvel að myndin sé milliliðalaust tekin á stafrænu formi. Þar með er unnt að framkvæma allar myndgreiningarrannsóknir með stafrænni tækni.

Kostir stafrænnar myndgerðar

Hefðbundin röntgenmynd á filmuformi þarf að gagnast til ólíkra hluta. Röntgenmyndin er fyrst fest á filmu við myndgerðina. Síðan er filman notuð til úrlestrar og túlkunar rannsóknar. Þá er sama filman notuð til að sýna þeim lækni er sendi sjúkling í rannsókn hvað fundist hefur. Í fjórða lagi er filman geymslumiðill rannsóknarinnar og ef nota þarf hana annars staðar, svo sem á skurðstofu eða til samanburðar, þarf að senda filmuna á milli staða. Útlit hefðbundinnar röntgenmyndar er endanlegt strax við myndatökuna og nánast ekkert hægt að breyta eiginleikum myndarinnar eftir á. Þó er til dæmis notað sterkt ljós til þess að skoða dökk svæði á myndinni sem og stækkunargler. Í eina öld hafa allir vinnuferlar á röntgendeild þróast í kringum filmuna. Stafræn tækni kallar því á víðtæka endurskipulagningu á starfsemi röntgendeilda.

Með stafrænni myndgerð má brjóta upp þessi mismunandi hlutverk. Þannig eru myndgerðin, myndvinnslan, úrlesturinn, myndsýningin, myndgeymslan og myndflutningur samtengdir en annars óháðir þættir. Því má nú bæta einstaka þætti eftir alveg nýjum leiðum, með aukna hagkvæmni og aukin gæði að markmiði.

Aðferðir við stafræna myndgerð

Einfaldasta aðferð til koma venjulegri röntgenmynd á stafrænt form er að nota myndbandstökuvél (svokallaða CCD myndavél). Upplausn myndanna er léleg og ekki nothæf til sjúkdómsgreiningar. Notkun er aðallega fólgin í sýningu rannsókna (til dæmis á morgunfundum).

Betri aðferð er að nota filmulesara (skanna). Þar er venjuleg röntgenmynd sett í lesara sem matar myndina undir leysigeisla. Geislinn færist fram og aftur yfir myndina og les hana línu fyrir línu. Myndinni er þannig skipt upp í myndeiningar. Hver eining fær ákveðið gráskalagildi sem er meðalgildi grátóna samsvarandi svæðis á filmunni. Upplausnin er lægri en á filmunni en þó nægilega góð fyrir ýmsar sjúkdómsgreiningar. Slíkir filmulesarar eru framleiddir á Íslandi og eru til á Landspítala og á nokkrum stöðum á landsbyggðinni. Þessi tæki nýtast aðallega til fjargreiningar röntgenmynda sem þýðir að úrlestur rannsóknar fer fram annars staðar en sjálf myndatakan. Þá eru filmulesarar notaðir til að koma eldri rannsóknum á stafrænt form á filmulausum röntgendeildum en þar hefur stafræn tækni og skjáúrlestur úthýst filmum.

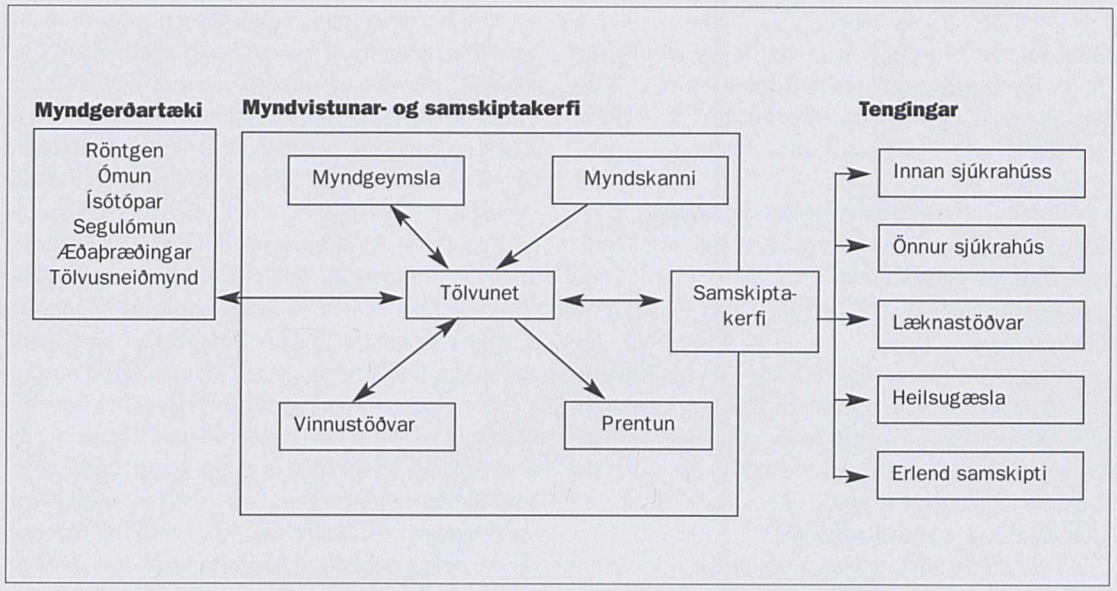
Þróaðri aðferðir til stafrænnar myndgerðar nota ekki röntgenfilmuna sem millilið.

Sú tækni þeirrar gerðar sem mest er notuð kallast myndplötukerfi (computed radiography) (1,2). Tæknin byggist á minnismyndplötum sem viðtaka geislunar, í stað filmu. Platan geymir í sér minnismynd í hverjum punkti í hlutfalli við áfallandi geislun, sem mótuð er af mismunandi geislagleypingu líkamsvefjanna. Minnisplatan inniheldur flúrskímandi efni og þegar hún er sett í sérstakan leysigeislalesara verður ljómun í hlutfalli við þá geislun er féll á hvern punkt. Ljósið er numið fyrir hverja myndeiningu og styrkur ljóssins ákvarðar gráskalagildi þeirrar einingar. Þannig fæst stafræn mynd.

Auðvelt er að taka í notkun plötukerfi inni á röntgendeildum. Ekki þarf að breyta röntgentækjum. Innstillingar og myndatökutækni eru eins. Gömlu filmuhylkin og myndplötuhylkin eru eins að formi og stærð. Í stað framköllunarvéla koma myndlesarar. Ef skoða á myndina á filmu er hún prentuð út á leysigeislaprentara. Þá er hægt að skoða myndina á vinnustöð, sem er tölva með sérhæfðum hugbúnaði og góðum skjá. Ef engar filmur eru notaðar eru ljósaskápar og rúmfrekar filmugeymslur óþarfar.

Myndplötukerfi eru raunhæfur valkostur við hefðbundin filmukerfi. Plötukerfi leyfa vissa lækkun geislaskammta við töku myndarinnar (3) og vegna eðlis minnisplatnanna eru endurtekningar vegna rangs geislaskammts nánast úr sögunni (1,2). Upplausnin er ívið lægri en á hefðbundinni filmu en greiningargildið er óbreytt samkvæmt flestum rannsóknum (4-7). Þó hefur verið sýnt fram á tilvik þar sem greiningargildi rannsókna með myndplötum getur verið lakara. Dæmi um það er greining ótilfærðra brota í útlimum (8). Kostir myndplötukerfisins eru taldir vega þetta upp og er útbreiðsla þeirra vaxandi. Plötukerfi eru ekki enn til hérlendis.

Um þessar mundir er verið að kynna nýja tegund skynjara (9,10). Þar er viðtaki myndar plata af nýrri



Mynd 1. *Dæmi um uppsetningu og tengingar myndvistunar- og samskiptakerfis.*

gerð sem fækkar enn skrefunum frá því að röntgengeisli er sendur í gegnum sjúkling og þar til mynd birtist á skjá. Lesið er beint af hverri myndeiningu skynjarans sem geislað er á. Skynjarinn tengist tölvubúnaðinum um kapal. Þannig berst myndin beint í tölvu sem byggir upp myndina og sýnir á skjá. Þessi tækni mun enn stytta rannsóknartíma og auka afköst. Fyrirsjáanlegt er að þessi tækni komi í stað eldri myndplötukerfa og filmulesara.

Stafræn myndvinnsla

Unnt er að breyta stafrænni mynd á ýmsan hátt í vinnustöð (2). Kontrast myndar má breyta með því að nýta fleiri eða færri grátóna til að skoða myndina. Of ljósa eða of dökka mynd má laga. Þá eru ákveðnir þættir myndar ýktir en dregið úr öðrum eða þeir þurrkaðir út. Síðastnefndu breytingarnar eru gagnlegar í vissum tilvikum en hafa ekki valdið straumhvörfum í greiningarhæfni eins og vonast var til (3).

Úrlestur stafrænna rannsókna

Úrlestur fer fram á vinnustöðvum sem sérhannaðar eru til sjúkdómsgreiningar. Öflugar tölvur þarf til að afköst séu svipuð eða betri en úrlestur með filmum. Sérstakir hágæðaskjáir eru yfirleitt notaðir. Í vinnustöð er mikilvægt að stuttan tíma taki að kalla rannsókn fram á skjáinn. Þá þarf að vera auðvelt að stækka, snúa og spegla myndunum, framkvæma mælingar og svo framvegis. Til að unnt sé skoða allar myndir í sömu rannsókn og jafnframt að bera saman við eldri rannsóknir hefur verið reynt að nota allt upp í fjóra skjái en algengast er nota einn eða tvo.

Stafrænar rannsóknir eru forsenda sjálfvirks úrlestrar rannsókna, það er þegar tölva túlkar rannsókn (11). Slíkur búnaður er þegar til á markaðinum og er þróunin einna lengst komin í röntgenrannsóknum á brjóstum (11,12). Þessi tækni er notuð til að beina athygli röntgenlæknis að hugsanlegri meinsemd en lokatúlkunin er röntgenlæknisins.

Stafræn myndsýning

Venjulegar filmur eru afleitur miðill þegar sýna á mörgum hvað fundist hefur við rannsókn. Misgóð tæki eru fáanleg til að stækka venjulegar myndir en þau eru óhentug. Hins vegar má sýna stafræna mynd beint á stórum tölvu- eða sjónvarpsskjám. Jafnframt má sýna sömu rannsókn samtímis á mörgum stöðum í einu.

Stafræn myndgeymsla

Filmugeymslur eru rúmfrekar og safnumslög fyrir filmur eru þung. Mjög erfitt er að halda reiðu á gagnasöfnum af þessu tagi og aðgangur að gögnum er ekki greiður. Stafræn myndgeymsla rúmast á nokkrum fermetrum og getur verið staðsett hvar sem er. Slíkar geymslur þurfa verulega minnisrými, talið í gíga- og terabætum frekar en megabætum, en stærð á einstakri röntgenmynd getur verið um 50 MB. Mest eru notaðir diskar og stafræn segulbönd, valið fer eftir verði á hverri minniseiningu, kröfum um aðgangshraða að gögnum og ætlaðan geymslutíma.

Stafrænn myndflutningur

Mynd frá stafrænni myndgeymslu má nálgast hvaðan sem er, svo fremi sem aðgangur að geymslunni sé heimilaður. Unnt er að skoða rannsóknina á skjá eða prenta út þar sem þörf er, til dæmis á skurðstofu, læknastofu eða á öðru sjúkrahúsi. Því er skynsamlegt að allar stafrænar myndgeymslur landsins séu samtengdar. Með slíkum myndflutningi tekur mun skemmri tíma að fá álit sérfræðinga innanlands sem utan.

Ný hugtök

Ofangreindar breytingar hafa fætt af sér ný hugtök innan myndgreiningar, í daglegu máli kölluð RIS (Radiological Information System), PACS (Picture Archiving and Communication System) og fjargreining (13,14).

RIS eru tölvukerfi sem sjá um sjúklingabókhald, tímagjöf, rannsóknarsvör og tengsl við tölvukerfi sjúkrahússins (hospital information system, HIS). Rannsóknarsvör frá röntgendeildum eru send yfir á sjúkrahúskerfið.

PACS eða myndvistunar- og samskiptakerfi (mynd 1) sjá um vistun stafrænna mynda og tengsl við önnur kerfi hvað myndrænar upplýsingar varðar. Þannig er mögulegt að kalla beint fram rannsókn úr stafrænni myndgeymslu á einu sjúkrahúsi ef sjúklingur leggst inn annars staðar.

Fjargreining myndgreiningarrannsókna er einn angi fjarlæknisfræði (14). Fjargreining felur í sér að framkvæmd og túlkun rannsóknar fara fram á mismunandi stöðum og rannsóknin er send á milli á stafrænu formi.

Framtíðarþjónusta á Íslandi

Aðskilnaður einstakra þátta myndgreiningarrannsókna opnar nýjar víddir í þjónustu og starfi röntgendeilda. Sjálf myndgerðin verður einungis háð staðsetningu rannsóknartækis, einhverjum sem kann á tækið og nærveru sjúklings. Algengast er að nota myndplötukerfi til að fá stafrænar röntgenmyndir. Myndirnar fara inn á net sem tengt er fjarskiptaneti. Óháður aðili, svo sem símafyrirtæki, getur séð um flutning hinnar stafrænu rannsóknar hvert á land sem er, jafnvel til annarra landa. Varðveisla myndanna gæti verið í höndum þriðja aðila sem sérhæfir sig í öruggri og öflugri gagnageymslu (lagabreytingu gæti þurft til að slíkt yrði heimilt). Einn eða fleiri sérfræðingar í myndgreiningu lesa úr rannsóknum, jafnvel sem verktakar eða með þjónustusamningum við stærri myndgreiningardeildir. Læknir sjúklings fær svar á tölvuskjá.

Þannig má hugsa sér að framkvæmd sé röntgenrannsókn af lungum á Vopnafirði. Lesið er úr henni augnabliki síðar í Reykjavík og svar sent til heilsugæslulæknisins að fimm mínútum liðnum. Rannsóknin er sjálfkrafa geymd hjá myndgeymslufyrirtæki á Norðurlandi. Þaðan getur brjóstholsskurðlæknir í Reykjavík, sem leitað er álits hjá, kallað fram myndina til skoðunar á tölvuskjá. Öll svör má nálgast gegnum tölvur og tölvunet.

Þrátt fyrir fjarlæknisfræði munu stærri myndgreiningardeildir áfram verða meginstarfsvettvangur röntgenlækna en þar er umfang þjónustunnar mest og röntgenlæknar sinna þar sérhæfðum rannsóknum, rannsóknarinngripum, stjórnun, gæðaeftirliti og ráðgjöf. Heilsugæslustöðvar og minni sjúkrahús án þjónustu myndgreiningarlæknis geta tengst stærri deildunum. Í raun getur röntgenstofa úti á landi verið hluti stærri myndgreiningardeildar, rétt eins og hver önnur rannsóknarstofa deildarinnar. Rannsókn framkvæmd á landsbyggðinni birtist þá á skjá röntgenlæknis á sama hátt og aðrar rannsóknir. Áþekkt dæmi er nú þegar til á röntgendeild Landspítala Fossvogi. Filmuskanni á röntgeneiningunni á Landakoti er notaður til að senda myndir til úrlestrar í Fossvogi. Þannig má minnka viðveru röntgenlæknis en veita þó óskerta útlestrarþjónustu.

Kostir þessa eru margir. Íbúar á landsbyggðinni munu njóta skjótrar úrlestrarþjónustu sérfræðinga í myndgreiningu svipað og íbúar þéttbýlisins búa við nú. Unnt er að leita fjarálits sérfræðinga á stærri sjúkrahúsum hvort senda skuli sjúkling til meðferðar. Með fjaráliti röntgenrannsóknar má koma í veg fyrir ónauðsynlegan flutning og veita betri og skjótari upplýsingar um meðferð. Dæmi um þetta eru einkum á sviði bæklunar- og slysalækninga og heila- og taugaskurðlækninga. Heila- og taugaskurðlæknir í Reykjavík getur skoðað tölvusneiðmyndarannsókn sem framkvæmd er á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri nokkrum mínútum eftir að henni lýkur. Bæklunarskurðlæknir getur ákvarðað með hliðsjón af röntgenrannsókn hvort bráðliggi á flutningi sjúklings og þannig komið í veg fyrir tvísýnan eða ónauðsynlegan flutning. Stafrænar myndgeymslur munu útrýma fermetrafrekum filmugeymslum, rannsóknir munu ekki týnast eða vera í útláni þegar þeirra er þörf, sömu rannsóknina má skoða samtímis á mörgum stöðum og svo framvegis. Hætt verður að nota filmur og þar með hefðbundna framköllun með meðfylgjandi spilliefnum.

Ef nýta á þessa tækni til að bæta þjónustu við sjúklinga og draga úr kostnaði þarf að breyta núverandi skipulagi. Skynsamlegt er að sett verði upp öflugt og öruggt gagnaflutningsnet með opnum stöðlum sem læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn

Höfundur er sérfræðingur í svæfingalæknisfræði, yfirlæknir á svæfingadeild Sjúkrahúss Akraness og í stjórn Læknafélags Íslands.

Sjónarmið þau er fram koma í pistlunum **Af sjónarhóli stjórnar** eru höfundar hverju sinni og ber ekki að taka sem samþykktir stjórnar LÍ.

geti nýtt til að bjóða þjónustu sína á landsvísu, þar á meðal í myndgreiningu. Unnið er að slíku neti, Íslenska heilbrigðisnetinu, um þessar mundir að undirlagi Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins. Samhliða því er mikilvægt að reglur um gagnagrunna á heilbrigðissviði (aðra en miðlægan gagnagrunn) verði settar af yfirvöldum. Þannig myndi skapast sá möguleiki að bjóða út myndgagnageymslu. Annars er hætt við að hver myndgreiningaraðili standi að uppbyggingu slíkra stafrænna kerfa með sínum hætti, án tengimöguleika milli aðila.

Þakkir

Baldri Johnsen, Pétri H. Hannessyni og Smára Kristinssyni eru þakkaðar gagnlegar ábendingar.

Heimildir

1. Murphey MD, Quale JL, Martin NL, Bramble JM, Cook LT, Dwyer SJ III. Computed radiography in musculoskeletal imaging: state of the art. AJR 1992; 158: 19-27.
2. Murphey MD. Computed radiography in musculoskeletal imaging. Semin Roentgenol 1997; 32: 64-76.
3. Jónsson Á, Herrlin K, Jonsson K, Lundin B, Sanfridsson J, Pettersson H. Radiation dose reduction in computed skeletal radiography: effect on image quality. Acta Radiol 1996; 37: 128-33.
4. Swee RG, Gray JE, Beabout JW, McLeod RA, Cooper KL, Bond JR, et al. Screen-film versus computed radiography imaging of the hand: a direct comparison. AJR 1997; 168: 539-42.
5. Jónsson Á, Borg A, Hannesson P, Herrlin K, Jonsson K, Sloth M, et al. Film-screen vs. digital radiography in rheumatoid arthritis of the hand: an ROC analysis. Acta Radiol 1994; 35: 311-8.
6. Jónsson Á, Hannesson P, Herrlin K, Jonsson K, Andersen R, Pettersson H. Computed vs. film-screen magnification radiography of fingers in hyperparathyroidism: an ROC analysis. Acta Radiol 1995; 36: 290-4.
7. Lund PJ, Krupinski EA, Pereles S, Mockbee B. Comparison of conventional and computed radiography: assessment of image quality and reader perfromance in skeletal extremity trauma. Acad Radiol 1997; 4: 570-6.
8. Wilson AJ, Mann FA, Murphy, WA Jr, Monsees BS, Linn MR. Photostimulable phosphor digital radiography of the extremities: diagnostic accuracy compared with conventional radiography. AJR 1991; 157: 533-8.
9. Chotas HG, Dobbins JT III, Ravin CE. Principles of Digital Radiography with Large-Area, Electronically Readable Detectors: A Review of the Basics. Radiology 1999; 210: 595-9.
10. Piraino DW, Davros WJ, Lieber M, Richmond BJ, Schils JP, Recht MP, et al. Selenium-based digital radiography versus conventional film-screen radiography of the hands and feet: a subjective comparison. AJR 1999; 172: 177-84.
11. Doi K, MacMahon H, Katsuragawa S, Nishikawa RM, Jiang Y. Computer-aided diagnosis in radiology: potential and pitfalls. Eur J Rad 1999; 31: 97-109.
12. Warren Burhenne LJ, Wood SA, D´Orsi CJ, Feig SA, Kopans DB, O´Shaughnessy KF, et al. Potential contribution of computer-aided detection to the sensitivity of screening mammography. Radiology 2000; 215: 554-62.
13. Bick U, Lenzen H. PACS: the silent revolution. Eur Radiol 1999; 9: 1152-60.
14. Pálsson Þ, Brekkan Á. Fjarlækningar. Upplýsingatækni og skipulagning. Læknablaðið 1999; 85: 876-82.

Heilsutengd lífsgæði sjúklinga fyrir og eftir meðferð

Tómas Helgason[1]

Júlíus K. Björnsson[2]

Kristinn Tómasson[3]

Erla Grétarsdóttir[4]

Halldór Jónsson jr.[5]

Tómas Zoëga[4]

Þórður Harðarson[6]

Guðmundur Vikar Einarsson[7]

Grein sú er hér fylgir birtist upphaflega í júníhefti Læknablaðsins 2000. Þau leiðu mistök urðu við þá birtingu að tilvísanir í heimildir inni í greininni féllu brott. Greinin er því endurbirt um leið og beðist er velvirðingar á mistökunum. Við tilvísanir í greinina skal vísa til þessarar birtingar: Læknablaðið 2000; 86: 682-8.

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

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

Ágrip

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

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

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

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

Inngangur

Hefðbundið hlutverk læknisins er að lækna, líkna og lina þjáningar. Á seinni tímum hefur vaxandi áhersla verið lögð á heilsuverndarhlutverk læknisins, forvarnir á ýmsum stigum og endurhæfingu. Jafnframt hefur verið lögð síaukin áhersla á árangursmat og gæðaeftirlit. Árangursmatið er hægt að framkvæma með ýmsum stikum heilbrigðisfræðinnar. Árangurinn er þegar best lætur fólginn í lækningu, algerum bata, en mjög oft verður að sætta sig við eitthvað minna, sérstaklega að því er varðar langvinna sjúkdóma, sem mest eru áberandi nú á tímum, svo sem ýmsa geðsjúkdóma, hjarta- og æðasjúkdóma, krabbamein, gigt og hrörnunarsjúkdóma. Aðalmarkmið heilbrigðisþjónustu fyrir slíka sjúklinga er að ná eins mikilli virkni og vellíðan og hægt er. Mælingar á virkni og vellíðan geta spáð fyrir um kostnað vegna heilbrigðisþjónustu og dauða (1). Marga þessa sjúkdóma er hægt að ráða verulega við með nútíma aðferðum, þó að þeir verði ekki læknaðir. Slíkt er hægt að mæla líffræðilega sem lengingu lífs, breytingu á starfsgetu, en mestu máli

ENGLISH SUMMARY

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

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

Læknablaðið 2000; 86: 682-8

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

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

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

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

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

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

skiptir líðan sjúklingsins og lífsfylling, að hann njóti viðunandi lífs eftir meðferð, það er að heilsutengd lífsgæði hans aukist eftir meðferðina. Mat á þeim bætir upp aðrar mælingar á bata (2). Heilsutengd lífsgæði hafa í vaxandi mæli verið notuð til að meta gagn og árangur meðferðar og til að meta gæði umönnunar (3). Án upplýsinga um áhrif meðferðar á heilsutengd lífsgæði geta hvorki læknir né sjúklingur valið meðferð af þekkingu. Sjúklingarnir gera kröfu til að þeim líði betur og/eða að þeir lifi lengur (4). Markmið heilbrigðisþjónustunnar ættu því að vera: heilsuvernd, lækningar, endurhæfing og bætt heilsutengd lífsgæði, það er að bæta árum við lífið og gæða árin lífi.

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

Fyrir tæpum tveimur árum kynntum við mælitæki, HL-prófið (5), sem gert er fyrir íslenskar aðstæður og er bæði réttmætt og áreiðanlegt (6). Prófið er samsett úr 32 spurningum, 22 eru með þremur til sex gefnum svarmöguleikum, en sjónskalar fylgja 10 spurningum. Það aðgreindi þá veikari frá þeim minna veiku og fötluðum. Einstakir þættir prófsins aðgreindu sjúklingahópana hvern frá öðrum og mikil fylgni var milli heilsufars- og félagslegra þátta prófsins og milli heilsufars og vellíðunar. Heilsufarsþættir prófsins eru: heilsufar, depurð, þrek, kvíði, verkir, líkamleg heilsa (7), einbeiting og svefn. Félagslegu þættirnir eru: samskipti, fjárhagur, sjálfsstjórn og líðan. Nú hefur mælitækið verið staðlað á slembiúrtaki fólks yfir tvítugt svo að hægt er að bera heilsutengd lífsgæði einstakra sjúklinga saman við það sem almennt gerist (8). Almenn mælitæki eins og HL-prófið hafa reynst gagnleg til að fylgjast með framgangi og bata sjúklinga með langvinna sjúkdóma. Þau eru talin hafa ýmsa kosti fram yfir mælitæki sem eru sérstaklega gerð fyrir ákveðna sjúkdóma. Þau sýna hvað skiptir sjúklingana mestu og eru gagnleg fyrir sjúklinga með marga sjúkdóma og til að bera saman sjúklingahópa með mismunandi sjúkdóma (1).

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

Sjúklingar og rannsóknaraðferð

Að fengnu samþykki siðanefndar Landspítalans var leitað til fimm sjúklingahópa og þeir beðnir að svara spurningum HL-prófsins. Þetta voru sjúklingar, sem biðu eftir hjartaþræðingu, aðgerð á bæklunarskurðdeild eða þvagfæraskurðdeild, auk vímuefnasjúklinga og annarra geðsjúklinga eins og að ofan greinir. Vímuefnasjúklingarnir voru ekki látnir svara spurningalistanum fyrr en bráðaeinkenni fráhvarfs voru horfin. Þeir sem ekki fóru í aðgerð voru beðnir að svara spurningalistunum á ný eftir sex mánuði til þess að rannsaka hvort heilsutengd lífsgæði þeirra hefðu versnað á biðtímanum. Annars voru þeir, sem svöruðu spurningunum, beðnir um að svara þeim aftur eftir þrjá til fjóra mánuði eða þremur til fjórum mánuðum eftir aðgerð. Þó var ekki leitað til vímuefnasjúklinganna fyrr en ári eftir að þeir komu í meðferð. Samtals var óskað þátttöku 1195 sjúklinga. Ef svar hafði ekki borist var tvívegis sent ítrekunarbréf eftir eina til tvær vikur og loks hringt til sjúklinganna og þeim boðin aðstoð, sérstaklega í seinni umferðinni. Svörin voru kóðuð, slegin inn í SPSS gagnaskrá (9), fundnar staðaleinkunnir samkvæmt viðmiðunartöflum eftir kyni og aldri (8), þannig að einkunnir eru sambærilegar við það sem gerist hjá fólki almennt á sama aldri og af sama kyni, en meðaleinkunn (T-einkunn) þess er 50 með staðalfrávikinu 10. Meðaleinkunn hópa almennings hefur 95% vikmörk sem eru mjög þröng (±0,5) það bendir til að geta prófsins til að greina á milli hópa með mismunandi lífsgæði sé góð. Einkunnir undir 50 benda til skertra lífsgæða. Við samanburð milli tveggja sjúklingahópa á einstökum þáttum og lífsgæðum í heild var notað óparað t-próf, en við samanburð fyrir og eftir meðferð var notað parað t-próf án leiðréttingar fyrir fjölda samanburða þar eð líta má sjálfstætt á hvern þátt. Við samanburð á fleiri hópum var beitt dreifigreiningu (ANOVA). Marktækni mismunar á milli hópa eða breytinga eftir meðferð er sýnd með ** fyrir $p<0,01$ og * fyrir $p<0,05$.

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

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

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

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

*Svörun eftir eitt ár

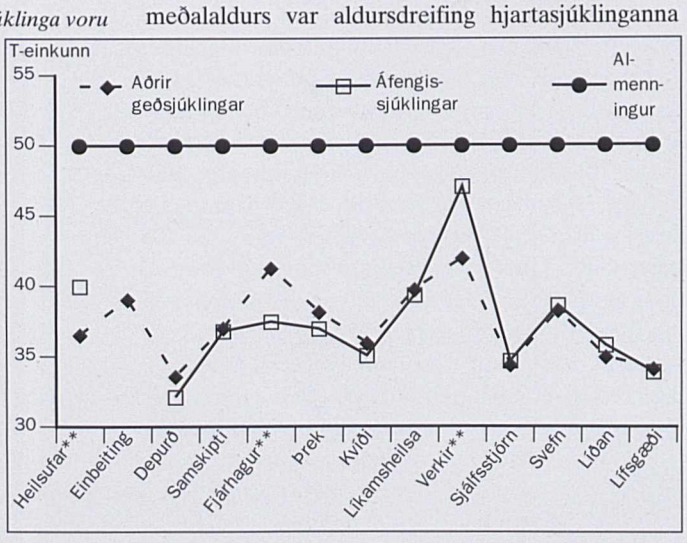
Tafla III. *Meðalaldur svarenda, staðalfrávik og hundraðshluti kvenna.*

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

Niðurstöður

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

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

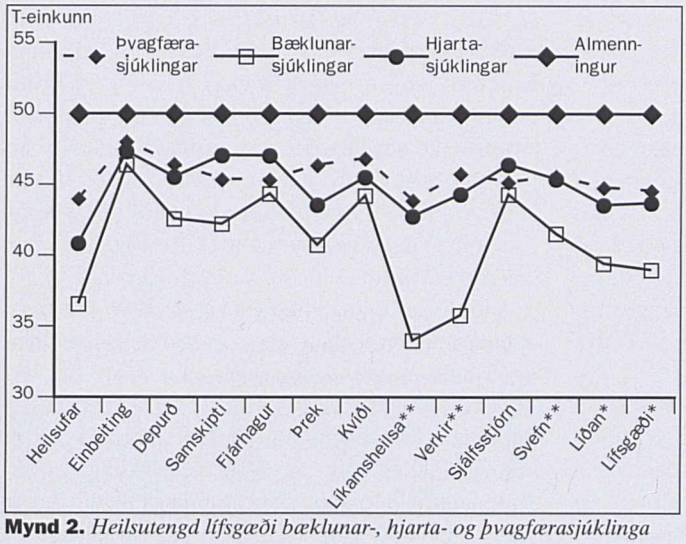


Mynd 1. *Heilsutengd lífsgæði áfengis- og annarra geðsjúklinga voru verulega skert miðað við það sem gerist hjá almenningi. Heilsufar og verkir voru marktækt (**p<0,01) lakari hjá öðrum geðsjúklingum, en fjárhagur hjá áfengissjúklingum.*

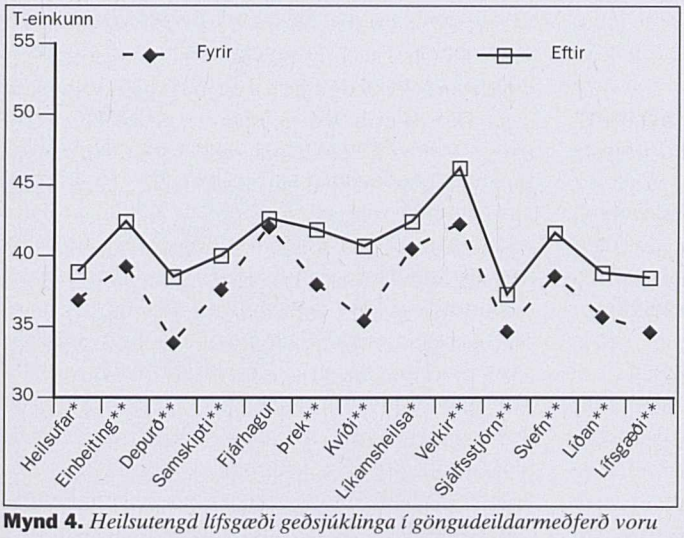
Á mynd 1 sést að lífsgæði vímuefnasjúklinga og annarra geðsjúklinga voru verulega skert í heild og á öllum þáttum, nema verkjum hjá vímuefnasjúklingunum. Hjá síðastnefnda hópnum vantar þáttinn einbeitingu vegna þess að í þá útgáfu prófsins, sem var lagt fyrir hann, vantaði þær spurningar. Lífsgæði hinna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

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

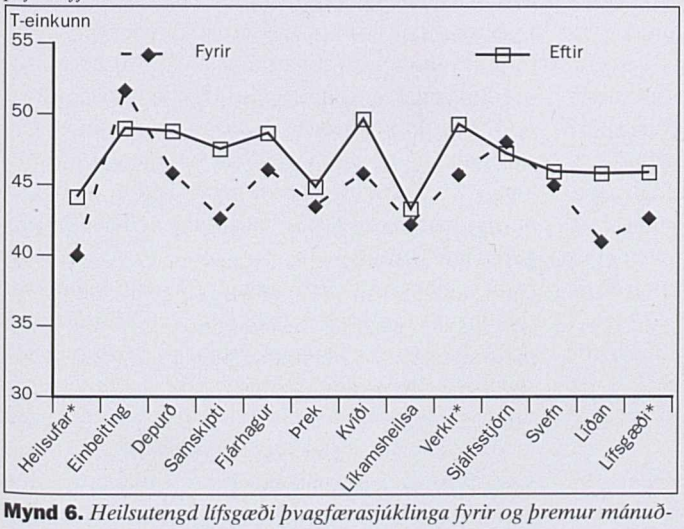
Lífsgæði þeirra sem voru enn á biðlista eftir sex mánuði voru að kalla óbreytt. Lauslegur samanburður á lífsgæðum þeirra sem fóru í aðgerð og hinna sem enn voru á biðlistum bendir til að tekist hafi að veita þeim sem verst voru haldnir nokkurn forgang,



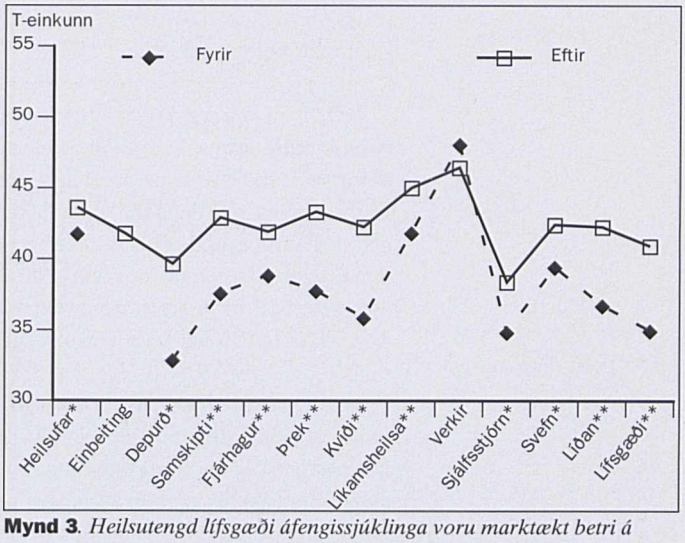
Mynd 2. *Heilsutengd lífsgæði bæklunar-, hjarta- og þvagfærasjúklinga voru skert miðað við það sem gerist hjá almenningi, marktækt meira hjá bæklunarsjúklingum en öðrum sjúklingum að því er varðar líkamsheilsu, verki, svefn (**p<0,01), líðan og í heild (*p<0,05).*



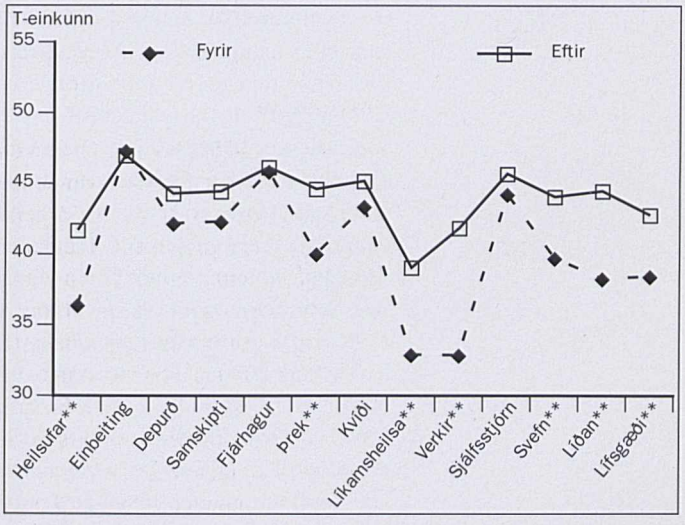
Mynd 4. *Heilsutengd lífsgæði geðsjúklinga í göngudeildarmeðferð voru marktækt betri á öllum þáttum (*p<0,05; **p<0,01) nema fjárhag eftir þrjá til fjóra mánuði.*



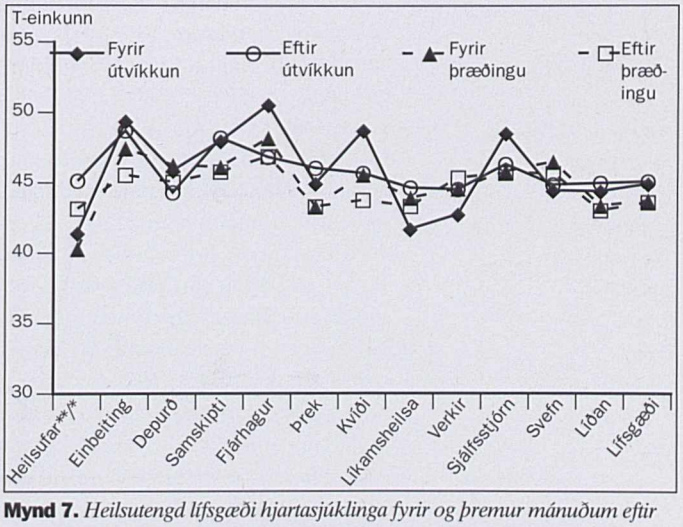
Mynd 6. *Heilsutengd lífsgæði þvagfærasjúklinga fyrir og þremur mánuðum eftir aðgerð. Marktækur munur (*p<0,05) á þáttunum heilsufar og verkir og lífsgæðum í heild.*



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



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



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

þó að það hafi ekki verið yfirlýst markmið þeirra sem sjá um innköllun sjúklinga.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að þegar tekið hefur verið tillit til kyns og aldurs voru heilsutengd lífsgæði allra sjúklinganna mun lakari en almennt gerist. Þau bötnuðu eftir meðferð án þess þó að ná almennum viðmiðunarmörkum. Það er því verulegt áhyggjuefni hve margir þurfa að bíða lengi eftir aðgerð (tafla II) sem bætir heilsutengd lífsgæði þeirra mikið.

Kröfur fólks til lífsgæða eru misjafnar, einkum til hinna efnislegu lífsgæða, en einnig til annarra þátta lífsgæðanna. Fatlaðir og sjúklingar með langvinna sjúkdóma laga sig margir að aðstæðum og sætta sig við krappari kjör og ýmis óþægindi og meta því lífsgæði sín betri en þeir sem aðstoða þá gera (10). Því er erfitt að finna algildan mælikvarða annan en þann sem hver einstakur leggur á heilsutengd lífsgæði sín, enda ekki á annarra færi að segja hvernig þeim líður. Eins og greinilega sést af línuritunum er ekki nóg að meta lífsgæði út frá heildareinkunn. Kvartanir sem benda til skertra lífsgæða vegna sjúkleika geta einnig sérkennt ákveðna sjúkdóma í mismiklum mæli og nægir að minna á kvartanir um verki, kvíða og depurð, sem allar geta verið afleiðingar mismunandi sjúkdóma, en eru einnig sérkennandi fyrir ákveðnar sjúkdómsgreiningar (11). Þær hafa mikil áhrif á heilsutengd lífsgæði, en vega mismikið í heildareinkunninni. Því er nauðsynlegt að skoða fleiri þætti lífsgæðanna ef bera á saman lífsgæði sjúklinga með mismunandi sjúkdóma. Ennfremur má benda á ýmsa fleiri þætti en þá, sem notaðir eru í HL- prófinu, sem skipta máli þegar verið er að meta lífsgæði sjúklinga, til dæmis kynlíf, en við gerð prófsins reyndust þeir skipta minna máli og eru því ekki með í endanlegri gerð þess.

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

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

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

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

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

Mislangur tími þarf að líða frá meðferð til þess að meta hvort sjúklingar hafi náð eins góðum heilsutengdum lífsgæðum og hægt er. Í sumum tilvikum eru þrír mánuðir of stuttur tími, en í öðrum kann það að vera of langur tími. Heilsutengd lífsgæði sjúklinga sem skipt hefur verið um mjaðmarliði hjá batna mjög afgerandi á fyrstu þremur til sex mánuðunum eftir aðgerð (12). Aðrir hafa fundið að lífsgæði þeirra sem skipt hefur verið um mjaðmar- eða hnéliði hjá eru enn betri eftir sex mánuði en þrjá (13), en höfðu ef til vill heldur rýrnað eftir tvö ár (14).

Áður hefur verið sýnt að kransæðaútvíkkun bætir heilsutengd lífsgæði sjúklinga með hjartaöng meira heldur en meðferð með lyfjum (15). Þrír mánuðir geta hins vegar verið of langur tími eftir kransæðaútvíkkun. Í fjölþjóðlegri rannsókn þar sem borin voru saman afdrif sjúklinga fyrsta árið eftir kransæðaútvíkkun eða opna kransæðaaðgerð kom í ljós að fleiri í fyrrnefnda hópnum þurftu á endurtekinni aðgerð að halda. Hins vegar höfðu heilsutengd lífsgæði hópanna batnað álíka mikið ári eftir aðgerð (16). Þvagfærasjúkdómar eru þekktir að því að draga úr heilsutengdum lífsgæðum, því meira sem sjúklingarnir eru eldri og verr haldnir (17). Aðgerðir vegna þvagteppu bæta lífsgæði sjúklinga verulega (18). Hjá eldri körlum, sem voru meirihluti þeirra sem gengust undir aðgerð, má því reikna með að lífsgæðin batni fljótt eftir aðgerð, en geti versnað aftur ef of langur tími líður þangað til þau eru mæld á ný.

Í þessari rannsókn reyndust heilsutengd lífsgæði geðsjúklinga lökust. Er það í samræmi við niðurstöður Spitzers og félaga (19), sem rannsökuðu heilsutengd lífsgæði sjúklinga sem leituðu heimilislækna. Þeir leiðréttu sínar niðurstöður fyrir áhrifum sem aðrir sjúkdómar sjúklinganna höfðu samtímis á þá. Það hefur ekki verið gert hér, en gera má ráð fyrir sjúklingar í öllum hópunum hafi fleiri en einn sjúkdóm sem kunna að hafa áhrif á lífsgæði þeirra. Fjölkvillar draga úr lífsgæðum meira en aðeins einn sjúkdómur (20). Þó að ekki verði fullyrt að breytingin til batnaðar á lífsgæðum geðsjúklinganna sé vegna meðferðar sem þeir fengu, benda ýmsar erlendar rannsóknir til að svo geti verið (21).

Lítill munur var á heilsutengdum lífsgæðum áfengissjúklinga og annarra geðsjúklinga, nánast enginn munur var á þáttunum depurð, samskipti, kvíði, sjálfsstjórn og vellíðan og raunar enginn munur á lífsgæðunum í heild. Meðalaldur annarra geðsjúklinga var tveimur árum hærri og meðal þeirra voru fleiri konur, en fleiri karlar voru meðal áfengissjúklinganna. Niðurstöður nýlegra erlendra rannsókna eru svipaðar, það eru einkum þættirnir sem varða geðheilsu sem skýra léleg heilsutengd lífsgæði áfengissjúklinganna sem eru því lakari sem áfengisneyslan er meiri (22). Mælingar á heilsutengdum lífsgæðum má nota til að mæla bata áfengissjúklinga eins og annarra sjúklinga og til að meta áhrif meðferðar (23) ef hæfilegur hópur er til samanburðar.

HL-prófinu var yfirleitt vel tekið af sjúklingunum, svarprósenta var há, og þeim reyndist létt að svara því. Það aðgreinir vel sjúklinga, sem vitað er að þurfa meðferð, frá fólki almennt. Það aðgreinir einnig mismunandi sjúklingahópa eins og áður hefur verið sýnt (6), sérstaklega þá sem lengi hafa verið veikir, frá þeim sem skemur hafa fundið fyrir veikindum sínum. Prófið er næmt fyrir breytingum sem verða hjá sjúklingunum, næmara því lakari sem lífsgæðin voru fyrir meðferð. Samkvæmt niðurstöðum okkar og fyrri rannsókna á prófinu (5,6,8) er prófið vel nothæft til rannsókna á heilsutengdum lífsgæðum Íslendinga, sjúklinga og annarra, og til að meta breytingar sem verða við meðferð. Æskilegt er að rannsaka fleiri sjúklingahópa og árangur meðferðar þeirra með prófinu. Þannig er unnt að afla ítarlegri þekkingar sem nýtist við skipulagningu og framkvæmd heilbrigðisþjónustunnar.

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

Þakkir

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

Heimildir

1. Stewart AL, Greenfielld S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional Satus and Well-being of Patients With Chronic Conditions. JAMA 1989; 262: 907-13.
2. Croog SH, Sol L, Testa MA, Byron B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1983; 314: 1657-64.
3. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life. JAMA 1995; 273: 59-65.
4. Guyatt GH, Naylor D, Juniper E, Heyland DK, Jaescke R, Cook DJ, et al. Users' Guides to the Medical Litterature. XII. How to Use Articles About Health-Related Quality of Life. JAMA 1997; 277: 1232-7.
5. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson S. Heilsutengd lífsgæði. Læknablaðið 1997; 83: 492-502.
6. Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson S, Helgason T. Health-related quality of life of psychiatric and other patients in Iceland: Psychometric properties of the IQL. Nord J Psychiatry 1997; 51: 183-91.
7. Helgason T. Heilsutengd lífsgæði. Leiðrétting. Læknablaðið 1998; 84: 227.
8. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Grétarsdóttir E. Heilsutengd lífsgæði Íslendinga. Læknablaðið 2000; 86: 251-7.
9. Norusis M. SPSS base, advanced and professional guides. Chicago: SPSS Inc.; 1993.
10. Björnsson JK. Könnun á aðstæðum, umhverfi og heilsutengdum lífsgæðum gesta í Vin, athvarfi Rauða Kross Íslands fyrir geðfatlaða. Rannsóknarskýrsla unnin fyrir Rauða Kross Íslands. Reykjavík: Rauði Kross Íslands; 1995.
11. Katschnig H. How Useful is the Concept of Quality of Life in Psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. Quality of Life in Mental Disorders. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons; 1997: 3-16.
12. Towheed TE, Hochberg MC. Health-related quality of life after total hip replacement. Semin Arthritis Rheum 1996; 26: 483-91.
13. Shields RK, Enloe LJ, Leo KC. Health related quality of life in patients with total hip or knee replacement. Arch Phys Med Rehabil 1999; 80: 572-9.

14. Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Slätis P, Paavolainen P. Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: A prospective study. Quality of Life Research 1996; 5: 56-64.
15. Strauss WE, Fortin T, Hartigan P, Folland ED, Parisi AF. A comparison of quality of life scores in patients with angina pectoris after angioplasty compared with after medical therapy. Outcomes of a randomized clinical trial. Veterans Affairs Study of Angioplasty Compared to Medical Therapy Investigators. Circulation 1995; 92:1710-9.
16. Wärborg P. Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. Eur Heart J 1999; 20: 653-8.
17. Girman CJ, Jacobsen SJ, Tsukamoto T, Richard F, Garraway WM, Sagnier PP, et al. Health-related quality of life associated with lower urinary tract symptoms in four countries. Urology 1998; 51: 428-36.
18. MacDonagh R. Quality of life and its assessment in urology. Br J Urol 1996; 78: 485-96.
19. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FVI. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 study. JAMA 1995; 274: 1511-7.
20. Xuan J, Kirchdoerfer LJ, Boyer JG, Norwood GJ. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: an analysis of clinical trial data. Clin Ther 1999; 21: 383-403.
21. Becker M, Diamond R. New Developments in Quality of Life Measurement in Schizophrenia. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. Katschnig, Heins Freeman, Hugh Sartorius, Norman. Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto: John Wiley & Sons; 1997: 120-33.
22. Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. Am J Drug Alcohol Abuse 1988; 24: 685-94.
23. Volk RJ, Cantor SB, Steinbauer JR, Cass AR. Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. Alcohol Clin Exp Res 1997; 21: 899-905.

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

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

Sjá ítarlegri upplýsingar um lyfið í texta Sérlyfjaskrár 1999

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



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

„Mjög einfaldur og áhrifaríkur"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

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



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

AstraZeneca

annt um líf og líðan

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

Að losna frá leiðindum



Sigurbjörn Sveinsson

VINUR MINN EINN í læknastétt teiknar íslenska hænurassa í vindi á servéttur á bæjarkránni í Tipperary. Regnið bylur á bílrúðunum í ljósaskiptunum þegar stefnan er tekin til suðurs frá Limerick. Farþegarnir eru daufir, en þá tekur hann við þá viðtal til flutnings í útvarpi um leið og hann æfir fjórraddaðan pólýfóníska kór til að skemmta Mið-Evrópumönnum. Sá söngur gefur kristal að kveldi í Killarney. Mér er sagt að sami maður veki upp heilu fjölskyldurnar úr kirkjugörðum norður við Dumbshaf á sumrin, öðrum til skemmtunar. Hann er patalóg. Jafnvel patalógar geta auðgað líf manns.

Annar vinur minn í læknastétt skrifar skemmtilegan og ertandi stíl um gagnagrunninn. Og margt annað. Hann er alveg laus við að vera leiðinlegur. Hann er kominn á eftirlaun og engum háður. Hann er frjáls maður. Ekki tortímandi eins og Bjartur, miklu fremur andríkur, uppbyggilegur og skapandi. Kannski losnar hugsun minnar kynslóðar úr klakaböndum hagsmuna og sérhyggju, þegar hún kemst á aldur.

Það er margt líðandi, sem laglega er gert. Jafnvel þegar að manni er sneitt. „Rödd úr Búðardal" var ég eitt sinn kallaður af manni, sem stigið hafði úr háum stóli enn hærra og situr þar í hárri elli við virðingu allra. Jafnvel þó maður sé kallaður illa menntaður og ómerkilegur læknir má gera það svo laglega að ástæðulaust er að amast við því.

Þannig hafa menn tekist á í gagnagrunnsmálinu af svo mikilli íþrótt að engin ástæða er til hamfara. En við leiðindum ætti að gilda hin hæsta refsing.

Erlendur í Unuhúsi sagði, „að sér þætti betra að lesa skemtilegar bækur til stuðnings þeim skoðunum sem hann væri mótfallinn en leiðinlegar til framdráttar hugmyndum sem hann aðhyltist, ...". Svo sagði Laxness frá. Laxness átti flestum mönnum auðveldara með að tjá sig á prenti, þannig að stíllinn ætti sjálfstæða tilveru. Sumt fékk að lifa fyrir hrynjandina eina.

Og mun þá einhverjum þykja nokkuð langt gengið.

Það var eins og hann væri að skrifa músík. Laxness afrekaði það að lýsa klæðnaði sínum ítarlega, sitjandi hér í Pensione Bolognari, með því að nefna sjónglerið eitt. Það var vel gert. Hann var aldrei leiðinlegur. Hér skrifaði hann Vefarann fyrir heiminn.

Læknar eiga allt betra skilið en leiðindi. Þeir hafa falið stjórn sinni að taka upp stefnuna í gagnagrunnsmálinu með tilliti til breiðrar samstöðu lækna. Með því getur stjórnin ekki hangið á sínu eins og hundur á roði. Né heldur aðrir, sem í hlut eiga. Það er augljóst mál.

Talandi um músík, þá kemur í hugann sá, sem dró öldunginn, sem að ofan er getið, fyrir siðanefnd presta nýverið. Fáir hafa betur sýnt mér, hvernig yrkja má í sálarkreppuna, þannig að vel fari. Er það til eftirbreytni. „Guð, hvað ég fyrirlít þetta helvítis þras um hvali og bjór! Hve ég hata þetta andskotans land þar sem aldrei skín sól og aldrei er hlýtt og gott og yndislegt! Ég þrái sól og sumar. Bjartan himinbláma. Sælueyjuna. Draumalandið. Ég veit það er til. Þeir hafa sagt mér af því unaðslegar sögur Janácek og Lutoslavski, Beethoven og Schubert. Þangað skulum við fara og þar skulum við búa. Þú og ég. Og elskast eins og englar í himnaríki."

Taormina, haustið 2000.

Höfundur er formaður Læknafélags Íslands.

Sjónarmið þau er fram koma í pistlunum **Af sjónarhóli stjórnar** eru höfundar hverju sinni og ber ekki að taka sem samþykktir stjórnar LÍ.

Læknafélagið, ehf.



Árni Björnsson skrifar tæpitungulaust

SÍÐASTA HEFTI LÆKNABLAÐSINS BARST mér í fyrri hluta mánaðarins með fréttum af aðalfundi L.Í. á Ísafirði. Af þeim fréttum fæ ég ekki betur séð en að kjörorð fundarins hafi verið, „heiðraðu skálkinn svo hann skaði þig ekki". Svo langt virðist mér hafa verið seilst til að ná „sáttum" (um hvað) í gagnagrunnsmálinu að samþykktir fundarins um það eru næsta óljósar og virðast helst samdar til þess að forðast að rýra gengi hlutabréfa í deCode genetics. Þegar við það bætist að látið er í það skína að með tillögunum séu íslenskir læknar að brjóta blað í læknisfræðilegri siðfræði er ég hræddur um að ýmsir erlendir kollegar fái ekki varist brosi, og sumir fari jafnvel að skellihlæja. En á flestu má finna skýringar, ef vel er leitað, og það kæmi ekki á óvart þótt þeirra sé að leita í eftirfarandi tilvitnun í fundarfréttirnar. „Þeir sem höfðu ekki gert upp hug sinn að fullu settu einnig svip á umræðuna. Það vakti óneitanlega athygli að einn þeirra sem til máls tóku lýsti yfir efasemdum sínum um miðlægan gagnagrunn en jafnframt því að hann ætti hagsmuna að gæta sem eigandi 1000 eininga í Íslenskri erfðagreiningu. Margir fylgdu fordæmi hans og gerðu grein fyrir efnahagslegum og/eða starfslegum tengslum sínum við Íslenska erfðagreiningu eða Urði Verðandi, Skuld".

Þetta vekur óneitanlega áleitnar spurningar en sú áleitnasta er óneitanlega spurningin um hagsmunatengsl eða hvort eigendur hlutabréfa í líftæknifyrirtækjum eða þessvegna hverskyns öðrum fyrirtækjum, sem beint eða óbeint tengjast lækningastarfi eða læknavísindum séu hæfir til að greiða atkvæði um mál þar sem hugsanlegt er að læknisfræðilegt siðfræðimat og viðskiptalegir einkahagsmunir rekist á.

Í tillögunum er líka bent á þann möguleika og gefið í skin að aðilar gagnagrunnsins geti hugsanlega fallist á, að hægt verði að láta eyða gögnum úr grunninum. Hvernig má það samræmast dulkóðuninni, sem hingað til hefur verið aðalréttlæting grunnsins? Og það eru ekki bara læknar sem hnjóta um þessa þverstæðu. Í fjölmiðlafréttum af fundinum var þess getið að varaformaður L.Í. hefði lagt fram tillögur að leiðbeiningum um félagsleg samskipti lækna við lyfjafyrirtæki og framleiðendur lækningabúnaðar. Þessar leiðbeiningar birtust ekki í fréttum af fundinum en munu væntanlegar í blaðinu sem þessi pistill birtist í, en í því mun eiga að flytja nánari fréttir af umræðum á fundinum.

Í nokkrum löndum munu slíkar reglur hafa verið lengi við lýði en á síðari árum mun víðast hafa dregið úr rausnarskap þessara aðila við lækna. Það er á allra vitorði að læknar hafa notið rausnarskapar fyrirtækjanna í mismunandi mæli, en ég leyfi mér að efast um að sá rausnarskapur hafi leitt til þess að læknar hafi frekar notað lækningadóma gjafmildu gestgjafanna ef þeir hafa vitað um aðra betri, enda skilar góður málsverður sér fljótlega útí náttúruna. Öðru máli gegnir um hlutabréf, en ekki er vitað að lyfjafyrirtæki hafi hingað til boðið læknum slík bréf fyrir viðskiptavild. Það verður fróðlegt að sjá ákvæðin um þau samskipti í fréttunum af fundinum.

Líklega hefur aldrei verið fjallað jafnmikið um allskonar viðskipti og fjármál fyrirtækja og einstaklinga í tengslum við þau eins og á síðustu árum. Ég held að fleirum en mér finnist að fjármagnið sé orðið það afl í þjóðfélaginu sem stjórnar fleiri og fleiri starfsþáttum þess og það teygir stöðugt anga sína inná fleiri svið, þar á meðal svið sem talið hefur verið sjálfsagt að þjóðfélagið annaðist til að tryggja jafnrétti þegnanna, svo sem heilbrigðis- og menntamál. Að sjálfsögðu hafa læknar smitast af fjármagnsfárinu eins og aðrir og hluti stéttarinnar er svo þungt haldinn af því að hann tjáir sig reiðubúinn að kasta fyrir róða aldagömlum siðareglum, sem hafa átt að tryggja réttindi sjúklinga, að sjálfsögðu í nafni læknavísindanna. En í stað þess að bjóða til veislu eða ferðastyrkja á ráðstefnur hefur læknum verið umbunað með hlutabréfum, á góðu verði eða kannske gefins? Hér er allt í einu kominn upp nýr þáttur í læknisfræðilegri siðfræði, sem er hagsmunatengsl við fjármálafyrirtæki, þar sem trúnaðurinn við sjúklinginn er sú skiptimynt sem læknirinn greiðir fyrirtæki til að auka arð af hlutabréfum, sem hann hefur keypt á góðu verði, eða verið greiðsla til hans fyrir veitta þjónustu.

Er ekki meiri ástæða fyrir læknastéttina og siðanefnd hennar að skoða hina nýju siðfræði og afleiðingar hennar, en að setja reglur um það hvort máltíð kostuð af lyfjafirma skuli vera tví- eða fjórréttuð eða að vínið sem borið er fram með máltíðinni skuli ekki vera eðalt árgangsvín heldur venjulegt „vin de table"?

Læknar á „frjálsum markaði“

Málþingið Læknar á „frjálsum markaði“. Framtíð í ljósi útboða og samkeppnisreglna? var haldið í tengslum við aðalfund Læknafélags Íslands á Ísafirði þann 26. ágúst síðastliðinn.

Frummælendur voru Atli Árnason yfirlæknir á Heilsugæslustöðinni Grafarvogi og formaður stjórnar Læknavaktarinnar ehf. og Þorkell Bjarnason framkvæmdastjóri og sérfræðingur hjá Röntgen í Domus Medica.

Atli rakti stöðu heimilislækna á samkeppnismarkaði og fjallaði meðal annars um álit og úrskurði Samkeppnisstofnunar fyrr á þessu ári. Álit samkeppnisráðs frá 27. janúar síðastliðinn var á þá lund að heimilislæknar störfuðu ekki á samkeppnismarkaði á sama hátt og aðrir sérfræðingar. Þetta álit kærðu heimilislæknar til áfrýjunarnefndar samkeppnismála og féll úrskurður hennar þann 6. apríl. Í álitinu var meðal annars sagt að grunnlæknisþjónusta væri „ekki samkeppnismarkaður“. Í úrskurðinum var álit samkeppnisráðs staðfest í meginatriðum. Í honum segir meðal annars um heimilislækna og aðra sérfræðinga: *„Er því ekki hægt að líta svo á að þessir sérfræðihópar séu keppinautar í skilningi samkeppnisréttar. Í því sambandi er rétta að geta þess að samkvæmt umræddum samningi um sérfræðingslæknishjálp er lækni, sem starfar samkvæmt þeim samningi, óheimilt að starfa jafnframt sem almennur heimilislæknir.“*

Læknaskortur hefur áhrif á samkeppni milli lækna

Annað meginefni framsögu Atla voru þrjú atriði sem hafa veruleg áhrif á lækna á samkeppnismarkaði:

1. Skortur á framboði á læknum.
2. Útboð.
3. Ekkert tryggir að læknar séu þeir sem stýri uppbyggingu verkefna á samkeppnismarkaði.



Atli Árnason sagði meðal annars frá álitsgerð samkeppnisráðs fyrr á árinu.

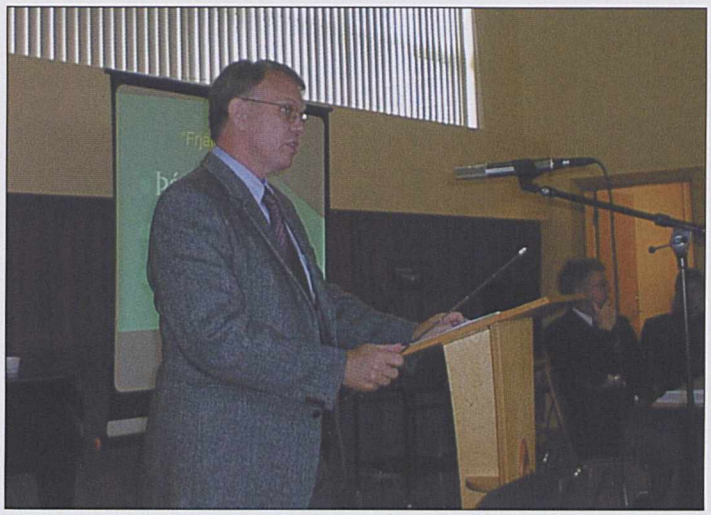
Um þessi atriði spunnust nokkrar umræður að loknum framsöguerindum. Drepið var á nýleg dæmi um uppbyggingu stofnana fyrir aldraða sem sýni að þar geti ýmsir komið af málum án þess að hafa læknisfræðileg sjónarmið að leiðarljósi. Atli benti í framsögu sinn á að í sumum útboðum er erfitt að viðhafa mælingar og því væru verk misvel fallin til útboða. Einar Stefánsson sló því fram hvort hægt væri að taka upp blandað kerfi að hætti Vegagerðarinnar í útboðum er snertu læknisþjónustu. Vegagerðin, sem er ríkisfyrirtæki, hefur þann hátt á að sjá um hluta verkefna sinna sjálf en bjóða aðra hluta út á frjálsum útboðsmarkaði og fela einkaaðilum þá. Hún sér um allt skipulag verkefna niður í smæstu atriði og ber endanlega ábyrgð gagnvart neytendum á þeim verkum sem hún býður út, eins og eigin verkum.

Þola læknar ekki samkeppni?

Þorkell Bjarnason hóf mál sitt á því að setja fram þá fullyrðingu að læknar þyldu ekki samkeppni og vakti sú yfirlýsing kátínu fundargesta en misgóðar undirtektir. Hann fjallaði efnislega um reynsluna af rekstri myndgreiningarstöðvarinnar Röntgen í Domus Medica, sem rekin hefur verið í allmörg ár. Ytri aðstæður setja samkeppnisstöðu Röntgen skorður og rýra samkeppnismöguleika myndgreiningarstöðvarinnar gagnvart röntgenþjónustu sjúkrahúsanna. Hann tók sem dæmi að Verðlagsstofnun hefði, á meðan hún var og hét, sent frá sér verðlista þar sem einn taxtinn var svo lágur að hann dugði ekki einu sinni fyrir efniskostnaði. Taldi hann að sami andi svifi enn yfir vötnunum þótt Verðlagsstofnun væri ekki lengur við lýði.

Endurvakning tryggingarhugtaksins

Þorkell lagði áherslu á að auka þyrfti kostnaðarvitund almennings ætluðu menn sér að reka læknisþjónustu á samkeppnismarkaði. Hann mælti eindregið með því að að tryggingarhugtakið yrði endurvakið. Hann varpaði einnig fram þeirri spurningu hvort samkeppni gæti í raun verið virk ef þriðji aðili borgaði? Það kveikti þá spurningu hvort Tryggingastofnun teldist þriðji aðili eða hvort henni væri ætlað að vera fulltrúi neytenda. Allmargir tóku þetta atriði upp í umræðum á eftir og voru ekki á eitt sáttir um hvort Tryggingastofnun gæti talist þriðji aðili eða ekki eða hvort það skipti yfir höfuð máli. Spurningin snerist fremur um hvort einkavæðing



Þorkell Bjarnason rakti dæmi úr raunveruleikanum, meðal annars af greiðslum sem ekki duga fyrir útlögðum kostnaði.



Fjörugar umræður urðu á eftir framsöguerindunum.

hefði í för með sér sparnað í heilbrigðisþjónustu eða ekki. Í kringum eftirlit með einkaaðlinum sem veita heilbrigðisþjónustu hefur sprottið umfangsmikill eftirlitsiðnaður sem er neytendum dýr þegar upp er staðið.

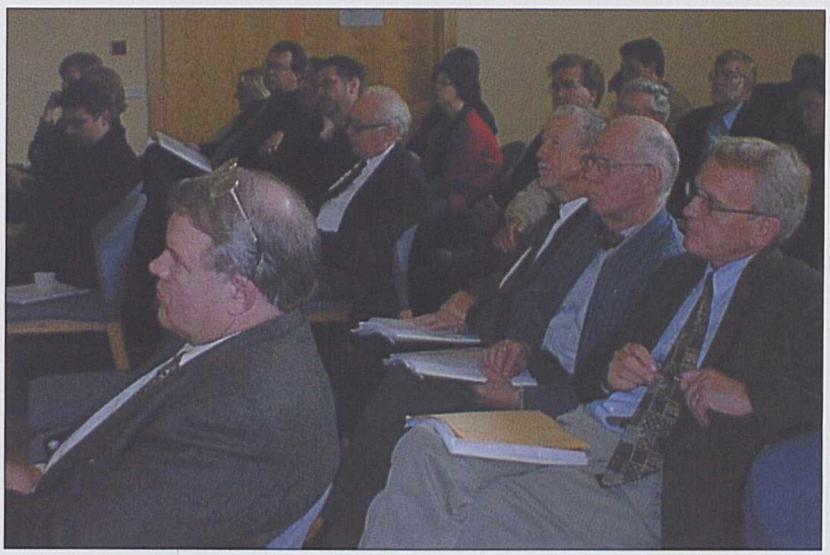
Bandaríkin koma illa út í samanburði við aðrar þjóðir

Umræður eftir framsöguerindin snerust öðru fremur um samanburð á íslenskri og erlendri heilbrigðisþjónustu. Davíð Á. Gunnarsson ráðuneytisstjóri í Heilbrigðis- og tryggingaráðuneytinu gaf tóninn í þeirri umræðu er hann tók nokkur dæmi af reynslu annarra þjóða af einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar. Davíð sagði Bandaríkin koma verst út úr öllum samanburði á heilbrigðisþjónustu, bæði hvað varðar kostnað og þjónustu og nefndi sérstaklega:

1. Mismunun eftir efnahag.
2. Gróðasjónarmið tryggingafélaga, sem hirða 15% af því fjármagni sem fer til heilbrigðiskerfisins í Bandaríkjunum.

Högni Óskarsson benti á það í umræðunum að í Bandaríkjunum þyrftu læknar í auknum mæli að sanna það fyrir tryggingafélögum að aðgerðir þær sem þeir mæltu með væru í raun og veru nauðsynlegar og kostnaðarins virði.

Davíð Á. Gunnarsson fjallaði ennfremur um þá vankanta í einkavæðingu heilbrigðisþjónustunnar að frjáls samkeppni ætti erfitt uppdráttar þegar ekki væri hægt að uppfylla það skilyrði að bæði seljandi og kaupandi þjónustunnar hefðu forsendur til að meta gæði hennar. Í heilsgæslu er ekki hægt að tryggja að kaupandi þjónustunnar sé fær um það.



Davíð Á. Gunnarsson og Högni Óskarsson fylgdust grannt með og tóku þátt í umræðum.

Versnandi þjónusta á Bretlandseyjum

Einar Oddsson og Davíð Á. Gunnarsson tóku báðir dæmi frá Bretlandseyjum, þar sem umfangsmikil einkavæðing hefur átt sér stað. Sagði Einar að þar vissi enginn nákvæmlega hvað einkaþjónustan kostaði. Tilraun hefur verið gerð til að afhenda hverju svæði fyrir sig það fjármagn sem eyða á til heilbrigðismála. Sú tilraun þykir skila því einu að sýna fram á að þessi tegund einkavæðingar hefur hvorki skilað sér í minni tilkostnaði né bættri þjónustu. Samkvæmt viðamikilli könnun sem gerð hefur verið á heilbrigðisþjónustu í Bretlandi hefur hún versnað til muna alls staðar nema á tveimur stöðum og voru þeir alger undantekning.

Þrátt fyrir ýmis varnaðarorð um einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu var það mat flestra þeirra sem tjáðu sig, að vænta mætti aukinnar einkavæðingar í heilbrigðisþjónustu á næstunni og því væri hollt að læra af reynslu annarra þjóða.

-aób

Fjölbreytt úrræði fyrir unga vímuefnaneytendur á Fjóni

■ VÍMUEFNAVANDAMÁL ERU víðast hvar fyrir hendi en sennilega er neyslumynstrið hér á landi líkast því sem gerist í nágrannalöndunum. Forvarnafulltrúar á Fjóni í Danmörku tala um að „stafræna kynslóðin“, 14-25 ára, noti vímuefni til að kveikja og slökkva á sjálfri sér, rétt eins og tölvunum sem hún notar. Hún kveikir á sér með örvandi lyfjum á borð við helsælu og kókaín en slævandi efni af ýmsum styrkleika eru slökkvitakkinn, hvort sem er hass eða heróín.

Á Fjóni er starfandi miðstöð sem ungt fólk í vímuefnaneyslu getur leitað til. Um 170 ungmenni leita þangað á ári hverju, þar af um 80 af hundraði að eigin frumkvæði. Starfsmenn eru 19 talsins, bæði læknar, sálfræðingar, kennslufræðingar og félagsráðgjafar. Unglingarnir geta komið í eitt viðtal án þess að gefa upp nafn eða sýna persónuskilríki. Miðstöðinni er ætlað að laða að unglinga, þeir geta þvegið af sér þar, fengið kaffisopa og kökur ef þeir vilja og smokkar liggja frammi. Oft leiðir þessi fyrsta nálgun unglingsins til þess að hann ákveður að halda áfram samstarfi við miðstöðina og fara í meðferð. Eiginleg meðferð er ákveðin í samvinnu við heimilislækni viðkomandi og samráði við félagsmálayfirvöld sveitarfélagsins.

Sveitarstjórnirnar standa straum af helmingi kostnaðar við viðtalsmeðferðina ef um ungmenni innan 18 ára aldurs er að ræða. Ef ákveðið er að fara út í meðferð eru félagslegar aðstæður unglingsins kannaðar, hann fer í læknisskoðun og að því búnu er gerð meðferðaráætlun fyrir hvern einstakling fyrir sig. Tilgangur miðstöðvarinnar er ekki síst sá að nálgast unglinga sem ella gerðu lítið eða ekkert í sínum málum og geta hagnýtt sér göngudeildarþjónustu.

Opið bréf til formanns Læknafélags Íslands

„Alltaf ljótt að stela“

Formaður góður.

Í Morgunblaðinu þann 13. september birtist pistill með ofangreindum titli. Hann gefur tilefni til að spyrja hvernig stjórn Læknafélags Íslands ætli að bregðast við því, sem þar er fjallað um, sölur lækna sem vinna á ríkisreknum spítölum á niðurstöðum rannsókna, sem þeir gera þar, til einkafyrirtækja. Þessar sölur hafa um nokkurt skeið verið á almannavitorði, þó að ekki hafi verið talað hátt um þær.

Sölurnar urðu í raun opinberar þegar deCode genetics sótti um skráningu á NASDAQ á fyrri hluta þessa árs. Með þeirri umsókn, sem var blásin út í fjölmiðlum, fylgja samningar við nokkra lækna um rannsóknir á tilteknum sjúkdómum og er tiltekið í þeim að læknarnir fái greiðslur, sem trúnaðar er óskað um.

Í samningunum segir meðal annars: *„IE will pay to the Collaborating Physicians jointly [CONFIDENTIAL TREATMENT REQUESTED] on signature of this Agreement, and thereafter an annual amount of [CONFIDENTIAL TREATMENT REQUESTED] during the course of the Research Project, the total amount never to exceed [CONFIDENTIAL TREATMENT REQUESTED].“* Þessir sömu læknar skuldbinda sig til að hefja ekki rannsóknir með öðrum á arfgengi þeirra sjúkdóma sem um ræðir meðan á samvinnunni við ÍE stendur og í fimm ár eftir að henni lýkur, hafi eitthvað fundist: *„The Collaborating Physicians covenant not to work, jointly or separately, with others on research into the heredity of ..... during the course of the Research Project. The individual Collaborating Physicians covenant not to enter into collaboration with other parties on the part of the Research Project which led to a discovery for five years following the conclusion of the Research Project pursuant to this Agreement. However, if the Research Project does not lead to a discovery, individual Collaborating Physicians are entitled to take up collaboration with other parties regarding research into the heredity of ..... following the conclusion of the Research Project.“*

Ástæða er til að spyrja hvers vegna voru þessar sölur og takmarkanir á rannsóknarfrelsi lækna ekki sérstaklega á dagskrá aðalfundar Læknafélags Íslands í lok ágúst? Það hefði verið mun hreinlegra og betra að læknar hefðu rætt þetta í sínum hópi, og félagið tekið afstöðu til málsins, áður en þeir væru neyddir til þess með blaðaskrifum eins og tilvitnuðum Morgunblaðspistli sem lýkur með eftirfarandi orðum: „Hér er ekki verið að tefla um smáaura heldur milljónir og hugsanlega tugmilljónir króna í greiðslum sem oftast munu vera hlutafé í einkafyrirtækjunum sem fá að hagnýta sér niðurstöður rannsóknanna. Og væri ekki ráð að læknar gerðu grein fyrir þessum tengslum sínum við fyrirtækin opinberlega eins og einn þeirra mun hafa gert á fundi Læknafélags Íslands fyrir skömmu.“

Hvernig ætlar Læknafélag Íslands að bregðast við?

Með kollegial kveðju,
17. september 2000
TÓMAS HELGASON



SOVEL

zópíklón

GÓÐUR DAGUR

EFTIR GÓÐA NÓTT

Omega Farma

www.omega.is

Sovel (Omega Farma, 980361)

Töflur; N 05 C F 01 **R 0**

Hver tafla inniheldur: Zopiclonum INN 7,5 mg.

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

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

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

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

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

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

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

Aukaverkanir: U.þ.b. 10% sjúklinga fá einhverjar aukaverkanir. Algengast er bitur bragð í munni (4%). Algengar (>1%): **Almennar:** Biturt bragð í munni. Munnþurrkur. **Miðtaugakerfi:** Sljóleiki. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Höfuðverkur og svimi. **Miðtaugakerfi:** Órói. 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.

Ríson

risperídón

Lyf við geðtruflunum vegna geðklofa

Omega Farma, 980388 TÖFLUR; N 05 AX 08

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

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

Aðalfundur LÍ ítrekar nauðsyn breytinga á gagnagrunnslögunum



Tómas Helgason

Nýafstaðinn aðalfundur Læknafélags Íslands áréttaði fyrri samþykkt sína um „að lögum um gagnagrunn á heilbrigðissviði sé áfátt, þar sem ekki sé gert ráð fyrir skriflegu samþykki sjúklings og lögin geta því grafið undan þeim trúnaði, sem ríkja þarf milli læknis og sjúklings. Fundurinn hvetur löggjafarvaldið til að snúa þessu til betri vegar". Hér fer fundurinn fram á að lögunum verði breytt. Stjórn LÍ verður að fylgja því eftir þannig að engin gögn verði flutt í grunninn nema sjúklingar eða forráðamenn þeirra gefi til þess skriflega heimild. Lögunum verður að breyta og helst að afnema þau. Þau brjóta persónuvernd og hindra þá sem stunda sjálfstæðar rannsóknir í að auka þekkingu án tillits til eigin hagnaðar, sem er markmið fyrirtækisins er hefur fengið sérleyfi til rekstrar gagnagrunnsins. Þessari fundarsamþykkt verður stjórnin að fylgja eftir.

Fundarmenn hafa greinilega verið orðnir þreyttir, því að á fundinum var samþykkt önnur tillaga, sem „heimilar stjórninni að leita nýrra leiða við öflun samþykkis til læknisfræðilegra rannsókna á upplýsingum í sjúkraskrám". Hvað er átt við með þessu? Er verið að gefa aflsátt á Helsinkisamþykktinni og óska eftir breytingum á lögunum um réttindi sjúklinga?

Jafnframt fól fundurinn stjórninni að hafa í huga sjónarmið, sem komu fram í tillögu landlæknis, en var dregin til baka, og tillögur formanns LÍ frá 25. maí sem Íslensk erfðagreining (ÍE) fékkst ekki til að ræða. Nokkur blæbrigðamunur er á sjónarmiðum landlæknis og formannsins að sögn hins síðarnefnda í viðtali við Morgunblaðið þar eð landlæknir vill ganga enn lengra til móts við ÍE. Því miður eru tillögur landlæknis og greinargerð hans sem vísað er til ekki birtar með frásögn Læknablaðsins af aðalfundinum. Af samhenginu má þó ráða að þær eru fjarri upphaflegri afstöðu Læknafélagsins og engan veginn ásættanlegar.

Hvergi er nefnt að fundurinn hafi falið stjórninni að hefja viðræður við ÍE að nýju, viðræður sem fyrirtækið hafði leitað eftir en var slitið vegna þess að það svaraði ekki tillögum formanns Læknafélagsins. Nú hefur það hins vegar gerst að stjórn LÍ hefur óskað eftir viðræðum við ÍE þrátt fyrir þann „hráslagalega dónaskap", sem fyrirtækið sýndi formanninum með því að senda út enska þýðingu á sameiginlegri yfirlýsingu hans og forstjóra fyrirtækisins án þess að bera hana undir formanninn.

Höfundur er prófessor emeritus.

Dulkóðunarblekkingin viðurkennd

Í útvarpsviðtali hrósaði formaður LÍ forsvarsmönnum ÍE fyrir að hafa komið með tillögu um að þróa aðferðir til að eyða upplýsingum úr gagnagrunninum um þá sem vildu hætta þátttöku. Þar með er fyrirtækið búið að viðurkenna að allt tal um dulkóðun er blekking og gögnin í grunninum eru persónugreinanleg, eins og stjórn Læknafélagsins, landlæknir og margir aðrir hafa raunar margbent á. Óvarlegt er að treysta loforðum fyrirtækisins um eyðingu upplýsinga um þá sem þess óska. Því til staðfestingar má vitna í frásögn Morgunblaðsins (15.7.2000) af ræðu forstjórans á fundi með bandarískum þingmönnum. Blaðið vitnar orðrétt í forstjórann eftir að hafa sagt að fyrirtækið hefði að aðalmarkmiði að vinna úr þeim upplýsingum sem þegar hefur verið safnað saman: „Þetta er spurning um hvernig samspil tveggja grundvallaratriða í lífi okkar á að vera, annars vegar réttur okkar í samfélaginu og hins vegar skyldur okkar og skuldbindingar til þessa samfélags. Ég ber fulla virðingu fyrir rétti fólks til persónuverndar í samfélaginu, en um leið hlýt ég að benda á þær siðferðislegu skyldur sem felast í því að vera hluti af einu samfélagi." Og ennfremur: „Það er ekkert að því að hafa reglur, þær geta meira að segja verið gagnlegar til þess að skapa ákveðna heildarmynd og grunn til að byggja á til framtíðar. En rök fyrir hverri reglu verða að vera algerlega skýr, svo hún verði ekki til trafala. Þá væri mikill skaði unninn, .. ". Og blaðamaðurinn skrifar: „Kári lauk máli sínu með því að undirstrika að hann væri ekki á móti persónuvernd sem slíkri, en hún mætti heldur ekki verða til þess að hamla gegn framþróun í læknisfræði". Kannast einhverjir við tóninn?

Þumbast við afhendingu gagna

Hluti af samþykki til þátttöku í rannsókn, upplýstu eða opnu, er rétturinn til að hætta þátttöku hvenær sem er og fá gögn sín afhent aftur. Þeir sem hingað til hafa látið ÍE í té upplýsingar og sýni hafa skrifað undir samþykki þar sem því er heitið að viðkomandi geti hætt þátttöku í æfingum fyrirtækisins hvenær sem er. Það hefur hins vegar reynst þrautin þyngri að fá gögnum eytt eða skilað. Fyrirtækið hefur þvælst fyrir með alls konar refjum, svo að liðið hefur meira en eitt ár frá því að fólk óskaði að hætta þátttöku, jafnvel með aðstoð lögfræðinga, án þess að orðið yrði við óskum þess að gögnum væri eytt eða skilað. Þetta vekur ekki vonir um að greiðlega muni ganga fyrir

fólk að fá upplýsingum um sig eytt úr hinum miðlæga gagnagrunni á heilbrigðissviði.

Umþóttunartími fyrir rekstrarleyfishafann, sem rætt er um í tillögum formanns frá 25. maí og er ætlaður til að hann geti flutt allt sem þegar er til í grunninn, nær því engri átt. Þó að fyrirtækið hafi viðurkennt að dulkóðunin sé blekking, mun það halda uppi málþófi til að verða ekki við óskum þeirra, sem eru búnir að missa sjálfstæði sitt inn í grunninn og halda þeim þar nauðugum áfram. Og ekki verður greiðara um vik þegar komið hefur verið á rafrænum sjúkraskrám. Forstjóri Landspítala háskólasjúkrahúss hefur nýlega upplýst að unnið sé að skilgreiningu og uppsetningu á rafrænni sjúkraskrá í samstarfi við Íslenska erfðagreiningu. Þetta er auðvitað gert til að allar upplýsingar frá spítalanum fari jafnóðum með beinni línu til ÍE. „Þetta er umfangsmikið verkefni sem hefur víðtæk áhrif á starfsemi spítalans og vinnu starfsfólks", segir forstjóri spítalans, en getur ekki um hvaða áhrif það hafi á sjúklingana. Varla leiðir það til sparnaðar, því að ekki minnkar vinna starfsfólksins, þó að samskipti þess við sjúklingana verði ekki meiri en verið hefur.

Lokaorð

Af framansögðu má vera ljóst að samningar við ÍE eru haldlitlir að óbreyttum lögum. Gagnagrunnslögunum verður að breyta, þannig að leitað verði eftir skriflegu upplýstu samþykki allra fyrir því að gögn um þá fari í grunninn áður en hafist er handa um flutning gagna. Leita verður skriflegs samþykkis nánustu ættingja þeirra sem eru látnir. Ekki má flytja nein gögn í grunninn fyrr en slík samþykki eru fengin. Samþykkið verður að vera upplýst að því leyti að þátttakendum verði gert ljóst til hvers gögnin geti hugsanlega verið notuð og hvaða afleiðingar slík notkun geti haft fyrir þá.

Ennfremur verður að afnema ákvæði um einkarétt fyrirtækis til að koma upp og reka miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. Slíkur einkaréttur hindrar frjálsa samkeppni í rannsóknum og heftir framfarir. Kannske hefur okkur bæst liðsmaður. Í viðtali við Morgunblaðið (29.8.2000) sagði heilbrigðismálaráðherra að ekki megi „stíga nein skref til að þrengja óeðlilega að vísindasamfélaginu eða takmarka vísindarannsóknir almennt". Þetta þýðir á mannamáli að afnema verður lögin um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði.

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.

Sjúklingatrygging lögleidd um áramótin

ALLLANGT ER SÍÐAN FYRSTU ÍSLENSKU læknarnir hófu að tryggja sig fyrir hugsanlegum skaðabótakröfum vegna mögulegs tjóns í kjölfar læknismeðferðar eða -aðgerða. Sú staðreynd hefur hins vegar aldrei farið hátt. Veturinn 1990-1991 var þessu máli fyrst hreyft á Alþingi og flutt frumvarp um sjúklingatryggingar en það varð aldrei að lögum. Á síðastliðnum vetri komst hreyfing á málið á nýjan leik. Því lyktaði með því að ný lög um sjúklingatryggingu (nr. 111, 25. maí 2000) voru sett síðastliðið vor og taka gildi 1. janúar næstkomandi. Fullkomin sátt var um lagasetninguna ef marka má umræður á Alþingi og er það ef til vill skýring þess að litlar umræður hafa verið um það síðan. Hér er þó um veigamikla breytingu að ræða fyrir þá lækna sem enn eru ótryggðir. Nú er þeim skylt að tryggja sig í starfi, nema í þeim tilvikum sem sjúkrastofnun viðkomandi ber bótaábyrgðina, samkvæmt því sem nánar er tilgreint í lögunum.

Einn af þeim læknum sem þekkja nokkuð til tryggingamála lækna er Guðmundur I. Eyjólfsson sérfræðingur í blóðsjúkdómum og lyflækningum. Hann hefur auk starfa sinna á sjúkrahúsi og stofu verið formaður og framkvæmdastjóri Læknasetursins í Mjódd frá 1986. Hann hefur einnig reynslu af störfum við bráðamóttöku. Þar fyrir utan hefur hann verið beðinn um sérfræðiálit í dómsmáli er varðar læknamistök. Læknablaðið fékk Guðmund í spjall um tryggingar lækna.

Hvernig líst þér á lögin við fyrstu sýn?

„Mér sýnist að þau séu ágæt svo langt sem þau ná. Þar er gengið út frá að bótafjárhæð geti verið frá 50 þúsund krónum upp í fimm milljónir, sem ég held að sé raunsætt. Það er í sjálfu sér heppilegt að allir læknar séu tryggðir. Tímarnir eru breyttir. Fyrir 40 árum datt ekki nokkrum manni í hug að fara í mál við lækni en nú eru komin sérstök samtök sjúklinga sem telja sig eiga um sárt að binda, Lífsvog. Lagasetningin er tímanna tákn og allir læknar verða að tryggja sig.

Tryggingar verða sífellt sjálfsagðari hluti tilverunnar. Eitt sinn voru hús að brenna í sveitum landsins án þess að nokkur trygging bætti tjónið. Það var ekki fyrr en Brunabótafélagið kom til sögunnar að skylt varð að tryggja öll hús."

Tryggingar íslenskra lækna

„Sennilega eru ekki nema 10 til 15 ár frá því fyrstu læknarnir hér á landi fóru að tryggja sig. Lýtalæknar hafa líklega verið fyrstir til þess enda í takt við eðli starfa þeirra. Hér á Læknasetrinu tókum við alhliða tryggingu fyrir að minnsta kosti átta árum svo breytingin fyrir okkur verður lítil.

Ég held að mjög margir læknar hafi tryggt sig án þess að auglýsa það. Svo var að minnsta kosti með okkur, við tryggðum okkur en vorum ekkert að auglýsa það. Hér starfa hátt í 40 læknar, flestir á sviði lyflækninga. Þar af leiðandi er þörfin ekki eins augljós hjá okkur og hjá skurðlæknum til að mynda. Og það hefur raunar ekkert reynt á þessar tryggingar okkar ennþá."

Heldur þú að málum fjölgi eftir lagasetninguna?

„Það má allt eins gera ráð fyrir því."

Áhættan er mismikil eftir greinum

„Í Bandaríkjunum eru það þrjár sérgreinar innan læknisfræðinnar sem bera hæstu iðgjöldin. Taugaskurðlækningar, lýtalækningar og bæklunarlækningar. Tryggingaiðgjöld sem læknar í þessum sérgreinum greiða þar í landi eru geigvænlega há. Bráðamóttaka er líka í eðli sínu áhættusöm starfsemi. Ég starfaði í 15 ár með Læknavaktinni og var oft skíthræddur í lok vaktar hvort mér hefði yfirsést eitthvað, til dæmis heilahimnubólga, sem getur þýtt dauðann sé sá sjúkdómur ekki greindur í tæka tíð. Við þurftum hver fyrir sig að skoða allt að 25 manns á átta tímum og það gefur auga leið að slíkt er áhættusamt. En það er rétt að taka fram að aðstaðan hefur batnað verulega síðan þá."

Mun rannsóknum fjölga og kostnaður aukast?

„Það er ýmislegt sem getur flokkast undir bótaskyld mistök. Í fyrsta lagi er hægt að gera mistök við lækningu sjúklinga. Allri læknismeðferð fylgir einhver áhætta. Í öðru lagi eru það skurðaðgerðir, sem alltaf hafa einhverja áhættu í för með sér. Í þriðja lagi er það spurningin um að ganga ekki nógu langt í rannsóknum.

Ef við stöldrum við þriðja atriðið, þá er hægt að dæma lækna fyrir að ganga ekki nógu langt í rannsóknum. Í Bandaríkjunum er mjög rík hefð fyrir því að lögsækja lækna og sérstök stétt lögfræðinga sérhæfir sig í því. Þar í landi eru gerðar þrisvar til fjórum sinnum fleiri blóðrannsóknir á sjúklingum en hér á landi. Sumar rannsóknanna eru án efa óþarfar, en enginn vill taka minnstu áhættu. Þessar rannsóknir auka auðvitað talsvert á kostnað innan heilbrigðiskerfisins.

Ef ég tek dæmi innan minnar sérgreinar, þá eru sennilega allt að tvö þúsund manns hér á landi á blóðþynningarlyfjum. Flestir þeirra eru á efri árum og læknismeðferð er oft áhættusamari eftir því sem aldurinn er hærri. En það er útreiknanleg



Guðmundur I. Eyjólfsson.

áhætta. Blóðþynningu þarf að stýra mjög nákvæmlega því of lítilli þynningu getur fylgt blóðtappamyndun en of mikil getur gert blæðingu líklegri. Í slíkum tilvikum þarf að gera fjölmargar mælingar. Það þykir vel sloppið ef aðeins þarf að mæla einu sinni í mánuði og ástandið er tiltölulega stöðugt. Oft þarf að gera miklu fleiri mælingar. En mánaðarleg mæling í allt að tvo áratugi er auðvitað talsvert mikið. Við göngum kannski svolítið stíft fram í blóðþynningunni. Ég myndi sennilega aldrei fá málsókn fyrir blóðtappa en gæti kannski fengið málsókn vegna blæðingar."

Fróðlegt verður að sjá tilboð tryggingafélaganna

Hvernig verður tryggingum best fyrir komið þegar lögin taka gildi?

„Okkar reynsla er sú að með því að sameina margar tryggingar er hægt að komast að góðum kjörum hjá tryggingafélögunum. Við fengum upphaflega tilboð frá íslensku tryggingarfélagi um alhliða tryggingu, meðal annars sjúklingatryggingu, rekstrarstöðvunartryggingu, brunatryggingu og húseigendatryggingu. Við erum að endurnýja tryggginguna núna og það eru fleiri sem hafa áhuga á að gera okkur tilboð, meðal annars alþjóðlegt tryggingafélag."

Þannig að þú ráðleggur læknum að taka sig saman?

„Já, núna verða allir að tryggja sig og þá verður fróðlegt að sjá hvers konar boð verða á ferðinni hjá tryggingafélögunum."

Ættu læknafélögin að hafa einhverja forgöngu í þessu máli eða finnst þér hyggilegra að læknastöðvar sjái um tryggingarnar, líkt og þið gerðuð?

„Það væri auðvitað gott ef einhver nennti að setja sig almennilega inn í þetta mál og fá tilboð frá mörgum aðilum. Þannig mætti án efa fá hagstæðustu útkomuna."

Hvað með þá sem undanskildir eru í þessum lögum og starfa á stóru sjúkrahúsunum?

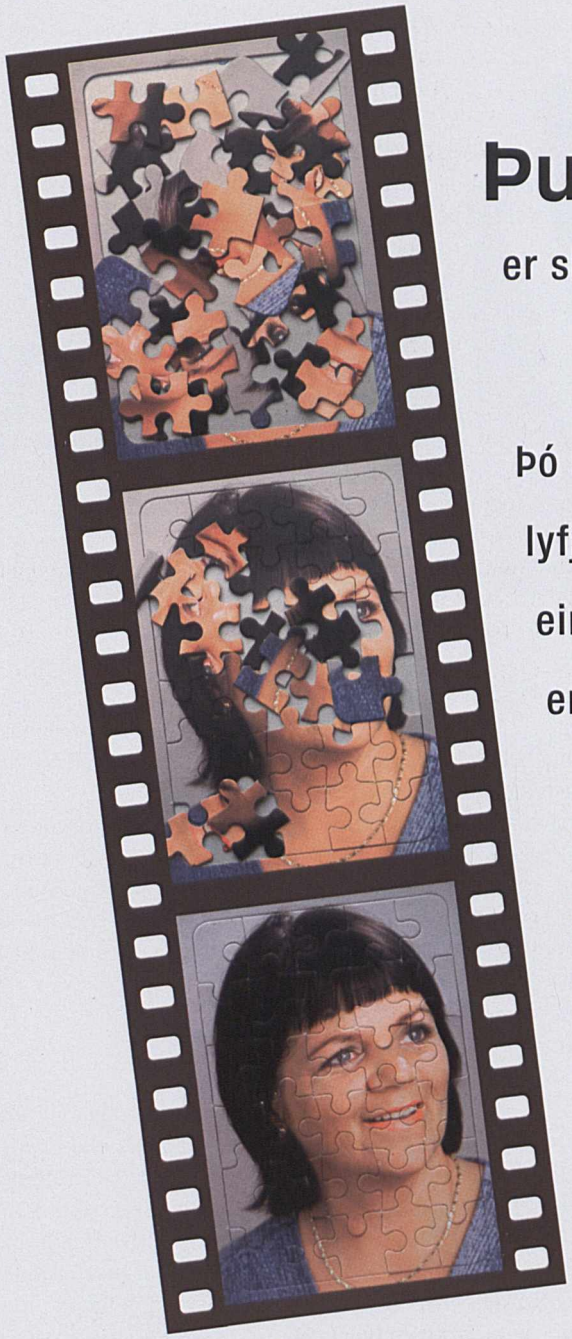
„Þeir aðilar sem ekki þurfa að tryggja sig eru tryggðir af Tryggingastofnun ríkisins, enda ríkisreknir aðilar. Allir sjúklingar landsins eru einnig tryggðir hjá Tryggingastofnun gagnvart sjúkdómum og hún greiðir hluta af sjúkrakostnaði hjá sjálfstætt starfandi sérfræðingum. Þótt læknar tryggi sig hjá ýmsum tryggingafélögum mun aukinn kostnaður af tryggingum valda hækkun á einingaverði því sem Tryggingastofun greiðir."

-aób

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

HVERS VEGNA

EFEXOR DEPOT...



Þunglyndi

er skelfilegur sjúkdómur

Þó sjúklingur svari lyfjameðferð geta einkenni sjúkdómsins ennþá verið íþyngjandi

Sjúklingur sem náð hefur bata getur snúið aftur til fyrra lífs

... þess vegna

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

Hlutfall sjúklinga sem náð hafa bata eftir 8 vikna meðferð*

EFEXOR DEPOT EFEXOR	SSRI
43%	33%

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

WYETH LEDERLE

Austurbakki hf.
P.O. BOX 909 – 121 REYKJAVÍK, ICELAND

EFEXOR DEPOT
HVERS VEGNA BÍÐA

Bakverkinn burt!

Átak gegn atvinnutengdum einkennum í vöðvum og liðum

Kristinn Tómasson

Vinnuverndarvika 23.-27. október. Áskorun til lækna.

SAMKVÆMT GÖGNUM Tryggingastofnunar má rekja um 30% af örorku hér á landi til geðsjúkdóma og um 20% til stoðkerfissjúkdóma (1). Þetta er svipað og í Danmörku þar sem talið er að 26% þeirra sem eru á örorku séu það vegna stoðkerfissjúkdóma og 25% vegna geðsjúkdóma (2). Ef skoðaðar eru orsakir veikindafjarvista í Danmörku þá tengjast 24% veikindum í stoðkerfi, 19% slysum og 10% geðsjúkdómum en sjaldnar öðrum sjúkdómum (2). Í rannsókn á vegum Evrópubandalagsins frá 1996 kemur fram að 57% fólks á vinnumarkaði í ríkjum þess kveðst hafa fundið fyrir veikindum vegna vinnu. Algengast er að fólk kvarti um einkenni frá stoðkerfi (30%) og streitu (28%). Tæplega fjórðungur (23%) sagðist hafa misst úr vinnu vegna vinnutengdra sjúkdóma á árinu áður en könnunin var gerð (3).

Vegna upplýsinga af þessu tagi hefur verið ákveðið hjá Evrópsku vinnuverndarstofnuninni (European agency for safety and health at work) að hrinda af stað átaki gegn atvinnutengdum álagseinkennum í vöðvum og liðum. Vinnueftirlit ríkisins tekur þátt í þessu átaki undir kjörorðinu **Bakverkinn burt!**

Ástæða þess að Vinnueftirlitið hefur með þessum hætti lagt áherslu á óþægindi frá baki og hryggsúlu er ekki hvað síst sú að meira en helmingur af stoðkerfisveikindum er í baki og hryggsúlu (4). Samkvæmt Andersson (4) má ætla að bakverkir leggist á yfir 70% af fólki á lífsleiðinni. Meðal fólks, sem er yngra en 45 ára, er bakveiki algengasta orsök forfalla, önnur helsta ástæða fyrir komum sjúklinga til læknis og þriðja algengasta ástæða þess að fólk fer í uppskurð (4).

Mikilvægi forvarna

Með skipulögðum aðgerðum, svo sem leiðbeiningum til starfsmanna, betri þjálfun, skimun í áhættuhópum og ekki síst meðferð með tilliti til starfa viðkomandi einstaklinga, hefur verið sýnt að draga má verulega úr forföllum frá vinnu (5,6). Þótt aðlögun vinnuumhverfis að getu og heilsu starfsfólks sé sjaldnast meðal þess sem læknar geta áorkað beint hjá sjúklingum sínum, geta þeir hvatt til þess að störfum sé hagað þannig að komið sé í veg fyrir óheppilegt álag á hreyfi- og stoðkerfi. Í þessu sambandi má benda læknum á greinar sem birtust fyrir um fjórum árum í British Medical Journal undir heitinu **ABC of work related disorders.** Þær fjalla um hvernig sé best fyrir lækna að nálgast ýmis vinnutengd heilsufarsvandamál sjúklinga og er í þessu sambandi vakin sérstök athygli á tveimur greinum um stoðkerfissjúkdóma (7,8). Læknar þurfa að benda sjúklingum sínum á fræðsluefni um rétta líkamsbeitingu og aðgerðir til að hlífa bakinu, meðal annars við skjávinnu sem getur reynt verulega á bak, háls og herðar (sjá heimasíðu Vinnueftirlitsins: www.ver.is). Einnig er nauðsynlegt að læknar þekki leiðbeiningar í reglugerð um starfsumhverfi þungaðra kvenna (9).

Að lokum er rétt að leggja áherslu á aðalmarkmið heilsuverndar á vinnustöðum, starfsmannaheilsuverndar, sem eru:

1. Að fyrirbyggja óþægindi, sjúkdóma og slys sem rekja má til atvinnu fólks.
2. Að auka þekkingu vinnuveitenda og starfsfólks á áhættuþáttum í vinnuumhverfi.
3. Að draga úr fjarvistum vegna veikinda og slysa með því að auka öryggi, viðhalda heilsu starfsmanna og aðlaga störfin að starfsmönnum (10).

Í vinnuverndarvikunni og í framhaldi af henni er rétt að hvetja lækna til þess að spyrja sig, þegar þeir meta og skoða sjúklinga sína, hvernig þeir geti sem best náð þessum þremur aðalmarkmiðum heilsuverndar á vinnustöðum og þar með bætt heilsufar sjúklinga sinna á vinnualdri eins og frekast er unnt.

Höfundur er yfirlæknir Vinnueftirlits ríkisins, Bíldshöfða 16, 110 Reykjavík. Netfang: kristinn@ver.is

Heimildir

1. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
2. Andersen I. Arbejdsmedisin. København: Arbejdstilsynet, Arbejdsmiljøinstituttet; 1994.
3. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E. Research on work-related stress. Luxembourg: European agency for safety and health at work; 2000.
4. Andersson GB. Epidemiological features of chronic low-back pain. Lancet 1999; 354: 581-5.
5. Feldstein A, Breen V, Dana N. Prevention of work-related disability. Am J Prev Med 1998; 14/Suppl. 3: 33-9.
6. Frank J, Sinclair S, Hogg-Johnson S, Shannon H, Bombardier C, Beaton D, et al. Preventing disability from work-related low-back pain: new evidence gives new hope - if we can just get all the players onside. CMAJ 1998; 158: 1625-31.
7. Jayson MI. ABC of work related disorders: back pain. BMJ 1996; 313: 355-8.
8. Hagberg M. Neck and arm disorders. BMJ 1996; 313: 419-22.
9. Reglugerð nr. 679/1998 um ráðstafanir til þess að auka öryggi og heilbrigði á vinnustöðum fyrir starfsmenn sem eru þungaðir, hafa nýlega alið barn eða hafa barn á brjósti. Reykjavík: Félagsmálaráðuneytið; 1998.
10. Heilsuvernd starfsmanna. Skýrsla nefndar á vegum Vinnueftirlits ríkisins. Reykjavík: Vinnueftirlit ríkisins; 1999.

Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar

FÉLAG ÁHUGAMANNA UM SÖGU læknisfræðinnar var stofnað fyrir 36 árum. Margir hafa eflaust heyrt félagsins getið en segja má að fremur hljótt hafi verið um það. Er því ekki úr vegi að nokkur grein sé gerð fyrir starfsemi þess.

Félagið var stofnað 18. desember 1964. Aðalhvatamaður að stofnun þess var Jón Steffensen (1905-1991) prófessor í líffærafræði við Háskóla Íslands. Á stofnfundinum reifaði hann þau verkefni sem hann taldi að félagið ætti að vinna að svo sem útgáfu Medicinsk Historisk Årsbok af Íslands hálfu í samvinnu við hliðstæð félög á Norðurlöndum, útgáfustarfsemi, meðal annars heimildarrits um sögu læknisfræðinnar hér á landi og ekki síst varðveislu minja um sögu læknisfræðinnar. Jón taldi að Nesstofa væri æskilegur staður fyrir þessa starfsemi og þar ætti einnig að vera bókasafn um sögu um læknisfræðinnar. Á stofnfundinn komu 48 manns. Í lögum félagsins segir að tilgangur þess sé *„að efla þekkingu á sögu læknisfræðinnar með hverjum þeim ráðum er þjónar því sjónarmiði svo sem með því að styðja rannsóknir á sögu læknisfræðinnar, útgáfu rita og varðveisla minja um sögu læknisfræðinnar ...“*.

Jón Steffensen var formaður félagsins til æviloka 1991. Gunnlaugur Snædal prófessor var formaður 1991-1997 og síðan hefur Halldór Baldursson læknir verið formaður þess. Félagsmenn eru nú um 70. Flestir eru úr hópi lækna en einnig eru þar fornleifafræðingar, lyfjafræðingar, sagnfræðingar, guðfræðingur og lögfræðingur. Starfsemi félagsins hefur að líkindum verið mismunandi mikil á undanförnum áratugum eins og gerist og gengur. Hér verða nefnd nokkur verkefni sem félagið hefur staðið að:

Félagið er aðili að norrænum samtökum félaga áhugamanna um sögu læknisfræðinnar, . Á vegum samtakanna eru haldnar ráðstefnur annað hvert ár til skiptis á Norðurlöndunum. Félagið hefur tvisvar staðið fyrir norrænum ráðstefnum um sögu læknisfræðinnar, 1981 og 1995. Í sambandi við ráðstefnuna 1981 barst félaginu höfðinglegt fyrirheit. Poul Assens, danskur lyfjafræðingur og umboðsmaður bresku Wellcome á Norðurlöndum, hét félaginu fjárhagslegum stuðningi til að halda árlega fyrirlestur til heiðurs Agli Snorrasyni lækni og skyldi hann kenndur við Egil. Hann var danskur læknir af íslenskum ættum (d. 1996) og mikill fræðimaður um sögu heilbrigðismála. Tilgangur fyrirlestranna er að styrkja rannsóknir og norræna samvinnu um sögu læknisfræðinnar. Ákveðnar reglur voru settar um val á fyrirlesurum og skyldi tryggt að þeir kæmu frá öllum Norðurlöndum. Fyrsti Egils Snorrasonar fyrirlesturinn var haldinn í maí 1982. Síðan hafa fyrirlestrarnir verið árlegur viðburður í starfsemi félagsins.

Í sambandi við aðalfund félagsins hafa verið fluttir fyrirlestrar úr sögu íslenskra heilbrigðismála sem hafa verið fróðlegir og skemmtilegir. Þá hefur félagið beitt sér mjög fyrir varðveislu minja um sögu lækninga og heilbrigðismála og verður nú í stuttu máli gerð grein fyrir stöðu þeirra mála.

Árið 1963 ritaði Kristján Eldjárn, þáverandi þjóðminjavörður, menntamálaráðherra bréf og hvatti til þess að ríkið eignaðist Nesstofu. Eftirmaður hans í starfi þjóðminjavarðar, Þór Magnússon, vann einnig ötullega að þeim málum. Þessi áform urðu að veruleika því ríkið eignaðist Nesstofu á árunum 1977-1979. Fljótlega varð ljóst að Nesstofa hentaði ekki sem safnahús en áhersla var lögð á að hún yrði búin sem líkast því sem hún var á dögum Bjarna landlæknis Pálssonar að húsgögnum og öðru innanstokks. Stefnt skyldi að byggingu sérstaks safnahúss í landi Ness.

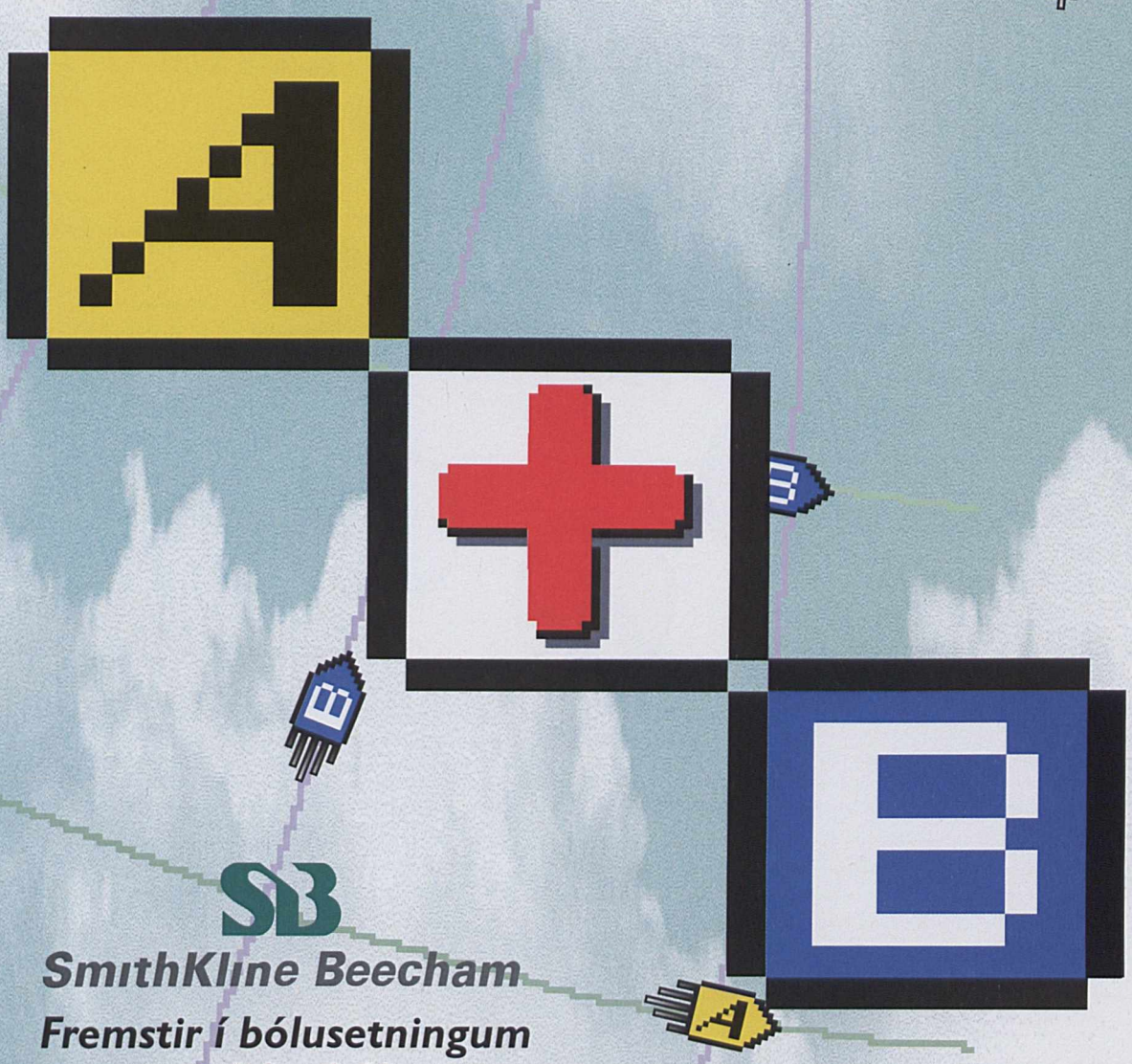
Árið 1992 skipaði menntamálaráðherra byggingarnefnd til að stjórna byggingarframkvæmdum við uppbyggingu lækningaminjasafns. Bæjarstjórn Seltjarnarness lét af hendi lóð rétt hjá Nesstofu. Teiknað hefur verið glæsilegt og smekklegt safnahús. Því miður hefur framkvæmdum verið frestað að sinni vegna framkvæmda við Þjóðminjasafnshúsið. Nesstofusafn er deild í Þjóðminjasafni og var formlega opnað 1991. Fastur starfsmaður var ráðinn árinu áður.

Alls munu nú vera um 10.000 gripir í safninu. Þeir, ásamt bókum sem safnast hafa, eru geymdir í gömlum útihúsum í Nesi en nú er svo komið að þau hús eru næstum ónýt og liggja safngripir undir skemmdum.

Jón Steffensen ánafnaði Læknafélagi Íslands miklum hluta eigna sinna og skyldi fé renna til byggingar lækningaminjasafns í Nesi. Fyrir þetta fé festi Læknafélag Íslands nýlega kaup á heppilegu húsnæði í nágrenni Nesstofu fyrir geymslu gripa og bóka, skrásetningu þeirra og aðra starfsemi Nesstofu. Húsnæðið var afhent menntamálaráðherra við athöfn í Nesstofu í ágúst árið 2000 og ráðherra afhenti það síðan Margréti Hallgrímsdóttur þjóðminjaverði til ráðstöfunar. Áfram verður unnið að byggingarmálum safnsins í Nesi en framkvæmdir munu dragast eitthvað eins og áður segir. Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar hefur stutt byggingarmálin af alhug og formenn byggingarnefndar hafa verið formenn félagsins, þeir Gunn-

Twinrix®

Samsett bóluefni gegn lifrarbólgu A og B.



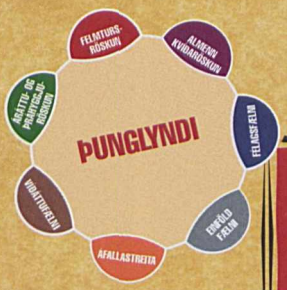
SmithKline Beecham

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, áráttu- og þráhyggjuröskun, almenn kvíðaröskun, félagsfælni og víðáttufælni.[1]

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

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

ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKAR ÞESS:

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

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.

Seroxat® Paroxetin

ÞEGAR MEÐHÖNDLA SKAL ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKA ÞESS

Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, 22,88 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. Ábendingar: þunglyndi. Áráttu og þráhyggjusýki. Felmturköst (ofsakvíði, panic disorders) Félagslegur ótti/félagsleg fælni **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Óstöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu 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 hjartslátttartruflun af flokki IC (flekaínið) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetins. Paroxetin hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytoíns, móklóbemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. **Frá miðtaugakerfi:** Svefnleysi, æsingur, vöðvatitringur, óróa, taugaveiklun. Skortur á einbeitingu og náladofi. Truflun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum. Frá meltingarvegi: Ógleði, uppköst, niðurgangur, munnþurrkur, lystarleysi og breytingar á bragðskyni. **Frá ónduanarfærum:** 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 hámarksskammtur er 60 mg/dag. **Við felmturköstum:** Byrjunarskammtur er 10 mg/dag (hálf tafla), skammtinn má auka um 10 mg/dag á viku fresti. Venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarksskammtur er 60 mg/dag. Mælt er með lágum upphafsskammti í felmtursröskunarmeðferð til að minnka hættu á versnun sjúkdómsins í byrjun meðferðar. Við félagslegum ótta/félagslegri fælni: Mælt er með 20 mg skammti á dag, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum **Pakkningar og verð jan'2000** 20 stk. 2768,- 60 stk. 9863,- 100 stk. 15.298,- kr **Einkaumboð á Íslandi:** Thorarensen-Lyf, Vatnagörðum 18, Reykjavík. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðslufyrirkomulag: B **Heimildir:** 1)Fawcett J et al, J Clin Psychiatry 1983; 44(8, sec 2):8-11. 2)Angst J., 1993 Int. Clin. Psychopharmacology, Vol 8, suppl. 1, 21-25. 3)Humble M, Acta Psychiatri Scand 1987, 76 (suppl 335), 15-30. 4) Dunbar GC et al. Acta Psychiatr. Scand 1993; 87:302-5. 5) Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC, Eur Neuropsychopharmacol 1995 Mar; 5: 5-13.

SmithKline Beecham Pharmaceuticals



Nesstofa.

laugur Snædal og Halldór Baldursson. Loks skal talið verkefni sem félagið hefur lítillega komið að. Árið 1998 voru lögð drög að stofnun rannsóknarstofu í heilbrigðissögu við læknadeild Háskóla Íslands og á fulltrúi félagsins sæti í stjórn hennar.

Mikil og góð samvinna hefur tekist á milli félagsins og ráðamanna Þjóðminjasafnsins en sérstaklega hafa þó samskiptin verið mikil við Kristin Magnússon safnvörð Nesstofusafns. Stjórnarfundir félagsins eru haldnir í húsnæði safnsins í Nesi. Þá ber að nefna gott samstarf við Lyfjafræðingafélagið sem hefur komið sér upp myndarlegu húsnæði og safni í Nesi. Eru allir stærri fundir félagsins haldnir í húsnæði þess. Ötull tengiliður hefur verið Axel Sigurðsson lyfjafræðingur.

Þegar litið er til baka yfir starfsemi félagsins er eðlilegt að flestum komi í hug nafn Jóns Steffensens. Hann var frumkvöðull að stofnun félagsins, helsta driffjöðrin og formaður þess til æviloka. Hann tengdi miklar vonir við starfsemina og ýmislegt hefur gengið eftir af því sem hann ræddi um á stofnfundinum. Útgáfumálin hafa þó orðið útundan vegna þess að félagið hefur ekki haft burði til slíkrar starfsemi. Ritun heilbrigðissögu hefur farið fram á vegum Læknafélags Íslands en hefur ekki verið gefin út ennþá.

Þó að nafn félagsins sé tengt læknisfræði er verksvið þess saga heilbrigðismála í víðum skilningi. Þess vegna væri æskilegt að fá fulltrúa fleiri heilbrigðisstétta, auk lækna, sem félagsmenn. Slíkt myndi styrkja starfsemi þess og gera það öflugra og sýnilega en verið hefur.

Ólafur Þ. Jónsson

Samningur við TR
Umsókn um aðild

Kostnaður sem Tryggingastofnun ríkisins greiðir vegna heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa er bundinn af árlegu framlagi sem Alþingi ákvarðar í fjárlögum. Þetta á meðal annars við um þjónustu sérfræðinga á eigin læknastofnum. Því er stofnuninni nauðsynlegt að vita fyrirfram hversu margir sérfræðingar muni starfa samkvæmt samningi við hana, svo hægt sé að leggja fram raunhæfa fjárhagsáætlun fyrir árið.

Þess vegna mun Tryggingastofnun afgreiða umsóknir um aðild að samningi við TR á eftirfarandi hátt:

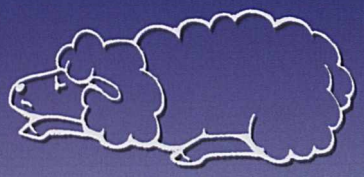
Þeim sem sækja um aðild á fullnægjandi hátt á tímabilinu frá 1. október 2000 til og með 30. nóvember 2000 verður heimilað að hefja störf frá og með 1. janúar 2001.

Þeim sem sækja um aðild á fullnægjandi hátt á tímabilinu 1. desember 2000 til og með 30. nóvember 2001 verður heimilað að hefja störf frá og með 1. janúar 2002.

Tryggingayfirlæknir

Aventis

Góður dagur hefst með góðri nótt



IMOVANE®

Ábendingar: Tímabundið svefnleysi. Hjálparmeðferð (tímabundin) við langvarandi svefnerfiðleikum.

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

- *Imovane® verkar fljótt[1)3)]*
- *Imovane® lengir svefntíma og fækkar andvökum - REM-svefn og djúpur svefn helst við venjulega skammta[1)3)]*
- *Í rannsóknum hefur hvorki verið sýnt fram á þolmyndun né ávanahættu[1)2)]*

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

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



Anna Stefánsdóttir.

Þekkingarauður starfsfólksins þarf að nýtast

LÆKNABLAÐIÐ HELDUR áfram umfjöllun sinni um sameiningu stóru sjúkrahúsanna í Reykjavík. Ljóst er að samstarf framkvæmdastjóra hinna nýskilgreindu sviða sjúkrahússins munu skarast að verulegu leyti og á það ekki síst við um lækninga- og hjúkrunarsviðið. Anna Stefánsdóttir hefur verið ráðin framkvæmdastjóri hjúkrunarsviðs sameinaðs Landspítala - háskólasjúkrahúss og Læknablaðið kom að máli við hana fyrir skemmstu. Í tveimur síðustu tölublöðum Læknablaðsins hefur verið rætt við Gísla Einarsson framkvæmdastjóra kennslu og fræða og Jóhannes M. Gunnarsson framkvæmdastjóra lækningasviðs. Fyrst var Anna spurð um álit sitt á sameiningu sjúkrahúsanna.

„Sameiningin leggst vel í mig. Ég hef lengi verið fylgjandi því að sameina meira í heilbrigðiskerfinu en gert hefur verið. Tvískiptingin milli stóru sjúkrahúsanna hefur að mínu mati aukið kostnað í heilbrigðiskerfinu og orðið til að dreifa þeim starfskröftum sem við höfum. Með því að sameina fáum við betri nýtingu á þeim mannafla sem við höfum og ekki mun af veita.

Hvað varðar hjúkrunina sérstaklega, þá hefur þróunin orðið sú að hjúkrunarfræðingar sérhæfa sig í æ ríkari mæli. Sérfræðiþekking í hjúkrun er að vissu leyti nýtt fyrirbæri sem á framtíð fyrir sér."

Sjúklingurinn sé á réttum stað í kerfinu

„Mér finnst áhugavert að fá tækifæri til að efla samvinnu við aðrar stofnanir svo sem sjúkrahús úti á landi og heilsugæsluna um land allt. Á það reynir í hjúkruninni, því aukið samstarf gefur meiri möguleika á að þjóna sjúklingnum á réttum stað í kerfinu hverju sinni.

Vissulega eru einnig gallar á því að sameina. Stofnunin er stór og dreifð á fleiri en einn stað. Það væri strax auðveldara ef hún væri á einni lóð, þótt húsin væru mörg. Vegalengdir á milli húsanna eru nokkuð langar."

Fjöldi kílómetra að aka á hverjum degi?

„Já, það má hæglega aka hundrað kílómetra hér á milli á einum vinnudegi við venjuleg störf."

Tryggja þarf réttar boðleiðir

Nú þurfið þið að skoða marga og ólíka hagsmuni í sameiningarferlinu. Er það ekki vandkvæðum bundið?

„Jú, en jafnframt verðugt verkefni. Eitt það mikilvægasta í sameiningarferlinu er gott upplýsingaflæði og að tryggja réttar boðleiðir. Það er auðvitað alltaf hætta á því hjá stóru fyrirtæki að einhver fái ekki réttar upplýsingar á réttum tíma, upplýsingar verði ekki nógu góðar og hagsmunir skarist.

Hvað sjúklingana varðar þá eru hagmunir hans

að allt ferlið verði sem einfaldast og best. Eitt af því sem við verðum að leysa er að þurfa sem minnst og helst ekkert að flytja sjúklinga á milli húsa. Með sameiningunni má án efa finna betri lausnir.

Ég vona að okkur takist að skipuleggja starfsemina þannig að sjúklingnum finnist aðlaðandi að sækja sér þjónustu."

Ný hjúkrunarfræðideild

Hvernig sérðu fyrir þér samstarfið við Háskóla Íslands?

„Breytingin mun auðvelda okkur að taka upp formleg tengsl við hjúkrunarfræðideildina. Við áttum afbragðsgott samstarf við námsbraut í hjúkrunarfræði en nú verður það með formlegri hætti en fyrr. Eitt af því sem við höfum ekki haft í hjúkruninni eru sameiginlegar stöður lektora og dósenta, sem áratuga hefð er fyrir í læknadeild. Með slíkum stöðum sé ég mikil sóknarfæri. Hjúkrunarfræðingar á Landspítala ættu nú að hafa möguleika á að sækja sér hjálp við rannsóknir og afla sér meiri sérþekkingar. Meistaranámi í hjúkrun hefur þegar verið hleypt af stokkunum, en er enn sem komið aðallega rannsóknartengt. Við munum leita eftir því við hjúkrunarfræðideild að einnig verði boðið upp á klínískt meistaranám."

Er pláss fyrir nýsköpun í daglegu erli?

„Erfiðast er að koma vísindastörfunum fyrir. Fólk er ávallt reiðubúið að reyna nýjungar og bæta starfsemina. Aftur á móti er erfitt að koma því við þegar losa þarf fólk úr vinnu, til dæmis til að fara í rannsóknarstörf. Hjúkrunarstarfið er þess eðlis og hjúkrunarfræðingurinn bundinn á sinni vakt og kemst ekki burt til að fara á bókasafnið í vinnutíma. Bókasafnið er opið á dagvinnutíma og háskólinn er líka á dagvinnutíma. Það fer illa saman við vaktavinnu og auk þess er það heilmikið starf að stunda vísindi. Þetta viðfangsefni höfum við ekki leyst enn."

Samstarf við sjálfstætt starfandi hjúkrunarfræðinga

„Mig langar að reyna mismunandi rekstrarform, til dæmis sjúkrahústengda heimaþjónustu. Þar er ég enn með í huga að sjúklingurinn sé alltaf á réttum stað. Það getur verið að læknismeðferð sé lokið en hjúkrunarmeðferðinni ekki. Þá geta hjúkrunarfræðingar fylgt sjúklingnum heim og lokið sinni meðferð þar. Eins hef ég áhuga á að fara í samstarf við sjálfstætt starfandi hjúkrunarfræðinga svo starfskraftar þeirra nýtist okkar skjólstæðingum. Þeir starfa þegar við barnahjúkrun, hjúkrun aldraða og hjúkrun dauðvona. Þegar sjúklingar útskrifast af hátæknisjúkrahúsi er gott að geta vísað þeim til þessara hjúkrunarfræðinga sem þá geta tekið við."

Skörun lækninga og hjúkrunar

Hvernig er samstarfi ykkar framkvæmdstjóranna háttað?

„Framkvæmdastjórnin er smátt og smátt að kynnast. Ég hef miklar væntingar til þessa samstarfs og tel að við getum gert spítalann að góðu og öflugu fyrirtæki. Samstarfið við lækningaforstjórann er mikið, við ræðum saman nánast daglega og tökum sameiginlegar ákvarðanir. Samstarfið lýtur ekki síst að stefnumótun og klínísku starfi. Við höfum nýlega valið fólk til að stýra hinum ýmsu sviðum sjúkrahússins í samræmi við skipulagsbreytingar sem tóku gildi 1. október. Sviðin eru undir sameiginlegri stjórn lækna og hjúkrunarfræðinga.

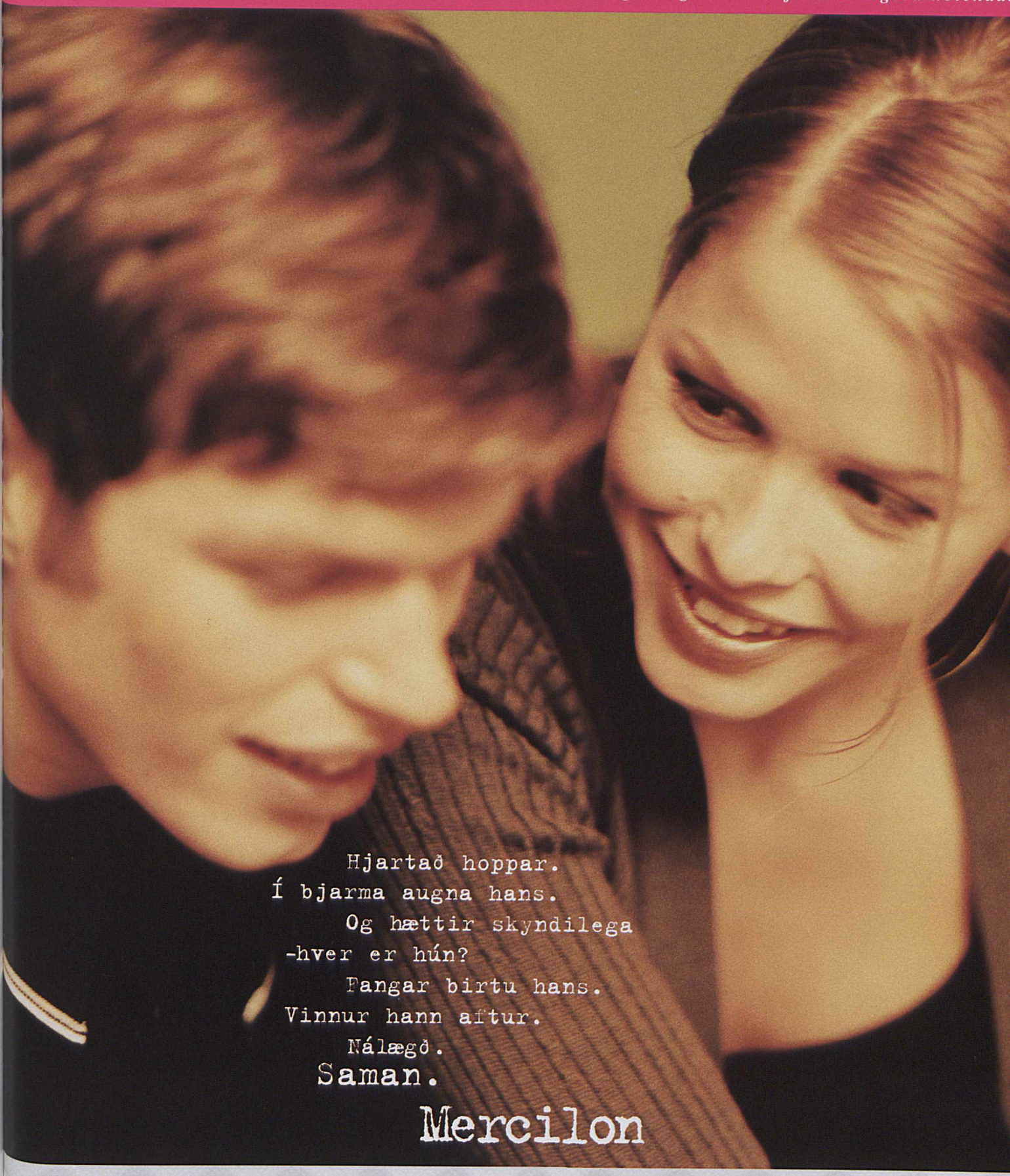
Samstarf okkar hefur gengið vel, við höfum á-þekka sýn og það er mikilvægt því mikið starf er framundan við að móta stefnu og sýn fyrir sjúkrahúsið. Við vitum af þeim núningsflötum sem eru, því það er talsverð skörun í lækningum og hjúkrun. Nú þegar við höfum ráðið sviðsstjórana þurfum við að aðstoða þá við að koma stefnumálum sínum í framkvæmd.

Næsta skref er síðan að sviðsstjórar fari að vinna með sínu fólki að uppbyggingu og endurskipulagningu. Við höfum hafið þessa vinnu á geðsviðinu þar sem 40 manna hópur fékk það hlutverk að móta stefnu fyrir sameiginlegt geðsvið og endurskipuleggja það. Þessi hópur skiptist í undirhópa þar sem hver hefur sitt hlutverk til dæmis stjórnskipulag, bráðaþjónustu og endurhæfingarþjónustu. Þótt það sé ekki alltaf auðvelt að vinna með svona stórum hópi þá held ég að það skili sér með auknu upplýsingaflæði milli starfsmannanna."

Á stærð við kaupstað úti á landi

„Með þessum hætti eru auðveldara að tryggja að það sé alltaf einhver í vinnu alls staðar á akrinum. Á sumum sviðum starfa allt að þúsund manns enda eru starfsmenn sjúkrahússins yfir fimm þúsund auk 4-500 sem eru í námi. Við erum á stærð við ágætan kaupstað úti á landi. Þar hittist fólk úti í búð og hefur persónuleg tengsl og það þurfum við einnig að tryggja. Starfsmenn þurfa að geta fengið upplýsingar hver hjá sínum næsta yfirmanni. Við erum með upplýsingafulltrúa sem dreifir upplýsingum á rafrænu formi en megum samt ekki gleyma mannlegum tengslum. Kannski kemur frétt á netinu sem vekur spurningar og þá skiptir máli að geta farið til einhvers og spurt, einkum þegar breytingar eiga sér stað. Hver og einn hlýtur að spyrja: Hvað hefur þessi breyting í för með sér fyrir mig og mitt líf?"

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



Organon

TÖFLUR: G 03 A A 09 R 0

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

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

Ábendingar: Getnaðarvörn.

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

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

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

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

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

Pakkningar og verð 1. apríl 2000: 21x 3 (þynnupakkað) — kr. 1.914.-

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

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

Mercilon

20 µg ethinylestradiol og 150 µg desogestrel er nóg

StilNoct® er notað alls staðar – líka á jörðinni[1]



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

12. apríl 2000

Svefnlyfið sem binst sérhæft við omega-1 viðtakann í heilanum – ekkert aukabragð [3]

Stilnoct Töflur; N 05 CF 02 R, 0. Hver tafla inniheldur: Zolpidemum INN 10 mg. **Eiginleikar:** Zolpidem er svefnlyf af ímídazópýrímídínflokki, sem er efnafræðilega óskylt benzódíazepínum, en binst sömu viðtækjum. Það flýtir fyrir svefni og lengir hann. Hefur ekki áhrif á REM-svefn í lágum skömmtum. Frásogast fljótt frá meltingarvegi. Hámarksþéttni í blóði næst að meðaltali eftir rúmlega 2 klst. Vegna umbrots í lifur er aðgengi um 70%. Helmingunartími í blóði er 2-3 klst. Verku kemur fram eftir 15-20 mín. og varir í 6-7 klst. Lyfið er umbrotið í lifur í óvirk umbrotsefni, sem útskiljast með þvagi. **Ábendingar:** Tímabundið svefnleysi. **Frábendingar:** Lungnabilun. Lyfið skal ekki tekið hafi áfengis verið neytt. Vöðvaslensfár. Kæfisvefn. **Varúð:** Gæta skal varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með verulega lifrar- eða nýrnabilun. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað um fósturskemmandi áhrif, en reynsla af notkun lyfsins hjá barnshafandi konum mjög takmörkuð. Lyfið finnst í brjóstamjólk og því ekki hægt að útiloka lyfjaáhrif hjá barninu. Lyfið á því ekki að gefa konum með börn á brjósti. **Aukaverkanir** Algengar (>1%): Miðtaugakerfisvimi. Höfuðverkur. Rugl. Minnistruflanir. Meltingarfæri: Ógleði, uppköst. Aukaverkanir eru háðar skammtastærð. Þol fyrir lyfin og ávanahætta virðist lítil, en hafa ber í huga hætta á slíku og ekki er mælt með langtímanotkun lyfsins. **Milliverkanir:** Lyfið eykur áhrif áfengis, ofnæmislyfja, svefnlyfja og annarra róandi lyfja. **Athugið:** Varúðar skal gæta við stjórnun vélknúinna ökutækja, ef lyfið er notað. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Ávallt ber að nota lægsta skammt, sem komist verður af með. Yngri en 65 ára: 10 mg fyrir svefn. Ef sá skammtur reynist ófullnægjandi, má hækka hann í 15-20 mg. Eldri en 65 ára: Byrjunarskammtur er 5 mg, sem má auka í 10 mg, ef þörf krefur. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og hámarksverð 1. apríl 2000:** 20 stk.(þynnupakkað) – 890 kr.; 100 stk.(þynnupakkað, sjúkrahússpakkning) – 2610 kr. **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli eru 40 stk. af 10 mg töflum. Umboðsaðili á Íslandi:** Thorarensen Lyf, Vatnagarðar 18, 104 Reykjvaík. Sími: 530-7100.

Heimildir: 1) Stephen A. Nasbitt., Acting Chief, News & Branch of the National Aeronautics and Space Administration (NASA), Lyndon B. Johnson Space Cente Houston-Texas 1998. 2) Scharf MB et al., J. Clin. Psychiatry, 1994; 55: 192-199. 3) Rosenberg J. Overgaard H. et Unden M. Månedskr. Prakt. Læger, Sept. 1994, 1123-1130.

sanofi~synthelabo

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

Mikilvæg teymisvinna

Samráð og samvinna virðast gegna lykilhlutverki í ýmsu af því sem þú nefnir. Hvernig sérðu því best fyrir komið?

„Í fyrra starfi mínu sem hjúkrunarforstjóri á Landspítalanum, sem ég gegndi í fimm ár, leitaði ég mjög oft til deildarstjóra hinna ýmsu deilda og það á ég einnig eftir að gera í þessu starfi. Þeir vinna í nánum tengslum við hinn almenna starfsmann. Sviðsstjórarnir eru einnig mjög mikilvægir samráðsaðilar.

Teymisvinna er líka mjög mikilvæg í allri heilbrigðisþjónustu og við höfum verið að vinna að því að gera hana formlegri. Við byrjuðum á því að koma á laggirnar sýkingarvarnateymi og síðar öldrunarteymi. Í því voru læknar, hjúkrunarfræðingar og félagsráðgjafar. Það fjallaði um málefni aldraðra einstaklinga sem komu til meðferðar á sjúkrahúsinu en vitað var að vandkvæði væru með eftir að meðferð lyki. Þetta samstarf gafst ákaflega vel og í svona teymisvinnu verður styrkur hverrar fagstéttar fyrir sig mjög sýnilegur. Fleiri teymi hafa verið sett á laggirnar, meðal annars líknarteymi. Þetta er aðferð sem ég held við munum nota mjög mikið í framtíðinni."

Hugmyndir fái að þroskast

„Hjá þessari stofnun vinnur mjög mikið af hugmyndaríku fólki. Hugmyndir þess þurfa að fá að þroskast þar sem þær verða til og síðan er það okkar að sjá til þess að það sem vel tekst nýtist fleirum. Hlutverk sviðsstjóra og deildarstjóra í að tryggja það er mjög mikilvægt. Við höfum líka haft ákveðna starfsmenn í þróunarverkefnum meðal fólksins sem vinnur á sjúkrahúsinu og það fólk miðlar hugmyndum áfram til yfirstjórnarinnar.

Höfuðmáli skiptir að efla starfsfólkið því við búum yfir geysilegum þekkingarauði og mannauði. Það er hlutverk okkar sem hefur verið falið að stýra þessu fyrirtæki að styrkja starfsfólkið í hlutverki sínu. Þá held ég að við verðum með virkilega góða heilbrigðisstofnun í höndunum og skjólstæðingar okkar muni finna það."

-aób

Framtíðin björt í hjartaflutningum

Þótt Christiaan Barnard í Suður-Afríku hafi orðið fyrstur til að flytja hjarta á milli manna er Norman E. Shumway stundum nefndur faðir hjartaflutninganna. Þekking sú sem fyrir hendi var er Barnard framkvæmdi fyrstu hjartaflutningana árið 1967 byggðist að verulegu leyti á rannsóknum Shumways við Stanfordháskóla og aðeins mánuði eftir að hjartaflutningur Barnards hafði komist í heimspressuna framkvæmdi hann svipaða aðgerð. Shumway er nú 76 ára að aldri og spilar golf af miklum móð en gaf sér þó tíma til að hitta blaðamann Tímarits norsku læknasamtakanna nýverið. Meðal þess sem Shumway var spurður um var hvort hann teldi að önnur tækni myndi leysa hjartaflutninga af hólmi. Hann taldi það ósennilegt og þörfin fyrir slíka tækni yrði áfram til staðar. Með stórbættri tækni og vinnubrögðum taldi hann að vandamál varðandi hjartaflutninga yrðu sífellt minni en vandamálið væri eftir sem áður of fáir hjartagjafar. Hann er vantrúaður á að vélar muni leysa skurðlækna af hólmi í svo vandasömum aðgerðum. Skoðun og mat skurðlæknis á því sem hann sér með eigin augum sem ræður að hans mati alltaf úrslitum um vel heppnaða hjartaflutninga.

Heimild

Tidsskrift for Den norske lægeforening 20/200.

Ungir ökumenn og slys

■ Í tímariti bandarísku læknasamtakanna, JAMA, hefur að undanförnu verið deilt um þátt ungra ökumanna í alvarlegum umferðarslysum. Kveikjan að umræðunni eru tillögur lækna um að setja hömlur á akstur ungmenna undir 18 ára, þannig að þeim sé bannað að aka einir í bíl eða með jafnöldrum eingöngu. Sömuleiðis að þeim sé bannað að aka frá miðnætti til kl. fimm á morgnana. Ökumennirnir sem um ræðir eru á aldrinum 16-18 ára (auk 15 ára ökunema) og ekki er deilt um hlut þeirra í alvarlegum slysum, heldur mögulegar orsakir og heppileg úrræði. Annars vegar hefur verið bent á að ungir ökumenn séu að öðru jöfnu á eldri og lélegri bílum en hinir eldri, hins vegar að rannsóknir sýni að orsakir slysanna liggi í reynsluleysi og glannaskap sumra ungu ökumannanna. Í Kaliforníu hafa verið gerðar tilraunir til að takmarka akstur ungra ökumanna með fyrrgreindum hætti og sumir vilja draga þá ályktun af reynslu þeirra að þessi úrræði dugi skammt og slysatíðni hafi jafnvel aukist. Aðrir benda á að of stutt sé síðan takmarkanirnar voru settar á til að draga megi ályktanir af þeim og eins að fjöldi ungra ökumanna hafi flýtt sér að fá ökuleyfi áður en lögin tóku gildi. Fjölgun á slysum eftir setningu laganna sé því í beinu hlutfalli við fjölgun í hópi yngstu ökumannanna. Rannsóknir í Bandaríkjunum, Kanada og á Nýja Sjálandi benda raunar flestar til þess að tilraunir sem þar hafa verið gerðar til að veita ökuréttindi með takmörkunum og í áföngum hafi heppnast vel.

Fundur stjórnar Norræna læknaráðsins



Jón Snædal

Næsti fundur stjórnar Norræna læknaráðsins verður í Stokkhólmi 27. febrúar 2001.

Höfundur er varaformaður Læknafélags Íslands.

NORRÆNA LÆKNARÁÐIÐ er vettvangur læknafélaganna á Norðurlöndum til skoðanaskipta og til sameiginlegra verkefna. Almennir læknaráðsfundir eru haldnir annað hvert ár og eru opnir öllum félögum í læknafélögum landanna fimm, hinn síðasti þeirra var haldinn í Visby á Gotlandi í júní síðastliðnum. Stjórn Norræna læknaráðsins skipa tveir fulltrúar frá hverju læknafélagi, oftast nær formaður og framkvæmdastjóri hvers félags. Af hálfu LÍ eru það núna varaformaður og framkvæmdastjóri. Stjórnin hittist tvisvar á ári.

Undirritaður sótti fund stjórnar Norræna læknaráðsins í Osló hinn 12. september síðastliðinn. Þar voru þessi mál einkum til umræðu:

1. Yfirlýsing félaganna um endurmenntun var endanlega samþykkt með því að ensk þýðing var nú tilbúin. Ákveðið var að útbúa lítið hefti með merkjum félaganna til dreifingar og ennfremur að kynna yfirlýsinguna í CP (Comité-Permanent). Umræður snerust annars vegar um hvernig kerfi endurmenntunar verði komið á svo það nýtist sem flestum og hins vegar hvernig fara skuli með lækna sem ekki standa sig. Það er tilhneiging meðal stjórnmálamanna að líta svo á að símenntun eigi að vera skylda og með því að nota kröfu um tímabundna sérfræðiviðurkenningu megi flokka frá lélega lækna. Fundurinn var sammála því að nota símenntun ekki í þessum tilgangi og að krafa um tímabundna viðurkenningu sé slæm lausn sem beri að standa gegn. Bent var á að slík krafa hafi ekki komið fram varðandi aðrar háskólastéttir.

Samþykkt var að norska læknafélagið taki að sér tvö verkefni: A. Koma með tillögur um sameiginleg verkefni félaganna á sviði símenntunar. B. Koma með leiðbeiningar um aðstoð/aðgerðir varðandi lækna sem ekki standa sig.

2. Sænska læknafélagið kynnti einfalt form sem ætlað er læknafélögum hvers lands að fylla í upplýsingar um lögfræðiþjónustu til handa læknum frá öðru Norðurlandi er tímabundið starfa í viðkomandi landi. Þessar upplýsingar eiga síðan að verða aðgengilegar félögunum.

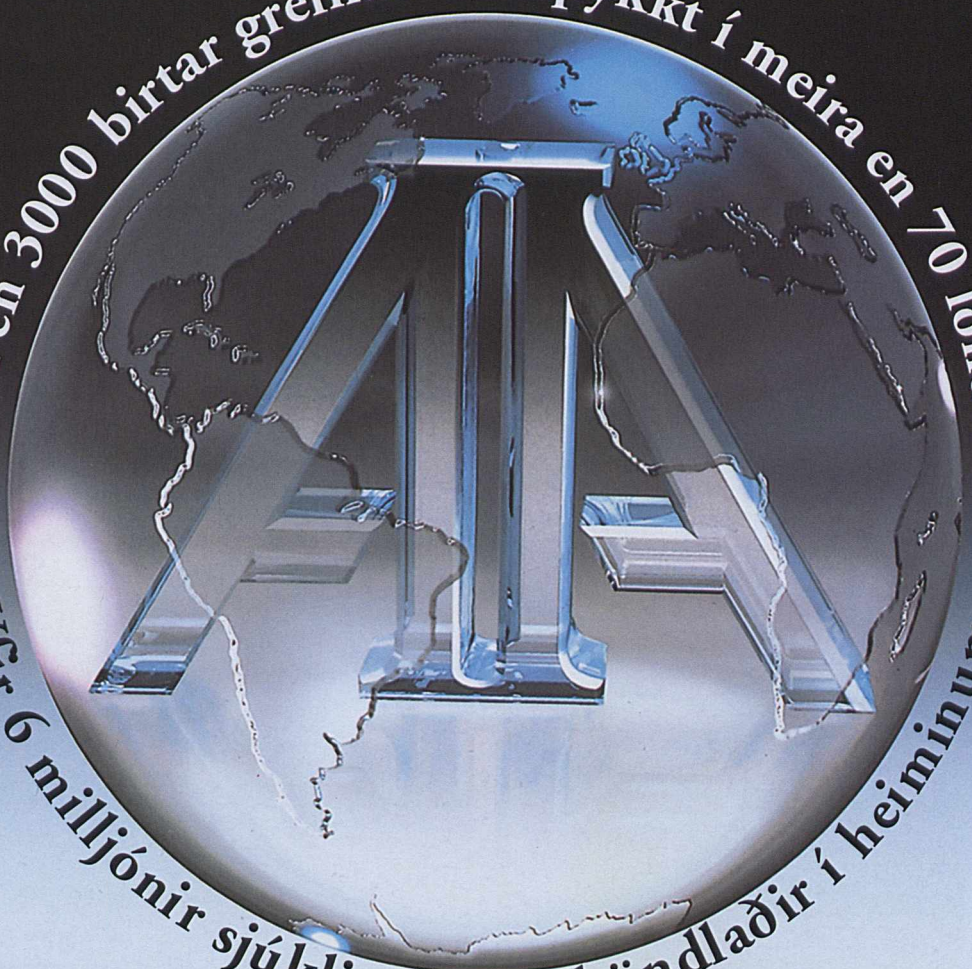
3. Alþjóðafélag lækna (WMA). Sagt frá starfi nefndar sem endurskoðar Helsinkiyfirlýsinguna. Samþykkt endanlega að notast við sameiginlegt framboð læknafélaga Norðurlandanna til stjórnar WMA (Council), en það þýðir að Ísland og Noregur bjóða fram sinn fulltrúann hvort og félögin öll kjósa þá. Sænski fulltrúinn hættir þar með (Anders Milton), en hann hefur verið í stjórninni í sex ár. Norski fulltrúinn heldur áfram (Harry Martin Svabö). Framkvæmdastjóri sænska læknafélagsins hafði tekið saman upplýsingar um kosningafyrirkomulagið og viðraði hugmyndir um kosningu þriggja fulltrúa frá Norðurlöndunum, en sá möguleiki þótti fjarlægur og ákveðið var að reyna ekki á hann. Það kemur síðan í ljós í nóvember hvort kemur til kosninga eða hvort framboðin verða jafnmörg lausum sætum.

4. Comité-Permanent. Félagið hefur haft ótrygga tilveru, en undir stjórn Finnlands og með norskan ritara virðist það vera að tryggja sig í sessi. Eitt vandamálanna er að fáir þekkja félagið og hvað það stendur fyrir, en ætlunin er að það sé vettvangur evrópskra læknafélaga til samræðna um sameiginleg mál og jafnframt vettvangur til samræðna við hina pólitísku Evrópu. Utan fundarins kom fram að fulltrúi Íslands, Katrín Fjeldsted, hefur sagt frá andstöðu LÍ við lögleiðingu á boxi og reifað hugmyndir um að CP láti það til sín taka. Ekkert gerist þó nema skriflegt erindi berist.

5. Hinn íslenski miðlægi gagnagrunnur. Fyrir fundinum lá samantekt undirritaðs um hvað gerst hefur síðustu mánuði. Eins og áður kom fram stuðningur NLS við LÍ. Fram kom sú skoðun að mjög mikilvægt verði að komast að samkomulagi, en einnig komu fram raddir um að ekki ætti að gefa eftir hvaða varðar grundvallaratriði. Áhugi læknaráðsins er mikill enda verður um alþjóðlega skírskotun að ræða í þessu máli okkar.

6. Netvæðing og upplýsingastefna. Læknafélögin hafa nýtt sér netið töluvert. Danska og finnska félagið hafa sent félögum sínum erindi í netpósti og spara töluverðan pappír og sendingarkostnað. Danska félagið hefur heimasíðu sem hundruð lækna sækja í hverri viku og notar hana einnig sem veitu til fjölmiðla. Þeir nota töluverðan starfskraft í þetta og um það bil tvær milljónir danskra króna árlega. Sænska félagið hefur stofnað fyrirtæki með bæði eigin fjármagni og áhættufjármagni sem á að nota fyrir félagana í ýmsum tilgangi (auglýsingar, samband við tryggingafélög, jafnvel þjónusta við sendingu lyfseðla í apótek). Eftir nokkur ár er stefnt að skráningu á hlutabréfamarkað og þá fá áhættufjárfestar (og félagið) stofnféð ríkulega til baka, ef væntingar ganga eftir. Það er því umhugsunarefni fyrir LÍ hvernig auka mætti nýtingu heimasíðu félagsins og hvert beri að stefna.

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

ZOCOR
MSD, 890108; 890109; 940275; 970435
Töflur; C 10 AA 01
Virkt innihaldsefni: Simvastatinum INN 10mg, 20mg, 40mg eða 80 mg.
Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólerstólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skamvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hæga á framvindu á æðakölkun í kransæðum, þar á meðal draga úr myndun nýrra vefjaskemmda og nýrra stíflna..Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transaminasar í blóði af óþekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralólflokki. **Meðganga og brjóstagjöf.** Meðganga og brjóstagjöf: ZOCOR má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má heldur ekki nota ZOCOR.**Varúð:** Vöðvaáhrif: ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasa hemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðvaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (> 10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvasundrun, með eða án bráðrar nýrnabilunar, sem kemur eftir vöðvarauðamigu, hefur sjaldan sést. Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja: Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla aukast með samhliða gjöf HMG-CoA redúktasa hemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og önnur fíbröt og blóðfitulækkandi skammtar ((1g/dag) af nikótínsýru. Að auki virðist hættan á vöðvakvilla aukast með háum gildum á HMG-CoA redúktasahemlavirkni í plasma. ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4. Hjá sjúklingum, sem taka cýklóspórín, fíbröt eða nikótínsýru samhliða, ætti ZOCOR skammturinn venjulega ekki að fara yfir 10 mg, þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega við hærri skammta. Frábending er fyrir notkun mibefradils og ZOCORs. Varast ætti samhliða notkun með öðrum lyfjum t.d. cýklóspóríni; ítrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni og þunglyndislyfinu nefazódón sem í lækningaskömmtum hafa hamlandi áhrif á cytokróm P450 3A4, nema því aðeins að kostir samhliða meðferðar vegi meira en aukin áhætta. Áhrif á lifrarstarfsemi: Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstaka athygli skal veita sjúklingum, sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi og ætti að endurtaka mælingarnar fljótt og síðan framkvæma þær oftar. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er þrálát, ætti að hætta lyfjameðferð. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transaminasar 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, makrólíðsýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fíbrata eða níacíns. ZOCOR eykur áhrif kúmarín-segavarnarlyfja og því ætti próthrombíntíminn að vera ákvarðaður áður en ZOCOR meðferð er hafin og nógu oft í upphafi meðferðar til að tryggja að engin marktæk breyting á próthrombíntíma komi fyrir. Ef ZOCOR skammti er breytt eða meðferð hætt, ætti að endurtaka sömu mælingar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sjúklingurinn á að neyta kólesteróllækkandi fæðis, áður en ZOCOR er gefið og á að halda því áfram meðan á ZOCOR meðferð stendur. Blóðfituhækkun: Upphafsskammturinn er venjulega 10 mg á dag, gefinn í einu lagi að kvöldi. Við vægri til miðlungsalvarlegri kólesterólhækkun getur upphafsskammturinn verið 5 mg á dag . Auka má skammtinn með minnst 4 vikna millibili, að hámarki upp í 80 mg skammt, sem gefinn er í einu lagi að kvöldi. Lækka skal skammtinn af ZOCOR, ef blóðþéttni LDL-kólesteróls fer undir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða blóðþéttni heildarkólesteróls fer undir 3,6 mmól/l (140 mg/dl). Arfhrein ættbundin kólesterólhækkun: 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. ZOCOR ætti að nota sem viðbót við aðra blóðfitulækkandi meðferð (LDL plasmapheresis) eða ef slík meðferð er ekki tiltæk. Kransæðasjúkdómur: 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Breytingar á skömmtum ætti að framkvæma ef þörf krefur. Samhliða lyfjagjöf: ZOCOR er árangursrík eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklóspórín, fíbröt eða nikótínsýru ásamt ZOCOR, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. Skömmtun við nýrnabilun: Ekki ætti að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun, er hámarks skammtur 10 mg/dag. **Skammtastærðir handa börnum:** ZOCOR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (desember, 1999), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Töflur 10mg:** 28 stk. Verð: 3547 kr 98 stk. Verð: 6180 kr **Töflur 20mg:** 28 stk. Verð: 5408 kr 98 stk. Verð: 16198 kr **Töflur 40mg:** 28 stk. Verð: 6180 kr 98 stk. Verð: 19164 kr **Töflur 80 mg:** 28 stk. Verð: 7886 kr 98 stk. Verð: 24635 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0 **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir:

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

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

ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)

Öll statín lækka kólesterólið

En takmarkið er að auka lífslíkur

EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

Nýr styrkleiki 80 mg.

ZOCOR®* 20-40 mg

Auknar lífslíkur og langtímaöryggi [1,2]

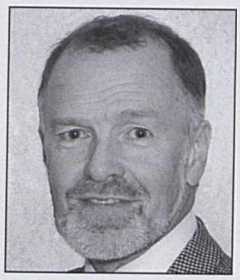


MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

Heimburger MedCom 0998

Randomize



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@landspitali.is

Í SAFNI FYRIRSPURNA liggur enska sagnorðið **to randomize**. Þessi fyrirspurn barst í tölvupósti, en orðið hafði ekki fundist í Íðorðasafni lækna. Þar eru þó lýsingarorðið **random**, *handahófs-*, *slembi-*, og samsettu heitin **random mating**, *slembimökun*, og **random sample**, *handahófsúrtak, slembiúrtak*. Í Orðaskrá úr uppeldis- og sálarfræði frá 1986 er **random** þýtt sem *tilviljun* og í samsettum heitum er notaður orðhlutinn *handahófs-*. Orðasafn úr tölfræði frá 1990 notar *slembi-, handahófs-* eða nafnorðið *hending*. Í Tölvuorðasafninu má finna **random number**, *slembitala*.

Merking sagnorðs og lýsingarorðs er því ljós, vísað er í það að tilviljun eða handahóf ráði. Spurning getur hins vegar vaknað um það hvort hægt sé að sætta sig við orðhlutann **slembi-**. Íslensk orðsifjabók birtir nafnorðið **slemba**, sem talið er frá því um 1800, *stutt regnskúr, grásleppa*, og sagnorðið **slemba**, *að demba, sletta*. Bent er á svipuð orð í skyldum málum. Forliðirnir **slempi-** og **slembi-** eru sagðir tilheyra nýíslensku og notaðir í samsettum orðum eins og **slempilukka** og **slembilán** þar sem vísað er í heppilega tilviljun.

Undirritaður hefur það á tilfinningunni að orðhlutinn **slembi-** hafi unnið sér vissa hefð meðal vísindalega sinnaðra lækna. Sagnirnar **að slembiraða** og **að slembiflokka** virðast notaðar í fræðilegum greinargerðum þegar röðun eða flokkun skal ráðast af tilviljun. Þeir hugrökkustu eru hættir að nota samsettu orðin og nota nú sögnina **að slemba** í merkingunni að skipta í hópa með aðferð þar sem tilviljun ræður því hvar hver einstakur lendir. Fyrirspyrjandinn fékk að auki það svar að sögnin að **slembiskipta** væri einnig góður kostur.

Á aðalfundi

Á aðalfundi Læknafélags Íslands var rætt um **upplýst samþykki**. Sögnin **að upplýsa** er afar þekkileg, viðkunnanleg eða geðfelld. Í Orðabók Máls og menningar eru gefnar merkingarnar: *1. lýsa, veita ljósi um; 2. fræða, kenna*. **Upplýstur maður** er *vel menntaður* eða *vel að sér* og **að upplýsa mál** er *að leiða sannleikann um það í ljós*. Þetta má rifja upp þegar deilt er um duldar merkingar og þegar samkomulag næst ekki um nákvæmar skilgreiningar.

Tryggvi Stefánsson, skurðlæknir, leitar enn að þekkilegu íslensku heiti á **pouch** (sjá 123. pistil, Lbl. 2000; 86: 465). Fram hafa komið *kvos, poki, geymir, posi* og nú bætir hann við hít. Samkvæmt orðabókum getur nafnorðið **hít** merkt *stór skinnbelgur, magi, stórt ílát, átvagl* og var forðum einnig tröllkonuheiti, **Hít**. Undirritaður setti fram þá skoðun í umræddum pistli, sem svar við fyrirspurn Tryggva, að við ættum að sætta okkur við þýðingu Íðorðasafnsins, **pouch** = *poki*. Nauðsynlegt er að taka íslenskt heiti í notkun og hætta að sletta því erlenda. Vel kemur til greina að hafa tvö heiti á takteinum, *poki* og *hít*, og nota þau til skiptis til að fá tilfinningu fyrir því hvort þeirra verður þekkilegra.

Sigurður Björnsson, krabbameinslæknir, hafði gluggað í 122. og 123. pistil þar sem rætt var um **ascending infection**. Hann kom með nýja tillögu, **klifursýking**. Finnst þér nógu mikil reisn yfir því Auðbergur?

Þórður Harðarson, prófessor, fitjaði upp á umræðu um **metaanalysis** sem rædd hafði verið í 124. pistli (Lbl. 2000; 86: 553). Þar höfðu komið fram tvær tillögur að íslenskum heitum **stórrannsókn** og safngreining. Síðara heitinu fylgdi sú greinargerð að um væri að ræða *tölfræðilega greiningu á safni margra rannsókna á sama fyrirbæri*. Í samtali okkar Þórðar var kastað fram nokkrum hugmyndum til viðbótar: **samgreining, samúrvinnsla, yfirgreining, samsláttarrannsókn** og **samantektargreining.** Rökstuðningur skiptir ekki máli í bili, en gaman væri að fá viðbrögð frá þeim læknum sem skoðanir hafa á málinu.

Krabbamein

Undirritaður hefur engin viðbrögð fengið vegna krabbameinsheitanna sem Hrafn Tulinius, yfirlæknir, sendi í 118. pistil (Lbl. 2000; 86: 64), **huldukrabbamein** fyrir occult carcinoma og **leynikrabbamein** fyrir latent carcinoma. Sennilega eru þessi íslensku heiti ekki nógu góð. Að minnsta kosti eru þau ekki nógu gagnsæ eða lýsandi. Bæði eru vissulega þekkileg, en hvorki af hvoru heiti fyrir sig, né með samanburði á þeim, er hægt að vera viss um til hvaða skilgreindu, fræðilegu fyrirbæra þau vísa. Erlendu heitin er heldur skárri, þar sem segja má að af enska heitinu, **latent carcinoma**, fáist tilvísun í krabbamein sem bíður og blundar aðgerðarlaust. Galgopinn gæti nefnt það **blundkrabbamein**. Lýsingarorðið **latent** kemur fyrir á ýmsum stöðum í Íðorðasafni lækna, auk þess að vera sérstök fletta, og fær mismunandi þýðingar í samsetningum. Af þeim má búa fleiri heiti, **aðgerðarleysiskrabbamein, biðkrabbamein og óvirkt krabbamein**. Samsetninguna **latent carcinoma** er hins vegar ekki þar að finna. Ef okkur tekst nú að finna góða þýðingu á latent í samsetningum getur það komið að gagni til notkunar með öðrum sjúkdómsheitum, svo sem **latent schizophrenia**.

Dægradvöl I.

Um hvað er rætt og hver er höfundurinn?

„Þessa þekkingu höfum vér að miklu leyti, en það er hægara sagt en gert að fara eftir þeim boðorðum. Því að ef vér ættum ávallt að gæta ítrustu varfærni í þessum efnum, ættum vér fyrst og fremst að forðast þá uppsprettuna, sem er hættulegust allra, en það er annað fólk. Því að það má með sanni segja, að það eru um fram allt mennirnir sjálfir, sem eru hættulegir hverir öðrum í þessu sambandi og sú hætta eykst að sama skapi sem vér umgöngumst fleiri og höfum nánari mök við þá.“



Remeron • mirtazapin
Stuttur biðtími – Skjótvirk áhrif

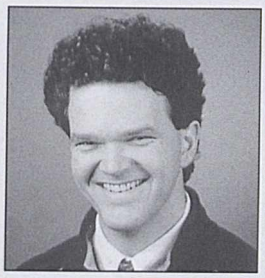
Þegar þunglyndissjúklingi er gefið Remeron koma áhrif lyfsins mjög fljótt í ljós. Batamerki á þunglyndi koma fram þegar að viku liðinni.[1] Einu aukaverkanirnar sem greina má marktækt miðað við lyfleysu, eru munnþurrkur, svefnhöfgi, slen og aukin matarlyst/þyngd. Aukaverkanir svo sem ógleði, kynlífsdeyfð, þyngdartap og höfuðverkur hafa aðeins komið fram í klínískum rannsóknum í sama mæli og af lyfleysu.[2] Remeron er máttugt lyf gegn þunglyndi en fer mildum höndum um sjúklinginn.

Organon

REMERON (Organon, 950134)
TÖFLUR; N 06 A X 11
Hver tafla inniheldur: Mirtazapinum INN 30 mg. **Eiginleikar:** Mirtazapín er alfa$_2$ hemill með miðlæg presínaptísk áhrif sem auka noradrenvirk og serótónínvirk efni í miðtaugakerfi. Aukning sertónínvirks boðflutnings er aðallega vegna 5-HT$_1$-viðtækja þar sem 5-HT$_2$- og 5-HT$_3$-viðtæki blokkast af mirtazapíni. **Ábendingar:** Alvarlegt þunglyndi (major depression). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir mirtazapíni. **Varúð:** Fylgjast þarf grannt með meðferðinni hjá sjúklingum með eftirtalda sjúkdóma: Flogaveiki eða vefrænar heilaskemmdir. Skerta lifrar-, eða nýrnastarfsemi. Hjartasjúkdóma, svo sem leiðslutruflanir, hjartaöng og nýlegt hjartadrep. Lágan blóðþrýsting. Hætta skal meðferð ef gula kemur fram. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er engin. Útskilnaður mirtazapíns getur minnkað hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi og þarf að hafa þetta í huga ef mirtazapín er gefið slíkum sjúklingum. Eins og með önnur geðdeyfðarlyf skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sykursýki, þvagteppu eða gláku. Sé langtíma lyfjameðferð skyndilega hætt geta komið fram fráhvarfseinkenni með ógleði og höfuðverk. Eldri sjúklingar eru oft næmari fyrir lyfinu, einkum með tilliti til aukaverkana. **Athugið:** Mirtazapín getur haft áhrif á viðbragðsflýti hjá hluta sjúklinga og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða og stjórnun vélknúinna tækja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki gefið við slíkar aðstæður. **Aukaverkanir:** *Algengar (>1%): Almennar:* Þreyta, sljóleiki, einkum fyrstu vikur meðferðar. Aukin matarlyst og þyngdaraukning. ***Sjaldgæfar: (>0,1-1%): Lifur:*** Hækkuð lifrarenzým. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennar:*** Bjúgur með þyngdaraukningu. *Blóð:* Fækkun á granulósýtum, kyrningahrap (agranulocytosis) *Æðakerfi:* Stöðubundinn lágþýstingur. *Miðtaugakerfi:* Krampar, vöðvatitringur, oflæti. *Húð:* Útbrot. **Milliverkanir:** Remeron á hvorki að nota samtímis MAO-hemjandi lyfjum né fyrr en 2 vikum eftir töku slíkra lyfja. Remeron getur aukið áhrif lyfja af benzódíazepínflokki. Varast ber að neyta áfengis samtímis töku lyfsins. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Töflurnar skal taka inn með nægjanlegum vökva. Þeim má skipta, en þær má ekki tyggja. Æskilegast er að taka lyfið inn fyrir svefn. **Fullorðnir:** Skammtastærðir eru einstaklingsbundnar. Venjulegur upphafsskammtur er 15 mg á dag. Oftast þarf að auka þann skammt til að ná æskilegum áhrifum. Venjulega liggur æskilegur skammtur á bilinu 15–45 mg/dag. **Eldri sjúklingar:** Sérstakrar varúðar skal gæta við að hækka skammta hjá mjög öldruðum sjúklingum. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum.
Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:
Töflur 30 mg:
30 stk. (þynnupakkning) – 5.618 kr.
100 stk. (þynnupakkning) – 16.140 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt.
Greiðslufyrirkomulag: B
Heimilt er að afgreiða 100 daga lyfjaskammt.
Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf. Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Heimildir:
1. Bremner, James D., A double-blind comparison of Org. 3770, Amitriptyline and placebo in Major depression. J Clin. Psych. 56: 11, Nov. 1995.
2. Montgomery S.A. Safety of mirtazapine: A review. Clin. Psyk. Vol 10, suppl. 4. Dec. 1995.

REMERON MIRTAZAPIN
Máttugt & Milt

Með niðurgang úr óbyggðum



Bjarni Jónasson skrifar

Sendið efni í anda læknaskops í **Broshornið**, Læknablaðinu, Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi eða í bréfasíma 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.

Ferðasaga

Ánægður hópur útivistarfólks er á leið í bæinn í rútu eftir velheppnaða fjögurra daga gönguferð um suðurhálendi Íslands. Reyndar voru ekki allir hressir í ferðinni því fararstjórinn varð veikur á þriðja degi með niðurgangi, innantökum og miklum slappleika. Veikindi mannsins höfðu ekki farið leynt og hann varð var við samúð í hópnum, þegar hann neyddist til að segja skilið við ferðafélagana af heilsufarsástæðum næstsíðasta daginn. Hann var síðan sóttur á jeppa í óbyggðirnar, en sameinaðist hópnum á ný til þess eins að verða samferða í rútunni til Reykjavíkur. Þá er hann síst betri til heilsunnar. Á Fjallabaksleið nyrðri, nánar í Kýlingum, biður fararstjórinn bílstjórann um að stoppa til að hann geti gengið örna sinna. Hann veifar klósettpappírsrúllunni til samferðafólksins og kallar aftur í rútuna: „Nú ætla ég að skreppa á klósettið". Þegar fararstjórinn gengur niður tröppurnar á rútunni heyrist í lækni sem situr framarlega: „Hvernig kemstu svo í bæinn?"

Í upphafi.....

Alskeggjaður karlmaður á efri árum, íklæddur kufli og í sandölum kemur til læknisins.

„Enginn vill hlusta á mig lengur, læknir og allir eru að gefast upp á mér, af því ég tel mig vera Guð." „Það hljómar ekki vel. Hvernig byrjaði þetta eiginlega," spurði læknirinn? „Látum okkur nú sjá," sagði sá skeggjaði, „í upphafi skapaði ég himin og jörð."

Flottur gaur

Einn af glæsilegri læknum bæjarins bauð konu sinni út að borða. Myndarleg, ljóshærð kona gengur í veitingasalinn og sest við næsta borð. Hún veifar kumpánalega til læknisins, sem kinkar kolli á móti.

Eiginkonan tekur eftir þessum samskiptum og gefur manni sínum illt auga.

„Svona, svona, elskan mín, þetta er bara kona sem ég hef hitt í vinnunni," segir eiginmaðurinn. „Já, einmitt það. Þinni eða hennar?"

Hóstað lengi

Maður með flensu kom til læknis, sem hafði það orðspor að vera sérlega viðutan.

„Komdu úr að ofan og hóstaðu þegar ég banka á þér bakið," sagði læknirinn. Svona gekk það í hálfa klukkustund, þegar lækninum fannst nóg komið, hætti að banka manninn og bað hann um að klæða sig.

„Heyrðu annars," sagði læknirinn, „hvað ertu eiginlega búinn að vera með þennan hósta lengi?"

Breyttur lífsstíll

Miðaldra maður kom til læknis og vildi fá almenna læknisskoðun. Eftir að hafa hlustað á manninn og skoðað hann, segir læknirinn alvarlegur í bragði: „Þú verður að gjörbreyta líferni þínu. Þú átt að hætta að borða feitmeti, hætta að reykja og hætta að drekka áfengi. Ég segi þér í fúlustu alvöru, að þú hefur sex vikur til að breyta þessu." „Allt í lagi," sagði maðurinn. Síðan liðu fimm vikur og þá skipti hann um lækni.

Með opinn munninn

Þreytuleg kona kom til heimilislæknisins og bar sig illa.

„Ég kem út af manninum mínum," sagði konan. „Hvert er vandamálið," spurði læknirinn. „Hann heldur að hann sé ísskápur." „Hvað ertu að segja. Það hljómar eins og raunverulegt vandamál," sagði læknirinn. „Þetta hlýtur að vera erfitt fyrir þig." „Þú getur rétt ímyndað þér að það er hreint út sagt hræðilegt," sagði konan. „Hann sefur til dæmis alltaf með opinn munninn og ég get lítið sofið fyrir birtunni úr honum."

Veikt hjarta

Eldri borgari með hjartasjúkdóm á allháu stigi kom til læknis, sem var þekktur fyrir að vera ekki meðal þeirra ljúfustu í mannlegum samskiptum. Sjúklingurinn hafði hins vegar gengið til læknisins í nokkur ár og kunni því ekki við að leita annað.

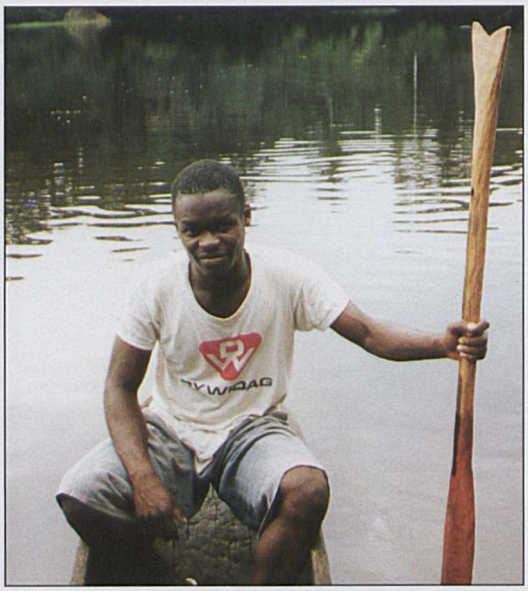
Sjúklingurinn var fremur uppburðarlítill og það var ekki fyrr en að skoðun lokinni, sem hann segir lækninum frá því hvers vegna hann sé í rauninni mættur á stofuna. „Ég hef fundið fyrir því hvað eftir annað, að hjartað slær óreglulega," sagði hann. „Hafðu engar áhyggjur af því," sagði læknirinn. „Við stoppum það fljótlega."

Tréfóturinn

Gamall karl kom til læknis og bar sig aumlega.

„Hvað gengur eiginlega að þér?" spurði læknirinn. „Mig verkjaði svo rosalega undan tréfætinum í nótt að ég er alveg ósofinn," sagði karlinn. „Það var nú verra. Passar hann ekki almennilega á þig eða hvað?" „Jú, hann passar alveg ágætlega. Ég var hins vegar rétt að festa blund þegar konan barði mig í hausinn með fætinum."

Alnæmi í Afríku



Framtíð þessa unga pilts við Nyong -fljótið í Kamerún verður vonandi björt en hann og annað ungt fólk í álfunni býr í skugga alnæmis. Myndin er ótengd efni greinarinnar.
Ljósm: -aób

ALNÆMI KREFST FLEIRI mannslífa í Afríku á ári hverju en nokkur önnur dánarorsök. Styrjaldir, malaría, hungursneyð, berklar og aðrar plágur sem hrjá álfuna eru ekki eins mannskæðar og alnæmisplágan. Að undanförnu hafa niðurstöður 13. alþjóðaráðstefnunnar um alnæmi verið birtar víða um heim. Hún var haldin í Durban í Suður-Afríku í júlí í sumar.

Það er einkum fólk í blóma lífsins sem smitast af alnæmi. Fátækt álfunnar hefur haft mjög alvarleg áhrif á útbreiðsluna, bæði fátækt í þeim löndum þar sem alnæmi breiðist hraðast út og fátækt einstaklinga sem getur leitt til áhættusamra lífshátta svo sem vændis.

En það er ekki einungis í skugga örbirgðar og fáfræði sem sjúkdómurinn hefur breiðst út. Alnæmi er talið ein helsta ógn við uppbyggingu menntunar, hagkerfis og félagslegra réttinda í álfunni. Til dæmis hefur verið tekið að allt að 25% lækna í ýmsum löndum sunnanverðrar Afríku muni látast af völdum sjúkdómsins fyrir árið 2005.

Ástandið verst í Botswana

Ef litið er á einstök lönd álfunnar kemur í ljós að ástandið er verst í Botswana þar sem 35,8% íbúa á aldrinum 15-50 ára eru smitaðir. Fleiri lönd álfunnar eru með yfir fimmtung smitaðan, af fólki á besta aldri. Öll löndin sunnan Sahara hafa orðið fyrir barðinu á sjúkdómnum en illa gengur að fá staðfestar tölur í sumum löndunum þar sem stjórnvöld hafa tilhneigingu til að líta framhjá vandanum.

Í Suður-Afríku er vandinn vaxandi

Í Suður-Afríku breiðist alnæmi nú út með vaxandi hraða. Talið er að 3,5 milljónir manna hafi sýkst nú þegar og sú tala verði komin upp í að minnsta kosti sex milljónir árið 2010. Það merkir að um 13% íbúa landsins á aldrinum 20-64 ára beri smitið. Munaðarleysingjar munu nálgast að vera orðnir um milljón eftir fimm ár og verða væntanlega nálægt tveimur milljónum um 2010.

Helstu þættir í útbreiðslu alnæmis

Þótt nú sé litið æ meir á aðra þætti en fátækt leikur enginn vafi á því að hún er helsta ástæða alnæmisvandans í Afríku. Fjármagn vantar til að byggja upp öflugt heilbrigðiskerfi og einnig til fræðslu um útbreiðslu sjúkdómsins og úrræði til varnar honum.

- Forystumenn í afrískum samfélögum hafa horft framhjá alnæmisvandanum og hann hefur hvergi verið tekinn föstum tökum.
- Ýmsar hefðir auka á hættuna á að smit eigi sér stað. Til að mynda er sá siður í sunnanverðri Afríku að nota plöntur til að þurrka slímhúðina innan á kynfærum kvenna.
- Ákveðin bannhelgi hvílir víða á því að ræða kynferðismál við börn. Foreldrar veita börnum sínum því ekki nauðsynlega kynfræðslu.
- Ýmsir trúarhópar hafa lagst gegn því að börn fái kynfræðslu í skólum. Þar af leiðandi fá þau ekki fræðslu um að verjur geti varið einstaklinga fyrir alnæmissmiti.
- Ólæsi er útbreitt og það setur fræðslu til almennings skorður.
- Hefðbundnir hjúskaparsiðir ýta oft undir útbreiðslu veikinnar, til dæmis þar sem siður er að ekkjur giftist mági sínum eftir andlát fjölskylduföðurins. Sé banamein mannsins alnæmi, eins og æ oftar gerist, er konan oftast smituð og ber smitið áfram. Oft eiga giftir menn fleiri rekkjunauta og því er smit fljótt að berast áfram.
- Alnæmissmituðu fólki er víða útskúfað úr samfélaginu. Vændi er algengt úrræði, ekki síst þeirra sem eiga undir högg að sækja. Í þeirra hópi eru fjölmargir alnæmissmitaðir.
- Fátækt rekur marga karlmenn langan veg í atvinnuleit og hættan á skyndikynnum eykst enn frekar við slíkar aðstæður.
- Síðast en ekki síst er heilbrigðiskerfið í fátækari löndum Afríku mjög vanþróað, hreinlæti víða ábótavant, vatn af skornum skammti og starfsfólk og sjúkrahús illa tækjum búið. Þetta eykur mjög áhættuna á útbreiðslu alnæmis.

-aób

Heimildir

Ugeskrift for Læger 38/2000
JAMA 12. júlí 2000
(http://jama.amaassn.org/issues/v284n2/ffull/jmn0712-1.html);
http://www.unaids.org

Aventis

Nasacort®

triamcinolon acetonid

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]

nefúði
tíksótróp
lyktarlaust
bragðlítið

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



Nú nýtur umhverfið þess líka FLIXOTIDE

Nú er komið umhverfisvænt drifefni í FLIXOTIDE innúðalyf. FLIXOTIDE er enn eitt lyfið sem GlaxoWellcome þróar í innúðalyf sem er freonfrítt og hefur engin áhrif á ósonlagið.

FLIXOTIDE er helmingi öflugri innúðasteri en aðrir sterar og er gefinn í helmingi lægri skömmtum[1].

Við getum öll dregið andann léttar með FLIXOTIDE



FLIXOTIDE GlaxoWellcome

INNÚÐALYF; Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN própíónat 125 míkróg eða 250 míkróg. Drifefni: tetraflúoretan. Eiginleikar: Flútikasónpróþíónat hefur kröftug sykursteraáhrif. Það hefur bólgueyðandi áhrif í loftvegum og lungum. Lyfið hefur óveruleg áhrif á nýrnahettustarfsemi gefið í þessu formi. Það af lyfinu, sem berst í meltingarveg útskilst nær eingöngu með saur, um 75% í óbreyttu formi. Það er ekkert virkt umbrotsefni. Helmingunartími í sermi er 3 klst.og dreifingarrúmmál er 250 l. Ábendingar: Astmi, þegar þörf er á staðbundnum, kröftugum, bólgueyðandi steraáhrifum, bæði sem viðhaldsmeðferð og meðferð við lungnateppu. Frábendingar: Ofnæmi gegn innihaldsefnum í innúðalyfinu. Meðganga og brjóstagjöf: Gæta ber varúðar við gjöf lyfsins á meðgöngutíma, þar sem lítið er vitað um áhrif lyfsins á fóstur. Ólíklegt er að lyfið berist í brjóstamjólk. Varúð: Hjá öldruðum sem nota innúðalyfið í hámarksskömmtum í langan tíma er einhver hætta á skerðingu á nýrnahettustarfsemi. Meðferð með innúðalyfinu ætti því ekki að stöðva skyndilega. Aukaverkanir: Sveppasýkingar í munni og hálsi. Hæsi. Milliverkanir: Milliverkanir við önnur lyf eru mjög ólíklegar, þar sem lyfið nær aðeins óverulegri þéttni í sermi. Skammtastærðir handa fullorðnum: 100-1000 míkróg. tvisvar sinnum á dag. Vægur astmi: 100-250 míkróg. tvisvar sinnum á dag. Meðalvægur astmi: 250-500 míkróg. tvisvar sinnum á dag. Slæmur astmi: 500-1000 míkróg. tvisvar sinnum á dag. Ekki þarf að breyta skammtastærð hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Skammtastærðir handa börnum: Börn 16 ára og eldri: Sömu skammtar og handa fullorðnum. Börn eldri en 4 ára: 50-100 míkróg. tvisvar sinnum á dag. Börn 1 – 4 ára: Innúðalyf; 100 míkróg tvisvar sinnum á dag, gefin með Babyhaler-úðabelg. Athugið: Flútikasónpróþíónatmeðferð er gagnleg við meðhöndlun á tíðum og viðvarandi astmaeinkennum hjá börnum. Klínískar rannsóknir á 1-4 ára börnum hafa sýnt fram á að bestur árangur við meðhöndlun á astmaeinkennum fæst með 100 míkróg skammti tvisvar á dag. Vegna þrengri öndunarvegar, notkun úðabelgs og meiri neföndunar þurfa yngri börn hlutfallslega hærri skammta af innönduðu lyfinu en eldri börn. Innúðaduft í hylkjum: Gert er gat á hylkið með þar til gerðri nál, síðan er hægt að anda duftinu að sér með hjálpartæki.
Pakkningar:

Innúðalyf 125 míkróg/úðaskammt:
120 skammta staukur
Innúðalyf 250 míkróg/úðaskammt:
120 skammta staukur

Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun þess.

[1]Barnes N.C., Hallet C., Harris A.J. Clinical experience with fluticasone propionate in asthma: a meta-analysis of efficacy and systemic activity compared with budesonide and beclomethasone dipropionate at half the microgram dose or less. Resp Med. (1998) 92, 95-104.

GlaxoWellcome
Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 561 6930

Málþing um heimilislækningar

17. og 18. nóvember 2000
á vegum Nordisk Federation för Medicinsk Undervisning, heimilislæknisfræði læknadeildar HÍ og Félags íslenskra heimilislækna.

Fundarstaður Hótel Saga (Radisson SAS), salur B.
Dagskrá höfðar meðal annars til læknanema og unglækna. Fjallað verður um mögluleika á sérnámi í heimilislækningum í Bandaríkjunum og á Norðurlöndunum og kennslu í heimilislækningum í grunnnámi og framhaldsnámi á Íslandi.

Nánari dagskrá auglýst síðar.
Upplýsingar veitir Jóhann Ág. Sigurðsson prófessor
netfang: johsig@hi.is

Læknadagar 2001

Fræðsluvika Læknafélags Íslands og framhaldsmenntunarráðs læknadeildar
Læknadagar verða 15.-19. janúar 2001.
Dagskrá 15. og 16. janúar verður í Hlíðasmára 8.
Dagskrá 17.-19. janúar verður á Grand Hóteli, Reykjavík.

Undirbúningsvinna er hafin. Allar ábendingar um gott fræðsluefni og fyrirlesara er vel þegnar. Sendið bréf til Fræðslustofnunar lækna, Hlíðasmára 8, eða á netfang: magga@icemed.is, eða í síma LÍ: 564 4100 (Margrét) sem fyrst, eða fyrir 20. október.

Fræðslustofnun lækna
Framhaldsmenntunarráð læknadeildar

Barna- og unglingageðlæknafélag Íslands Fræðslustofnun lækna

Skörun námsvanda við erfiðleika í hegðun og athygli og önnur geðheilbrigðisvandamála barna

Námskeiðið verður haldið dagana 10. og 11. nóvember næstkomandi.

Fyrirlesarar: Rosemary Tannock Ph.D., Rhonda Martinussen Ph.D., Abel Ickowicz MD, FRCP(C), frá Hospital for Sick Children í Toronto í Kanada.

Staður: Tónlistasalur Kópavogs (Salurinn)

Markhópur: Læknar, skólahjúkrunarfræðingar, kennarar, stjórnendur skóla og sálfræðingar.

Lýsing: Almennt yfirlit um námserfiðleika og geðheilbrigðisvandamál barna, skörun þessara vandamála, samþætt mat, greining og meðferð. Námskeiðið tekur fyrir kennslufræðilega nálgun vandans, atferlismeðferð og lyfjameðferð.

Alls 7½ klukkustund á föstudagseftirmiðdegi 10. nóvember og laugardaginn 11. nóvember fyrir og eftir hádegi.

Að loknu námskeiði fyrir fagfólk verður tveggja klukkustunda námskeið fyrir foreldra.

Nánari dagskrá verður birt síðar.

Ráðstefna um rannsóknir í læknadeild HÍ 4. og 5. janúar 2001

Tími og umsjónaraðili: Ráðstefna um rannsóknir í læknadeild Háskóla Íslands verður haldin 4. og 5. janúar 2001. Umsjón með ráðstefnunni hefur Vísindanefnd læknadeildar HÍ.
Staðsetning: Ráðstefnan fer fram í Odda.
Þátttakendur: Þátttaka í dagskrá ráðstefnunnar miðast við kennara og starfsmenn deildarinnar, það er í læknisfræði og sjúkraþjálfun auk lyfjafræði. Ennfremur er gert ráð fyrir þátttöku starfsmanna stofnana sem tengjast deildinni og kennslusjúkrahúsum landsins. Aðilum sem vinna að rannsóknum í samvinnu við starfsmenn læknadeildar er einnig boðin þátttaka. Aðgangur að ráðstefnunni er öllum heimill.
Þátttökugjald: Kr. 3000 almennt gjald, kr. 1000 fyrir háskólanema. Ekki verður tekið við greiðslu með kortum.
Erindi og veggspjöld: Gert er ráð fyrir frjálsum erindaflutningi (10 mínútur hvert erindi, með fyrirspurnum) og spjaldasýningu (stærð veggspjalda 90x120 cm). Veggspjöld verða til sýnis einn dag. Höfundar komi með veggspjöld tilbúin til uppsetningar.
Skráning: Framkvæmdastjóri ráðstefnunnar Birna Þórðardóttir (sjá netfang að neðan) tekur við skráningu, **þátttakendur er hvattir til að skrá sig tímanlega.**
Ágrip: Ágrip erinda og veggspjalda verða gefin út í Fylgiriti Læknablaðsins sem mun koma út fyrir ráðstefnuna. Leiðbeiningar fyrir ágrip:

- Hámarkslengd ágripa miðast við 1800 letureiningar (characters with spaces), talið án nafna höfunda og stofnana.
- Ágrip skulu skrifuð á íslensku.
- Eftirtalin atriði komi fram í ágripi í þeirri röð sem hér er getið: titill, nöfn höfunda, nafn flytjanda feitletrað, vinnustaðir með tilvísun til höfunda, inngangur, efniviður og aðferðir, niðurstöður og ályktanir. Semja þarf sérstaklega um birtingu mynda og grafa.
- Eftirtaldir efnisflokkar standa til boða: augnlækningar, barnalækningar, erfðafræði, faraldsfræði, hjarta- og æðasjúkdómar, krabbamein, handlæknisfræði, lífeðlisfræði, lyfjafræði, lyflæknisfræði, sýkla- og smitsjúkdómafræði, taugasjúkdómar, sjúkraþjálfun og ýmislegt. Efnisflokkarnir eru miðaðir við reynslu undanfarinna ára, en möguleiki er að bæta við flokkum ef mörg skyld verkefni lenda í flokknum ýmislegt.
- Höfundar taki strax fram hvort þeir óska eftir að flytja erindi eða sýna veggspjald.
- Höfundar taki strax fram hvaða útbúnað þeir óska eftir að nota við flutning erindis og hvort þeir hafi útbúnað meðferðis, svo sem fistölvu, og þá með hvaða forriti. Í öryggisskyni er ætíð gott að hafa slæður eða glærur til vara.

Vísindanefnd áskilur sér rétt til að hafna innsendum ágripum sem ekki uppfylla ofangreind skilyrði og eins að meta hvort ágrip verði kynnt með erindi eða veggspjaldi.
Skilafrestur fyrir ágrip erinda og veggspjalda er **15. október.** Ágrip skulu send í tölvupósti sem viðhengi til framkvæmdastjóra ráðstefnunnar, sjá netfang að neðan.

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

Vísindanefnd læknadeildar HÍ

Ástríður Pálsdóttir Tilraunastöð HÍ Keldum, s. 567 4700
Elías Ólafsson taugalækningadeild Landspítala Hringbraut, s. 560 1660, formaður nefndarinnar
Jens A. Guðmundsson kvennadeild Landspítala Hringbraut, s. 560 1000
Reynir Arngrímsson læknadeild HÍ, s. 525 3600
Þorsteinn Loftsson lyfjafræðideild HÍ, s. 525 4464

Durogesic
Janssen-Cilag, 930066 (X
FORÐAPLÁSTUR; N 02 A B 03 R E
Hver forðaplástur inniheldur: Fentanylum INN, 2,5 mg (gefur frá sér 25 míkróg/klst.), 5 mg (gefur frá sér 50 míkróg/klst.), 7,5 mg (gefur frá sér 75 míkróg/klst.), eða 10 mg (gefur frá sér 100 míkróg/klst.), constit. q.s.
Ábendingar: Langvinnir verkir sem eru næmir fyrir morfínlyfjum.
Skammtastærðir handa fullorðnum: Skömmtun er einstaklingsbundin og byggir á almennu ástandi sjúklings svo og á fyrri sögu um notkun morfínlyfja. Hafi sjúklingur ekki fengið sterk morfínlyf áður ber að stilla inn stuttverkandi morfínlyf fyrst og síðan breyta þeim skammti yfir í Durogesic. Skammtur lyfsins er svo endurskoðaður með jöfnu millibili þar til æskilegum áhrifum er náð.
Þegar breytt er úr morfínlyfjum til inntöku eða stungulyfjum yfir í Durogesic skal nota eftirfarandi til leiðbeiningar:
1 Leggið saman notkunina á sterkum verkjalyfjum síðasta sólarhring.
2 Ef sjúklingurinn hefur notað annað lyf en morfín, breytið þá yfir í jafngildisskammt af morfíni til inntöku. (Sjá Sérlyfjaskrá vegna töflu um jafngildisskammta).
Skipta skal um plástur eftir 72 klst. Hæfilegur skammtur fyrir hvern einstakling er fundinn með því að auka skammtinn þar til verkjastillingu er náð. Fáist ekki nægjanleg verkun af fyrsta plástri, má auka skammtinn eftir 3 daga. Síðan er unnt að auka skammtinn á þriggja daga fresti.
Þegar skipt er yfir á Durogesic eftir langvinna meðferð með morfíni, hefur verið greint frá fráhvarfseinkennum (þrátt fyrir nægilega verkjadeyfingu). Komast má hjá fráhvarfseinkennum með því að minnka notkun smátt og smátt hjá sjúklingum sem fá langvinna meðferð með ópíóíðum. Ef fráhvarfseinkenni koma fram er ráðlögð meðferð með stuttverkandi morfíni í lágum skömmtum. Þurfi sjúklingurinn meira en 100 míkróg/klst. má nota fleiri en einn plástur í senn.
Durogesic skal líma á efri hluta líkamans eða á upphandlegg og á ógeislaða, slétta, og heilbrigða húð. Ef hár eru á staðnum ber að *klippa þau af en ekki raka* en hárlaus svæði eru æskilegust. Ef þvo þarf svæðið áður en plásturinn er settur á, skal gera það með hreinu vatni. Ekki má nota sápu, olíu, áburð eða önnur efni sem geta ert húðina eða breytt eiginleikum hennar. Húðin á að vera vel þurr áður en plástrað er. Plásturinn skal líma á húðina strax eftir að pakkning hefur verið opnuð. Plásturinn er festur með því að þrýsta á hann með flötum lófa í um það bil 30 sekúndur. Allur plásturinn og sérstaklega kantarnir verða að liggja vel að húðinni. Þegar skipt er um plástur skal hann settur á annan stað. Fyrri stað má ekki nota fyrr en eftir nokkra sólarhringa.
Skammtastærðir handa börnum: Lítil reynsla er af notkun lyfsins til meðferðar hjá börnum.
Frábendingar: Slævð öndun.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Aukinn heilaþrýstingur, minnkuð meðvitund, meðvitundarleysi og órói í kjölfar neyslu áfengis og svefnlyfja. Hægur hjartsláttur. Astmi. Slímsöfnun í lungum. Samtímis notkun annarra slævandi lyfja. Fylgjast þarf náið með sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi svo og öldruðum sjúklingum og sjúklingum í króm.
Meðganga og brjóstagjöf: Morfínlyf geta slævt öndun hjá nýburum. Ef um langvarandi notkun lyfsins á meðgöngu hefur verið að ræða má gera ráð fyrir fráhvarfseinkennum hjá barninu eftir fæðinguna.
Fentanýl berst í brjóstamjólk í nægilegu magni til þess að hafa áhrif á barnið, jafnvel þó að gefnir séu venjulegir skammtar.
Akstur og stjórnun vinnuvéla: Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja samtímis notkun lyfsins.
Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanir eru ógleði/uppköst (28%) og syfja (23%). Alvarlegasta aukaverkunin er hömlun öndunar og er skammtaháð, en þessi aukaverkun er sjaldgæf hjá sjúklingum, sem myndað hafa þol gegn morfínlyfjum.
Algengar (>1%): *Almennar:* Kláði. Hjarta- og æðakerfi: Lágur blóðþrýstingur, hægur hjartsláttur. *Miðtaugakerfi:* Syfja, rugl, ofskynjanir, sæluvíma. Hömlun öndunar. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, hægðatregða. *Húð:* Húðerting (roði, kláði, útbrot). *Þvagfæri:* Þvagteppa.
Ef um mikið eða langvarandi blóðþrýstingsfall er að ræða, þá ber að hafa vökvaþurrð/blóðþurrð í huga og velta fyrir sér vökvagjöf. Öndunarhemjandi áhrif lyfsins eru skammtaháð. Húðertingin hverfur venjulega innan sólarhrings eftir að plástur hefur verið fjarlægður. Sjúklingar, sem fá morfínlyf, geta myndað þol og einnig orðið háðir lyfinu.
Milliverkanir við lyf eða annað: Samtímis notkun lyfja sem hafa áhrif á miðtaugakerfið, þ.á m. þunglyndislyf, ópíóíðar, sefandi lyf, svefnlyf, almenn svæfinga- og deyfingalyf, fenótíazín, róandi lyf, vöðvaslakandi lyf, róandi andhistamín og áfengi, getur valdið auknum bælandi áhrifum með grunnri öndun, lágþrýstingi, miklum sefandi áhrifum og dái. Þess vegna þurfa sjúklingar sérstakt eftirlit og umönnun þegar þessi lyf eru notuð um leið og Durogesic.
umbrotið fyrir tilstuðlan cýtókróm P450 3A4 ensíma. Þó hefur ekki komið fram *in-vitro* hömlun vegna ítrakónasóls (þekktur cýtókróm P450 ensím hemill), líklega vegna hás útdráttarhlutfalls fentanýls í lifur.
Athugið: Durogesic á ekki að nota gegn bráðaverkjum eða verkjum eftir skurðaðgerðir þar sem þá gefst ekki nægjanlegur tími til þess að finna hæfilega skammta og þar með getur lyfið valdið lífshættulegri öndunarbilun. Durogesic skal einungis gefið sjúklingum með langvinna verki sem áður hafa svarað meðferð með morfínlyfjum. Ef öndunarbilun kemur í ljós skal taka plásturinn af og fylgjast vel með sjúklingnum. Öndunarhjálp skal veitt með þeim aðferðum sem með þarf (t.d. hvatning, sjúkraþjálfun, öndunarvél). Áfengi eykur öndunarhemjandi áhrif fentanýls. Áhrifin má stöðva með naloxóni. Þar sem fentanýláhrifin vara mun lengur en áhrif naloxóns þarf að fylgjast mjög vel með sjúklingnum. Fái sjúklingur alvarlegar aukaverkanir þarf að fylgjast mjög vel með honum í sólarhring eftir að plásturinn hefur verið tekinn af vegna þess hver verkunartími er langur.
Þegar meðferð með Durogesic er hætt skal hefja meðferð með öðrum morfínlyfjum í hægt vaxandi skömmtum. Morfínlyfjum skal að jafnaði hætt hægt.
Ef sjúklingur fær hita (40°C) getur frásog fentanýls aukist um u.þ.b. 30%. Þess vegna þarf að fylgjast með sjúklingum sem fá hita og lækka skammtinn ef með þarf. Forðast ber að hita á einhvern hátt plástursstæðið.
Viðbragðflýtir sumra sjúklinga minnkar meðan á Durogesic meðferð stendur, þetta ber að hafa í huga til dæmis við akstur.
Geymsla: Plásturinn skal geyma í órofnum umbúðum við herbergishita. Geymist fjarri börnum, einnig eftir notkun. Notaðir plástrar skulu brotnir saman og fargað með öruggum hætti.
Pakkningar og verð 1. 4. 2000:

Forðaplástur 25 míkróg/klst.	10 cm^2 x 5 stk. kr. 5.598
Forðaplástur 50 míkróg/klst.	20 cm^2 x 5 stk. kr. 9.530
Forðaplástur 75 míkróg/klst.	30 cm^2 x 5 stk. kr. 12.824
Forðaplástur 100 míkróg/klst.	40 cm^2 x 5 stk. kr. 15.530

Notkunarleiðbeiningar á íslensku skulu fylgja hverri pakkningu lyfsins.

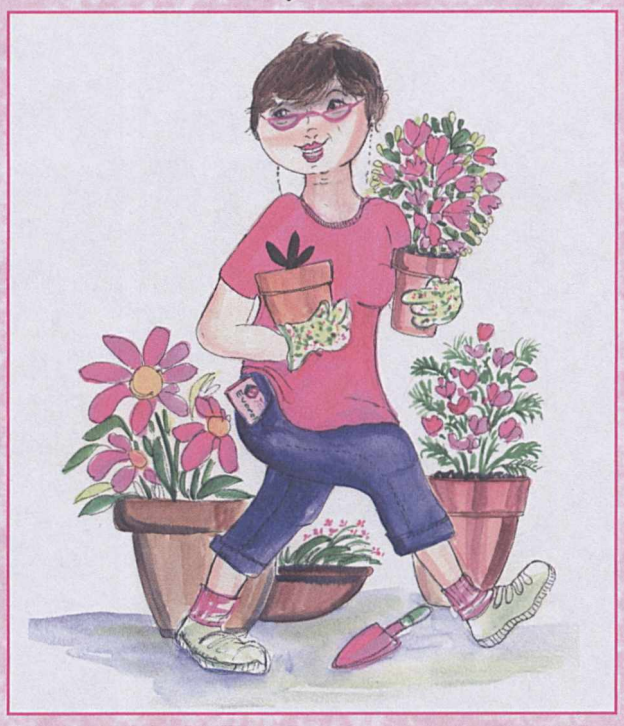


THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100
JANSSEN-CILAG

Evorel® Sequi

Estradiol og Norethisteron

Kaflaskipt meðferð



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

Evorel® Conti

Estradiol og Norethisteron

Samfelld meðferð



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

Sérhver kona er einstök!

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

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 - 104 Reykjavík - Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

Evorel Sequi / Conti G 03 C A 03 RE

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

Ábendingar: Óþægindi við ófullnægjandi estrógen- og prógesterónmyndun.

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

Evorel Conti er gefið sem samfelld meðferð. Plásturinn er settur á tvisvar í viku (t.d. mánudag og fimmtudag).
Börn: Má ekki nota handa börnum.
Aldraðir: Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar til að ráðleggja notkun Evorel Sequi/Conti handa sjúklingum eldri en 65 ára.

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

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

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

Meðganga og brjóstagjöf: Má ekki nota.

Akstur: Hefur engin áhrif.

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

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

Pakkningar og verð 1. apríl 2000: Evorel Sequi forðaplástrar 8 stk 2.590 kr. Evorel Conti forðaplástrar 8 stk. 2.927 kr. Sjá nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrá.

Ráðstefna um heilbrigðismál á 18. öld

Félag um átjándu aldar fræði og Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar halda ráðstefnu um heilbrigðismál á 18. öld laugardaginn 28. október næstkomandi í sal Þjóðarbókhlöðunnar, og hefst hún klukkan 13.15. Klukkan 10. að morgni sama dags verður Egils Snorrasonar fyrirlestur á sama stað.

Eftirtaldir fyrirlestar verða fluttir:

- Sigurjón B. Stefánsson læknir: *Hugmyndir manna um geðsjúkdóma á 18. öld.*
- Erla Dóris Halldórsdóttir hjúkrunar- og sagnfræðingur: *Spítelskan frá 1650 til 1848.*
- Kristrún A. Ólafsdóttir meinatæknir og sagnfræðingur: *Skipan heilbrigðismála 1780-1800.*
- Axel Sigurðsson lyfjafræðingur: *Óráðnar gátur í sögu lyfjafræðinnar.*
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir lektor: *Upphaf ljósmóðurfræðslu á Íslandi.*

Að ráðstefnunni lokinni verður farið í læknaminjasafnið í Nesstofu, þar sem Kristinn Magnússon og Ólafur Grímur Björnsson verða leiðsögumenn.

Allir áhugamenn um sögu heilbrigðismála eru hvattir til að sækja ráðstefnuna sem er ókeypis og öllum opin.

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna

Umsóknir um vísindastyrki fyrir haustúthlutun 2000 þurfa að berast sjóðnum fyrir 15. nóvember og séu stílaðar á undirritaðan.
Umsóknum ber að skila á þar til gerðum eyðublöðum ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum. Hægt er að sækja eyðublöðin og sjá lög Vísindasjóðsins á heimasíðu FÍH, http://www.heimilislaeknar.is

Fyrir hönd stjórnar Vísindasjóðs FÍH
Þórir B Kolbeinsson formaður
Þrúðvangi 22, 850 Hellu
Netfang: thorbk@vortex.is

Félag íslenskra gigtlækna

Vísindastyrkir

Félag íslenskra gigtlækna auglýsir til umsókna vísindastyrki. Heildarupphæð styrkveitinga er kr. 800.000.
Umsóknarfrestur er til 15. október næstkomandi.
Umsóknareyðublöð og nánari upplýsingar fást hjá Birni Guðbjörnssyni varaformanni félagsins, á Rannsóknastofu í gigtsjúkdómum, Landspítala Hringbraut, s. 560 2057.

Vísindasjóður Wyeth Lederle

Auglýst er eftir umsóknum um styrki úr Vísindasjóði Wyeth Lederle.
Umsóknir skulu sendar Austurbakka hf, Köllunarklettsvegi 2 á þar til gerðum eyðublöðum, eigi síðar en 17. nóvember næstkomandi. Umsóknareyðublöð fást í móttöku Austurbakka hf.
Netfang: austurbakki@austurbakki.is
Úthlutun fer fram þann 14. desember.

Eftirfarandi eru mikilvægar upplýsingar fyrir væntanlega umsækjendur:
- Umsækjendur eru hvattir til að kynna sér reglur sjóðsins sem hægt er að nálgast á skrifstofu Austurbakka hf.
- Styrkir úr sjóðnum eru ætlaðir til rannsókna á sviði meltingarsjúkdóma.
- Samtals verður einni milljón króna úthlutað úr sjóðnum. Að þessu sinni er gert ráð fyrir að veita einn stóran styrk, 400-500 þúsund krónur og þrjá minni, 200-300 þúsund krónur hvern.

Stjórn sjóðsins skipa þeir Kjartan Örvar og Ásgeir Böðvarsson, tilnefndir af Félagi sérfræðinga í meltingarsjúkdómum, og Sigrún Elsa Smáradóttir fulltrúi Wyeth Lederle sem jafnframt er formaður nefndarinnar.

ÍSLENSKA AUGLÝSINGASTOFAN EHF. / SÍA.

DELTA

KÓDEIN

ÍBÚPRÓFEN



Í Íbúkód renna saman í eitt verkjastillandi og bólgueyðandi eiginleikar íbúprófens og kraftur kódeins.

ÍBÚKÓD SAMEINAR KOSTINA

kröftugt verkjalyf

Íbúkód (Delta, 950041).**TÖFLUR;** M 01 A E 51. **Hver tafla inniheldur:** Ibuprofenum INN 200 mg, Codeini phosphas hemihydricus 10 mg.**Íbúkód sterkar** (Delta, 950040). **TÖFLUR;** N 02 A A 59. **Hver tafla inniheldur:** Ibuprofenum INN 200 mg, Codeini phosphas hemihydricus 30 mg. **Ábendingar:** Verkjalyf, t.d. við höfuðverk, tannpínu og tíðaverkjum. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Íbúkód: 1-2 töflur, 1-4 sinnum á dag. Íbúkód sterkar: 1-2 töflur, 1-4 sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa fengið astma, ofnæmisbólgur í nef eða ofsakláða eftir töku asetýlsalisýlsýru eða annarra bólgueyðandi lyfja (annarra en barkstera), skulu ekki nota lyfið. Lyfið skal ekki notað, ef um skerta lifrarstarfsemi er að ræða eða ef alvarlegur hjarta- eða nýrnasjúkdómur er til staðar. Magasár eða þarmabólgur. Gallrásarkrampi. **Varúð:** Vara ber stjórnendur bifreiða og vélknúinna tækja við slævandi áhrifum lyfsins. Gæta þarf varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með bráðaastma, aukna blæðingartilhneigingu eða rauða úlfa (SLE). Einnig hjá sjúklingum með veilt hjarta, nýrna- eða lifrarsjúkdóm, sérstaklega ef meðhöndlað er með þvagræsilyfi samtímis, þá þarf að fylgjast með mögulegri minnkaðri nýrnastarfsemi og vökvasöfnun. Lyfið er ekki ætlað börnum.
Lyfið getur valdið ávana og fíkn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki æskilegt á meðgöngu og síst á síðasta þriðjungi meðgöngu. Lyfið í venjulegum skömmtum er ekki talið hafa áhrif á barn á brjósti. **Aukaverkanir:** 10-35% sjúklinga mega eiga von á að fá aukaverkanir af lyfinu en þær eru annars vegar vegna kódeins (slævandi áhrif á miðtaugakerfi og áhrif á meltingarfæri) og hins vegar vegna prostaglandín-hemjandi áhrifa íbúprófens hvort tveggja háð skammti og tímalengd meðhöndlunar. Algengar (>1%): *Almennar:* Þreyta, höfuðverkur. *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir, ógleði, kviðverkir, hægðatregða. *Húð:* Útbrot. Sjaldgæfar (0,1-1%): *Almennar:* Ofnæmi (astmi), ofnæmisnefkvef, ofsakláði. *Meltingarfæri:* Blæðing, sáramyndun. *Lifur:* Truflun á starfsemi gallrásar. *Geðrænar:* Svefntruflanir, vægur kvíði. *Augu:* Sjóntruflanir. *Eyru:* Truflun á heyrn. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): *Almennar:* Bjúgur. *Blóð:* Hvítkornafæð, blóðflagnafæð. *Taugakerfi:* Heilahimnubólga án sýkingar (aseptic meningitis). *Meltingarfæri:* Sprunginn magi eða görn. *Lifur:* Truflun á lifrarstarfsemi. *Geðræn:* Þunglyndi. *Þvag- og kynfæri:* Truflun á starfsemi nýrna. *Augu:* Sjóndepra vegna eitrunar (toxic amblyopi). **Milliverkanir:** Íbúkód getur aukið blóðþéttni litíums. Íbúkód skal ekki notast samtímis lyfjum í díkúmaról flokki, kínidíni, metótrexati, geðlyfjum eða tíklópídíni. Við samtímis notkun Íbúkóds með þunglyndislyfjum, beta blokkum, ciclospóríni, kaptópríli og þvagræsilyfjum, getur þurft að breyta skammtastærð. Eigi skal neyta áfengis meðan á töku lyfsins stendur. **Pakkningar og hámarksverð 1.4.99: Íbúkód töflur:** 10 stk. 316 kr.; 100 stk. 1.269 kr. **Íbúkód sterkar töflur:** 20 stk. 528 kr.; 40 stk. 903 kr.; 100 stk. 1.777 kr. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** Íbúkód: U 0; Íbúkód sterkar: R 0.

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus

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

Kvinneklinikken

Overlege/spesialist

Ved sykehusets Kvinneklinikk (avd.ovl. Bjørn Holdø) blir det ledig fast stilling for overlege/spesialist - hjemmel nr. 1 - Uls.id.nr. 915.
Det er ønskelig med tiltredelse så snart som mulig.

Kvinneklinikken har 12 legestillinger - 7 overleger og 5 assistentleger.

På grunn av fylkets geografi foregår fødslene desentralisert. I løpet av året er det ca. 3.300 fødsler fordelt på 10 fødesteder på forskjellig nivå. Som eneste spesialavdeling tar Nordland Sentralsykehus seg av oppfølgingen av alle risikogravide i Nordland fylke. Avdelingen har totalt ca. 1.200 fødsler i året. Sykehuset har sentralsykehusfunksjon for Nordland fylke (6 lokalsykehus) med ca. 240.000 innb. og lokalsykehus for Saltenregionen med ca. 74.000 innb. 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 bør beherske norsk både skriftlig og muntlig. Lønn- og øvrige betingelser iht. gjeldende overenskomst mellom Den Norske Lægeforening og Kommunenes Sentralforbund.

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

Søknad sendes Personalavdelingen, Nordland Sentralsykehus, N-8092 Bodø **innen 11.10.00.**

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

Røykfritt miljø

CICERO th

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus

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

Nevrologisk avdeling

Overlege

Ved nevrologisk avd. (avd.ovl. Olaf A. Henriksen) er overlegestilling ledig, hjemmel nr. 4, Uls.id.nr. 974.

Avdelingen har 30 senger inkl. slagenhet, laboratorium for cerebrovasculær dopplerdiagnostikk, klinisk nevrofysiologiske og liquor-dynamiske undersøkelser, og en godt organisert poliklinikk.

Fullverdig nevroradiologisk service med MR, spiral CT og SPECT.

Avdelingen har 6 overlege- og 5 assistentlegestillinger, er godkjent utdanningsavdeling i nevrologi og har et velstrukturert internt undervisningsprogram, i tillegg til at det er avsatt tid til individuell fordypning i tjenesteplanen.
Gode permisjons- og etterutdanningsvilkår.

Avdelingen er engasjert i flere forskningsprosjekter og Universitetet i Tromsø har en førsteamanuensis i deltidsstilling tilknyttet avdelingen.

Avdelingen har sentralsykehusfunksjon for Nordland med 240.000 innbyggere. Sykehuset ligger i sentrum av Bodø, ca. 40.000 innbyggere. Byen er omgitt av fantastisk natur med utallige fritidsmuligheter rett utenfor «stuedøren» og kan by på et rikt kulturliv. Internasjonal flyplass, flytid Bodø, Oslo, 1 time og 15 minutter.

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig. Lønn- og øvrige betingelser iht. gjeldende overenskomst mellom Den Norske lægeforening og Kommunenes Sentralforbund. Sykehuset vil være behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter vanlige regler.

Nærmere opplysninger ved avd.ovl. Olaf A. Henriksen, tlf. +47 75 53 40 00.

Søknad sendes Personalavd., Nordland Sentralsykehus, 8092 Bodø **innen 21. oktober 2000.**

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

Røykfritt miljø

CICERO th

Primärvården i Dalsland söker

EN ST-LÄKARE I ALLMÄNMEDICIN

Din grundplacering kommer att vara på Vårdcentral i Mellerud.

Sjukhustjänstgöringen är förlagd till Uddevalla eller å Norra Älvsborgs Länssjukhus i Trollhättan.

Primärvården är välfungerande i området med många erfarna och driftiga distriktsläkare.
Vi har ett väl utbyggt ST-utbildningsprogram med erfarna handledare.
Ledarskapsutbildning, möjlighet till FoU, samt regelbundna aktiviteter finns för våra ST-läkare i allmänmedicin.

Tjänstgöringens uppläggning är individuell och görs tillsammans med handledare.

Upplysningar:
Vårdcentralschef Christen Trulsson,
telefon +46 530-185 00

Studierektor Sverker Olsson, telefon +46 521-276 067
Studierektor Thord Svanberg, telefon +46 520-474 501
eller +46 520-474 500

Tillträde enligt överenskommelse.

Allmänna upplysningar:
Facklig företrädare Bo Westerdahl,
telefon +46 520-820 61
Personalassistent Lena Hagberg,
telefon +46 521-276 252

Ansökan skickas till Vårdcentralschef Christen Trulsson, Vårdcentrum, Norra Kungsgatan 3, 464 30 MELLERUD, SVERIGE, telefon +46 530-185 00, fax +46 530-185 29

Sista ansökningsdag 2000-10-31

Heilsugæslustöðin í Grindavík

Heilsugæslu-læknar

Lausar eru til umsóknar tvær stöður heilsugæslulækna. Annars vegar staða yfirlæknis við Heilsugæslustöðina í Grindavík, sem er H2 stöð og starfar í nánum tengslum við Heilsugæslustöðina í Keflavík. Vaktsvæði er sameiginlegt.

Æskilegt er að umsækjendur hafi sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum eða sambærilega menntun eða reynslu.

Hins vegar er laus staða heilsugæslulæknis með starfssvæði í Keflavík og Grindavík. Æskilegt er að umsækjendur hafi sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum eða sambærilega menntun eða reynslu. Möguleiki er á að ljúka sérfræðinámi hjá okkur. Samkomulag getur verið um upphaf starfstíma.

Umsóknum skal skilað til framkvæmdastjóra fyrir 15. október næstkomandi á sérstökum eyðublöðum, sem látin eru í té á skrifstofu Heilbrigðisstofnunarinnar, Mánagötu 9, Keflavík og á skrifstofu landlæknis. Stöðin er skilgreind sem dreifbýli.

Allar nánari upplýsingar veitir Kristmundur Ásmundsson, lækningaforstjóri í síma 422 0500, netfang: kristmundur@hss.is og framkvæmdastjóri í síma 422 0580 eða á netfangi: je@hss.is

Heilbrigðisstofnunin í Vestmannaeyjum

Heilsugæslu-læknir

Staða heilsugæslulæknis við Heilbrigðisstofnunina í Vestmannaeyjum er laus til umsóknar. Staðan er laus nú þegar og er æskilegt að umsækjendur geti hafið störf sem fyrst. Laun samkvæmt úrskurði Kjaranefndar.

Æskilegt er að umsækjendur hafi sérfræðimenntun á sviði heimilislækninga. Um er að ræða 100% starf auk bakvakta en við heilsugæslusvið stofnunarinnar eru fjögur stöðugildi lækna.

Nánari upplýsingar veitir framkvæmdastjóri í síma 481 1955.

Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar

Heilsugæslu-læknir

Staða læknis við heilsugæslusvið Heilbrigðisstofnunarinnar Ísafjarðarbæ er laus til umsóknar. Gert er ráð fyrir aðsetri á Ísafirði. Ráðið verður í stöðuna nú þegar eða samkvæmt nánara samkomulagi.

Frekari upplýsingar veitir Hallgrímur Kjartansson, yfirlæknir heilsugæslusviðs Heilbrigðisstofnunarinnar Ísafjarðarbæ, í símum 450 4500 og 897 8340. Netfang: hallgrimur.kjartansson@fsi.is

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

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

Ísafjörður er höfuðstaður Vestfjarða og þar blómstrar öflugt lista-, menningar- og félagslíf. Íþrótta- og keppnisaðstaða er mjög góð, bæði innan- og utanhúss. Þrír golfvellir eru á svæðinu, fjögur íþróttahús og fimm sundlaugar. Einnig er líkamsræktarstöð í bænum. Tækifæri til útivistar eru mörg, skíðaland er frábært, stutt í veiðilönd og áhugaverð göngusvæði og aðstaða til sjósports er engu lík. Veðursæld er mikil á Ísafirði og lognkyrrð algeng. Flugsamgöngur eru tvisvar til þrisvar á dag til Reykjavíkur og fjórum sinnum í viku til Akureyrar.

www.jobbmed.com
Ledige legestillinger i hele Norden

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



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

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



FOSAMAX® – *byggir upp bein*

alendronat

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

FOSAMAX MSD, 940093 Töflur; M 05 B A 04

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

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus
Personalavdelingen, N-8092 Bodø
Tlf. +47 75 53 40 00

Ortopedisk avdeling

Avdelingsoverlege/ overlege

Ved Ortopedisk avdeling (kst. avd.ovl. Elin Nesse) er det ledig stilling for avdelingsoverlege/overlege hjemmel nr. 1 - Uls.id. 8625.

I tillegg har vi 2 vikariater ledig for overlege. Søker bør angi om søknaden også gjelder avdelingsoverlegefunksjonen.

Avdelingen har 5 overlegestillinger i ren ortopedisk bakvakt. Avdelingen har sentralsykehusfunksjon for Nordland fylke (6 lokalsykehus) med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehus for Salten-regionen med ca. 74.000 innbyggere.

Søker ønskes velkommen til utfordrende oppgaver på bredt faglig grunnlag. Faglig spennvidde dekker oppdatert alloplastikk og revisjonskirurgi, omfattende artroskopisk virksomhet, mikrokirurgisk ryggkirurgi, traumatologi m.v.

Avdelingen er engasjert i flere forskningsprosjekter. Meget gode permisjons- og etterutdanningsvilkår. Det legges opp til faglig profilering etter ønske og kompetanse.

Sykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by. Byen er omgitt av fantastisk natur med muligheter for fjell-, bre- og tindeturer samt jakt og fiskemuligheter rett utenfor stuedøren, men har også et rikt kulturliv. Internasjonal flyplass.
Flytid Bodø - Oslo 1 timer og 15 min.

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig. Sykehuset vil være behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter fastsatte regler. Lønn etter avtale. Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Innsendte papirer returneres ikke.

Nærmere oppl. fås ved henvendelse til sjeflegen.

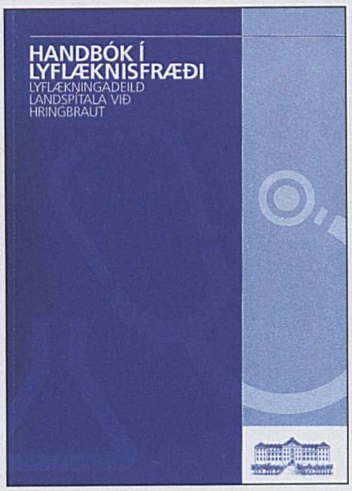
Søknad sendes Personalavdelingen, Nordland Sentralsykehus, N-8092 Bodø
innen 11. oktober 2000.

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

Røykfritt miljø

CICERO th

Handbók í lyflæknisfræði



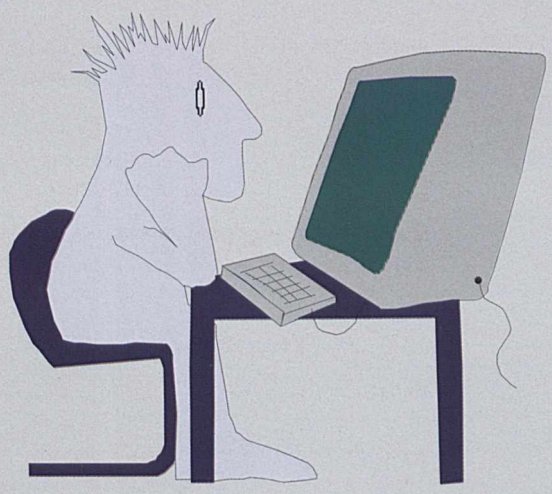
ÚT ER KOMIN ÖNNUR útgáfa Handbókar í lyflæknisfræði á vegum lyflækningadeildar Landspítala Hringbraut. Höfuðmarkmiðið með útgáfunni er „að setja á einn stað hagnýtar og aðgengilegar leiðbeiningar um það hvernig nálgast skuli tiltekin klínísk vandamál", eins og segir í formála bókarinnar.

Í rauninni er hér verið að leggja grunninn að íslenskri kennslubók í lyflæknisfræði, sem í framtíðinni er hugsuð þannig að útgáfuformið muni bjóða upp á stöðugar viðbætur, endurskoðun og breytingar. Útgáfan verði þannig í raun lifandi endurspeglun þeirrar þekkingar og reynslu sem fyrir hendi er hverju sinni.

Alls skrifa 30 höfundar í bókina. Ritstjórar eru Ari J. Jóhannesson og Runólfur Pálsson, aðtoð við ritstjórn veittu Ingibjörg Guðmundsdóttir og Sigríður Björnsdóttir.

Barnageðlæknafélag Íslands
Ný stjórn

AÐALFUNDUR Barnageðlæknafélags Íslands var haldinn 27. maí síðstliðinn. Á fundinum var Dagbjörg Sigurðardóttir kosin ritari. Að öðru leyti er stjórnin óbreytt frá því sem var og þannig skipuð: formaður Páll Tryggvason, gjaldkeri Ólafur Ó. Guðmundsson, varastjórnendur Bertrand Lauth og Katrín Árnadóttir.



Læknablaðið á Netinu:

http://www.icemed.is/laeknabladid



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 Netgíró 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

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. ágúst 2000**	42,00
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. janúar 2000	170.826,00
	frá 1. júlí 2000	174.700,00
D liður	frá 1. mars 1999	99.234,00
	frá 1. mars 2000	104.019,00
E liður 1-6	frá 1. júlí 2000	228,00
E liður 7	frá 1. júlí 2000	456,00

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222,00

Kílómetragjald frá 1. júlí 2000

Almennt gjald	44,85
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	51,57

Dagpeningar frá 1. júlí 2000
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	11.000,00
Gisting eina nótt	6.800,00
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	4.200,00
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.100,00

Dagpeningar frá 1. júní 2000
Erlendis

	Gisting	Annað	SDR Alls
Bretland og Rússland	128	90	218
New York og Washington DC	132	78	210
Asía, Afríka, S-Ameríka	130	105	235
Annars staðar	95	90	185

Læknar í AA

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

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.

Frá Félagi íslenskra kvenna í læknastétt

Að hafa gaman saman

Félag íslenskra kvenna í læknastétt hefur haust- og vetrarstarfið með rabb- og gleðisamkomu mánudaginn 2. október kl. 20.00. Staðsetning er í Þjóðmenningarhúsinu við Hverfisgötu og er ætlunin að njóta matar og menningar í góðum hópi.

Aðalfundur

Félag íslenskra kvenna í læknastétt boðar til aðalfundar mánudaginn 30. október næstkomandi kl. 20.00. Fundurinn verður haldinn í Litlu Brekku í Bankastræti. Á dagskrá verða venjubundin aðalfundarstörf auk fræðsluerindis.

Stjórn FÍKL

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 rizatriptani 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, dihýdróergótamín 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 rizatriptans getur aukist við samhliða gjöf própranólóls. Engar lyfjahvarfa-milliverkanir sáust milli rízatriptans og betablokkanna nadólóls eða metóprólóls. **Skammtastærðir handa fullorðnum:**
MAXALT töflur: Mælt er með 10 mg skammti. Reynsla hefur sýnt, að þessi skammtur gerir mest gagn. Linun einkenna (þ.e. höfuðverkur minnkar í vægan eða engan) getur orðið innan 30 mínútna eftir skömmtun. *Endurskömmtun:* A.m.k. 2 klst eiga að líða milli skammta; ekki á að taka meira en 30 mg á 24 klst. tímabili. - *ef höfuðverkur kemur aftur innan 24 klst.:* Ef höfuðverkur kemur aftur eftir linun fyrsta kasts, má taka fleiri skammta. Athygli skal veitt skammtatakmörkunum hér að ofan. *-eftir að höfuðverkur svarar ekki meðferð:* Árangur af öðrum skammti við meðferð á sama kasti hefur ekki verið skoðaður í stöðluðum rannsóknum. Rannsóknir hafa sýnt að sjúklingar sem svara ekki meðferð við kasti svara líklega meðferð við síðari köstum. 5 mg skammtur er einnig til, þó að hann sé ekki eins áhrifaríkur og 10 mg. Þessi skammtur hentar sumum sjúklingum, þ.e. þeim sem taka própranólól. *Sjúklingar sem fá própranólól:* Hjá sjúklingum sem fá própranólól ætti að nota 5 mg skammtinn, og að hámarki 3 skammta á 24 klst. tímabili. MAXALT SMELT munnlausnartöflu má taka sem annan valkost við töfluna í sömu ráðlögðum skömmtum. Ekki er nauðsynlegt að taka munnlausnartöfluna með vökva. Munnlausnartöflunni er pakkað í þynnupakkningu inni í álpoka. Benda skal sjúklingum á að fjarlægja ekki þynnupakkninguna úr álpokanum þar til rétt fyrir töku lyfsins. Þá á að opna þynnupakkninguna með þurrum höndum og setja munnlausnartöfluna á tunguna, þar sem hún leysist upp og er kyngt með munnvatninu. **Skammtastærðir handa börnum:** Ekki mælt með notkun MAXALT/MAXALT SMELT hjá börnum yngri en 18 ára. **Pakkningar; verð(desember,1999), afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: Töflur 5 mg:** 3 stk Verð: 3161 kr. 6 stk. Verð: 5681 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Töflur 10 mg:** 3 stk Verð: 3161 kr 6 stk.Verð: 5681 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Munnlausnartöflur 5 mg:** 3 stk. Verð: 3161 kr. 12 stk. Verð: 10273 kr. **Munnlausnartöflur 10 mg:** 3 stk. Verð: 3161 kr 6 stk. Verð: 5681 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylt lyf. **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsmaður á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

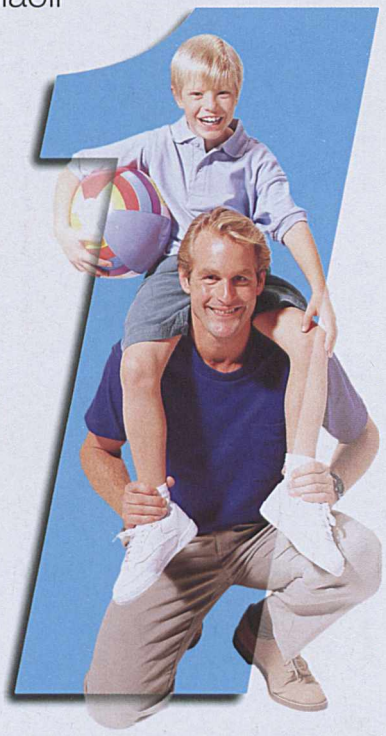
Nýjung frá MSD

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

Handa sjúklingum með astma

SINGULAIR®☆ (MONTELÚKAST, MSD)

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





Fullorðnir
Ein 10 mg tafla fyrir svefn



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

Tilvitnun 1: Samþykkt Samantekt á eiginleikum lyfs 1998

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

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.

29. nóvember-1. desember
Í Gautaborg. Svenska Läkaresällskapets Riksstämma. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

4.-5. janúar 2001
Í Odda, Reykjavík. Ráðstefna um rannsóknir í læknadeild HÍ. Sjá nánari auglýsingu í blaðinu. Upplýsingar hjá Birnu Þórðardóttur: birna@icemed.is

15.-19. janúar 2001
Í Reykjavík. Læknadagar 2001. Fræðsluvika Læknafélags Íslands og framhaldsmenntunarráðs læknadeildar. Nánari upplýsingar hjá Margréti Aðalsteinsdóttir hjá Læknafélagi Íslands í síma 564 4100 eða netfangi: magga@icemed.is

22.-28 mars 2001
Í Liverpool. Tuberculosis: clinical aspects of diagnosis, management and control. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

19.-23. apríl 2001
Í Sydney Ástralíu. XXV International Congress of the Medical Women´s International Association. Nánari upplýsingar í netfangi: mreid@conference_organisers.com.au

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

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.

Fimmta vísindaþing Félags íslenskra heimilislækna

Selfoss/Hverageröi 20.-21. október 2000

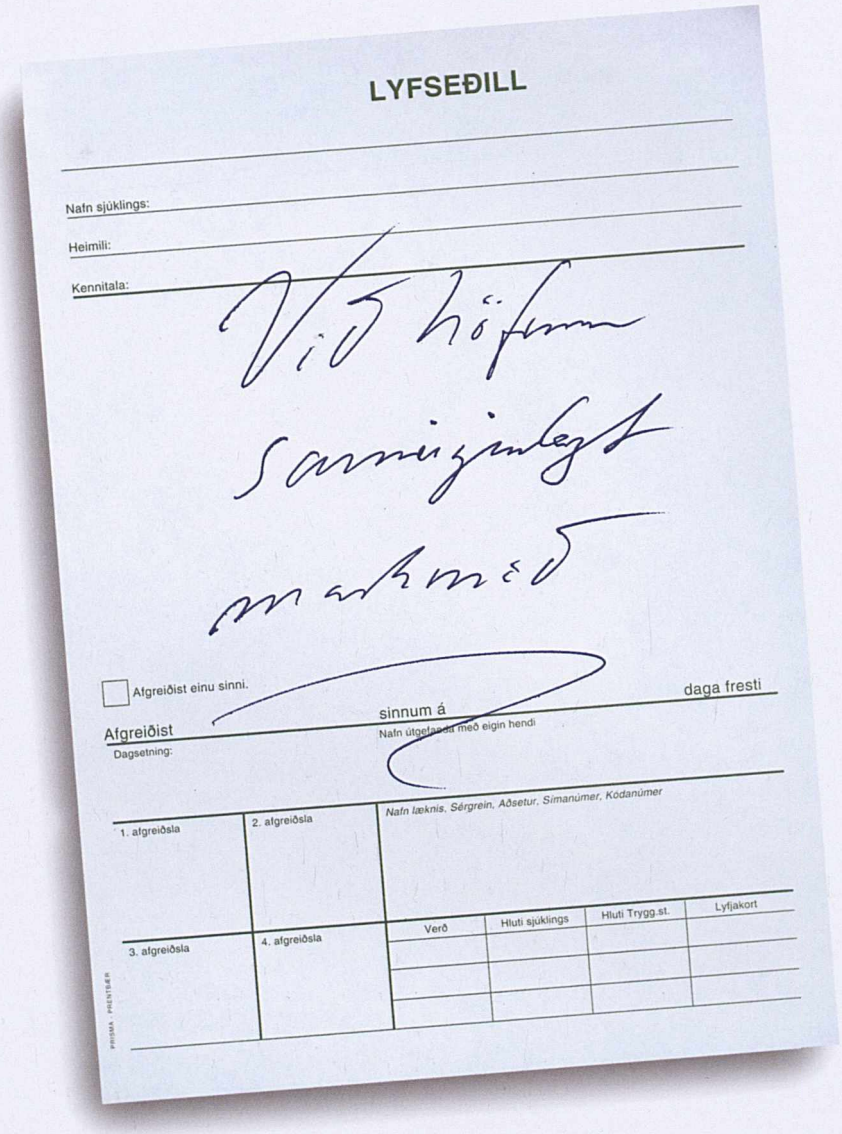
Á þinginu verða bæði frjálsir fyrirlestrar og spjaldaþing. Kynntar verða rannsóknir og rannsóknaráætlanir sem tengjast heilsugæslu. Auk þess verða bæði innlendir og erlendir gestafyrirlesarar.

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.

Skráning fer fram hjá Jóni Steinari Jónssyni Heilsugæslustöðinni Garðabæ, símabréf: 520 1819.

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



Lífið er okkar lífsstarf

Pfizer er rannsóknarfyrirtæki í lyfjaframleiðslu sem hefur það
að markmiði að auka lífsgæði og bæta líðan fólks um víða veröld.
Þegar hámarksgæði og hagstætt verð lyfja fylgjast að opnast nýir möguleikar,
bæði við hefðbundna lækningameðferð og forvarnir.

Pfizer

Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA